

ا.د علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع الاول

- مقدمة تاريخية عن رياضة المعاقين
- تاريخ المعاقين في العصور القديمة والوسطى والعصر الحديث
- تاريخ الالعب للمعاقين

مقدمة تاريخية عن رياضة المعوقين:

لقد تضمن العلاج الطبي للمعوقين في مختلف العصور علاجاً بدنياً وتمارين رياضية تأهيلية، وهذا ما أشار إليه العالم الكبير (أبن سينا) عندما ذكر بان العلاج الطبي يجب أن يتضمن في حالات عديدة التمرينات البدنية لتحسين صحة الفرد، إذ ازدادت أهمية العناية بالتمرينات العلاجية زيادة كبيرة منذ الحرب العالمية الأولى ، ففي عام (١٩٤٤) أعتمد الطبيب الإنكليزي (السير لودفيج كوتمان) النشاط الرياضي كوسيلة من وسائل العلاج بمركز (ستوك مانديفل) لإصابات النخاع الشوكي، لكي يساعد أصحاب العاهات بإعادة اتصالهم بالمجتمع والعالم .

وفي ٢٨ تموز عام (١٩٤٨) نُظمت ألعاب (ستوك مانديفل) من قبل السيد (كوتمان) والتي شارك فيها (١٨) مشلولاً من قدامى المحاربين منهم سيدتان في مسابقة دولية للرماية في نفس وقت افتتاح الدورة الأولمبية بلندن، وفي عام ١٩٥٦ اعترفت اللجنة الدولية بقوانين الألعاب للمعوقين مع تقديم شعار الحركة الأولمبية الحديثة، وفي عام ١٩٥٧ جرت أول مسابقة للمعوقين على الكراسي المتحركة في نيويورك .

وفي عام ١٩٦٧ تأسس الاتحاد الدولي لرياضة المعوقين كاتحاد مستقل برئاسة (السير كوتمان) الذي بقي رئيساً للاتحاد حتى وفاته عام ١٩٨٠، وكان يعد الأب الروحي للألعاب الرياضية للمعوقين .

تاريخ المعاقين في العصور القديمة

أولاً : تباينت نظرة المجتمع نحو المعوقين على مر العصور فاليونان والرومان كان الاتجاه السائد لديهم نحو هذه الفئة هو الاتجاه السلبي وأدى ذلك إلى اتخاذ قرارات ظالمة في حق المعاقين تمثلت في التخلص من الأطفال المعوقين باعتبارهم أفراد غير صالحين في المجتمع وهم يعتبرون عالة عليه وليس لهم أي قيمة اجتماعية أو عسكرية .

إن هذه المعاناة قد شملت الجزيرة العربية والكثير من القبائل في مختلف أرجاء العالم ولم تقتصر على المجتمع اليوناني فقط حيث كان المعوقون يتركون للموت ويؤادون وهم أطفال .

وقد كانت دعائم الحضارة اليونانية قائمة على القيمة الصحية والجسدية والقوة للإنسان وأن نظرتهم للمعوقين بأنهم أفراد غير صالحين ولا يمثلون تلك القيمة ويعتبرون بمثابة ضرراً للدولة لذلك كان شعارهم بعدم السماح لهم بالتنازل لأن ذلك سيؤدي إلى إخفاق الدولة. وقرر أفلاطون إبعاد المعوقين ونفيهم خارج الدولة لكي لا يتسببوا في ضعفها وعدم السماح لهم بالدخول لها حتى الموت. وسمح للأذكى والأقوياء الذين باستطاعتهم الدفاع عن الدولة. ونص قانون إسبارطة على التخلص من الأطفال المعوقين بتعريضهم للبرد القارص أو رميهم في النهر (نهر أور ناس)، أما الرومان فقد كانت سياستهم مختلفة عن الإسبارطيين في تعاملهم مع المعوقين فقد اتخذوا المتخلفين عقلياً كوسيلة للترفيه والتسلية، وفي عصر كان يسوده الانحلال والفسق لتلك الحضارة في تلك الحقبة الزمنية. وكان ضمن شعائرهم الدينية رمي الطفل المعوق في الشارع ليصبح من الرق أو المضحكين إذا كتب له وعاش، كذلك نص قانون الإنكليز والرومان على تحريم زواج المصابين بالصمم الولادي وحرمانهم من جميع الحقوق والواجبات. وكانت العديد من الشعوب تستخدم طرق مختلفة للقضاء على المعوقين لأنهم يرون فيهم عبئاً على المجتمع ويعزلوهم في معتقلات خاصة لا يخرجون منها إلا بإذن خاص، وبيتعد عن طريقهم جميع المارة ويجعلونهم يرتدون قفازات لكي لا تنتقل العدوى للغير.

ثانياً : على العكس من الرومان واليونانيين فإن السياسة المتبعة في معاملة المعوقين مختلفة في مصر وأرض الرافدين والهند وبلدان أخرى لنفس الحقبة الزمنية، فقد لاقى الأفراد المعوقين عناية خاصة والدليل على ذلك العثور على جدار في معبد مصري عليه رسوم لطفل فرعوني مشلول الساق وقد ذكر الأطباء أنه مصاب بشلل الأطفال على الجدار (وكان عمر الجدار خمسة آلاف سنة) . ومن قوانين حمورابي

التي سنها ضمن قوانين الجزاء والعقاب طرق علاج المكفوفين وذوي البتور. ووجد في قارة أمريكا الجنوبية وتحديداً في (بيرو) على جمجمة لرجل تحمل ملامح ثقب مقصود ومنتظم الحواف دل ذلك على إنه أثر عملية جراحية محاولة من الأطباء البدائيين هناك لمساعدته من أجل العلاج، وهذا يعني أن الأطباء كانوا يساعدون مرضى العقول فيقوموا بثقبها لإخراج الأرواح الشريرة الساكنة فيها حسب اعتقادهم

تاريخ المعاقين في العصور الوسطى

البلاد الأوربية:-

في العصور الوسطى كانت أوروبا تعيش تحت ظلام الجهل وكان العوق يعد غضب من الرب وهو عبارة عن أرواح شريرة وهذا التفسير الخاطئ الذي كان سائداً ومعتقداً آنذاك، وقد ربط بين وجود المعوقين واللعنة الإلهية فهم يخافون لاعتقادهم بأنها لعنة الآلهة قد حلت عليهم بوجود المعوقين ، لذا كان عليهم عدم الاختلاط لإبعاد تلك اللعنة، ففي العصور القديمة كانوا يكتفون بسجنهم وتكبيهم حسب أوامر الكنيسة، أما في العصور الوسطى وحسب أوامر الكنيسة أيضاً التي تأمر بتعذيبهم جسدياً لاعتقادهم بأن الضرب للمعوق يساعد على خروج الشيطان من جسده . ومن الأوامر الغربية التي كانت تصدر من الكنيسة عدم مساعدة المكفوفين لأن مساعدتهم تعد معارضة لإرادة الرب ومن يساعدهم يعد ملحداً ناكراً لإرادة الله فهو خلقه هكذا ، لذا يجب عدم مساعدته، فلذلك يمكن تسمية ذلك العصر بعصر (السلاسل والقيود) لما كان يحمل من مشاهد فضيعة فإنك ترى المعوقين وهم مقيدون بالسلاسل ويتلقون أبشع معاملة وحشية من قبل الكنيسة والمجتمع آنذاك .

ب-البلاد العربية:-

إن قيم الدين الإسلامي ومبادئه والتي دعا بها الله سبحانه وتعالى على يد رسوله الكريم محمد (ﺭ) والتي تتمثل في الإنسانية والمحبة والتسامح والإخاء كان لها الدور الأساسي والفعال، وبعد ظهور الدين الإسلامي في شبه الجزيرة العربية وانتشاره في البلدان الأخرى عدت الإعاقة اختباراً من الله سبحانه وتعالى لإيمان الفرد فقد قال الله سبحانه وتعالى في محكم كتابه العزيز { ونبلوكم بالخير والشر فتنة } وأيضاً جاء في سورة البقرة تأكيداً آخر على كيفية مراعاة المعوقين حيث قال الله تعالى { ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج } . وكذلك أكد رسولنا الكريم محمد (ﺭ) في حديث شريف قال: [إن الله إذا أحب عبداً ابتلاه فإذا صبر اجتبه وإن رضي عنه اصطفاه وإن يأس نفاه وأقصاه] .

وقد أكد الله تعالى في كتابه العزيز على حسن معاملة المعوقين والاهتمام بهم فقال : { عبس وتولى أن جاءه الأعمى وما يدرىك لعله يزكى أو يذكر فتنتفه الذكرى } .

إن جميع هذه المعتقدات والعادات والقيم السمة التي جاء بها الدين الإسلامي ساعدت على تميز المجتمع الإسلامي عن غيره من المجتمعات حيث أكد على الاهتمام الكبير بالمعوقين وشملهم برعاية خاصة ومميزة وانتشار أنظمة الزكاة والإحسان ساعد المعوقين كثيراً لكي يشعروا بوجودهم وبأنهم جزءاً من أفراد ذلك المجتمع لهم حقوق وعليهم واجبات ومن تلك الأنظمة (نظام الوقف) حيث كان عاملاً أساسياً في رعاية المرضى والمعوقين ومساعدتهم في استرداد مكانتهم في المجتمع، وكان هناك الكثير من المشافي في البلاد العربية . ويذكر (بنيامين بوكيد سكي) أنه وجد عام ١١٦٠م في بغداد ما يقارب (٦٠) مشفى وأيضاً عدد مشابه في قرطبة وكذلك دمشق . ولا ننسى العهد الأموي والعباسي فقد كان هناك العديد من المشافي الخاصة بعلاج الجذام والعمى والتخلف العقلي كذلك. أمر الخليفة (عمر بن عبد العزيز) بأن يكون في أمصار بلاد الشام لكل أعمى قائد، وأمر الخليفة (المأمون) ببناء مأوى للمكفوفين والأيتام والنساء العاجزات في بغداد وجميع المدن الإسلامية

الكبيرة، وهناك رواية تقول بأن ابن بطوطة شاهد في بغداد مجموعة من المكفوفين يأمر لكل واحد منهم بكسوة وهناك غلام مخصص له ليقوده ونفقة خاصة به .

تاريخ المعاقين في العصور الحديثة

إن قيام الثورات والحروب التي جرت في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر في العالم أدى إلى إحداث تغييرات كبيرة في مختلف نواحي الحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وفيها تغير النظرة الخاطئة تجاه المعوقين وتحولها لتواكب التطور الذي حل بالمجتمع في ذلك الوقت فبلغ ذروته في منتصف القرن الماضي لما حملته تلك الثورات من قيم اهتمت بالإنسان وتحريره من العبودية والظلم . فقد تغيرت تلك النظرة المتخلفة عن المعوقين ابتداءً من الإيمان بطاقتهم وقدراتهم وإمكانية تكيفهم مع المجتمع فبذلك نجد النظرة أصبحت أكثر إنسانية واجتماعية وتفاعلية ويتضمن جوهرها التقيد بقدرة المعوق على تكيفه الاجتماعي وضرورة مساعدته لدمجه ك فرد من أفراد المجتمع يتمتع بالكرامة والسعادة وله حق العمل واكتشاف وتفجير طاقاته وقدراته لأقصى ما يمكن الوصول إليه ، في منتصف القرن العشرين برز بشكل واضح الاهتمام بهذه الشريحة من المجتمع وانتشر هذا الاهتمام في كثير من بلدان العالم خلال المنظمات والجمعيات والمؤسسات والهيئات الخاصة بالمعوقين مثل (اليونيسكو، اليونيسيف، منظمات العمل الدولية، الحكومات والقطاع الخاص) . وقد تطورت وسائل تشخيص الإعاقة ووضعت مناهج تعليمية وتدريبية وعلاجية مناسبة لكل إعاقة، كذلك شرعت القوانين والأنظمة الخاصة بالمعوقين وقد قدمت الكثير من البحوث والدراسات بهذا الصدد وصدرت العديد من الكتب والمجلات العلمية المتخصصة بكيفية تشخيص ومعالجة المعوقين .

كذلك عقدت الكثير من المؤتمرات والندوات التي تهدف إلى كيفية العناية بالأطفال الغير أصحاء وانتشار المراكز والمدارس الخاصة بالمعوقين وفتح المعاهد الأكاديمية التي تساعد على تأهيل علمي في ميدان التربية الخاصة على مستوى البكالوريوس وما قبلها وما بعدها من درجات علمية. وطورت الوسائل التعليمية

المساعدة لكل فئة على حده وعقدت الدورات التدريبية للعاملين في هذا الميدان ، ومن الجدير بالذكر أن هذا التطور باتجاه المعوقين قد تبلور في أوروبا وأمريكا على شكل تيارات اجتماعية تربوية ونفسية وطبية وسياسية سعت بكل ما تملك من إمكانات وكرست جهودها لضمان حقوقهم التربوية والصحية والاجتماعية مما ساعد في الوصول إلى ما هو عليه الآن من تطور في ميدان التربية الخاصة للمعوقين. ويعد كل ذلك ثمرة جهود إنسانية بذلت من قبل علماء النفس والاجتماع والقانون والدين والتربية وكذلك ضغوط مارسها آباء وأمهات الأطفال المعوقين ولا ننسى جهود الدول والحكومات والهيئات الدولية والتي اتخذت شكل القوانين والتعليمات التي كفلت حقوقهم التربوية والصحية والاجتماعية .

ولا تزال جهود العلماء والباحثين والمفكرين تتظافر في توفير حياة كريمة وكذلك برامج تأهيلية تساعد المعوق على استرجاع ما يمكن استرجاعه من إمكاناته في الحياة وليعيش في بيئة مناسبة وليقوم بأنشطته اليومية بأقل جهد ممكن .

تاريخ الالعب الرياضية للمعاقين

تعود أصول الرياضة عند الافراد المعاقين الى اواخر القرن التاسع عشر فمنذ سنه (١٨٨٨م) كانت هناك نواد للصم موجوده في المانيا ولكن الاهتمام الواسع كان خلال وبعد الحرب العالمية الاولى حيث مارسوا أنواعا مختلفة من الانشطة الرياضية وقد مارس المعاقين الرياضة بناء على رغباتهم الشخصية وبأختيارهم على الرغم من انهم قد لم يمارسوها قبل الاعاقة ولكنهم مارسوها بعدها لكي يتغلبوا على أعاقتهم ويستعيدوا بها قدراتهم وقد تطور الاهتمام العالمي برياضة المعاقين منذ الحرب العالمية الثانية بشكل فعلي وكبير، وقد أنشئ في أنكلترا ناد للمعاقين عام (١٩٢٢م) في مستشفى ماندفيل خاص بمصابي البتر بأنواعه وتلا ذلك الجمعية البريطانية للاعبى الكولف للمعاقين ثم في عام (١٩٣٢م) أنشئت الجمعية الامريكية للاعبى البتر كما زاد أنتشار الاهتمام برياضة المعاقين بعد الحرب العالمية الثانية حيث بدأت دول كثيرة أوروبية وعربية وأسيوية بالاهتمام بهذة الرياضة .

في عام (١٩٤٤ م) أدخل الطبيب الانكليزي الجراح سيرلودفيج كوتمان رياضة المعاقين في مستشفى أستوك ماندفيل بأنكلترا لاعادة تأهيل الطيارين الناجين من الحرب حيث تطورت الرياضة من تأهيل الى رياضة ترفيهية بعد أن أدخل المسابقة الوطنية الاولى للرياضيين على الكراسي المتحركة ضمن حفل أفتتاح الالعاب الاولمبيه بلندن عام (١٩٤٨ م) وذلك لشغل وقت الفراغ لهؤلاء المعاقين وممارسة الانشطة الترويحية ثم أنتشرت تلك الفكرة بعد الحرب فأسس اتحاد من بعض الدول الاوربية للاشراف على تنظيم دورات رياضية للمعاقين حيث كان يؤمن بأهمية الرياضة في إعادة المعاق الى المجتمع .

في عام (١٩٥٢ م) أنظم جنود هولنديون قدامى الى الحركة وشاركوا في الالعاب الدولية الاولى بستوك ماندفيل وفي عام (١٩٦٠ م) أنشيء الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين مرتبط بأتحاد المحاربين القدامى في فرنسا كذلك أقيمت أول دورة أولمبية للمعاقين في روما في العام نفسة وبمشاركة (٢٣) دولة و (٤٠٠) متسابق مع الاقتصار على المصابين بأصابات الحبل الشوكي.

وفي عام (١٩٦٤ م) أقيمت أول دورة للمعاقين في طوكيو باليابان بعد دورة الالعاب الاولمبية مباشرة كذلك تأسس في العام نفسة المنظمة الدولية لرياضة المعاقين تحت رعاية الاتحاد الدولي لمصابين الحروب ، وفي عام (١٩٦٧ م) تأسس الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين كأتحاد دولي مستقل برئاسة سير(كوتمان) حتى توفي عام(١٩٨٠م) والذي كان يعد الاب الروحي للالعاب الرياضية للمعاقين ، وفي عام(١٩٧٢ م) اقيمت الدورة الاولمبية للمعاقين بالشلل فقط في مدينة (هيد لبرج) بألمانيا الغربية بعد الدورة الاولمبية للاسوياء ، في سنوات الستينات والسبعينات أخذت المعاهد المختصة برعاية المعاقين عقليا بتصميم واستخدام برامج تربوية تهدف الى تطوير مهارات العيش المستقل للاشخاص المعاقين عقليا لجعلهم قادرين على الاندماج والاداء في مجتمعات منظمة وقد بدأت هذه الفئة في الكفاح من أجل مكانة لائقة وفسح المجال لها في مكان مناسب ضمن هذه المجتمعات ، وبينما

كانت معاهد رعاية المعاقين تسير بخطى حثيثة من أجل تطوير قابليات وقدرات المعاقين أخذت المدارس الاعتيادية أيضا في تطوير برامجها الدراسية التربوية بما يمكن أن يخدم المعاقين عقليا.

وأقيمت في الاعوام (١٩٧٦، ١٩٨٠، ١٩٨٤، ١٩٨٨، ١٩٩٢، ١٩٩٦، ٢٠٠٠، ٢٠٠٨، ٢٠٠٤، ٢٠١٦، ٢٠١٢) م دورات أولمبية عالمية لرياضة المعاقين ، لمختلف أنواع الاعاقة وأصبحت مصاحبة للدورات الاولمبية للاسوياء وقد أشتملت أنشطة الاتحادات الرياضية للمعاقين الاعاقات الشديدة والمركبة كما قام الاطباء بوضع تقسيمات طبية للاشتراك في تلك المنافسات حتى يمكن تحقيق عدالة المنافسة كما ظهرت أيضا القواعد الدولية المعدلة للمنافسات الرياضية للمعاقين .

اد. علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع الثاني

- مفهوم الاعاقة(الاسباب والعوامل)
- تصنيفات الاعاقة
- اختيار الالعاب الرياضية للمعاقين

المفهوم العام للإعاقة:

الإعاقة: إن كلمة معاق في اللغة الانجليزية هي (Handicapped) ، و يستخدم حالياً مصطلح (disabled) أي غير القادر ، وهي حالة من الضرر البدني او العجز ، ويطلق هذا المصطلح على من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوي إلا بمساعدة خاصة .

والإعاقة:- تعني عدم قدرة الشخص على تأدية عمل يستطيع غيره من الناس تأديته ويصبح العجز اعاقه عندما يحد من قدرة الشخص على القيام بما هو متوقع منه في مرحلة معينة .

الإعاقة:- هي تأثير انعكاسي نفسي او اجتماعي او انفعالي او مركب يحدث نتيجة الإصابة بخلل او عجز يحول دون اداء الدور الذي يعد طبيعياً له تبعاً لسنه وجنسه وحالته الاجتماعية والثقافية، ويظهر ذلك في الفرق الشاسع بين الراهن لهذا الفرد عند مقارنته بالاداء المتوقع منه او باداء مجموعة من اقرانه. اي ان الإعاقة هي ظاهرة اجتماعية ولهذا يصبح بحاجة الى عناية الآخرين له ورعايتهم للمعاق .

اسباب الإعاقة

ان البحث عن أسباب الإعاقة يعد أمراً في غاية الأهمية ، إذ تشير الإحصائيات التي قدمتها المصادر الدولية ذات العلاقة الى أن ما يزيد على خمسمائة مليون من سكان الأرض معاقون وأن حوالي ٨٠ % من هؤلاء يعيشون في الدول النامية . فنسبة حدوث الإعاقة بأشكالها المختلفة ، في ضوء التقارير التي تقدمها منظمات محلية و إقليمية و دولية تزيد على (١٠ %) من مجموع السكان في الدول المتقدمة وقد تصل الى ١٥ % في الدول النامية.

وإن أسباب الإعاقة متعددة و لها تأثير كبير في قدرات الفرد و إمكانياته لممارسة حياته مقارنةً بالأفراد الأسوياء ، و هذه الاسباب قد تكون وراثية أي وهو جنين عن طريق الناقلات للصفات الوراثية (الجينات) الموجودة في كروموسومات الخلية أو

نتيجة لاضطرابات وراثية ، و تنتقل هذه الامراض بالتوارث من الأجداد والآباء من جيل الى جيل ، مثل أمراض السكر و أمراض القلب و البكم و الصم و بعض الامراض في سن متأخر ، و تعد العوامل الوراثية أقل تأثيراً في الاعاقة من العوامل البيئية أو المكتسبة ، التي ترجع الى تعرض الفرد للحوادث و الامراض و التي تؤدي الى نقص في قدراته كالحوادث بأنواعها سواء في المنزل أو الطريق أو بالسيارات أو السقوط من ارتفاعات ، كحوادث المنشآت و المصانع ، و الاصابات بالأمراض كشلل الاطفال و الامراض المعدية المزمنة و غيرها مما يؤدي الى اصابات تؤثر في الاعصاب . و الحروب و ما تسببه من دمار و اعاقات للأفراد ، كذلك الاصابات الرياضية التي لها دور كبير في اعاقة الرياضيين و يحدث العدد الاكبر من الاصابات نتيجة للصدمة التي تحدث في أثناء سقوط اللاعب على الارض أو بفعل الاحتكاك بالخصم و على سبيل المثال الملاكمة ، والهوكي ، و كرة القدم ، أو السقوط فوق الاجهزة مثل الجمباز ، إذ تزداد الاصابات الرياضية في الالعاب الجماعية اكثر من الفردية التي تحتاج الى جهد عنيف و تتطلب الاحتكاك بالخصم تقسم الإعاقة بحسب الاسباب التي ادت اليها ، وهي :

أولاً- اسباب خلقية:

- ١- الإعاقة العقلية الأولية :- والتي تعود إلى أسباب ما قبل الولادة (Prenatal Gausses) ويقصد بها الأسباب الوراثية .
- ٢- الإعاقة العقلية الثانوية :- والتي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فترة الحمل ، أو أثناء فترة الولادة (Prenatal Gausses) أو بعدها (Postnatal Gausses) وغالبا ما يطلق على هذه العوامل أو الأسباب البيئية .
- ٣- تخلف عقلي مختلط (Mixed) (وراثي بيئي) :- ويشمل هذا التصنيف الافراد المعاقين الذين تأثروا بعوامل وراثية وبيئية مشتركة .

٤- تخلف عقلي غير محدد الاسباب :- ويشمل هذا التصنيف الغالبية العظمى من المتخلفين عقليا وهنا يكون من الصعب تحديد الاسباب التي ادت إلى التخلف ، وتجدر الاشارة إلى ان العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية تعد من اسباب التخلف العقلي.

ثانيا- اسباب مكتسبة:

ترجع اسباب تعرض الافراد للحوادث ولامراض التي تؤدي الى نقص في قدراته كالحوادث بانواعها سواء في المنزل او الطريق او بالسيارات او السقوط من ارتفاعات ،حوادث المنشآت والمصانع ، والمهن والاصابة بالامراض كشلل الاطفال وغيرها مما يؤدي الى اصابات تؤثر على الاعصاب او المخ.. بالاضافة الى الامراض المعدية والمزمنة والاختراعات العلمية نتيجة التجارب الذرية والاشعاعات ، الحروب وما تسببه من دمار واعاقات مختلفة للافراد.

تصنيفات الاعاقة :

تقسيم الاعاقة بصفة عامة الى ما يأتي:

فئة العجز الظاهر : كالمكفوفين، والصم ، او المصابين باعاقات بدنية كالشلل والبتير والمعاقين عقليا .

فئة العجز غير الظاهر : كالمرضى بامراض مزمنة مثل مرضى القلب، التدرن ، مرضى السكر ، السرطان.

هناك أنواع عديدة من الاعاقات سعى الى التطرق اليها بصورة عامة وكانت كالاتي

:

١- الاعاقة الجسمية :-

الذي يعاق عن تأدية الاعمال التي يستطيع الاشخاص العاديون تأديتها مما يؤثر على مستوى أدائه بدرجات متفاوتة مما يستلزم مساعدة خاصة لاداء الانشطة الحركية اليومية كالمشلولين بشلل الاطفال او الشلل النصفي الطولي او السفلي او الشلل الرباعي او مبتوري الاطراف لاحدهما او اكثر .

٢- الاعاقة الحسية :-

الذي يعاق عن ممارسة السلوك العادي في المجتمع مثال ذلك المكفوفون، ضعاف البصر، الصم والبكم، ضعاف السمع والذين لايجدي معهم تصحيح السمع .

٣- الاعاقة العقلية :-

وهم فاقدوا القدرة على ممارسة السلوك العادي في المجتمع نتيجة انخفاض المستوى الوظيفي العقلي ممايؤدي الى قصور في النضج او التعلم او التكيف مع المجتمع مثل الامراض العقلية والنفسية او درجات الضعف العقلي والذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٠ درجة .

٤- الاعاقة الاجتماعية:-

وهم فئة من المجتمع تتمتع بالعناصر السليمة كافة الا ان عجزهم في تفاعلهم مع بيئاتهم كالجانحين والمنحرفين اجتماعيا وبعض الفئات التي تتعرض للتمييز العنصري او العقائدي او الطبقي .

وقد يعاني البعض من اعاقة واحدة ويعاني البعض الاخر من اعاقات متعددة مثل مرضى (القصور المخي) الذين يعانون من ثقل في الكلام وصمم وفقدان السيطرة على الحركة الارادية او احد اجزاء الجسم وفي احوال نادرة يكونون مكفوفين

وتتراوح شدة الاعاقة بين العجز البسيط والعجز الكلي ويرجع ذلك لاختلاف درجة الاعاقة.

٥- الاعاقة الحركية :-

وهي عدم القدرة على القيام بالنشاط الحركي بالمستوى المعهود نتيجة الخلل الذي اصاب واحدا او اكثر من اعضاء الجهاز الحركي(العصبي، العضلي، العظمي).

٦- الاعاقة السمعية :-

قصور سمعي ذو درجة من الحدة يؤدي الى عدم قدرة الفرد على معالجة المعلومات المنظومة بسبب انعدام السمع سواء كان ذلك مع او بدون استخدام مضخمات الصوت مما يخل في الانجاز التربوي لذلك الفرد (عدم قدرته على مواكبة المناهج التربوية المعدة لاقارانه الاسوياء).

٧- الاعاقة البصرية (المكفوفون):-

قصور بصري ذو درجة من الحدة بحيث تعرقل من قدرة الطفل او الفرد على الاستفادة من المناهج التربوية المعدة لاقارانه الاسوياء ويشمل هذا المصطلح ذوي الاعاقة البصرية الكاملة (المكفوفين) ولايشمل ضعاف البصر.

٨- الاعاقة المركبة :

هي اعاقة متعددة ومتزامنة لنوعين او اكثر من انواع الاعاقة آنفة الذكر.

٩- الاعاقة اللغوية :-

هي عدم القدرة على الاتصال اللفظي بالآخرين نتيجة للخلل الذي اصاب اعضاء جهاز النطق الا أن هناك نظام التصنيف في رياضة المعوقين يقصد به أن هناك اختلافاً بين الأشخاص المعوقين، ولابد من تصنيفهم حسب عوقهم دون أن يتنافسوا معاً في منافسة واحدة.

اختيار الالعاب الرياضية للمعاقين

لقد تم العمل بأن تقام الدورات الأولمبية للمعوقين بعد أيام من ختام الدورة الأولمبية للأسوياء وفي المكان نفسه وكل أربع سنوات أيضاً، إذ يشرف على الدورات الأولمبية للمعوقين اللجنة البارالمبية الدولية (I .P .C) . وفيما يأتي الألعاب البارالمبية المعتمدة

١- ألعاب القوى:

تعد هذه الألعاب التي تحظى باهتمام فئات العوق كافة من أقدم الرياضات، إذ بدأت عام (١٩٥٢) كنوع من المنافسات للمصابين في الحرب العالمية الثانية وتضمنت فعاليات

(ركض ١٠٠م، ٢٠٠م، ٤٠٠م، ٨٠٠م، ١٥٠٠م، ٥٠٠٠م، ١٠٠٠٠م، ٤×١٠٠م تنابع، ٤×٤٠٠م تنابع، المارثون، قذف الثقل، ورمي القرص، ورمي الرمح، والوثب الطويل، والوثبة الثلاثية، والقفز العالي، ورمي الصولجان).

٢- القوس والنشاب:

وتعد هذه اللعبة مناسبة لفئات الإعاقة الحركية (شلل، بتر) وتمارس من الوقوف أو على الكراسي المتحركة على هدف مساحته ٢٢م ٢ سم وعلى بعد ٧٠م.

٣- كرة السلة على الكراسي المتحركة:

وهي لعبة مفتوحة للرياضيين مستخدمي الكراسي، وتمارس على ملعب كرة السلة للأسوياء وحسب القانون الدولي للأسوياء أيضاً.

٤- المبارزة:

وتستخدم للرياضيين مستخدمي الكراسي المتحركة التي تثبت كراسيهم بالأرض للسماح للجزء العلوي للمبارز بحرية الحركة، ويطبق فيها القانون الدولي للأصحاء.

٥- رفع الأثقال:

وهي مفتوحة لكل الرياضيين المعوقين، وهناك (١٠) أوزان للرجال، ودخلت اللعبة للنساء لأول مرة في دورة سدني عام ٢٠٠٠.

٦- كرة الطاولة:

وتمارس للرياضيين ذوي الإعاقة الحركية والذهنية وتُلعب (وقوف وجلس)
ويطبق فيها القانون الدولي للأصحاء.

وهناك لعبتي كرة الطائرة من وضع الجلوس ومن الوقوف، وتمارس هاتين اللعبتين في ملعب كرة الطائرة للأسوياء ويطبق فيها القانون الدولي، باستثناء ارتفاع الشبكة لوضع الجلوس البالغ (١١٥)سم وطول الملعب البالغ (١٠)امتار وعرضه البالغ (٦)امتار، وتوجد أيضاً رياضات أخرى للمعوقين مثل ركوب الخيل، وركوب الدراجات، وكرة القدم، وكرة القدم للصم والبكم وكرة الهدف للمكفوفين (كرة الجرس)، والرماية، والسباحة، والتنس الجوده والبوشا وهناك فعاليات رياضية أخرى معتمدة رسمياً، ولكنها غير موجودة في العراق مثل (، أركبي، البليارد، البولنك، الكولف،).

ا.د علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع الثالث

- الانشطة الرياضية المعدلة(مفهوم، اساليب، اسس)
- تصنيفات رياضة المعاقين

الانشطة الرياضية المعدلة

في بداية القرن الحالي ومنذ اكثر من (٥٠) عام كانت التربية الرياضية اساسا تعتمد على تنمية الجسم والعقل ، وفي عام ١٩٢٠ اتجه الاهتمام الى ادخال البرامج والنظريات التعليمية الحديثة الى الملاعب وصالات اللعب بالنسبة للمعاق كجزء مكمل للعلاج الطبي، وقد زاد الاهتمام بها في اعقاب الحرب العالمية الثانية وذلك حفاظا على المقاتلين بدنيا وعقليا وخاصة مصابي الحرب.

تعد اليوم التربية الرياضية جزءا هاما من التربية العامة وقد عدلت الالعب لتحسين النمو البدني ، واللياقة العامة والصحة ، كما انها تساعد على الترويح والسرور .

الاهداف لا تختلف بالنسبة للمعاق عن الاسوياء الا في بعض القواعد والاسس والتنظيم والموازنة بينها وبين الاعاقة ، كما ان اهمية مرونتها ومناسبتها لوقت الفراغ والمكان (منزل-مستشفى-دار للرعاية-نادي او مركز رياضي) بالاضافة الى تنوع الانشطة.

لذلك يمكننا القول ان هدف الانشطة الرياضية المعدلة هو مساعد المعاقين على تحقيق النمو البدني والعقلي والاجتماعي والنفسي حتى يتقبل اعاقته ويتعايش معها والاعتماد على انفسهم في قضاء حاجاتهم حتى لا يكونوا عبئا على المجتمع بل قوة منتجة في جميع المجالات فيشاركوا في تقدم المجتمع.

ونجد ان الانشطة الرياضية المختلفة قد ادخل عليها بعض التعديلات سواء في الاداة نفسها او على الملاعب او في القواعد الخاصة باللعب والقوانين لكي تتناسب مع الاعاقات ، كذلك تم تعديل القوانين المنظمة لتلك الالعب حتى تتيح لهم المشاركة بالاضافة لاكتسابهم بعض المهارات التي تساعدهم في الحياة واللياقة البدنية والحد من الانحرافات القوامية التي تطرا عليهم نتيجة الاعاقة.

وبالطبع لابد من تخصيص برامج رياضية معدلة خاصة بكل فئة من المعاقين حتى يسهل ممارستهم وتحقيق اغراض الممارسة ، كما يمكن تقديم الخدمات التي تلائم حالتهم لضمان عملية التعلم.

كذلك انشئت اتحادات خاصة لرياضة المعاقين لتسهيل ممارستهم واشتركهم في كافة مجالات التربية الرياضية ، لذلك كان لابد من النظر بعين الاعتبار الى اهمية الرياضة لتلك الفئة من المجتمع لشتى انواع الاعاقات لادماجهم في المجتمع.

اساليب تعديل بعض الانشطة الرياضية للمعاقين

١- تقليل الزمن الكلي للعبة ووقت الشوط وعدد الاشواط والنقاط اللازمة في المباراة.

٢- تعديل مساحة الملعب لتقليل مقدار الجهد المبذول في النشاط.

٣- التعديل في قواعد اللعبة وزيادة فترات الراحة النسبية.

٤- زيادة عدد افراد الفريق ، وذلك لتقليل المسؤولية بتوزيع الاداء على عدد اكبر من اللاعبين.

٥- تغيير اللاعبين في المراكز المختلفة داخل اللعبة حتى لا يتحمل اي لاعب عبئا اكبر عليه من الجهد.

٦- السماح بالتغيير المستمر بحيث يشارك كل فرد من اللعب ويأخذ فترة راحة اثناء المباراة.

٧- التغيير في وزن الاداة والتخفيف منها مثل الجلة والرمح ارتفاع الشبكة حتى لا يشكل عبئا على المعاق اثناء الممارسة.

٨- تقسيم النشاط على اللاعبين تبعا للفروق الفردية وامكانيات كل فرد.

كما يجب على المدرس او المدرب السماح بالخروج من المباراة عند التعب او ظهور أي اعراض للارهاق نتيجة لاشتراكهم في اللعب او لزيادة حمل التدريب عليهم ، وعلى المدرس او المدرب التقييم المستمر للبرنامج وللاعبين ليتعرف على

نواحي الضعف والقوة وتشخيص الحالة التدريبية واجراء التعديلات الملائمة على البرنامج.

اسس التربية الرياضية المعدلة

هناك حقيقة هامة هي ان اهداف التربية الرياضية للمعاقين تنبع من الاهداف العامة للتربية الرياضية من حيث النمو العضوي والعصبي والعضلي والبدني والنفسي والاجتماعي حيث تركز رياضة المعاقين على وضع برنامج خاص للنشاط التربوي ويتكون من العاب وانشطة رياضية وحركات ايقاعية وتوقيتية تتناسب مع ميول وقدرات وحدود المعاقين الذين لا يستطيعون الاشتراك في برنامج التربية الرياضية العام دون ان يصيبهم أي ضرر، وقد تؤدي تلك البرامج المعدلة في المستشفيات او المراكز الخاصة بالمعاقين او المدارس، ويكون الهدف الأسمى لها هو الوصول الى تنمية اقصى قدرة للمعاق وتقبله لذاته واعتماده على نفسه، بالاضافة الى الاندماج في المجتمع والانشطة الرياضية بانوعها المختلفة هي وسيلة الى غاية، اما الترويح فهو غاية حيث يستغل الفرد فراغه بطريقة هادفة بناءة.

يراعى عند وضع اسس التربية الرياضية المعدلة مايلي:-

- العمل على تحقيق اهداف التربية الرياضية العامة.
- تقوم على نفس اسس التربية العامة.
- اتاحة الفرصة الافراد والجماعات للتمتع بنشاط بدني وتنمية مهارته الحركية وقدراته البدنية.
- التاهيل ولعلاج والتقدم الحركي للمعاق وذلك لتنمية اقصى قدراته وامكانات لديه.
- يمكن تنفيذ تلك البرامج في المدارس والمستشفيات والمؤسسات العلاجية.
- للمعاقين بمختلف فئاتهم الحق في الاستفادة من برامج التربية الرياضية كجزء من البرنامج التربوي بالمدارس.

- تمكن المعاق من التعرف على قدراته وامكانياته ،وحدود اعاقته حتى يستطيع تنمية القدرات الباقية له، واكتشاف مآلديهم من قدرات.
- تمكن المعاق من تنمية الثقة بالنفس واحترم الذات واحساسه بالقبول من المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك من خلال الممارسة الرياضية للأنشطة الرياضية المعدلة.

تصنيف الرياضة للمعاقين

هناك العديد من التصنيفات الرياضية للمعاقين ، وفيما يلي تصنيف جامع وشامل لعدد من جهات النظر:

أ- الرياضة العلاجية:

تعد ممارسة الرياضة للمعاقين احدى وسائل العلاج حيث تؤدي على هيئة تمارين علاجية كاحدى طرق العلاج الطبيعي التي تسهم في تاهيل المعاقين ،بالاضافة الى امتدادها ما بعد الجراحة والجبس ...وخاصة في الكسور وتاهيل مصابي العمود الفقرى والنخاع الشوكي كالشلل النصفي والشلل الرباعي...ويستمر هذا الاثر الايجابي للتمارين في تاهيل المعاقين ومساعدتهم على استعادة اللياقة البدنية من قوة ومرونة وتحمل وتوافق عضلي عصبي. واستعادة لياقة الفرد للحياة العامة وما يصادفه فيها الى مابعد خروجه من المستشفى ومراكز التاهيل حيث تلعب الرياضة التأهيلية دورا هاما في هذا المجال.

ب- الرياضة الترويحية:

وهي الرياضة التي تهدف الى تنمية الجانب الترويحي بدرجة كبيرة نسبيا وان كنا لا ننكر ما للرياضة التنافسية من جوانب ترويحية ايجابية مفيدة . وتتدرج الرياضة الترويحية من انواع هادئة نسبيا مثل العاب التسلية الى انواع عنيفة مثل تسلق الجبال مثلا.

وتختلف الرياضة الترويحية عن الرياضة التنافسية في نسبة المجهود البدني والعصبي المبذول، فالمجهود المبذول في لعبة الشطرنج مثلا لا يوازي المجهود المبذول في ممارسة رياضات تنافسية مثل السباحة، او الفروسية او الاسكواش او الجري... الخ.

وتدخل في نطاق الرياضة الترويحية رياضات اخرى مثل: البليارد، البولينج، والصيد، كما تدخل تلك الرياضات ايضا في انواع الرياضة التنافسية.

ج- الرياضة التنافسية:

يهدف هذا النوع من النشاط الرياضي الى الارتقاء بمستوى اللياقة والكفاءة البدنية كما تضمن رياضة المستويات العليا. والواقع ان الرياضة التنافسية تعتمد على التدريب العلمي السليم والتطوير في الادوات والامكانيات والطب الرياضي، ويجب الالتزام في تلك الرياضة التنافسية بالقواعد والقوانين الخاصة بالاداء، كما يجب الالتزام بالتقسيمات الفنية والطبية التي تعتمد على درجة اللياقة البدنية او النفسية والصبية للمعاق ومستوى الاصابة، وذلك قبل المشاركة في الانشطة التنافسية حتى يتحقق مبدا العدالة، بالاضافة الى الاستفادة الكاملة من المشاركة، وتجنبنا لحدوث اى مضاعفات طبية تؤثر على حياة المعاق.

د- الرياضة المخاطرة:

يشير هذا النوع من الرياضات الى الانشطة التي تزداد فيها المخاطرة بدرجة كبيرة، وقد تمارس فردية او جماعية مثل التزلج، التزحلق على الجليد، سباق السيارات والدرجات البخارية كما ان الغطس في المياه الضحلة يسبب الكسور في الفقرات العنقية او الشلل الرباعي... لذلك لا بد من اتباع تعليمات الامن والسلامة وخاصة في الرياضات التي تحتاج الى درجة عالية في الاداء الفني.

هـ - الرياضة الاجتماعية:

حيث يرتبط بالتأهيل المهني الذي يساعد المعاق على اعادة تكيفه مع المجتمع وذلك بتدريب المعاق على ممارسة مهنة سابقة او جديدة تبعا لنوع اعاقته ودرجتها وميوله.

كما يمكن اشتراك المعاقين مع الاسوياء في الممارسة حتى يعتادوا الاندماج بالمجتمع ، ونذكر بعضا لتلك المنافسات المشتركة:

كرماية السهم، تنس الطاولة(الشلل والبتير)،البليارد، السباحة للمعاقين (للبتير – المكفوفين- الصم)،فيندمج المعاق بفاعلية في ممارسة مع الاصحاء كما يتحتم ان يقوم اصحاب الاعمال يقومون بتشغيل المعاقين الرياضيين.

و- المشاركة السلبية:

من المعلوم ان هذا النوع يقوم على المشاركة المعتمدة على المشاهدة الرياضية سواء امام التلفزيون، او حضور المباريات في الملاعب ،مثال ذلك مباريات القدم والتنس وكرة السلة وكرة اليد .. ويشترك الاسوياء مع المعاقين في هذا النوع حيث يساهم في ازالة القلق والتوتر والحد من العدوان،مما لا شك فيه ان ذلك يؤدي الى التغلب على روتين الحياة ويقطع الملل بالاندماج في مشاهدة.

دايد علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع الرابع

- الاعاقة الحسية
- اعاقة كف البصري (اسباب، تصنيف)
- التدريب الرياضي للمكفوفين
- الانشطة الرياضية التي تناسب مع المكفوفين

الاعاقة البصرية - مدخل تاريخي

لقد عانى المعاقين كثير من الالم الاضطهاد والاهمال فكانوا يتركون للموت جوعا ويؤدون وهم اطفال ، فقد عثر على قوالب من الطين للبابليين الذين سكنوا ارض ما بين النهرين دجلة والفرات تكشف قوانين الجزاء والعقاب لحمورابي ملك البابليين وكذلك سجل طرق علاج فاقدى البصر.فاليونانيون منذ ثلاثة الاف عام اقاموا دعائم حضارتهم على القوة الجسدية فكانوا لا يتورعون في القاء الاطفال الضعفاء والمكوفين والمعاقين في العراء لتجد الوحوش فرصتها للفنك بهم وقد سمحت بعض الشعوب القديمة بالقضاء على المكوفين اذ كانوا يرون فيهم عبئا على المجتمع.

اما في العصور الوسطى فقد عرف المعاق على انه غضب الرب والارواح الشريرة فكانت النظرة للمعاق نظرة خوف لاعتقادهم ان الالهة حلت اللعنة فانهم اشخاص غير جديرين بالاختلاط ويجب الابتعاد عنهم وعدم الاحتكاك بهم لدرء اللعنة عن انفسهم.

اما في الاسلام وبما يحمله من تعاليم المحبة والتسامح والاخاء بين البشر فكانت نبرات تضي بهداية البشر مما ادى الى نشر انظمة الاحسان كنظام الاوقاف في العراق ومصر ،واستمر هذا النظام عاملا اساسيا في رعاية المكوفين والمعاقين عن طريق مساعدتهم ماديا ومساعدتهم على استرداد مكانتهم في المجتمع وقد تميز المجتمع الاسلامي بالاهتمام الشديد برعاية المعاقين وخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل واحسن المسلمون على حسن معاملاتهم للمكوفين والمعاقين واعتبرت حالة الاعاقة اختبار من الله سبحانه وتعالى .

للرياضة اهميتها الخاصة في حياة المكوفين لانها كفية بتغلب الكفيف على الشعور الذي يواجهه جراء عاهته اضافة الى ان ممارسة الرياضة تعد من الاساليب الكفية باثارة المتعة والبهجة في نفوس هذه الفئة عن تمتعهم بقضاء اوقات فراغهم من خلال ممارسة هواياتهم المفضلة فلو نظرنا الى الالعاب الاولمبية لرأينا قدرة اولئك الذين شاركوا بالالعاب الجماعية المختلفة كانت حماسية فعلى الرغم من اعاقهم الشديدة الا

انهم كانوا يمارسون الالعاب الرياضية وكان ذلك ما يدعو الى الدهشة والاعجاب .
والتاريخ يسرد لنا قصة ظريفة عندما تنافس بطل الالعاب الاولمبي بالجري(سانت دانستانز)مع اسرع العدائين من المكفوفين في سباق ١٠٠ متر بطريقة تساعد الكفيف على التحسس بمجال الركض ،وقد ادرك البطل الاولمبي من ان حفظ التوازن للجسم يلعب الدور الكبير والفعال في الحركات الرياضية.

ان الامكانيات البدنية للفرد تحدد وتعتمد على درجة فقد البصر والوقت التي حدثت فيه الاعاقة والتي تختلف باختلاف وقت الاصابة ،فمنهم من يولد فاقد البصر ومنهم من يفقد البصر في السنوات الاولى .

اسباب الاعاقة البصرية

تختلف اسباب الاعاقة البصرية ودرجتها واشكالها ، وكذلك يختلف زمن حدوث هذا الاعاقة من فرد الى اخر، فعندما يولد الطفل معاقا بصريا ، او يصاب بالاعاقة البصرية قبل سن السادسة فانه يطلق عليها (الاعاقة البصرية الطارئة او المكتسبة).

ان الفرق بين الاعاقة البصرية الخلقية والاعاقة البصرية الطارئة ، هو ان الاعاقة البصرية الخلقية تحدث مع الميلاد او في مرحلة مبكرة من عمر الطفل قبل دخوله المدرسة ، ولذا فهي تحدث قبل ان يتعرف الطفل على المدركات والمفاهيم البصرية ، او قبل ان يتكون لديه القدر الكافي من هذه المفاهيم البصرية المتعلقة بما يوجد في بيئته او في البيئات الاخرى ، كالمفاهيم الدالة على اسماء الطيور ،الحيوانات،والنباتات،والاجهزة والالات،والمعدات،والمباني،والتضاريس،والظواهر المناخية،والمواد وغيرها من المفاهيم البصري التي تطرأ على الذاكر عند سماع او قراءة واللفظ او المفهوم الدال عليها،الشخص العادي عندما سمع او يقرأ كلمة(فيل) مثلا فانه يطرأ على ذاكراته مباشرة وبطريقة لاشعورية شكل وحجم وخصائص هذا الحيوان.

أما بالنسبة لذي الاعاقة البصرية الخلقية فان هذا اللفظ قد لا يستثير فيه المفهوم او التصور البصرية الملائم، لهذا فعند تعليمه يجب ان نعمل على اكسابه او تعويضه عن هذه المفاهيم البصرية بخبرات لمسية وسمعية وشمية ، وذلك عن طريق استخدام المجسمات او التسجيلات الصوتية والروائح او المذاقات المختلفة.

أما بالنسبة للاعاقبة البصرية الطارئة فهي تحدث بعد سن السادسة، ولذا فهي تحدث بعد ان يتعرف الطفل على المدركات والمفاهيم البصرية، ولهذا فقد اشار (كارول ١٩٦٩) الى ان المعاق يمتاز عن زميله ذي الاعاقبة الخلقية بخبراته البصرية في الحساسات المرتبطة (كأن يثير الادراك للمسي او الصوتي او الشمي صورة بصرية كذلك فان هذه الخبرات السابقة تعتبر معينا هائلا في التعلم المعرفي والحركي ، كما يتميز بامتلاكه لطرائق سلوكية نمطية متفقة مع القيم والانماط الثقافية السائدة في المجتمع ، ونظراً لما تسببه الاعاقبة خاصة الطارئة منها من اضطرابات نفسية ، تتمثل في الرفض وعدم التكيف او مقاومة الاساليب والطرق الجديدة التي تتبع في التعلم والتاهيل ، لهذا فان الاعاقبة البصرية الطارئة تحتاج الى دعم عاطفي ونفسي ، والى تقبل اجتماعي بصورة اكثر من زميله ذي الاعاقبة البصرية الخلقية حتى يتمكن من التغلب على الاضطرابات النفسية المصاحبة ، ويتقبل اعاقته ويتكيف معها، وبالتالي يتفاعل مع اساليب التعليم والتاهيل المتبعة.

ونظراً لان المبصر جزئياً ، الاعاقبة الخلقية يستطيع ان يكون ويطور معظم المفاهيم البصرية عن طريق ماتبقى لديه من ابصار ، وبالتالي يتلاشى او يقل الفارق بينه وبين المبصر جزئياً ذي الاعاقبة الطارئة ، في حين يفتقر الكفيف كلياً الى ذلك لهذا فعند الحديث عن كل من الاعاقبة البصرية الخلقية والطارئة يستثنى المبصرون جزئياً ويقتصر الحديث على المكفوفين كلياً ، وذلك للفرق الواضح والكبير في طبيعة وحجم المفاهيم والمدركات البصرية بين كف البصر الخلقى وذوب كف البصر الطارئ.

تصنيف المكفوفين :

هناك أكثر من تصنيف للإعاقبة بكف البصر ويمكن إيجازها بالشكل الآتي:

١- كف البصر الولادي / أي منذ نشأة الفرد .

٢- كف البصر المكتسب / قد يصاب به الفرد عند الولادة أو بعدها نتيجة

الإصابة بمرض أو حادث أو غيرها . مما أدى إلى

الإعاقة بصورة دائمة.

وهناك تقسيم ثان للإعاقة البصرية يعتمد على معيار ودرجة الأبصار والعمر

الذي حدث فيه العجز وكما يلي:

١- المكفوف كلياً / ويشمل :

حدوث العجز بعد سن الخامسة من العمر .

حدوث العجز قبل سن الخامسة من العمر .

٢- المكفوف جزئياً / ويشمل :

حدوث العجز بعد سن الخامسة من العمر .

حدوث العجز قبل سن الخامسة من العمر

التصنيف الطبي للاعبين المكفوفين وضعاف البصر .

ويصنف اللاعبون المكفوفون وضعاف البصر في لعبة كرة الهدف] من الناحية

الطبية [التي تنظمها الجمعية الدولية لرياضة المكفوفين (I.B.S.A) الى "

ثلاث فئات هي (B13,B12,B11) .

وتصنف ايضاً الى ثلاث مجموعات هي (B1,B2,B3) وكما يأتي:-

١- المجموعة الأولى B١ :

فقدان تام للإحساس بالضوء في كلتا العينين أو هناك بعض الإحساس بالضوء

لكنه

مقترن بعدم القدرة على تمييز شكل اليد من أي مسافة أو اتجاه.

٢- المجموعة الثانية B2 :

القدرة على تمييز شكل اليد، وتكون حدة الإبصار ٢ / ٦٠ بمجال رؤية لا يتعدى [اقل من ٥) درجات.

٣- المجموعة الثالثة B3 :

تكون حدة الإبصار أعلى من (٢ / ٦٠ إلى ٦ / ٦٠) وبمجال رؤية أكثر من (٥) درجات و اقل من (٢٠) درجة .

ويتم هذا التقسيم عن طريق الطبيب المختص ، كما يجب أن يحمل الكفيف أو ضعيف البصر نسخة من أخصائي الرمذ] لأنه يتم في التصنيف قياس المساحة البصرية للاعب الكفيف بواسطة جهاز طبي خاص [، كما يجب متابعة التغيرات التي تحدث دائماً" في تلك التقسيمات إذ توجد قواعد منظمة للتقسيم الطبي .

التصنيف الطبي للرياضيين ذوي القصور البصري I.B.S.A:

ان ممارسة الرياضة من قبل ذوي القصور البصري (المكفوفين) على الصعيد العالمي التي تنظمها الجمعية الدولية لرياضة المكفوفين (I.B.S.A) يشمل تصنيف المكفوفين الى تصنيف الرياضيين الذين هم فعلاً (ذوي القصور البصري المكفوفين) كي يسمح لهم بالمشاركة في المنافسات الرياضية لهذه الفئة من المعوقين اذ يتم تصنيفهم حسب سلم (I.B.S.A) مع مراعاة وجود طبيب متخصص بالعيون ليتم تشخيصهم بشكل عادل. ويمكن تقسيم ذلك الى ما يأتي:

- الصنف B11:

هؤلاء الرياضيون يمكن ان يمارسوا الرياضة التنافسية ولكن حسب عوقهم حيث يكون تصنيف هذه الفئة بانهم فاقدو البصر اي مدى النظر صفر.

- الصنف B12:

هؤلاء الرياضيون يمكن التنافس فيما بينهم ويكون عوقهم حسب التصنيف الدولي بان يكون مدى الرؤيا عندهم (١م) حيث يكون هناك فحصاً طبياً لتحديد هذه الاعاقة.

- الصنف B13:

هؤلاء الرياضيون يمكن التنافس فيما بينهم حيث يتم تصنيف هذه الفئة حسب القانون الدولي اذ يكون مدى الرؤيا (٢م) من حيث الفحص الطبي الذي تحدد هذه الاعاقة.

على جميع الرياضيين المرتدين للعدسات اللاصقة او النظارات الطبية ينبغي ان يحملوها عند التصنيف، سواء كانوا يعتزمون استعمالها اثناء المنافسة ام لا.

التدريب الرياضي للمكفوفين

في بداية الممارسة الرياضية يكون من الصعب اخراج الكفيف من عزلته وادماجه في النشاط الرياضي، ولذلك لابد ان يراعي المدرب الرياضي ذلك ، وان يكتسب ثقة الكفيف اولاً، حيث ان الهدف العام من ممارسة الرياضية هو التقليل من الاثار السلبية للاعاقة وليس زيادتها باداء رياضات لا تتلائم مع نوع ودرجة الاعاقة والانشطة الرياضية .

وهناك بعض الانشطة التي لا بد ان يمارسها المكفوفون وهي الخاصة بتنمية اللياقة البدنية والحركية، التحدب الخلقى بالعمود الفقري، مما يترتب عليه بروز البطن للامام واحتكاك القدمين بالارض اثناء المشي، وكما ذكرنا ان اغلبهم يصاب بتشوهات عظمية خلال مراحل النمو المختلفة ، لذلك تهدف الرياضة للمكفوفين الى استعادة كفاتهم الوظيفية، بالاضافة الى تدريب الجهاز العضلي وتنمية لياقته ومساعدتهم على التأقلم في الحياة:

يجب اهتمام بتنمية نظام التوازن بالجسم للمكفوفين ، وذلك بزيادة الاعتماد على المستقبلات الحسية في الجلد والعضلات والمفاصل ، لتعويض المستقبلات الحسية البصرية المفقودة، حيث لها دور في نظام التوازن بالجسم مع الجهاز العصبي والجهاز السمعي.

يجب الاهتمام بتنمية القدرة الحركية للكفيف من رشاقة ومرونة وتوافق وتوازن ثابت وتوازن حركي ، كذلك تغير الاوضاع من الوقوف ومن السقوط على الارض.

يجب الاهتمام بالرياضات الترويحية والتنافسية حيث تكسبه مهارات تساعده على التكيف مع البيئة ، كما تزيل عنه التوتر النفسي وتزيد من ثقته بنفسه واعتماده عليها وتنمية روح المنافسة مع زملائه.

لابد ان يكون النشاط الرياضي الذي يمارسه الكفيف يتناسب مع نوع الاعاقته مع وجوب تشجيعه على الاستمرارية في الممارسة، وذلك لتنمية عناصر اللياقة البدنية العامة والخاصة ، والتي تساعده على الحركة والعمل بكفاءة و اقل جهد ممكن ، وتحاشي الخطر.

يجب على المدرب ملاحظة ان الارهاق البدني يظهر على الكفيف عند بداية التدريب ويتغلب على ذلك بالتدرج في التعلم والشدة والتكرار مع التشجيع الدائم على بذل الجهد ، اما في المنافسات فيجب على المدرب ان ينصح الكفيف بعدم بذل جهد يفوق طاقته ، وذلك منعا لاي مضاعفات تعرضه للخطر.

- يجب اعطاء المكفوفين التوجيهات الكافية للتعرف على البيئة المحيطة قبل البدء في أي نشاط رياضي او ترويحي كالملاعب ، والصالات، وغرف خلع الملابس ، والحمامات ، وذلك باستخدام الحواس الباقية لديهم.
- يجب استخدام الصفارة والموسيقى والتصفيق اثناء التدريب، وكذلك الاجراس والطبول والوسائل الالكترونية الحديثة في الممارسة ، وخاصة العاب القوى.

- يجب على المدرب عندما يجد الكفيف لا يستطيع اداء بعض التدريبات الاساسية للعبة ان يغيرها ويستبدلها برياضات اخرى حتى لا يتعرض الكفيف للاحباط النفسي او الاصابات.
- يجب ان يكون المدرب مؤهلا علميا للعمل مع الكفيف ، وكيفية التعامل معه وطرق تعليمه وتدريبه، وكذلك يتم التعليم بتجزئة الحركات المركبة الى حركات بسيطة وتكرارها، ثم الربط بينها لان الاعاقة تؤثر على اداء الكفيف.
- يجب الاهتمام بالحالة الصحية للاعب، وذلك بالفحص الطبي الدوري، كذلك معرفة عمر اللاعب وهل ممارسة الانشطة المقترحة تتناسب مه مرحلته السنية وحالته الصحية.
- يجب استشارة الطبيب قبل البدء في التدريب لتحديد حالته الصحية ونوعية وكمية واسلوب الجهد الذي يمكن ان يبذله اللاعب دون ضرر.
- عادة ما يكون تدريب المكفوفين فرديا ، وقد يكون مع المدرب وبعض المساعدين لتوصيل المعلومات مع بعض الالعاب التي تتناسب مع المكفوفين.

الانشطة الرياضية التي تتناسب مع المكفوفين

١-التمرينات:

يوجد العديد من التمرينات الحرة وبالادوات الزوجية والفردية ، ويمكن استخدام ادوات كسلام الحائط، والمقاعد السويدية، والتمرينات بالاثقال، والتمرينات النظامية، وبالموسيقى،بالاضافة الى تمرينات التي تقوي المجموعات العضلية المختلفة.

٢-الالعاب الصغيرة:

والتي لاتحتاج الى ادوات غير متوافرويمكن استغلال البيئة.

٣- العاب القوى:

بعض المسابقات التي تتناسب مع المكفوفين كالمشي والجري لمسافات قصيرة ،مع استخدام مصدر الصوت، وكذلك المسافات المتوسطة والطويلة، والتتابعات، كذلك دفع الثقل من الثبات، ، رمي لرمح من الوقوف بالطريقة الصحيحة، مسابقات الوثب بانواعها المختلفة(الوثب الطويل، الوثب العالي،الوثبة الثلاثية.

٤ - الجمباز:الحركات الارضية:

الدرجة (الامامية، الخلفية، الطائرة).

الوقوف على(الراس،اليدين،الكتفين).

العجلة،الموازين.

الاجهزة:العقلة، المتوازي،جمباز الاجهزة للمكفوفين.

٥-السباحة:

تبدا السباحة في احواض صغيرة للتعود على الماء وتعليم الطفو، ثم في الاحواض الكبيرة التي تتناسب مع كل سن، مع استخدام اهداف يصدر عنها اصوات ، كما يبدأ بالتعليم في احواض سباحة بدون حارات ، ثم يتم التقسيم ، كما يزداد ارتفاع الماء بالحمام عند التأكد من اتقان المكفوفين للسباحة والمنافسات.

٦- العاب الحبال:

وذلك كالتسلق على الحبال المعلقة وبارتفاعات تتناسب مع المكفوفين ، والوثب بالحبل، وذلك لتنمية اللياقة البدنية، كذلك شدالحبل لتنمية روح الجماعة.

٧-العاب الكرة:

تستخدم الكرات التي تصدر عنها اصوات حتى تعمل على تنمية الحواس لدى المكفوفين.

٨-رفع الاثقال:

الاثقال المثبة على الحوامل او من الرقود ويجب التأكد على عدم رفع الاثقال الزائدة
مراعاة للامن والسلامة.

الأمور الواجب مراعاتها عند التعامل مع المكفوفين في مجال الرياضي :

- السماح للكفيف القيام بجولة في مكان ممارسة النشاط الرياضي بمصاحبة شخص مبصر للاستطلاع على المكان و التعرف على أبعاده .
- إخلاء منطقة الأداء من العوائق و كل ما من شأنه تهديد سلامة الكفيف .
- تميز لون الملعب على الأرض المحيطة و يكون الحد النهائي للملعب بارز.
- بالنسبة للمبصرين جزئيا تدهن حدود الملعب و كذلك الأدوات المستخدمة بألوان زاهية.
- استخدام المثيرات السمعية وكذلك المثيرات الحسية الأخرى ما أمكن .
- استخدام الأدوات المساعدة و الامنيه كالأطوال و الاحبال .
- يعتبر المشي من الأنشطة التمهيديّة و الضرورية لهم لذلك لا بد أن تبدأ حصة النشاط بالمشي .

من فوائد التمارين الرياضية للشخص الكفيف:

- تنشيط الدورة الدموية و المحافظة على مرونة المفاصل و ليونة العضلات في الجسم
- تنمية الجوانب الاجتماعية و النفسية للشخص الكفيف .
- تصحيح التشوهات و انحرافات التي يمكن تحسنها أن وجدت .
- المحافظة على الصحة العامة .
- التعود على البيئة المحيطة.
- تنمية الحواس المختلفة.

اد علاء خلف حيدر/ فسلجة - معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل - معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع الخامس

● كرة الهدف للمكفوفين (جانب تطبيقي)

كرة الهدف للمكفوفين

هي عبارة عن لعبة كروية للمكفوفين وضعاف البصر تتكون مبارياتها من فريقين على أن يتشكل كل فريق من ثلاثة لاعبين وله الحق في ثلاثة استبدالات. وتؤدّى مباراة كرة الهدف على أرضية صالة رياضية (gymnasium) على أن تكون الكرة (كرة جرس) وأن يكون ملعبها مستطيلاً وينقسم من منتصفه إلى شقين بخط الوسط، وإحراز الأهداف في هذه اللعبة يأتي عند إيصال الكرة إلى منتهى الملعب في أي من الجهتين، ولهذا فإن مهمة كل فريق من الفريقين تتمثل في صد الكرة ومنعها من الوصول للمرمى الخاص بنفس الفريق وتسديد الركلات صوب مرمى الفريق الآخر من أجل إحراز الأهداف. ولتطور هذه اللعبة يقوم الاتحاد العالمي لرياضة المكفوفين (IBSA) بصياغة قوانين اللعبة ومراقبة تطبيقها .

تعتبر لعبة كرة الجري اللعبة الوحيدة التي تثير الحماس والتحمي للاعب الكفيف بعد ألعاب القوى ورفع الأثقال. يحق للاعب المشاركة في هذه اللعبة إذا كان فاقد البصر كلياً أو لديه درجة الإبصار لا تزيد عن ٦/٦٠ في العينين معاً أو في العين الأقوى بعد العلاج واستخدام النظارة.

نشأة اللعبة

في عام ١٩٤٦ ابتكر كل من (هانز لورينزين) النمساوي (وسيب رياندل) الألماني لعبة كرة الهدف أو ما يسمى بجولبول كجزء من مجهوداتهما في تأهيل المكفوفين الذين كف بصرهم نتيجة العمليات الحربية التي خلفتها الحرب العالمية الثانية. ومع ذلك، فلم تظهر اللعبة للعالم إلا في عام ١٩٧٦ في الباراليمبياد المنعقد في تورونتو بكندا، ومنذ ذلك الحين فهي لعبة رئيسية في الباراليمبياد العالمية، وبالمثل فإن هذه اللعبة تشارك في كؤوس العالم المنعقدة كل أربعة أعوام بدأً من عام ١٩٧٨، ولهذا أكسبها كل من الباراليمبياد والمشاركة في كأس العالم انتشار وشيوع هائل في كافة الأقطار والبلدان والأقاليم.

قواعد

١-١-١ الأبعاد

تكون أبعاد الملعب المستطيل المستخدم للعبة كرة الهدف ١٨ م طولاً و٩ أمتار عرضاً وتبدأ القياسات من الأطراف الخارجية للملعب لايسمح بوجود أى شئ بالملاعب خلاف العلامات المستخدمة لتحديد الملعب.

١-١-٢ منطقة دفاع الفريق

تكون منطقة دفاع الفريق بعمق ٩ أمتار ويكون حدها الخلفي خط المرمى .

١-١-٣ خطوط إرشاد اللاعبين

وهى عبارة عن خطين الى الخارج من منطقة الدفاع الفريق على بعد ١,٥ متر من الحد الأمامي لمنطقة دفاع الفريق وتكون بطول (١,٥) متر وتتجه الى الداخل من الحد الخارجي في اتجاه منتصف منطقة الدفاع للفريق وتكون على كل جانب من منطقه دفاع الفريق بالإضافة الى ذلك هناك خطان مركزيان في منتصف منطقه الدفاع الفريق يمتدان من الحد الامامي للمنطقة وخط المرمى ويتعامدان على الخطين السابقين ويكون طول كل منهما من متر كذلك هناك خطان بطول ١,٥ متر يمتدان متعامدين على خط المرمى وعلى بعد(١,٥) متر الى الداخل من الخط الجانبي الذى على الحد الأمامي لمنطقة دفاع الفريق .

١-١-٤ منطقة الرمي

وهى منطقه المجاورة مباشرة لمنطقة دفاع الفريق وتمتد أمامها وهى بعرض ٩ أمتار وعمق ٣ أمتار .

١-١-٥ المنطقة المحايدة

وهى المنطقة المتبقية من مساحه منطقتي المرمى وهى بعمق ٦ أمتار وتكون مقسومة بخط الوسط .

١-١-٦ منطقة جلوس الاحتياطي

تكون منطقة جلوس احتياطي الفريق المعنى على جانبي طاولة المحكمين

وضباط الوقت وعلى بعد ٣ امتار على الأقل من الخط الجانبي لمنطقة اللعب ويجب ان تكون قريبه بقدر الامكان من طاوله المحكمين ويجب الا تكون موازية لمنطقه دفاع الفريق وتكون بطول ٤ امتار وتحدد بخط امامي بطول ٤ امتار وخطين جانبيين لا يقل طول كل منهما عن متر واحد وعلى جميع افراد الفريق البقاء فى منطقة جلوس الاحتياطي اثناء اللعب ويتم تبادل مناطق الاحتياطي فى فترة الاستراحة بين الشوتين على ان تمتد منطقة الاحتياطي لكل فريق بعد نهاية منطقه دفاع هذا الفريق وفى حاله اصابه احد اللاعبين او تركه للمباراة لأي سبب من الأسباب وكان يرغب فى الجلوس فى منطقه احتياطي الفريق كمرافق عليه ارتداء شارة مميزة تحدها اللجنة المنظمة للدورة.

٧-١-١ علامات تحديد الملعب

يجب ان تكون جميع الخطوط المحددة للملعب بعرض (٥)سم ويجب تعليمها بشكل واضح تكون ملموسة لتسهيل توجيه اللاعبين.

٨-١-١ خط وقف اللعب الرسمي

يكون هناك خط تميز ملموس على بعد(١,٥) متر من خطى الجانب وخطى المرمى عندما تعبر الكرة هذا الخط يجب على الحكم إطلاق صافرته معلنا وقفا رسميا للعب.

٢-١-١-٢ المعدات

٢-١-١ المرمى

يكون عرض المرمى ٩ متر ويكون ارتفاع قوائم المرمى ١,٣٠ ويجب ان تكون مستديرة القطاع وتكون العارضة من مادة صلبة توضع القوائم للخارج ولكن مع خط المرمى القاعدي وتؤخذ قياسات المرمى من الداخل ويجب الا يتجاوز قطر القائمين والعارضة ١٥ سم. متر ويجب الا يتجاوز قطر قطاع القائمين والعارضة ١٥ سم ويجب ضمان سلامه اللاعبين عند إنشاء المرمى وتغطيه القوائم بماده مخففه للصدمه.

١-٢-٢ الكرة

مواصفات الكرة

- القطر: ٢٤-٢٥ سم.
- المحيط: ٧٥,٥-٧٨,٥ سم.
- الوزن: ١,٢٥٠ غرام (يزيد او ينقص بمقدار ٥٠ غرام).
- ثقوب الصوت: ٤ ثقوب في النصف العوي تتدرج من ٤ ثقوب في النصف السفلي.
- الاجراس: اثنان.
- الاستومير: مطاط طبيعي.
- اللون: ازرق.
- السطح: بارز.
- مصنوعة من مواد غير سامة.

١-٢-٣ الملابس

على جميع المتنافسين ارتداء قميص رياضي يكون عليه رقم مثبت على كلا واجهتيه من الامام والخلف وتتراوح الأرقام بين (١ و ٩) ولا يقل ارتفاع الرقم على ٢٠ سم ويجب الا يتجاوز اتساع القميص عن جسم اللاعب ال ١٠ سم.

١-٢-٤ النظارات والعدسات

يمنع ارتداء النظارات والعدسات لاصقة اثناء المباراة

١-٢-٥ معتمات العيون

على جميع اللاعبين ارتداء معتمات العيون داخل الميدان منذ صافرة البداية الاولى وحتى نهاية اى من شوطي المباراة ويشمل ذلك الوقت الرسمي والوقت الاضافي والضربات الحرة وفي حالة وقف اللعب على لاعبي الاحتياطي الذين يدخلون الميدان ارتداء معتمات العيون .

١-٢-٦ تغطية العيون بقطعة من الشاش

في البطولات العالمية والكبيرة وحسب قرار الاتحاد الدولي لرياضة
المكفوفين ينبغي تغطية عيون جميع اللاعبين المشاركين في اي مباراة بقطعه
من الشاش تحت إشراف المندوب الفني لكرة الهدف الموقر من الاتحاد
الدولي لرياضة المكفوفين

٠٢ المتنافسين

٠١-٢-١-٠ التصنيف

يجب تقسيم البطولة الى فئتين: ذكور ونساء

يجب على جميع لاعبين في البطولات الدولية الوفاء بمطالب التصنيف الرياضي
ب ١ او ب ٢ او ب ٣ التابعة للجنة البارالمبية الدولية/ الاتحاد الدولي لرياضات
المكفوفين.

٢-٢-٢-٠ تكوين الفريق

عند بداية البطولة يجب ان يتكون الفريق من ثلاثة ٣ لاعبين مع احتياطي من ثلاثة
لاعبين كحد أقصى وفي حالة أصابه احد اللاعبين بأصابة بالغة يمنعه من مواصلة
اللعبة حتى نهاية المباراة يستطيع الفريق استكمال اللعب بعدد اقل من الحد الأدنى
للفريق ولكن لا يسمح للفريق باللعب في دورة بلاعب واحد، لكل فريق ثلاثة مرافقين
في منطقة احتياطي الفريق .

٠٣ الحكام

٠٣-١ العدد المطلوب

في كل مباراة يجب ان يكون هناك حكمين ٢ للملعب وأربعة ٤ حكام للمرمى ومسجل
ومؤقتا ومؤقتين للعشرة ثوان ، ولا بد من وجود مؤقت احتياطي في الالعاب
البارالمبية والبطولات العالمية و بطولة البارالمبية والبطولات الاقليمية.

٤. سير المباراة

٤-١ زمن المباراة

يكون مجموع زمن المباراة ٢٤ دقيقة مقسمة الى شوطين متساويين زمن كل منهما ١٢ دقيقة ويجب ان تكون هناك ٣ دقائق استراحة بين الشوطين

٢-٤- الوقت الإضافي

إذا كان لا بد من فوز احد الفريقين في نهائيات الدورة يلعب الفريقين المتعادلين شوطين إضافيين زمن كل منهما ٣ دقائق ويفوز بالمباراة الفريق الذي يسجل أول هدف وبذلك تنتهي المباراة تكون فتره ٣ دقائق استراحة بين الوقت الرسمي للمباراة والشوط الأول من الوقت الإضافي وتجرى القرعة الثانية لتحديد رامي الرمية الأولى ومتلقيها من بداية الوقت الإضافي وفي بداية الشوط الثاني من الوقت الإضافي تتبادل الفريقين والاحتياطي المواقع بأسرع وقت ممكن وإذا لم يفز احد الفريقين تحسم المباراة بالرميات الحرة .

٣-٤ الهدف

عند عبور الكرة لخط المرمى الى داخل المرمى تحتسب هدفا ولكن لا تحتسب الكرة التي تعبر خط المرمى هدفا اذا لامست حكم الساحة او حكم المرمى وتحتسب الكرة هدفا اذا عبرت خط المرمى بالكامل قبل انتهاء زمن المباراة.

ا.د علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع السادس

● كرة الهدف للمكفوفين (جانب تطبيقي)

٤-٤ الوقت المستقطع

٤-٤-١ وقت الوقت المستقطع

- يسمح لاي من الفريقين باربعة (٤) اوقات مستقطعة خلال المباراة وزمن الوقت المستقطع الواحد هو (٤٥) ثانية ، ويجب الحصول على وقت مستقطع واحد على الاقل خلال الشوط الاول والافسيتم فقدان هذا الوقت.
- يسمح لكل فريق بوقت مستقطع واحد لا اكثر خلال الوقت الاضاعي.

٤-٤-٢ الوقت المستقطع الطبي

فى حالات الاصابه او المرض يطلب الحكم وقتا مستقطعا فيقوم ضابط الوقت الميقاتي للعشرة ثوان الاقرب الى اللاعب المصاب بضبط الساعة لتسجيل ال٤٥ ثانية ويجب اعطاء الحكم انذارا صوتيا عند نهايه ال٤٥ ثانية اذالم يكن اللاعب المصاب قادرا على مواصلة اللعب بعد نهاية ال٤٥ ثانية يجب استبدال ذلك اللاعب حتى نهاية شوط اللعب

٤-٤-٥ التغيرات

٤-٤-٥-١ تغييرات الفريق

فى كل مباراه يستطيع كل فريق إجراء ٤ تغييرات كحد أقصى خلال زمن المباراه الرسمي ويستطيع كل فريق اجراء تغيير واحد خلال الوقت الاضافي وعند طلب الفريق للتغيير لايستطيع طلب تغيير مره اخرى او وقت مستقطع قبل حدوث رميه واحدة على الاقل ويمكن تغيير اللاعب اكثر من مرة ولكن يجب تسجيل تغيير على الفريق فى كل مرة ويمكن طلب التغيير من الحكم بواسطة المدرب او اي لاعب فى اي وقت باستخدام إشارات اليد بدون كلام ويستجيب الحكم لطلب التغيير اثناء استراحة رسميه او عندما تكون الكره تحت سيطرة الفريق طالب التغيير وعند استجابة الحكم لطلب التغيير على المدرب ان يعلن عن طريقه لوحه التغيير رقم اللاعب المطلوب خروجه من المباراه ورقم اللاعب الذى سجل محله يمكن اجراء

تبدیل ای لاعب عدا اللاعب المعاقب خلال فتره ضربه الجزاء و جب ادخال اللاعب و اخراجه من الملعب بواسطة ادارى بدون ای تعليمات شفويه من المدرب و اذا ضبط الحكم المدرب و هو يوجه لاعبيه داخل الميدان يوقع عليه ضربه جزاء و اذا تم التغيير اثناء فتره الوقت المستقطع يحاسب الفريق على وقت التغيير و الوقت المستقطع و يسمح للمدرب باعطاء التعليمات للاعبين و اللاعب الذى يتم تغييره فى نهايه الشوط لايعتبر تبديلا و لكن يجب ابلاغ الحكم به عند بدايه الشوط التالي .

٤-٥-٢ التغيير الطبي

فى حاله الاصابه التى تستلزم دخول المدرب او ای عضو فى الفريق الى منطقه دفاع الفريق لتقديم المساعده او عند عدم قدره اللاعب المصاب من مواصله اللعب خلال ٤٥ ثانيه بعد الاستجابه للوقت المستقطع الطبي يجب اجراء تغيير اللاعبين باسرع وقت ممكن و لايسمح للاعب المصاب بالرجوع الى الملعب حتى نهايه شوط المباراه و مثل هذا التغيير لا يحسب ضمن التغييرات الثلاثه المسموح بها.

٥.٥ المخالفات

فى حاله المخالفه تعاد الكره الى الفريق المدافع الآخر

٥-١ الرمى قبل الصافره

اذا قام احد اللاعبين برمي الكره قبل اعطاء الحكم الامر باللعب تحتسب الرمي و لكن لايمكن احراز هدف منها

٥-٢ الخطوه الخارجيه

عندما يرمى اللاعب الكرة ينبغى ان يلامس جزء من جسمه الميدان فى النقطه التى سيطلق منها الكره و ألا تحتسب الرمي و لكن لايمكن احراز هدف منها و لا تحتسب على اللاعب الذى يتم توجيهه الى الملعب مخالفه الخروج خارج حدود الملعب

٥-٣ التمريره الخارجيه

اذا خرجت الكره خارج حدود الملعب اثناء تمريرها بين لاعبين عبر الخط الجانبى يعتبر الفريق غير القادر على السيطرة على الكره و كذلك يعتبر الفريق غير قادر

على السيطره على الكره اذا اصطدمت الكره باى شئ

٥-٤ الارتداد العكسي للكره

اذا اعترض احد المدافعين الكره وارتدت الكره الى المركز ودخلت المنطقه المحايده تعاد الكره لصالح الفريق الذى قام برمى الكره وينطبق هذا الامر ايضا اذا ارتطمت الكره باحدى قوائم المرمى او العارضه وارتدت الى خط الوسط ولكنه لاينطبق على الضربات الحره وضربات الجزاء

٦. ضربات الجزاء

هنالك نوعان من ضربات الجزاء ضربات جزاء على الافراد وضربات جزاء على الفريق وفى كلا الحالتين لايتبقى فى الميدان سوى لاعب واحد يصد ضربه الجزاء يكون فى حاله ضربه الجزاء الفرديه هو اللاعب ارتكب المخالفه وفى حاله ضربه الجزاء على الفريق يكون اللاعب الذى قام برمى اخر رميه مسجله قبل احتساب ضربه الجزاء قبل ضربه الجزاء على الفريق وفى حاله احتساب ضربه الجزاء قبل تنفيذ الرمي يكون للمدرب حريه التصرف فى اختيار اللاعب الذى سيبقى فى الميدان لصد ضربه الجزاء يجب تنفيذ جميع ضربات الجزاء وفقا لقواعد اللعبه يمكن للمدرب او اى لاعب رفض ضربه الجزاء عن طريق اشاره البدء

٦-١-١ الكره القصيره

اى كره ترمى وتنتهي قوه اندفاعها قبل المنطقه الدفاعيه للفريق المدافع تعتبر كره ميته ويصفر الحكم معلنا ضربه جزاء على الفريق الرامي

٦-١-٢ الكره العاليه

ينبغى ان تلامس الكره الارضيه مرة واحدة على الاقل فى المنطقه الدفاعيه للفريق بعد مغادرتها يد اللاعب الرامي ولاحتساب الرمي ولكن لايمكن احراز الهدف منها

٦-١-٣ الكره الطويله

اثناء الرمي وبعد ملامسه الكره الارضيه منطقه الفريق الدفاعيه او منطقه الرمي يجب ان تلامس الميدان قبل ان تصل الى خط الوسط والا فان الرمي تحتسب ولكن لايمكن احراز هدف منها

٦-١-٤ معتمات العيون

يعاقب اى لاعب فى الميدان يقوم بلمس معتم عينيه وعلى اللاعب الذى يخرج من الملعب عدم لمس معتم عينيه والا احتسبت عليه مخالفه اخرى واذا اراد اللاعب لمس معتم عينيه خلال فتره الاستراحه بين شوطى المباراه او الوقت المستقطع او اى وقت تم ايقاف اللعب فيه عليه الاستئذان من الحكم وبعد السماح له بذلك يجب عليه الاستداره الى الخلف قبل ان يلمس معتم عينيه

٦-١-٥ الرميہ الثالثه لنفس اللاعب

يستطيع اللاعب ان يرمى الكره مرتين متتاليتين وتعتبر الرميہ الثالثه لنفس اللاعب مخالفه مالم يقم احد زملاء اللاعب برمى الكره ويجب تحويل الضربات المتتاليه الى الشوط الثانى ولكن لايمكن تحويلها من الوقت الرسمى الى الوقت الاضافى لايعتبر تسديك للكره فى مرماك عن طريق الخط كرميه

٦-١-٦ الدفاع الخطا

يجب ان يقوم بالتماس الدفاعى مع الكرة لاعب يكون جزء من جسمه يلامس منطقه الفريق الدفاعيه

٧. الضربات الحره

اذا تعادل الفريقان وكان لا بد من حسم المباراه لضرورات الدوره يتم ذلك عبر الضربات الحره

٧-١ عدد الضربات الحره

يتم تحديد عدد الضربات الحره على حسب الحد الادنى للاعبين المدرجين فى قائمه المشاركين من كل فريق

٧-٢ قرعه الضربات الحره

قبل بدايه الضربات الحره ترمى القرعه لتحديد الرميہ الاولى وسيقوم الفريق الذى يفوز بالقرعه بذلك .

٧-٣ ترتيب الضربات الحره

يتم تحديد الضربات الحره حسب قائمه اللاعبين التى يقدمها المدرب قبل المباراه ويجب ان تشتمل قائمه اللاعبين على كل اللاعبين المسجلين فى قائمه الاهداف يدخل الى الملعب اول لاعب مسجل فى قائمه اللاعبين بمساعده الحكم ويقوم كل لاعب برمييه واحده يتم تكرار هذا التسلسل حتى ينال الحد الادنى من اللاعبين فرصه الرمي والدفاع ويعتبر الفريق الذى يحرز العدد الاكبر من الاهداف هو الفائز

٧-٤ الضربات الحره الحاسمه

اذا استمر التعادل بين الفريقين تعاد الرميات مره اخره يفوز الفريق الذى يسجل هدف قبل بدايه رميات الجزاء الحاسمه تجرى القرعه لتحديد الفريق الذى يقوم بالرمى وبعد كل ضربتين يتم تغيير الفريق الذى يرمى اولاً

٧-٥ مخالقات الضربات الحره

يجب تنفيذ الضربات الحره وفقاً للاحكام ساريه المفعول ولكن اذا وقع خطأ دفاعى تعاد الرمييه الا اذا سجل منها هدف فلا تعاد

٨- سلطه الحكم

يكون القرار النهائى فى كل الامور المتعلقة بالسلامه والقوانين والاجراءات واللعب للحكم

اد علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع التاسع

• الصرع

الصرع:

وفر العلم الحديث وسائل علاجية للمصابين بالامراض المزمنة يمكنهم استخدامها بانفسهم للتحكم في اعراض امراضهم ، فيستطيع الان الكثير من المصابين بالصرع ان يعيشوا حياة اقرب الى السواء،ولكي يساعد المدرس هؤلاء الاطفال عليهم ان يراقبوا ما يطر على مظهرهم من تغيرات ، وبذلك يمكنهم تجنب ما قد يواجهونه من مشاكل جسمية وتوافقية.

تعريف الصرع :

هو سلسلة من اضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي المركزي ينتج عنها نوبات مفاجئة لا يمكن التحكم بها ، ويفقد خلالها المصاب وعيه وتحكمه في عضلاته وتعتبر الاسباب الرئيسية للصرع غير معروفة ولكن يعتقد بانه ناتج عن اصابات مخية او تهيج في المخ ،وغالبا ما يحمل الناس اتجاهات سلبية نحو الاشخاص المصابين بهذا النوع من الاعاقة لما يحدثه من اذى في انفسهم وازعاج الاخرين اثناء نوبات الصرع.

نوبة الصرع: هي نوبات تكون مفاجئة وقصيرة الامد في اغلب الاحيان وهي عبارة عن فترات من غياب الوعي او التغيرات التي تطرا على الحالة العقلية وكثيرا ما يصاحبها حركات متشنجة تنتفض انتفاضا.

تصنف نوبات الصرع الى خمسة اشكال وهي:

١- النوبة الصغرى

٢- النوبة الكبرى.

٣- النوبة نفس-حركية.

٤- جاكسونيون

٥-المختلطة

١- **نوبة الصرع الصغرى** : يصيب هذا النوع من النوبات في معظم الاحيان الاطفال بين سن الرابعة والعاشره، وتعتبر احلام اليقظة من المظاهر الاولية لهذا النوع من النوبات لذلك يتاثر التعلم المدرسي نتيجة عدم الانتباه عند الطفل.

٢- **نوبة الصرع الكبرى** : يتخذ هذا النوع من النوبات الارتعاشية التشنجي العنيف في الجسم يمكن ان تستمر النوبة من هذا النوع ما بين دقيقة الى عشرين دقيقة وان كانت مدة النوبة تقل في العادة عن خمس دقائق، والاعراض المصاحبة لهذه النوبة تتضمن:

عدم انتظام التنفس، سيلان اللعاب، زرقة الوجه وبصفة خاصة الشفتين يستطيع بعض الاطفال المصابين تميز بعض الدلالات التحذيرية تنذرهم بقرب بداية النوبة، وتشمل هذه لدلالات التحذيرية على الشعور بنوع من التحذير او الوخز الخفيف في الجسم، او الاحساس برائحة معينة او صوت معين سبق ان خبره الطفل في النوبات السابقة.

٣- **النوبة النفس حركية** : يحدث هذا النوع في الاطفال الاكبر سنا والراشدين وتكون اعراض هذا النوبات مثلا الدوار وتوقف نشاط الفرد وتظهر ايضا حالات كالضغط على الشفتين وحك الساقين او اليدين ونزع الملابس وقد يلزم ذلك ايضا بعض اشكال السلوك الانفعالي غير المناسب مثل الاحساس المفاجئ بالخوف والغضب وفي هذا النوع من النوبات والتي تشكل خطورة كبيرة على المريض لانه عادة يكون غير واع اثناء النوبة.

٤- **جاكسونيون**: احيانا تعتبر من حالات الكبرى ، اذ انها تشبه الكبرى ماعد الشهقة والتوتر ، ويبدا الارتجاج بعضو واحد من الجسم ثم يمتد الى كافة انحاء الجسم ويصبح الجسم كله متقلص ومسترخيا ، وهذا النوع يحتل حوالي ٥١% من حالات الصرع.

٥- المختلط: ان ٣٥-٤٠% من حالات الصرع حي حالات مختلطة مع بعضها ،وهنا النوع غالبا ما يوصف لاختلاط حالتي الكبر والصغرى.

المشاركة في الانشطة التربيه الرياضيه

يمكن للشخص المشاركة في درس التربيه الرياضيه مع الاخذ بعين الاعتبار التحفظات التاليه:

- عدم السماح له بالسباحة تحت الماء.
- عدم السماح له باللعب بالالعاب ذات الاحتكاك الحاد.
- عدم السماح له بالمشاركة في الفعاليات الخاصه بالجمناستك والغوص واللعب من ارتفاعات عاليه.
- عدم لعب الملاكمه ،الركبي،كرة القدم،هوكي لجليد،الغوص، الضاحيه.

اد علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع الثامن

- الاعاقات الجسمية
- ١-اعاقات الجهاز العصبي
- الشلل المخي c.p

الاعاقات الجسمية:

اعاقات الجهاز العصبي

اولا- الشلل المخي:

يقصد به حالة عجز في القدرة العضلية العصبية والنااتجة من اصابة المخ يؤدي الى نقص في القدرة على التحكم في العضلات الارادية، ويظهر ذلك في عدم تناسق شكل المهارات الحركية للفرد، كما نجد حركة العضلات سريعة جدا او بطيئة جدا او خيط من الاثنين معا.

ومن المعلوم ان سبب ذلك هو اضطرابات في الجهاز العصبي ، و ما يصاحب الشلل المخي اعاقات اخرى في السمع او البصر، وقد تكون اعاقات ادراكية سلوكية او تخلف عقلي ، وهذه النوع من الشلل المخي لايزداد سوءا، كما لا يؤدي الى الموت ولكن يمكن علاج وظائف الخلايا ، كما ان الشلل المخي ينتشر في الذكور اكثر من الاناث.

تصنيف الشلل المخي:

يمكن تصنيف الشلل المخي الى ستة انواع ، ولكن اغلب المعاقين المصابين بهذا النوع من الشلل لا تقتصر الاصابة لديهم على نوع واحد بل تكون مركبة من الانواع التالية:

١- الشلل المخي التشنجي: وعادة يظهر ذلك في شكل تقلص التوائي للاطراف

حيث تكون الاطراف العليا مقابل الاطراف السفلى، وفي الغالب يصيب جانبا واحدا من الجسم، تتراوح نسبة المصابين بهذا النوع ما بين ٥٠-٦٠% من مرضى الشلل. كما تظهر الانحرافات القوامية المتعددة في تلك الفئة، ومن المستحيل ان نجد فيهم قواما سليما، لذلك تظهر اهمية تدريبهم على التحكم العضلي في الاطراف. كما يلاحظ زيادة رد الفعل لديهم لاقل المثيرات حيث

يكون مصحوبا بحركات لا ارادية ،وفي الغالب يصاحب الشلل المخي التشنجي تخلف عقلي.

٢- **الشلل المخي الكنعاني**: تكون نسبة العجز كبيرة في هذا النوع ،ويظهر ذلك في الاهتزاز المستمر والحركة غير المعتدلة مع التواء في الوجه ،وعدم الاتزان لوضع الراس والرقبة والكتفين ،ويزيد على ذلك تقلصات العضلات اللاارادية كما يكون الجسم في حالة تغير مستمر وتصل نسبة تلك الفئة الى ٣٠% من حالات الشلل التشنجي ، كما انه من الصعب التحكم في الرأس حيث يسقط الرأس الى الخلف ويدار الوجه الى جانب واحد،وقد يترتب على ذلك ان يكون الفم مفتوحا دائما مما يجعل عملية الاكل والكلام مسالة صعبة للمعاق.

يجب الاهتمام باعطاء تمرينات تعويضية للقوام لهذا المعاق لان عدم اعطاء التمرينات سوف تزداد الانحرافات القوامية لديه كتجويف القطن ،والسقوط الجانبي ،وزيادة الامتداد للرجل ويضاف الى ذلك عدم استطاعة المعاق التحكم العضلي في الوقوف او الزحف او في الانبطاح على البطن فنجده لايستطيع رفع الرأس الى الاعلى،وكذلك يلاحظ زيادة حركات المعاق اللاارادية وخاصة عندما يكون في حالة هياج او عصبية،وتقل تلك الحركات عندما يكون هادئا وهذه التمرينات من شأنها ان تقلل من هذع الاعراض.

٣- **الشلل المخي التيبسي**: في هذا النوع من الشلل نجد ان المرونة غير متوافرة في الاطراف ،ويترتب على ذلك عدم استطاعة المعاق تحريك مفاصله اراديا ،ويضاف الى ذلك الصعوبة في المشي اذا ادى أي نوع من الحركات،وتصبح في حالة توتر مستمر مع فقدان لاي حركات رد الفعل. ومن اكثر الانحرافات القوامي شيوعا لدى المعاق تصلب الفقرات العنقية والظهرية بالعمود الفقري.

٤- الشلل المخي غير المنتظم : ويتصف هنا المعاق بعدم القدرة على حفظ توازنه حيث تكون حركاته غير متناسقة ويزيد على ذلك صعوبة التوجيه المكاني وذلك لعدم كفاية الاحساس الحركي لديه ،وعادة ما يصاب بذلك بعد الولادة مما يؤثر على وضع القوام بالنسبة له.

٥- الشلل الارتعاشي: نجد المصاب يتصف بالارتعاش على وتيرة واحدة دائماً، ويقتصر ذلك على مجموعات عضلية معينة .

٦- الشلل المخي الاسترخائي: ويظهر ذلك على شكل ترهل العضلات مما يؤدي الى عدم التناسق الحركي لدى المعاق.

التقسيم الفني العام للمصابين بالشلل المخي:

يتم تقسيمهم وفقاً لدرجة الإعاقة دون ادخال مستوى الذكاء او اعاقات اخرى مترتبة عليها كما يلي:

- اعاقة بسيطة.
- اعاقة الاطراف السفلى دون استخدام اجهزة تعويضية .
- اعاقة الاطراف العليا.
- المعاقين الذين يستخدمون اجهزة تعويضية(عصى-عكازات)
- الشلل النصفي.
- الشلل الرباعي.

تصنيف الجمعية الدولية لرياضة وترفيه الأشخاص ذوي الشلل الدماغي

(C.P-ISRA)

إن هذا التصنيف هو بالأساس من النوع الوظيفي وتوجد فيه (٨) أصناف من (C.P.31) إلى (C.P.38)، إذ يختلف كل نوع من التصنيفات الثمانية على وفق القدرات الحركية وكما يأتي:

• **الصنف C.P.31 الشلل الرباعي:**

إن هذا الصنف هو الأشد إصابة، مع أو دون رعاش أو مع مدى حركي محدد وضعف عضلي في مستوى الأطراف الأربعة والجذع واضطراب في التوازن، وعليه فهو بحاجة إلى كرسي كهربائي أو مساعدة في التنقل على الكرسي للأداء الحركي في أعماله.

• **الصنف C.P.32 الشلل الرباعي:** ويتحدد بوجود اضطرابات في الانقباض العضلي وارتعاش ودوران في مفاصل الجسم مع وجود ضعف في الأطراف الأربعة ولكن بشكل قليل، وهناك قوة ضئيلة لأطراف الجسم اجمعها وهذه القوة قادرة على دفع الكرسي المتحرك.

• **الصنف C.P.33 الأشكال المعتدلة من الشلل الرباعي والثلاثي، أو الحادة من الشلل النصفي:** إن هذه الفئة تستخدم الكراسي المتحركة، ويتميزون بقوة عضلية وظيفية شبه كاملة في الطرف العلوي السائد، يمكنهم دفع الكرسي دون مساعدة.

• **الصنف C.P.34 ذوو الشلل المزدوج، المعتدل أو الحاد:** توجد هناك قوة وظيفية طيبة في مستوى الأطراف مع تحديات دنيا، ويمكن ملاحظة صعوبات التحكم في الأطراف العليا والجذع، مما يجعلهم قادرين على المشي ولكن ليس لمسافات طويلة، وهؤلاء يختارون غالبا لممارسة الرياضة على الكرسي المتحرك.

• **الصنف C.P.35 ذوو الشلل المزدوج المعتدل :**

يكون هؤلاء الرياضيون بحاجة إلى أدوات مساعدة للمشي، فالزحزة الخفيفة لمركز الثقل تتسبب في فقدان التوازن، مما يؤدي إلى سقوطهم.

• **الصنف C.P.36 ذوو الرعاش المعتدل أو ذو الإصابات الخفيفة :**

إن هذا الصنف قادرون على المشي دون أدوات مساعدة ولكن توجد لديهم اضطرابات في تناسق الحركة، مما يؤدي إلى صعوبة تحكم في الأطراف العليا أكثر من صنف C.P35، إلا أن وظيفة أطرافهم السفلى أفضل خلال العدو.

• الصنف C.P.37 ذوو الشلل النصفي المتنقلون :

إن هؤلاء الأشخاص قادرون على المشي دون أدوات مساعدة، لكن هناك تشنجات في الطرف السفلي مما يؤدي في الغالب إلى العرج، في حين أن القيمة الوظيفية لناحية الجسم السائدة جيدة.

• الصنف C.P.38 الشكل الأدنى للشلل المزدوج وذوو الشلل الأحادي وذوو

الرعاش الخفيف :

إن هذا الصنف مخصص لذوي الشكل الأدنى من الشلل المزدوج وذوي الشلل الأحادي وذوي الرعاش الخفيف، هؤلاء قادرون على الجري والقفز بحرية (مع عرج) دون استعمال الأحذية أو أدوات مقومة، ويمكن أن تكون لهم إعاقة وظيفية خفيفة لعدم التناسق في اغلب الأحيان، في مستوى اليدين أو فقدان خفيف بإحدى الساقين.

الرياضات التنافسية:

- المشي (ويسمح بمرافق طبي او رياضي) كما يمكن استخدام اجهزة مساعدة(عصى-عكازات)
- الجري(التتابعي والمتعرج)بالكراسي المتحركة (اليدوية –الكهربائية).
- السباحة وهي هامة لان ممارستها منذالصغر يساعد على تنمية الانعكاسات العصبية التوقفية ، تقليل التوتر العضلي النسبي.
- كما يكمن ممارسة الرياضات التنافسية التالية مع ادخال التعديلات الخاصة بالشلل:
- العاب لقوى- الرماية بالسهم – البولنج- تنس الطاولة – البليارد – كرة القدم – الكرة الطائرة – كرة السلة

اد علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع الاحدي عشر

- اعاقاة البتر(اسباب ،تصنيف)
- الانشطة الرياضية للمبتورين

اعاقة البتر

مقدمة

يمارس عدد كبير من المعاقين ببتن الاطراف المختلفة مختلف انواع الانشطة الرياضية وخاصة المعاقين ببتن الاطراف السفلى من مستخدمى الاطراف الصناعية، والتي لاتمنعهم من اكتساب قدراتهم المهارية ،وهناك عدة تمرينات بدنية خاصة بالمعاقين من مستخدمى الاطراف الصناعية بعد البتر فيما يسمى بالتمرينات التأهيلية والتي تماثل التمرينات المستخدمة للمعاقين بالشلل.

وقد تطورت حاليا تقنيات صناعة الاطراف المعاونة للمعاق بالبتن لتسهيل ادائه للحركة والتمرينات والرياضة وبغرض تأهيله واعادة اندماجه في المجتمع كفرد نافع لنفسه وللمجتمع.

يعرف البتر: بانه استئصال طرف او اكثر من اطراف الجسم سوا ءاحدى الاطراف العلوية او جزء منها او السفلية او جزء منها.

وان حوالي ٦٠% من البتور تحصل فوق سن الستين ونسبة البتر ما بين الاطراف السفلية والعلوية هي نسبة ١:١٠.

اسباب البتر:

١- حوادث العمل وحوادث الصدمات وغيرها وتشكل حوالي ٢٠% من حالات البتور.

٢- عدم وصول كميات كافية من الدم الى الاطراف السفلى وتشكل هذه النسبة حوالي ٦٠% من حالات البتر وتضم هذه المجموعة عدة امراض:

- تصلب الاوعية الدموية والشرابين.
- تضيق الاوعية الدموية والشرابين.

• امراض السكري.

٣-امراض الاورام الخبيثة والسرطان العظمي وغيره وتشكل حوالي ٦% من البتور.

٤-التشوهات الخلقية بالاطراف وتشكل حوالي ٦% من البتور.

٥-التهابات العظام والكسور التي يستحيل اعادة العظم الى وضعه وتعفن الانسجة المحيطة وتشكل هذه المجموعة حوالي ٨% من حالات البتور.

حالات البتر:

- بتر الطرف العلوي .
- بتر الطرف السفلي.
- بتر الطرفين العلويين.
- بتر الطرفين السفليين.
- بتر الطرف العلوي مع الطرف السفلي

التقسيمات الطبية الفنية للمعاقين ببتر الاطراف

يقسم المعاقون بالبتر الطرفي عند ممارسة الرياضة البدنية الى ٢٧ درجة(تقسيمات الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين)طبقا لدرجة الاعاقة البدنية لديهم.

لذلك فانه من الناحية الطبية يمكن ان نجمع عدة درجات اعاقة مع بعضها وبدون الاخلال بالغرض العام من التقسيم (وهو الحفاظ على صحة المعاق، وتحقيق المنافسة الرياضية لذلك فانه وبعد منافسات عديدة قد استقر راي الاتحاد الدولي لرياضة المعاقين على دمج تلك الدرجات لتصبح ١٢ درجة فقط بدلا من ٢٧ وتم تطبيقها بعد الدورة الاولمبية للمعاقين في كندا عام ١٩٧٦.

الانشطة الرياضية المناسبة لحالات بتر الطرف السفلي:

١- التمرينات بانواعها حرة بادوات وخاصة تمرينات الرقبة والذراعين ،ومرونة العمود الفقري والجذع ،مع عدم اهمال الطرف السليم او الجزء الباقي من الطرف وذلك بالتدريب سواء باستخدام دراجة ثابتة او عقل حائط.

٢-العاب القوى

ويوجد في فئة الرياضيين المبتورين (٩) أصناف متماثلة بالنسبة إلى سباقات العدو ومنافسات القفز والعدو، إذ أن بعض الأصناف تخص الرياضيين على الكرسي وبعضها الآخر يخص الأشخاص الوقوف، ويحق للبتر الثنائي السفلي المشاركة مع الوقوف في حالة استخدام طرفٍ بديلٍ، وفضلاً عن ذلك هناك بتر أحادي وبتر ثنائي ولكل واحد منهم صنفه الخاص، إذ يمثل الرقم المفرد بترًا ثنائيًا والرقم الزوجي بترًا أحاديًا، وكما يأتي:

(A41)	بتر ثنائي فوق الركبة
(A42)	بتر أحادي فوق الركبة
(A43)	بتر ثنائي تحت الركبة
(A44)	بتر أحادي تحت الركبة
(A45)	بتر ثنائي فوق المرفق
(A46)	بتر أحادي فوق المرفق
(A47)	بتر ثنائي تحت المرفق
(A48)	بتر أحادي تحت المرفق
(A49)	بتر طرف علوي + طرف سفلي

٣- الجمباز:

الدحرجات (الامامية-الخلفية-الطائرة)

الوقوف (على الراس-على اليدين-على الكتف)

جمباز الاجهزة(العقلة-المتوازي-الحلق- حسان الحلق)

٤- السباحة:

بانواعها المختلفة تعليمية وترفيهية.

٥-العاب الحبال وتسلق الجبال.

٦-الالعاب الصغير التي لاتحتاج الى بذل مجهود بدني حيث تكون بسيطة .

٧-العاب المضرب.

٨-الالعاب الجماعية :كرة اليد -كرة الطائرة-كرة السلة.

الانشطة الرياضية لمبتوري الطرف العلوي:

يمكنهم ممارسة اغلب الانشطة الرياضية ماعدا الانشطة التي تحتاج الى استخدام الذراع عند الاداء وذلك مثل رفع الاثقال -جمباز الاجهزة-رمي المطرقة-القفز بالزانة.

كذلك يجب ملاحظة عدم اهمال الجزء المتبقي من الذراع للمصاب بالبتير وخاصة التمرينات التعويضية.

كما يجب تعديل بعض الالعاب لتتناسب مع حالة كل فرد،كما يمكن ان يمارسوا بعض الالعاب بغرض الترويح،او باستعمال ادوات بديلة مثال ذلك كرة السلة يمكن تخفيض السلة لتسهيل الحركة،والكرة الطائرة يمكن استخدام كرة اخف وزنا مع تعديل ارتفاع الشبكة،وتعطى التمرينات المناسبة والقصص الحركية.

- مسابقات ألعاب المضمار :
- الوثب: الطويل-العالي-الثلاثي للذكور.
- الجمباز
- الحركات الأرضية
- الدرجات (الامامية المكورة-الخلفية المكورة)
- الموازين المختلفة
- السباحة
- الألعاب الجماعية
- الألعاب الصغيرة

دايد علاء خلف حيدر/ فسلجة – معاقين

ا.م.د علي طلال/ تأهيل – معاقين

٢٠٢٣

الاسبوع العاشر

- الاعاقات الجسمية
- اعاقات الجهاز العضلي والعصبي
- اصابات الحبل الشوكي
- الشلل الرباعي والنصفي السفلي

الإعاقات الجسمية

إعاقات الجهاز العضلي العظمي

الحبل الشوكي:

وهو "امتداد للنخاع المستطيل من خلال الفتحة العظمى لقاعدة الجمجمة ويشغل الثلثين العلويين للقناة الفقرية الممتدة داخل العمود الفقري والمكونة من الفتحات الفقرية ويمتد من الحافة العليا للفقرة العنقية الأولى ٥٧ إلى مستوى الحافة السفلى لجسم الفقرة القطنية الأولى أو إلى الحافة العليا لجسم الفقرة القطنية الثانية، ويبلغ طوله بحدود (٤٥ سم) يحاط بالمادة السنجابية داخل القناة الفقرية وتخرقه قناة مركزية تتصل من الأعلى بالبطين الرابع للدماغ وتحوي على السائل المخي الشوكي".

"ويعد الحبل الشوكي قسماً من أقسام الجهاز العصبي المركزي، وكما ذكرنا أن الحبل الشوكي ينتهي عند الحافة السفلى للفقرة القطنية الأولى أو إلى الحافة العليا للفقرة القطنية الثانية، أما القسم المتبقي من القناة الفقرية أسفل الفقرة القطنية الأولى المتكونة من الفقرات القطنية الثانية والثالثة والرابعة والخامسة وعظمي العجز والعصعص فإنها تشغل بالأعصاب الشوكية النازلة بصورة مائلة لتخرج من فتحاتها بين الفقرية".

إن الحبل الشوكي يمتلك درجة عالية من الوقاية بوجوده داخل القناة الفقرية، لذا فإننا نراه لا يلتوي ولا ينحصر ولا يتخصر في حركات العمود الفقري كلها. وهناك عوامل عدة تحافظ على سلامة الحبل الشوكي داخل القناة الفقرية، ومن هذه العوامل "وجود السحايا التي تحيط به ووجود الأربطة التي تربط جوانب القناة الفقرية ووجود السائل المخي، الذي يحيط بالحبل الشوكي ويعمل على امتصاص الرجات والصدمات.

أولاً- إصابات الحبل الشوكي

ينتج هذه النوع من الاعاقة الحركية نتيجة كسر الفقرات العنقية او الظهرية او القطنية ويؤدي هذا الكسر بدوره الى ضغط على الجملة العصبية والنخاع الشوكي المغذية للاطراف، فاذا حصل الضغط على الفقرات الظهرية والقطنية فيحصل شلل بالاطراف السفلى.

اذا كان الضغط الى الفقرات العنقية فانه يؤدي الى شلل بالاطراف العليا او السفلى معا ويسمى شلل رباعي ، ويوجد عدة انواع من هذه الاصابة فقد تكون الاصابة مكتملة أي قطع كامل للحبل الشوكي فيسمى هذا شلل مكتملا او قطع جزئي ويسمى هنا شلل غير مكتمل أي انه توجد بعض الحركات لبعض الخلايا العصبية التي لم تصب، ويمكن للشلل ان يكون حركيا فقط او حركيا وحسيا ويعتمد على مكان اصابة الجملة العصبية.

اسباب اصابات الحبل الشوكي

اولا- الاسباب الطبيعية والحوادث:

- حوادث الطرق والتصادم.
- حوادث التدهور.
- حوادث السقوط.
- حوادث العمل.
- حوادث الاصابات الرياضية.

ثانيا- الاسباب المرضية:

- تشوهات العمود الفقري الخلقية والولادية لدى الاطفال.
- الاورام الخبيثة في العمود الفقري.
- امراض السل وغيرها بالعمود الفقري.
- امراض النخاع الشوكي العصبية.

- عمليات الدسك الفاشلة قد تؤدي الى نوع من الاصابة.

التقسيمات الفنية للمعاقين بشلل من اصابات بالعمود الفقري:

الدرجة الاولى(أ)الفقرات العنقية

اصابات الفقرات العنقية العليا(تحت الفقرة العنقية السادسة) فقدان الحركة الوظيفية ضد الجاذبية للعضلة الثلاثية.

الدرجة الاولى(ب):

اصابات الفقرات العنقية تحت الفقرة السادسة والسابعة مع عدم فقدان الحركة للعضلة الثلاثية ، العضلات الفاردة لليد(مع فقدان وظيفي نسبي لثني وفرد الاصابع).

الدرجة الاولى (ج):

اصابات الفقرات العنقية السفلى (تحت الفقرة الثامنة) مع وجود العضلة الثلاثية جيدة ، وعضلات قوية لفرد وثني الاصابع ، مع فقدان حركة العضلات التي تغذي من الفقرة الصدرية الاولى، ويشكل ذلك اعاقا لرياضة السباحة لفقدان القدرة على السحب الحركي لليد والذراعين تجاه الجسم ، وفي كل التقسيمات للفقرات العنقية يجب ان نضع في الاعتبار مدى كفاءة عضلات الكتف ومراعاة تاثيراتها السلبية على مستوى الاداء في رياضة السباحة والرمي في العاب القوى.

الفقرات الصدرية:-

الدرجة الثانية:

اصابات الفقرات الصدرية من الفقرة الاولى وحتى الفقرة الخامسة، لا يستطيعون حفظ التوازن عند الجلوس.

الدرجة الثالثة:

اصابات الفقرات الصدرية من الفقرة السادسة وحتى الفقرة العاشرة ،ولهم القدرة على حفظ التوازن عند للجلوس ، وعدم كفاءة عضلات اسفل البطن.

الدرجة الرابعة:

اصابات من الفقرة الصدرية الحادية عشر وحتى الفقرة القطنية الثالثة (عدم كفاءة عضلات الفخذ الامامية ، وعضلات الحوض الخلفية).

الدرجة الخامسة:

اصابات الفقرات القطنية والعجزية من الفقرة القطنية الرابعة وحتى الفقرة العجزية الثانية (كفاءة عضلات الفخذ الامامية، والحوض الخلفية).

الدرجة السادسة:

اصابات العمود الفقري مع تاثيرات طفيفة على القوة العضلية.

الشلل النصفي السفلي

يقصد بالشلل النصفي السفلي أو ضعف الساقين بسبب إصابة أو مرض في العمود الهرمي Pyramidal Tract ويحدث في النخاع الشوكي وأحياناً يحدث في عنق المخ أو التجويف المخي . وهو يصيب الإنسان في أي مرحلة عمرية من الطفولة أو متوسطي العمر أو كبار السن . ويوجد نوعان من الشلل النصفي هما :

١ – **الشلل المخي** : الذي يحدث من أمراض مثل المينجوما Meningioma أو أنسداد في التجويف الهرمي العلوي ، أو شلل تشنجي وراثي وقد يحدث بسبب حوادث تصيب الجمجمة

٢ – **الشلل في النخاع الشوكي** : وينتج من إصابة Trauma كطلقة نارية نافذة أو حوادث سيارات ، او قد يحدث من التهاب infection أو تحلل أو ضمور

Degenerative كما ينتج من انسداد أو تجلط الأوعية الدموية أو نزيف Thormbosis Embolism, hemorrnage وربما يحدث بسبب الضغط على النخاع الشوكي كالأورام أو النزيف الداخلي Tumors, Internal hemorrnage

الآثار المترتبة على العجز والأصابة بالشلل :

- ضمور العضلات نتيجة عدم الأستعمال .
- ضعف العظام نتيجة عدم الارتكاز على الأرجل .
- هبوط في الضغط نتيجة النوم على الظهر وعدم الحركة .
- قروح نتيجة الضغط المستمر على أجزاء الجسم بدون حركة .
- تغيير في التمثيل الغذائي .

الأنشطة الرياضية للمصابين بالحبلى الشوكي والعمود الفقري :

يستطيع مدرس التربية الرياضية اعداد برنامج رياضي معدل لهؤلاء الفئة من المعاقين وفقا للحالات ،وفيما يلي بعض الأنشطة التي يمكن ان يماسها المصابون بالشلل:

التمرينات:

البرنامج يجب ان يشمل على تمرينات للعضلات السليمة من الجسم لتقويتها وتدريبها ،وكذلك العضلات الضعيفة لتقويتها بحيث تنمي المجموعات العضلية بصورة متزنة مع التمرينات العلاجية.

المتوازي الارضي:

يمكن استخدامه للمصابين في الاطراف السفلى حيث تكون عاملا مساعدا في الوقوف والمشي مع ملاحظة ان يكون البار مناسباً للطول والعمر.

الرياضات المائية:

السباحة من الرياضات المائية الهامة للمصابين بالشلل، ولكن يجب ملاحظة مناسبة الحمام وارتفاع المياه للحالات، كذلك يمكن استخدام الادوات المساعدة على تعلم السباحة مع توافر الامن والسلامة بالحمام، ويعد المجال المائي من احسن الوسائل العلاجية والترويحية لانها علاج طبيعي وتأهيلي.

عقل الحائط:

يستطيع مدرس التربية الرياضية استخدام عقل الحائط في الانشطة الرياضية وكذلك العاب التسلق والشد للاعلى وتمارين تقوية الذراعين ويمكن تحريك عقل الحائط لتناسب مع الافراد.

فئة الرياضيين ذوو الشلل الرباعي وشلل الأطفال (ISMWSF)

هناك تصنيفات مختلفة منها

- سباقات العدو هناك التصنيف (Track: T)
- منافسات الرمي يوجد التصنيف (Field: F) .

وتجدر الإشارة إلى انه في سباقات الجري توجد (٤) أصناف من (T1) إلى (T4) وفي منافسات الرمي هناك (٨) أصناف من (F51 إلى F58)، وهذه الأصناف مرقمة حسب الترتيب التصاعدي من الصنف الذي يضم الرياضيين الأكثر إعاقة إلى الصنف الأقل إعاقة

وفيما يأتي التصنيفات للاعبين الجري والرمي اعتماداً على المستوى العصبي فقط:

- الفقرة العنقية السابعة (T1)
- الفقرة العنقية الثامنة إلى الظهرية الأولى (T2)
- الفقرة الظهرية الثانية إلى الظهرية الثامنة (T3)
- الفقرة الظهرية التاسعة إلى العجزية الأولى (T4)

أما بالنسبة لفعاليات الرمي فيكون التصنيف معتمداً على المستوى العصبي أيضاً
وكما يأتي:

- (F51) ● الفقرة العنقية السادسة
- (F52) ● الفقرة العنقية السابعة
- (F53) ● الفقرة العنقية الثامنة
- (F54) ● الفقرة الظهرية الأولى إلى الظهرية السابعة
- (F55) ● الفقرة الظهرية الثامنة إلى القطنية الأولى
- (F56) ● الفقرة القطنية الثانية إلى القطنية الرابعة
- (F57) ● الفقرة القطنية الخامسة إلى العجزية الأولى
- (F58) ● الفقرة القطنية الخامسة إلى العجزية الثانية