وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة زيان عاشور الجلفة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط الرياضي المكيف

مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

تخصص : إعادة التأهيل بواسطة النشاطات البدنية المكيفة

العنوان :

دور التأهيل الرياضي في عملية الاندماج لذوي الاحتياجات الخاصة

دراسة حالة : المصابين بالتوحد (6-12)سنة

دراسة ميدانية بالمركز الطبي البيداغوجي بالاغواط

إعداد الطالبين:

- كمال زيادي
- عبد الحكيم صوار

إشراف الدكتور:

عزوز محمد

السنة الجامعية : 2017/2016

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة زيان عاشور الجلفة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط الرياضي المكيف

مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

تخصص : إعادة التأهيل بواسطة النشاطات البدنية المكيفة

العنوان :

دور التأهيل الرياضي في عملية الاندماج لذوي الاحتياجات الخاصة

دراسة حالة : المصابين بالتوحد (6-12)سنة

دراسة ميدانية بالمركز الطبي البيداغوجي بالاغواط

إعداد الطالبين:

- كمال زيادي محمد
- عبد الحكيم صوار

إشراف الدكتور:

عزوز

السنة الجامعية : 2017/2016

الإهداء

إلى كل من وسعهم قلبي ولم يسعهم قلمي ومن كانوا سببا من

قريب أو من بعيد في دعم هذا العمل

واخص بالذكر الوالدين الكريمين أطال الله في

عمرهما

أفراد أسرتي كل باسمه من علمني حرف أو وجهني وسدد

خطاي وتمنى لي الخير بروحه وقلبه من دعا لي بظهر الغيب و

يهمه أمري إلى كل هؤلاء اهدي ثمرة هذا العمل

التشكرات

الحمد لله حمدا كثيرا مباركا والشكر لله أولا وأخيرا

الذي بنعمه تتم الصالحات وتوفيقه لنا

كل الشكر والعرفان للدكتور المشرف عزوز محمد

لإشرافه على هذه المذكرة والدكتور دروازي مصطفى

لتوجيهاته وتصويباته

كما لا يسعنا إلا أن نثني ونشكر أعضاء اللجنة المناقشة التي

قبلت مناقشة المذكرة فكل التقدير والاحترام على

عنائهم لقراءتها وشكرا

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

رقم	العنوان	صفحة
	كلمة شكر	
	إهداء	
	قائمة المحتويات	
	مقدمة	أ
	الجانب التمهيدي	
.1	الإشكالية	05
.2	فرضيات	06
.3	أهداف البحث	06
.4	أهمية البحث	06
.5	تحديد المصطلحات والمفاهيم	07
.6	الدراسات السابقة	09
	الجانب النظري	
	الفصل الأول: إعادة التأهيل و التأهيل الرياضي	
	تمهيد	14
.1	التأهيل الرياضي	15
.2	تعريف التأهيلي الرياضي	16
.3	أهمية التأهيل الرياضي	16
.4	أشكال التدخل التأهيلي الرياضي	17
.5	أنواع الحركات العلاجية الخاصة في التأهيل	18
.6	التصنيف التأهيلي على أساس الفئة الموجهة إليها	19
.7	أهداف المشروع	19
.8	الإصابات التي بتعرض لها المهنيين	20
.9	أثر الأنشطة الرياضية	21
.10	عملية التكيف للإعاقة	22
.11	العوامل التي تؤثر على فاعلية جلسات العلاج التأهيلي	23
.12	مبادئ التمارين العلاجية	23
.13	تقسيمات التمرينات العلاجية	24
	خلاصة	30
	الفصل الثاني عملية الاندماج	
	تمهيد	32
.1	الدمج الاجتماعي	33
.2	تعريف الدمج	33
.3	شروط عملية الاندماج	34
.4	أنواع عملية الاندماج	35
.5	فوائد عملية الاندماج	37
.6	أنواع العلاقات الاجتماعية	38
.7	أهمية دراسة دينامكية الجماعة	40

.8	ديناميكية الجماعة (التعريف و الطبيعة)	41
.9	أدوات وأدوار الأخصائي الاجتماعي في ضوء عملية الاندماج	42
	خلاصة	44
	الفصل الثالث المصابين بالتوحد 6-12سنة	
	تمهيد	46
.1	تعريف التوحد	47
.2	تعريف لاضطراب التوحد	49
.3	معدل انتشار التوحد	50
.4	أعراض التوحد	50
.5	الأعراض السلوكية الشائعة للتوحد	53
.6	أعراض اضطراب التوحد	54
.7	علاج التوحد بالتمارين الرياضية	57
.8	دور الأسرة في معالجة اضطرابات التواصل عند أطفال التوحد	59
	خلاصة	61
	الجانب التطبيقي	
	الفصل الأول منهجية البحث	
	تمهيد	64
.1	الدراسة الاستطلاعية	65
.2	المجال الزماني والمكاني	65
.3	ضبط متغيرات الدراسة	65
.4	عينة البحث وكيفية اختيارها	66
.5	المنهج المستخدم	66
.6	أدوات البحث	67
.7	أسلوب التحليل الإحصائي	67
	خلاصة	69
	الفصل الثاني **تحليل و مناقشة النتائج**	
	المحور الأول: الإقبال الاجتماعي	71
	المحور الثاني:الاتصال	78
	مناقشة النتائج بالفرضيات:	85
	الاستنتاج العام	86
	الاقتراحات	87
	خاتمة	88
	مراجع	
	ملاحق	

قائمة الجداول

العنوان	الصفحة
الجدول رقم(01): إسهامات طرق العلاج بين المصابين بالتوحد و المربيين على مختلف الجوانب	71
الجدول رقم (02): تأثير الرياضة في دمج المعاقين	72
الجدول رقم (03): يوضح رأي المربيين حول البرامج المخصصة لهذه الفئة	73
الجدول رقم (04): طبيعة التأهيل الرياضي لدى المصابين بالتوحد.	74
الجدول رقم (05): يبين هل يوجد رابط التأهيل الحركي و الاجتماعية	75
الجدول رقم:(06): يبين أسباب عدم مساعدة المربيين المصابين بالتوحد في التوازن الانفعالي	76
الجدول رقم (07): يبين عواقب سوء التفاهم بين المدربين واللاعبين	77
الجدول رقم (08): يبين دلالات تقرب المربي من المصابين بالتوحد	78
الجدول رقم (09): يوضح هل الاتصال له دور في إنجاح عملية العلاج	79
الجدول رقم (10): يوضح كيفية التعامل مع المصابين بالتوحد	80
الجدول رقم (11): أحسن الطرق للتعامل مع المصابين بالتوحد	81
الجدول رقم:(12): تأثير طريقة الاتصال بين المصاب و المربي	82
الجدول رقم (13): توضح العلاقة بين المربي و المصابين بالتوحد تأثير في تحسين نتائج العلاج	83
الجدول رقم (14): يوضح هل للمربيين دراية بهذا النوع من الإعاقة	84

قائمة الأشكال

العنوان	الصفحة
الشكل رقم(01): إسهامات طرق العلاج بين المصابين بالتوحد و المربيين على مختلف الجوانب	71
الشكل رقم (02): تأثير الرياضة في دمج المعاقين	72
الشكل رقم (03): يوضح رأي المربيين حول البرامج المخصصة لهذه الفئة	73
الشكل رقم (04): طبيعة التأهيل الرياضي لدى المصابين بالتوحد.	74
الشكل رقم (05): يبين هل يوجد رابط التأهيل الحركي و الاجتماعية	75
الشكل رقم:(06): يبين أسباب عدم مساعدة المربيين المصابين بالتوحد في التوازن الانفعالي	76
الشكل رقم (07): يبين عواقب سوء التفاهم بين المدربين واللاعبين	77
الشكل رقم (08): يبين دلالات تقرب المربي من المصابين بالتوحد	78
الشكل رقم (09): يوضح هل الاتصال له دور في إنجاح عملية العلاج	79
الشكل رقم (10): يوضح كيفية التعامل مع المصابين بالتوحد	80
الشكل رقم (11): أحسن الطرق للتعامل مع المصابين بالتوحد	81
الشكل رقم:(12): تأثير طريقة الاتصال بين المصاب و المربي	82
الشكل رقم (13): توضح العلاقة بين المربي و المصابين بالتوحد تأثير في تحسين نتائج العلاج	83
الشكل رقم (14): يوضح هل للمربيين دراية بهذا النوع من الإعاقة	84

مقدمة

مقدمة:

مما لا جدال فيه أن حياة الإنسان محطات، أهمها مرحلة الطفولة تلك المرحلة البناءة والحساسة التي تـــبرز فيها شخصية الطفل وتحدد قدراته الخاصة المستقبلية، ومما لا نقاش فيه أيضا من نعم المولى عز وجل أنه خلـــق الإنسان اجتماعيا بالفطرة محب للتواصل مع الغير كما سخر له العقل الذي يفكر به لمساعدته على التعبير عن أفكاره.

ويعد الاهتمام بالأطفال بشكل عام وذوي الاحتياجات بشكل خاص اهتماما بالمجتمع بأسره، ويقاس تقدم المجتمعات ورقيها بمدى اهتمامها وعنايتها بهم والعمل على تنمية مهاراتهم المختلفة.

حظيت ظاهرة ذوي الاحتياجات الخاصة باهتمام العديد من ميادين العلم والمعرفة ، وأدى هذا إلى النظرة إلى هذه الفئة من زاوية القدرة على استغلال المهارات لديهم ، وعدم النظر إليهم من زاوية العجز ، وإتاحة الفرصة لهم للتمتع بالفرص المتاحة في المجتمع لتنميته ، وليسهل دمجهم في المجتمع بعد القيام بتعليمهم وتأهيلهم وتدريبهم ووضع البرامج الإعلامية والتعليمية المتكاملة لإزالة الشوائب العالقة في بعض الممارسات تجاههم وتسهيل إشراكهم في العمل والحياة الطبيعية ، وتشير كثير من التشريعات والقوانين الدولية إلى أهمية النظر إلى ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن معيار الإنسان العادي من حيث الحقوق والواجبات ، ومن حيث ضرورة إتاحة كافة الفرص لهم للاستفادة من البرامج والخدمات التربوية والتعليمية شأنهم شأن أي إنسان .

إن تأهيل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة واجب على عاتق المجتمع والدولة ومسؤوليتهما ممثلة بالمؤسسات الرسمية، لذلك فإن توفير التأهيل الاجتماعي والنفسي والطبي والمهني يصبح عملية مهمة لذوي الاحتياجات الخاصة ، من أجل مساعدتهم على التكيف مع المجتمع وتقبل ذاتهم ليصبحوا أعضاء منتجين ومشاركين في البناء، فالتأهيل يقوي ثقتهم في ذاتهم، ويزيد من تقبلهم لأنفسهم، وتقبل الآخرين لهم، فمبررات التأهيل كثيرة أهمها أنها تعيد لهم كرامتهم واحترامهم وتقديرهم لذاتهم، وبالتالي تساعدهم على التكيف مع المجتمع .

و برجوعنا للواقع نلاحظ أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون تهميشا ملحوظا ، سواءا من خلال ضعف بنية الاستقبال الخاصة بهم أو من حيث ندرة الأطر التربوية المؤهلة والمتخصصة للاستجابة لحاجياتهم أو من حيث ضعف الدعم الذي يقدم لجمعيات المجتمع المدني الممارسة في هذا المجال.

وتحقيقا لمبدأ تكافؤ الفرص وحق النجاح للجميع ، فإنه لم يعد إغفال حق تمدرس الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مقبولا ، والحالة هذه يجب العمل كل من موقعه على تطبيق مقتضيات الدستور في ما يتعلق بالأشخاص في وضعية إعاقة ونصوص اتفاقيات حقوق الطفل مع العمل على إدماجهم وضمان فرص لهم في سوق الشغل. ولا شك أن هذه الشريحة من المجتمع تتطلب إمكانيات مادية هائلة قد لا تتوفر لكثير من المجتمعات وخاصة النامية منها وصعوبة تحديد مقاييس مقننة تقيس قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة سواء نفسيا لتقبل الإعاقة والتعايش معها أو اجتماعيا أو على مستوى الدمج.

ومن هذا المنطلق جاء موضوع بحثنا الذي يهدف إلى " دور التأهيل الرياضي في عملية الاندماج لذوي الاحتياجات الخاصة المصابين بالتوحد".

لتحقيق ذلك قسمنا دراستنا هذه إلى جانبين:

الجانب النظري : و فيه تم التطرق إلى فصلين :

- الفصل الأول : إعادة التأهيل و التأهيل الرياضي
- الفصل الثاني : عملية الاندماج
- الفصل الثالث: المصابين بالتوحد
- أما الجانب التطبيقي فشمل بدوره إلى فصلين:
- الفصل الأول :المنهجية المتبعة و الإجراءات الميدانية.
- الفصل الثاني :عرض و تحليل و مناقشة النتائج

ويضمن عرض وتحليل ومناقشة نتائج الاستبيان الذي وزعناه على المربيين حيث توصلنا وفي الأخير إلى الإجابة عن الإشكالية المطروحة و تأكيد فرضياتنا.

الجانب التمهيدي

1/.الإشكالية:

تعد الإصابات العقلية من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يمكن أن يتمثل أثرها المباشر في تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجهاً أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد حيث أن الجانب العقلي رغم ما يعانيه مثل هذا الفرد من مشكلات متعددة يُعد هو أصل الإعاقة التي يعاني منها، والتي تترتب عليها مشكلات عديدة في جوانب النمو الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تعتبر ضرورية كي يتمكن الفرد من العيش والتعايش مع الآخرين وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة .

ومما لا شك فيه أن هناك أنماطاً متعددة للإعاقة العقلية بمعنى أن الأمر لا يقف عند حدود نمط واحد بعينه تشير إليه مثل هذه الإعاقات ، بل يتخطى إلى ما هو أكثر من ذلك، فتعدد مثل هذه الأنماط وإن ظلت هناك أنماط ثلاثة رئيسية تُعد الأكثر انتشاراً بينها على مستوى العالم بأسره وقد تتأثر مثل هذه الأنماط بعوامل أو أسباب معينة تعد مشتركة بينها جميعاً، كما أن هناك أسبابا خاصة بكل نمط من تلك الأنماط.

ويشير القريوتي (1995) إلى أن التأهيل يمثل مجموعة من الجهود والأنشطة والبرامج المنسقة والمنظمة والمتصلة التي تقدم للأفراد بقصد تدريبهم أو إعادة تدريبهم لمساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم الجسمية أو العقلية أو النفسية أو التعليمية .

وعرف الزعمط في كتابه التأهيل المهني للمعوقين 1993(التأهيل بأنه تلك العملية المنظمة المستمرة التي تهدف إلى إيصال الفرد المعوق إلى أعلى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية) .

فالتوحد يعد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وبالنسبة لوالديه والعائلة باجمعها كما يعتبر إضطرابا محيرا ومؤلما للآباء يصعب عليهم فهمه حيث يتميز الطفل التوحدي بنمو غير طبيعي على مستوى التواصل، السلوك، العلاقات الإجتماعية وردود الأفعال ويظهر التوحد في السنوات الأولى للطفل (2 –3)سنوات.

لذا رأينا دراسة المشكلة ووضع الحلول المناسبة للوصول إلى إنجازات أفضل وعليه نطرح التساؤلات التالية.

1.1.التساؤل العام:

- هل للتأهيل الرياضي انعكاس على عملية الدمج لدى الأطفال المصابين بالتوحد؟

2.1.التساؤلات الجزئية:

1. هل للتأهيل الرياضي دور في الإقبال لدى الأطفال المصابين بالتوحد؟
2. هل للتأهيل الرياضي دور في عملية الاتصال لدى الأطفال المصابين بالتوحد؟

2.فرضيات :

1.2.الفرضية العامة:

- للتأهيل الرياضي انعكاس على عملية الدمج لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

2.2.الفرضية الجزئية :

1. للتأهيل الرياضي دور في الإقبال لدى الأطفال المصابين بالتوحد.
2. للتأهيل الرياضي دور في عملية الاتصال لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

3.أهداف البحث:

يهدف بحثنا هذا إلى التعرف على:

- الكشف عن الحالة النفسية والضغط لدى الأطفال التوحيديين.
- هدف التأهيل الرياضي هو مدى الإقبال لدى الأطفال المصابين بالتوحد.
- دور عملية الاتصال في تفعيل المصابين بالتوحد اتجاه التأهيل الرياضي .
- إبراز تأثير التأهيل الرياضي على الصحة العقلية للأطفال المصابين بالتوحد.
- مدى إمكانيات المربيات في تسخير الأنشطة المختلفة الكفيلة لضمان نمو متكامل ذو أبعاد نفسية.
- المساهمة الفعلية في تقديم الرعاية التربوية لهذه الفئة وتطوير البحث العلمي لمواجهة هذا النوع من المصابين بالتوحد.

4.أهمية البحث:

إن هذا البحث يبرز مدى أهمية التأهيل في حياة الإنسان وامتداد أبعاده خاصة البعد النفسي و الاجتماعي: إن الأهمية الكبيرة لهذا البحث هو أنه يبرز الدور الفعال للعلاج بالتأهيل الرياضي الذي

يلعبه في تنمية مختلف جوانب القصور النمائي التي يعاني منها الطفل التوحدي وكذا التخفيف والحد من بعض السلوكيات الشاذة.

إن قيمة أي بحث علمي تكمن في أنه يحقق الهدف الذي سعى من أجله .وإن الأهم من ذلك أن يختمها اقتراحات جديدة مطروحة للدراسة وهذا فعلا ما خُلص إليه بحثنا، فقد طرح اقتراحات و علاج أعراض اضطراب التوحد لدى الأطفال.

5.تحديد المصطلحات والمفاهيم:

التأهيل الاجتماعي الرياضي:

لغة: عملية التأهيل الذي يرمي الى مساعدة الشخص الرياضي على التكيف مع متطلبات الأسرة والمجتمع وتخفيف أية أعباء اجتماعية واقتصادية قد تعوق عملية التأهيل الشاملة .

وبالتالي تسهيل ادماجه أو إعادة ادماجه في المجتمع الذي يعيش فيه .

اجرائيا: هو جزءاً حيويا في جميع عمليات التأهيل (الطبية التعليمية والمهنية) كما يشير أيضا الى خبرة وجهود المعوق الذاتية للتغلب على مختلف الحواجز والحدود البيئية ومن بينها الحواجز القانونية والسلوكية والبدنية وأية معوقات وحواجز أخرى ...

التوحد:

لغة: كلمة التوحد بالفرنسية هي Autisme مستمدة من اللغة اليونانية AUTOSبمعنى ذاتي autos وبمعنى موضع أو موقع .فبجمع الجزئين ismos ismos تصبحautisme بالانجليزية . وبالعربية ذاتي الموقع.[1]

تشير كلمة التوحد في autisme معجم مصطلحات علم النفس إلى الفرد الذي يعيش مع أفكاره ويجترها لوحده.[2]

معنى كلمة التوحد حسب ويليم خولي هي الانغلاق عن الذات والانطواء .والشخص التوحدي هو الذي يوجد لنفسه لذاته في عالمه الداخلي.

هناك عدة مصطلحات دالة على التوحد: الذاتوية الطفيلية، الانشغال بالذات، الاجترار التمركز الذاتي، الانغلاق الطفولي، الانغلاق النفسي، الاوتيزم، التوحدية.

اصطلاحا : هناك عدة تعريفات للتوحد وهي كالآتي حسب التسلسل الزمني:

[1] - **رائد خليل العبادي، التوحد ، ، الصفاء :عمان ط**1,2006 ، ،ص12.

[2]- Djabri lamia, **dictionnaire l'exique des termes psychologiques** .Algérie .2006 p23

تعريف ليوكانر : 1943 التوحد حالة من العزلة و الانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال مع الآخرين والتعامل معهم .ويتميز الطفل التوحدي عن المتخلف عقليا بالقصور اللغوي الحاد وعدم الوعي بالآخرين.[1]

الطفل:

طفل "الولد الصغير من الإنسان والدواب .قال **ابن الأنباري :**ويكون الطفل بلفظ واحد للمذكر والمؤنث والجمع ويبقى هذا الاسم للولد حتى يميز، ثم يقال له صبي، يافع ،مراهق، بالغ ...[2]

الدمج:

هو عبارة عن أسلوب ونهج تربوي متبع في الحياة (حديثاً)، حيث يتم فيه دمج الأطفال أو الطلاب من ذوي الاحتياجات والمطالب الخاصة والذين تواجههم صعوبات في جهاز التربية والتعليم، وتتميز عملية الدمج التي نتحدث عنها بكونها عملية تربوية مشتركة للمتخلفين والعاديين.[3]

[1] – **رائد خليل العبادي، مرجع سابق ، ص**13 .

[2] - **احمد بن محمد بن علي الفيومي المقري،المصباح المنير، معجم عربي–عربي،: دار الحديث, القاهرة.**ص54.

[3] - **نصر الله،عمر(2002)الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على المجتمع ،عمان: دار وائل للنشر.** ص208

7.الدراسات السابقة:

بعد إطلاعنا على الكثير من المواضيع في مختلف المعاهد خاصة في الرياضة وجدنا بعض الدراسات المشابهة ومن بينها:

الدراسة الأولى: تركي أحمد"**2004**"

دور النشاط الرياضي التنافسي المكيف في الإدماج الاجتماعي للمعاقين حركيا

مذكرة ماجستير، قسم التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر. [1]

هدف الدراسة: تناول الباحث موضوع الإدماج الاجتماعي للمعوقين حركيا كمتغير يتأثر إيجابا بممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف

المنهج المتبع: استخدم الباحث المنهج الوصفي

حجم العينة: 20 .

نتائج الدراسة: وجود ارتباط بين ممارسة النشاط البدني التنافسي المكيف وتقبل الإعاقة وذلك من خلال إثبات الفروق بين الممارسين وغير الممارسين للنشاط البدني الرياضي كذلك وجود علاقة بين الخصائص الفردية للفرد المعوق حركيا واندماجه الاجتماعي ووجود فروق في السلوك الاجتماعي الايجابي بين الممارسين وغير الممارسين لصالح الممارسين للنشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف.

أدوات البحث المتمثلة في مقياس تقبل الإعاقة والاستبيان على مجموعتين مجموعة ممارسة تمثلت في الأندية الرياضية لألعاب القوى، وأخرى غير ممارسة للنشاط البدني الرياضي، تمثلت في طلبة مراكز التكوين المهني .

الدراسة الثانية : سعيد علي محمد آل حمدان **2004** [2]

"تطبيق نظرية تداخل المحتوي وتدريب الدمج وأثرها علي تعلم مهارة حركية لذوي التخلف العقلي البسيط "

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على معرفة أفضل أنواع التدريب (المنظم، والعشوائي، والدمج) لتعليم التلاميذ ذوي التخلف العقلي البسيط دقة التصويب على هدف ثابت وسرعة رد الفعل والزمن الكلي للأداء في مرحلتي الاكتساب والانتقال ودراسة التفاعل بين أنواع التدريب الثلاثة ومراحل التعلم،

المنهج المتبع: شبه التجريبي

حجم العينة من (**45** مفحوصا) اختيروا عمديا من مركزي التأهيل المهني بالرياض والدمام بالمملكة العربية السعودية في العام الدراسي **1423/1422**هـ، وبلغ متوسط أعمارهم (**16.8**سنة)، وبمعدل ذكاء

---

[1] – تركي أحمد: **دور النشاط الرياضي التنافسي المكيف في الإدماج الاجتماعي للمعاقين حركيا**، رسالة ماجستير (غير منشورة)قسم التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر2004.

[2] – سعيد علي محمد آل حمدان : **تطبيق نظرية تداخل المحتوي وتدريب الدمج وأثرها علي تعلم مهارة حركية لذوي التخلف العقلي البسيط ، رسالة ماجيستير**، قسم التربية البدنية وعلوم الحركة ، كلية علوم التربية ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية (غير منشورة) ، 2004 .

قدره (**62** درجة)، وتم توزيعهم لثلاث مجموعات متساوية عشوائيا (المنظم والعشوائي والـــدمج)، وقـــد أعطي كل مفحوص (**45** محاولة تدريبية) في مرحلة الاكتساب، ثم أعطي فترة راحة مدتها (**10** دقـــائق)، بعدها أعطي كل مفحوص (**9** محاولات)، وذلك لقياس انتقال أثر التعلم.

نتائج الدراسة : دعم جزئي لنظرية تداخل المحتوي. وتدريب الدمج، حيث أشارت النتائج إلى وجـــود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (**0.05≥**) أثناء مرحلة الاكتساب في متوسط دقة تصويب الكرة علي هدف ثابت، وسرعة زمن رد الفعل الصالح مجموعة التدريب المـــنظم مقارنـــة بمجموعـــة التـــدريب العشوائي. وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (**0.05≥**) بـــين مجموعـــة التـــدريب بالدمج مقارنة بمجموعة التدريب العشوائي لصالح مجموعة التدريب بالدمج في دقة تصويب الكرة، وكذلك هناك تفاعل ذو دلالة إحصائية عند مستوي (**0.05≥**) بين طرق التدريب ومرحل التعلم في سرعة زمـــن رد الفعل لصالح طرق التدريب أثناء مرحلة الاكتساب، وبناء علي النتائج التي تم التوصل إليها، فان الباحث يوصي باستخدام تدريب الدمج والمنظم لتعليم ذوي التخلف العقلي البسيط المهارات الحركية قيد الدراسة، وكذلك إجراء المزيد من الدراسات.

الدراسة الثالثة: عبد العزيز الخليفة **2004**: [1]

موضوع الدراسة : "اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القابلين للـــتعلم في دروس التربية البدنية للعاديين "

هدف الدراسة : تهدف الى التعرف علي اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القـــابلين للتعلم في دروس التربية البدنية للعاديين، وتحديد مدي اختلاف اتجاهات المعلمين وفقا لمـــتغيرات الدراســـة والتي تضمنت " الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل الدراسي، سنوات الخبرة، الـــدورات في مجـــال العمـــل، دراسة مقررات في التربية البدنية للمعاقين، التعامل السابق مع متخلف عقليا، والقدرة على تدريس التربيـــة البدنية للمتخلفين عقليا مع أقرانهم العاديين".ولتحقيق أهداف الدراسة تم طرح عدد من الأسئلة علي النحو الآتي:

1- ما هي اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القابلين للـــتعلم في دروس التربيـــة البدنية والرياضية للعاديين؟

1- عبد العزيز الخليفة : اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في دروي التربية البدنية للعاديين ، رسالة ماجستير قسم التربية البدنية وعلوم الحركة ، كلية علوم التربية ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية (غير منشورة) ، **2004** .

2- ما مدي اختلاف اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في دروس التربية البدنية للعاديين وفقا لمتغيرات الدراسة والتي تضمنت "الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل الدراسي سنوات الخبرة، الدورات في مجال العمل، دراسة مقررات في التربية البدنية للمعاقين، التعامل السابق مع متخلف عقليا، والقدرة علي تدريس التربية البدنية للمتخلفين عقليا مع أقرانهم العاديين".

وللإجابة علي أسئلة الدراسة، تم إعداد أداة الدراسة وهي عبارة عن استبانة تضمنت جزأين أساسين هما: بيانات أولية لبعض المتغيرات الشخصية المتضمنة (الحالة الاجتماعية، العمر، المؤهل الدراسي، سنوات الخبرة، الدورات في مجال العمل، دراسة مقررات في التربية البدنية للمعاقين، التعامل السابق مع متخلف عقلي والقدرة علي تدريس التربية البدنية للمتخلفين عقليا مع أقرانهم العاديين). ومقياس اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في دروس التربية البدنية للعاديين للباحث ريزو (**Rizzo, 1993**). وذلك بعد ترجمته إلي اللغة العربية ثم تكييفه وتعديله ليلائم مجتمع الدراسة، وقد صمم المقياس وفقا لطريقة ليكرت **Likert**، كما اشتمل علي **12** فقرة.

وللتأكد من صدق الأداة تم عرضها علي المحكمين وهم عدد من الأساتذة المختصين والذين أبدوا آرائهم وملحوظاتهم حول الأداة والتي أخذت جميعا في الاعتبار. أما الثبات فقد تم حسابه بطريقة إعادة الاختبار علي عينة من مجتمع الدراسة حيث بلغت قيمة الثبات (**0.93**).وبهذا تم الوقوف علي مدي مناسبة الأداة للتطبيق علي عينة الدراسة وقد تم التطبيق علي مجتمع الدراسة كاملا في محاولة للوصول إلي أكبر قدر من الدقة وصدق النتائج حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (**520** معلم)، وقد تم استخدام المنهج الوصفي المسحي في عملية جمع المعلومات وتحليلها.

وبعد تطبيق الأداة بصورتها النهائية وتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، تم التوصل إلى نتائج الدراسة والتي من أبرزها ما يلي:

1- أن اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في دروس التربية البدنية للعاديين تتسم بالسلبية مع ميل طفيف نحو الحياد. [1].

2- أنه لا يوجد اختلاف في اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في دروس التربية البدنية للعاديين وفقا لمتغيرات الدراسة التالية:"الحالة الاجتماعية،العمر، المؤهل الدراسي،عدد سنوات الخبرة، الدورات في مجال العمل،دراسة مقرر في التربية البدنية للمعاقين من عدمه".

[1]- عبد العزيز الخليفة : اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في دروي التربية البدنية للعاديين ، رسالة ماجستير قسم التربية البدنية وعلوم الحركة ، كلية علوم التربية ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية(غير منشورة) ، **2004** .

أنه يوجد اختلاف في اتجاهات معلمي التربية البدنية نحو دمج المتخلفين عقليا القـــابلين للـــتعلم في دروس التربية البدنية للعاديين وفقا لمتغيرات الدراسة التالية: " التعامل السابق مع متخلف عقلي، والقـــدرة علـــي تدريس التربية البدنية للمتخلفين عقليا مع أقرانهم العاديين"

الجانب النظري

الفصل الأول:
اعادة التأهيل و التأهيل الرياضي

تمهيد:

إن الطب التأهيلي و البيداغوجية يتداخلان وهذا التداخل يجعلهما يضـــمنان تـــأقلم منافعهمـــا للمتطلبات الإنسانية، وأهمية نظام التوازن والنظام المحرك في الجسم البشري هي أقل من أهمية النـــبض ونظام سريان الدم وتظهر هذه الأهمية في مختلف أخطار الحوادث التي تحصل في أغلب الأحيان بسبب الجهل وعدم الوعي.

الطب والرياضة يتكاملان في فائدة مشتركة وهي الصحة الجيدة أو الرجوع إلى الصحة العاديـــة والى تحسين وتنمية القدرة البدنية و تأهيل الفرد المتعرض لإعاقة أو إصابة مهني و الرجوع به إلى أعلى مستوى من اللياقة في سن متقدم، والشيء الذي يهمنا هو أن نفهمه ونعرف مبادئه القاعدية في تأهيل المصابين من المهن لأنهم هم أكثر الأشخاص تعرض للإصابة.

1-التأهيل الرياضي:

تعريف التأهيل إجرائيا: العملية الكلية التي تتضافر فيها جهود فريق من المتخصصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعاق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق في الحياة من خلال تقدير طاقاته وقدراته والاندماج في المجتمع.

التأهيل هو إعادة الوظيفة الكاملة للمصاب ، ويعتمد بصورة أساسية على التعرف على أسباب الإصابة والتقويم الصحيح لها وطرق علاجها ، ويتم تأهيل المصاب العادي بحيث يستطيع القيام بالوظائف والأعباء الضرورية دون اضطراب مثل المشي وصعود السلالم وتأدية مطالب الحياة اليومية بصورة طبيعية . والتأهيل الرياضي يعتبر في حقيقة الأمر عملية جماعية أو فريق علاجي متكامل من الأطباء المعالجين وأخصائي العلاج الطبيعي و النفسي و الرياضي ومدير الفريق بهدف استعادة إمكانيات وقدرات الفرد من أجل العودة للاشتراك مع الفريق .

ويعتبر التأهيل من المحاور الأساسية في علاج العديد من الإصابات لأنه يهدف إلى إزالة حالات الخلل الوظيفي للجزء المصاب ، عن طريق العناية بمظاهر الضعف في بعض العضلات والأربطة والمفاصل . ويشير عبد الباسط صديق (1991) إلى أن التأهيل الرياضي (البدني) يهدف أساساً إلى تعويض الفرد عما فقده من عناصر اللياقة البدنية والوصول به إلى المستوى الأقصى لحالته الطبيعية ، وذلك باستخدام العلاج الطبيعي المناسب والذي تستخدم فيه عوامل طبيعية مثل وسائل التدفئة ووسائل كهربائية والتدليك و التمرينات التأهيلية والشد وقبل البدء في البرنامج العلاجي يلزم تقييم حالة الجزء[1] المصاب وظيفياً وتشريحياً مع اكتشاف درجة إصابته وذلك حتى يمكن الحصول على نتيجة مرضية . ويذكر جيمس وجراي (1994) أن التأهيل هو إعادة الكفاءة البدنية والوظيفية في الجزء المصاب بالجسم بحيث يؤدى الشخص احتياجاته البدنية والحركية اليومية بسهولة ويسر . ويذكر مجدي وكوك (1996) عن بوهر وثيبودا (1985) أن التأهيل يعنى إعادة كل من الوظيفة الطبيعية والشكل الطبيعي للعضو بعد الإصابة ، أما التأهيل الرياضي فيعني تدريب الرياضي المصاب لأعلى مستوى وظيفي في أقصر وقت ممكن. ويشير برينتس) Prentice W.E (1990بأن التأهيل بعد الإصابة يعتبر من أهم المراحل في علاج الإصابات الرياضية ، وهى التي تحدد عودة اللاعب إلى الملعب ويحتاج الفرد الرياضي إلى التأهيل وخاصة بعد الإصابة بدرجة كبيرة من احتياجات الفرد العادي لأن الفرد العادي يحتاج أن تعود أعضاؤه المصابة إلى أدائها الوظيفي الطبيعي فقط بينما يحتاج الفرد الرياضي علاوة على ذلك أن يعود إلى كفاءته البدنية ومستواه الرياضي (الفورمة الرياضية) الذي كان عليه قبل الإصابة وفى أسرع وقت ممكن .

[1] - علي جلال الدين؛الصحة الشخصية والاجتماعية للتربية البدنية والرياضة : (القاهرة،مركز الكتاب للنشر،2005)، ص163

2-تعريف التأهيل الرياضي:

ويذكر جيمس وجراى Games & Gary 1985أن التأهيل يعنى إعادة تأهيل كل من الوظيفة والشكل الطبيعي بعد الإصابة أما التأهيل الرياضي فيعنى إعادة تدريب الرياضي المصاب لأعلى مستوى وظيفي وفى أسرع وقت هو علاج وتدريب المصاب لاستعادة القدرة الوظيفية في أقل وقت ممكن وذلك باستعمال وسائل التي تتناسب مع نوع وشدة الإصابة.

- هي عملية استخدام الوسائل المختلفة في إعادة الرياضي إلى ممارسة نشاطه بعد إصابته وحماية المنطقة من تكرار الإصابة. [1]

3-أهمية التأهيل الرياضي:

في عام 1992 قامت مجموعة من الأطباء في مستشفى في ولاية كاليفورنيا بأمريكا بدراسة أهمية التأهيل المهني الرياضي عند الإصابات الرياضية الشائعة وأوضحت الدراسة ما يلي :

أنه عند حدوث إصابة المفصل يحدث ضعف وضمور في العضلات المحيطة بهذا المفصل ويكون هذا العامل مساعد لتكرار الإصابة أثبتت النتائج أن استخدام التأهيل الرياضي ينتج عنه زيادة فى حجم وقوة العضلات المحيطة بمفصل المصاب وكذلك زيادة في المدى الحركي ومن استنتاجات الدراسة أن التأهيل الرياضي يعمل على الوقاية من تكرار الإصابات في المستقبل .ويرى كلا من ليد بوتر Lead Better 1988ومونجن Mongine 1992 أن التأهيل يمثل أهمية كبرى خاصة بعد التدخل الجراحي ونجاحه في هذه الحالة يمثل 25% أما النسبة الباقية وتمثل 75% وتقع على عاتق الأهيل والمصاب نفسه لذلك فإن عودة الجزء المصاب إلى وظائفه وكفائته تتأثر بدرجة كبيرة على مستوى التأهيل ومستواه وتتوقف سرعة عودة الجزء المصاب إلى إستعادة وظيفته وكفاءته في أقل فترة زمنية ممكنة على سرعة البدء في عملية التأهيل وذلك عقب تحديد درجة وطبيعة الإصابة.

يشير عزت الكاشف 1990 إلى أهمية التمرينات التأهيلية فإنها تساعد على سرعة إستعادة العضلات والمفاصل لوظائفها؛هذا إذا ما أدركا ضرورة أن تمارس تلك التمرينات التأهيلية مع التمرينات البدنية الأخرى بتنسيق كامل تحت الملاحظة المباشرة من المدرب والطبيب المعالج وأخصائي الإصابات الرياضية ويشير أيضا إلى أن علم الطب الرياضي في الأعوام العشرة الأخيرة له إنجازات كبيرة في حل المشكلات المرتبطة بعلاج وتأهيل الرياضيين من الإصابات التي قد يتعرضوا لها نتيجة للسعي وراء تحطيم الأرقام القياسية.

[1] -عبد الحميد شرف: **الرياضة الحركية للأطفال الأسوياء و متحدي الإعاقة**، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، بدون طبعة . **2001**،ص37.

4-أشكال التدخل التأهيلي الرياضي :

يشير دافيد لب 2007 إلى أن هناك فرق بين التدخل الطبي والتدخل التأهيلي ، فالتدخل الطبي يهدف إلي عكس أو إيقاف عمليات التأخر المرضي، بينما التدخل التأهيلي يشمل أي تدخل لعكس أو الحماية من زيادة الحالة سوءاً أو تخفيف الاعتلال ومحاولة تخفيض العجز أو الإعاقة ، وكل هذا يؤخذ بعين الاعتبار في التدخل التأهيلي ، وينقسم التدخل التأهيلي إلى :[1]

- التدخل الداخلي .
- التدخل الخارجي .
- تدخل ذو اثر إيجابي علي حالة الاعتلال والتي بتحسنها تؤدي لتخفيف الاعتلال الأساسي مثل : تحسن لياقة الجهاز الدوري التنفسي .

4-1 التدخل الداخلي :العامل الذي يزيد الوظيفة : كاستخدام بعض العناصر الدوائية التي تؤثر في تحسن الحالة الوظيفية للمريض ، كما في بعض حالات الشلل الدماغي .

الإجراء الجراحي لتحسين الحالة : كالجراحة العلاجية للمشية المنحنية لمرضي الشلل الدماغي (هذه الجراحة لن تقوم بعكس العمل المرضي للحالة ولكنها تتدخل بشكل تأهيلي"

التدخل بتغيير سلوكيات وتفكير المريض : يقوم التغيير في سلوك وأسلوب تفكير المريض بإجتياز العديد من المشكلات كما تشير بذلك الكثير من الدراسات ، ومثال ذلك ما يحدث في آلام الظهر من تلقين للسلوك والعادات الصحية السليمة للتعامل مع هذه الحالة .

4-2 التدخل الخارجي:

- الأدوات والأجهزة التي تساعد في تحسين الوظيفة (مثل أجهزة العلاج الطبيعي كالتنبيه الكهربائي، والموجات فوق الصوتية، والكرسي المتحرك ... إلخ).
- التدريب المهني .
- الأجهزة التعويضية المستخدمة أو التي تعمل علي تدعيم الجسم في بعض الأمراض .
- ترتيب اهتمامات المريض .
- التكيف البيئي للمريض، (كما في المنزل،أو العمل،أو في المجتمع ككل) .
- التكامل الاجتماعي (العمل الاجتماعي، الخدمات الاجتماعية، الخدمة العامة، المجموعات المتناظرة، بالإضافة إلي تقبل الآخرين في المجتمع).

[1] – أسامة رياض – أمام حسن : **الطب الرياضي و العلاج الطبيعي** ،مركز الكتاب للنشر مصر، سنة 2007،ص33.

4-3 التدخل ذو الأثر الإيجابي غير المباشر:

- مثال : مريض جاء للتأهيل بعد جراحة للورك أثناء قيامة بالبرنامج التأهيلي من الممكن آن يحدث تحسن للأطراف العليا له بعد برنامج من المشي مثلاً.

5-أنواع الحركات العلاجية الخاصة في التأهيل :

5-1. **الحركات القصرية** :في حالة عجز المصاب عن أداء الحركة بنفسه نتيجة للمرض ، عندها يقوم المعالج بها للجزء المصاب ، وتهدف تلك الحركات إلي تحسين القوة العضلية والحفاظ عليها وزيادة مرونة تلك العضلات والحيلولة دون حدوث التيبس المفصلي ، مما يُساعد في الحفاظ علي العضو نشطاً وتحسين وظيفته .

تُؤدي تلك الحركات في اتجاه الحركة الطبيعي وفي حدود درجة الألم ، مع الشعور الجيد بها من خلال المريض ، حيث تؤدي هذه الحركات إلي تنبيه الجهاز العصبي المركزي إلي مسار الحركة ، بحيث تنبه الانعكاسات العصبية الطبيعية لمجموعة العضلات المضادة وبناء الأعصاب الحسية .

5-2ـ **الحركات المساعدة** :يقوم المعالج بمساعدة المريض في إكمال المدى الحركي بعد أداء المريض للحركة بصورة جزئية ، مراعياً في ذلك إزالة المعوقات الخارجية أمام الحركة مثل عوامل الاحتكاك، الجاذبية، الأدوات ، الملابس.

التأثيرات الرئيسية للتأهيل :

- زيادة التخلص من نفيات التفاعلات الأيضية .
- التخلص من الإلتصاقات التي تحدث بالأنسجة الرخوة .
- تأثيرات رد الفعل العصبية على الأجزاء البعيدة عن منطقة التطبيق .
- تأثيرات رد الفعل العصبية على الجهاز الدوري .
- التخلص السريع من المواد الكيمائية المجهزة أو المسببة للألم .
- التخلص من التوتر العضلي والآلام العضلية والتقلص العضلي.
- الزيادة الموضوعية في محيط الشعيرات الدموية .
- تنظيم النغمة العضلية .
- تنشيط الهرمونات بالجسم .
- تنشيط الدورة الدموية ورفع درجة الحرارة .
- زيادة سرعة سريان الدم الوريدي وسرعة الدورة اللمفاوية .[1]
- تأثيرات مسكنة (التأثيرات العصبية المهدئة) .

[1] – أسامة رياض ، إمام حسن محمد : **مرجع سابق** ، ص34.

- التئام الأنسجة المصابة خاصة عند تطبيق التدليك على إصابات الملاعب .
- يقوى المناعة في الجسم.
- يعالج الإصابات الناتجة عن حركات غير سليمة .
- ينشط الدورة الدموية .
- يخفف من ضغط الدم .
- يخفف من آلام الرأس والرقبة وآلام الظهر .
- يخفف التشنج والشد العضلي ويساعد على مرونة المفاصل .
- يفيد الجلد ويزيد من نعومته .
- يعالج آلام المفاصل وأمراض الروماتيزم .
- يعمل على توزيع الشحوم المتراكمة في أماكن معينة من الجسم .
- ينظم درجة حرارة الجسم .
- يساعد على وظيفة الهضم .
- يساعد على الاسترخاء .[1]

6.التصنيف التأهيلي على أساس الفئة الموجهة إليها:

–حيث يتم التصنيف على أساس نوع الإعاقة و سن المعاق و نذكر مايلي:

- أنشطة بدنية مكيفة للمعاقين حركيا.
- أنشطة بدنية مكيفة لأصحاب الأمراض المزمنة.
- أنشطة بدنية مكيفة للمتخلفين عقليا.
- أنشطة بدنية مكيفة لأطفال الحضانة .
- أنشطة بدنية مكيفة للمسنين.
- أنشطة بدنية مكيفة لذوي الإضطرابات النفسية.

7.أهداف المشروع:

1. تقديم برنامج التأهيل المبكر داخل البيئة المألوفة (المنزل.)
2. الاكتشاف المبكر للإعاقة أو الإصابة وذلك من خلال إجراء التقييم للكبار في سن مبكر ممكن[2] .

[1] - أسامة رياض ، إمام حسن محمد : **نفس المرجع** ، ص34.

[2] - مروان عبد المجيد إبراهيم : **الألعاب الرياضية للمعاقين**، دار الفكر العربي ط1، عمان، 1997، ص7 .

3. إشراك الأهل المباشر في العملية التدريبية ، وهي إحدى الوسائل الفعالة للتأثير على الأشخاص، وتزويدهم بالمهارات الضرورية لرعايته وعلى التكيف في الحياة اليومية.
4. تزويد الأهل بالتدريب المستمر فيما يتعلق بالوسائل الضرورية لرعايته.
5. تقديم مناهج تتلاءم و الثقافة المحلية، تتضمن مواضيع في التعليم الخاص إضافة إلى المؤثرات الحسية و الجسمية و العناية بالنفس.
6. تطبيق الخطوات العملية للبرنامج دون إرباك ترتيبات الحياة اليومية للأسرة.
7. تحديد نقاط الضعف و القوة لدى المعاق بهدف تصميم برنامج خاص به مبنياً على المعرفة الحالية لقدراته بالتعاون مع الأهل.
8. استخدام منهج متسلسل من حيث التطور و يستخدم كأداة للتعليم.[1]

8.الإصابات التي يتعرض لها المهنيين:

أ – إصابات الحوادث :و يرجع ذلك إلى إصابة العمود الفقري نتيجة لحوادث الطريق أو الإصابات بالمصانع أو السقوط من أماكن مرتفعة ، كما قد تنتج من إصابات المشي، كذلك الحروب عندما يتعرض جزء من العمود الفقري للكسر فيؤدي إلي قطع بالنخاع الشوكي و دخول أجزاء من العظام إلى نسيج النخاع الشوكي .

ب – الإصابات المرضية :من المعلوم أن إصابات الكبار ينتج من الإصابة بفيروس في النخاع الشوكي عن طريق عدوى ، و يصاب به الكبار في السن بنسبة 60 بالمائة أما النسبة الباقية تحدث في سن متقدمة عن ذلك ، كذلك التهابات المخ .و النخاع الشوكي و اضطرابات الدورة الدموية ،و ضمور العضلات ،وشلل المخ ، و عدم القدرة على السيطرة على العضلات الإرادية .

العلاج : لابد من تخطيط برنامج علاجي و تأهيلي جيد لتلك الإعاقة . وذلك وفقا لدرجة الإعاقة و سن المريض . وحماس المعاق بحيث يتناسب مع الإمكانية ليحقق الهدف من برنامج العلاج . كذلك لابد أن الأسرة في المنزل تكون على دراية بكل جوانب المشكلة و تشترك في تنظيم علاج المعاق .[2] كذلك اختيار الأنشطة و مكانها سواء في فصول أو مراكز خاصة أو مستشفيات أو مراكز تأهيل متخصصة.

[1] - مأخوذ عن برنامج بورتيج، جمعية الحسين لرعاية و تأهيل ذوي التحديات الحركية، الأردن
[2] - حلمي إبراهيم، ليلى السيد فرحات: **التربية الرياضية و الترويح للمعاقين**، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة 1، 1998، ص44.

9.أثر الأنشطة الرياضية :

هناك حقيقة هامة و هي ألآثار الإيجابية للأنشطة الرياضية نذكر منها مايلي : [1]

أولا – الجانب البدني :

1_ تقوية الجهاز العضلي و خاصة الأعضاء المصابة مما يؤثر على تنمية الشدة العضلية .

2_ تنمية القدرات الحركية الخاصة لكل نشاط رياضي يمارس .

3_ اكتساب المهارات الحركية التي تساعد الفرد على أداء مهامه الحيوية و أنشطته اليومية بكفاءة .

4_ تنشيط الجهاز العصبي ليقوم بدوره في العملية التدريبية .

5_ يساعد على الحد من الانحرافات القوامية و تنمية الاتزان الوظيفي و القوام الحركي .

6_ يعمل على تحسين الحالة الصحية العامة للمعاق و ذلك بزيادة القدرات على الأداء .

7_ ينمي الإحساس بالمكان و الزمان لدى المعاق .

8_ تنمية اللياقة البدنية للاعتماد على نفسه و مواجهة الحياة .

ثانيا – الجانب التأهيلي :

- المساعدة في التغلب على التعب .
- تنمية وتحسن اللياقة البدنية وكذلك المهارية كما تعد جزءا من العلاج الطبيعي .
- توفر الراحة النفسية والترويحية للمعاق .

ثالثا – الجانب النفسي :

- زيادة الثقة بالنفس للمعاق وتقديره لذاته .
- الشعور بأهميته في المجتمع .
- الممارسة الرياضية تزيل الآثار النفسية للإعاقة ، كما تحقق نوعا من الإشباع النفسي.
- تسهم في رفع الروح المعنوية للمعاق وتقبله لذاته وللآخرين .

رابعا – الجانب الترويحي :

- استغلال وقت الفراغ في ممارسة الأنشطة الترويحية والخلوية والاعتماد على النفس .
- إتاحة الفرصة للمعاق لممارسة الأنشطة الترويحية التنافسية وفقا لقدراته و إمكاناته البدنية.
- رفع الروح المعنوية للمعاق بخروجه من الحياة الروتينية الرتيبة إلى النشاط والسعادة. [2]
- تنمية القدرات العقلية عند ممارسة النشاط الترويحي الرياضي .

[1] - خير الدين علي عويس : **مقدمة في علم الإجتماع الرياضي**، دار الفكر العربي، القاهرة، بدون طبعة ،1984، ص 78-79.

[2] - حلمي إبراهيم، ليلى السيد فرحات: **مرجع سابق**، ص44.

- اكتساب عادات صحية سليمة ورياضية من خلال ممارسة حياة أقرب ما تكون إلى الطبيعة.

خامسا – الجانب الاجتماعي :

- اكتساب خبرات تعليمية وتربوية تتأسس على الميول والاتجاهات المشتركة بين الأفراد.
- تكوين اتجاهات سلوكية سوية لمساعدة المعاق على التفاعل الاجتماعي والاندماج في المجتمع .
- ترشيد العلاقات الإنسانية والاجتماعية بين الأفراد .
- تساعد المباريات الرياضية على إعادة الاتصال بالمجتمع وتنمية علاقات اجتماعية وغرس قيم خلقية إيجابية .
- إشباع الحاجات النفسية للمعاق كالحاجة إلى الانتماء والتعاون و إثبات الذات .[1]

10- عملية التكيف للإعاقة:

إن جميع العاملين مع المعاقين يتفقون على أن هناك علاقة ما بين اتجاهات الشخص نحو إعاقته وما بين نجاح تأهيله الجسدي أو المهني، فالمعاقين الذين يرفضون تقبل إعاقتهم أو الذين يتميزون بانخفاض الدافعية ودائمي الشكوى والتذمر فإنهم يحبطون الأشخاص الذين يحاولون مساعدتهم من ناحية .ومن ناحية أخرى يفشلون في الاستفادة القصوى من خدمات التأهيل . لذلك فإن المعرفة عن عملية تكيف المعاق هي مهمة جداً لجميع الذين يعملون مع المعاقين وخصوصاً المرشدين المهنيين والأخصائيين الاجتماعيين، إن عملية تكيف المعاق للإعاقة تتكون من مراحل وهي كالتالي:

10-1 مرحلة الصدمة: وهي مرحلة التشخيص الأولى وفترة العلاج، فالفرد هنا لم يستوعب أن جسده مريض ولا يعرف عن حالته الجسدية حتى أنه لا يُظهر أي قلق.

10- 2مرحلة توقع الشفاء: تبدأ هذه المرحلة بعدما يتبين للفرد بأنه مريض، فيعتقد بأنه سيشفى من إصابته.

10 -3 مرحلة الحزن: وفي هذه المرحلة يكون الفرد في حالة يأس شديد، فكل شيء ضاع وهو يشعر بأنه لا يستطيع أن يعمل أي شيء أو يحقق أي هدف له ويمكن أن يفكر في الانتحار.

[1] - خير الدين علي عويس : **نفس المرجع** ،1984، ص 78- 79

10 -4 مرحلة الدفاع :وتنقسم إلى قسمين:

أ -**الدفاع الإيجابي :**وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد بالتعامل مع إصابته والتكيف معها ويبدأ حياته بالرغم منها.[1]

ب -الدفاع السلبي :وهنا يستعمل الفرد الميكانزمات الدفاعية المختلفة وخصوصاً النكران (نكران تأثير الإعاقة عليه.)

10-5 مرحلة التكيف:تراود الشخص المعاق الأفكار التالية (إن جسمي مختلف، وإعاقتي مختلفة، ولكنها ليست سيئة، إن الإعاقة تجعلني مختلفاً، ولكن ذلك لا يمنعني من عمل أشياء مختلفة ومفيدة).[2]

11-العوامل التي تؤثر على فاعلية جلسات العلاج التأهيلي :

1- الاختيار الصحيح للتمرينات التأهيلية .
2- عدد التمرينات المستخدمة .
3- الوضع الابتدائي الذي يبدأ منه كل تمرين .
4- درجة الشدة التي يؤدي بها كل تمرين .
5- إيقاع الأداء لكل تمرين .
6- المدى الحركي للتمرين .
7- منحنى الحمل الفسيولوجى للتمرينات التأهيلية .[3]

12- مبادئ التمارين العلاجية :

يصف " مك ماهون وباتريك ج ***McMahon, Patrick J*** " (2007) التمارين العلاجية بأنها تلك الحركات المؤداة لاستعادة أقصي قدر وظيفي ممكن في أقصر مدة ، فالتمارين العلاجية نوع من التمارين تُعطي لتحسين الأداء العضلي العام للجسم وتقوية العضلات والعظام والمفاصل والأربطة وللوصول إلي مستوي بدني عالي. ويجب بدايةً علي أخصائي التأهيل (علاج طبيعي ، تربية رياضية) (مساعدين تمريض) قبل البدء في برنامج التمرينات العلاجية أن يأخذ الحذر وأن يضع في اعتباره نواهي استعمال التمرينات باعتباره لطبيعة الإصابة وشدتها ، كذلك يتم

[1] - محمد عادل رشيدي: **موسوعة الطب الرياضي ،علم إصابات الرياضيين**، دار النشر، مؤسسة شباب، الجامعة ، طرابلس ، ط2 ، سنة 1995،ص163.

[2] - محمد عادل رشيدي: **مرجع سابق**،ص163.

[3] -عطية وآخرون، عبد الحميد:**الخدمة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة**، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث .2001، ص29.

تخصيص كثافة التمرين ودوامه وشدته بحسب شدة الالتهاب ، مرحلة الشفاء ، والوضـــع التقـــدمي للمصاب ، كما يجب مراعاة التقدم والتطور في البرنامج .

13- تقسيمات التمرينات العلاجية :

يشير "مك ماهون وباتريك جي McMahon, Patrick J (2007) إلي أن التمرينات العلاجية تصنف إلي تمرينات ساكنه ومتحركة (الشكل التالي) ، وتتضمن التمرينات الساكنة التدريبات ذات الانقباض العضلي الثابت(isometric) ، وتحتوي التمرينات المتحركة علي التمرينات النشطة والسلبية ، وتكون التمرينات النشطة بالانقباض العضلي الإرادي بدون استعمال مقاومات خارجية إضافية ، وتتضمن تمرينات المدى الحركي والإطالة ، وتكون تمرينات المدى الحركي في حدود المدى الحركي المتاح للحركة بهدف المحافظة علي الحركة ، ويقوم الفرد خلال تمرينات الإطالة النشطة باستخدام الجهد الإرادي للوصول إلي ما يتعدى المدى الحركي المقيد (تجاوز المدى الحركي الطبيعي) بهدف زيادة الحركة . ويذكر "أرنهايم ***Arnheim*** " (1987) أن التمرينات العلاجية تنقسم إلى أربع مجموعات : [1]

13-1 التمرينات السلبية *Passive exercise* :وفيها يتم تحريك الجزء المصاب بواسطة شخص أو جهاز ميكانيكي وبدون أدنى جهد عضلي من المصاب ، وأحياناً تسمى التمرينات السلبية والإيجابية بالعلاج الحركي Mechanic therapy وعقب كل إصابة يبدأ برنامج التمرينات بالعلاج بتطبيق التمرينات السلبية ثم يتدرج إلى استخدام تمرينات مساعدة وتمرينات بدون مساعدة ثم يلي ذلك تمرينات باستخدام المقاومة مثل (الجاذبية الأرضية – أثقال – السوست – مقاومة المعالج) ، وتشتمل تأثيرات التمرينات السلبية علي :

أ- منع تيبس المفاصل وتكون الالتصاقات .

ب- تزيد الإحساس بالتنبيه الداخلي للجهاز العصبي .

ت- تحفظ طول الاسترخاء للعضلة .

ث- التهيئة والإعداد للتمرينات النشطة .

13-2 التمرينات المساعدة *Assistive* : وفيها يقوم المصاب بتحريك الجزء المصاب بمساعدة شخص آخر لمساعدة العضلة أثناء انقباضها ، وتشتمل تأثيرات التمرينات المساعدة علي :

أ- تقوية العضلات وزيادة حجمها .

ب- تكرار مثل هذه التمرينات تخلق للمريض القدرة على التحكم والتوازن .

[1] - فهمي علي محمد :**الإعاقات الحركية بين التشخيص و تأهيل وبحوث التداخل** ،دار الجامعة الجديدة للنشر الاسكندرية ،2008، ص62.

3-13 التمرينات الإيجابية *Active exercise* : وفى هذا النوع يقوم المصاب بتنفيذ الحركة المطلوبة بدون مساعدة معتمداً اعتماداً كليا على انقباض العضلة وتشتمل تأثيرات التمرينات الإيجابية علي :

أ- المحافظة على النغمة العضلية وزيادة قوتها .

ب- تحسين توازن العضو الذي يمكن تمرينه .

ت- إحداث انبساط في العضلات حيث تكون الحركة منتظمة .

ث- اكتساب ثقة المريض في قدرته على عمل العضلات والتحكم فيها .

3-13 التمرينات بمقاومة *Resistance* :وفيها يؤدى المصاب الحركة ضد مقاومة ثقل أو يد المعالج وتشتمل تأثيرات تمرينات المقاومة علي :

أ- زيادة قوة العضلة وقوة تحملها .

ب- زيادة كمية الدم التي تسري في العضلات .

ت- تمدد الأوعية الدموية للتخلص من الحرارة الزائدة .

ويمكن تقسيم التمرينات العلاجية إلى فئتين حيث تشتمل على الآتي :

1- التمرينات الساكنة (Isometric (Static. [1]

2- التمرينات المتحركة (Dynamic) Isotonic Therapy .

وعادة ما يطبق النوعان معا في الجلسة الواحدة فيبدأ بالتمرينات الساكنة ويعقبها استخدام التمرينات المتحركة .

أ- التمرينات الساكنة *Static exercise* :

- تعتبر عاملاً حاسماً في سرعة الشفاء خاصة في حالات إصابة المفصل بالإضافة إلى أنها تزيد الدورة الدموية في الطرف المقابل لطرف الإصابة كذلك تزيد من قوة العضلات .

مميزات التمرينات الساكنة :

1- لا يحدث أثناء تطبيقها حركة بالمفاصل .

2- تزداد أثناء استخدامها النغمة العضلية بشدة .

3- تسبب إجهادا للمصاب أكثر من الأنواع المتحركة ، حيث أنها أثناء القيام بها تضغط الألياف العضلية على الشعيرات الدموية التي تمر من خلالها فيقل الأكسجين الواصل للعضلات ، وكذلك تقل قدرة العضلة على التخلص من نفايات التفاعلات الايضية بها

[1] - فهمي علي محمد :**مرجع سابق**،ص63.

ويؤدي القيام بالتمرينات الساكنة إلي زيادة ملحوظة في حجم العضلة ، وينصح الباحثـــون في هذا المجال باستمرار الانقباض لمدة تتراوح بين 6 و10 ثواني ، وأن يسمح بزيادة عدد الانقباضات في كل مرة عندما يشعر المصاب بقدرته على ذلك على أن يكرر نفس العدد من 3 إلى 5 مرات يوميا . ويستخدم هذا النوع من التمرينات للحد من ضمور العضلات وضعفها عند تثبيت المفصل لأي سبب علاجي . وهذه التمرينات الساكنة تسهم في الإسراع بالشفاء، كما لوحظ زيادة الدورة الدموية في الطرف الأيسر للمصاب عندما استخدمت التمرينات الساكنة للطرف الأيمن غير المصاب ، وتمتاز التمرينات الساكنة بالقدرة على تقوية العضلات بسرعة تفوق سرعة التمرينات العضلية المتحركة، وتوجد بعض نقاط الضعف التي تشوب هذا النوع من التمرينات وهى :

1- تفقد العضلة قوتها سريعا إذا ما أوقفت التمرينات الساكنة بعكس استخدام التمرينات المتحركة.
2- لا تقوم هذه التمرينات بتنشيط التوافق العضلي العصبي كما يحدث عند التمرينات المتحركة
3- لا يستخدم هذا النوع من التمرينات مع مرضى القلب حيث يسبب ضغطا شديداً على الجهاز الدوري .
4- لا يوجد دور للتمرينات الساكنة في رفع مستوى سرعة انقباض الألياف العضلية . [1]

ب- التمرينات المتحركة (الديناميكية) : تستخدم التمرينات المتحركة في المرحلة التي تلي تطبيق التمرينات الثابتة ، حيث تعمل التمرينات الثابتة على إعداد الجزء المصاب للاستجابة لمزيد من العمل العضلي . والتمرينات المتحركة تساعد التمرينات الثابتة في الوصول للهدف الذي وضعت من أجله وهو استعادة الوظائف الأساسية الطبيعية للعضو المصاب.

وتنقسم التمرينات الديناميكية المتحركة إلى :

1- العمل العضلي أثناء حدوث قصر في طول الألياف العضلية .
2- العمل العضلي أثناء حدوث زيادة في طول الألياف العضلية .
3- العمل العضلي ذي الانقباض المقنن باستخدام أجهزة خاصة .

ولا بد من الأخذ في الاعتبار أنه للوصول إلى الغاية المنشودة ألا وهى تقوية جميع أنواع ألياف كل عضلة بشكل جيد يجب علينا تطبيق جميع أنواع التمرينات من خلال البرنامج التأهيلي المنظم لكل مجموعة عضلية ، حيث إن كل نوع من هذه الألياف بكل عضلة يستجيب لنوع معين من المجهود العضلي ، كما يجب أن نعلم أن استخدام الأنواع المختلفة من التمرينات لا بد أن يكون بالقدر الذي يتناسب مع حالة وشدة الإصابة لكل مصاب ، وأيضا حسب التكوين الأساسي لجسده

[1] - أحمد حلمي صالح : **التأهيل الأسس والمبادئ** ، بدنية العرب ، 2010.ص44

(أي قدراته البدنية)، ومن الأهمية بمكان أن يبدأ برنامج التمرينات التأهيلية بتطبيق التمرينات الساكنة ثم نتدرج إلى استخدام تمرينات بمساعدة ، ثم تمرينات بدون مساعدة ولا مقاومة ثم ضد مقاومة وقد تتمثل المقاومة في الجاذبية الأرضية (ثقل الجسم) ، استخدام الأثقال ، سوست ، مقاومات مطاطية، استخدام وسط مائي. فالتمرينات ضد مقاومة لها أهمية كبيرة في تحسين وتنمية العمل العضلي للعضلة التي أصابها القصور والارتفاع بهذه المقاومة تدريجياً للوصول بها إلى أحسن مستوى ممكن بدون حدوث أي مضاعفات .

التمرينات المتحركة (مع وجود حركة بالمفاصل) Isotonic :تتحرك المفاصل أثناء قيام (المصاب) بهذه التمرينات ، وتشمل نوعين من العمل العضلي:

1- تقصر العضلة عند قيام المصاب بتحريك المفصل ضد مقاومة خارجية أي يقترب منشأ العضلة من اندغامها.

2- تطول العضلة أثناء قيام المصاب بتحريك المفصل Eccentric أي يبتعد منشأ العضلة عند اندغامها أثناء القيام بالعمل العضلي .

والنوع الأول من التمرينات المتحركة له صفات خاصة تميزه عن بقية التمرينات وهى كالتالي :

1- يقل فيه زمن الانقباض العضلي عنه في التمرينات الساكنة (الثابتة) . [1]

2- هناك مرحلتان متتاليتان : الأولى عندما يقصر طول الألياف العضلية وهى مرحلة الانقباض ، والثانية عندما يزداد فيها طول الألياف العضلية وهى مرحلة الارتخاء عندما تقل فيها النغمة العضلية وتستريح خلالها العضلة .

3- فى كل حركة وفى أي مفصل من مفاصل الجسم تقصر أو تطول العضلات المواجهة فعندما تقصر العضلات المنفذة للتمرين تطول العضلات المواجهة لها وبذلك يسهل هذا النوع من التمرينات الاتصال العصبي بين العضلات .

4- حتى إذا كان الانقباض العضلي مساوياً لخمس (1/5) ما يمكن أن تبذله العضلة ، فإن ذلك يدفع الدم الوريدي بقوة في اتجاه القلب مما يساعد على زيادة الدورة الدموية.

5- أثناء فترة ارتخاء العضلة يزداد الدم في الشعيرات الدموية إلى 15-20 ضعفا عما كانت عليه قبل البدء في التمرين .

6- يزداد عدد الشعيرات الدموية التى تتسع وتملئ بالدم أثناء القيام بهذه التمرينات.

7- يساعد على زيادة وصول الأكسجين الى الأنسجة وكذلك زيادة التخلص من نفاياتها.

[1] - أحمد حلمي صالح : **مرجع سابق** ص45

8- تساعد هذه التمرينات على تحسن الدورة الدموية وزيادة تغذية العضلات وتسهل عمل القلب

9- لا يسبب هذا النوع من التمرينات سرعة إجهاد العضلة كما التمرينات الساكنة.

10-تهدف هذه التمرينات إلى الزيادة قوة العظمى .

11-تساعد أيضا في تحسن التوافق العضلي العصبي ، وكذلك تزيد من سرعة انقباض الألياف العضلية .

12-تسبب انقباض العضلات وارتخاؤها حركة بالمفاصل تؤدى لزيادة الدورة الدموية . [1]

الإرشادات العامة خلال مراحل التأهيل :

المرحلة الأولى : أثناء فترة تثبيت الطرف المعتل : Treatment During Fix

تتضمن التمرينات التأهيلية الآتية :

1- تمرينات ساكنة وتمرينات متحركة للعضلات بالأجزاء السليمة للجسم .

2- تمرينات ساكنة تطبق بحرص على العضلات المصابة وتمرينات متحركة للعضلات المجاورة على ألا تسبب آلاما بمنطقة الإصابة .

3- أ- تمرينات لتنشيط الدورة الدموية ويستخدم فيها الانقباض المتكرر لعضلات نهاية الأطراف

ب – تمرينات لتنشيط الجهاز التنفسي ، ويستخدم فيها العضلات العاملة على الجهاز التنفسي .

المرحلة الثانية : عند السماح للمصاب بتحريك العضو المعتل :

1- تمرينات ساكنة للعضلات بالمناطق المصابة والسليمة .

2- تمرينات متحركة ضد مقاومة شديدة للعضلات السليمة .

3- تمرينات متحركة للعضلات المصابة تبدأ بتمرينات مساعدة بواسطة المعالج ، وتسمى تمرينات قسرية ثم تبدأ التمرينات الحرة أي بدون مقاومة يليها تمرينات ضد مقاومة بداية باستخدام وزن الطرف لمقاومة العمل العضلي .

4- تمرينات يتداخل فيها العمل العضلي الثابت والمتحرك .

5- تمرينات تنمية كفاءة عمل الجهازين الدوري و التنفسي .

المرحلة الثالثة : عند السماح للمصاب بالاستخدام الشامل للجزء المعتل :

1- تمرينات تقوية ساكنة ومتحركة للعضلات السليمة والمعتلة مع التركيز على الجزء المصاب من الجسم .

2- تمرينات متداخلة ساكنة ومتحركة لجميع عضلات الجسم مع التركيز على الجزء المعتل .

[1] - أحمد حلمي صالح : مرجع سابق.ص46

3- تمرينات لتنشيط اتصال العصب العضلي بجميع أجزاء الجسم مع التركيز على الجزء المعتل

4- تمرينات المشي إذا كانت الإصابة بالأطراف السفلية يليها تمرينات الجري والقفز .

وتمرينات تقوية لعضلات الذراعين في حالة إصابة الأطراف العليا تستخدم فيها الكـــور الطبيـــة ذات الأثقال والأحجام المختلفة وعقلة الحائط وساندو الحائط وغيرها ويفضل استخدام تمرينات المرونـــة ، وكذلك لزيادة مرونة الأنسجة الرخوة وتنشيط الاتصالات العصبية والعقلية .

التمرينات الإرادية المقننة أثناء تطبيق هذه التمرينات فإن المقاومة المطلوبة تكون متساوية في جميع مراحل الحركة ، وقد تستخدم فيها أجهزة معينة حيث توفر هذه الأجهزة لجميع عضـــلات الجســـم الكمية المطلوبة من المقاومة والسرعة المطلوبة في الأداء ، مما يساعد في رفع مستوى الأداء الـــوظيفي لجميع أنواع الألياف بالعضلات الهيكلية .[1]

[1] – ماجد السيد عبيد: **مقدمة في التأهيل معاقين** ، مكتبة الرازي العلمية ، الامارات العربية ،سنة 2008،ص 39.

خلاصة:

من خلال ما سبق يتبين لنا أن التأهيل السليم للرياضيين أو المعاقين يوفر له سبل الراحة و يجعلهم كفيلا في نمو وبناء شخصيته، حيث أن التأهيل المهني الرياضي للمعاق والمصابين سواء بهدف العلاج أو من أجل الترويح يساعده على التكيف سواء مع نفسه أو مجتمعه أو حتى مع المهنة التي قد يزاولها في حياته، إذ تعتبر الرياضة عموما الركيزة الأساسية و الشاملة لإعادة التوافق النفسي و الاجتماعي للمعاق والمصابين في مختلف المجالات بدنيا و نفسيا و اجتماعيا... الخ .

الفصل الثاني
عملية الاندماج

تمهيد:

الاندماج الاجتماعي هو عملية ضم و تنسيق بين مختلف الجماعات الموجودة في مجتمع واحد للحصـــول على مجتمع ذو وحدة متكاملة.

و بمعنى آخر هو إزالة الحواجز بين المجموعات المختلفة للعيش و التكيف الاجتمـــاعي بشـــكل متنـــاغم و متضامن. فالاندماج الاجتماعي هو مجموعة الإجراءات و التدابير في مجتمع ما غايتها تسهيل انخراط فرد جديد في هذا المجتمع.

1-الاندماج الاجتماعي:

هو عملية ضم و تنسيق بين مختلف الجماعات الموجودة في مجتمع واحد للحصول على مجتمع ذو وحدة متكاملة. و بمعنى آخر هو إزالة الحواجز بين المجموعات المختلفة للعيش و التكيف الاجتماعي بشكل متناغم و متضامن. فالاندماج الاجتماعي هو مجموعة الإجراءات و التدابير في مجتمع ما غايتها تسهيل انخراط فرد جديد في هذا المجتمع.

الدمج الاجتماعي للمعاقين:و تظهر أهمية الاندماج الاجتماعي أيضا بالنسبة للمعوقين،ذوي الحاجات الخاصة،الذين يجب دمجهم في المجتمع بطرق ايجابية و سليمة تعود بالنفع على الصحة النفسية و العقلية للمعاق و ذلك حسب نوع أعاقته إن كانت جسدية أو عقلية ، ففي الوقت الذي نرى فيه أن المجتمعات المتحضرة تفكر بالمعاقين و تؤمن لهم كل شيء بطريقة تساعدهم على تجاوز الإعاقة قدر الإمكان و التعايش معها فإننا ما نزال نلحظ أن بلدانا كثيرة تهملهم و لا تمكنهم من الاندماج بالمجتمع بشكل فعال فهم ما زالوا معزولين عن الانخراط بالمجتمع . (مثلاً المدرسة أو العمل) إن ما تقدمه الدولة من الخدمات العامة مثل المواصلات و الطرقات المعدة لمساعدة المقعد مثلاً من التحرك بكرسيه بسهولة أو الكفيف من عبور إشارة المرور بشكل صحيح ... أو وضع الطفل في صفوف دراسية عادية مع أطفال بعمره و مدرسين مؤهلين لذلك أو تهيئة أمكنة العمل لاستيعابهم و لو لساعات معينة و ضمن شروط و ظروف معينة تمكن المعاق من التفاعل مع الآخرين و المحيط بشكل عام . كما تقدم الدول المتحضرة الدعم النفسي و الاجتماعي للمعاق و لذويه .و تعمل على نشر الوعي بالمجتمع حول المعاقين و الإعاقة بشكل عام ، فحقوق المعاق تنطوي ضمن حقوق الإنسان .و من المهم تربية ثقة المعاق بنفسه و إشراكه في أنشطة و هوايات يحبها.

2-تعريف الدمج:

هناك العديد من التعريفات لعملية الدمج والدمج الشامل ولكن سأحاول عرض بعض التعريفات لمختصين في هذا المجال: الدمج عبارة عن أسلوب ونهج تربوي متبع في الحياة (حديثاً)، حيث يتم فيه دمج الأطفال أو الطلاب من ذوي الاحتياجات والمطالب الخاصة والذين تواجههم صعوبات في جهاز التربية والتعليم، وتتميز عملية الدمج التي نتحدث عنها بكونها عملية تربوية مشتركة للمتخلفين والعاديين.[1]

ويتفق السر طاوي مع نصر الله حيث عرف الدمج على أنه":دمج المعوقين في الفصل الدراسي العادي وذلك لأكثر وقت ممكن في البرنامج التعليمي والاجتماعي في المدرسة، حيث يتم تكييف البرنامج التعليمي في الفصل الدراسي العادي لمواكبة احتياجاتهم التعليمية المساندة والأسرة"

[1] - نصر الله،عمر: **الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على المجتمع** ،عمان: دار وائل للنشر **2002**.ص208

ويعرف العبد الجبار على أن: "هذا المصطلح يستخدم لوصف الترتيبات التعليمية عندما يكون جميع الطلاب بغض النظر عن نوع أو شدة الإعاقة التي يعانون منها، يدرسون في فصول مناسبة لأعمارهم مع أقرانهم العاديين في مدرسة الحي إلى أقصى حد ممكن مع توفير الدعم لهم في هذه المدارس".

نلاحظ هنا اتفاق التعريفات على أن الدمج هو دمج المعاقين مع الطلاب العاديين في المدارس العادية دمجاً شاملاً بغض النظر عن درجة إعاقتهم.

هو التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الأسوياء في الفصول العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل.

وهذا التعريف يرتبط بوجود الطالب في الصف الدراسي بالمدارس العادية لجزء من اليوم الدراسي، كما يرتبط بالاختلاط الاجتماعي المتكامل.

ومن خلال ذلك التعريف تتمكن جمعيات تنمية المجتمع المحلي أن تساهم في توفير عناصر أساسية تكون دعامة لتعليم وتأهيل المعاقين ذهنياً حيث وجود القاعات والفصول الدراسية، الملاعب والمسارح، ولا يخفي علينا أن جمعيات تنمية المجتمع تمتلك المقومات، ويمكن أن تحدث تكامل في عملية تقديم الخدمات بأكثر من وسيلة مثل.

1- توفير مقاعد دراسية داخل فصول التقوية بالجمعيات لاستيعاب المعاقين ذهنياً من الفئة المتوسطة والبسيطة القابلة للتعليم والتدريب.

2- اشتراك المعاقين ذهنياً وأسرهم في الرحلات التي تنظمها الجمعيات وتكون مجانية إذا لزم الأمر أو بسعر رمزي.

3- تدريب وتأهيل المعاقين ذهنياً على بعض المهن مثل أعمال التريكو والطباعة داخل مقر الجمعية والورش المحمية. [1]

4- تشغيل نسبة من المعاقين ذهنياً داخل الجمعية.

ومن خلال هذا تتمكن الجمعيات الأهلية من المساهمة في التكامل في عملية الرعاية وتكون دعامة أساسية في نجاح سياسة الدمج المجتمعي. [2]

3.شروط عملية الاندماج:

أ- إعداد وتدريب المدرسين المهرة: يجب العمل على تدريب المعلمين العاديين على العمل مع التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة،وينبغي توجيه برامج التدريب بحيث تناسب الاتجاهات الموجودة في توفير التربية، أي بالنظر إلي التربية المتكاملة والتأهيل في إطار المجتمع .ولعل من أهم ملامح هذا الإعداد والتدريب للمدرسين يتلخص في:

[1] - السر طاوي وآخرون ، **الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة**، العين:دار الكتاب الجامعي.**2000**ص53.

[2] - العبد الجبار،د.عبد العزيز."**ندوة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي** "البحرين**1998**، ص

1. تدريب المدرسين الأكفاء يعد أحد المفاتيح لنجاح البرنامج التعليمي الموجه للأشخاص شديدي ومتعددي الإعاقة، ومازالت هناك أمور كثيرة لم تكتمل بعد وتحتاج إلي نقل الخبرات من الدول المتقدمة إلى الدول النامية .

2. من الضروري أن يأخذ المدرسين في اعتبارهم مفهوم الحاجات التعليمية الخاصة أو النوعية للأطفال والمراهقين من المعاقين الذين يتم دمجهم في المدارس العادية، وأن يعمل المدرسون على تبين الفروق الفردية بين التلاميذ، ليس ببساطة كي نتقبل التباين بينهم، ولكن بهدف حشد أفضل الوسائل الممكنة للتعامل معهم، ولكي نبتكر الطرف لصقلهم بعيداً عن عزلتهم .

3. تشجيع برامج التدريب المفتوحة التي تعد المعلمين للتعامل مع الأطفال المصابين بأنواع مختلفة من الإعاقة، كما ينبغي التشجيع على توفير إمكانية التخصص للمعلمين في مجال واحد أو أكثر من المجالات المحددة للإعاقة.

4. أن تتضمن البرامج التدريبية لمدرسي المعاقين تدريباً نفسياً بهدف تنمية اتجاهات صحيحة نحو الأشخاص المعاقين، وتحقيق فهم أفضل للعجز والإعاقة بشكل عام.[1]

ب – تحديد الإعاقات القابلة للدمج.توفير الخدمات الطبية المناسبة للمعوق، والمنهج ومرونته، والمدرس وإعداد التعامل مع الطفل المعوق، والوسائل التعليمية الخاصة بالمعوق.

إعداد المناهج والبرامج التربوية من متطلبات الدمج ضرورة إعداد المناهج الدراسية والبرامج التربوية المناسبة التي تتيح للمعوقين فرص التعليم، وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والتربوية، ومهارات الحياة اليومية.

ج –اختيار مدرسة الدمج:تطلب عملية الدمج اختيار إحدى مدارس الحي أو المنطقة التعليمية لتكون مركزاً للدمج وفق شروط محددة وكثيرة منها قرب المدرسة، تعاون الآباء والمعلمين, توفير الخدمات والأنشطة التربوية، توفير بناء مدرسي مناسب.

د –إعداد الأسر وتهيئتهم.

ه –إعداد التلاميذ وتهيئتهم.

و –انتقاء الأطفال الصالحين للدمج[2].

[1] – الحسيني، علية حماد وآخرون:**دمج المعاق ذهنيا" بين النظرية والتطبيق**،الإصدار الثاني، مصر:الجمعية النسائية للتنمية بجامعة أسيوط **2005**.ص**46**

[2] - حيدر،رجاء". **متطلبات دمج المعوقين**"مجلة النور ،العدد **248**، سوريا/دمشق**2006**.ص05

4-أنواع عملية الاندماج:

أولا : الدمج التعليمي:ويعتبر شكلاً من أشكال الدمج الأكاديمي، حيث يلتحق الطلاب بالمدارس العامة ،وفيه يتم إلحاق الطلاب الأسوياء والمعاقين في صف دراسي مشترك وتحت برنامج أكاديمي موحد، يتلقى كلا الجانبين عملية التعليم فيه، ويتحقق ذلك من خلال إنشاء ملحقة الدمج بجمعيات تنمية المجتمع ويتم بهذا استقبال الطلاب الأسوياء والمعاقين على فترات لشرح أجزاء معينة من المحتوى الأكاديمي، وهذا يتطلب وجود كادر تنسيقي ناجح يستطيع التواصل مع المدارس والتنسيق معهم لاستقبال الطلاب بالجمعية.

ثانيا : الدمج الاجتماعي : يقصد به دمج المعاقين مع الأسوياء في السكن والعمل، ويمكن للجمعية أداء دورها في هذا المجال من خلال:

- الإعداد لرحلات للمعاقين ذهنياً والأسوياء.
- تدريب المعاقين ذهنياً داخل ورش الجمعية مع الأسوياء.
- محاولة الاستفادة من قدرات المعاقين ذهنياً قدر الإمكان في الجمعية ومشاركتهم الأنشطة المختلفة وفقاً لقدراتهم.
- عمل لقاءات ومحاضرات وندوات يساهم فيها المعاقين مثل: قص شريط الحفل – تقديم المشروبات للحضور – اشتراكهم في أعمال الضيافة بالجمعية – الإعلان عن حملات التبرع بالمال أثناء موسم الزكاة / إشراكهم في رحلات الأيتام وأنشطة دور الأيتام. كما يمكن إشراك المعاق ذهنياً في أعمال الخير التي تنفذها الجمعية مثل زيارة المرضى بالمستشفى وتقديم المساعدات لهم.

1.الدمج الكلي :ويضم هذا النوع الدمج التعليمي والاجتماعي معاً حيث نقوم بعملية دمج الطلاب المتخلفين في الإطار التعليمي والاجتماعي.

2.الدمج الاجتماعي :أن هذا النوع يعني أن الطلاب المتخلفين يتعلمون المهارات العلمية والمعرفية بصورة منفردة عن الطلاب العاديين ويتم الدمج الاجتماعي بينهم من خلال الأنشطة والفعاليات التربوية المشتركة فقط.

3.الدمج المهني: أن هذا النوع يهدف إلى قيام الطالب بتعلم قوانين وأنظمة العمل في المهن المختلفة والحياة خارج إطار المدرسة.

4.الدمج المكاني :يقصد بهذا الدمج اشتراك مؤسسة التربية الخاصة مع مدارس التربية العامة بالبناء المدرسي دون أن يكون أي اشتراك آخر. [1]

[1] - نصر الله،عمر: مرجع سابق: **213**

5.الدمج المجتمعي: يقصد به إعطاء المتخلفين والمعوقين الفرصة المناسبة للاندماج في جميع الفعاليات والأنشطة التي تحدث في المجتمع.

5-فوائد عملية الاندماج:

أما فيما يتعلق بفوائد الدمج للأطفال العاديين فإن الدراسات أثبتت أن التحصيل الدراسي لجميع الطلبة يرتفع في بيئة مدمجة وأن المخرجات التعليمية للجميع تكون أفضل بالإضافة إلى أن الدمج يساعد الطفل العادي على أن يتعود على تقبل الطفل المعاق ويشعر بالارتياح مع أشخاص مختلفين عنه. وأضافت أنه فيما يتعلق بفوائد الدمج على الآباء فانه يشعرهم بعدم عزل أبنائهم من ذوي الإعاقة عن المجتمع كما أنهم يتعلمون طرقا جديدة لتعليم الطفل، وفيما يتعلق بفوائد الدمج الأكاديمية فهي عديدة ومختلفة فالأطفال من ذوي الإعاقة في مواقف الدمج الشامل يحققون انجازا أكاديميا مقبولا بدرجة كبيرة في الكتابة وفهم اللغة أكثر مما يحققون في مدارس التربية الخاصة في نظام العزل[1] .

كما أن العمل مع الطفل ذي الإعاقة وفق نظام الدمج يعتبر فرصة للمعلم لزيادة الخبرات التعليمية والشخصية فالدمج يتيح الفرصة الكاملة للمعلم للاحتكاك بالطفل من ذوي الإعاقة.[2]

أشارت مريم الزيودي صاحبة دعوة" يدا بيد" لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية، في حملتها الإنسانية فوائد الدمج ومزاياه المتعددة منها أولا فوائد دمج الطفل من ذوي الإعاقة حيث أثبت أن دمج الأطفال من ذوي الإعاقة مع الأطفال العاديين لها آثار ايجابية على تحصيلهم العلمي ويزيد من ثقتهم بالنفس ويصبحون أكثر إدراكا لقدراتهم وإمكانياتهم في وقت مبكر ويشعرهم بانتمائهم للمجتمع، كما أن الطفل من ذوي الإعاقة في فصول الدمج يكتسب مهارات جديدة مما يجعله يتعلم مواجهة صعوبات الحياة ويكتسب فرصاً تعليمية مختلفة .

5-1.ايجابيات عملية الاندماج:

1. يعمل على التقليل من الفروق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال بصورة عامة.
2. يخلص الأطفال المتخلفين والمعوقين من الوصمة الاجتماعية.
3. يساعد الطفل المعاق على النمو والتطور المناسب أكاديمياً وتعليمياً واجتماعيا وانفعاليا وسلوكياً.
4. الدمج الصحيح يساعد الأطفال المعوقين على تحقيق ذاتهم ويزيد دافعيتهم نحو التعلم وتكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الآخرين.

---

[1] - عادل كمال خضر: **دراسة مقارنة لمفهوم الذات لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي والأطفال العاديين، قبل وبعد دمجهم معا في بعض الأنشطة المدرسية**. في مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد(23)1992م ص 86- 95.

[2] - الزيودي،مريم".(2007) **دعوة لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول العادية** "مجلة البيان، العدد9870، السنة الثامنة العشرون www.albayan.ae>

5. يعمل على تغيير اتجاهات الناس بصورة عامة واتجاهات الأسرة والمعلمين والطلاب بصورة خاصة وتوقعاتهم بالنسبة للأطفال المعاقين.

6. يعمل على مساعدة الأطفال العاديين والمعلمين في المدارس العامة العادية على التعرف عن قرب والتعامل المباشر مع الأطفال المعاقين.

7. يعمل على تخفيض الكلفة الاقتصادية التي تتطلبها خدمات التربية الخاصة في المؤسسات الخاصة .[1]

5-2.سلبيات عملية الاندماج:

1. من الممكن أن يؤدي الدمج إلى زيادة الفروق والبعد والرفض بين الأطفال المتخلفين والطلاب العاديين في المدرسة.

2. من الممكن أن تؤدي إلى حرمانهم من الاهتمام الفردي الخاص الذي يحظى به كل طفل في مراكز التربية الخاصة.

3. في بعض الأحيان يساعد الدمج على إثبات وتدعيم فكرة الفشل التي يشعر بها الأطفال المعاقين مما يؤدي على مستوى الدافعية لديهم للتعلم.

6-أنواع العلاقات الاجتماعية: ومن أهم أنواع العلاقات الاجتماعية ما يلي[2]:

1.6.العلاقات الاجتماعية الجوارية وهي **:**يعرف الأستاذ الفرنسي **"ديمون كوريت"** التجاور .. بأنه " إقامة السكان بعضهم قرب بعضه ، وهؤلاء السكان غالباً ما يتعاشرون ويتزاورون ويتعاونون فيما بينهم. "ويشترك الجيران بعضهم مع بعض في أفراحهم وأحزانهم ، لذلك اعتبرت علاقة الجار بجاره واجباً مقدساً لاسيما عند الشعوب العربية الإسلامية من خلال قيام الجار برعاية جاره في حالة غيابه وفي الوقت الحالي أصبحت علاقات الجوار قليلة جداً فقد لا يشاهد الجار جاره فترة طويلة بسبب الانشغال الدائم وكثر الالتزامات الاجتماعية سواء بالنسبة للمرأة أو الرجل.

2.6.العلاقات الاجتماعية الأسرية : يقصد بها تلك العلاقات التي تقوم بين أدوار الزوج والزوجة والأبناء ويقصد بها أيضاً طبيعة الاتصالات والتفاعلات التي تقع بين أعضاء الأسرة الذين يقيمون في منزل واحد ومن ذلك العلاقة التي تقع بين الزوج والزوجة وبين الأبناء أنفسهم . وتعتبر الأسرة الحضرية أسرة ممتدة وأبوية وتتميز بهيمنة الرجل على المرأة وكذلك الكبار على الصغار لذا يكون هنالك توزيع هرمي للسلطة وتكون السلطة في يد الرجل.

[1] - نصر الله، عمر:مرجع سابق،216.

[2] - صالح على أبو جادو : سيكولوجية التنشئة الإجتماعية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، ط3،2002،ص.61

ويلاحظ أن هناك تحولات أساسية بسبب التغيرات البنيوية في الأوساط الحضرية العربية من قيام الأسرة النووية وتحديد الاقتصاد والحرية والاستقلال من خلال هذا كله ندرك أن العلاقات الاجتماعية الأسرية تحتوي على ثلاث مجموعات من العلاقات[1].

6-2-1 العلاقات الاجتماعية بين الزوج والزوجة : ففي الماضي كان الأب هو الذي يرأس الأسرة ويصدر القرارات الخاصة بالمنزل ويعمل جاهداً في توفير الحاجات الأساسية للحياة الأسرية كما أن علاقة الزوجة بزوجها علاقة الطاعة والخضوع ويشتمل عمل المرأة على تربية أطفالهم ورعايتهم .

ومع التطور الذي حدث تقطعت تلك الصورة التقليدية بسبب التصنيع والتحضر وتبين مدى ذلك التغير الذي حدث من حيث:

*مساعدة الزوج لزوجته في الأعمال المنزلية . *الخلاف بين الزوجة والزوج.

* تحمل المرأة المسؤولية في حال غياب الزوج عن المنزل.

6-2-2 العلاقات بين الآباء والأبناء : أن الإنسان خصوصاً العربي ما زال محباً للأولاد فهو يفخر ويتباهى دائماً بكثرة الإنجاب وخاصة إذا كانوا ذكور . وإذا لم يرزق الشخص بولد ورزق ببنات فإنه يظل راغباً في إنجاب الذكور لأنه يعتبر الذكر مصدر اعتزاز . وهذا غالباً ما نجده ينطبق على مناطق كثيرة سواء كانت حضرية أو ريفية كما أنه يوجد تشابه بين الريف والحضر في الرغبة في كثرة الإنجاب وخاصة إنجاب الذكور ويفترض في العلاقات بين أعضاء الأسرة أن تقوم على التعاون والمودة.

6-2-3 العلاقات الاجتماعية بين الأبناء أنفسهم : أطفال الأسرة هم مواطنون يعيشون في عالم الصغار وفيه يتلقون مجموعة مختلفة من الخبرات خلال معيشتهم المشتركة . وتتميز العلاقات بين الأخوة بالإشباع والشمول كما تتسم بالصراحة والوضوح ومما تجدر الإشارة إليه أن مكانة الأبناء تختلف حسب تسلسلهم داخل الأسرة[2].

ومجمل القول أن الحياة الاجتماعية تنشأ عندما يتفاعل الأفراد فيما بينهم مكونين جماعات بشرية ينتج عنها مجموعة من العلاقات الاجتماعية والتفاعلات التي تعتبر المحور الأساسي في حياة البشر[3].وعن أهم صفات الكائن البشري وجود علاقات بينه وبين الآخرين ومن الأفضل تسميتها بالعلاقات البشرية بغض النظر عن كونها علاقات إيجابية أو سلبية وهي بالتالي تختلف عن مفهوم العلاقات الإنسانية والتي أصبح متعارف عليها بالعلاقات الإيجابية[4].ونرى أن الاتصالات المتعددة تقل في القرية عنها في المدينة ويقل نطاق نسق التفاعل في القرية بينما

[1]- صالح على أبو جادو المرجع السابق ، ص347.

[2]- القصير ، عبد القادر ، مرجع سابق ، دار النهضة بيروت 1999 م ، ص 216.

[3] - الخولي ، سناء : الأسرة والحياة العائلية ، دار النهضة ، عمان سنة1988 م ،، ص79.

[4]- منسي حسن: ديناميات الجماعة والتفاعل الصفي ، دار الكندي مصر سنة 1998، ص15.

يتسع في المدينة . ويتسم الريف بالاتصالات الأولية وتتسم العلاقات بالدوام ، بينما تكون فترة التفاعل قليلة نسبياً في الحضر[1].

ويتخذ التفاعل الاجتماعي صور وأساليب متعددة فقد يحدث هذا التفاعل بطريق مباشر أو غير مباشر بين عدد محدود من الأفراد أو عدد كبير . ويكون عن طريق استخدام الإشارة واللغة والإيماء في مصنع أو منزل أو بين أشخاص بينهم صلات قرابة أو جوار . ويأخذ التفاعل الاجتماعي أنماطاً مختلفة تتمثل في التعاون والتكيف والمنافسة والصراع والقهر . وحينما تستقر أنماط التفاعل وتأخذ اشكالاً منتظمة فإنها تتحول إلى علاقات اجتماعية كعلاقات الأبوة والأخوة والزمالة والسيادة والخضوع والسيطرة . وقد جرت العادة بين العلماء على التفرقة بين العلاقات المؤقتة والعلاقات الدائمة من حيث درجة الثبات والانتظام والاستقرار فيطلقون على الأولى منها اصطلاح العمليات الاجتماعية بينما يطلقون على الثانية اصطلاح العلاقات الاجتماعية وهذا يعني أن العملية الاجتماعية ما هي إلا علاقة اجتماعية في مرحلة التكوين فإذا ما استقرت وتبلورت وأخذت شكلاً محدد تحولت إلى علاقة اجتماعية وبذلك يكون الفرق بين العملية والعلاقة الاجتماعية مجرد فرق في الدرجة وليس في النوع[2].

7- أهمية دراسة دينامكية الجماعة :

إن أهمية دراسة دينامكية الجماعة تتم في فهم العوامل المؤثرة فيها ، و التي يمكن استخدامها الاستخدام الأمثل للتأثير على الجماعة . لتحقيق الأهداف الاجتماعية المبتغاة و عموما يمكن أن تحدد في نقاط حسب د/عبد الحميد عبد المحسن :

1) من خلال التفاعل الدينامكي في الجماعة يمكن اكتشاف قدرات و إمكانيات أعضائها كما تتم عملية اكتساب أو تعديل خصائصهم الاجتماعية .
2) معرفة أهم القوى و العوامل التي يمكن أن يكون لها تأثير على نمو الجماعة و توجيه القوى بما تحقق للجماعة النمو السوي.
3) اكتشاف القيادات داخل الجماعة و العمل تدريبها و تنميتها.
4) التعرف على أنماط الإيصال الرسمية و غير الرسمية.
5) مساعدة الأعضاء على إشباع حاجاتهم من خلال توجيه التفاعل الجماعي .
6) التعرف على احتياجات ومشكلات الجماعة و كذا قدرتها على مواجهة المواقف التي تمر بها
7) مساعدة الجماعة على تعديل أهدافها و برامجها و نظمها[3].

[1] – غريب محمد سيد أحمد : علم الاجتماع الريفي ، دار المعرفة الجامعية سنة 1988 م ،ص 114.

[2] – فهمي نهى : العلاقات القرابية في المجتمع المحلي والحضري ، دراسة وصفية سنة 1998، ص19.

[3]– عبد الحميد عبد المحسن:المدخل في العمل مع الجماعات،دار الثقافة للنشر، عمان، الأردن سنة1990،ص171.

8- ديناميكية الجماعة (التعريف و الطبيعة) :

نسمي (جماعة) "مجموعة مبنية من الأفراد و موجهة نفس الهدف ، وهذه الجماعة تعرف من التفاعلات و الروابط بين أفرادها ، و ينتج منها وحدة الجماعة ووعي الأفراد بانتمائهم لهذه الجماعة" .في حين يرى "**ايدوارد لامبر**" أن الجماعة عبارة عن" جملة أفراد صغيرة نسبيا ،تحوى أشخاص تجمعهم أهداف مشتركة واعية و محددة و محفزة لما لها من ارتباط القيم بهم و بتوقعاتهم ،كما تجمعهم علاقات عميقة و متماثلة، دون ادني تحيز ، ولا رفض لبعض الأفراد المنتسبين للجماعة دون نسي عامل العشرة، التراث المشترك و الانتماء لنفس الماضي ، بتاريخه ومغامراته وذكرياته "[1].

يستخدم مصطلح "ديناميكية "على العمليات التي تتم في الجماعات و نتائج هذه العمليات كما تطلق بالتحديد في التجريب على الجماعات بالأسلوب الذي بدأه **كريت لوين:**"أي جماعة هي ديناميكية لأنها في حركة دائمة،و تغير مستمر،كما أنها قد تتعرض للنمو أو الاضمحلال"[2].

كما يعرف الدكتور **عبد العزيز سلامة** (علم النفس الاجتماعي)، دينامكية الجماعة على أنها ذلك الفرع من العلوم الإنسانية الذي يهتم بالدراسة العلمية المنظمة للجماعة و تكوينها ، و نموها ، نشاطها وإنتاجها ، و التفاعلات القائمة بين أفرادها بغية الوصول إلى القوانين العلمية لتنظيم هذه الجوانب تطبيقا و عمليا لتحسين مستوى الجماعة و رفاهية المجتمع .

ونضيف تعريفا لديناميكية الجماعة من مؤسسها "**هوكارت لوين**"(**1945**) ، وهو صاحب تيار فكري أثر كثيرا في سيكولوجية الجماعات المصغرة ، حيث يرى أن " التفاعلات بين الأفراد تلعب أساس التأثيرات الاجتماعية ، و سلوك الفرد ينتج من علاقته بمحيطه ، التي هي علاقة ايجابية أو سلبية ، فديناميكية الجماعة مؤسسة على فكرة تداخل الأفراد في الجماعة ، و البحث في ديناميكية الجماعة يتطور فيما بعد من طرف علماء النفس الذين يرون أن الجماعة عبارة عن مخبر أين تؤسس عناصر البناء الاجتماعي "[3].

ويرى الدكتور"**حامد عبد السلام زهران**" أنها في جوهرها تعني دراسة التفاعل مضافا إليه عنصر التغير.كما يؤكد **بالز (BALES) –** ضرورة النظر إلى الجماعات الصغيرة كنظم اجتماعية مصغرة تحدد الطريق لدراسة المجتمع الكبير ، أما العالم **"كولي" (COOLEY)** فيرى أن للوحدات الرئيسية للمجتمع هي التي تتبادل أفرادها التأثير وجها لوجه ، وان الجماعات الصغيرة هي التي تلعب الدور الرئيسي في النشأة الاجتماعية و تكون التغيير، و الذي تمتد إلى المهارات و الميول و الاهتمامات و الاتجاهات و سمات الشخصية من خلال التفاعل و عن طريقه.

[1] Limbos Edward,les problèmes humains dans les graoupes,PARIS ,librairies tecniques,1980,p 08

[2] – سعد جلال:علم النفس الاجتماعي الاتجاهات التطبيقية المعاصرة ، منشأة المعارف بالإسكندرية، دون تاريخ ، ص 207.

[3] -سعد جلال: مرجع سابق ، ص 207.

9-أدوات وأدوار الأخصائي الاجتماعي في ضوء عملية الاندماج:

يعتبر الأخصائي الاجتماعي هو المنشط الفعال في أداء الجمعيات الأهلية لدورها في الوقاية من الإعاقة الذهنية وعملية العلاج أيضاً ويمكن للأخصائي الاجتماعي أن يربط عملية الدمج بالدور والأداة .. وذلك من خلال الآتي:

1- تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً وفقاً للسجلات والإحصائيات الموجودة. مثال: حصول الأخصائي على معلومات بخصوص وجود هروب وعزوف مجتمعي من الأهالي عن عدم المشاركة في مخيمات المعاقين التي ترعاها الجمعية.

2- تحديد الأدوار والأدوات والفترة الزمنية لعملية التدخل المهني تجاه تلك القضية. ويمكن التعامل مع هذه المشكلة المجتمعية كالتالي:

أ- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتنظيم وإعداد مناقشات مع المجتمع يحاول بها العمل كخبير، يجمع معلومات عن الإعاقة ويقدمها لهم في وسائل عرض، ويكون حريصا على دعوة أعضاء الجمعية الذين ليس لديهم أبناء معوقين حتى يحاول أن يخفف من وطأة الإعاقة ويولد تعاطف مجتمعي ويكون الحضور مشتركاً.

ب- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتنظيم زيارات للقيادات الشعبية داخل المحافظة والتي لها فاعلية في اتخاذ القرار بمشاركة أولياء أمور المعاقين ذهنياً وبعض المعاقين من حالات الداون الخفيف والإعاقة المتوسطة ويعرض مشكلاتهم ، حيث من الممكن أن يعمل الأخصائي على تدعيم العلاقة مع مدارس التعليم العام ، ونجد أن الأخصائي يلجأ للعلاقات العامة كأداة وكوسيلة من خلال دوره في العمل مع الجماعات، حيث الحصول على خدمات مع منظمات وتنسيق الجهود مع الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والغير مختصة. [1]

ج- الأخصائي الاجتماعي في تعامله مع قضية الإعاقة الذهنية يستخدم نتاج دوره، مما يمكنه من تفعيل مشاعر المجتمع والآراء حول الإعاقة من خلال وسائل العرض مثلا على حائط في مقر الجمعية – لافتات توزع على المدارس والمساجد والأندية .

9-بعض النماذج المطبقة لعملية الاندماج:

1- الولايات المتحدة الأمريكية: ظهر الاتجاه نحو إستراتيجية الدمج كنتيجة لمطالبة أولياء أمور التلاميذ المعاقين كجماعات ضغط تطالب بحق تعليم أبنائهم في مدارس الأسوياء. وبناءاً عليه قامت الدولة بالسعي لتنفيذ استراتيجيات للدمج من خلال برامج الدمج **mainstreaming** وتضم دراسة لبعض الوقت في الفصول العادية وأخرى في غرف المصادر بالمدرسة ويقوم برعايتهم معلم التربية الخاصة أثناء وجودهم في غرفة المصادر أو دراسة كل الوقت في فصول عادية مع متابعة وتوجيه من معلم التربية الخاصة عن كيفية إعداد

[1]-Mucchh eilli .R ,La dynamique des groupes ,E.S.F Paris,1980,p 05

الفصول العادية للدمج والتكامل أو الحصول على المصادر اللازمة لتعليمهم، ودراسة كل الوقت في مـــدارس التعليم العادي مع وجود خدمات خاصة في حدود ضيقة من معلم التربية الخاصة.

2- بريطانيا (المملكة المتحدة): توفر الحكومة البريطانية تعليماً إلزامياً للمعاقين من سن الخامسة حتى السادسة عشر، ويتعلم الأطفال المعاقين بالمدارس العادية مادامت هذه المدارس تستطيع سد احتياجاتهم، فهناك أطفـــال يدرسون في الفصول العادية مع مساعدة شخصية، وأطفال ينتظمون في فصول خاصة داخل المدارس العاديـــة، وآخرون يدرسون بمدارس خاصة منفصلة، ويجد كل طفل التسهيلات التعليمية المناسبة مـــع طبيعـــة إعاقتـــه ومستواه، وبذلك يحقق تقرير **Mary Warnock** تربية المعاقين في ظل النظام الدمجي بـــثلاث أســـاليب إدماج جغرافي وإدماج اجتماعي وإدماج وظيفي.[1]

3- ألمانيا: أنشأت شبكة واسعة من المراكز الاستشارية التي تتناول التعليم الخاص بالأطفال المعاقين وذلك من أجل التعرف المبكر عليهم للتمكن من تقديم الخدمات التربوية على الوجه الأكمل، ويتكامل المعاقين مع المجتمع على أساس برنامج حكومي شامل يقدم لهم إجراءات تنسيقية في مجالات مختلفة من الحياة الاجتماعية وخاصـــة في مجال التعليم والصحة العامة والثقافة والعمل، ويتم ذلك من خلال النظام الدمجي الكامل أو حسب ظروف الإعاقة ودرجتها.

[1] - أعداد من مجلة المنال (**منشورات من مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية**) دولة الإمارات المتحدة.

خلاصة:

بشكل عام يمكن القول أن عملية الاندماج الاجتماعي ترتبط بالتنشئة الاجتماعية التي تعتبر عملية تعلم و تعليم و تربية مستمرة، قائمة على التفاعل الاجتماعي ،هدفها إكساب الفرد السلوك و المعايير و الاتجاهات المناسبة لتمكينه من أداء ادوار اجتماعية معينة، و لتؤهله للتوافق الاجتماعي مع محيطه، و لتساعده على الاندماج في الحياة الاجتماعية ليغدو فردا فاعلا في المجتمع ، و إن نمط التنشئة الاجتماعية التي يمر بها الأفراد منذ بداية حياتهم و خلال كل مؤسسات التنشئة الاجتماعية المحيطة بهم يؤثر بشخصيتهم و طرق اندماجهم في المجتمع و المجتمعات الأخرى التي يوجدون بها في أي مرحلة من مراحل أعمارهم.

الفصل الثالث

المصابين بالتوحد 6-12سنة

تمهيد :

التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات [1].

وحتى نفهم خلفيات هذا الاضطراب فلنعرج سريعاً على تاريخ هذا الاضطراب لأن معرفة التاريخ التطوري لاضطراب التوحد يعطينا فهماً أكثر شمولية لبداية ظهور الاضطراب واكتشافه والمراحل التي مر بها وخصائص كل مرحلة وكذلك ما توصلت إليه البحوث والدراسات في محاولاتها للإلمام بكافة جوانب هذا الاضطراب.

[1] (مجلة المنال ع 193 ابريل 2005م السنة 18 ،20)

1- تعريف التوحد :

1-1 التعريف اللغوي:كلمة التوحد بالفرنسية هي Autisme مستمدة من اللغة اليونانية AUTOS بمعنى ذاتيautos وبمعنى موضع أو موقع .فبجمع الجزئين ismos ismos تصبحautisme بالانجليزية .وبالعربية ذاتي الموقع .[1]

تشير كلمة التوحد في autisme معجم مصطلحات علم النفس إلى الفرد الذي يعيش مع أفكاره ويجترها لوحده.[2]

– معنى كلمة التوحد حسب ويليم خولي هي الانغلاق عن الذات والانطواء .والشخص التوحدي هو الذي يوجد لنفسه لذاته في عالمه الداخلي.

–التوحد هو الاجترار كان يجتر (المريض التوحدي) أفكاره الداخلية بدلا من أم توجه الحقائق الخارجية أفكاره .[3]

هناك عدة مصطلحات دالة على التوحد:

الذاتوية الطفيلية، الانشغال بالذات، الاجترار، التمركز الذاتي، الانغلاق الطفولي، الانغلاق النفسي، الاوتيزم، التوحدية.

1-2 التعريف الاصطلاحي:هناك عدة تعريفات للتوحد وهي كالآتي حسب التسلسل الزمني:

تعريف ليوكانر : 1943 التوحد حالة من العزلة و الانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال مع الآخرين والتعامل معهم .ويتميز الطفل التوحدي عن المتخلف عقليا بالقصور اللغوي الحاد وعدم الوعي بالآخرين.[4]

تعريف كريك : 1961 هو اضطراب يصيب الأطفال في سن الثالثة من العمر ويؤدي إلى قصور في الوظائف المعرفية والإدراكية واللغوية ومقاومة التعبير.

تعريف عبد المنعم حنفي 1978 :التوحد هو الانشغال بالذات وهو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي.[5]

---

[1] – رائد خليل العبادي، التوحد ،ط1 ، الصفاء :عمان 2006 ،ص12.

[2] - Djabri lamia, dictionnaire l'exique des termes psychologiques .Algérie .2006 p23

[3] – إبراهيم محمود بدر، الطفل التوحدي، ط 1 ، الانجلومصرية، القاهرة، 2004 ،ص20 .

[4] – رائد خليل العبادي، التوحد ،ط 1 ، المجمع العربي، عمان ، 2006 ص13 .

[5] – ماجد السيد علي عمارة، إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص القلق ،ط1 ، زهراء الشرق :القاهرة ، ص14

تعريف الجمعية القومية للأطفال التوحديين 1978: اضطراب تظهر أعراضه قبل ثلاثين شهر من عمر الطفل يمس اضطراب في سرعة النمو والاستجابة الحسية للمثيرات واضطراب في اللغة والكلام والسعة المعرقبة، كذلك في التعلق والانتماء للناس والأحداث.[1] ويضيف محمد شعلان 1978 الذهان الذاتوي أو الذاتوية الطفيلية المبكرة هما تسميتان للتوحد.

تعريف اورنتيزORNTIZ-1989 :التوحد احد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو ايضية أو علامات جينية.[2] .

تعريف ماريكا 1990 :هو مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس، والاستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الانتباه والتواصل، وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلا عن وجود فرط في النشاط الحركي.[3]

تعريف Coleman وGillber1992: التوحد أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة مصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء وتتسم بشذوذ التفاعل الاجتماعي والاتصال الشاذ.[4]

APAتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي العام1994 : التوحد اضطراب نهائي يتميز بتلف واضح وواسع النطاق في القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي وقصور واضح في النشاطات والاهتمامات.

تعريف جمعية التوحديين الأمريكيةASA 1994: التوحد عجز وإعاقة تستمر مدى الحياة تظهر نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر في المخ ووظائفه، ومعدله عند الذكور أربعة أضعاف عند الإناث، وهو منتشر عبر أنحاء العالم،ولا توجد عوامل في البيئة السيكولوجية للطفل تبدو أنها تسبب التوحد.

تعريف إسماعيل بدر وعبد المنان معمور : 1997 يتبنى عبد المنان معمور التعريف الذي قدمته ماريكا . ويضيف إسماعيل بدر إلى أن التوحد يتميز بعدم قدرة الطفل على فهم التغييرات الانفعالية وظهور سلوكيات نمطية .

[1] – إبراهيم محمود بدر، الطفل التوحدي ،ط 1 ، الانجلو مصرية :القاهرة ، 2004 ص21

[2] – نايف بن عابد إبراهيم، قائمة تقدير السلوك التوحدي ،ط1 ، دار الفكر:عمان، 2007 ص17

[3] – عادل عبد الله، الأطفال التوحديين، ط1 ،دار الرماد :القاهرة ، 2002 ص36

[4] – محمد السيد عبد الرحمان، منى خليفة علي حسن، رعاية الأطفال التوحديين ،ط 1 السحاب :القاهرة، 2005 ص17

تعريف روث سوليفان : 1998 وهو أول رئيس للجمعية الأمريكية لإعاقة التوحد. يعرف التوحد بقوله "اضطراب شديد في التواصل والسلوك وانه نوع من العجز يستمر مدى الحياة ويظهر خلال الثلاث سنوات الأولى.[1]

تعريف مؤتمر التوحد الذي عقد في انجلترا : 1999 التوحد اضطراب نمو طويل المدى تؤثر على الأفراد طيلة حياتهم .وتتمركز الخسائر التي تأتي من الاضطراب في الآتي:

-فقدان في العلاقات الاجتماعية وسائر الاتصالات اللفظية وغير اللفظية.

-فقدان في رؤية الطفل للعالم من حوله.

-مشاكل في التعلم، الإدراك، التخيل، اللعب[2].

في سنة 2000 م وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي وتشخيص الاضطرابات العقلية جملة من خصائص الطفل التوحدي.

تعريف مجلس البحث الوطني الأمريكي : 2001 التوحد طيف من الاضطرابات المتنوعة في الشدة، الأعراض، عمر الإصابة وعلاقته بالاضطرابات الأخرى (التخلف العقلي، الصرع...) ، تتنوع أعراضه بين الحالات وبين الحالة نفسها مع مرور الزمن .لكن هناك تشابه قوي في العيوب الاجتماعية.[3]

تعريف كابون : 2003 لخص تعريفه من خلال ثلاث مستويات مختلفة ومعتمدة على بعضها البعض في آن واحد :التوحد اضطراب عصبي يرتبط بنمو المخ، اضطراب نفسي يشمل النمو المعرفي والانفعالي والسلوكي، وباعتبار الاضطراب في العلاقة يفصح عن فشل في التطبيع الاجتماعي الطبيعي .[4]

2-تعريف لاضطراب التوحد:

التوحد هو اضطراب نمائي عصبي لا عقلي، يصيب الطفل في سن الثالثة من عمره سببه خلل في المخ الناتج عن أسباب جينية لم تكتشف بعد .يؤدي هذا الخلل إلى قصور في النمو المعرفي والانفعالي والحسي واللغوي فيجعل منه اضطراب نفسي .كما يؤدي إلى خلل في التواصل الاجتماعي والميل إلى العزلة، وقصور في اللعب الرمزي والجماعي مع وجود سلوكات نمطية متكررة، وهذا بدوره يجعل منه إعاقة اجتماعية تواصلية.

[1] - عادل عبد الله، الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية و برامجية ،ط1 ، الرشاد :القاهرة ، 2005 ص15

[2] - نايف بن عابد بن ابراهيم الزارع، قائمة تقدير السلوك التوحدي ،ط1 ، الفكر: عمان 2005 ص18

[3] - رائد خليل العبادي، التوحد ،ط1 ، الصفاء :عمان ، 2006 ص11

[4] - إبراهيم محمود بدر، الطفل التوحدي ،ط1 ، مكتبة الانجلو مصرية :القاهرة ، 2004 ،ص23.

نسبة الإصابة به عند الذكور أربعة أضعاف عند الإناث لكن بشدة اقل، وهو منتشر عبر أنحاء العالم، حيث نادرا ما نجد حالتين متشابهتين تماما .ليس له علاج شافي تماما لهولكن محاولات علاجية أعطت تحسن ايجابي.

تعريف للطفل التوحدي:هو ذلك الطفل المعاق في مجال استقبال المعلومات وترجمتها وتوصيلها إلى الآخرين، فهو المنسحب اجتماعيا، والمضطرب لغويا ومعرفيا وإدراكيا، المحب للروتين المقاوم للتغيير، المتميز بالسلوكات النمطية المتكررة قد نجده خاملا وقد نجده ذا فرط حركة.

3-معدل انتشار التوحد:

تشير أحدث التقديرات:(20)حالة توحد بين كل (10,000) حالة ولادة.

يزيد معدل انتشار التوحد بين الأطفال الذكور عن الإناث بنسبة 1.4

في السعودية ما يزيد على (100,000) حالة توحد.[1]

التوحد في عُمان تبلغ 1.4 من كل 10 آلاف طفل (2012)

يمكن تفسير ازدياد عدد حالات التوحد في الدول المختلفة بأكثر من عامل، وهي:

- اتساع حدود تعريف التوحد.
- القانون الملزم بالإقرار والتصريح عن وجود توحد.
- تحسن أدوات التقييم ومهارة وخبرة الأخصائيين.
- ازدياد الوعي والإدراك في الموضوع .

وبالرغم من عدم وجود علاج شاف للتوحد حتى الآن، إلا أن العلاج المكثف والمبكر قدر الإمكان، يمكنه أن يحدث تغييرا ملحوظا وجديا في حياة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب .

لم تحدد بعد أسباب ظهور التوحد، وهناك تفسيرات ونظريات عديدة بحثت علميا، في دراسات حديثة تبين ان خلل في العوامل الوراثية في عدة جينات عند الطفل هو السبب في الإصابة بالتوحد.

كانت هناك الكثير من الفرضيات والأبحاث التي أجريت في المجال، و لم يتم التعرف بشكل قاطع للآن على سبب ظهور التوحد.

4-أعراض التوحد:

الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون أيضا وبصورة شبه مؤكدة، من صعوبات في ثلاث مجالات تطورية أساسية، هي: العلاقات الاجتماعية المتبادلة، اللغة، والسلوك، ونظرا لاختلاف علامات وأعراض التوحد من طفل إلى آخر، فمن المرجح أن يتصرف كل واحد من طفلين مختلفين، مع نفس التشخيص الطبي بطرق مختلفة جدا، وان تكون لدى كل منهما مهارات مختلفة كليا.

[1]- حسب دراسة أعدت بواسطة المشروع الوطني مولتها مدينة الملك عبد العزيز 2008.

التوحد كما هو معروف، اضطراب نمائي يصيب الطفل في السنة الثالثة من العمر ويظهر من خلال الأعراض التالية :

1. الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث، أو عدم القدرة على استخدام ما تعلمه من اللغة أو ما هو موجود لديه أصلا للتواصل الطبيعي مع الآخرين.
2. استجابات غير طبيعية تجاه الأصوات.
3. صعوبات في فهم الأشياء المرئية.
4. صعوبات في فهم الإيماءات الجسدية .
5. استخدام حاسة اللمس والتذوق والشم لإكتشاف البيئة .
6. العزلة والانسحاب الاجتماعي
7. مقاومة التغيير
8. حركات جسديه غير مألوفة
9. مخاوف خاصة .
10. إظهار سلوكيات محرجة اجتماعيا .
11. عدم القدرة على اللعب مع الأطفال الآخرين وضعف اللعب التخيلي

وتظهر علامات التوحد لدى غالبية الأطفال في سن الرضاعة، بينما قد ينشأ أطفال آخرون ويتطورون بصورة طبيعية تماما خلال الأشهر، أو السنوات الأولى من حياتهم، لكنهم يظهرون فجأة أعراض مختلفة من أعراض التوحد .

في السنوات الأخيرة يتم التعرف على أطفال التوحد بجيل مبكر نسبيا، وهناك اطر مختلفة تعمل مع الطفل منذ تلقيه التشخيص .

وبالرغم من أن كل طفل يعاني من التوحد يظهر طباعا وأنماطا خاصة به، إلا أن المميزات التالية هي الأكثر شيوعا لهذا النوع من الاضطراب :[1]

1.4.المهارات الاجتماعية:

- لا يستجيب لمناداة اسمه.
- لا يكثر من الاتصال البصري المباشر.
- غالبا ما يبدو انه لا يسمع محدثه.
- يرفض العناق، أو ينكمش على نفسه، يبادر بالعناق بشكل غير مقبول اجتماعيا.
- يبدو انه لا يدرك مشاعر وأحاسيس الآخرين.

[1] – إبراهيم محمود بدر، الطفل التوحدي ، الانجلو مصرية: القاهرة ط1 ،2004 ص2 .

- يبدو انه يحب أن يلعب لوحده، ولديه القدرة على البقاء لفترات طويلة لوحده.
- يتصعب في إدراك الأعراف الاجتماعية، والسلوكيات الاجتماعية المختلفة.
- يجد صعوبة في فهم معنى الـــ"أنا" والـــ"آخر"، وإدراك الفروقات العاطفية والشخصية بينهم.

2.4.المهارات اللغوية:

- يبدأ بالكلام (نطق الكلمات) في سن متأخرة، مقارنة بالأطفال الآخرين.
- يفقد القدرة على قول كلمات أو جمل معينة كان يعرفها في السابق.
- عادة ما يقيم اتصالا بصريا حينما يريد شيئا ما لغرض الطلب.
- يتحدث بصوت غريب، أو بنبرات وإيقاعات مختلفة، يتكلم باستعمال صوت غنائي، وتيري، أو بصوت يشبه صوت الإنسان الآلي (الروبوت)
- لا يستطيع المبادرة إلى محادثة، أو الاستمرار في محادثة قائمة.
- قد يكرر كلمات، عبارات أو مصطلحات، لكنه لا يعرف كيفية استعمالها.

3.4.السلوك:

- ينفذ حركات متكررة، مثل: الهزاز، الدوران في دوائر أو التلويح باليدين.
- ينمي عادات وطقوسا يكررها دائما.
- يفقد سكينته لدى حصول أي تغير، حتى التغيير الأبسط أو الأصغر، في هذه العادات أو في الطقوس.
- دائم الحركة.
- يصاب بالذهول والانبهار من أجزاء معينة من الأغراض، مثل دوران عجل في سيارة لعبة.
- شديد الحساسية بشكل مبالغ فيه للضوء، للصوت، أو للمس، لكنه غير قادر على الإحساس بالألم.

ويعاني الأطفال صغار السن الذين يصابون بالتوحد من صعوبات عندما يطلب منهم مشاركة تجاربهم مع الآخرين، وعند قراءة قصة لهم. على سبيل المثال، لا يستطيعون التأشير بإصبعهم على الصور في الكتاب، هذه المهارة الاجتماعية، التي تتطور في سن مبكرة جدا، ضرورية لتطوير مهارات لغوية واجتماعية في مرحلة لاحقة من النمو.

وكلما تقدم الأطفال المصابون بالتوحد في السن نحو مرحلة البلوغ، يمكن أن يصبح جزء منهم أكثر قدرة واستعدادا على الاختلاط والاندماج في البيئة الاجتماعية المحيطة، ومن الممكن أن يظهروا اضطرابات سلوكية اقل من تلك التي تميز ظاهرة التوحد، حتى أن بعضهم، وخاصة أولئك منهم ذوي الاضطرابات الأقل حدة وخطورة، ينجح في نهاية المطاف في عيش حياة عادية أو نمط حياة قريبا من العادي والطبيعي . وفي المقابل،[1] تستمر لدى آخرين الصعوبات في المهارات اللغوية، وفي العلاقات الاجتماعية المتبادلة، حتى أن بلوغهم يزيد

[1] – إبراهيم محمود بدر:مرجع سابق ،ص 4.

مشاكلهم السلوكية سوءا وترديا.

قسم من الأطفال المصابين بالتوحد بطيئون في تعلم معلومات ومهارات جديدة، ويتمتع آخرون منهم بنسبة ذكاء طبيعية، أو حتى أعلى من أشخاص آخرين عاديين، هؤلاء الأطفال يتعلمون بسرعة، لكنهم يعانون من مشاكل في الاتصال، في تطبيق أمور تعلموها في حياتهم اليومية، وفي ملائمة وأقلمة أنفسهم للأوضاع والحالات الاجتماعية المتغيرة.

قسم ضئيل من الأطفال الذين يعانون من التوحد هم مثقفون ذاتيون، وتتوفر لديهم مهارات استثنائية فريدة، تتركز بشكل خاص في مجال معين، مثل: الفن، الرياضيات،أو الموسيقى . وقد أثبتت الأبحاث أن التدخل المبكر في علاج أعراض التوحد يساعد بشكل كبير على تطوير وتنمية قدرات الطفل، وتلقينه وإكسابه مهارات مختلفة التي تخفف من حدة أعراض التوحد.

5-الأعراض السلوكية الشائعة للتوحد:

إن الطفل المصاب بالتوحد هو طفل تصعب إدارته وذلك بسبب سلوكياته ذات التحدي وبالرغم من هذا فإن السلوكيات الصعبة التي يبديها الطفل ألتوحدي هي عقبة ثانوية للتوحد ، و التوحد ليس فقط مجموعة من السلوكيات العديمة الهدف والغريبة والشاذة والفوضوية ولكنه مجموعة من نواقص خطيرة تجعل الطفل قلقـــلا ، غاضبا ، محبطا مربكا ، خائفا ومفرط الحساسية ، وتحدث السلوكيات الصعبة لأنها هي الطريق الوحيدة الـــتي يستجيب عبرها الطفل للأحاسيس الغير السارة وهي نفس النواقص التي تجعل تلك الأحاسيس تمنع الطفل أيضا من التعبير والتعامل معها بطريقة مناسبة . وتحدث السلوكيات بسبب إن الطفل يحاول إيصال رســـالة مـــا إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشاذة ليصل إلى احتياجاته ورغباته أو بما يحسه وما يطلبه من تغيير فيمـــا حوله أو كطريقة للمسايرة والتعامل مع الإحباط . وتتلخص بعض هذه السلوكيات في- :

- مقاومة التغير
- السلوك الاستحواذي والنمطي .
- السلوك العدواني وإيذاء الذات.
- سلوك العزلة والمقاطعة .
- نوبات الغضب .
- المناورة مع الأفراد والبيئة المحيطة .
- الضحك والقهقهة دون سبب .
- الاستثارة الذاتية.
- عدم إدراك المخاطر.[1]

[1] – محمد علي كامل، الاوتيزم ، مركز الإسكندرية : الإسكندرية ، 2003 ص09

6-أعراض اضطراب التوحد :

هي عبارة عن مجموعة من الخصائص التي يتميز بها الطفل التوحدي، وعادة لا 30 شهرا . وسنجد في كل جانب من جوانب - يمكن التعرف عليها بشكل واضح حتى سن 24 القصور النمائي عدة احتمالات وذلك لعدم تشابه حالات التوحد تماما.[1]

6-1الأعراض السلوكية :هذه الخصائص هي متباينة من طفل توحدي إلى آخر حسب الشدة وأسلوب التصرف.

- يرى روث سوليفان 1998 أن الطفل التوحدي يعيش الوحدة الشديدة والعزلة والانغلاق على النفس الذي يؤدي به إلى القصور الشديد في الكلام أو فقدان القدرة تماما.
- خوف لأسباب بسيطة أو دون سبب.
- النظر من خلال الناس (وراءهم) وتجنب النظر في العيون.
- فرط في الحركة أو خمول وكسل.[2]
- قصور في الحس(خلع الشعر دون الإحساس بالألم، الوقوف على الثلج).
- الإيذاء الذاتي لدى بعضهم(العض، ضرب الرأس) وقد يكون إيذاء الغير.
- 65 %من التوحديين الأطفال لا يستخدمون اليد اليمنى.
- استجابات وردود أفعال غير متجانسة لمثيرات إدراكية عادية(الضحك عند بكاء،شخص، الهلع من شيء بسيط).
- حركات بدنية غريبة مثل :هز الرأس أو رفرفة اليدين.
- 25 %من الحالات يصابون بالصرع عند البلوغ.
- قد يبرع البعض منهم في بعض الأشياء مثل :اللعب بالألغاز، التعرف على الأرقام،عزف الموسيقى، الرسم.
- الاستخدام الغير مناسب للعب والأشياء وحد الروتين.[3]

6-2الأعراض اللغوية :يتفاوت القصور اللغوي من طفل إلى آخر.

- قد يستخدم الطفل كلمات بشكل مختلف، مرتبطة بمعان غير معتادة.

[1] - إبراهيم محمود بدر:مرجع سابق ،ص 10.

[2] - نايف بن عابد إبراهيم الزارع، قائمة تقدير السلوك التوحدي ،ط 1 ، دار الفكر :عمان، 2005 ص2 .

[3] - هانه مور تميز، الصعوبات الناجمة عن التوحد ترجمة خالد توفيق، ط 1 ، دار هلا :القاهرة، 2005 ص2 .

- هناك % 40 من الأطفال التوحديين لا يتكلمون على الإطلاق والبعض منهم يرددون ما يسمعون
- هناك بعض الأطفال التوحديين يهمسون عند الكلام، ومنهم من يتحرون بعض الكلمات.
- قد يتحدث الطفل التوحدي كثيرا عن موضوعات شيقة بالنسبة له.[2]
- الكثير من الأطفال التوحديين يفشلون في بدء المحادثة والمبادرة.
- يشير عثمان مراج أن الذاتوي يتميز بالمصاداة Echolalia حيث يردد السؤال الذي طرح عليه بنفس الشدة ونفس النغمة .كما لا يجيد استعمال الضمائر في محلها.[3]
- يشير جاردان 1995 أن الاحترازي يتحدث غالبا اقل من الطفل العادي.[4]
- الصعوبة في إدراك المثيرات التمييزية غير اللغوية الإيماءات والإشارات والحركات اليدوية و تعابير الوجه.

6-3الأعراض المعرفية والعقلية :هي بدورها تختلف من حالة إلى أخرى

- هناك حوالي % 40 من الأطفال الذاتويين نسبة ذكائهم اقل من% 55،و 30% من الأطفال الاحترازيين نسبة ذكائهم هي % 70 وسبب نقص الذكاء يرجعه العلماء إلى رفض الطفل التوحدي للإجابة عن الاختبار أو موقف الاختبار في حد ذاته.(روتر1983) .[5]
- استجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية، فقد تكون حواسه غير متمايزة (قد يغطي عينيه عند سماعه صوت مرتفع) (إذا سمع صوتا عاديا وضع يديه على أذنيه).
- يعاني الطفل التوحدي من صعوبة في الانتباه والتركيز، والتفكير والقدرة على التخيل.
- انخفاض نسبة الذكاء الاجتماعي كما أحصاها ستون1998[6].
- عدم قدرة الطفل التوحدي على الإدراك وترجمة ما يحدث حوله.

6-4الأعراض الانفعالية:

- عدم فهم مشاعر الآخرين فقد يضحك لبكاء شخص، ويبكي من دون سبب.
- عدم إظهار أي مظاهر انفعالية في محلها مثل :الحزن، الفرح، الدهشة.

---

[1] – محمد السيد عبد الرحمان وآخرون، رعاية الأطفال التوحديين ،ط1 ، دار السحاب : القاهرة ، 2005 ،ص16

[2] – إبراهيم محمود بدر، الطفل التوحدي، ط1 ، الانجلو مصرية :القاهرة ، 2004 ص27

[3] – هانه مور تميز، مرجع سابق ، ص2

[4] – ماجد السيد علي عمارة، إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص القلق ،ط1 ، زهراء الشرق :القاهرة ، ص32

[5] – محمد احمد خطاب، مرجع سابق،ص32 .

[6] نايف بن عابد إبراهيم الزارع ، مرجع سابق،ص2

- يرى إسماعيل بدر 1997 أن الطفل التوحدي لا يضحك وإذا ضحك فانه لا يعبر عن الفرح .
- قد يغضب الطفل التوحدي غضبا شديدا خاصة إذا حدث تغيير ولو في كوب شربه
- القلق والخوف من أشياء غير ضارة .
- نقص المخاوف من الأخطار.
- التصلب عندما يحضنه أحد ما وعدوان ذاتي ويتعداه إلى الآخرين.

6-5الأعراض البدنية أو الجسمية:

- مظهر مقبول الشكل عادي.
- اختلاف في الجلد وبصمات الأصابع وهذا راجع إلى اضطراب في نمو طبقات الجلد.[1]
- الطفل التوحدي أكثر عرضة لأمراض الجهاز العاوي (السعال، الربو، ضيق التنفس).
- الطفل التوحدي في عمر بين 2 و 7 سنوات يكون اقصر من الطفل العادي.
- إن الطفل العادي المصاب بمرض معدي تصاحبه حمى هذا ما نجده عند التوحدي.

6-6-الأعراض الحركية :مستوى الطفل التوحدي الحركي عامة مماثل للطفل العادي لكن تتخلله سلوكات شاذة وقصور وهي بدورها متفاوتة بين الحالات:

- الوقوف بانحناء الرأس وعدم تحريك اليدين عند المشي.
- تكرار حركات معينة وبتزامن دقيق :ضرب الأرض بالقدمين، رفرفة الذراعين.
- تغطية العينين باليدين، والدوران حول أنفسهم دون الشعور بالدوار.
- ظهور عدوان حركي.[2]
- الاصطدام بالآخرين والأشياء أثناء المشي (كامل1998).
- الاستغراق الطويل في بعض الخبرات الحسية مثل :مشاهدة مصدر الضوء يضاء ويطأ.

6-7-الأعراض الاجتماعية:

- الانسحاب من المواقف الاجتماعية.
- عدم الاهتمام واللامبالاة بالآخرين ولا بوجودهم.
- قد يلتصق الطفل التوحدي بشكل غير عادي بأحد أفراد الأسرة .

[1] – محمد احمد خطاب، سيكولوجية الطفل التوحدي ،ط 1 الثقافة، عمان، 2004 ص31

[2] – عبد الرحمان سيد سليمان، محاولة لفهم الذاتوية ، ط 1 ، زهراء الشرق :القاهرة 2000 ، ص34 .

- الرغبة في اللعب وحيدا وعدم القدرة على اللعب بأسلوب تخيلي إلا إذا كان اللعب بأسلوب روتيني
- عدم التفاعل بينه وبين والده مع تجنب أي لقاءات عائلية[1] .
- لاحظ" جينوت "خلال خبرته الإكلينيكية أن الطفل التوحدي يترك والدته بسهولة إذا أخذه بيده شخص آخر.

6-8 أعراض أخرى:

- التردد في استخدام اليدين بسبب اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر.
- مشكلة التعميم فلا يستطيع الطفل الذاتوي تعميم ما تعلمه من نسبة.
- لا يعاني الطفل الاجتراري بالزمن ومفهومه .كما لا يعي بالفراغ.ومفاهيم الأعلى، الأسفل، خلف، أمام، إلا من خلال التربية النفس حركية.
- لا يعي الطفل التوحدي بجسمه، أعضائه.
- عدم قدرة الطفل التوحدي على أداء المهارات الاجتماعية، المهارات الحركية مثل: قذف الكرة، ركوب الدراجة، القص بالمقص ومهارات مساعدة الذات :ارتداء الحذاء، الملابس، الذهاب إلى المرحاض...الخ.
- النوم المتقطع في الليل، الأكل بشراهة في حالات فقط، شرب نوع معين من المشروبات.[2]

7-علاج التوحد بالتمارين الرياضية:

تتجلى الحركة منذ المراحل الأولى لنمو الجنين داخل الرحم، وخلال مراحل النمو تثير الحركة الأحاسيس لدى الطفل، فيشعر الطفل بجسمه وبمحيطه وذلك يساعده على ترجمة أفكاره ومشاعره إلى ردود أفعال وكلمات تضيف إلى العالم معنى براقاً. لذلك، فإن أي حركة تولد آمالاً جديدة في التعلم وتبقى الحلقة التي تربط الحركة والتعلم متصلة غير قابلة للانفصال، لأن الأصل في الحياة، حركة.[3] بناء على أهمية الحركة لنمو وتطور الطفل تم الاعتماد على العلاج بالحركة كأحد العلاجات لاضطراب التوحد. العلاج الحركي مظلة تحوي في ظلالها أنواعا عديدة منها: العلاج بالحركات الدرامية، العلاج بالرقص والعلاج بالتمارين الحركية الرياضية وسوف نلقي الضوء على العلاج بالتمارين الحركية الرياضية التي باتت

[1] - نايف بن عابد إبراهيم الزارع، قائمة تقدير السلوك التوحدي، دار الفكر: عمان، 2005 ص2 .

[2] – سوسن شاكر مجيد، مشكلات الطفل النفسية، الصفاء : عمان 2008 ص30

[3] – إبراهيم محمود بدر:مرجع سابق ،ص 05.

أسلوبا متبعا من قبل الرواد في علاج التوحد، أبرزهم مدرسة هيجاشي في اليابان التي انتهجت هذا النوع من العلاج في برنامج طلابها اليومي الأساسي منذ عام 1982.

1.7.فوائد عديدة: ينمو الأطفال المصابون بالتوحد داخل قوقعة حيث تحيط بهم مجموعة من الصفات التي تحول بينهم وبين التواصل مع العالم من حولهم، أو أن يكونون أطفالا طبيعيين قادرين على التحدث والتواصل واللعب والتخيل. وتحول هذه الصفات وما يرافقها بينهم وبين تقدمهم وتطورهم الحياتي أو الأكاديمي. لكن هناك العديد من السبل المتبعة للتخفيف من تأثير تلك الصفات على أطفال التوحد منها العلاج الحركي. قد يتساءل البعض كيف يمكن للعلاج الحركي التدخل لتطوير مهارات اللغة والتواصل والمهارات الاجتماعية ومهارات اللعب للأطفال المصابين بالتوحد، الإجابة عن هذا السؤال تكمن في سياق هذا الموضوع. مفهوم العلاج بالحركة لا يقتصر على حركات رياضية ثقيلة تؤثر تأثيراً إيجابياً جسدياً على الطفل، إنما يرتبط مفهوم العلاج بالحركة أيضاً بوظائف الدماغ المتصلة بالوظائف الحسية والمشاعر، حيث تؤثر الحركة على الطفل عقلياً ونفسياً .فالحركة تساعدهم على تحويل طاقاتهم الجسدية وتوترهم وقلقهم إلى حركات وظيفية في صورة تمارين حركية رياضية.

فقد اعتاد الأطفال المصابون بالتوحد على التحرك بشكل عشوائي دائم وبدرجة عالية من الحماس، ولكن خلال العلاج بالحركة يتم تدريب الأطفال وتعليمهم على التحرك ضمن نطاق التمارين الحركية الوظيفية التي تمكنهم من الاستمتاع والإحساس بنفس الشعور الذي كانوا ينشدونه في حركتهم العشوائية وغير المتوقعة.

2.7.تقوي الجسم: من التأثيرات الإيجابية للتمارين الحركية هي أنها تبني وتقوي عضلات الجسم المختلفة منها: عضلات اليدين والساعدين الضرورية لإمساك ورمي الكرة على سبيل المثال، بالتالي فإن الأطفال المصابين بالتوحد يضيفون إلى مهارات اللعب لديهم من خلال ممارستهم لمختلف التمارين الحركية.[1] فإذا كان الطفل غير قادر جسدياً على القيام بالحركة الصحيحة لذراعيه ويديه فإنه لن يستطيع اللعب بالكرة كرميها والتقاطها على سبيل المثال. عوضاً عن ذلك، قد يصاب الطفل بالإحباط لعدم قدرته على اللعب بسبب ضعف عضلات يديه وذراعيه وعدم قدرته على التحكم بهما. علاوة على ذلك، فإنه ضمن جلسة العلاج بالحركة يتلقى الطفل مهارات عدة للعب منها: اللعب ضمن جماعة، وتبادل وانتظار الأدوار واكتساب مهارات التقليد والمحاكاة الجسدية للآخرين.

3.7.تطوير مهارات التواصل: على غرار ذلك، فإن جلسة التمارين الحركية تشكل مناخاً مناسباً لتطوير مهارات اللغة والتواصل، من خلال تدعيم حركة التمارين بالكلمات المناسبة، فتأتي الحركة مصاحبة للكلمة، مثال: الفعل (اقفز) يكون مصاحبا ومرتبطا بكلمة اقفز عندما يستخدمان بشكل تكراري أثناء جلسة العلاج الحركي.

[1] – إبراهيم محمود بدر:مرجع سابق ،ص 06.

وبذلك، تكون هذه الطريقة أسهل على أطفال التوحد لاستيعاب وتطبيق فعل القفز عند مصاحبة الكلمة للفعل والحركة، عوضاً عن استخدام أي منها بشكل مفرد وغير وظيفي. كما أن جلسة العلاج الحركي تخلق محيطاً اجتماعياً لأطفال التوحد لكي يستفيدوا من تفعيل وتقوية إدراكهم بزملائهم والبيئة المحيطة بهم.

إذن العلاج بالحركة يزيد ويطور المهارات الحركية ومهارات اللعب وبالتالي مهارات اللغة والتواصل. لأن افتقار الأطفال المصابين بالتوحد إلى مهارات اللعب البسيطة نتيجة ضعف القدرات والمهارات الحركية سوف يؤدي ذلك إلى التقليل من فرصة تطوير مهارات اللغة والتواصل. فالأطفال غير القادرين على اللعب غير مقبولين اجتماعياً. واستناداً إلى المعلومات السابقة، فإن الأطفال المصابين بالتوحد يتلقون تقبلاً اجتماعياً ويستطيعون الاندماج مع غيرهم من الأطفال الطبيعيين إذا ما كانوا قادرين على المشاركة في الألعاب الرياضية التي تتطلب جميع المهارات الحركية والاجتماعية ومهارات اللعب المذكورة أعلاه. ومن ذلك، فإن العلاج الحركي يساهم بشكل غير مباشر في التدخل وتطوير الجوانب الثلاثة المتأثرة في التوحد وهي: اللعب والتواصل الاجتماعي واللغة.

8-دور الأسرة في معالجة اضطرابات التواصل عند أطفال التوحد:

إن تواصلنا مع المحيطين بنا يتم من خلال الكلام وهو ما يعرف بالتواصل اللفظي والذي يصاحب بحركات وإيماءات الجسد، والاتصال البصري وتعبيرات الوجه، بالإضافة إلى التنغيم الصوتي وهو ما يعرف بالتواصل غير اللفظي.[1]

ومن الجدير بالذكر أننا نستخدم مزيجاً من النمطين اللفظي وغير اللفظي للتواصل مع من حولنا، ومن هنا تبرز أهمية مساعدة الطفل التوحدي (المصاب بمرض التوحد) على التواصل بشكل فعال مع من حوله والذي يأتي في قمة أولويات برامج التأهيل المختلفة. وذلك لأن قصور المهارات التواصلية بشقيه اللفظي وغير اللفظي من السمات التشخيصية الأساسية لاضطرابات طيف التوحد. يعرف التوحد بأنه اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية منها، قصور في نمو وتطور المهارات التواصلية بالإضافة إلى صعوبة التفاعل الاجتماعي وهو ما يعتبر ذا علاقة وثيقة بالمهارات التواصلية أيضا ، والمجال الثالث يتمثل في التعلق الشديد بالأعمال الروتينية والمحافظة على أنماط وأداء الأفعال على وتيرة واحدة وصعوبة القدرة على اللعب ، ومن الجدير بالذكر أن الفقد التدريجي للمهارات التواصلية والاجتماعية بعد النمو الطبيعي حتى سن 18 شهرا لا يمثل أكثر من 30% (الجمعية الأميركية للنطق والسمع ASHA، 2006) من أطفال التوحد، في حين أن التأخر منذ البداية يمثل أكثر من 70% (ASHA, 2006) من الأطفال التوحديين، حيث يشترط ظهور نمط الأعراض قبل سن 36 شهرا ، ومن هنا تتضح لنا الأهمية القصوى للقصور في النواحي التواصلية، حيث إنها لا تعتبر معيارا تشخيصيا مهما فقط ، بل تعتبر التحدي الأكبر للمختصين وأسر الأطفال التوحديين ، مؤشرات

[1]- أيمن البلشة ،الخصائص والفروق بين الأطفال المتوحدين والمتخلفين (رسالة ماجستير غير مطبوعة :- الجامعة الأردنية ،عمان).ص58

أساسية ، إن المؤشرات الأساسية والأولية التي تساعد المختصين من النواحي التواصلية في تشخيص التوحد ، تتمثل في أن المصاب:

- لا يناغي حتى سن 12 شهر.
- لا يستخدم الإشارة (الإشارة إلى الأشياء وهز اليدين) حتى سن 12 شهرا.
- لا يستخدم كلمات مفردة حتى سن 16 شهرا.
- ضعف مهارات الاتصال البصري.
- تجاوب ضعيف مع الآخرين أثناء اللعب.
- لا يستخدم عبارات مكونة من كلمتين حتى سن 24 شهرا.
- تكرار الكلمات، فعند سؤال الطفل: ما اسمك؟ فيقول «ما اسمك» بدل من أن يقول «أحمد» مثلا. [1]

[1]- أيمن البلشة ،مرجع سابق .ص58

خلاصة:

نستخلص من هذا الفصل أن التوحد يظهر بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من الحياة ، ويعرف التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية .

الجانب التطبيقي

الفصل الأول
منهجية البحث

تمهيد:

يعتمد كل بحث من البحوث العلمية على دراسة تعليلية وفق مناهج مختلفة باستعمال طرق جمع البيانات ، ومن هذه المناهج هناك المنهج الوصفي التحليلي الذي بواسطته نستطيع الوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر مشكلة أو ظاهرة معينة.

حيث استعملنا فيه الاستبيان الذي يعد من أهم أدوات جمع المعلومات وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة المفتوحة نصف مفتوحة والمغلقة والتي تناولناها في بحثنا هذا مكن أجل الوصول إلى نتائج أو حلول للإشكالية المطروحة.

1-الدراسة الاستطلاعية:

من خلال دراستنا حول موضوع " دور التأهيل الاجتماعي في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة المصابين بالتوحد (6-12) سنة "توجهنا إلى المركز بولاية الأغواط ، واتصلنا بالأخصائيين من أجل الوقوف على واقع التأهيل الاجتماعي التي يقومون بها وعن دوره في تحقيق الدمج ذوي الاحتياجات الخاصة.

وتم من خلال هذه الدراسة تقديم الاستبيان للأخصائيين وهذا من أجل تخصيص وجمع المعلومات والأفكار والتحقق من الفرضيات.

2-المجال الزماني والمكاني:

أ-المجال الزماني:لقد تم تحضير الأسئلة الموجهة للأساتذة وتحكيمها في الفترة مابين (01-30)مارس وفي الفترة مابين(01-25) افريل تم توزيع الاستبيان على المربيين المعنيين في المركز

ب-المجال المكاني: تم توزيع الاستبيان على الأخصائيين في المركز بالاغواط التالية كالآتي:

التعريف بالمركز :

المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا-2-بالاغواط مؤسسة عمومية ذات طابع إداري مرسوم الانشاء:288/15المورخفي 09نوفمبر 2016تاريخ فتح المركز2017/01/08

التسمية السابقة :مركز إعادة التربية-C.S.R الأغواط-

التسمية الحالية :المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا -2-بالاغواط

المساحة الاجمالية :43383م مكعب

يقع المركز بحي الوئام بلدية الأغواط

يحده من الشمال مؤسسة الطفولة المسعفة من الجنوب طريق مزدوج اتجاه بلدية الخنق من الشرق الحي التساهمي والطريق المزدوج لحي الوئام الغرب حي سكني تساهمي (العمري أبو بكر)

- من عدد الموظفين:24
- الخبرة :كلهم اكتر من 6سنوات
- عدد المصابين بالتوحد:22

3-ضبط متغيرات الدراسة

عند القيام بتحديد المتغيرات الخاصة بالبحث يجب التقليل قدر المستطاع من تأثير المتغيرات العارضة،وعليه أن يقرر ماهو العامل المهم الذي يجب أن يبقى ثابتا وماذا يقيس وماذا يتجاهل.

3-1-تعريف المتغير المستقل:

ويسمى في بعض الأحيان بالمتغير التجريبي وهو الذي يحدد المتغيرات ذات الأهمية أي مايقوم الباحث بتثبيته للتأكد من تأثير حدث معين ،وتعتبر ذات أهمية خاصة من حيث أنه يتم التحكم فيها ومعالجتها

ومقارنتها ،والمتغير المستقل عبارة عن المتغير الذي يفرض الباحث أنه السبب أو أحد الأسباب لنتيجة معينة ودراسته تؤدي إلى معرفة تأثيره على متغير آخر.

وفي دراستنا هذه فإنه تم تحديد المتغير المستقل أي السبب من موضوع الدراسة وهو: التأهيل الرياضي

3-2-تعريف المتغير التابع:

هو المتغيرات الناتجة من العمليات التي تعكس الأداء أو السلوك ،وعلى ذلك فإن المثير هو المتغير المستقل بينما الاستجابة تمثل المتغير التابع والذي يلاحظه الباحث من خلال معالجته للظروف المحيطة بالتجربة.[1]

ومن خلال موضوع الدراسة فإنه تم تحديد **المتغير التابع:الدمج الاجتماعي**

4-عينة البحث وكيفية اختيارها:

مجتمع البحث: يقتصر المجتمع الإحصائي في بحوث التربية البدنية والرياضية والصحة والترويج في معظم الحالات على الأفراد ،والذي يمكن تحديده على انه كل الأشياء التي تمتلك الخصائص أو السمات القابلة للملاحظة والقياس والتحليل الإحصائي.

ومن الناحية الاصطلاحية:هو تلك المجموعات الأصلية التي تؤخذ منها منهجية العينة وقد تكون هذه المجموعة (مدارس-فرق-تلاميذ-كتب –سكان-أو أية وحدات أخرى).[2]

تعريف العينة:"ينظر إلى العينة على أنها جزء من الكل أو البعض من الجميع في محاولة الوصول إلى تعميمات لظاهرة معينة".[3]

وبما أنه كان من الصعب علينا الاتصال بعدد كبير من المعنيين بدراستنا فإنه لا مفر من اللجوء إلى أسلوب أخذ عينة مقصودة تمثل المجتمع الأصلي حتى نستطيع أن نأخذ صورة مصغرة عن التفكير العام ،وعليه فقد تم اختيار عينة بحثنا تتكون من :24مربي من مركز الاغواط.

5-المنهج المستخدم :

إن مناهج البحث عديدة ومتنوعة ومتباينة تباين الموضوعات والإشكاليات ولا يمكن أن ننجز هذا البحث دون الاعتماد على منهج واضح يساعد على دراسة وتشخيص الإشكالية التي يتناولها بحثنا ،إذ يعتمد على اتصال الباحث بالميدان ودراسة ماهو قائم فيه بالفعل لذا استخدم المنهج "**الوصفي**"الذي يعرف بأنه"مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة محل الدراسة[4]."

[1]- مروان ع المجيد إبراهيم، أسس البحث العلمي ، ط1مؤسسة الوراق، ،عمان ،الأردن،2000م،ص141.
[2]- عمار بوحوش ومحمد محمود الذنيبات:"مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث"؛ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر:1995،ص(56).
[3]- محمد حسن علاوي ،أسامة كمال راتب ،البحث العلمي في التربية الرياضية وعلم النفس الرياضي،ط1،دار الفكر العربي،القاهرة،1999م،ص134.
[4]- بشير صالح الراشدي ،منهج البحث التربوي،رؤية مبسطة ،ط1،دار الكتاب الحديث،الكويت،ص59.

ويمكن تعريفه بأنه:"ذلك العامل الذي من خلاله نقوم بتحديد طبيعة وخصائص بعض الظواهر المعينة لأجل تحليل العلاقات بين مختلف المتغيرات محاولين بذلك قياسها بطريقة كمية في قالب وأسلوب أخصائي هادفين من خلال ذلك إلى استخلاص نتائج الموضوع وتنبؤاته عن تطور مختلف الظواهر".[1]

وتم إتباع الخطوات التالية :

- وصف موضوع الدراسة وصفا دقيقا وذلك من خلال جمع المعلومات الكافية.
- التحقق من المعلومات المجمّعة حول موضوع الدراسة بالوصف الدقيق والتحليل ذي النتائج الجيدة اعتمادا على الظروف المصاغة والمحددة سابقا بغية استخلاص التعليمات ذات النتائج الجيدة.

6-أدوات البحث : [2]

من أجل الإحاطة بالموضوع من كل جوانبه تم استخدام **استمارة الاستبيان**"التي تعد أداة رئيسية لجمع البيانات الكلية عن وقائع محدودة وعدد كبير نسبيا من الأشخاص"

"وهي مجموعة الأسئلة المترابطة بطريقة منهجية"[3]

وكذلك تعرف استمارة الاستبيان بأنها:"مجموعة من الأسئلة المرتبطة حول موضوع معين تم وضعها في استمارة ترسل للأشخاص المعنيين بالبريد أو تسليمها باليد تمهيدا للحصول على أجوبة الأسئلة الواردة فيها وبواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة عن الموضوع والتأكد من معلومات متعارف عليها لكنها غير مدعمة بحقائق"[4]

ويعرف كذلك على أنه :"أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع البحثي العلمي عن طريق الاستمارة يجري تعبئتها منت قبل المستجيب."[5]

الشروط العلمية للأداة:

صدق الاستبيان: إن المقصود بصدق الاستبيان هوان يقيس الاختبار بالفعل القدرة أو الظاهرة التي وضع لقياسها ،ويعتبر الصدق من أهم المعاملات لأي مقياس أو اختبار حيث أنه من شروط تحديد صلاحية الاختبار.

7-أسلوب التحليل الإحصائي:

لكي يتسنى لنا التعليق والتحليل عن نتائج الإستمارة بصورة واضحة وسهلة قمنا بأسلوب التحليل الإحصائي وهذا عن طريق تحويل النتائج التي تحصلنا عليها من خلال الإستمارة إلى أرقام على شكل نسب مئوية وهذا عن طريق إتباع القاعدة الثلاثية المعروفة بـ:

[1] - علي عبد الواحد ،مناهج البحث،معجم العلوم الاجتماعية ،الهيئة المصرية للكتاب ،القاهرة،1997،ص592

[2] - طلعت إبراهيم ،أساليب وأدوات البحث الاجتماعي،دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع،القاهرة،مصر،1995م،ص185

[3] - يوسف مصطفى قاضي،الإرشاد النفسي والتربوي،ط1،المملكة العربية السعودية ،الرياض،1981م،ص210.

[4] - فوزي ع الله العكش،البحث العلمي المناهج والإجراءات،مطبعة العين الحديثة،العين ، الإمارات العربية المتحدة ،1986م،ص210

[5] - غريب سيد أحمد،تصميم وتنفيذ البحث،دار المعرفة الجامعية،الإسكندرية،مصر،1997م،ص314.

س ←——— %100

ع ←——— X

فإن

$$X = \frac{\text{ع} \times 100}{\text{س}}$$

X: النسبة المئوية.

ع:عدد الإجابات (عدد التكرارات).

س:عدد أفراد العينة.

اختبار كاف تربيع" **كا** ^{2}**:**" يسمع لنا هذا الاختبار بإجراء مقارنة بين مختلف النتائج المحصل عليها من خلال الاستبيان وهي كما يلي:

*كا :2 القيمة المحسوبة من خلال الاختبار.

ت ح= التكرارات الحقيقية (المشاهد)

ت ن= التكرارات النظرية (المتوقعة)

$$\text{كا}^2 = \text{مجموع} \frac{(\text{ت ح} - \text{ت ن})^2}{\text{ت ن}}$$

درجة الحرية ن=هـــ-1 حيث "هـــ"تمثل عدد الفئات

خلاصة:

لقد تمحور مضمون هدا الفصل حول منهجية البحث و الإجراءات الميدانية التي أنجزها الطالب تماشيا مع طبيعة البحث العلمي و متطلباته العلمية و العملية ، حيث تطرقنا في بداية الفصل إلى منهجية البحث و إجراءاته تمهيدا للتجربة الرئيسية حيث تم إلى الإشارة عدة خطوات علمية تمثلت في توضيح المنهج المستخدم في البحث(العينة ،المجالات ،الأدوات)و إلى كيفية تطبيق الوحدات التعليمية مع عينة البحث ثم إلى الوسائل الإحصائية المستخدمة ، وأخيرا إلى أهم صعوبات البحث.

الفصل الثاني
تحليل و مناقشة النتائج

المحور الأول: الإقبال الاجتماعي.

السؤال الأول: أي الطرق تروها ناجحة في جعل المصابين بالتوحد يتجاوبون معكم؟

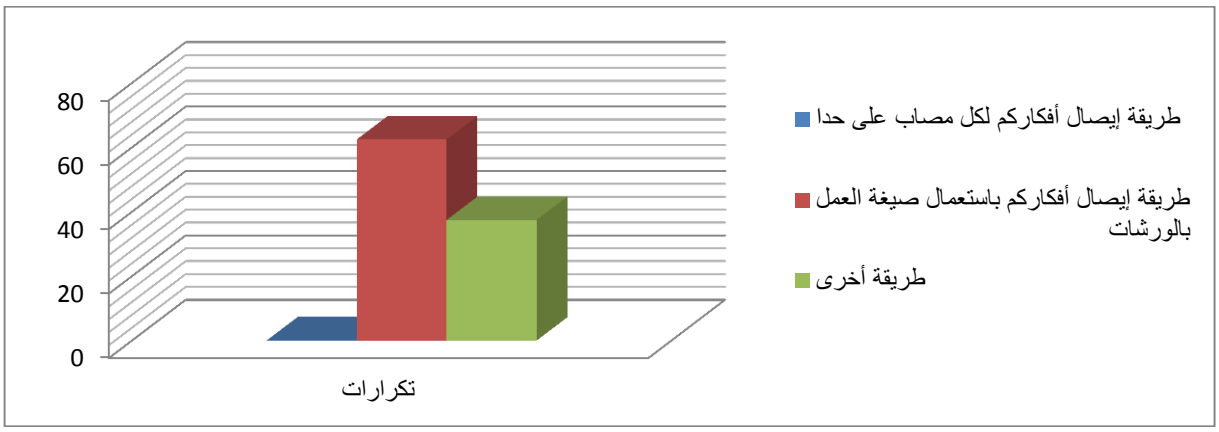
الغرض من السؤال: معرفة إسهامات الطرق بين المصابين بالتوحد على مختلف الجوانب.

الجدول رقم(01): إسهامات طرق العلاج بين المصابين بالتوحد و المربيين على مختلف الجوانب.

الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا^2 المحسوبة	كا^2 المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
طريقة إيصال أفكاركم لكل مصاب على حدا	09	%37.5	1.5	12	01	0.05	غير دال
طريقة إيصال أفكاركم باستعمال صيغة العمل بالورشات	15	%62.5					
طريقة أخرى	00	%00					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:من خلال لبيانات الجدول يتبين لنا أن **09** من أفراد العينة بنسبة **37.5%**يرون بأن طريقة إيصال أفكاركم لكل مصاب على حدا ، بينما **15**من تكرارات بنسبة **62.5 %** الآخر يرون بأن هذه طريقة إيصال أفكاركم باستعمال صيغة العمل بالورشات ، ولا يولي أي واحد منهم يرى أن هناك طريقة أخرى حسب ما يبينه الجدول.

الاستنتاج:نستنتج من خلال نتائج الجدول **01**أن الطرق التي يرونها ناجحة في جعل المصابين بالتوحد يتجاوبون معهم هي الهدف الرئيسي للمربي من خلال عملية الإقبال الاجتماعي بينهم وبين المصابين بالتوحد دون إبداء أي اهتمام لتوطيد العلاقة بينهم وبين المصابين بالتوحد لأن دور المربي الرئيسي يكمن في تحسين الكفاءة التي تنعكس إيجابا على النتائج العامة للعلاج والتي تؤدي بالضرورة إلى تحسين وتوطيد العلاقة بينهم وبين المصابين بالتوحد والذي يتجلى من خلال رغبة المصابين بالتوحد في استمرار عملية العلاج ، وهذا ما لاحظناه من خلال دراستنا الميدانية على مختلف تصريحات المربيين.



السؤال الثاني: ما هي الأنشطة الرياضية التي تجدها تساعد على الاندماج ؟

الغرض من السؤال: معرفة تأثير الرياضة في دمج المعاقين .

الجدول رقم (02): تأثير الرياضة في دمج المعاقين.

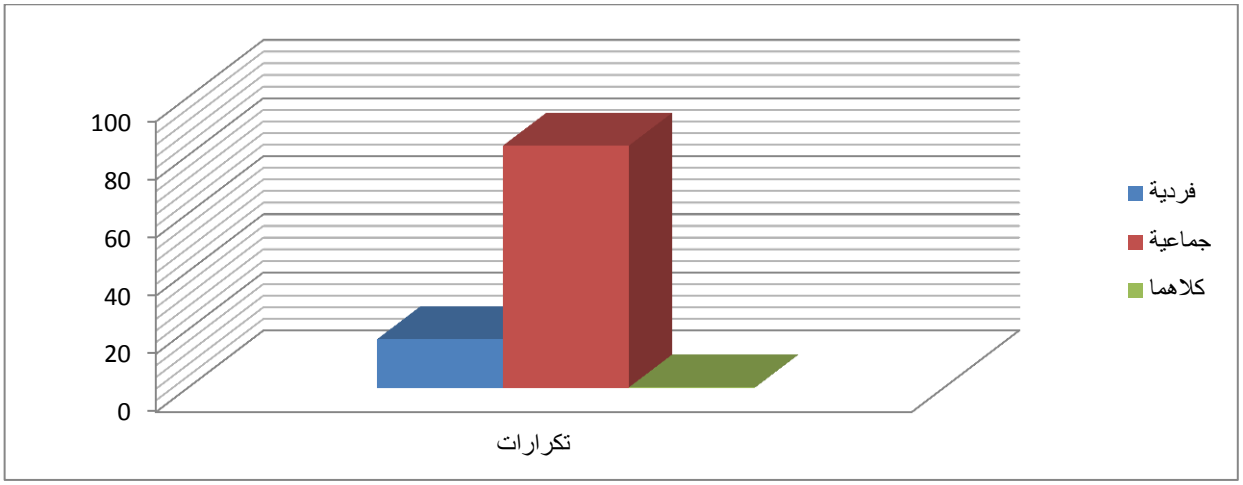
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا² المحسوبة	كا² المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
فردية	04	%16.66	10.66	12	1	0.05	غير دالة
جماعية	20	%83.33					
كلاهما	00	%00					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال القراءة الكمية لبيانات الجدول نرى نسبة **83.33%** ذات التكرار **20** أن كل أفراد العينة يرون بأن خدمات النشاط الجماعي من أسباب العلاج للمصابين بالتوحد تعمل على تهدئتهم لا على نرفزتهم أو إحراجهم و نرى نسبة **16.66%** ذات التكرار **04** من أفراد العينة يروى أن النشاط الفردي له دور ايجابي.

الاستنتاج:

نستنتج من مناقشة نتائج الجدول (02) أن الأنشطة الرياضية التي يراها المربي تساعد على اندماج المصابين بالتوحد هي الانشطة الجماعية.



السؤال الثالث: في رأيكم هل البرامج المخصصة لهذه الفئة تراعي الخصائص التكوينية لها ؟

الغرض من السؤال: معرفة رأي المربيين حول البرامج المخصصة لهذه الفئة.

الجدول رقم (03): يوضح رأي المربيين حول البرامج المخصصة لهذه الفئة.

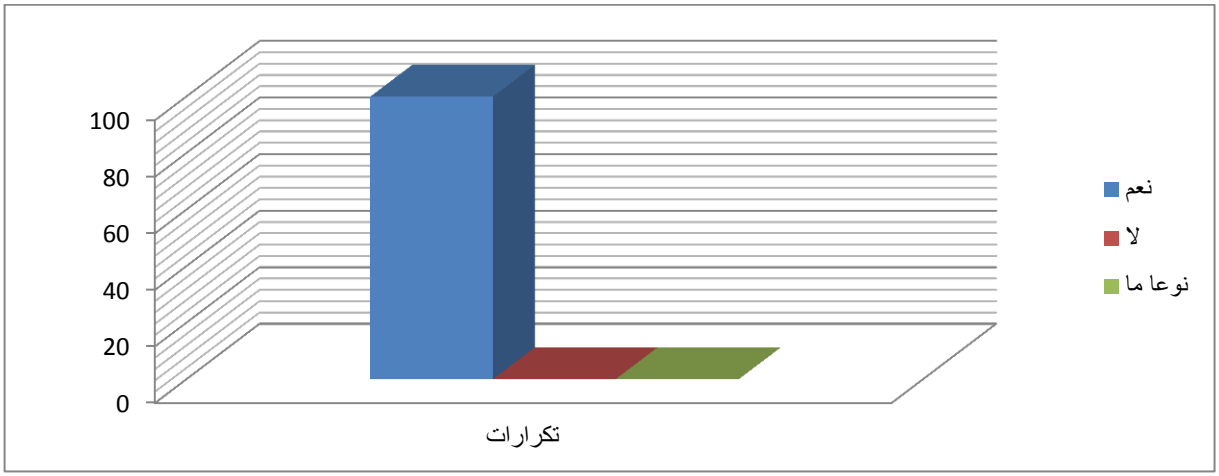
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	$كا^2$ المحسوبة	$كا^2$ المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
نعم	24	%100	-	1	1	0.05	دالة
لا	00	%00					
نوعا ما	00	%00					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال نتائج الجدول تبين لنا أن نسبته **100%** من المربيين كانت إجابتهم (نعم)، أي أنهم يرون أن البرامج المخصصة لهذه الفئة تراعي الخصائص التكوينية لها ، أما الإجابة (لا) فكانت بنسبة **00%** من المربيين، ومن خلال ذلك نجد أن كل المربيين يسلمون البرامج تراعي الخصائص التكوينية لهذه الفئة.

الاستنتاج:

من مناقشة وتحليل نتائج الجدول نستنتج أن البرامج المخصصة لهذه الفئة تراعي الخصائص التكوينية لها الفئة ذوي الاحتياجات الخاصة فئة المصابين التوحد.



السؤال الرابع: هل للتأهيل الرياضي دور في تحقيق جو الاحتكاك بين ذوي الاحتياجات الخاصة ؟

الغرض من السؤال: معرفة طبيعة التأهيل الرياضي لدى المصابين بالتوحد .

الجدول رقم (04): طبيعة التأهيل الرياضي لدى المصابين بالتوحد.

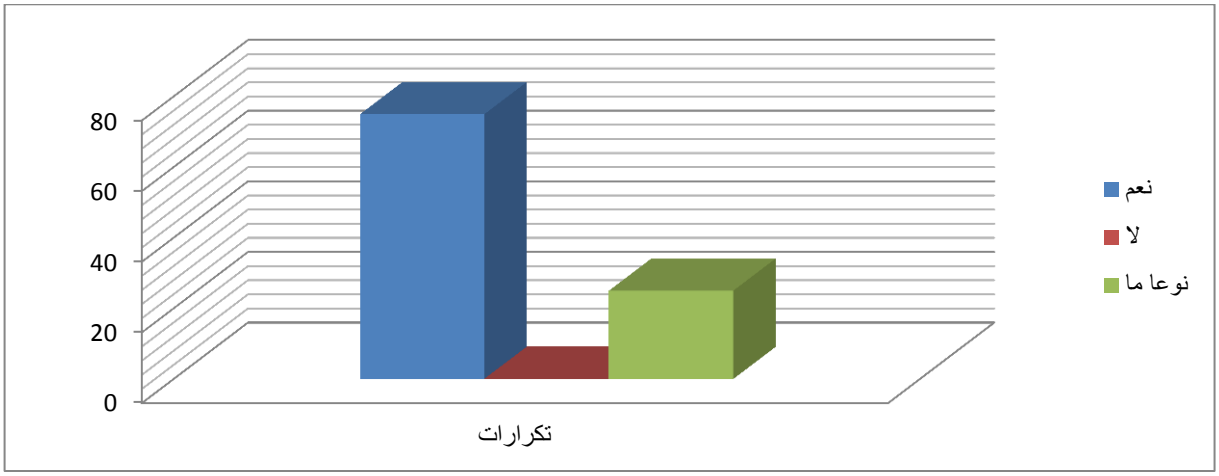
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا² المحسوبة	كا² المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
نعم	18	%75	06	12	1	0.05	غير دالة
لا	00	%00					
نوع ما	06	%25					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال قراءتنا الكمية لبيانات الجدول يتبين لنا أن نسبة **75%** من المربيين يرون أن للتأهيل الرياضي دور في تحقيق جو الاحتكاك بين ذوي الاحتياجات الخاصة،سبة **25%** من المربيين يرون عكس ذلك.

الاستنتاج:

نستنتج من تحليل ومناقشة نتائج الجدول أن للتأهيل الرياضي دور في تحقيق جو الاحتكاك بين ذوي الاحتياجات الخاصة فئة الأطفال المصابين بالتوحد .



السؤال الخامس: هل في رأيك يوجد رابط بين التأهيل الحركي و الاجتماعي؟

الغرض من السؤال: معرفة هل يوجد رابط بين التأهيل الحركي و الاجتماعي .

الجدول رقم (05): يبين هل يوجد رابط بين التأهيل الحركي و الاجتماعي.

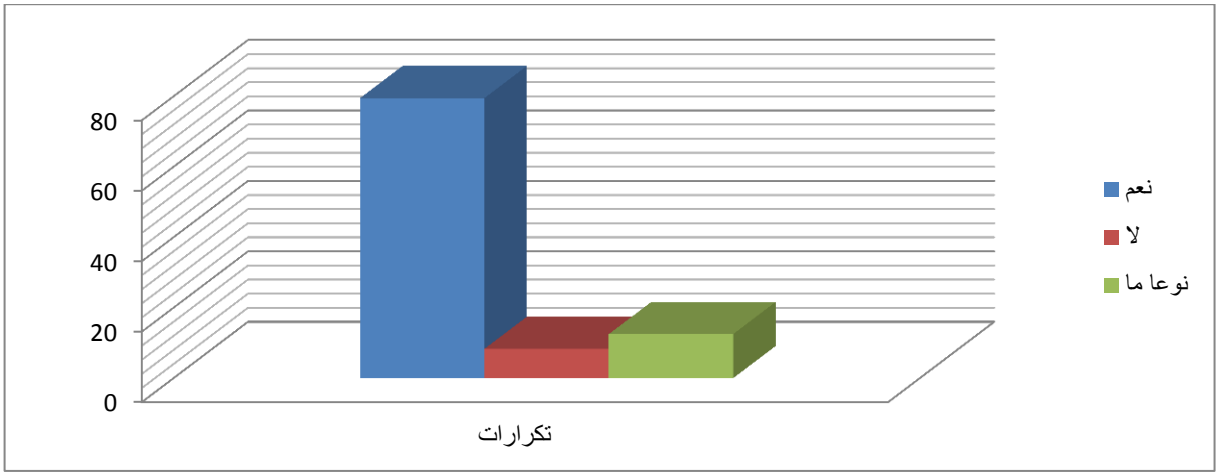
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا^2 المحسوبة	كا^2 المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
نعم	19	%79.16	22.75	08	02	0.05	دال
لا	02	%8.33					
نوع ما	03	%12.5					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال النتائج الكمية لبيانات الجدول يتبين لنا أن نسبة **%79.16** من عينة الدراسة يـــرون أن يوجد رابط التأهيل الحركي و الاجتماعية ، في حين أن نسبة المقدرة بـــ **%8.33** لا يروى عكس ذلك. إما نسبة **%12.5** كانت إجاباتهم نوعا ما.

الاستنتاج:

نستنتج من تحليل ومناقشة نتائج الجدول أن للتأهيل الحركي و الاجتماعي دور في تحقيق جو الاحتكاك بـــين ذوي الاحتياجات الخاصة فئة الأطفال المصابين بالتوحد .



السؤال السادس: هل الأنشطة المطبقة داخل المركز تساعد المصابين بالتوحد على التوازن الانفعالي ؟

الغرض من السؤال: معرفة أسباب عدم مساعدة المربيين للمصابين بالتوحد في التوازن الانفعالي.

الجدول رقم:(06): يبين أسباب عدم مساعدة المربيين المصابين بالتوحد في التوازن الانفعالي.

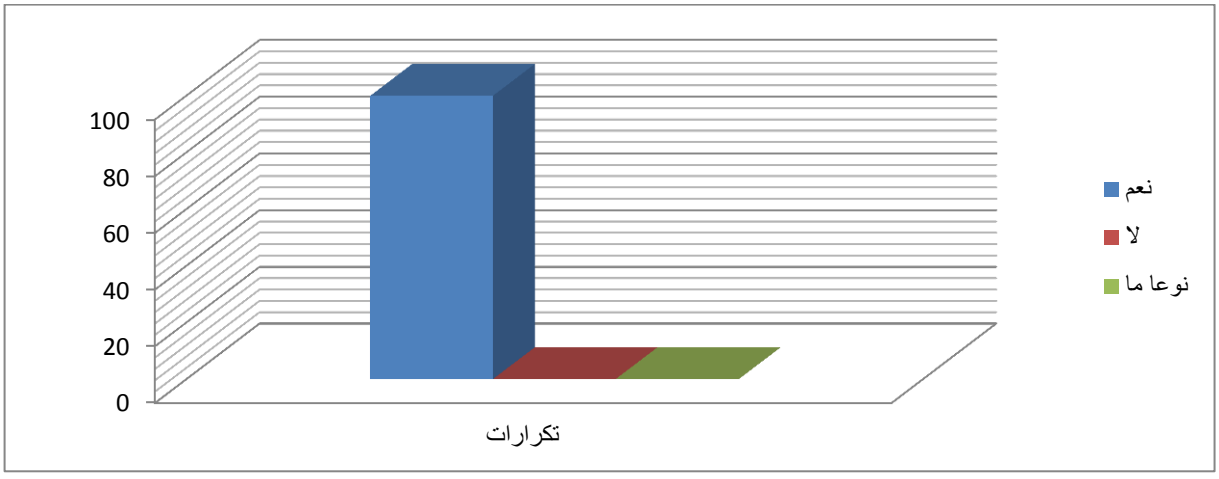
الإجابة	عـــــــدد التكرارات	النسبة المئوية	كا^2 المحسوبة	كا^2 المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
نعم	24	%100	00	1	01	0.05	دال
لا	00	%00					
نوع ما	00	%00					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال النتائج الكمية لبيانات الجدول يتضح لنا أن **100%** من عينة الدراسة يرون أن الأنشـــطة المطبقة داخل المركز يساعد المصابين بالتوحد على التوازن الانفعالي.

الاستنتاج:

نستنتج من مناقشة وتحليل نتائج الجدول لنتائج المدربين أن الأنشطة المطبقة داخل المركز تســـاعد الأطفـــال المصابين بالتوحد على التوازن الانفعالي .



السؤال السابع: ما هو الهدف من ممارسة الأنشطة الحركية المبرمجة لهؤلاء في المراكز؟

الغرض من السؤال: معرفة عواقب سوء التفاهم بين المدربين واللاعبين.

الجدول رقم (07): يبين عواقب سوء التفاهم بين المدربين واللاعبين.

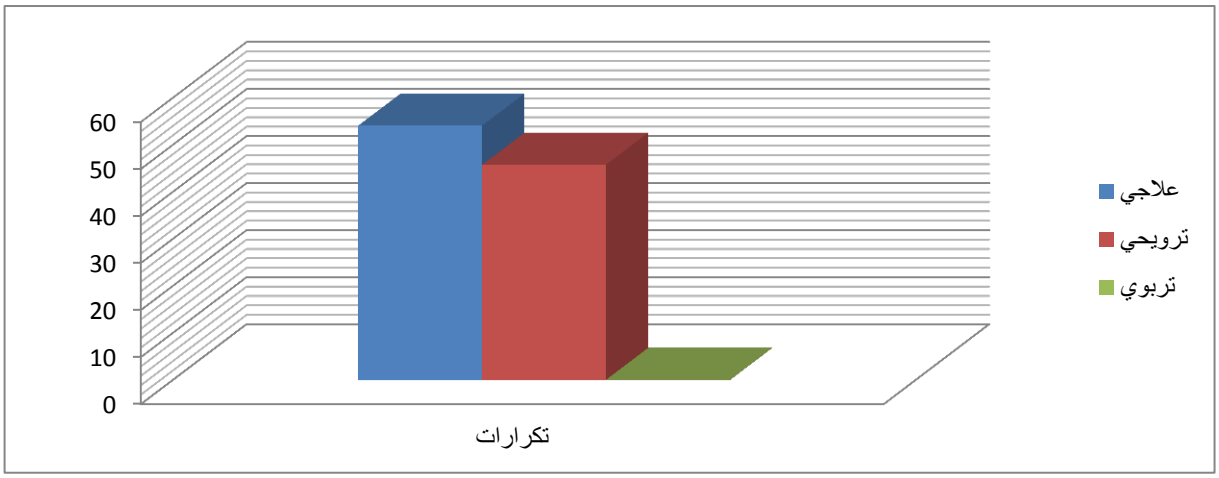
الإجابة	عـــــــدد التكرارات	النسبة المئوية	كا^2 المحسوبة	كا^2 المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
علاجي	13	%54.16	0.16	12	02	0.05	دال
ترويحي	11	%45.83					
تربوي	00	%00					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال بيانات الجدول نرى أن المربين بنسبة **54.16%** يرون أن الهدف من ممارسة الأنشطة الحركية المبرمجة لهؤلاء في المراكز علاجي. نرى أن المربين بنسبة **54.16%** يرون أن الهدف من ممارسة الأنشطة الحركية المبرمجة لهؤلاء في المراكز ترويحي

الاستنتاج:

يسعى المربي الناجح دوما إلى خلق جو من الإقبال الاجتماعي يتسم بالتفاهم وحسن العلاقة لما له من تأثير كبير على عملية التأهيل فهو بهذا يحظى باحترام وطاعة أكبر من طرف المعاقين فيتمكن بذلك من إيصال خبراته وأفكاره إليهم والتي تظهر جلية من خلال تحسن مستواهم الانفعالي وزيادة رغبتهم وإقبالهم على حصص التأهيل الرياضي.



المحور الثاني:الاتصال

السؤال الثامن : هل تعتبر أن عملية الاتصال بينكم وبين المصابين بالتوحد تساهم في:

الغرض من السؤال: معرفة دلالات تقرب المربي من المصابين بالتوحد.

الجدول رقم (08): يبين دلالات تقرب المربي من المصابين بالتوحد.

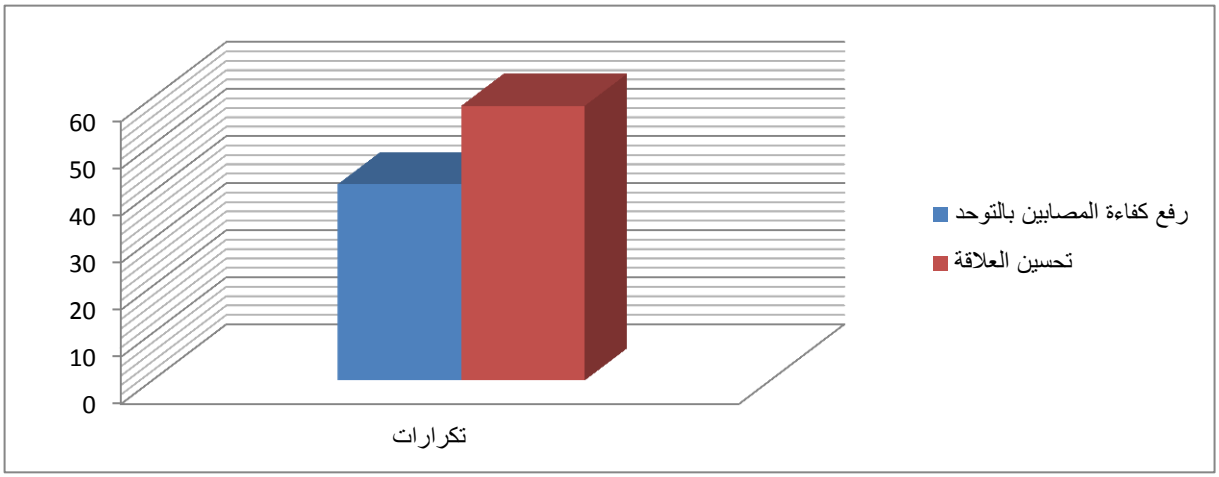
الإجابة	عـــــدد التكرارات	النسبة المئوية	كا² المحسوبة	كا² المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
رفع كفاءة المصابين بالتوحد	**10**	**%41.66**	**0.66**	12	**02**	**0.05**	دال
تحسين العلاقة	**14**	**%58.33**					
مجموع	**24**	**%100**					

تحليل ومناقشة النتائج:

نلاحظ من خلال نتائج تكرارات الجدول أن أفراد العينة من المربيين والممثلين بنسبة **%58.33** يرون أن تحسين العلاقة و تقربهم من المصابين بالتوحد دليل على وجود اتصال جيد بينهما إضافة إلى الاحترام والتقدير دون الفصل بين أي منهما.اما بنسبة **%41.66** يرون أن رفع كفاءة المصابين بالتوحد.

الاستنتاج:

نستنتج من خلال ما سبق أن تقرب المربيين من المصابين بالتوحد هدفه الرئيسي هو تحسين العلاقة بينهما وكذا تحقيق الاحترام والتقدير من أجل ضمان نجاح العملية التفاعل الاجتماعي والذي لا يتم في ظروف غير هذه لأن المربي الذي يحظى بعلاقة جيدة مع المصابين بالتوحد وكذا بالاحترام والتقدير يتمكن من إيصال جميع أفكاره وخبراته لهم على عكس المربي الذي لا يحظى سوى بالنفور وعدم الإقبال عليه، وهذا ما يجب على المدرب أن يسعى لتفاديه من خلال تقربه من المصابين بالتوحد.



السؤال التاسع: هل ترون أن ضعف الاتصال المربيين و المصابين بالتوحد يؤدي إلى فشل عملية العلاج؟

الغرض من السؤال: معرفة هل الاتصال له دور في إنجاح عملية العلاج.

الجدول رقم (09): يوضح هل الاتصال له دور في إنجاح عملية العلاج.

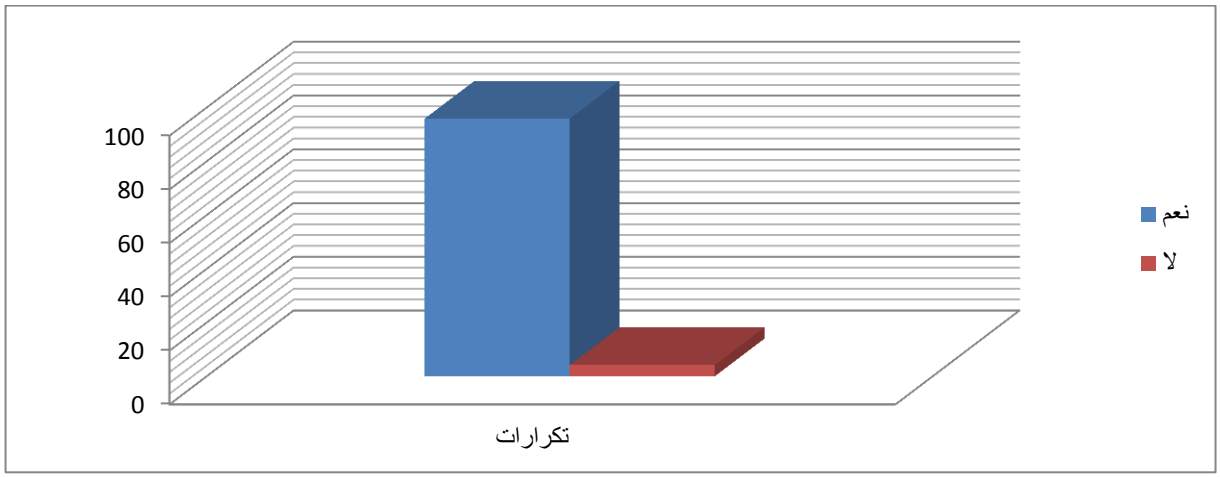
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا^2 المحسوبة	كا^2 المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
نعم	23	%95.83	20.16	12	01	0.05	دال
لا	01	%4.16					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال بيانات الجدول نلاحظ أن **95.83%** من المربيين أفراد العينة يرون أن الاتصال له دور في إنجاح عملية العلاج ، في حين أن العينة الباقية والمقدرة بـــ**4.16%** يرون ضعف الاتصال المربيين و المصابين بالتوحد لا يؤدي إلى فشل عملية العلاج.

الاستنتاج:

نستنتج مما سبق أن على المربيين الراغبين في تحقيق أهداف وغايات مرضاهم أن يجمعوا أثناء تأديتـــهم لمهامهم العلاجي وتوجيهاتهم المتواصلة للمصابين بالتوحد بين التوجيهات الحماسية والهادئة أي أنه يجب علـــى المربي أن يتحلى بصفتي الحماس والهدوء لأن الأول-الحماس- يحفز ويشجع المصابين بالتوحـــد أمـــا الثـــاني- الهدوء- فيمنح المربي حسن اتخاذ القرارات الملائمة.



السؤال العاشر: كيف ترون طبيعة العلاقة التي تربطكم بالمصابين بالتوحد ؟

الغرض من السؤال: معرفة كيفية التعامل مع المصابين بالتوحد.

الجدول رقم (10): يوضح كيفية التعامل مع المصابين بالتوحد.

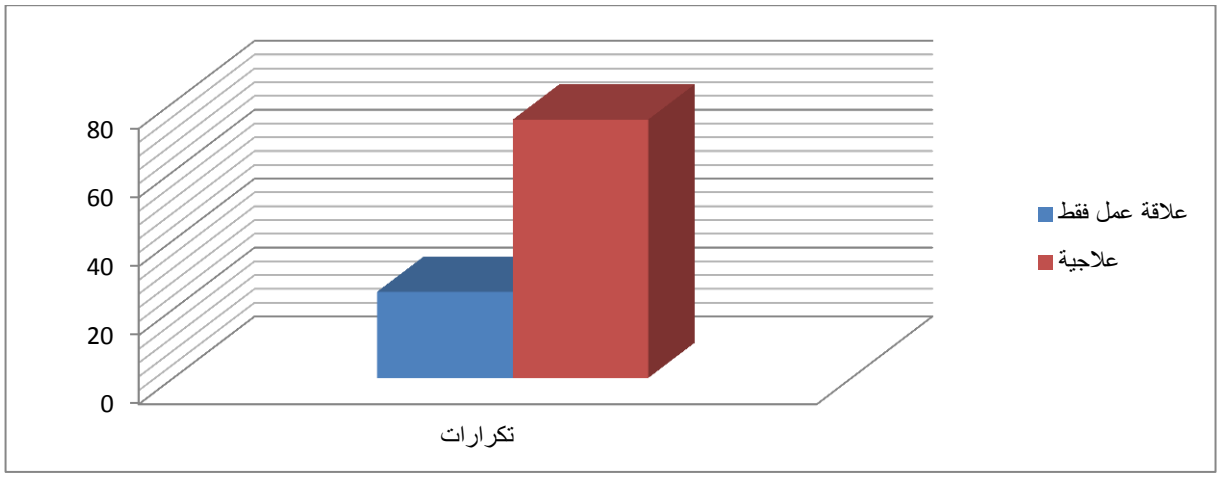
الإجابة	عـــــــــدد التكرارات	النسبة المئوية	كا^2 المحسوبة	كا^2 المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
علاقة عمل فقط	06	%25	06	12	01	0.05	دال
علاجية	18	%75					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

نلاحظ من خلال بيانات الجدول أن كل أفراد العينة من المربيين والممثلين بنســـبة **75%** يـــروى ان علاقتهم بالمصابين علاقة علاجية،اما نسبة **25%** يروى ان علاقتهم بالمصابين علاقة عمل فقط.

الاستنتاج:

تلعب طبيعة العلاقة دورا كبيرا في تحسين أداء المورد البشري إذ يولي المركز أهمية كبيرة لهذه العملية لما لها من تأثير على مستوى الأطفال المصابين بالتوحد.



السؤال الحادي عشر: في رأيكم هل المربي الناجح في علاقته مع المصابين بالتوحد هو الذي تتوفر لديه:

الغرض من السؤال: معرفة أفضل الطرق والأساليب في التعامل مع المصابين بالتوحد مما يساعد على تحقيق الأهداف والغايات الخاصة.

الجدول رقم (11): أحسن الطرق للتعامل مع المصابين بالتوحد.

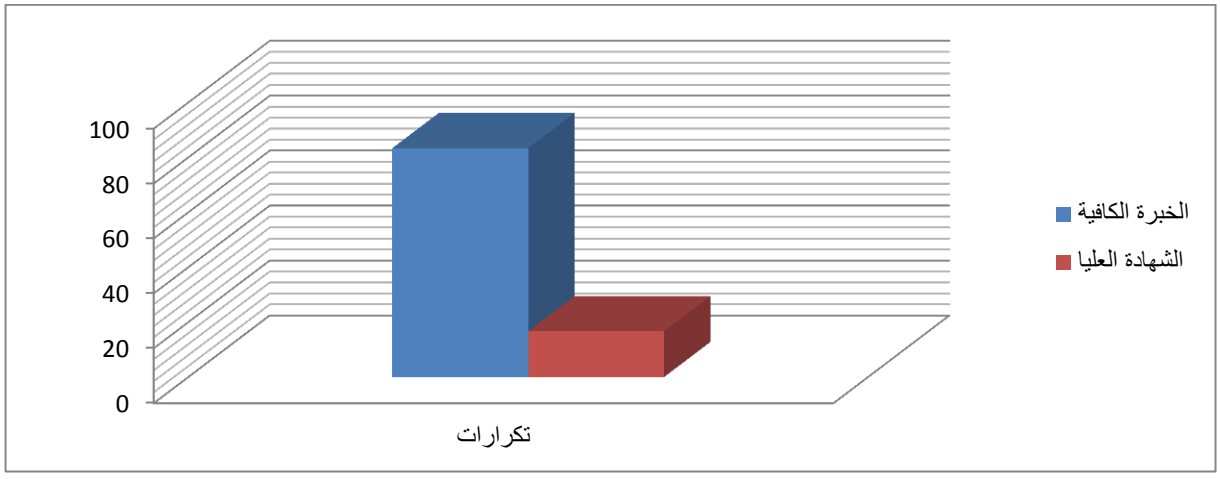
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا² المحسوبة	كا² المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
الخبرة الكافية	20	%83.33	10.66	5.99	01	0.05	دال
الشهادة العليا	04	%16.66					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال نتائج الجدول تبين لنا أن نسبته **83.33%** من المربيين كانت إجاباتهم أن الخبرة لها دور كبير في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة كانت نسبة **16.66%** من المربيين، ومن خلال ذلك نجد أن رأيهم يميل أن الشهادة هي من تؤدي بتطور و تحسين حالة مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة .

الاستنتاج:

يتضح من خلال بيانات الجدول أن جل المربيين يرون أن المربي الناجح في علاقته مع المصابين بالتوحد هو الذي تتوفر لديه الخبرة الكافية.



.

السؤال الثاني عشر: هل ترون بأن طريقة الاتصال المنتهجة بينكم وبين المصابين بالتوحد تؤثر إيجابيا على تحسين نتائج العلاجية ؟

الغرض من السؤال: معرفة تأثير طريقة الاتصال بين المصاب و المربي.

الجدول رقم:(12): تأثير طريقة الاتصال بين المصاب و المربي.

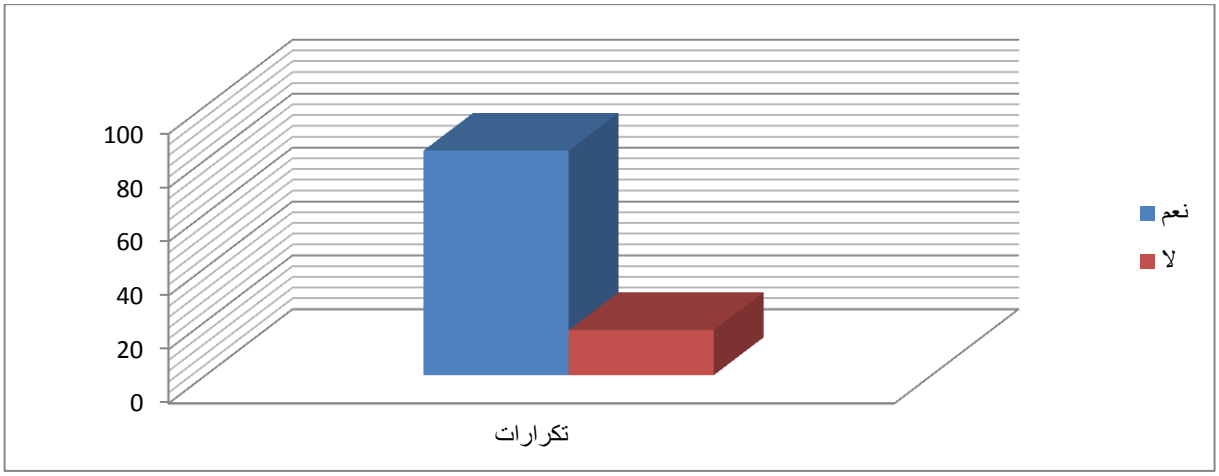
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا^2 المحسوبة	كا^2 المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
نعم	20	83.33%	10.66	5.99	02	0.05	دال
لا	04	16.66%					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال البيانات الجدول المبين أعلاه نلاحظ أن أفراد العينة والممثلين بنسبة **83.33%** يرون أن لطريقة تعاملهم مع المصابين بالتوحد أثر كبير على أداء عملية الاتصال. كانت نسبة **16.66%** من المربيين يروى عكس ذلك.

الاستنتاج:

لقد أثبتت الدراسة الميدانية التي قمنا بها على المربيين بمركز بالاغواط أنهم يرون أن الأداء العام للمصابين بالتوحد يتأثر بطريقة تعاملهم معهم، حيث أن المربي الذي يعامل المصابين بالتوحد معاملة حسنة من خلال الاحترام وحسن التقدير والاستماع يكسبهم ثقة بأنفسهم وقدرة أكبر على تحسين أدائهم على عكس المربي الفظ الذي يسعى دوما لفرض سلطته وهيمنته على عملية العلاج دون مراعاته لضرورة تحسين العلاقة مع اللاعبين والتي تنعكس سلبا على أدائهم وبالتالي على النتائج العامة وهو ما تظهره الدراسة النظرية التي قمنا بها.



السؤال الثالث عشر: هل لنوع العلاقة بينكم وبين المصابين بالتوحد تأثير على مرد ودية العلاج ؟

الغرض من السؤال: معرفة هل العلاقة بين المربي و المصابين بالتوحد تأثير في تحسين نتائج العلاج .

الجدول رقم (13): توضح العلاقة بين المربي و المصابين بالتوحد تأثير في تحسين نتائج العلاج.

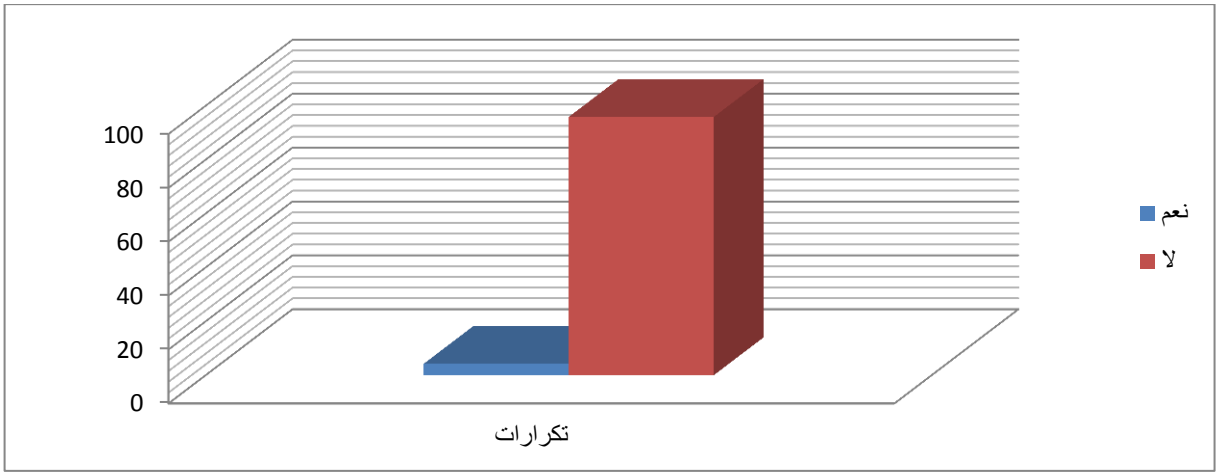
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا^2 المحسوبة	كا^2 المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
لا	01	%4.16	20.16	12	01	0.05	دال
نعم	23	%95.83					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال القراءة الإحصائية لبيانات الجدول يتبين لنا كل أفراد العينة والمقدرين بنسبة **%95.83** يرون بأن العلاقة بين المصابين بالتوحد و المربيين في المركز تأثير إيجابي على نتائج مرد ودية العلاج. كانت نسبة **%4.16** من المربيين كانت إجابتهم بـ لا .

الاستنتاج:

يتجه المربيين إلى أن علاقة الاتصال بينهم وبين ذوي الاحتياجات الخاصة تؤثر كثيرا على نتائج مردودية العلاج حيث أن علاقة التواصل تختلف من مربي لآخر، فهناك من يرى بضرورة تطبيق الاتصال الشخصي لكون التأهيل الرياضي يتواصل مع المعاق مباشرة وهناك من يرى بضرورة الاتصال الجماعي لكون هذه الرياضة هي رياضة علاجية تعتمد على الأداء العام إلاّ أنّ الأداء العام لا يتحقق إلاّ إذا أدّى كل المصابين بالتوحد دوره في عملية العلاج وهذا ما لمسناه من خلال الدراسة الميدانية حيث أن المربيين في هذا التخصص يفضلون الاتصال الشخصي مع المصابين بالتوحد لإكسابه أكبر خبرة، والاتصال الجماعي لإيصال بعض الأفكار، أي أنهم يفضلون المزاوجة بين الطريقتين لأهمية كل واحدة منها للأخرى.



السؤال الرابع عشر: هل تلقيتم تكوينا خاصا في كيفية التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة (المصابين بالتوحد) ؟

الغرض من السؤال: معرفة هل للمربيين دراية بهذا النوع من الإعاقة.

الجدول رقم (14): يوضح هل للمربيين دراية بهذا النوع من الإعاقة.

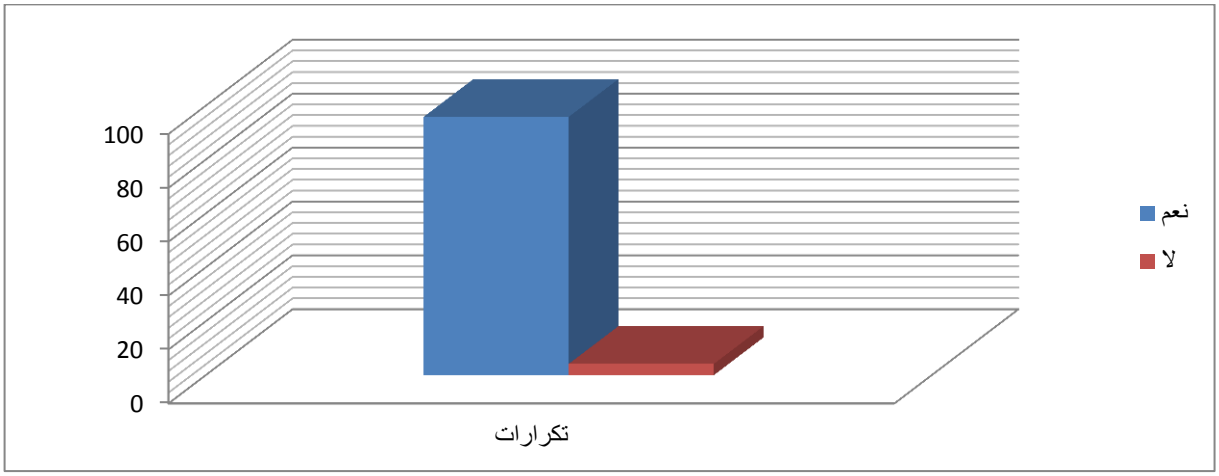
الإجابة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	كا² المحسوبة	كا² المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة إحصائية
نعم	23	%95.83	20.16	12	01	0.05	دال
لا	01	%4.16					
مجموع	24	%100					

تحليل ومناقشة النتائج:

من خلال القراءة الإحصائية لبيانات الجدول الكمية يتبين أن نسبة **95.83%** من أفراد العينة تحصلوا على تكوين خاص في كيفية التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة (المصابين بالتوحد). كانت نسبة **4.16%** من المربيين لم يتلقوا تكوين .

الاستنتاج:

نستنتج بأن المربي يجب عليه أن يعتمد في التجديد العلمي و خاصة بالمشاركة العلمي في الملتقيات او المحاضرات و الدورات التكوينية ليكون دائم على علم بم يحدث من جديد في العالم من ناحية طرق و وسائل العلاج الحديثة المطبقة على هذه الفئة من البشر ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة و الأطفال المصابين بالتوحد خاصة.



مناقشة النتائج بالفرضيات:

الفرضية الأول: الإقبال

التي تنص على: للتأهيل الرياضي دور في الإقبال لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

يتبين لنا من خلال قراءتنا لنتائج المحور الأول والمتعلق بالاتصال ، أن لهذه الأخيرة صلة مباشرة بالأطفال المصابين بالتوحد لما لها من أهمية كبيرة حيث أن:

من خلال لاستنتاجات المحور الأول من الأسئلة نستنتج أن المربي المسلح بالخبرة الكافية والشهادة العليا من جهة، والمتسم بالحماسة والهدوء أثناء تأديته لمهامه من جهة أخرى هو الأكثر فعالية وإيجابية عن غيره من المدربين في .

انطلاقا من نتائج هذه الجداول واستنادا على النتائج المتحصل عليها يمكن إثبات الفرضية القائلة بأنه للتأهيل الرياضي دور في الإقبال لدى الأطفال المصابين بالتوحد ومن ثمة نستطيع أن نقول بأن الفرضية الأول قد **تحققت،**

الفرضية الثاني :الاتصال

حيث تنص الفرضية الثانية: للتأهيل الرياضي دور في عملية الاتصال لدى الأطفال المصابين بالتوحد

إن طريقة ونو ع الاتصال بين المدربين و الأطفال المصابين بالتوحد بصفة عامة يلعب دورا فعالا في التأثير على نتائج العمل من جهة، وضروري وهام للوصول بنتائج عملية التواصل إلى أعلى مستوياته، حيث أن:

- نستنتج كذلك أنه على المربيين الحرص في انتقاء طريقة إيصال أفكارهم وخبراتهم المصابين بالتوحد وذلك لتأثيرها المباشر على نتائج عملية الاتصال إما بالإيجاب أو بالسلب.

انطلاقا من قراءة هذه الجداول واستنادا على النتائج المتحصل عليها يمكن إثبات الفرضية القائلة بأنه للتأهيل الرياضي دور في عملية الاتصال لدى الأطفال المصابين بالتوحد ومن ثمة نستطيع أخذ القرار بأن الفرضية الثاني قد **تحققت،**

و على ضوء ذلك يمكن استنتج أن الفرضية العامة قد تحققت و التي تنص: للتأهيل الرياضي انعكاس على عملية الدمج لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

الاستنتاج العام:

من خلال النتائج المتحصل عليه من الجداول و المحاور السابقة نستنتج أن:

- الاتصال الفردي ضروري بالنسبة لنشاطات الرياضية الفردية فهو يساهم بشكل فعال في الرفع من نتائج المصابين بالتوحد ، فبما أن التأهيل الرياضي يعتمد على التخصصات وجب إعطاء أهمية أكثر لطريقة إيصال الأفكار لكل فرد على حد و درجة إعاقته أو إصابته.
- إن التأهيل الرياضي برغم اعتمادها على تخصص كل الأطفال المصابين بالتوحد إلا أنها لا تخرج عن نطاق النشاط الجماعية التي يعتمد على أداء المعاق ككل، وبالتالية على المربي إعطاء أهمية كبيرة للاتصال الجمعي و ليس بمعنى الاستغناء على الاتصال الفردي.
- من خلال تتبعنا لنتائج الفرق عينة الدراسة وحسب تصريحات مربيين بأنهم تلقوا تكوينا خاصا في كيفية التعامل مع المصابين بالتوحد يتبين لنا أنه لتحقيق نتائج جيدة يجب أن يتسلح المربي بالخبرة الكافية والشهادة العلمية.
- إن للاتصال الجيد بين المربيين و الأطفال المصابين بالتوحد يساهم بشكل فعال في رفع كفاءة المصابين بالتوحد وتحسين نتائج العلاج في حين أن ضعف الاتصال بينهم- يؤدي حتما إلى فشل عملية التأهيل الرياضي و مردودية العلاج.
- إن علاقة التي تربط المربيين بالمصابين بالتوحد هي علاقة علاج قبل أن تكون شيء آخر وهذا ما قد يستدعي أحيانا نتيجة هذا الحرص المربيين على الأطفال المصابين بالتوحد أثناء العمل لا بهدف تقويم أخطائهم وتصويبها وتهدئتهم وتحسيسهم بالاهتمام و الحب و الرعاية لان هذه الفئة حساسة.

الاقتراحات:

فبعد عرض و مناقشة النتائج المتحصل عليها و التي كانت تؤكد جميع فرضياتنا التي بدورها تدعم فرضيتنا الأساسية المتضمنة للدور الإيجابي الذي يحققه و النتائج المتوصل إليها وبعد تحليلها كان لزاما علينا أن نقترح وكانت الاقتراحات التالية:

- ضرورة تنظيم ندوات ومؤتمرات قصد التعرف بهذا الاضطراب ، أسبابه ، أعراضه , البحوث والدراسات حوله وكذا خطورته و نسبة ارتفاع انتشاره.
- تخصيص أيام و مراكز تشخيصية مجانية لهذا الاضطراب لفائدة عامة الناس
- تنظيم دورات توعوية لفائدة أولياء الأطفال التوحديين خاصة في سبيل تعاملهم معهم و كذا تعاونهم مع الأخصائيين في العلاج.
- ضرورة تقديم التوعية الكافية و التشجيع الدائم لأفراد المجتمع ككل بشأن التعامل مع الأطفال التوحديين حتى يغيروا من اتجاهاتهم نحوهم بما يدفعهم إلى الاندماج معهم.
- إنشاء مدارس خاصة بهؤلاء الأطفال يتم من خلالها تقديم الخدمات المختلفة لها إلى جانب إعداد المعلمين المؤهلين للتعامل معهم وكذا الأخصائيين.
- تطوير برامج العلاج ادمج الاجتماعي وتكييفها وفق حالات معينة.
- ضرورة الاهتمام بالإرشاد الأسري وتدريب الوالدين على كيفية استخدام جداول النشاط اليومي في سبيل المساهمة في التأهيل اللازم للأطفال التوحد خاصة الأمهات إذا:
  - الاهتمام بتقديم البرامج الإرشادية الخاصة و التوعية بتعامل الأم مع الطفل المصاب بالتوحد.
  - تحديد دورية ثابتة من خلالها عقد لقاءات بين الأم و الأخصائي لمناقشة حالة الطفل.

خاتمة:

اضطراب التوحد ليس مشكلة حديثة فقد وجد بيننا منذ مئات السنين وقد وردت قصص تاريخية عديدة أشارت إلى وجود أشخاص توحديين أشهرها تجربة الطبيب الفرنسي جون مارك جاسبار ايتارد (1775-1838) الذي حاول تعليم صبي صغير عاش وحيداً في الغابات بمعزل عن أهله وعن المدنية تعلم الصبي فيكتور ولكنه لم يتمكن من الاستقلال بذاته واستمرت لديه العديد من سمات التوحد إلا أن أول من استخدم تعبير توحد طفولي كان الطبيب النفسي السويسري (بلولور)الذي استخدمه في وصف مرحلة معينة يمر بتا مرضى الفصام وتحديداً انعزالهم عن الناس وفهمهم غير الواقعي للحقيقة وقد ظل هذا التعريف على حاله إلى عام 1943 عما استخدمه طبيب نفسي يدعى كانر في الإشارة إلى من يعانون اضطرابات توحديه كما نعرفها في وقتنا الحاضر .

بعد ذلك التاريخ بعام نشر طبيب نمساوي هو (هانز اسبر جر) دراسة تناولت فحصه لعدد من الأطفال ممن تنطبق عليهم السلوكيات التي وردت في دراسة ليو كانر واستخدم التعبير ذاته إلا أن دراسته كتبت باللغة الألمانية مما أعاق نشرها على الصعيد العالمي إلى ترجمت إلى اللغة الانجليزية في الثمانينات ظل بعض الخلاف قائماً حول المعايير التشخيصية لاضطرابات التوحد إلا أن أكثر المعايير تداولاً على المستوى العالمي في وقتنا الحاضر وهو ما طورته الباحثتان وينج وجولد عام 1979 حيث حددتا ثلاثة ملامح رئيسية هي التأخر والقصور اللغوي والقصور في التفاعل الاجتماعي وعدم المرونة في التفكير والتخيل وهي ما تعرف مجتمعة باسم ثالوث التوحد ومما لاشك فيه أن البحث في مجال التوحد قد قطع شوطاً كبيراً منذ اكتشافه عام 1943 وأصبح معروفاً أن التوحد لا يعود إلى سيطرة قوى خفية أو شيطانية ولا إلى سوء في التنشئة من قبل الوالدين وإنما ينتج عن اضطرابات عضوية تؤدي إلى حدوث تأخر شديد وقصور في نمو المهارات اللغوية ولاجتماعية والإدراكية كذلك أصبحنا نعي أيضاً أن التوحد يظهر في أشكال تتفاوت درجات شدتها من شخص إلى آخر وأن هناك أكثر من نوع من اضطرابات التوحد وأخيراً وليس آخرا قد أصبح من الممكن من خلال برنامج تعليمي قد يصاحبه تدخل طبي التغلب على كثير من أعراض التوحد دون شفائها تماماً ويظل هناك تساؤلات عن الأسباب العضوية والنفسية للتوحد وبالرغم من التوصل إلى معرفة بعضها إلا أنها لم تنطبق على جميع حالات التوحد وأخيراً ثبتت فعالية بعض وسائل التدخل مع بعض الحالات وليس جميعها ولا يعرف بعد ما هو العلاج الأمثل لكل الأوقات ومع جميع الحالات .

المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. أمين أنور الخولي ، أسامة كمال راتب : التربية الحركية للطفل ، دار الفكر العربي ، ط2 ، القاهرة ،1992
2. إبراهيم رحمة : تأثير الجوانب الصحية على النشاط البدني الرياضي، دار الفكر للطباعة والنشر، ط1،عمان ، 1998
3. حلمي إبراهيم ليلى السيد فرحات: التربية الرياضية والترويح للمعاقين ، دار الفكر العربي القاهرة ، ط1 ،1998
4. حلمي إبراهيم ليلى السيد فرحات:التربية الرياضية والترويح للمعاقين ، دار الفكر العربي ، ط**1** ، القاهرة ، **1998**،
5. حسن الساعاتي : التطبيع والعمران ، دار النهضة العربية ، ط3 ، بيروت ، 1980
6. حزام محمد رضا القزوني : التربية الترويحية ، دار العربية للطباعة ، بغداد ، 1978
7. محمد نجيب توفيق : الخدمات العمالية بين التطبيق والتشريع ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ط1 ، 1967
8. محمد عادل خطاب : النشاط الترويحي وبرامجه ، ملتزم الطبع والنشر ، مكتبة القاهرة الحديثة ، 1998
9. مروان ع المجيد إبراهيم : الألعاب الرياضية للمعوقين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،الأردن، 1997
10. مروان عبد المجيد إبراهيم : كتاب التربية الرياضية للإعاقة البصرية ، ط1 ، الإصدار الأول ، 2002
11. كمال درويش، محمد الحماحمي: رؤية عصرية للترويح وأوقات الفراغ ، مركز الكتاب للنشر القاهرة ، ط1، 1997
12. كمال درويش ، أمين الخولي : أصول الترويح وأوقات الفراغ ، دار الفكر العربي ، ط1 ، القاهرة ، 1990
13. قاسم حسن حسين: علم النفس الرياضي، مبادئه وتطبيقاته في مجال التدريب، ج **2**جامعة الموصل،العراق،**1990**،
14. نصر الله،عمر(**2002**)الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على المجتمع ،عمان: دار وائل للنشر.
15. عبس ع الفتاح رملي ، محمد إبراهيم شحاتة : اللياقة والصحة ، دار الفكر العربي، القاهرة ، 1991
16. عبد الرحمان عساوي، سيكولوجية النمو- دراسة النمو النفسي الاجتماعي نحو الطفل المراهق،بدون طبعة،دار النهضة العربية،بيروت،1992
17. سيد خيري،النمو الجسمي في مرحلة الطفولة، المجلد السابع، مطبعة حكومة الكويت،1976
18. سعد جلال، الطفولة والمراهقة،ط2،دار الفكر العربي،القاهرة،1991
19. عطيات محمد خطاب: أوقات الفراغ والترويح للمعاق، دار الفكر للطباعة والنشر ، ط1 ، القاهرة ، 1998 ،
20. لطفي بركات أحمد : الرعاية التربوية للمعوقين عقليا ، دار المريخ للنشر، ط1 ، الرياض ، 1984 ،

المراجع باللغة الأجنبية:

1. A.sto r:U.C.L:ET Outer activité physique et sportives adaptées pour personne handicapes **mentale :prient marketing sprl : Belgique :1993:**
2. J – Cozcheuve : Sociologie de la Radio – Télévision , P.U.F , 5em Edition , Paris , 1980
3. F . Balle & al : Ecyclopédie de la sociologie , Librairie Larousse , Paris , 1975 ,.
4. Marie – Chorlotte Busch : La Sociologie Du Temps Libre Mouton , Paris , 1975 ,
5. J . Dumazadier : Vers une civilisation du loisir ? , Editions du seuil , Paris , 1982

6. Ministère de la jeunesse et des sport : Enquête nationale sur les besoins et aspiration de la jeunesse en matiere de loisirs de culture et animation éducative et sportive .
7. sillamy : Dictionnaire de psychologie , Larousse , Paris , 1978 , Art « Loisirs » ,
8. Roymond . Tomas : Psychologie du sport , P.U . F , 1er Edition , Paris , 1983
9. A . Domart & al : Nouveau Larousse Médical , Librairie Larousse , Paris , 1986
10. Roi Randain:sur le chemin de sport avec les personnes handicapes physique , plint marketing sport ,
11. Serae moyenca : Sociologie et action sociale , Editions labor , Bruxelles , 1982

مذكرات تخرج:

1. سعيد علي محمد آل حمدان : تطبيق نظرية تداخل المحتوي وتدريب الدمج وأثرها علي تعلم مهارة حركية لـــذوي التخلف العقلي البسيط ، رسالة ماجيستير، قسم التربية البدنية وعلوم الحركة ، كلية علوم التربية ، جامعة الملـــك سعود ، المملكة العربية السعودية ، 2004
2. تركي أحمد: دور النشاط الرياضي التنافسي المكيف في الإدماج الاجتماعي للمعاقين حركيا، رسالة ماجيستير قسم التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر2004.

مجلات و منشورات:

3. فيوليت فؤاد ابراهيم . عبد الرحمان سعيد سليمان .وآخرون : بحوث ودراسات في ســيكولوجية الإعاقة،الســنة 2001
4. منشور الفيدرالية الجزائرية الي الرياضة المعاقين :سنة 2003
5. العبد الجبار،د.عبد العزيز(1998)."ندوة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي "البحرين
6. حيدر،رجاء(2006)". متطلبات دمج المعوقين"مجلة النور ،العدد 248، سوريا/دمشق
7. الحسيني، علية حماد وآخرون. (2005). دمج المعاق ذهنيا" بين النظرية والتطبيق،الإصدار الثاني، مصـــر:الجمعية النسائية للتنمية بجامعة أسيوط 2005
8. الزيودي،مريم".(2007) دعوة لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول العادية "مجلة البيان، العـــدد9870، السنة الثامنة العشرون<www.albayan.ae
9. مريم صالح الأشقر، دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع، إصدارات المركز الثقافي الاجتماعي بالجمعية القطرية لتأهـــيل ،ذوي الاحتياجات الخاصة 2003م

الملاحق

الجمهـوريـة الجـزائـريـة الديمقـراطيـة الشعبيـة
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليـم العـالـي والبحـث العلمـي

جـامعة زيـان عـاشـور- ا لجلفة -

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

استبيان

بعد التحية

في هذه الاستمارة أداة لجمع البيانات و المعلومات اللازمة لإجراء بح علمي موضوعه:

دور التأهيل الرياضي في عملية الاندماج لذوي الاحتياجات الخاصة

دراسة حالة : المصابين بالتوحد (6-12) سنة

و عليه لنا الشرف أن نضع بين أيديكم هذه الاستمارة في اطار انجاز مذكرة التخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر،و في الإجابة على تلك الأسئلة و هذا لخدمة البحث العلمي.

ملاحظة:

الرجاء وضع علامة (X) أمام العبارات التي تفضلها وتراها صائبة ومناسبة حسب رأيك من أجل التوصل إلى نتائج دقيقة تفيد دراستنا.

وشكرا لكم على تفهمكم ومساعدتكم.

السنة الجامعية: 2017/2016

معلومات شخصية:

- الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐
- المؤهل العلمي : تقني سامي ☐ جامعي ☐
- الخبرة: اقل من 10سنوات ☐ أكثر من 10سنوات ☐

أسئلة البحث:

المحور الأول:الإقبال

1. أي الطرق تروها ناجحة في جعل المصابين بالتوحد يتجاوبون معكم؟

- طريقة أخرى ☐
- طريقة إيصال أفكاركم باستعمال صيغة العمل بالورشات ☐
- طريقة إيصال أفكاركم لكل مصاب على حدا ☐

2. ما هي الأنشطة الرياضية التي تجدها تساعد على الاندماج ؟

- جماعية ☐
- فردية ☐
- كلاهما ☐

3 في رأيكم هل البرامج المخصصة لهذه الفئة تراعي الخصائص التكوينية لها ؟

نعم ☐ لا ☐ نوعا ما ☐

1–هل للتأهيل الرياضي دور في تحقيق جو الاحتكاك بين ذوي الاحتياجات الخاصة ؟

نعـــــم ☐

لا ☐

نوعا ما ☐

2–هل في رأيك توجد رابط بين التأهيل الحركي و الاجتماعية ؟

نعـــــم ☐

لا ☐

نوعا ما ☐

3- هل الأنشطة المطبقة داخل المركز يساعد المصابين بالتوحد على التوازن الانفعالي ؟

نعـــــم ☐

لا ☐

نوعا ما ☐

4–ما هو الهدف من ممارسة الأنشطة الحركية المبرمجة لهؤلاء في المراكز؟

ترويحي ☐ علاجي ☐ تربوي ☐

المحور الثاني:الاتصال

1. هل تعتبر أن عملية الاتصال بينكم وبين المصابين بالتوحد تساهم في:
   - رفع كفاءة المصابين بالتوحد ☐
   - تحسين النتائج ☐
2. هل ترون أن ضعف الاتصال المربيين و المصابين بالتوحد يؤدي إلى فشل عملية العلاج؟
   - نعم ☐
   - لا ☐
3. كيف ترون طبيعة العلاقة التي تربطكم بالمصابين بالتوحد ؟
   - علاقة عمل فقط ☐
   - علاجية ☐
4. في رأيكم هل المربي الناجح في علاقته مع المصابين بالتوحد هو الذي تتوفر لديه:
   - الخبرة الكافية ☐
   - الشهادة العليا ☐
5. هل ترون بأن طريقة الاتصال المنتهجة بينكم وبين المصابين بالتوحد تؤثر إيجابيا على تحسين نتائج العلاجية ؟
   - نعم ☐
   - لا ☐
6. هل لنوع العلاقة بينكم وبين المصابين بالتوحد تأثير على مرد ودية العلاج؟
   - نعم ☐
   - لا ☐
7. هل تلقيتم تكوينا خاصا في كيفية التعامل مع المصابين بالتوحد ؟
   - نعم ☐
   - لا ☐