

**الإبداع في انتقاء الأنشطة
البدنية والرياضية
للأشخاص ذوي الإعاقة**
التعريفات - المحددات - المهارات

أ. د. عمر هنداوي

الإبداع في انتقاء الأنشطة
البدنية والرياضية
للأشخاص ذوي الإعاقة
التعريفات - المحددات - المهارات



قنديل | Qindeel

**Creativity in Selection of Physical and Sport Activities
for Persons with Disability
Definition - Determinations – Skills**

Prof. Dr. Omar Hindawi

**الإبداع في انتقاء الأنشطة البدنية والرياضية
للأشخاص ذوي الإعاقة
أ. د. عمر هنداوي**

© 2017 Qindeel printing, publishing & distribution

لا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب، أو نقله على أي نحو، وبأي طريقة، سواء
أكانت إلكترونية أم ميكانيكية أم بالتصوير أم بالتسجيل أم خلاف ذلك،
إلا بموافقة الناشر على ذلك كتابة مقدماً.

الآراء الواردة في هذا الكتاب لا تعبر بالضرورة عن رأي الناشر

موافقة « المجلس الوطني للإعلام » في دولة الإمارات العربية المتحدة
رقم: 191525 تاريخ 26/03/2017

ISBN: 978 - 9948 - 23 - 484 - 5



قنديل | Qindeel

للطباعة والنشر والتوزيع

Printing, publishing & Distribution

ص.ب: 47417 شارع الشيخ زايد

دبي - دولة الإمارات العربية المتحدة

البريد الإلكتروني: info@qindeel.ae

الموقع الإلكتروني: www.qindeel.ae

© جميع الحقوق محفوظة للناشر 2017

الطبعة الأولى: تشرين أول / أكتوبر 2017 م - 1439 هـ

إلى روح والدي الطاهرة..
إلى منبع الحنان ونبض الإيمان والدتسي أطل الله في عمرها..
إلى روح الأخ العزيز الغالي..
إلى إخوتي وأختي..
إلى رفيقة الدرب زوجتي.. وأزهار حياتي بناتي..

إلى كل من كان ولا يزال لهم الفضل الكبير في بناء مشواري العلمي والعملية..
إلى كافة الزملاء والزميلات من أهل العلم والمعرفة..

أهدي هذا العمل العلمي المتواضع..

ثمرة سنوات البحث والتدريب مع أصحاب الهمم والإرادة والعزيمة

كشمعة تنير رفوف المكتبة العربية

وقيمة مضافة لمستقبل رفع التحديات..

عمر هندواوي

تقديم

بسم الله الرحمن الرحيم

تعود نشأة رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أفكار الطبيب «جو ثمان» بمستشفى ستوك مانديفيل بإنجلترا، إبان الحرب العالمية الثانية، بعدما لاحظ حالات الخمول والكسل وفقدان الثقة بالنفس التي يعاني منها مرضى الشلل، المصابون خلال الحرب، والمقيمون بالمستشفى دون أي نشاط، فكانت فكرة تنظيم ألعاب «ستوك مانديفيل للمشلولين» عام 1948 بهدف مساعدة هؤلاء الأشخاص على استعادة نشاطهم وتوازنهم النفسي والبدني، حتى يمكن دمجهم في المجتمع من خلال ألوان الأنشطة الرياضية المناسبة لقدراتهم البدنية والحركية، حيث اقتصرت الألعاب في بدايتها على الرماية بالقوس والسهم من فوق الكرسي المتحرك؛ منذ ذلك التاريخ أصبحت ألعاب الأشخاص ذوي الإعاقة أحد مظاهر الرياضة الإنكليزية التي تقام سنوياً.

كما أحدثت التطورات الاجتماعية طفرة في نظرة المجتمعات واتجاهاتها نحو الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم أفراداً ضحوا بأنفسهم أو تعرضوا لإصابات وعاهات بمختلف الأسباب، كما أن أساليب العلاج الطبيعي؛ الطب الرياضي، التأهيل البدني وتطور الفكر التربوي والعلمي الحديث، مع إصدار التشريعات والنظم القانونية الخاصة بهذه الفئة، ساعدت كثيراً في الارتقاء برياضة الأشخاص ذوي الإعاقة.

من هذه المنطلقات الجوهرية جاءت فكرة المبادرة الإبداعية للكتاب الموسوم بـ«الإبداع في انتقاء الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة: التعريفات، المحددات،

المهارات»، باللغة العربية لمؤلفه الأستاذ الدكتور عمر هنداي؛ حيث يضم الكتاب في حدود 400 صفحة، باللغة العربية، يسرد من خلالها نبذة تاريخية لرياضات الأشخاص ذوي الإعاقة، وأهم المصطلحات التوضيحية والرياضية المستخدمة الخاصة بهذه الفئة، وأعراض التربية البدنية الخاصة المعدلة للأشخاص من هذه الفئة، إلى جانب الألعاب والأنشطة الرياضية والبدنية، مع إلقاء الضوء على تصنيفات الإعاقة في الألعاب الرياضية المختلفة، ونماذج توضيحية للأنشطة والتمارين الرياضية المناسبة لكل فئة، إضافة إلى أهم القواعد الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة في المجال الرياضي، من خلال 8 فصول توثق مسيرة علمية ورياضية نوعية ومتخصصة، بأبعاد تفاعلية بين الرصيد النظري الإبداعي، والأداء الفني المهاري الابتكاري، مع نظرة استشرافية لتطوير الأنشطة البدنية الخاصة والمعدلة، للارتقاء بها لأعلى المستويات الرياضية العالمية، وإلقاء الضوء على الألعاب البارالمبية الصيفية والشتوية المعتمدة حالياً، وتحقيق الغايات الإنسانية والإنجازات الرياضية المتميزة على منصات التكريم والتشريف.

الأمير رعد بن زيد

كبير أمناء جلالة الملك

رئيس اللجنة البارالمبية الأردنية

رئيس دائرة الأشراف

مقدمة

يحفل عالم الأشخاص ذوي الإعاقة بالقواسم المشتركة بغض النظر عن نوع الإعاقة وفئاتها، حيث تعدّ الإعاقة ظاهرة إنسانية، اجتماعية، نفسية وصحية يتطلّب التعامل معها بذل جهود استثنائية تتسم بالإيجابية، معتمداً في ذلك على بعض المجالات المرتبطة بهذه الظاهرة، التي لا يمكن تجاهلها، مثل التعليم والتدريب لذوي الإعاقة وإعادة التأهيل المرتبطة بهم، فلعلّ المتّبع لواقع الإعاقة، في الفترة الماضية بخاصة في الحقبة الأخيرة من القرن الماضي، يستطيع أن يلتمس مدى التطور الهائل الذي طرأ على نوعية البرامج الرياضية والبدنية المقدّمة لهذه الفئة. ومع تقدّم الحياة الإنسانية، أصبح العمل في ميدان الأشخاص ذوي الإعاقة من الميادين التي تواجه تحديات كثيرة حتى نما وتطوّر، بحيث اتخذ مكاناً بارزاً بين الميادين المختلفة في بلدان العالم، ونتيجة الجهود الدؤوبة في هذا المجال تغيرت وجهات النظر تجاه فئة الأشخاص ذوي الإعاقة.

ففي الربع الأخير من القرن العشرين، ازداد الوعي العالمي بأهميّة هذا القطاع البشري من الأشخاص ذوي الإعاقات، فحرص المجتمع الدولي على توفير الاهتمام والرعاية المناسبة لهم من خلال المواثيق والإعلانات التي تبنتها الجهات الرسمية الإقليمية أو الدولية لضمان حقوقهم، وسبل المحافظة عليها في مختلف المجالات الحيوية، ومن أبرزها المجال الرياضي، بل تطوّرت مختلف أساليب الرعاية والعناية بهم، فأصبحت تشمل الترويج، الأنشطة الترفيهية المتنوعة وكذلك المنافسة الرياضية بتنوع الاختصاصات والفئات.

لقد اهتمت مجتمعات متعددة في العصر الحاضر بالأشخاص ذوي الإعاقة والأنشطة

البدنية والرياضية الخاصة بهم، التي شغلت حيزاً كبيراً من تفكير العلماء والمختصين في المجتمعات، بتعدّد الجوانب والأبعاد مثل: الطبيّة، الصحيّة، الاجتماعيّة، النفسيّة، التأهيليّة والمهنية رغم التداخل فيما بينها.

فقد حاولت في هذا الكتاب تقديم نبذة تاريخية لرياضات الأشخاص ذوي الإعاقة، وأهم المصطلحات التوضيحية والرياضية المستخدمة الخاصة بهذه الفئة، وتبيان أهمية وأغراض التربية البدنية الخاصة، والألعاب والأنشطة الرياضية والبدنية المعدّة للأشخاص ذوي الإعاقة، مع إلقاء الضوء على تصنيفات الإعاقة في الألعاب الرياضية المختلفة، ونماذج توضيحية للأنشطة والتمارين الرياضية لكل فئة من فئات الأشخاص ذوي الإعاقة، سواء أكانت باستخدام أدوات وتجهيزات أم بدونها، وسواء أكانت التمارين المدرجة إيجابية أو سلبية مع التركيز على بعض المفاهيم الهامة التي ارتكز عليها التمرين، وتم تطوير بعض الأجهزة الخاصة لتناسب تطوّر هذا اللون من الرياضة، بالإضافة إلى أهم القواعد الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة في المجال الرياضي. ونظرة استشرافية لتطوير النشاط البدني الخاص والمعدل والارتقاء به لأعلى المستويات الرياضية العالمية، وإلقاء الضوء على الألعاب البارالمبية الصيفية والشتوية المعتمدة حالياً.

المؤلف

المحتويات

7	تقديم
9	مقدمة
17	الفصل الأول : لمحة تاريخية عن الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة
19	نبذة تاريخية عن رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة
24	نبذة تاريخية عن الألعاب الأولمبية للصم
26	نبذة تاريخية عن الألعاب البارالمبية
28	نبذة تاريخية للأولمبياد الخاص
29	الاختلاف الجوهرى بين الألعاب الأولمبية والألعاب البارالمبية
30	نظام تصنيف اللاعبين بالألعاب البارالمبية
32	فحص الرياضي من أجل التصنيف
35	الخصائص التنظيمية لفحص التصنيف
36	الروح الأولمبية والروح البارالمبية
38	سمات العمل في الألعاب البارالمبية
41	الفصل الثاني : مفاهيم ومصطلحات في الإعاقة والأنشطة البدنية والرياضية وأهميتها
43	الإعاقة والمجتمع
44	أهمية الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة
46	أهداف الأنشطة البدنية والرياضية بشكل عام
47	أهداف ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة

48.....	مفاهيم في الإعاقة والأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة
52.....	مفهوم رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة
53.....	صفات ومهارات مدرسي ومدربي الأنشطة البدنية والرياضية لفئات الأشخاص ذوي الإعاقة
54.....	آليات ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة
55.....	معايير اختيار الأنشطة البدنية والرياضية ووسائلها التعليمية للأشخاص ذوي الإعاقة
56.....	طرق تعديل الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة
59.....	الفصل الثالث: الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة البدنية
61.....	الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة البدنية
61.....	الإعاقة الحركية
61.....	الشلل الدماغي
65.....	تصنيف الشلل الدماغي
66.....	تصنيف الشلل الدماغي تبعاً لنوع المنطقة المصابة
66.....	تصنيف الشلل الدماغي تبعاً لتصنيف الاتحاد الدولي لرياضات وترويح مصابي الشلل
69.....	الدماغي
71.....	المبادئ العامة للتعامل مع مصابي الشلل الدماغي في النشاط البدني والرياضي
71.....	الشروط الواجب مراعاتها عند ممارسة مصابي الشلل الدماغي للنشاط البدني والرياضي
72.....	الأنشطة الرياضية الأكثر استخداماً من قبل مصابي الشلل الدماغي
75.....	إعادة تأهيل المصابين بالشلل الدماغي
81.....	إصابات الحبل الشوكي
82.....	شلل الأطفال
84.....	التصنيف الرياضي للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي
86.....	قواعد ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي ...
86.....	الأمر الواجب مراعاتها عند وضع برنامج تدريبي للأشخاص المصابين
87.....	إصابات الحبل الشوكي
88.....	كيف يستخدم مقياس تصنيفات الجهد المحسوس RPE
91.....	أكثر الألعاب الرياضية الممارسة من قبل المصابين بإصابات الحبل الشوكي وشلل الأطفال ...
91.....	نماذج من تمارين الإطالة لمصابي إصابات الحبل الشوكي وشلل الأطفال
99.....	نموذج مقترح للتأهيل الحركي لمرضى الشلل النصف السفلي

- 101..... نموذج مقترح للتأهيل الحركي (تحت الماء) لمرضى الشلل النصفي
- 106..... إعاقات الجهاز العظمي
- 107..... حالة البتر
- 109..... التمرينات البدنية والرياضية لمصابي البتر
- 128..... العناية بالرجل المصابة بالبتر
- 128..... الصرع
- 130..... ما يجب مراعاته عند التعامل مع المصاب بالصرع خلال النشاط البدني أو الرياضي
- 131..... أولويات التمارين البدنية والرياضية لمصابي الصرع
- 132..... المشاكل التي تواجه ذوي الإعاقات الحركية بشكل عام
- 133..... الربو
- 133..... الأنشطة البدنية والرياضية لمصابي الربو
- 136..... أنواع أمراض (المشكلات) القلب
- 139..... مقترحات التدريب لذوي المشكلات القلبية
- 139..... مرضى السكري
- 143 الفصل الرابع: الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية
- 145..... الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية
- 145..... الإعاقة الذهنية
- 145..... أسباب الإعاقة الذهنية
- 146..... تصنيف فئات الإعاقة الذهنية حسب درجة الذكاء
- 146..... متلازمة داون
- 148..... الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية
- 150..... تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية
- 151..... ما يجب مراعاته عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في البرنامج الرياضي
- 151..... أكثر الأنشطة البدنية والألعاب الرياضية الممارسة من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية
- 153 الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية القابلون للتدريب والنشاط البدني والرياضي
- 165 الفصل الخامس: الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الحسية
- 167..... الإعاقة الحسية (البصرية والسمعية)
- 167 الإعاقة البصرية

170	الشروط الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في المجال الرياضي
171	أكثر الألعاب الرياضية الممارسة من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية
171	مقترحات التدريب للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية
175	الفوائد الصحية للأنشطة الرياضية للكفيف
181	التمارين الرياضية العلاجية للكفيف
190	الإعاقة السمعية
	الشروط الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية
193	للأنشطة البدنية والرياضية
194	الإعاقة الكلامية (الحبسة)
194	مقترحات النشاطات البدنية والرياضية لذوي الإعاقة الكلامية

الفصل السادس: الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الاضطرابات

201	السلوكية والاجتماعية والتعليمية
203	الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الاضطرابات السلوكية والاجتماعية والتعليمية
204	اضطرابات التوحد
205	برنامج تيتش للأشخاص مصابي اضطرابات التوحد
207	الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي اضطراب التوحد
	الشروط الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي اضطراب التوحد
209	في الأنشطة الرياضية والبدنية
211	تعليم وتدريب الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي اضطرابات التوحد
215	برنامج الأنشطة البدنية والرياضية من مرحلة الحضانه إلى مرحلة الصف الثالث الابتدائي
215	برنامج الأنشطة البدنية والرياضية من مرحلة الصف الرابع إلى مرحلة الصف السادس الابتدائي
216	برنامج الأنشطة البدنية والرياضية من مرحلة المدرسة الإعدادية إلى الثانوية
216	اعتبارات خاصة في برنامج الأنشطة البدنية والرياضية
218	اضطرابات ضعف الانتباه
219	الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد
222	الأشخاص ذوو الاضطرابات العاطفية (الانفعالية)
222	مقترحات النشاطات البدنية والرياضية لذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية)
231	كيفية الانتقال من تمرين لآخر في الصالة الرياضية

234.....	صعوبات التعلم
237.....	نصائح لتعليم ذوي صعوبات التعلم في المجال الرياضي
237.....	الأشخاص الذين يجدون صعوبة في التكيف الاجتماعي
238.....	مقترحات التدريب للأشخاص الذين يجدون صعوبة في التكيف الاجتماعي
241	الفصل السابع: الألعاب البارالمبية الصيفية والشتوية
243.....	الألعاب البارالمبية الصيفية
243.....	المبارزة على الكراسي المتحركة
249.....	رجبي الكراسي المتحركة
252.....	تنس الكراسي المتحركة
256.....	كرة قدم خماسي للمكفوفين
259.....	ترايثلون الأشخاص ذوي الإعاقة
261.....	ألعاب القوى
264.....	البوتشيا
269.....	الدراجات
275.....	الفروسية
279.....	كرة السلة بالكراسي المتحركة
286.....	سباق القوارب للأشخاص ذوي الإعاقة
287.....	تايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة
288.....	الريشة الطائرة للأشخاص ذوي الإعاقة
288.....	السباحة
293.....	الرقص بالكراسي المتحركة
296.....	كرة الهدف
303.....	كرة القدم سباعي
305.....	القوس والسهم
309.....	الجودو
312.....	رفعات القوة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية
317.....	التجديف
321.....	الرماية

323.....	تنس الطاولة
331.....	كرة الطائرة من الجلوس
335.....	الألعاب البارالمبية الشتوية
335.....	التزلج على الجبال
338.....	البيثلون
342.....	التزلج عبر الريف
346.....	هوكي الجليد
349.....	لعبة الكيرلنج على الكراسي المتحركة
350.....	التزلج على اللوح
353.....	الفصل الثامن: الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة « نظرة استشرافية »
355.....	أهمية الرؤية المستقبلية
359.....	نطاق النظرة الاستشرافية
359.....	ملامح العقدين القادمين
360.....	سمات واقع المجتمع الرياضي للأشخاص ذوي الإعاقة
360.....	ثورة تقنية المعلومات
360.....	تحليل الوضع الحالي
361.....	المبادئ التوجيهية
362.....	الإجراءات الهامة
363.....	التوجهات المستقبلية للأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة
365.....	تحليل الوضع الراهن
368 ...	المحددات والصعوبات التي تواجه الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة
370.....	مقترحات لحل المشكلات
372.....	التطلعات والمعالجات والسياسات
374.....	تقييم البرامج
379.....	المراجع

الفصل الأول

لمحة تاريخية عن الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة



نبذة تاريخية عن رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة:

يقدم هذا الفصل جزءاً من السياق التاريخي لرياضات الأشخاص ذوي الإعاقة ليضيف ويقدم قيمة للحقائق والبيانات الخاصة بالمشاركة، إضافةً للتسلسل الزمني الشامل لكل تاريخ إنشاء اتحاد، أو لجنة الألعاب الرياضية الممارسة من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة، وبعض المعلومات عن بيانات تلك الألعاب.

لقد كانت دورة الألعاب الأولمبية الحديثة مصدر إلهام لإنشاء الألعاب الأولمبية للصم (Deaf Olympic) الألعاب البارالمبية (Paralympic Games) الألعاب العالمية للأولمبياد الخاص (Special Olympic International Games)، فلقد تم إحياء الألعاب الأولمبية الحديثة في 1896 من خلال الفرنسي بارون بييري دي جوبرتن (Baron Pierre de Coubertin)، ما بين عامي 1920 و1930، وكان هناك ألعاب عالمية جديدة، على أساس أولمبياد حديثة خاصة بالمرأة، الجامعات التخصصية، ألعاب الشباب، ففي عام 1924 عندما أقيمت أول ألعاب أولمبية للصم في فرنسا، متزامنة مع إقامة الألعاب الأولمبية بباريس ليس السنة نفسها بل أيضاً المدينة نفسها، فكل نشاطات الألعاب العالمية أوقفت خلال الحرب العالمية الأولى والثانية لكنها بدأت بعد ذلك بقليل، وأهمها ما بعد الحرب العالمية الثانية حيث ولدت ألعاب ستوك ماندفيل (Stoke Mandeville Games) في 1948 وأصبحت فيما بعد بالألعاب البارالمبية، تليها أول الشتاء الألعاب الأولمبية للصم 1949.

لقد أدركت اللجنة الأولمبية الدولية (IOC (International Olympic Committee أن النمو كان مستوحى من الألعاب الأولمبية وبدأت بممارسة بعض الرقابة على

استخدام رايتها وشعارها من أجل إجازة الألعاب العالمية، فكانت أول رياضة عالمية تم الاعتراف بها من قبل اللجنة الأولمبية الدولية أولمبياد الصم في سنة 1955. حيث اعترفت اللجنة الأولمبية الدولية باللجنة الدولية لرياضة الصم بمسمى أساسي (CISS) (Comite International des Sports des Sourds) كاتحاد دولي دائم مع الأولمبيا الدولية، وفي 1966 نالت اللجنة الدولية لرياضة الصم الاعتراف عندما منحت كأس الأولمبية في خدمة الرياضة «الرياضة وحقوق الإنسان دائماً متصلة، ولا سيما سمعة المجتمعات أو الفخر الوطني يكون بالميزان (الحسبان) » وعام 1961 قدمت اللجنة الأولمبية الدولية للتضامن المساعدات المالية لتطوير الدول النامية من عائدات البث ووسائل الإعلام في الدورة الأولمبية، في العقد نفسه، بدأ مجلس أوروبا بصياغة سياسة الرياضة للجميع، الذي صدر عام 1966 معلناً بأن « لكل شخص الحق بالمشاركة في الرياضة»، وفي عام 1981، أعلنت الأمم المتحدة «العام الدولي للأشخاص ذوي الإعاقة» وعلى الرغم من الجدل المثار حول مصطلح «الأشخاص ذوو الإعاقة» كانت هذه الخطوة الأولى في زيادة الوعي العالمي نحو الأشخاص ذوي الإعاقة وبعض القضايا التي تواجههم. اتخذ المجلس الأوروبي عام 1987 حق الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة للمشاركة في الممارسة الرياضية، من خلال إنشاء الرياضة للجميع «ميثاق الأشخاص ذوي الإعاقة» والأهم هو المفهوم السامي لأهداف الأنشطة البدنية والرياضية بشكل عام، ورياضة الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل خاص، كما ورد في فكرة الطبيب السير لودفنج جوتمان Sir Ludwig Guttmann مؤسس الألعاب الرياضية ذوي الإعاقة عام 1956 في الرسالة المعلقة في الصالة الرئيسية لملاعب ستوك مانديفيل في بريطانيا التي تنص على ما يلي:

«إن هدف ألعاب (ستوك مانديفيل) هو انتظام الأشخاص ذوي الإعاقة رجالاً ونساءً من جميع أنحاء العالم في حركة رياضية عالمية، وإن روح الرياضة الحقّة التي تسودهم اليوم سوف تبعث الأمل والإلهام إلى آلاف الأشخاص من ذوي الإعاقة، وليس هناك أعظم عوناً يمكن تقديمه للمجتمع أكثر من مساعدتهم في المجال الرياضي لتحقيق الصداقة والتفاهم بين الأمم»، فلم يكن إلى غاية عام 1988 حين وافقت اللجنة الأولمبية الدولية على التعاون مع الأولمبياد الخاص العالمي، كممثل عن الرياضيين من ذوي الإعاقة الذهنية، والعلاقة الرسمية بين اللجنة الأولمبية الدولية واللجنة البارالمبية الدولية ظهرت في العام

نفسه (1988)، عندما تم الاتفاق على استضافة الألعاب البارالمبية بالعام نفسه والمدينة والملاعب والصالات التي تقام فيها الألعاب الأولمبية.

لذلك فإن مبادرة الطبيب السير لودفنج جوتمان (Sir Ludwig Guttmann) مدير مستشفى ستوك ماندفيل Stoke Mandeville لجراحة الأعصاب ببريطانيا لإقامة أول بطولة للألعاب الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة عقب دورة لندن الأولمبية عام 1948 كانت نقطة البداية للدورات البارالمبية الصيفية والشتوية التي نراها الآن، والتي تطورت ونمت كما يوضحه التقسيم الزمني (Chronology) التالي:

1948: تنظيم أول دورة ألعاب لمصابي الحبل الشوكي على مستوى بريطانيا وتأسيس اتحاد وطني لألعاب ستوك ماندفيل.

1952: تنظيم أول دورة ألعاب لمصابي الحبل الشوكي على المستوى الدولي وتأسيس الاتحاد الدولي لألعاب ستوك ماندفيل International Stoke Mandeville Games Federation (ISMGF).

1960: تنظيم أول دورة أولمبية نظيرة، (سميت فيما بعد بارالمبية) في روما/ إيطاليا عقب الدورة الأولمبية مباشرة.

1964: تنظيم ثاني دورة أولمبية نظيرة في مدينة طوكيو، اليابان عقب الدورة الأولمبية، وتأسيس المنظمة الدولية لرياضة ذوي الإعاقة International Sport Organization For Disabled (ISOD)، كتنظيم لرياضات المكفوفين والمبتورين ومصابي الشلل الدماغي والإعاقات الحركية الأخرى (غير مصابي الحبل الشوكي).

1968: إقامة «الدورة الثالثة للألعاب الأولمبية النظيرة» في الأراضي المحتلة، عقب دورة المكسيك الأولمبية، وتأسيس منظمة الأولمبياد الخاص Special Olympic في الولايات المتحدة الأمريكية لتقديم خدمات الترويج الرياضي لذوي الإعاقة الذهنية.

1972: إقامة الدورة الرابعة لألعاب أولمبية نظيرة في مدينة هايدلبرغ بألمانيا الغربية عقب دورة ميونيخ الأولمبية.

1976: تنظيم الدورة الخامسة لألعاب أولمبية نظيرة في مدينة تورنتو- كندا، والتي شهدت

أول مشاركة عربية في هذه الدورات عن طريق الفريقين المصري والكويتي. كما أقيمت في العام نفسه أول دورة ألعاب أولمبية شتوية للأشخاص ذوي الإعاقة في مدينة أدرنسكولدسفيك - السويد.

1978: تأسيس الاتحاد الدولي لرياضة وترويح مصابي الشلل الدماغي

.Cerebral Palsy - International Sport and Recreation Association (CP - ISRA)

1980: إقامة الدورة السادسة الأولمبية النظرية في مدينة أرنهايم - هولندا، عقب دورة موسكو الأولمبية. كما أقيمت ثاني دورة أولمبية شتوية نظرية في جيلو - النرويج.

1981: تأسس الاتحاد الدولي لرياضة المكفوفين International Blind Sport Association (IBSA).

1982: تأسيس لجنة التنسيق الدولية لاتحادات رياضة ذوي الإعاقة International Coordination Committee (ICC).

1984: أقيمت في نيويورك (ألعاب البتر والمكفوفين) وفي ستوك مانديفيل (ألعاب مصابي الحبل الشوكي والشلل الدماغي) عقب دورة لوس انجلوس الأولمبية، سابع دورة ألعاب أولمبية نظرية.

1986: تأسس الاتحاد الدولي لرياضة الأشخاص المعوقين عقلياً International Sport Federation For Mentally Handicapped (INAS-FMH). والذي تعدل اسمه فيما بعد ليصبح لرياضة الإعاقات الذهنية International Sport Federation For Intellectual Disabilities (INAS-FID).

1988: أقيمت في سيؤول، كوريا الجنوبية ثامن دورة بارالمبية عقب دورتها الأولمبية، كما أقيمت في انسبروك بالنمسا رابع دورة بارالمبية شتوية.

1989: الإعلان عن تأسيس اللجنة البارالمبية الدولية International Paralympic Committee (IPC) في مدينة ديسلدورف، ألمانيا الغربية، ك لجنة نظرية للجنة الأولمبية الدولية.

1992: أقيمت الدورة البارالمبية التاسعة في برشلونة بإسبانيا عقب الدورة الأولمبية التي شهدتها المدينة نفسها، كما أقيمت أول دورة ألعاب للمعاقين ذهنياً في مدريد،

- خامس دورة البارالمبية الشتوية بالبرتغال في فرنسا.
- 1994:** أقيمت الدورة البارالمبية الشتوية السادسة في ليلهامر بالنرويج.
- 1996:** أقيمت في أتلانتا بأمريكا دورة الألعاب البارالمبية العاشرة، عقب الدورة الأولمبية التي استضافتها المدينة ذاتها.
- 1998:** أقيمت دورة الألعاب البارالمبية الشتوية السابعة في ناجانو باليابان.
- 2000:** أقيمت دورة الألعاب البارالمبية الحادية عشرة في سيدني بأستراليا.
- 2002:** أقيمت دورة الألعاب البارالمبية الشتوية الثامنة سالت ليك سيتي بأمريكا.
- 2004:** أقيمت دورة الألعاب البارالمبية الثانية عشرة في العاصمة اليونانية أثينا عقب دورتها الأولمبية، والإعلان في أثينا عن توحيد اتحادي ستوك ماندفيل International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation (ISMWSF) والمنظمة الدولية ISOD في اتحاد واحد يسمى International Wheelchair & Amputee Sports Federation (IWAS).
- 2006:** إقامة دورة الألعاب البارالمبية الشتوية التاسعة بمدينة تورينو في إيطاليا.
- 2008:** أقيمت دورة الألعاب البارالمبية الثالثة عشرة بالعاصمة الصينية بكين.
- 2010:** إقامة دورة الألعاب البارالمبية الشتوية العاشرة بمدينة فانكوفر في كندا.
- 2012:** أقيمت دورة الألعاب البارالمبية الرابعة عشرة في العاصمة البريطانية لندن.
- 2014:** إقامة دورة الألعاب البارالمبية الشتوية الحادية عشرة في مدينة سوشي الروسية.
- 2016:** أقيمت دورة الألعاب البارالمبية الخامسة عشرة بمدينة ريو دي جانيرو في البرازيل.
- 2018:** أقيمت دورة الألعاب البارالمبية الشتوية الثانية عشرة في بيونج شانج في كوريا الجنوبية.
- 2020:** ستقام دورة الألعاب البارالمبية السادسة عشرة بمدينة طوكيو في اليابان.

هذا وقد بلغ عدد أعضاء اللجنة البارالمبية الدولية مائة وثمان وسبعين دولة (178) وعدد ألعاب البرنامج البارالمبي الصيفي ثلاثاً وعشرين (23) لعبة ورياضة خاصة ومعدلة،

أما البرنامج البارالمبي الشتوي فيتضمن خمس ألعاب، عدا عن تنظيم اللجنة العلمية التابعة للجنة البارالمبية الدولية مؤتمرات علمية بارالمبية على هامش الدورات البارالمبية بدءاً من دورة برشلونة البارالمبية عام 1992، وهنا تحسن الإشارة إلى تأسيس الاتحاد الدولي للنشاط البدني المعدل International Federation for Adapted Physical Activity (IFAPA) عام 1973 الذي يعقد مؤتمراً علمياً دولياً كل عامين، كما أصدر الاتحاد بدءاً من عام 1984 المجلة العلمية الفصلية للنشاط البدني المعدل Adapted Physical Activity Quarterly (APAQ)، على الصعيد الدولي. أما على الصعيد العربي فإن رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة تتبوأ في الوقت الحاضر مكانة مرموقة بين الرياضات العالمية، حيث اتجهت دول عدة إلى إيلائها اهتماماً ملحوظاً، في هذا العصر الجديد حين بدأت الرياضات العالمية تركز على حقوق الإنسان، والدور المهم الذي يمكن للرياضة أن تلعبه في السعي لضمان حقوق الإنسان جميعاً، وأعلنت الأمم المتحدة في عام 2005 العام الدولي للرياضة والترفيه البدنية، وهذا بدوره رفع صورة الرياضة دولياً وترقيتها كأداة للتطور والسلام.

نبذة تاريخية عن الألعاب الأولمبية للصم:

الأقدم بين الرياضات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة هي الألعاب الأولمبية للصم، التي أقيمت عام 1924 في العاصمة الفرنسية باريس. والشخصان الرائدان اللذان نسبت إليهما ألعاب الصم الدولية الأولى هما: ايوجيني روبنز-الكيس (Eugène Rubens-Alcais) من فرنسا، وأنتوني دريسي Antoine Dresse من بلجيكا، ولم تقم أية ألعاب للصم خلال الفترة ما بين 1939 - 1948؛ بسبب الحرب العالمية الثانية. وفي عام 1949 أقيمت الألعاب الشتوية الدولية للصم في مدينة سيفيلد الاسترالية، وفي 1965 أقيمت الألعاب الدولية للصم في واشنطن دي سي (Washington DC) في الولايات المتحدة الأمريكية، تضمنت فقط لعبتين في اولمبياد الصم أقيمتا بجنوبي هيميسفير (Southern Hemisphere) في نيوزلند 1988 ومولبورن (Melbourne) عام 2005.

كما أن الرياضات الرسمية في برنامج الألعاب الأولمبية للصم لم تُغير أو تعدّل، بل الاختلاف الوحيد بين الرياضات الأولمبية والرياضات الأولمبية للصم هو في استخدام العلم والإضاءة بدلاً من الصافرات ومسدسات البداية في المسابقات، فالمنافسة للألعاب

الأولمبية للصم تقدم للرياضيين الذين لديهم صمم أو مشكلات سمعية، والمشاركون من الرياضيين في الألعاب الأولمبية يجب أن يكونوا من ذوي الإعاقة السمعية، التي تعرف كفقدان السمع على الأقل 55 ديسبل (Decibel) في أفضل الأذنين، كمعيار القدرة السمعية المعترف به منذ عام 1976، على الرغم من كل التحديات المستمرة إلا أنه لم يتغير. ويحظر على الرياضيين استخدام أية وسيلة أو أداة سمعية مساعدة خلال المنافسات ليتجنب أية فرصة غير عادلة بحق اللاعبين الذين لا يستخدمون هذه الوسائل المساعدة، ومعايير التأهيل وضعت للألعاب الأولمبية للصم لزيادة معيار المنافسة وليس لإقصاء اللاعبين على الأداء. مجلس الإدارة أوجد في أول الألعاب الرياضية للصم في باريس، تحت مسمى «اللجنة الدولية لرياضة الصم» (Comite International des Sports des Sourds (CISS) والمكتب الرئيس اتخذ مقرًا بمدينة فريدريك (Frederick) في ولاية ماريلاند (Maryland) في الولايات المتحدة الأمريكية ولهذا السبب تحوّل إلى مسمى «اللجنة الدولية لرياضات الصم» (International Committee of Sports for the deaf ICSD)، هذا هو المسمى الذي يخص الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية، ولهم حق العمل في مجلس الإدارة والهيئات التنفيذية، وهذا ما جعل الألعاب الأولمبية للصم الألعاب الوحيدة خارج دورات الألعاب الأولمبية، وكانت بإذن من اللجنة الأولمبية الدولية IOC، وتدار فقط من أعضاء اللجنة نفسها، وقد شهدت الألعاب للصم عددًا من التغيرات في التسميات منذ إنشائها، حيث سُميت في البداية: ألعاب الصم الدولية، ألعاب العالم للصم، والألعاب الأولمبية للصم، ورسالة الألعاب الأولمبية للصم هي «العدالة من خلال الرياضة»، وهذا التفاعل الاجتماعي للألعاب الأولمبية للرياضيين من ذوي الإعاقة السمعية يحقق المساواة. كما أن عضوية اللجنة الدولية لرياضات الصم في زيادة مطردة، وشهدت اللجنة الدولية لرياضات الصم منذ عام 1999 نموًا ملحوظًا في التمثيل والعضوية، وحاليًا هناك 96 عضوًا في أربعة اتحادات إقليمية: أوروبا، آسيا ومنطقة المحيط الهادي، القارة الأمريكية، وأفريقيا، وفق هيكلية وقواعد العضوية المعتمدة في اللجنة الأولمبية وتعتمد رسوم العضوية على مستوى الدخل الاقتصادي للأعضاء، بالإضافة إلى عدد الأعضاء المنتسبين، ومجموعة «الأعضاء الجدد»، وسُمح لها أن تدفع رسوم الحد الأدنى للعضوية خلال الثلاث سنوات الأولى. عملت اللجنة الدولية لرياضات الصم تحت مظلة اللجنة البارالمبية الدولية IPC كخطوة

انتقالية من اللجنة الأولمبية الدولية، ولتكون كل المنظمات الرياضية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة تحت مجلس إدارة واحد.

في عام 1988، انضمت اللجنة الدولية لرياضات الصّم إلى اللجنة البارالمبية الدولية، لكن للأسف العلاقة لم تتطور بإهتمام أفضل للرياضيين الصم، واللجنة الدولية لرياضات الصّم انسحبت من اللجنة البارالمبية الدولية عام 1998 وعادت للاعتراف والدعم من اللجنة الأولمبية الدولية، رغم أن اللجنة الدولية لرياضات الصّم كانت عضوة باللجنة البارالمبية الدولية إلا أنها لم تشارك بتاتاً في أي ألعاب بارالمبية، وفي عام 2004 وقّعت مذكرة تفاهم بين اللجنة البارالمبية الدولية واللجنة الدولية لرياضات الصّم توضح المسؤوليات والتنسيق لكلا المنظمين.

نبذة تاريخية عن الألعاب البارالمبية:

نظّم الطبيب السير لودفنج جوتمان في عام 1944، مسابقات رياضية للجنود المصابين بإصابات الحبل الشوكي في الحرب العالمية الثانية المتواجدين في مستشفى ستوك ماندفيل، في بريطانيا، وفي عام 1948 تطورت بشكل سريع لتكون أول ألعاب ستوك ماندفيل، التي تعد باكورة الألعاب البارالمبية، وأول ألعاب بارالمبية أقيمت في العاصمة الفرنسية باريس عام 1960، إلى غاية عام 1976. توسّعت الألعاب لتشمل مجموعة إعاقات أخرى، لتكون أيضاً أول الألعاب البارالمبية الشتوية المقامة في مدينة أدرنسكولدسفيك بالسويد، والألعاب البارالمبية أصبحت أيضاً تقام في العام نفسه للألعاب الأولمبية، وعموماً ومنذ الألعاب الأولمبية بسيؤول في كوريا الجنوبية عام 1988، والألعاب الشتوية بالبرتغال في فرنسا عام 1992 أصبحت تقام بالمدينة نفسها والملاعب والصالات ذاتها التي تقام فيها الألعاب الأولمبية؛ وذلك تأكيداً لمعنى كلمة بارالمبيك «موازي» أي إن الحركة البارالمبية موازية للحركة الأولمبية، والألعاب البارالمبية الرئيسية تشمل أربع رياضات خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة هي البوشيا (Boccia) كرة الهدف (Goalball) رفعات القوة (Powerlifting)، الرجي بالكراسي المتحركة (Wheelchair Rugby) مع بعض الرياضات التي تم تعديلها لتناسب الأشخاص الرياضيين من ذوي الإعاقة مثل كرة السلة بالكراسي المتحركة وكرة الطايرة من الجلوس، الألعاب البارالمبية

تقدم منافسات دولية لست مجموعات إعاقة مختلفة شاملة البتر (amputee)، الشلل الدماغي (cerebral palsy)، الإعاقة البصرية (visual impairment)، وإصابات الحبل الشوكي (spinal cord injuries)، الإعاقة الذهنية (intellectual disability)، إعاقات أخرى مثل التقرم، في حين شارك الرياضيون من ذوي الإعاقة الذهنية بالألعاب البارالمبية في سيدني عام 2000، لكن منذ ذلك الحين سحبت من منافسات الألعاب البارالمبية لعدم وجود معيار واضح لتحديد الحد الأدنى للمعيار التأهيلي للمشاركة في الألعاب الرياضية الرئيسية البارالمبية، هذه المعايير تختلف بين الرياضات ومجموعات الإعاقة، عند الحصول على الرياضة أو الفعالية، يصنف بعدها الرياضي بناءً على مستوى القدرة الوظيفية، ونظام التصنيف متغير لكل رياضة لكن نظام بسيط لمجموعة الرياضيين لقدرات وظيفية متشابهة للمنافسة الرياضية، إضافة إلى وجوب استيفاء الرياضيين معايير تأخذ مكاناً في الرياضات الفردية والجماعية، عندما تكون هناك فرص أو حصص محددة للدول المقيّدة بعدد إجمالي من الرياضيين في كل بارالمبيك.

تأسس عام 1989، مجلس إدارة اللجنة البارالمبية الدولية (IPC) كألعاب بارالمبية نمت من أقرب شكل لها هي ألعاب ستوك ماندفيل، الاتحاد الدولي لألعاب ستوك ماندفيل (ISMGF) (International Stoke Mandeville Games Federation) كان مسؤولاً عن التطور الأولي للألعاب، وفي عام 1964، تم تأسيس المنظمة الدولية لرياضة ذوي الإعاقة (ISOD) (International Sports Organization for the Disabled) بعدها بدأت كل مجموعة إعاقة تعمل على تشكيل مجلس إدارة، ولجمع كل المنظمات الرياضية للإعاقة تحت إدارة واحدة تأسست لجنة التنسيق الدولية (International Coordinating Committee) (ICC) 1982، والتي أصبحت اللجنة البارالمبية الدولية (IPC) 1989 واللجنة البارالمبية الدولية التي مقرها بون (Bonn) بألمانيا تعتبر الآن المظلة الرسمية الممثلة لأربع منظمات رياضية دولية للأشخاص ذوي الإعاقة هي: الاتحاد الدولي لرياضة وترويح مصابي الشلل الدماغي (CP-ISRA)، والاتحاد الدولي لرياضة المكفوفين (IBSA)، والاتحاد الدولي لرياضة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية (INAS-FID)، والاتحاد الدولي لرياضة البتر ومستخدمي الكراسي المتحركة (IWAS) وبيان الرسالة للجنة البارالمبية تم مراجعته في شهر مارس 2003، وأصبحت الرؤية الجديدة « تمكين الرياضيين البارالمبيين

تحقيق الامتياز الرياضي وإلهام وإثارة العالم» بينما الألعاب البارالمبية أخذت تنمو سريعاً منذ عام 1960.

نبذة تاريخية للأولمبياد الخاص:

في يونيو عام 1962، بدأت أويونيس كنيدي شريفير (Eunice Kennedy Shriver)، بيوم مخيم صيفي للأطفال والبالغين من ذوي الإعاقة الذهنية في منزلها، وهذا بدوره تطور سريعاً وأصبح أول ألعاب أولمبياد خاص في عام 1968 في ملعب سوليدير بشيكاغو في الولايات المتحدة الأمريكية، وأقيمت أول الألعاب الشتوية لذوي الإعاقة الذهنية في كولورادو عام 1977، وبقيت الألعاب العالمية للأولمبياد الخاص تقام في الولايات المتحدة الأمريكية حتى السبعينيات من القرن الماضي، ثم أخذت رويداً تصبح أكثر عالمية مع انضمام كندا وفرنسا، متبوعاً بتأسيس المنظمة الأوروبية، فمُنذ ذلك الحين، أصبح الأولمبياد الخاص سريعاً حركة عالمية، يقدم الأولمبياد الخاص تدريب و منافسات طوال العام للرياضيين من ذوي الإعاقة الذهنية ولكل المستويات، وليكون الشخص مؤهلاً للأولمبياد الخاص، يجب أن يكون عمر الرياضي على الأقل ثماني (8) سنوات ومصنفاً من قبل جهة أو مؤسسة معتمدة بأن لديه إعاقة ذهنية، والأولمبياد الخاص لديه تركيز فريد وقيمة مشاركة لكل رياضي، وفقاً لذلك، عُدلت بعض الرياضات والفعاليات ليُسمح بالمشاركة القصوى لكل مستويات القدرة للرياضيين، وهو نظام نادر يعتمد تقسيم الرياضيين لمجموعات وفق العمر والجنس والقدرة الوظيفية.

مجلس الإدارة للأولمبياد الخاص فهو الأولمبياد الخاص الدولي (SOI) ومقره بواشنطن دي سي في الولايات المتحدة الأمريكية، وألعاب الأولمبياد الخاص تم تمويلها في البداية بالاعتماد على النموذج الذي وضعه المجلس لجمع التبرعات، وازدهر الأولمبياد الخاص الدولي كمنظمة لها مكاتب وموظفون في كل أنحاء العالم، منذ بداية الألعاب في 1968، واستمر المجلس في تقديم رسالته المتمثلة في «تقديم نماذج رياضية أولمبية متعددة للأطفال والبالغين من ذوي الإعاقة الذهنية، وإعطائهم فرصة الاستثمارية لتطوير اللياقة البدنية، وإظهار الشجاعة، وتجربة الفرح والمشاركة في تبادل الهدايا، والمهارات والصدقة مع عائلاتهم، والرياضيين الآخرين من الأولمبياد الخاص والمجتمع».

الأولمبياد الخاص قدم عدداً من المبادرات تعزز زيادة المشاركة في برنامج تدريب

النشاط الحركي الذي يوفر نشاطات معدلة للأشخاص الذين يحتاجون دعماً عالياً، والشركاء مع الأولمبياد الخاص يشجعون الأشخاص من غير الإعاقة الذهنية على المشاركة في الأولمبياد الخاص جنباً إلى جنب مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية والبرنامج الصحي لفحص الرياضيين، يزود كل الرياضيين في الأولمبياد الخاص لتكملة الفحص الطبي. والهدف من الأولمبياد الخاص أساساً هو «مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية للمشاركة كمتتجين وأعضاء لهم احترامهم بالمجتمع بأسره» هذا يعكس نشاطات الأولمبياد الخاص الدولي ولتتمدد وتأخذ بعداً أكثر عن الساحة الرياضية، وسعى الأولمبياد الخاص بقيادة السيدة شريف، إلى تطوير الخدمات والاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة من خلال التعليم، والتوظيف، والخدمات الاجتماعية وتوعية المجتمع، والمواقف تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، ويضم الأولمبياد الخاص الدولي حالياً مائة وستين (160) منظمة وطنية معتمدة في سبع مجموعات هي مناطق أفريقيا، آسيا المحيط الهادي، شرق آسيا، أوروبا، أمريكا اللاتينية، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وأمريكا الشمالية.

الاختلاف الجوهرى بين الألعاب الأولمبية (Olympic) والألعاب البارالمبية (Paralympic):

يُعد الفكر الأولمبي فلسفة في الحياة تهدف إلى تقوية الصفات البدنية، الذهنية والإدارية وصقلها بنسب متوازية في قالب سوي، ويسعى في هذا الإطار إلى خلق نسق للحياة، تتوازى فيها المتعة العضلية مع القيم التعليمية للمثل التي يحتذى بها في إطار احترام المبادئ الأخلاقية في شتى أنحاء المعمورة، ويهدف الفكر الأولمبي بمجمله إلى إيجاد التربة الرياضية الخصبة، والتي من ثمارها معرفتها بكيفية خدمة التطور البشري على نحو منسق، يسهم في إنماء مجتمع متطور جذوره المحافظة على الكرامة الإنسانية، وتسييد المحبة والسلام من خلال تربية الشباب رياضياً دون تمييز، وفق نسق من التفاهم المتبادل وبروح الود واللعب النزيه.

تستخدم الرياضة بشكل عام أشكال تصنيف مختلفة مثل: الجنس، العمر، والوزن، والتي تفرز الرياضيون على أساسها، في حين يعتمد تصنيفاً أكثر تعقيداً وإرباكاً للمهتمين لدى

الأشخاص ذوي الإعاقة، فهم يصنفون في مجالات المدى الحركي والتناسق والتوازن، ليتنافسوا فيما بينهم ضمن مستويات القدرة الوظيفية نفسها؛ أي أن المبدأ الأساسي الذي تقوم عليه فكرة التصنيف لدى الأشخاص ذوي الإعاقة هي السماح للرياضيين منهم، وبمختلف القدرات والقابليات بالمنافسة بنزاهة وعدالة، إذ إن هدف التصنيف الأساسي هو تحقيق المساواة بين الرياضيين من مصابي البتر، الشلل، المكفوفين والإعاقات الذهنية أو الشلل الدماغية، وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن الذي يجعل الألعاب البارالمبية فريدة هو نظام تصنيف اللاعبين (الأشخاص ذوي الإعاقة)، حيث يقومون بتعبئة استمارة طبية مصدقة من قبل طبيب مختص أو من قبل الجهة الرياضية المعنية والمسؤولة عن الرياضيين، ثم يراجع مصنّفو اللجنة البارالمبية الدولية المعلومات الواردة في الاستمارات ويدققونها، ثم يصنف الرياضيون من قبل لجنة التصنيف الدولية المعتمدة من قبل اللجنة الدولية البارالمبية، وفق الأنواع الثلاثة الآتية:

- الإعاقة البدنية وتشمل: المبتورين، الشلل الدماغية، إصابات الحبل الشوكي، شلل الأطفال، إصابات حركية أخرى مثل التقرم.
- الإعاقة البصرية وتشمل: الكفيف الكلي، المبصرين جزئياً.
- الإعاقة الذهنية.

تقوم اللجنة البارالمبية الدولية بتطوير نظام التصنيف مع تشابه كبير في مستويات القدرات والتنافس في الألعاب البارالمبية، مع العلم أن هناك أكثر من منافسة ضمن اللعبة الواحدة وبحسب الفئات التصنيفية.

نظام تصنيف اللاعبين بالألعاب البارالمبية:

في بداية الألعاب البارالمبية، تم وضع كثير من القيود على اللاعبين الرياضيين من الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث كان التفكير العام بأن أصحاب إصابات النخاع الشوكي غير قادرين على ممارسة الألعاب الرياضية الصعبة، لكن هؤلاء الرياضيين أثبتوا للعالم إمكانية نجاحهم بالممارسة الرياضية، تقليدياً هناك رياضيون ينتمون إلى ست مجموعات إعاقة مختلفة في الحركة البارالمبية، على النحو الآتي: البتر، الشلل الدماغية، الإعاقة البصرية، إصابات الحبل الشوكي، الإعاقة الذهنية، ومجموعة تشمل كل من لا ينتمي

إلى أي من المجموعات السابقة (إعاقات أخرى)، فمن هنا كان لا بد من نظام يحكم كل مجموعة وكل فئة داخل هذه المجموعات.

نظام التصنيف الوظيفي للاعبين هو بناء المنافسة، ليس مثل المصارعة، الملاكمة، رفع الأثقال حيث يصنف ممارسوها من خلال الوزن، فهنا يجمع الرياضيون ذوو الإعاقة ضمن فئات عرفت بالدرجة الوظيفية التي تظهرها الإعاقة، إذ صممت الفئات من خلال تنوع عمليات يحتمل أنها تشتمل على تقييم فني وبدني ومشاهدة داخل المنافسة وخارجها، تُعرف الفئات من خلال كل رياضة وجزء نموذجي لقوانين الرياضة. والتصنيف عملية مستمرة، فعندما يبدأ الرياضي التنافس يوزع ضمن فئة تعكس قدرته الوظيفية. حيث يتم تصنيف اللاعبين الآن في مكان لعبهم في ساحة اللعب، وهذا يساعد المصنّف على تقييم اللاعب بالطريقة التي سيلعب بها فعلياً بالمنافسة، ففلسفة التصنيف تستند إلى قدرة اللاعب الوظيفية على إتقان المهارات الأساسية للعبة التي يمارسها، وليس فقط تقييم لمستوى قدرة اللاعب، بل بالأساس القدرة الوظيفية لإتمام المطلوب عملياً، مثل حركة الجذع والتوازن التي تشكّل الأساس في تحديد فئة اللاعب التصنيفية الخاصة به، والتي تعطينا مبدأ العدالة للجميع أثناء المنافسات الرياضية، وتقوم اللجنة البارالمبية الدولية بتطوير نظام التصنيف للاعبين، مع تشابه كبير في مستويات القدرة والتنافس بالألعاب البارالمبية، مع العلم أن هناك أكثر من منافسة ضمن اللعبة الواحدة، وبحسب الفئات التصنيفية، كما يحتاج نظام التصنيف إلى تشكيل صورة ملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة بدرجات متفاوتة ومن جهة أخرى، يجب أن تجذب الألعاب البارالمبية الإعلام والجمهور حول العالم وهذا يستوجب شفافية ومعرفة أكبر، لتجنب الإرباك، ويحتاج الجمهور إلى معرفة قوانين الألعاب البارالمبية المتنوعة، لكي يعرف بشكل أفضل ما الذي يحدث في الملعب، ويعرف أيضاً أن هناك ألعاباً رياضية مختلفة، وأشكالاً مختلفة لها، كما أن الجمهور بحاجة إلى فهم وجود أكثر من جولة نهائية في الأنشطة الرياضية، وسبب تنافس الأشخاص ذوي الإعاقة وفق فئات مختلفة.

يوجد هياكل رياضية دولية مختلفة ذات صلة بكل حالات وأنواع الإعاقة، ظهرت تدريجياً ووضعت نظم تصنيف خصوصية لفئات الإعاقات المختلفة المتكفل بها، حيث تشرف عليها اللجنة البارالمبية الدولية (IPC) والتي تمثل الهيكل الأعلى للرياضة عند الأشخاص ذوي الإعاقة في العالم.

فحص الرياضي من أجل التصنيف:

إن فحص القدرة على الممارسة الرياضية هو فحص إجباري قبل بداية النشاط الرياضي، حيث يتم إجراؤه من قبل طبيب يتولى تسليم شهادة بعدم وجود مانع من ممارسة الرياضة، فهو فحص يبغي تجديد الترسيم الرياضي في بداية كل موسم، أما فحص التصنيف من أجل المنافسة فيتطلب معرفة طبية، إلا أنه يمكن أن يقوم به متخصصون في العلاج الطبيعي أو حتى فنيون ذوو كفاءة وخبرة في مجال رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة.

صعوبات التصنيف:

أ- الصعوبات المرتبطة بالفحص:

يتطلب فحص التصنيف المراحل التالية:

1. التحكّم في تقنية الاختبارات العضلية.
2. معرفة الأسباب الرئيسية للإعاقات المختلفة وخصائصها.
3. القدرة على حسن تحليل كل حالة أو فئة من فئات الإعاقة.

يتطلب الفحص في الغالب وقتاً وجهداً وخصوصاً إذا كانت الإصابة غير واضحة أو غير محددة بدقة.

تعاون الشخص الرياضي من ذوي الإعاقة ضروري. رغم أن الحصول عليه ليس سهلاً في الغالب، لأن بعضهم يميلون إلى المبالغة في إبراز إعاقتهم بالامتناع عن القيام بحركة ما رغم قدرتهم على أدائها، كما يمكن أن توجد بعض مشاكل التواصل بين المصنف والشخص الرياضي من ذوي الإعاقة.

يجب أن يكون الفحص مدققاً، إذ إنه إذا أنجز بسرعة وقبل المنافسات مباشرة أو في منشآت غير ملائمة، يمكن أن يقود إلى أخطاء في التقدير.

ب- الصعوبات الراجعة إلى نظم التصنيف:

يجب الإلمام الجيد بمختلف النظم التصنيفية، لذلك ينبغي التحري في اختيار النظام الملائم مع اعتبار طبيعة الإعاقة والمسابقة الرياضية المختارة. وليس هناك تجانس تام ضمن

الفئة التصنيفية الواحدة نفسها، ذلك أن أي شخص من ذوي الإعاقة لا يشبه آخر. فالرياضي الذي يوجد بالحد الأقصى لفتته التصنيفية، يكون أكثر درجة إعاقة من ذلك القريب من الحد الأدنى، رغم أنهما يتبعان إلى فئة واحدة.

ج- الصوبات الراجعة إلى الإعاقة الدنيا:

توصي الهياكل والمنظمات الدولية المهتمة والمسؤولة عن رياضات الأشخاص ذوي الإعاقة بالتثبت بكل ما يمكن من الدقة، إذا كان للشخص الرياضي «الإعاقة الدنيا» المطلوبة والتي تخوله المشاركة في فئة معينة، الأمر الذي يسمح له بأن يصنف ويشارك في المنافسات.

غائية الفحص:

يجب أن يصنف الرياضي، في النظام التصنيفي الملائم الذي أقرته اللجنة البارالمبية الدولية، وهكذا ينبغي إلقاء سؤالين اثنين في بداية الفحص:

1. إلى أية فئة من فئات الأشخاص ذوي الإعاقة ينتمي الرياضي؟
شلل دماغي أو حالات مشابهة، إصابات الحبل الشوكي، شلل الأطفال، بتر، إعاقات أخرى مثل ضمور العضلات،....)

2. هل يستجيب الرياضي لمقاييس الإعاقة الدنيا للفئة المذكورة؟

الإعاقة الدنيا تطابق المستوى الأدنى من القصور الوظيفي المطلوب ليسمح للرياضي المشاركة في اختصاص ما من رياضات الأشخاص ذوي الإعاقة، وهذا المستوى يحدده الهيكل أو المنظمة الدولية صاحبة العلاقة بفئة الإعاقة، ويختلف بحسب اختصاص الرياضي. وعلى المصنف الرجوع إلى قائمة الإعاقات الدنيا، كما هي محددة حسب مختلف النظم التصنيفية في مختلف الرياضات الممارسة.

فحص التصنيف:

وجها الفحص: في مختلف النظم التصنيفية المعمول بها يقوم فحص التصنيف أساسا على:

تقييم بدني يتمثل في تقرير دقيق ومحدد لطاقة الرياضي الوظيفية الكامنة، بواسطة اختبارات عضلية، وفحص مختلف الحركات المفصلية.

يتعلق الأمر بالرياضيين ذوي الإعاقات المختلفة طابع «وظيفي» يتمثل في تقييم القدرات الوظيفية للشخص، دون اعتبار أسباب العجز.

أ- إجراء الفحص:

يتم الفحص من أجل التصنيف في عدة مراحل متداخلة في الزمن بصورة أو بأخرى وعلى النحو الآتي:

المرحلة الأولى: الفحص البدني:

يمكنّ الفحص البدني من التعرف إلى المواصفات الوظيفية، وبالتالي قدرة الرياضي، وهو قائم على الاختيار العضلي لذوي الإعاقة الحركية، ودرجة ومجال الإبصار لذوي الإعاقة البصرية، ومستوى الإعاقة السمعية لذوي الإعاقة السمعية، وفئة الإعاقة الذهنية لذوي الإعاقة الذهنية. على سبيل المثال، في تصنيف الإعاقة الحركية التي تعتبر الأكثر انتشاراً بين الإعاقات من الضروري أن يقاس عند جميع الرياضيين، مدى حركات الأطراف الأربعة عند الحركات الفاعلة والمنفصلة، ويجرى الاختبار العضلي على الرياضيين، عندما يوجد قصور تكون الوظائف العضلية للأطراف الأربعة والجذع مقاييس تقدير رئيسية للتصنيف، بالإضافة لاختبارات تخصصية يجب أن يجريها الرياضي بطلب من المختبر مثل: الجلوس مستقيماً، وإدارة الجذع في الاتجاهين، المشي، الجري، التصفيق، وغيرها من حركات للجذع والأطراف. وأثناء هذه الاختبارات يمكن أن يقوم المختبر بجس بعض العضلات أو مجموعات عضلية لتقدير درجة وظيفتها. وفي نهاية الفحص البدني تطابق القدرات الحركية الكامنة مواصفات تصنيف ما في النظام التصنيفي الوظيفي المعني، وهنا ينبغي فحص الرياضي من الناحية الوظيفية بالقاعة و/ أو على الميدان.

المرحلة الثانية: الغرض الفني الذي يشكل الجانب «الوظيفي»

هذه المرحلة من التصنيف غالباً ما تكون ضرورية بالنسبة إلى كل فئات الإعاقة، يتم إعلام المختبرين بمستوى أداء الرياضي المعهود، الأمر الذي يمكنهم من معرفة ما اذا كان الجهد المبذول عند الاختبار حقيقياً أم لا، وتسجيل هذه المعلومات على بطاقة البيانات الخاصة بالرياضي. وهكذا، في حالة وجود اختلاف هام بين مستويات الأداء المذكورة على البطاقة وتلك المنجزة عند المنافسة، يكون من الضروري إجراء تقييم جديد للرياضي.

المرحلة الثالثة: إعادة الفحص

تتم عملية إعادة الفحص عند المنافسات، بالنسبة إلى الأشخاص الذين لا يكون صنفهم واضحاً أثر الفحص الأول، أو أولئك المتأرجحين بين صنفين، وتسمح هذه المرحلة بالتأكد من أن الصنف المسند على أثر المرحلة الثانية صحيح، وأن الرياضي تم وضعه بالفعل في التصنيف المطابق لقصوره. وإذا لم يكن ذلك كافياً، وما زالت هناك شكوك بخصوص التصنيف، يكون ضرورياً إعادة فحص الرياضي مع اختبار وظيفي جديد، ومزيد من الاختبارات الوظيفية لتقدير قدرته الكامنة الحقيقية على الأداء.

الخصائص التنظيمية لفحص التصنيف:

- إن فحص التصنيف يجب أن يكون مقنناً دقيقاً ويستجيب للشروط التالية:
- إجراء الفحص من قبل لجنة متخصصة في المجال مثل الطبيب، واختصاصي العلاج الطبيعي، ومشرف فني.
- يتم الفحص قبل وقت كاف من المنافسات.
- يجب أن يكون الفحص دقيقاً ومطابقاً للإجراءات.
- يجب أن يكون المترشح في زي رياضي، وحاملاً معه وثائق التعريف (جواز السفر، الإجازة الرياضية، صورة شخصية، تقريراً طبياً).
- يكون الرياضي مرفقاً بمدربه و / أو شخص يتولى الترجمة، إذا كان ذلك ضرورياً.
- يجري الفحص، بالنسبة إلى الكشف البدني، في قاعة متسعة ومضاءة بالقدر الكافي وملائمة التجهيز.
- إذا كان الأمر ضرورياً، تتم مراقبة الرياضي على الملعب لتأكيد التصنيف الوظيفي الذي سبق إسناده.
- إذا لم يتسن في نهاية إعادة الفحص تأكيد التصنيف، يتم إجراء مراقبة إضافية أثناء المنافسة.
- في النهاية، يتم إعلام الرياضي كتابياً بالتصنيف المسند إليه مع كل التوضيحات اللازمة.

الروح الأولمبية والروح البارالمبية:

تستند كل من الحركة الأولمبية والحركة البارالمبية إلى المبدأ الأساسي من الدستور الأولمبي، الذي ينص على أن الأولمبياد عبارة عن فلسفة حياة، تقوي وتجمع وتوازن جميع الميزات في الجسم، الإرادة، التفكير، ويمزج الألعاب الرياضية مع الثقافة والتعليم، يسعى الأولمبياد إلى خلق أسلوب حياة مستند إلى المتعة الموجودة في بذل الجهد، القيمة التعليمية للمثال الجيد، واحترام المبادئ الأخلاقية العالمية الأساسية، فنجد كلمة أخلاقي «ethical» مشتقة من الكلمة اليونانية «ethos» إذ أينما طبقت الأخلاق في الألعاب الأولمبية عنت الآداب الجيدة، اللعب العادل، الاحترام المتبادل، عدم التمييز أو التفریق، وعدم منح الجوائز المادية. إذ وفقاً للمبادئ الأخلاقية، يعتبر الاشتراك الفعال بالألعاب الرياضية أمراً هاماً جداً لتجهيز الأفراد الشباب لمواجهة تحديات الحياة خارج ساحة اللعب، كل من الشعار الأولمبي «الأسرع، الأعلى، الأقوى» «Citius, Altius, Fortius» والشعار البارالمبي «روح الحركة» يمنحان الرسالة لكل من ينتمي للحركة الأولمبية والحركة البارالمبية، ويدعوهم للتفوق بموجب الروح الأولمبية والبارالمبية، كما تعتبر الألعاب الأولمبية والبارالمبية بشكل تقليدي ألعاباً، حيث يتنافس الرياضيون دون الاهتمام بالمكسب المادي، يذكر الدكتور جاك روجي (Jacques Rogge) رئيس اللجنة الأولمبية الدولية (IOC) الأسبق أن «يتنافس الرياضيون على الميداليات: الذهبية، الفضية، والبرونزية، ولا يحصل أي منهم على جوائز مالية» وكل الأرباح التي نتجت عن احتفال الألعاب الأولمبية سوف ترصد لتطوير الحركة الأولمبية / البارالمبية والألعاب الرياضية، فمن اللائق الاقتباس وللمرة الثانية عن السير فيليب كريفن (Philip Craven) رئيس اللجنة البارالمبية الدولية (IPC) الحالي، الذي تلخص رؤيته وبشكل بليغ أهمية تقدم وتطور الحركة البارالمبية، يصرح السير فيليب كريفن (Philip Craven) «إن قيمنا مستندة إلى تركيبة من خلق العدل والإنصاف لرياضي هاو، صادق، ممزوجة مع مسعى أداء النخبة والصفوة. زراعة هذه الهوية وحمايتها هو أحد أهدافنا الرئيسية» لكن في أيامنا الحالية، وبوجود هذه الأفكار الأخلاقية، نرى لاعبين أولمبيين وفي بعض الأوقات بارالمبيين يفوزون بثروات كلاعب كرة سلة مثلاً أو لاعبي التنس الأرضي، بينما تستلم الدعم المالي والجوائز المالية المتزايدة كلها من قبل المدربين، أما الرياضي فيظهر لفوزه بالميداليات إما بالأنشطة الفردية أو الجماعية عبر قنوات التلفزة الحكومية، تحت رعاية اتحاد رياضي محلي أو عالمي.

أعلنت بعض الدول عن قائمة مفصلة بالجوائز المالية، التي يمكن للاعب استلامها في حال فوزه بميداليات أثناء الألعاب الأولمبية والبارالمبية، ويستلم المدربون ما نسبته 50% من نسبة المبالغ التي يستلمها اللاعب، وقد يعتقد بعض المهتمين أن هذه الجوائز المالية قد تُعرض المُثَل

الأولمبية العليا للخطر بموجب موافقة اللجنة الأولمبية الدولية (IOC) واللجنة البارالمبية الدولية (IPC) تسمح كل من اللجنتين لعالم الأعمال والحكومات بتمويل الرياضيين، بالرغم من حقيقة إنه يفترض أن يبقوا على الألعاب الرياضية خالية من السمّة التجارية، وذلك بمنع الإعلان عن الأزياء الرياضية الموحدة رسمياً أو لوحات الإعلانات في الأماكن الأولمبية، إذ يعتبر بعض المهتمين هذا عملاً منافياً، ولكن بالوقت نفسه مقبولاً، ويعتقد الآخرون بوجوب تعديل هذا الوضع قريباً، وفي الوقت ذاته يعتقد آخرون أنها ممارسة عمل جيدة. توجد هناك كثير من وجهات النظر بخصوص هذا الموضوع، وتتواجد بشكل دائم مسألة الرياضيين الهاوين والمحترفين خلال الألعاب الأولمبية، وتنقسم وجهات نظر الرأي العام ويُنسى كل ذلك عندما يؤتى بالميداليات ويُرفع علم الدولة، لكن يحتاج الناس لفهم واستيعاب أن الرياضيين النخبة في أيا من الحالية إما محترفون أو مدرّبون كمحترفين، فالرياضيون المتواجدون في القمة لديهم مطالب عالية المستوى حيث يتمنون لـ 7 أيام في الأسبوع على مدى سنوات كثيرة، مضحين بتعليمهم وتمارينهم المحترف، يريدون أن يكون عندهم أفضل مدرب، طيب جداً، ووسائل ممتازة للتدريب، في الوقت الذي يستحق به هؤلاء الرياضيون هذا الدعم، فإنه من المكلف جداً للحكومات توفيره، وفي حقيقة هذه هي المشكلة، فإن كثيراً من الحكومات، والتي تعي الرياضة كقوة اجتماعية مهمة للغاية، تجد الحل في عالم الأعمال، والذي بدوره يكون مهتماً بشكل كبير لأن يشرك نفسه بعالم الرياضة، ويذكر بعض الناس من «العصر الذهبي للرياضة» حيث يوجد هناك اهتمام إعلامي هائل، وهذا الاهتمام يجذب بدوره الراعيين الذين يقدمون المصدر المالي الرئيسي للألعاب الرياضية، وتُرى مساهمة الرعاية في الرياضة كفرصة للاستثمار أكثر منها تعليماً خيراً، ومنذ عام 1988، كان هناك اندماج متزايد للألعاب الرياضية المحترفة في الألعاب الأولمبية. باستثناء الملاكمة (التي تسيطر عليها الكثير من الاتحادات) لم يكن هناك أي لعبة رياضية أخرى تستثني الرياضيين المحترفين في البرنامج الأولمبي، يعتبر بعض أعضاء مجلس اللجنة الأولمبية الدولية (IOC)، بالإضافة إلى مسؤولين إداريين آخرين التزايد المستمر في الألعاب الرياضية والوسائل المحترفة في الألعاب الأولمبية تقدماً وتطوراً جيداً، بينما يعتقد آخرون بأن هذا الوضع يرتبط وبشكل كبير بتعزيز تناول المنشطات.

في الختام، فإن عودة الألعاب الأولمبية لأثينا في عام 2004، تعتبر عودة رمزية إلى

الوطن، والتي تتيح لنا نحن الذين نحترم المثل الأولمبية العليا إعادة تحديد مفهوم الحركتين الأولمبية والبارالمبية والألعاب الأولمبية والبارالمبية.

سمات العمل في الألعاب البارالمبية:

تعتبر رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة قسماً نامياً في عالم صناعة الرياضة، حيث تحتل الألعاب البارالمبية في السنوات التي تقام بها المركز الثاني عالمياً بعد الألعاب الأولمبية، بوجود 5000 آلاف رياضي تقريباً مجدول للتنافس في الألعاب البارالمبية الصيفية، وتعتبر الألعاب الرياضية هي الإدارة الرياضية المباشرة. في الماضي، كانت اللجان التنظيمية الأولمبية والبارالمبية عبارة عن هيئات منفصلة، وكانت ألعاب سولت ليك سيتي الشتوية لعام 2002، المرة الأولى التي تتواجد بها لجنة تنظيمية واحدة مكرسة للترويج لكلا الألعاب الأولمبية والبارالمبية، هذه العملية الكفوءة تعمل الـ ATHOC كالتنظيم المشرف على كل الألعاب، فمن المنظور الإداري، ما هي بعض مجالات الاهتمام الرئيسية؟ في حين أن هناك تعدداً في القضايا والأمور الإدارية التي تشمل التسويق، المالية، إدارة المؤسسة، إدارة المورد البشري (الموظفون والمتطوعون) والأمن، بشكل مختصر نركز على عدد قليل من القضايا والأمور الإدارية، أي التسويق والأمن، فهناك مجال رئيسي واحد لتسويق الألعاب، هنا ينبغي على المدراء الرياضيين أن يضعوا في حسابهم جوانب التسويق مثل: السلعة، السعر، والدعم أي التعزيز، بالنسبة للسلعة، فإن السلعة البارالمبية تشتمل على ثلاثة تصنيفات: الرياضيون، الأنشطة، وأماكن الحدث الرياضي، في مجال تسويق الرياضيين، فإن التركيز يقع على الإنجاز الرياضي ومبدأ «الرياضي أولاً والإعاقة ثانياً»، أما تسويق الأنشطة، فإن التركيز على مرحلة تنافس النخبة، والأماكن يجري تسويقها بسهولة، حيث إن معظم هذه الأماكن هي نفسها التي استضافت الأنشطة الأولمبية ولذلك تعتبر هذه الأماكن أماكن عالمية، بالنسبة للسعر فإنه يجب على منظمي الألعاب أن يتحققوا من سياسات بيع التذاكر والتكلفة التي يكون الجمهور على استعداد لدفعها، ففي دورة الألعاب الأولمبية والبارالمبية 2000 بسيدني، بيعت التذاكر على هيئة دفتر كوبونات، حيث اشترى الجمهور دفتر الكوبونات الذي مكثهم من حضور أي حدث رياضي يرغبون مشاهدته وتحوّل إلى دفتر كوبونات خاص بتوفير المقاعد، وتجاوزت مبيعات التذاكر المليون دولار فيما سمي

بالحملة الأكثر نجاحاً، في مدينة سولت ليك الأمريكية تراوحت أسعار التذاكر بين 5 دولار إلى 20 دولاراً للألعاب الفردية وبين 20 دولار إلى 100 دولار للمراسم الافتتاحية والختامية، وجميعها مبالغ ليس من الصعب على الفرد تحملها.

إن الدعم والتعزيز يكمنان في كيفية إعلام الناس عن الألعاب، وإحدى الطرق لإنجاز ذلك هو عالم الإنترنت من خلال زيارة نقوم بها لموقع الألعاب البارالمبية، توفر لنا مقداراً كبيراً من المعلومات حول الألعاب الرياضية التي تمارس، كما يشمل الدعم والتعزيز أيضاً بيع السلع المرخصة، التي يتم الاتجار بها تحت الشعارات البارالمبية، وإن السلع البارالمبية المرخصة المعروضة للبيع سهلة التمييز عند الشراء بسبب استخدام اللون البرتقالي الذي يفصل السلع البارالمبية عن السلع الأولمبية التي تتميز بلونها الأزرق، فبعض المواد مثل الأقلام، القمصان، القبعات والحقائب متوفرة للشراء، بالإضافة إلى التمايم البارالمبية الملونة، وتجذب الأشخاص من الفئات العمرية كافة. مجال آخر يتضمن حركة الدعم والتعزيز هو الضمان المالي المتعلق بالشركات، حيث في الماضي، كان راعون الألعاب البارالمبية في الغالب منتسبين لشركات تأهيلية طبية ذات علاقة، أما الآن فهناك راعين أكثر سيادة يعملون مع الألعاب البارالمبية، كما هو مثبت باتفاقية الضمان المالي الموقعة في خريف عام 2004 ما بين VISA و اللجنة البارالمبية الدولية (IPC). واشتمل راعي ألعاب سولت ليك الشتوية لعام 2002 اهتماماً إدارياً رئيسياً آخر واضحاً يتمثل بمسألة الأمن أثناء الحدث الرياضي، هذا يشمل ضمان الأمن ليس فقط للرياضيين بل وأيضاً المدربين، والمسؤولين الإداريين، والجمهور، وضيوف الشرف، وأفراد الأسرة الأولمبية البارالمبية، من خلال المناخ العالمي الحالي، فإن هناك بعض الأمم التي تعتبر على مستوى عالٍ من الخطورة تتطلب لذلك إجراءات أمنية وقائية إضافية، الأماكن الناقلة للحدث يجب أن تكون مؤمنة ليس فقط من ناحية الجمهور بل وأيضاً من ناحية العاملين (الموظفين)، المتطوعين، وسائل الإعلام، والباعة الذين قد يدخلون أماكن الحدث في أوقات مختلفة، ووسائل النقل كذلك يجب أن تراقب، منذ الوصول وحتى مغادرة الوفود جواً، براً، أو بحراً. وحقيقة أن ميزانية للمسائل الأمنية لكلا الألعاب الأولمبية والبارالمبية تقارب البليون دولار تدل بالتأكيد على مدى جدية المسائل الأمنية، كما تعتبر إدارة الألعاب البارالمبية عالماً مصغراً من إدارة لألعاب الأولمبية، فالعاملون ضمن الألعاب الرياضية البارالمبية مكلفون كذلك

بتنظيم وسائل النقل، إنتاج برامج الألعاب الرياضية، التعامل مع نتائج الأنشطة، العمل مع وسائل الإعلام، الإشراف على الأماكن متضمنة القرية البارالمبية، مبادئ الإدارة الرياضية المتبعة في الألعاب الأولمبية نفسها توضع أيضاً في الألعاب البارالمبية لضمان نجاحها.

الفصل الثاني

مفاهيم ومصطلحات في الإعاقة والأنشطة البدنية والرياضية وأهميتها



الإعاقة والمجتمع:

أولاً : نظرة المجتمع للإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة:

تطوّرت حالياً نظرة المجتمعات إلى الإعاقة وذوي الإعاقة وبصورة جذرية ومنذ الحرب العالمية الثانية، التي نتج عنها الملايين منهم، فبعد أن كانت النظرة سلبية صارت نظرة إيجابية ومن تواجد هامشي خارج المجتمع إلى تواجد فعلي وفعال بتأهيلهم لوظائف ومهن جديدة تناسب وإمكاناتهم ما بعد الإعاقة، وتوازي ذلك مع تطوّر الاهتمام بالتأهيل الطبي للأشخاص ذوي الإعاقة وليصبحوا جزءاً مقبولاً وإيجابياً في مجتمعاتهم، وأصبح يقاس تقدم هذه المجتمعات بمدى تقدمها في مجال الإعاقة وخدمة الأشخاص ذوي الإعاقة، كما اهتمت الحكومات ببذل قصارى جهدها لرعاية الأشخاص من هذه الفئة وتدريبهم وتوظيفهم من خلال العديد من الهيئات والوزارات الرسمية والأهلية، كما وفّرت لهم عدداً من الأنشطة الرياضية والترويحية، ولم يعد الشخص ذو الإعاقة في انتظار ذلك العطف أو الشفقة، بل في حاجة إلى تفهم ومعاونة لقدراته الفردية ما بعد الإعاقة.

ثانياً : نظرة الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المجتمع:

يجب أن نضع بالاعتبار أن الإعاقات الشديدة المختلفة تسبب تحرك الجسم بطريقة ونمط غير سوي وبطريقة خاصة، كما في حالات كثيرة مثل الشلل، البتر، الشلل الدماغي، الإعاقة البصرية، الإعاقة الذهنية، الإعاقات المتعددة، كما قد يصاحب الإعاقة تغير في طريقة النطق الكلامي وعدم التوافق في الرد والحديث اللفظي والأداء الحركي، ويؤدي مسبقاً في معظم الأحيان وكتيجة لتلك الحركات غير الطبيعية في الجسم إلى ضغوط نفسية على الفرد صاحب الإعاقات الشديدة، ويسبب له صعوبة كبيرة بالتأقلم والاندماج

بالمجتمع المحيط به، مما قد يغير من نظرة الفرد المعاق لنفسه، وتتغلب عليه نظرة الاضطهاد والتشاؤم والخجل والقلق وفقدان الثقة بالنفس وتدفعه إلى العزلة والتفوق، بل وقد يصل الأمر إلى مرحلة العداوة للمجتمع، إذا لم يجد الاهتمام والرعاية اللازمين، ويلزم أن يلقي الشخص من ذوي الإعاقة الاهتمام والرعاية الخاصة به في المجال الرياضي مع مراعاة لظروفه وإمكاناته البدنية المحدودة نسبياً، مع إيجاد الاهتمام بالجوانب النفسية والطبية المواكبة لهذا الاهتمام الرياضي، فقد أثبتت الأبحاث أن الأشخاص من ذوي الإعاقة في شتى المجالات الرياضية، الثقافية الاقتصادية، الاجتماعية قادرين على التميز، الإبداع، والمنافسة الشريفة في إثبات الذات والتفوق ولم تكن الإعاقة إلا دافعاً قوياً بالنسبة لهؤلاء ليضعوا بصمتهم التي لا بد أن تلاقي مزيداً من الاحترام والتقدير من قبل جميع أفراد المجتمع، ومن الخطأ في مجال رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة أن نتناول الرياضة الخاصة بالإعاقة البدنية مع سلامة العقل والجهاز العصبي، بخلطهم تنافسياً مع الأشخاص من ذوي الإعاقة الذهنية أو أصحاب الإعاقة النفسية. حيث توجد لهذا النوع الأخير كفاءات ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية ذي طابع خاص تفيدهم أيضاً من الناحية النفسية والعلاجية والاجتماعية.

أهمية الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة:

تعتبر ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية ذات أهمية قصوى للأشخاص ذوي الإعاقة، بنحو يفوق أهميتها للأشخاص غير ذوي الإعاقة، وأهمية تلك الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة، وما يقال فيه ينطبق أيضاً على أهميتها بالنسبة لأنواع الإعاقة الشديدة الأخرى بمختلف أنواعها وعلى وجه العموم، فإن الأهمية تماثل أهميتها بالنسبة للأشخاص من غير ذوي الإعاقة، بالإضافة لكونها ذات أهمية علاجية وبدنية ونفسية واجتماعية وتأهيلية، ويمكن تلخيص أهميتها فيما يلي:

أولاً : الاستفادة من الأنشطة البدنية والرياضية كعامل علاجي هام:

تعتبر ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة وسيلة طبيعية للعلاج، على هيئة تمارين علاجية تأهيلية كأحد المكونات الهامة للعلاج الطبيعي، التي تساهم وبدرجة كبيرة باستعادة اللياقة البدنية مثل: استعادته للقوة العضلية، والمهارة، التوافق

العضلي العصبي، التحمل، التوازن، السرعة، المرونة، وبالتالي استعادة الكفاءة واللياقة العامة في الحياة، كما تساهم تلك التمرينات بتغلب الشخص من ذوي الإعاقة على ما يصادفه من إرهاق عضلي خاصة في بداية المراحل التأهيلية له، وخصوصاً بعد الخروج من العمليات الجراحية مثل إصابات الحبل الشوكي التي تؤدي إلى الشلل، والبت.

ثانياً : الاستفادة من الجوانب الايجابية النفسية للأنشطة البدنية والرياضية الترويحية:

الأنشطة البدنية والرياضية الترويحية للأشخاص ذوي الإعاقة لها جوانب إيجابية عميقة تفوق كونها علاجاً بدنياً، فيتعدى الأمر وجودها طريقة ووسيلة ناجحة وجيدة للترويح النفسي للشخص ذي الإعاقة، كما تشكل جانباً مهماً من استرجاع عنصر الدافعية الذاتية والصبر والرغبة في اكتساب الخبرة والتمتع الصحيح بجوانب الحياة المختلفة، وتساهم الأنشطة البدنية والرياضية الترويحية هنا بغرس عناصر الاعتماد، مثل الثقة بالنفس، الانضباط، روح المنافسة الصحيحة، الصداقة لدى الشخص ذي الإعاقة، وبالتالي تدعيم الجانب النفسي والاجتماعي لإخراجه من عزله التي فرضها عليه المجتمع المحيط.

ثالثاً : إعادة تأقلم الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع:

من الأهداف النبيلة للأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة إعادة تأقلمهم والتحاقهم ببنية المجتمع المحيط وتسهيل سرعة استفادتهم وإفادتهم للمجتمع بانتظامهم في ما يسمى بالعلاج المهني (تدريب الشخص ذي الإعاقة على ممارسة مهنة سابقة أو جديدة طبقاً لميوله ومواهبه ونسبة إعاقته). وتهدف الأنشطة البدنية والرياضية إلى دعم التأهيل المهني اللازم للشخص ذي الإعاقة وتنمية وتطور أدائه لمهنته الجديدة، كما نشير أن هناك عدداً من الرياضات يسمح فيها للأشخاص ذوي الإعاقة أن ينافسوا الأشخاص غير ذوي الإعاقة، منها على سبيل المثال: الرماية بالسهم، الشطرنج، تنس الطاولة البولينج، البلياردو، السباحة، ومن خلال ذلك يستطيع الشخص ذو الإعاقة أيضاً أن يندمج بفاعلية في أنشطة بدنية ورياضية مشتركة مع الشخص غير ذوي الإعاقة، وبالتالي مع المجتمع. ولا شك أن أصحاب الأعمال بأشكالها المختلفة سيتقبلون الأشخاص ذوي الإعاقة كموظفين لديهم وبدون أدنى تردد إذا ما اتضح لهم أنهم رياضيون.

أهداف الأنشطة البدنية والرياضية بشكل عام:

الإطار النظري والتأكدي في الأنشطة البدنية والرياضية يقدم لنا العديد من قوائم الأهداف التربوية، ومع تفاوت الاتجاهات الثقافية في دول العالم، إلا أنها جميعها لا تخرج عن حدود المجالات السلوكية الثلاثة: الحركية، المعرفية، والانفعالية. فتهدف جميعها إلى تحقيق فهم رضي به المجتمع لنفسه ولأفراده من خلال برامج الأنشطة البدنية والرياضية والقيم التربوية التي تتميز بها، فإن أهداف وغايات الأنشطة البدنية والرياضية في العصر الحديث تكاد تتشابه وإن كانت تتباين بدرجاتها وبأولوياتها وفقاً لأهميتها النسبية، أو تتباين بوسائل تحقيقها من دولة لأخرى،

وفقاً لما تحدده فلسفة كل مجتمع من المجتمعات وكل حضارة من الحضارات، بما يساير الظروف، مثل: الأوضاع السياسية، الاجتماعية، والاقتصادية في دول العالم، وحسب ما استنتجته بعض الدراسات العلمية المتخصصة في المجال الرياضي يمكن تصنيف الأهداف حسب الآتي:

- أهداف بدنية
- أهداف نفسية
- أهداف مهارية
- أهداف صحية
- أهداف اجتماعية
- أهداف ترويحوية
- أهداف ذهنية
- أهداف جمالية وتذوق حركي

من هنا يمكن تلخيصها وحصرها حسب الآتي:

الأهداف الفسيولوجية:

ترتبط بتنمية القوة والتحمل وسلامة الجهاز العصبي وأداء الوظائف العضوية أداءً طبيعياً.

أهداف المهارات الحركية:

تتلخص بتنمية القدرة على استخدام الجسم بمهارة وكفاية وفي أمان، وذلك أثناء ممارسة الفرد لمهامه المهنية اليومية، وترتبط بميكانيكية القوام والحركات المختلفة كالشد والدفع والرفع.

الأهداف الفكرية الذهنية:

تتضمن إدراك المعارف والمدركات التي يبنى عليها أداء الأنشطة، وتنمية الذوق للقيم الجمالية، وروح المخاطرة، والعيش بالهواء الطلق، واللياقة الشاملة.

الأهداف الصحية:

تشمل تطوير صحة الفرد وتنمية العادات الصحية والوقاية من الأمراض وزيادة المناعة، والحد من الآثار السلبية للتوتر النفسي والقلق والتوتر العصبي والتغذية الجيدة والمحافظة على الوزن.

الأهداف النفسية:

تعتمد على تنمية الرغبة ودافعية الفرد نحو ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية وتحقيق السعادة لحياة الفرد، وإشباع الميل للحركة والتعبير عن الذات والحد من التوتر النفسي والعصبي وتحقيق التوازن النفسي، وتنمية مفهوم الذات وإشباع الدافع للمنافسة والتحدّي.

الأهداف الاجتماعية:

تقوم على غرس صفات مرغوب فيها كالروح الرياضية والتعاون في حل المشكلات العامة وإحترام حقوق الآخرين وتدعيم مسؤولية السلوك الشخصي الذي تتأثر به الجماعة وغيرها من أشكال السلوك الاجتماعي.

الأهداف الجمالية والتذوق الحركي:

تتضمن تنمية التذوق للأداء المهاري والاستمتاع الشخصي بالأداء الحركي لذاته، وتنمية القدرة على إدراك مدى الدقة لهذا الأداء بالإنتاج الفني.

أهداف ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة:

الهدف الأساسي للأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة هو إعادة اتصالنا بهم ومساعدتهم على الاندماج بالمجتمع بشكل يطور وينمي ميولهم النفسية والاجتماعية وقدراتهم الذهنية والجسمية، ويمكن تلخيص أهم أهداف ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة فيما يلي:

- تطوير اللياقة البدنية والصحية، خاصة ما يتعلق بوظائف الأجهزة الحيوية كالقلب والرئتين.
- تنمية وتطوير المهارات الحركية الخاصة بالأنشطة الرياضية.
- تنمية وتطوير بعض المهارات الأساسية والمهارات البدنية.

- التركيز على قدراتهم الوظيفية لاستخدامها بالأنشطة البدنية والرياضية.
- تنمية وتطوير العلاقات الاجتماعية، التفاعل الاجتماعي وزيادة القدرة على التواصل مع المجتمع.
- زيادة النواحي المعرفية واكتساب خبرات معرفية، من خلال معرفة تاريخ اللعبة، مهاراتها وقانونها.
- تنمية روح الانتماء للوطن، الفريق والمجتمع من خلال المشاركة بالبطولات المختلفة.
- تنمية روح النظام واحترام القوانين، العامة من خلال الالتزام بالقوانين واحترام قرارات الحكم.
- استثمار أوقات الفراغ والابتعاد عن الأنشطة السلبية التي تضر الشخص والمجتمع. وتنمية الاتجاهات الايجابية.
- تنمية الاعتماد على النفس في الأمور الحياتية.
- تفهم الذات وتقبلها واحترامها.
- الخروج من العزلة والانطواء.
- تصحيح الانحرافات والتشوهات الناتجة عن الإعاقة التي يمكن تحسينها أو إزالتها والتغلب عليها.

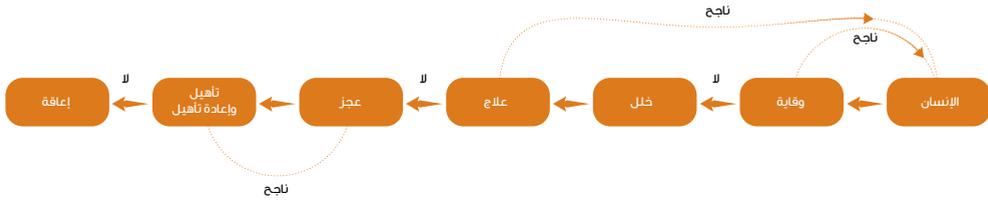
مفاهيم في الإعاقة والأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة:

مدخل:

يبقى الانسان سليماً صحيحاً كلما تلقى الوقاية والعناية عن طريق إتباع الإجراءات والوسائل اللازمة للحيلولة دون الوصول للإصابة أو التقليل من حدوثها، وتستمر حياة الانسان سليمة معافاة بإتباعه واستيفائه متطلبات القدرات الأساسية للوقاية ومنع مخاطر الإصابة، والوقاية إذا لم تكن ناجحة ستؤدي إلى خلل في أحد أعضاء الجسم نتيجة قصور كلي أو جزئي يصيب بصفة دائمة أو مؤقتة عضواً أو أكثر من أعضاء الجسم وقد يكون هذا الخلل تشريحياً أو وظيفياً، وهذا الخلل بعد حدوثه يحتاج إلى علاج حتى يعود الانسان لوضعه الطبيعي، من خلال وسائل وإجراءات تتبع بعد إصابة عضو أو أكثر بخلل ليتم إزالة آثار هذا الخلل قدر

الإمكان، وإذا لم يكن هذا العلاج ناجحاً يصبح هناك ما يعرف بالعجز الذي يقلل من قدرة الشخص على القيام بمهامه وواجباته المطلوبة منه، التي أثرت على ذلك العضو أو أكثر من أعضاء الجسم المختلفة ليقيد النشاط المطلوب ويحد من وظيفته،

بعدها يأتي دور التأهيل بأدواره كافة لهذا العضو المصاب أو الشخص سواء أكان تأهيلاً طبيّاً، نفسياً، وظيفياً، رياضياً، اجتماعياً، مهنيّاً أو أي دور من أدوار التأهيل، مجتمعة أو على حدة لإعادة الشخص إلى ممارسة دوره الطبيعي في المجتمع الذي يعيش فيه، ويمكن إعادة هذه الأدوار التأهيلية حسب الحاجة لذلك، وفي حالة عدم نجاح هذا التأهيل وإعادة التأهيل يكون هناك ما يسمى بالإعاقة بفقدان أو نقص في النشاط، والقدرة الوظيفية للشخص سواء أكان هذا النقص، عدم القدرة، الاضطراب أو القابلية الوظيفية في النواحي الذهنية، النفسية، الاجتماعية، البدنية وتعود أسباب ذلك إلى أن تكون مكتسبة أو وراثية، والشكل رقم (1) يوضح مفهوم التتبع للوصول إلى درجة الإعاقة.



شكل (1)

مفهوم التتبع للوصول إلى درجة الإعاقة

الوقاية Prevention:

تعني جميع الوسائل والإجراءات المتخذة للحيلولة دون الوصول للإصابة، أو تقليل مخاطرها في حالة حدوثها، والوقاية إذا لم تكن ناجحة تؤدي إلى خلل.

الخلل Impairment:

قصور كلي أو جزئي يصيب بصفة دائمة أو مؤقتة عضواً أو أكثر من أعضاء الجسم، وهذا الخلل قد يكون تشريحياً أو وظيفياً.

العلاج Therapy:

جميع الوسائل والإجراءات المتبعة عقب إصابة العضو بخلل لإزالة آثار هذا الخلل، أو تخفيفها قدر الإمكان.

العجز Disability:

يعرف بعدم قدرة الفرد على القيام بواجباته نتيجة للخلل الدائم الذي أصاب عضو أو أكثر من أعضاء الجسم وللعجز مظهران هما: محدودية الوظيفة وتقييد النشاط.

التأهيل Habilitation:

الوسائل والإجراءات المتخذة لإعادة ممارسة الفرد لدوره في المجتمع .

إعادة تأهيل Rehabilitation:

إعادة الوسائل والإجراءات المتبعة لجعل الفرد عضواً فعالاً ومنتجاً في المجتمع.

الإعاقة Handicapped:

الإعاقة لها تعاريف متعددة ولكن أبسطها هو «فقدان أو نقص في النشاط أو القدرة الوظيفية».

المعوق Disabled:

كل شخص نقصت أو انعدمت قدرته على العمل أو الحصول عليه أو الاستقرار فيه بسبب نقص، أو اضطراب في قابليته: الذهنية، النفسية، الاجتماعية، البدنية وأسباب ذلك إما أن تكون مكتسبة أو وراثية.

التربية الرياضية Physical Education:

جزء من التربية العامة والتي تتعامل مع المجموعات العضلية، بهدف إبطال الممارسين لها إلى أعلى المستويات البدنية والمهارية والذهنية والاجتماعية والنفسية والانفعالية.

الرياضة Sport:

نشاط بدني تتوفر فيه صفة اللعب وتتضمن تنافساً مع الذات أو الآخر.

النشاط البدني Physical Activity:

كل حركة جسمية تؤديها العضلات الهيكلية وتتطلب إنفاق كمية من الطاقة.

الترويح Recreation:

تعبير عن الأنشطة التي يشترك فيها الشخص إرادياً في أوقات فراغه، والتي تقدم له الإشباع الفوري، وهي أنشطة تتنوع بين: فنية، ثقافية، اجتماعية ورياضية.

اللعاب Play:

نشاط فطري وغالباً ما يمارس من قبل صغار السن.

النشاط الحركي Motor Activity:

أي حركة يقوم بها الإنسان في حياته اليومية مثل: المشي، حمل الأشياء، صعود الدرج، الأعمال المنزلية، وهذه الحركات لا يشترط أن تكون حركات رياضية.

اللياقة البدنية Fitness:

قدرة الشخص على أداء الواجبات والمتطلبات الحياتية اليومية بكفاءة وفعالية وبأقل جهد ممكن، دون حدوث ظاهرة التعب مع الاحتفاظ بقدرة احتياطية لمواجهة الظروف الطارئة التي قد تطلب من الشخص.

التأهيل الرياضي Sport Rehabilitation:

جميع الوسائل والإجراءات المتبعة في المجال الرياضي لإعداد الأفراد الذين يقلون بدرجة ملحوظة عن أقرانهم بدنياً، حسيماً، ذهنياً (بصفة دائمة أو مؤقتة) كنتيجة للمرض أو الإصابة، وإعادة تأهيلهم ما أمكن لممارسة دورهم الطبيعي في الحياة.

الانتقاء الرياضي الإبداعي Creativity Sports Selection:

هو الأعمال والأفكار الإبداعية التي تطبق ميدانياً، وتسهم في الارتقاء الرياضي لأعلى المستويات، وتقوم على المبادئ والقواعد المتعارفة بهدف تحقيق البراعة.

الإبداع الرياضي Creative Sports:

هو كل عمل رياضي غير مألوف مستند إلى المبادئ والقواعد المتعارفة بهدف تحقيق البراعة.

التربية الرياضية الخاصة Special Physical Education:

مصممة خصيصاً لتلبي الحاجات الخاصة للأشخاص الذين يختلفون بدرجة ملحوظة عن أقرانهم في قدراتهم (كرة الهدف أو الجرس لذوي الإعاقة البصرية، البوشيا، رمي الصولجان).

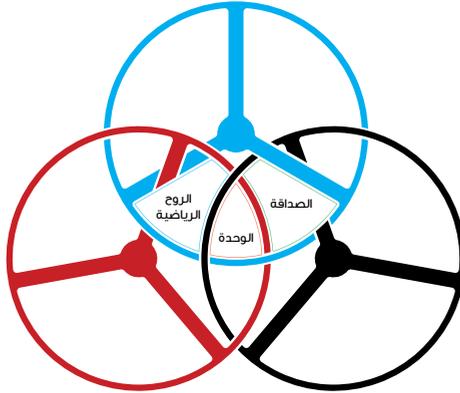
التربية البدنية المعدلة Adapted Physical Education:

قائمة على تعديل وتطوير الأنشطة البدنية والرياضية، لتناسب مع حاجات وقدرات الأشخاص الذين يختلفون بدرجة ملحوظة عن أقرانهم في قدراتهم مثل: كرة السلة بالكراسي المتحركة، كرة الطائرة من الجلوس، تنس طاولة، والسباحة.

مفهوم رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة

The Concept of Sports for Persons with Disability

رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة عبارة نظام خدمي متكامل في المجال الرياضي، صمم للتعرف على المشكلات والاضطرابات في النواحي: البدنية، الحركية، المهارية، النفسية، الاجتماعية، الذهنية والمساهمة في تحسينها، كل هذه الخدمات تشمل المساعدات الحركية، البدنية، البرامج والأنشطة الرياضية التربوية الفردية، التدريب والتدريس للأشخاص ذوي الإعاقة، ويحمل شعار الرياضي للأشخاص ذوي الإعاقة صورة ثلاث عجلات متشابكة للكرسي المتحرك تحمل شعار «الصدقة، الوحدة، الروح الرياضية» والشكل رقم (2) يوضح ذلك.



شكل (2)

يوضح الشعار الرياضي للأشخاص ذوي الإعاقة ثلاث عجلات متشابكة للكرسي المتحرك تحمل شعار «الصدقة - الوحدة - الروح الرياضية».

صفات ومهارات مدرسي ومدربي الأنشطة البدنية والرياضية لفئات الأشخاص ذوي الإعاقة:

يتوجب على المشرفين، المدرسين والمدربين الراغبين بتعليم وتدريب مختلف فئات الأشخاص ذوي الإعاقة اكتساب الصفات والمهارات التالية:

- أن يكون حاصلاً على درجة البكالوريوس في التربية الرياضية أو ما يعادلها، وخبرة في المجال المخصص.
- أن يكون ذا فهم عميق لقواعد وأسس التربية البدنية الخاصة والمعدلة.
- إعداد جيد حول التربية البدنية وعلوم الرياضة من ناحية معرفية، جسدية وتقنية.
- أن يكون على دراية تامة بنوع النشاط المراد اعطاؤه للأشخاص ذوي الإعاقة وفهم النشاطات التي تناسب مع قدراتهم وطاقاتهم والتي لا تتناسب معها.
- تتوفر لديه الرغبة الأكيدة والقناعة التامة للتعامل مع الشخص ذي الإعاقة، وتحفيزه على المشاركة بهذه الألعاب والتأقلم معها.
- التعامل مع الشخص ذي الإعاقة بطريقة يستطيع أن يندمج بوساطتها بالمجتمع الذي يعيش فيه.
- لديه قدرة على تعميق العلاقة بينه وبين الشخص ذي الإعاقة.
- قبل ممارسة النشاط الرياضي أو البدني، يجب أن يقوم بعمل فحص طبي وتصنيفي وظيفي للشخص ذي الإعاقة، حتى يستطيع إعطاءه أنشطة بدنية ورياضية تتناسب مع درجة إعاقته.
- يجب على المدرب أو المدرس في بدايات العمر التدريبي للشخص ذي الإعاقة ألا يعطيه أكثر من طاقاته، حتى لا يزرع في داخله شعور عدم الثقة بالنفس أو الفشل، وعدم الشعور بالأمان.
- أن يكون متحمساً ومتفائلاً حتى ينعكس على أداء لاعبيه أثناء وبعد النشاط.
- أن يكون قدوة من ناحية الصحة والحيوية والنظافة الشخصية والأناقة، لأن كل هذه الأمور تؤثر على الشخص ذي الإعاقة.

- أن يعزز روح الدافعية في الشخص ذي الإعاقة لممارسة النشاط البدني والرياضي، وتكوين مفاهيم جيّدة حول إمكانياته وقدراته.
- وضع الخطط والمفاهيم العامة والسلوكيات التي يجب اتباعها، لتشجيعهم على الانخراط بالحياة الاجتماعية وبناء علاقات ودية واجتماعية بين أفراد المجتمع.

آليات ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة:

يمكن حصر الآليات الأساسية لمتابعة ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية لفئة الأشخاص ذوي الإعاقة بالمهارات التالية:

- تولي المبادرة وتطوير البرامج البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- حضور الاجتماعات، الندوات، المؤتمرات الطبية والرياضية التي تركز على الأشخاص ذوي الإعاقة.
- الاطلاع على كل ما هو جديد في مجال الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- أن يشجع وسائل الإعلام المختلفة بضرورة الاهتمام بالأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- إعداد نشاطات بدنية ورياضية تخص هذه الفئة من المجتمع، ونشرها عبر وسائل الإعلام المختلفة.
- كتابة تقارير لأولياء الأمور والإدارات المعنية، عن الأمور التي تخص الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تشجيع وحث أولياء الأمور والإدارات المعنية على حضور النشاطات والاجتماعات التي تقام للأشخاص ذوي الإعاقة والمشاركة بها.
- إعداد أشرطة فيديو تحليلية عن الحالات التي يمر بها الشخص ذو الإعاقة أثناء ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية.
- القيام بإنشاء معارض رياضية خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.
- إعداد برامج بدنية ورياضية طويلة المدى للأشخاص ذوي الإعاقة، وتقييمها في كل مرحلة من المراحل.

معايير اختيار الأنشطة البدنية والرياضية ووسائلها التعليمية للأشخاص ذوي الإعاقة:

إن أهداف الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة تنطلق من الأهداف العامة للأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص غير ذوي الإعاقة من حيث النمو الذهني والبدني والنفسي والاجتماعي، حيث تركز تلك الأنشطة على وضع برنامج خاص رياضي تربوي، يتكون من ألعاب وأنشطة رياضية وحركات إيقاعية وتوقيتية تتناسب مع ميول ورغبات وقدرات وحدود الأشخاص ذوي الإعاقة، ويكون الهدف الأسمى لها هو الوصول إلى تنمية أقصى قدرة للشخص ذوي الإعاقة، وتقبله للذات واعتماده على نفسه، بالإضافة إلى الاندماج بالمجتمع بممارسة الأنشطة البدنية والرياضية بأنواعها المختلفة، ولا تتحقق أهدافها مع الأشخاص ذوي الإعاقة دون وجود أشخاص عاملين في مجال التربية البدنية والرياضية متمكنين من أسس اختيار تلك الأنشطة البدنية والرياضية وإعدادها، ومن هنا لا بد أن تتوفر بعض المعايير المهمة التي يتوجب من خلالها اختيار الأنشطة البدنية والرياضية، التي تشمل:

أولاً: المعايير المرتبطة بالمنهاج للأنشطة البدنية والرياضية:

- أن تكون محققة للأهداف.
- أن تكون متكاملة مع الطريقة التدريبية والتعليمية المستخدمة.
- أن تكون مرتبطة بالتقويم و بالمحتوى والخبرات التعليمية.

ثانياً: المعايير المرتبطة بالشخص ذي الإعاقة:

- مرتبطة بنوعية الإعاقة وخصائصها.
- الفروق الفردية بين الأشخاص ذوي الإعاقة.
- مرتبطة بخبرات الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم.
- مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة بفاعلية في التعامل معها.

ثالثاً: المعايير المرتبطة بالوسيلة والنشاط البدني والرياضي:

- البساطة وعدم التعقيد.
- الجاذبية والتشويق وارتباطها بالبيئة.

- مقابلة الحواس السليمة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة.
- التنوع والأمان عند التعامل معها.

رابعاً: المعايير المرتبطة بالمدرّب، ووسيلة النشاط البدني والرياضي:

- التمكن من اختيارها وإعدادها واستخدامها بكفاءة.
- استخدامها في الوقت والمكان المناسب.
- الوعي بفوائدها التربوية، التعليمية والتدريبية للأشخاص ذوي الإعاقة ونوعية الإعاقة.
- القدرة على تقويمها.

طرق تعديل الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة:

عملية تعديل الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة تشكل ركيزة أساسية لدمج الأشخاص ذوي الإعاقة بالنشاط البدني والرياضي، وبدونه قد لا يستطيع الشخص ذو الإعاقة المشاركة بالأنشطة العامة والخاصة، ولا في حصة النشاط البدني أو الرياضي، هنا تكمن المشكلة، لإدراك الجميع بدافع أهمية ممارستهم النشاط الرياضي وفوائده: البدنية، النفسية، الاجتماعية والذهنية، لذلك فإن نواحي التعديل بالأنشطة البدنية والرياضية والألعاب الرياضية تشمل ما يلي:

أولاً: تقسيم النشاط البدني والرياضي أو الألعاب الرياضية:

توزيع اللاعبين تبعاً للفروق الفردية وإمكانيات كل شخص، وتغيير اللاعبين في المراكز داخل النشاط البدني أو اللعبة، حتى لا يتحمل أي لاعب عبئاً أكبر بالإضافة إلى السماح بالتغيير المستمر، بحيث يشارك كل شخص باللعب ويأخذ فترة راحة أثناء المنافسة أو المباراة.

ثانياً: التعديل بالنواحي القانونية:

هناك قوانين تحكم كل نشاط رياضي وتنظم ممارسته، حيث يمكن أن نقوم بإلغاء بعض القوانين أو التعديل عليها لتلبي احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، ومن أمثلة ذلك تقليل الزمن الكلي للعبة وزمن كل شوط وعدد الأشواط، وتعديل مساحة الملعب لتقليل مقدار الجهد المبذول. بالإضافة إلى السماح بالمساعدة المحايدة من آخرين مثل المرافق

في سباقات الجري لذوي الإعاقة البصرية، وكذلك أثناء سباق الدراجات المزدوجة لذوي الإعاقة البصرية.

ثالثاً: التعديل بالشروط أو مستويات الأداء:

يكمّن التعديل مثلاً في السماح بارتداد الكرة مرتين في لعبة التنس الأرضي بالكراسي المتحركة، أو الاستناد إلى سطح الطاولة للاعب تنس الطاولة المستخدم للكرسي المتحرك.

رابعاً: التعديل بعدد اللاعبين:

كل نشاط رياضي له عدد معين من اللاعبين، حيث يكون التعديل إما بزيادة عدد اللاعبين ذوي الإعاقة أو بتقليل عددهم، مثال على ذلك في كرة القدم للشلل الدماغي (7) لاعبين بدلاً من (11) لاعباً، ولذوي الإعاقة الذهنية (5) لاعبين.

خامساً: التصنيف إلى فئات متكافئة:

يصنّف الممارسون من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى فئات متكافئة، مثل حصر رياضة الإعاقة البصرية في ثلاث فئات، وإقامة مسابقات ضمن كل فئة منفردة، وأيضا مثل نظام نقاط التصنيف الوظيفي في كرة السلة بالكراسي المتحركة.

سادساً: التعديل بالأداء المهاري للحركة:

لكل مهارة حركية طرق فنية في الأداء مع الأشخاص ذوي الإعاقة يتوجب تعديل تلك الطرق أو الاستغناء عن بعضها، وغالباً ما يستند ذلك الأداء المهاري للحركة إلى القدرة الوظيفية للاعب.

سابعاً: تعديل الأدوات والمعدات:

تعديل وزن الأداة، مثل القلة في ألعاب القوى وارتفاع الشبكة في الكرة الطائرة، وتحويل لوحات الارتقاء في الوثب الطويل، بالإضافة إلى استخدام وسائل وأدوات بديلة تحقق الغرض نفسه ولكنها أكثر أمناً وسلامة على صحة الممارسين مثل: البالونات، الكرات الاسفنجية، المكعبات الكرتونية وغيرها بالإضافة إلى تغيير مستوى الصوت خاصة لذوي الإعاقة السمعية، مثل رفع درجة صوت الموسيقى المستخدمة لمصاحبة الأداء معهم.

الفصل الثالث

الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة البدنية



الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة البدنية:

تختلف الإصابة بالإعاقة البدنية، حيث تتشعب وتتنوع إلى حد كبير، فقد تكون ناتجة عن اختلال خلقي أو وراثي يصيب الشخص قبل الولادة، أو أثناء الولادة، أو تكون مكتسبة بعد الولادة، وفي المراحل العمرية المختلفة ناتجة عن الإصابة بالحوادث أو الأمراض، وربما تكون هذه الإعاقات البدنية بسيطة أو متوسطة أو شديدة متطورة تؤدي إلى ضعف كبير بالقدرات البدنية ومضاعفات الإعاقة تقود أحيانا إلى الوفاة.

الإعاقة الحركية Motor Disabled:

يقصد بها قصور كلي أو جزئي دائم بالشكل أو الوظيفة لعضو أو أكثر من أعضاء الجهاز الحركي، وتشمل إصابات الجهاز العصبي المركزي (الشلل الدماغي، الشق الشوكي أو الصلب المفتوح، إصابة الحبل الشوكي، شلل الأطفال، الصرع، تصلب الأنسجة العصبية، استسقاء الدماغ) وإصابات الهيكل العظمي (بتر الأطراف، الخلع الورك، التهابات المفاصل، عدم اكتمال نمو العظام، التشوهات الخلقية) والإصابات المرتبطة بالعضلات (ضمور العضلات، انحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي) وإعاقات حركية أخرى مثل التقرّم.

الشلل الدماغي Cerebral Palsy:

الشلل الدماغي هو حالة تؤثر على مراكز التحكم بالحركة بسبب أضرار تلحق بأجزاء مختلفة من الدماغ التي تنشأ عن إصابة، أو التهاب أو تطوّر خاطئ، وتعتبر الحالة إعاقة عصبية، وفي الغالب تؤدي إلى نوع من الإعاقات التعليمية، وفي بعض حالات الشلل

الدماغي يتضرر جزء كبير من الدماغ، ويعاني الضحية من عجز عقلي، بالإضافة إلى إعاقته العصبية. وتحصل إعاقة بالحركة وارتباك فيها وغالباً ما يرافقها صعوبات بالتموضع، وتتأثر القدرة على الكلام بالعديد من الحالات بصورة ملحوظة، وفي حالات متكررة، يلاحظ وجود إعاقة حسية وحالات عجز ذهنية وصراع أو اضطرابات سلوكية نتيجة لاضطرابات إضافية بالدماغ، وقد تتباين مظاهر الشلل الدماغي من حالة العجز التام في التحكم بحركة العضلات وفي بعض الحالات، إلى نقص بسيط جداً في تنسيق حركة العضلات عند آخرين، وإن الشلل الدماغي هو حالة غير تصاعدية فهي لن تسوء ولا تؤدي إلى الوفاة، وفي الوقت الحاضر، هي حالة يصعب الشفاء منها ولكنها قابلة للعلاج والتدريب.

فهو بالملخص عبارة عن شلل بالحركات ناتج عن إصابة الجهاز العصبي في جزئه الدماغي (قشرة الدماغ، المخيخ، الدماغ الأوسط أو المخ).

أسباب الشلل الدماغي:

يمكن تصنيف أسباب الشلل الدماغي على النحو التالي:

أ- أسباب ما قبل الولادة:

نقص الأكسجين بسبب التفاف الحبل السري حول عنق الجنين، فقر الدم، إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، إصابة الأم الحامل باضطرابات الأيض مثل: السكري واضطرابات القلب وتضخم الغدة الدرقية وتسمم الحمل والولادة قبل الموعد الطبيعي وكذلك اختلاف الدم العامل الرايزيسي (RH) أي عندما يكون دم الأم فئة سالب (-) والأب فئة (+) وهذا العامل بدوره يؤدي إلى تكوين أجسام مضادة لدى الأم تحطم كريات الدم الحمراء لدى الجنين، مما يؤدي بدوره إلى أنيميا الجنين، سوء التغذية وسوء الوضع الصحي للأم الحامل.

ب- أسباب تحدث أثناء الولادة:

الرضوض والإصابات أثناء الولادة، النزيف، استخدام العقاقير المخدرة أثناء عملية الولادة، مما يؤثر على التنفس لدى الطفل ويؤدي إلى نقص الأكسجين، عسر الولادة.

ج- أسباب ما بعد الولادة:

إصابة الرأس نتيجة السقوط من أماكن مرتفعة، نقص الأكسجين نتيجة الاختناق أو

انخفاض نسبة السكر بالدم، التهاب السحايا، تناول مواد سامة قد ينتج عنها اضطرابات سمية.

الوقاية من الشلل الدماغى:

يمكن تجنب الإصابة بالشلل الدماغى باتباع أساليب الوقاية التالية:

- الرعاية الصحية للأم قبل الولادة وأثناءها.
- التباعد الزمني للحمل والحرص على راحة الأم بين كل ولادة وأخرى.
- التغذية الجيدة للأم أثناء الحمل.
- التطعيم ضد الالتهابات البكتيرية والفيروسية التي قد تنتهي بالتلف الدماغى.
- حماية الأم من الأمراض المعدية خصوصاً الحصبة الألمانية.
- ضرورة إجراء فحوصات طبية شاملة للشباب والشابات المقبلين على الزواج، للتأكد من عدم وجود أي تأثير للعامل الرايزيس (RH).
- التشخيص المبكر لحالة الطفل الذي تعرض لصعوبات أو إصابات معينة مهما كانت شدتها، والتدخل السريع لمعالجته دوائياً أو جراحياً أو تأهلياً.
- حماية الطفل من الحوادث والإصابات التي قد تحدث في الأماكن المختلفة.

الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغى:

نادراً ما تقتصر آثار التلف الدماغى الذي يعاني منه الشخص المصاب بالشلل الدماغى على مظاهر النمو الحركى، فهذا التلف تنجم عنه أشكال أخرى من الإعاقات والاضطرابات نذكر منها :

أ- الاضطرابات الفموية - السنية وتقسم إلى:

- صعوبات في مضغ وبلع الطعام
- سيلان اللعاب بكميات كبيرة
- صرير الأسنان
- تسوس (نخر) الأسنان

ب- يصاحب بعض حالات الشلل الدماغى الإعاقة الذهنية.

ج- يصاحب بعض حالات الشلل الدماغى نوبات صرع.

د - الإعاقة السمعية:

قد تبلغ انتشار المشكلات السمعية بين الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي حوالي 15 - 25%، وهي أكثر بين المصابين بالشلل الدماغي اللاإرادي البسيط لارتباط هذا النوع بالحصبة الألمانية وعدم توافق الدم.

هـ- الإعاقة البصرية:

يعاني حوالي 50% من الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي من مشكلات بصرية.

و- اضطرابات التواصل:

المشكلات تتعلق بالكلام واللغة وتقدر هذه النسبة التي تعاني من مشكلات كلامية ونطقية بحوالي 50% وهذه المشكلة لها أشكال عديدة منها:

- عسر الكلام وهو اضطراب بالكلام.
- الحبسة، عدم القدرة على استخدام اللغة المنطوقة.
- تأخر الكلام.
- عدم القدرة على اختيار الكلمات المناسبة وتنظيمها.

ز- صعوبات تعليمية.

العلامات المبكرة للشلل الدماغي:

- عند الولادة يكون الطفل رخوا. - تأخر بالتنفس إذ قد لا يتنفس فور الولادة وقد يزرق لونه.
- بطء تطور مقارنة مع الأطفال الآخرين، حيث يبدو بطء في رفع الرأس أو الجلوس أو التحرك.
- لا يبدأ باستعمال اليدين بالوقت المناسب أو قد يستخدم يداً واحدة.
- تلاحظ الأم عند الارضاع صعوبة بالمص والبلع والمضغ و يتقيأ كثيراً، وربما تستمر هذه المشاكل لفترة متأخرة من عُمر الطفل.
- تعاني الأم من صعوبات متعددة أثناء العناية بالطفل تتمثل بتبسس جسمه عند حمله أو الباسه أو غسله، وقد يتأخر بمقدرته على العناية بنفسه في الطعام واللبس و

الاستحمام و استعمال المرحاض و اللعب مع أقرانه، وقد يكون مرتخياً جداً بحيث يتعذر حمله أو العناية به.

- قد يبكي الطفل كثيراً و يبدو كثير الهيجان والارتباك أو شديد الهدوء غير واضح الانفعالات، بحيث لا يكاد يبكي أو يبتسم أبداً.
- صعوبات بالتواصل و التخاطب بحيث لا يستجيب الطفل كبقية الأطفال، و يكون بطيئاً أثناء بدءه بتعلم الكلام، أو يكون كلامه غير واضح، موزعاً بين فترات غير متساوية، فلا تخرج الكلمات متتابعة.
- وقد يظن الأهل أن سبب ذلك افتقار الطفل للذكاء.
- من العلامات كذلك ظهور نوبات صرع .
- تغير مستمر في مزاج الطفل من الضحك إلى البكاء غير المبرر، ونوبات غضب و مواقف سلوكية غير مفهومة.

تصنيف الشلل الدماغي Cerebral Palsy Classification:

تصنيف الإعاقة العصبية – العضلية:

تخضع هذه الفئات للعديد من عمليات التصنيف الفرعية، بالإضافة إلى أن هناك أنواعاً مختلفة من الشلل الدماغي، لا بد لمدرس التربية البدنية أو المدرب الرياضي أن يعرف التصنيفات العامة فقط ومضامينها، أما التشخيص والقيود العضلية والاحتياجات ينبغي أن يقدمها الطبيب للمدرس أو المدرب الرياضي.

التشنج Spasticity :

هذه حالة تتقيد فيها الحركة العضلية بالمنطقة المعنية بسبب تقلص العضلات. وتكون سريعة و متردة. وفي حال مشاركة الساقين بالحركة، تضطرب حركة المشي وتؤدي إلى «مشية المقص» وفي حال استخدام الذراعين، تسحبان إلى أعلى الجسم مع انحناء المرفقين وثني الرسغين والأصابع.

صعوبة الحركة Athetosis :

تكمّن الصعوبة في كثرة الحركة، حيث لا يستطيع الشخص أداء الحركة المطلوبة.

الرنح أو الترنح Ataxia :

في هذه الحالة يهتز التوازن، ويعاني الشخص من إحساس ضعيف بالحس الحركي.

التصلب Rigidity :

تتأثر به كل من العضلات المتقلصة والمقاومة بحيث تفتقر إلى انعكاس المد، فارتفاع ضغط العضلات يؤدي إلى التصلب أو التيبس.

الارتجاج Tremor :

يؤدي إلى حركة تناوبية إجبارية للعضلات الانقباضية والانبساطية التي تنتج حركة إيقاعية، وتحدث التقلصات عند محاولة القيام بحركة فقط.

التصنيف الطبوغرافي (Topographical Classification) :

- شلل أحادي Monoplegia : مشاركة أحد الأطراف
 - شلل النصف السفلي Paraplegia : يشمل الساقين فقط
 - شلل مزدوج Diplegia : يشمل أساساً مشاركة الساقين ويتأثر الذراعان إلى درجة بسيطة.
 - شلل نصفي Hemiplegia : يضمّ الأطراف على أحد جانبي الجسم، وتتأثر الذراع عادة أكثر من الساق.
 - شلل ثلاثة أطراف Triplegia : يشمل ثلاثة أطراف، وفي الأغلب الساقين وذراعاً.
 - شلل رباعي Quadriplegia : يشمل الأطراف الأربعة.
- حيث تكون حالات الشلل الأحادي والنصف سفلي والمزدوج والنصفي والثلاثة أطراف تشنجية في الغالب، حين يكون الشلل الرباعي حركة كنعية (صعوبة في الحركة)، أما الشلل النصفي التشنجي فهو الأكثر شيوعاً.

تصنيف الشلل الدماغي تبعاً لنوع المنطقة المصابة:

الشلل الدماغي التقلبي - التشنجي - الانقباضي Spastic:

يعدّ الأكثر شيوعاً إذ يضم (60-70%) من المصابين بالشلل الدماغي، ويتنج هذا النوع

عن إصابة المنطقة الحركية في قشرة الدماغ، وهذه المنطقة مسؤولة عن إرسال الأوامر الحركية إلى العضلات الانقباضية (الإرادية في الجسم، مما ينتج عنه زيادة بالتوتر العضلي للعضلات المتصلة بالمنطقة المخية المصابة، حيث يصنف الشلل الدماغي التشنجي إلى أربعة أصناف:

أولاً: الشلل الدماغي التشنجي الرباعي

يصيب الأطراف الأربعة للجسم

ثانياً: الشلل الدماغي التشنجي الثنائي

يمكن أن يكون في الأطراف الأربعة، أي يصيب طرفين من الأطراف أكثر من الطرفين الآخرين.

ثالثاً: الشلل الدماغي التشنجي النصفي .

رابعاً: الشلل الدماغي التشنجي الأحادي

يصيب طرفاً واحداً، وهذا نادرٌ جداً.

مظاهر الشلل الدماغي التشنجي:

تكمُن صفاته ومظاهره في الحالات التالية:

- القدمان للداخل
- ثني ركبتين للأمام
- اصتكاك فخذين
- ارتفاع العقبيين عن الأرض
- الذراعان للداخل
- ثني الرسغ واليد والمرفق
- ميل الجذع للأمام
- المشي يكون على شكل مقصي.
- المبالغة باستجابة الأطراف وتشنجها.
- زيادة التوتر العضلي على نحو متكرر وغير اعتيادي.
- عدم قدرة الأطراف المصابة على تأدية وظيفتها بفعالية، وبالتالي ضعفها وانقباضها.

الشلل الدماغي الإرادي Athetoid:

نسبة ما بين (15-20%) من مجموع الحالات في الدول النامية، حيث أصبح نادراً في الدول المتقدمة، ويتبع هذا النوع من الشلل عن إصابة النويات الرئيسية في المخ الأوسط بخلل، غالباً بسبب ترسب المادة الصفراء الناتجة عن اليرقان الولادي الشديد، حيث تظهر أعراض الشلل الدماغي الإرادي في الشخص المصاب بأداء حركات لا إرادية أو أداء حركات غير ضرورية عن الرغبة وغير منتظمة، حيث يرتفع مستوى التوتر العضلي لدى الشخص المصاب عند استجابته للمثيرات المختلفة على شكل حركات غير هادفة. ويلاحظ أن المصاب يؤدي حركات لا إرادية بأصابع يديه ورجليه وهذه الحركات يصعب التحكم بها والتنبؤ بحدوثها أو إيقافها. وقد يتأثر الجزء الأيسر من الجسم بهذه الظاهرة أكثر من الجزء الأيمن للجسم أو العكس، وأكثر مناطق الجسم تأثراً بها الذراعان والرقبة، ويظهر ذلك باستمرار، قبض وبسط الأصابع والرسغين والمرفقين مع سحب المرفقين للخلف مع لفّ الوجه لأحد الجانبين، وتعبيرات وجهية غير عادية، وصعوبة التحكم وضبط الطعام.

الشلل الدماغي اللاتوازي Ataxia:

نسبته أقل من الشلل الدماغي التشنجي والإرادي من (5-10%)، وهو ناتج عن إصابة المخيخ بخلل، وهو ذلك الجزء من الدماغ المسؤول عن حفظ التوازن، ومن مظاهر الشلل الدماغي اللاتوازي:

- اتساع المسافة بين القدمين
- الذراعان جانباً والكفان للأمام.
- ترهل في العضلات (ترهل وضعف النغمة العضلية).
- الشخص المصاب يترنح باستمرار.
- المشي على نحو غير متوازن أو متناسق.
- ضعف بالقدرات على تقدير المسافة والعمق.

الشلل الدماغي المختلط Mixed:

قد يعاني الطفل من أكثر من نوع واحد من الشلل الدماغي، وأكثر أنماط الشلل الدماغي المختلط شيوعاً الشلل الدماغي التشنجي والإرادي.

تصنيف الشلل الدماغي تبعاً لشدة الإصابة:

أولاً: الشلل الدماغي البسيط:

يعاني الشخص المصاب من مشكلات بسيطة لاتستلزم العلاج، فهو يستطيع الأعتناء بنفسه، ويستطيع المشي دون استخدام أجهزة أو أدوات مساندة.

ثانياً: الشلل الدماغي المتوسط:

يكون النمو بطيئاً جداً، إلا أن الأشخاص المصابين تتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة، ويستطيعون المشي باستخدام أدوات مساندة، وهؤلاء الأشخاص بحاجة إلى العناية العلاجية للتغلب على المشكلات المتعلقة بالكلام والعناية بالذات.

ثالثاً: الشلل الدماغي الشديد:

لا يستطيع الشخص العناية بذاته، وهو بحاجة إلى علاج مكثف ومنظم ومتواصل.

تصنيف الشلل الدماغي تبعاً لتصنيف الاتحاد الدولي لرياضات

وترويح مصابي الشلل الدماغي:

C-P – ISRA (Cerebral Palsy - International Sport & Recreation Association).

يصنّف الاتحاد الدولي لرياضات وترويح مصابي الشلل الدماغي إلى 8 فئات حسب شدة الإصابة، وبناءً على الألعاب الرياضية الممارسة، فكلما زادت الفئة قلت شدة الإعاقة، وهذه الفئات هي:

الفئة الأولى C - P1:

شلل شديد في الأطراف الأربعة مع تحكم محدود بالجذع، وعدم القدرة على قبض الأصابع مع توفر قدرة وظيفية منخفضة في الذراعين وعادة يستخدمون كرسيًا كهربائيًا متحركاً.

الفئة الثانية C - P2:

يعانون من إصابة شديدة ومتوسطة في الأطراف الأربعة وسببها أما تقلصي أو لإرادي،

وقدرتهم الوظيفية ضعيفة في الأطراف الأربعة. ويستطيعون استخدام الكراسي المتحركة وخصوصاً بالمناطق المستوية.

الفئة الثالثة P3 - C:

شلل متوسط الشدة رباعي أو ثلاثي أو نصفي طولي مع قدرة وظيفية جيدة للذراع المستخدمة من الطرف العلوي وقوة متساوية، أو تقل قليلاً مع الذراع الأخرى، ولديهم قدرة مقبولة على الأداء. ولكن لديهم مشكلات متوسطة بالتحكم في الطرف العلوي والجذع، لذلك يستخدمون كرسيًا متحركًا.

الفئة الرابعة P4 - C:

ظهور شلل متوسط إلى شديد في الطرف السفلي وقوة وظيفية جيدة بالذراعين، وكذلك الجذع ويستخدمون في تحركاتهم الكرسي المتحرك أيضاً.

الفئة الخامسة P5 - C:

قوة وظيفية جيدة ومشكلات بسيطة في التحكم بالطرف العلوي والجذع، ويستطيع المشي ويتحرك باستخدام الأدوات المساعدة مثل العكازات والعصي.

الفئة السادسة P6 - C:

لديهم شلل رباعي متوسط بالأطراف الأربعة، ويتنقل دون استخدام أدوات مساعدة لكن بصعوبة، ولديهم مشكلات بالتوافق والتوازن ويظهر ذلك جلياً أثناء الرمي أو الجري أو السباحة.

الفئة السابعة P7 - C:

يمثل شللاً نصفياً طويلاً بدرجة متوسطة إلى بسيطة، ويمتلك قدرات وظيفية جيدة في الطرف غير المصاب يمشي ويجري على الطرف غير المصاب.

الفئة الثامنة P8 - C:

عبارة عن شلل نصفي بسيط مضافاً إليه مشكلات بسيطة أحياناً (بالتوافق الحركي) ويستطيع الجري.

المبادئ العامة للتعامل مع مصابي الشلل الدماغي في النشاط البدني والرياضي:

- ليس جميع مصابي الشلل الدماغي لديهم القدرة على المشي، فبعضهم يستخدم الكرسي المتحرك وبعضهم يستخدم العكازات، لذلك يجب مراعاة ذلك لتسهيل سبل توصيلهم إلى مكان التدريب.
- مبادئ التدريب الرياضي للأشخاص ذوي الإعاقة، هي نفسها مبادئ التدريب الرياضي لغير الأشخاص ذوي الإعاقة.
- لا تجعل تركيزك ينصب على جزء أو طرف أو عضو من أعضاء الجسم دون غيره، وعليك الإعداد والتدريب الشامل للاعب كأى لاعب من غير ذوي الإعاقة.
- حاول قدر الإمكان أن تعدل أو تنوع من الإحماء والإطالة ومبادئ التدريب بصفة عامة.
- تعامل مع مصابي الشلل الدماغي على أنهم رياضيون، ولا تحاول تصنيفهم على أنهم من ذوي الإعاقة البدنية أو الذهنية.

الشروط الواجب مراعاتها عند ممارسة مصابي الشلل الدماغي للنشاط البدني والرياضي:

1. يجب على المدرب أن يوفر جواً مرحاً وإيجابياً متذكراً ما يلي:
 - 1. تحديد أغراض وأهداف التدريب.
 - 2. التعرف على قدرات واستعدادات اللاعبين، مما يساعد على وضع برامج تدريبية مؤثرة توصل إلى الهدف المنشود.
 - 3. تقييم ومتابعة معدلات التقدم للاعبين، وكذلك معدلات تعديل اتجاهاتهم وميولهم نحو الممارسة الرياضية كنوع من الحوافز والدوافع.
 - 4. العمل على اكتساب احترام اللاعبين، وذلك بتوسيع معلوماتك الرياضية في الرياضة التي تدرّبها، وكذلك معرفتك بقدراتهم وحاجاتهم وأن تكون مرناً ومحفزاً وواثقاً من نفسك.

5. استخدام تمارين المقاومة (الأثقال) خلال الفترة الانتقالية من الموسم، أو مع بداية المرحلة الأساسية للإعداد، ولكن ذلك يجب أن يتم على أسس وقواعد معرفية ببرامج التدريب باستخدام الأثقال، وخصائص فئة الشلل التي تتعامل معها.
6. الاهتمام بكمية وحجم التدريب في بداية التدريب، ثم التحول التدريجي إلى الاهتمام بكيفية التدريب من حيث الشدة والكثافة في وسط الموسم وآخره.
7. الإحاطة بأن الرياضيين من مصابي الشلل الدماغي لديهم مشكلات في الإدراك الحس- حركي وكذلك في رد الفعل، وفي النعمة العضلية (كمية الألياف المشتركة في العمل العضلي).
8. أحياناً يعانون من خلل بصري وصعوبات في التعلّم والانتباه وتوتر حركي زائد، لذلك على المدرب أن يدون ملاحظاته الخاصة لكل لاعب على حدة.
9. التركيز على فترة الإحماء في بداية كل نشاط والتهدئة في الجزء الختامي من كل نشاط.
10. التعلم بالتكرار قد يكون هو الأسلوب الأمثل لتعليم المهارات الحركية لمصابي الشلل الدماغي.
11. الإحاطة بأن القدرات المعرفية لديهم قد تكون أقل من قدرات أقرانهم غير المصابين، لذلك يراعى عند الشرح أن يكون المدرب واضحاً وبسيطاً باستخدام المصطلحات، وأن يسأل ويتأكد دائماً من استيعابهم.
12. نظراً لمشكلات الانتباه ومشكلات التوتر العضلي الزائد لدى مصابي الشلل الدماغي، فإنه ينصح باستخدام وحدات تدريبية قصيرة ولكنها متعددة خلال الأسبوع.

الأنشطة الرياضية الأكثر استخداماً من قبل مصابي الشلل الدماغي:

- السباحة.
- ألعاب قوى
- الدراجات.
- المبارزة.
- الفروسية.
- رفع الأثقال من وضع الرقود على الظهر.
- الرماية بالبندقية/ المسدس.
- رماية السهم.
- شطرنج.
- تنس طاولة.
- كرة قدم سباعي.

هناك ألعاب خاصة بمصابي الشلل الدماغي تكمن في:

- البوشيا Boccia.
- الموانع على الكراسي المتحركة Slalom.
- رمي الصولجان Club Throw.

مقترحات التدريب للأشخاص ذوي الشلل الدماغي في المجال الرياضي:

ملاحظة مهمة: من أهم مساهمات التربية البدنية والرياضية هي إدخال المرح والضحك في النشاطات اليومية الروتينية للأشخاص الممارسين، لأن اكتساب ما يكفي من المهارات الحركية للتمتع باللعب مع الآخرين يحدث تحسناً هائلاً في حياتهم.

الحاجة إلى اللعب الفعال:

في كثير من الحالات، تعتبر الألعاب السلبيه هي الأكثر ملاءمة، حيث يحتاج الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي إلى لعب قوي وإلى منحهم فرصة المشاركة بعدد من الألعاب النشطة.

النشاطات التي تتطلب استجابات بطيئة:

من السهل الإمساك بالكرة الكبيرة (من السهل الإمساك بها عندما تنطط)، ويجب أن تكون الكرة ناعمة (خفيفة) يسهل ضرب وتمير الكرات الثابتة، ونتيجة لذلك تكون الألعاب التي تقوم على تحريك أشياء ثابتة أكثر نجاحاً من تلك التي تتطلب إيقاف شيء متحرك. ويتحقق نجاح أكبر في النشاطات التي تتطلب حركات جسمانية حرة، كما تكون الاستجابة أفضل للنشاطات التي تحتاج إلى حركات مكررة بسيطة فقط، ويكون التأكيد على اللعب وليس على إتقان المهارة، مما يخلق بيئة تشجع على القيام بحركات حرة وأكثر سهولة، مما يسمح بالأداء في أفضل حالاته عندما يأخذ الممارسون فترات استراحة متكررة.

بعض الألعاب الحرة تكون ضرورية، بحيث تتاح للممارس فرصة استغلال مخيلته، وتجنب التحفيز الشديد والأصوات المزعجة ودرجات الحرارة العالية والمواقف الانفعالية القوية، بالإضافة إلى الاسترخاء العضلي المهم جداً، إذ إن هناك ميلاً لدى هؤلاء الأشخاص إلى أن يكونوا متوترين جداً، عندما يسعون جاهدين إلى الوصول إلى أداء أفضل.

مقترحات النشاطات البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الشلل الدماغي:

نجد النشاطات المقترحة لتطوير المهارات الرياضية الأساسية عند أولئك الأشخاص، الذين طوّروا هذه الحركات الأساسية أبرزها:

- نشاط الرمي والمسك الاعتيادي، تعلق كرة طائرة مربوطة بحبل من السقف الذي فوق رأس الشخص، يرميها، ويحاول الإمساك بها، عند عودتها.
- تمرين الدحرجة والمسك، يجلس شخصان على الأرض ويفصل بينهما بضعة أقدام، ويدحرجان كرة كبيرة إلى الأمام والخلف.
- نشاط الرمي والمسك، يجلس شخصان منفصلان عن بعضهما، ويدفعان إلى الأعلى بالوناً مطاطياً ثقيلًا بينهما (البالون أبطأ من الكرة ويسمح بمزيد من الوقت لأداء عملية المسك).
- تمرين تنطيط الكرة ومسكها، يجلس كل شخص على كرسي ويقوم بتنطيط كرة كبيرة ويمسكها.
- تمرين الرمي من أجل الدقة، يجلس الأشخاص على شكل دائرة حول هدف ذي دوائر متداخلة المراكز. يرمون كيساً معبأً بحبات الفول (الفاصوليا) على الهدف.
- ألعاب المحاكاة، اتخاذ الأشخاص وضعيات مختلفة بالذراعين مشابهة للحيوانات بما يوحي بشكلها مثل مسك الذراع إلى الأسفل من الرأس ليشابه بذلك شكل خرطوم الفيل.
- الحركات التأولية، يتم التعبير عن انفعالات مختلفة بحركات من الذراعين، مثل تحريكهما بمرح أو إسقاطهما إلى أسفل للدلالة على الحزن.
- تمثيل قصة، يُجري الشخص حركات بالذراعين لتمثيل قصته المفضلة.
- بالنسبة للأشخاص صغار السن الذين تكون حالاتهم أقل شدة، يمكن أن يكون برنامج التربية البدنية ممثلاً لبرنامج المدرسة الابتدائية الاعتيادي. ومن النشاطات والألعاب التي تعطي المهارات الأساسية التي يمكن تطبيقها بالحد الأدنى من التكيف نجد:

1. المشي أثناء موازنة كيس مملوء بالحبوب على الرأس.
2. ضرب كرة قدم لغرض الدقة.
3. المراوغة بكرة قدم (باستخدام القدمين).
4. المشي على عارضة توازن منخفضة.

يمكن للأشخاص الأكبر عمراً ممن لديهم إعاقات محدودة المشاركة بالأنشطة التالية:

- القوس.
- ألعاب الجري.
- كروكية (لعبة الكرات الخشبية).
- الرقص التأويلي.
- لعبة الحدودات.
- ألعاب الجمباز.

إعادة تأهيل المصابين بالشلل الدماغي:

لا يمكن إصلاح الأجزاء التالفة من الدماغ، لكن يمكن تعليم الطفل استعمال الأجزاء غير التالفة من الجسم لتحسين تحكمه بأعضاء الجسم الحركية، ومعالجة المشاكل المرافقة للإصابة إن أمكن مثل الشبهات القوامية، ومن المبادئ العامة التي يجب مراعاتها:

- متابعة الحالة ومدى التحسن.
- أن تكون المعالجة مبكرة ما أمكن.
- استخدام أسلوب التكرار و التعزيز.
- الاعتماد على زيادة الخبرة الحسية الحركية لدى الطفل .
- استخدام أسلوب الحث والتشجيع والترغيب، والابتعاد عن أسلوب حشر المعلومات وتلقينها.

أساليب العلاج الطبيعي للشلل الدماغي:

- استخدام المساج في حالة نقص التوتر و ليس في حالات التوتر والتشنج.
- استعمال دعامات و أجهزة مصححة للوضعيات، وهو عبارة عن مقوم شامل يلبس لسنوات عديدة مع تطور الطفل حتى يصل إلى مرحلة يستخدم فيها جهاز حديدي من الركبة إلى الأسفل مع حذاء.
- يعتبر بعض العلماء هذه الطريقة مؤذية للطفل و يجب استخدامها بحذر شديد.

- تسهيل المستقبل الحسي PNF ابتكره العالمان (كابات و فوس) في أمريكا ما بين عام 1946-1951.
- هي عبارة عن تقريب العضلة عن طريق المفصل، ويلاحظ أن هذه الطريقة فعّالة تؤدي إلى تحسّن ملحوظ.
- التنبيه الحسي ابتكرها العالم برون نستروم، و تستخدم مع الراشدين، وتشمل هذه الطريقة إدراك المستقبلات الحسية في العضلات، أي أن التحكم بالرأس و الرقبة و الجذع يعزز تنبيه الرقبة المتوترة والمعقدة، وبسط الإبهام ينقص من فرط توتر العضلات القابضة للأصابع.
- استخدام أسلوب تعليم الطفل التحرك ووفق ما تقتضيه التنمية الشأوية التي ابتكرها تامبل فاي.

و تستخدم هذه الطريقة أسلوب التسلسل و التدرج بالحركة من:

- وضع الانبطاح ودوران الرأس و الجذع .
- زحف قطري متجانس الجانب .
- زحف على الجانب.
- التقدم ببطء.
- المشي على اليدين و القدمين.
- مشي عادي .

التحريض التقبلي الذاتي:

- يستخدم هذا الاسلوب عندما يكون النشاط العضلي للطفل ضعيفاً، بسبب تشنج العضلات ونقص الخبرة الحسية الحركية .
- يمكن استخدام الضغط على الحزام الحوضي عند الجلوس، لإنجاز وضعية الاستقرار قبل و خلال الحركة.
 - من أجل تشجيع الطفل على رفع نفسه بحيث تكون إحدى يديه على الأرض ليستخدم نقاط ارتكاز الكتفين، واستخدام النقر لإعطاء أوامر متقطعة، ليتمكن الطفل من المحافظة على وضعيته، وذلك بنقر الجزء الخلفي من الكتف يمكن أن يحرض الطفل ليقبى الثقل محمولاً على الساعد المدعم.

- يجب أن يعطى التحريض بسرعة كافية دون أن تمنع خسارة في التحكم، وكذلك تسمح للطفل بإظهار ردود فعل ويمكن إنقاص التحريض بالتدريج.

الوضعية الصحيحة لحمل الطفل المصاب بالشلل الدماغي:

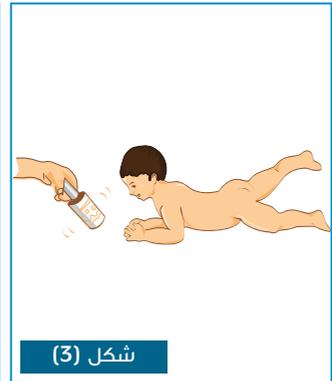
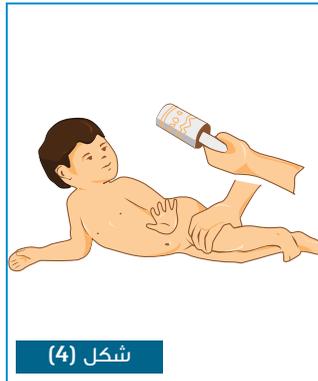
إن حمل الطفل ووجهه للأسفل يساعد على تطوير تحكّم جيّد بالرأس مع إبقاء الوركين والركبتين في حالة انثناء، بينما الركبتان منفرجتان، فهي وضعية تساعد على الاسترخاء وتوفر تحكماً أكبر، وفي هذه الصور بعض الوضعيات الجيدة لحمل الطفل.

تمارين وتدريبات لتحسين مقدرة الطفل المصاب بالشلل الدماغي على الحركة:

كثير من الأطفال يتأخر لديهم تطور التحكم بالرأس، و لتشجيعهم على ذلك يمكن من وضع الانبطاح على البطن جذب انتباهه بأشياء ملفتة ذات ألوان وأصوات مميزة وتحريكها للأعلى واليمين واليسار. وإذا وجد الطفل صعوبة برفع الرأس لضعف في عضلات ظهره، فيمكن وضع بطانية تحت صدره وكتفه ولفته انتباهه بالطريقة نفسها، ويمكن كذلك الضغط بثبات على جانبي العمود الفقري.

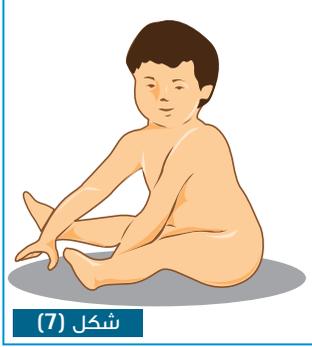
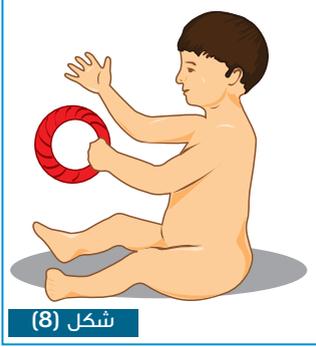
تمارين لتحسين مقدرة الطفل على لف الجذع و الاستدارة :

بعد أن يصبح الطفل قادراً على التحكم برأسه بشكل جيد تكون الخطوة التالية هي الاستدارة و الالتفات وذلك قبل الزحف أو المشي، وذلك عن طريق لفت انتباهه بلعبة تشير اهتمامه وتكون أمامه، بحيث يكون في وضع الانبطاح، وكما هو موضح بالشكل رقم (3)، ثم نحرك اللعبة إلى الجانبين وللأعلى حتى يلف جذعه إذا لم يستدر بعد عدة محاولات، نساعد برفع ساقه ولفها على الساق الأخرى والأشكال رقم (4،5) توضح ذلك.

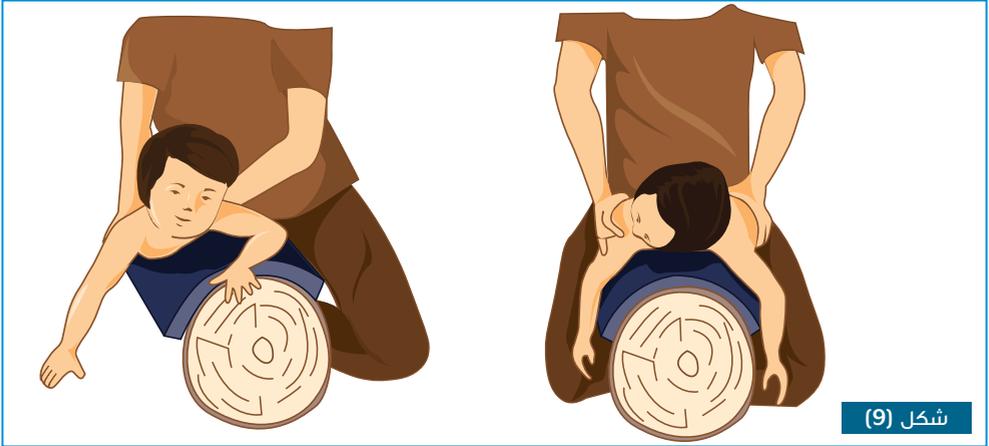


تمارين للتحكم بالجسم والتوازن والجلوس.

- وضعه في وضع الجلوس مع الإمساك به شكل (6).
- إجلاسه بحيث يحافظ على توازنه بواسطة ذراعيه شكل (7).
- يصبح بعدها قادراً على الجلوس بتوازن محرراً يديه شكل (8).



يمكن تطوير قدرته على استعمال يديه للاستناد عن طريق وضعه على أسطوانة مجهزة لهذه الغاية، وأرجحته ببطء على الجانبين، ونشجعه على أن يمسك جسمه بيديه، مما يطور رد فعل لحماية جسمه من السقوط والشكل رقم (9) يوضح ذلك.

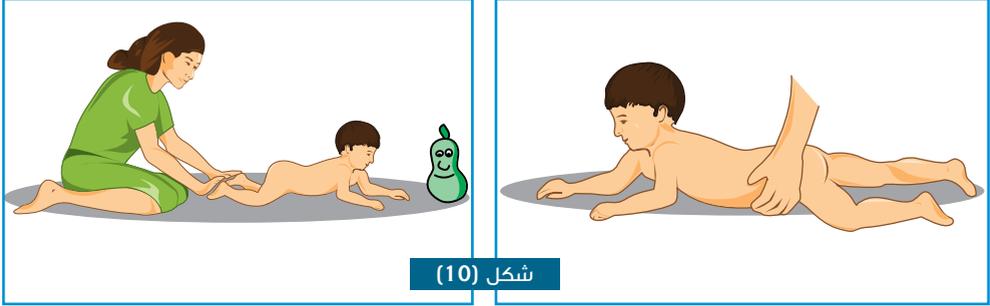


تعليم الطفل النهوض إلى وضعية الجلوس:

من وضع الاستلقاء على الظهر نمسك به من تحت الابط ومن أسفل الورك، وعندما يبدأ بالنهوض ندفع بوركه للأعلى لنساعدته على الاستناد إلى أحد الجانبين ليستند إلى مرفق واحد ثم الجلوس .

تمارين لتشجيع الطفل على الزحف و الحبو:

من وضع الاستلقاء على البطن، يمكن وضع لعبة أو شيء يحبه الطفل و نسند قدميه للخلف و ندفعه قليلاً، وإذا كان الطفل لا يستطيع جر قدميه للأمام يمكن مساعدته برفع وركه، يعاد هذا التمرين عدة مرات في اليوم و أنواع اللعب و الأشياء المساعدة والشكل رقم (10) يوضح ذلك.

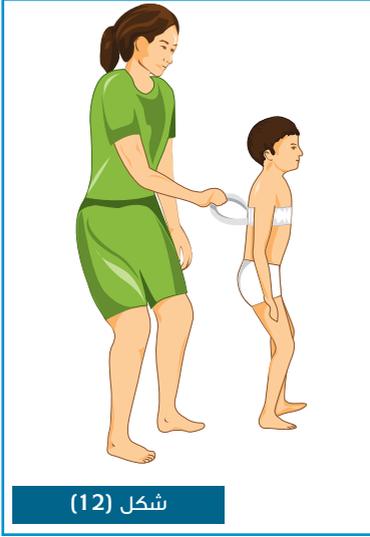


إذا وجد الطفل صعوبة يمكن حمله بمنشفة مع تقليل الحمل تدريجياً حتى يتزايد تقدمه و الحركة من جانب لآخر، بحيث ينقل ثقله من ذراع إلى أخرى و من ساق إلى أخرى و كما هو موضح بالشكل رقم (11).



تمارين للوقوف و المشي:

حمل الطفل أثناء الوقوف على الأرض، بحيث نقلل الحمل تدريجياً، ويمكن تقوية عضلات الساقين بأرجحته قليلاً للأمام والخلف بلطف، وفي مراحل متقدمة، وبعد أن يكتسب توازناً أفضل يمكن أن نسند من تحت كتفيه أو أبطيه إسناداً خفيفاً، وعند البدء بالوقوف، يمكن إسناد وركيه و تكون القدمان متباعدتين لتشكيل قاعدة واسعة، ونحركه بلطف للأمام والخلف و من جانب لآخر، بحيث يتعلم نقل ساقه من قدم لأخرى. أو أن يمسك بأشياء مرنة مثل خرطوم تجعله يحتاج إلى مزيد من التوازن و التحكم بأطرافه.



شكل (12)

تمارين لتشجيع الطفل على شد جسمه للأعلى لكي يقف:

يمكن وضع لعبة أو جرس أو أي شيء يلفت نظره على حافة طاولة، بحيث يحثه على الوقوف لأخذها، وتشجيعه على الخطو يمكن إبعادها إلى النهاية الأخرى للطاولة، وإذا أصبح قادراً على المشي ولكنه يخاف من السقوط يمكن ربط حزام قماش حول صدره والإمساك بالحزام من الخلف، وبقية رخواً مستعدين للإمساك به إذا وقع، ولا يتوجب جعل الطفل يعتمد على الحزام بل فقط للالتقاطه

إذا سقط، ويجب ممارسة المشي إلى الجانبين وإلى الخلف لأنه يجبره على خفض الكعبين إلى الأسفل وكما هو موضح بالشكل رقم (12).

نتائج الاستجابة للتمرين للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي:

تشير الأبحاث إلى أن استجابة الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي محدودة، حيث أن هذه الفئة لم تكن تشارك في أي برنامج لياقة بدنية، وذلك لعدم فاعلية قدرتهم على الحركة. إذ عندما تم قياس معدل دقات القلب، ومستوى ضغط الدم، ونسبة اللاكتيك في الدم لدى أشخاص مصابين بالشلل الدماغي، وأشخاص طبيعيين عند ممارستهم للنشاط نفسه وجد أنها أعلى عند الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي، ويرجع سبب تدني اللياقة عند هذه الفئة هو قلة ممارستهم التمارين، بسبب صعوبة و عدم توازن بأداء العضلات المتقابلة، وضعف عام بالعضلات، وعوامل أخرى مثل الإرهاق الجسدي العام والضغط النفسي.

تأثير التمرينات:

عند وضع برنامج منظم للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي، يجب التركيز على القوة العضلية والمرونة والتحمل، مع مراعاة احتمالية إصابتهم بأمراض القلب و الجلطات، إذ إنهم أكثر عرضة للإصابة بها من الأشخاص الطبيعيين.

برنامج تدريبي للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي :

تمرينات هوائية:

تكرار هذا التمرين من (3-5) أيام أسبوعياً ويستمر لمدة 20-40 دقيقة.
الهدف منه تحسين التحمل وتخفيف الوزن لمن لديهم زيادة بالوزن، مع التركيز على الأطراف الأربعة للقادرين على المشي، والتركيز على الأطراف العلوية للمتقنين بوساطة كراسٍ متحركة.

تمرينات تحمل:

تكرار هذا التمرين 1-2 مرة أسبوعياً، الهدف منه تحسين وزيادة المسافة التي يتم قطعها عن طريق إعطاء تمرين مشي من (6-15د) للقادرين على المشي، وكذلك للمتقنين بوساطة الكراسي المتحركة عن طريق الدفع باليدين.

تمرينات القوة:

تكرار هذا التمرين بمعدل مرتين أسبوعياً، عن طريق رفع الأثقال الحرة أو باستخدام الأجهزة 3 جلسات كل جلسة (8-12) تكراراً.

تمرينات مرونة:

تعطى قبل وبعد تمارين التحمل والتمرينات الهوائية عن طريق رفع حرارة الجسم، و أداء تمارين إطالة بدون مقاومة، أو مع وجود مقاومة من شخص.

إصابات الحبل الشوكي Spinal Cord injuries :

الحبل الشوكي:

هو عبارة عن نسيج عصبي يمتد من الدماغ الأوسط (ساق الدماغ) داخل العمود الفقري وينتهي في مستوى نهاية الفقرة الثانية القطنية، لتمد من مجموعة من الأعصاب على شكل ضفيرة تحت هذا المستوى، تسمى ضفيرة ذيل الفرس العصبية، ويعتبر الحبل الشوكي المركز الرئيسي لكل الأعصاب الطرفية وهو المسؤول عن الحركة في جميع أنحاء الجسم، وكذلك الإحساس بأنواعه المختلفة.

أسباب إصابات الحبل الشوكي:

أسباب خلقية: مثل (العمود الفقري المفتوح Spina Bifida) أو الكيس السحائي، إنحناءات غير طبيعية في العمود الفقري.

أسباب مكتسبة: مثل الإصابات المرضية أو الجرثومية أو الفيروسية أو الحوادث والكسور.

الأمر الواجب مراعاتها عند حدوث إصابات الحبل الشوكي:

- عدم تحريك المصاب إلا من قبل شخص مدرب على التعامل مع مثل هذه الحالات، ولكن إذا كانت حياة الشخص المصاب معرضه للخطر، فإن الأولوية لحياته، لذلك يجب نقله من قبل أي شخص إلى مكان آمن.
- عند نقل المصاب يجب وضع مثبت للرقبة، وأن نقوم بنقله كقطعة واحدة.
- يجب فحص قدرة المصاب على التنفس، فإذا كان غير قادر على التنفس أو يواجه صعوبة في التنفس يجب القيام بإمالة رأس المصاب للخلف قليلاً، وفتح الفم حتى نجعل هناك للهواء مدخلاً.
- استدعاء الإسعاف الطبي بسرعة.
- وضع شيء مناسب حول رأس ورقبة وأكتاف المصاب، حتى يكونوا مثبتين بصورة جيدة ولمنعهم من التحرك، ويمكن وضع وسائل مساندة للثبيت الزائد.
- إبقاء المصاب دافئاً.

شدة إصابة الحبل الشوكي تعتمد على ما يلي:

- مكان الإصابة ومدى ارتفاعها في الحبل الشوكي.
- كمية الخلل التي أصابت الأعصاب.

شلل الأطفال Poliomyelitis :

من أشهر وأقدم الأمراض التي عانت منها البشرية، ينتج عن الإصابة بفيروس يحمل الاسم نفسه (فيروس شلل الأطفال) ويعتبر العالم الألماني (هانية) أول من سمى هذا المرض بشلل الأطفال عام (1840)، وقد سمي بهذا الاسم لأنه يصيب الأطفال من سن (6 أشهر - 24 شهراً). ولكن يبقى احتمال الإصابة قائماً حتى سن 14 سنة، وهناك نوعان من شلل الأطفال هما: الشلل الشوكي والشلل البصلي، ومتلازمة ما بعد الشلل. والشلل الشوكي هو أكثر الأنواع شيوعاً ويحدث هذا النوع عندما تهاجم فيروسات الشلل الخلايا العصبية التي تتحكم بعضلات كل من الساقين والذراعين والجذع والحجاب الحاجز والبطن والحوض. أما الشلل البصلي فهو يعد من أخطر أنواع شلل الأطفال، وينشأ نتيجة تهتك الخلايا العصبية في جذع الدماغ، وتتحكم بعض هذه الأعصاب في عضلات البلع وتحريك العينين واللسان والوجه والعنق، وقد تتأثر كذلك الأعصاب التي تتحكم بالتنفس ودوران السوائل في الجسم.

مسببات شلل الأطفال:

هناك ثلاثة فيروسات تؤدي إلى شلل الأطفال، تسمى النمط الأول، الثاني والثالث. حيث تهاجم الخلايا الحية وتنتقل الإصابة عن طريق الأنف والفم وتصل إلى الأمعاء، وتنتقل مع الدم إلى الدماغ عن طريق الألياف العصبية أو ينقلها الدم إلى الجهاز العصبي المركزي. ثم تدخل في الخلية العصبية وتتكاثر بسرعة حتى تتهتك الخلية أو تموت، وينشأ الشلل عند تهتك عدة خلايا، والخلية الحركية التي تصاب بالفيروس تصبح غير قادرة على تنفيذ الحركة.

أعراض شلل الأطفال:

أعراض شلل الأطفال مثل أعراض كثير من الأمراض وخاصة أعراض الإنفلونزا، وهي تتمثل ألم الحلق والحمى والصداع والقيء، وقد تكون هذه الأعراض خفيفة، بحيث يصعب على الطبيب تشخيص المرض على أنه شلل الأطفال، أما الإصابات الشديدة فلها الأعراض نفسها السابقة ولكنها لا تختفي، ويبدأ التيبس بعضلات الظهر والرقبة وتصبح العضلات ضعيفة والحركة عسيرة، وقد يحدث الألم في كل من الظهر والساقين، وبخاصة إذا أصبحت هذه الأعضاء مشدودة أو ممددة، وظهور الآلام في الأطراف المصابة وعدم القدرة على تحريكها. وقد يعجز الشخص عن الوقوف أو المشي.

وسائل العلاج:

الوقاية خير من العلاج، يوجد نوعان من لقاح شلل الأطفال، كلاهما يقي الإنسان من أمراض شلل الأطفال الثلاثة. والوسيلة الوحيدة للقضاء عليه هي أخذ مطعوم يحمل الفيروس نفسه مهجنًا على أربع جرعات: الأولى في عمر شهرين، والثانية في عمر 4 أشهر والثالثة في عمر 6 أشهر، وهناك جرعة رابعة منشطة في عمر 18 شهراً. ولم يكتشف العلماء حتى الآن دواء ناجعاً يستطيع قتل فيروس الشلل أو التحكم بانتشاره. ويستخدم الأطباء العصائب الساخنة الرطبة لتخفيف الألم، وإذا اختفت الحمى، يساعد اختصاصيو العلاج الطبيعي المريض بتحريك الأطراف لمنع حدوث التشوهات والتيبس المؤلم في العضلات. وتساعد التمرينات الرياضية المركزة على تقوية العضلات وإعادة تدريبها فيما بعد، ومنح الشخص فرص أداء المهارات الحركية والعودة إلى أقصى درجة ممكنة من الحالة الطبيعية.

وقد يتمكن المرضى حتى المصابون منهم بالشلل الشديد من الحركة الكافية لأداء عدة أنشطة، وقد يحتاج بعضهم إلى الجبائر أو الأربطة أو العكازات التي تساعدهم على الحركة، وقد يستخدم الأطباء جهازاً آلياً مثل جهاز التنفس الاصطناعي، ليساعد المرضى على التنفس عند إصابة عضلات التنفس بالشلل.

الرّشح الالتهابي المصاحب لشلل الاطفال:

ينتج عن وصول نواتج الالتهاب المصاحب للخلايا المصابة، وتأثيره سلبياً على الخلايا المجاورة غير المصابة مما يؤثر على العضلات التي تغذيها هذه الخلايا، ومع مرور الزمن وتناول الأدوية ينحسر هذا الرشح الالتهابي وتبدأ هذه الخلايا غير المصابة أصلاً باستعادة عافيتها، مما يحسن الأداء العضلي للعضو المصاب، وهذه العملية للرشح الالتهابي تستغرق حوالي 6 أشهر، لذا فإن الحالة التي يكون عليها المصاب بعدها، الإصابة هي الحالة التي سترافقه مدى الحياة.

مزايا وخصائص شلل الأطفال:

- الإصابة ثابتة ولا تتنامى ولا تعود.
- إن الإصابة قد تكون محددة بمعنى أنها قد تصيب خلية واحدة أو متعددة تصيب أكثر من خلية.
- مظاهرها الخارجية متباينة من إصابة خفيفة وطرف واحد مروراً بإصابة شديدة بالأطراف الأربعة وانتهاءً بالوفاة.
- المرض ينتقل عن طريق الجهاز الهضمي، إذن هو غير وراثي.
- إعطاء المطاعيم في مواعيدها، هي السبيل الوحيد للقضاء على هذا المرض.

التصنيف الرياضي للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي يعتمد على مايلي:

- القدرة الوظيفية للذراعين.
- القدرة الوظيفية لليدين.
- مدى ثبات الجذع.
- مدى ثبات وتوازن الحوض.

والجدول رقم (1) يوضح التصنيف الطبي الرياضي للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي تبعاً لتصنيف الاتحاد الدولي لرياضة البتر ومستخدمي الكراسي المتحركة.

الفئة الأولى	Quadriplegia	Class 1
شلل رباعي 		1 - A
		2 - B
		3 - C
الفئة الثانية	Paraplegia	Class 2
الفئة الثالثة	شلل نصفي سفلي	Class 3
الفئة الرابعة		Class 4
الفئة الخامسة	شلل جزئي في الطرف السفلي	Class 5
الفئة السادسة		Class 6

جدول (1)

التصنيف الطبي الرياضي للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي تبعاً لتصنيف الاتحاد الدولي لرياضة البتر ومستخدمي الكراسي المتحركة (IWAS) International Wheelchair & Amputee Sports Federation

ما هو نوع الإصابات التي تدرج تحت كل فئة؟

الفئة الأولىA:

الإصابة بالحبل الشوكي بمستوى الفقرتين الخامسة والسادسة العنقية، وتسبب شللاً رباعياً ينتج عنه ضعف شديد في عضلات اليد والعضد، تحريك الرأس يكون جزئياً وبسيطاً، شلل كامل في باقي الأجزاء.

الفئة الأولىB:

الإصابة بمستوى السادسة والسابعة العنقية، ويستطيع الشخص المصاب بالشلل أن يحرك الرسغ وإصبعي السبابة والإبهام والمرفق بصورة جزئية، وعدم قدرة على تحريك الأصابع، تحريك جزئي للرقبة والرأس وباقي الأجزاء شلل كامل.

الفئة الأولىC:

الإصابة بمستوى السابعة عنقياً وعمل الذراعين مقبول، وحركة جزئية في الرسغ والمرفق ويستطيع الشخص المصاب بالشلل قبض الأصابع ولا يستطيع إبعادهما، هناك ضعف في العضلة ذات الرأسين العضدية.

الفئة الثانية:

مستوى الإصابة بالفقرات الظهرية من (1-6) وهناك قدرة على استخدام الذراعين والكتفين بكفاءة، وعدم قدرة على الاحتفاظ بالتوازن أثناء الجلوس.

الفئة الثالثة:

مستوى الإصابة بالفقرات من (6-10) ظهرية، وهناك قدرة على التوازن بالجذع وكفاءة باستخدام الذراعين والكتفين، وقدرة على استخدام عضلات البطن العليا، وضعف واضح وشديد في عضلات البطن السفلى.

الفئة الرابعة:

مستوى الفقرة الظهرية العاشرة وحتى نهاية الحبل الشوكي (نهاية الثانية القطنية وبداية الثالثة) و الشخص المصاب بالشلل عاجز عن استخدام عضلات الفخذ الأمامية وعضلات الحوض الخلفية وجميع عضلات الطرف العلوي والجذع، وتعمل بكفاءة تامة ودون ذلك شلل كامل.

الفئتان الخامسة والسادسة:

الإصابة إما ناتجة عن إصابة الحبل الشوكي أو فيروس شلل الأطفال، وتكون بالمنطقة أسفل القطنية الثانية وتعني الإصابة شللاً نصفياً سفلياً جزئياً.

الفئة الخامسة:

تكون الإصابة في مستوى الفقرات الرابعة القطنية وحتى الثانية العجزية، وفي هذه الفئة يستطيع الشخص المصاب بالشلل استخدام عضلات الفخذ الأمامية وعضلات الحوض الخلفية، ولكن مظهر عجزه في عدم قدرته على تحريك عضلات الحوض الأمامية، وكذلك عضلات الركبة والكاحل.

الفئة السادسة:

نقص قدرات العضلات المذكورة في الفئة الخامسة، مع أفضلية في مستوى أداء هذه الحركات.

قواعد ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي:

- يجب أن تكون الأنشطة البدنية والرياضية هوائية، تؤدي إلى عمل المجموعات العضلية الكبيرة، ويجب أن تتعد عن إشراك المجموعات العضلية الفاقدة لقدرتها الوظيفية.

- يجب أن تؤدي هذه الأنشطة البدنية والرياضية إلى تحسن لياقة الجهاز الدوري التنفسي، وزيادة كفاءة القلب والرئتين على إيصال الأكسجين إلى أجزاء الجسم كافة والتخلص من نواتج عمليات الأكسدة.
- يجب أن تؤدي هذه الأنشطة البدنية والرياضية إلى اكتساب اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وبالتالي الوقاية من أمراض نقص الحركة.
- الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي لا تكون بشكل عام للكل، ولكن تكون حسب حالة كل شخص وقدرته الوظيفية.

الأمر الواجب مراعاتها عند وضع برنامج تدريبي للأشخاص المصابين بإصابات

الحبل الشوكي:

نوعية التمارين:

يجب أن تكون تمارين هوائية، ومثال على ذلك تمارين على الحزام المتحرك العريض من خلال الكرسي المتحرك التبدل باليدين، التمارين المائية مثل السباحة.

كيفية التحكم بشدة التدريب (اختبار شدة التدريب):

لحساب شدة التمرين من الصعب استخدام طريقة معدل نبضات القلب (HR)، لأنه لا توجد علاقة في حالة إصابة الحبل الشوكي بين VO₂ (استهلاك الأكسجين) وبين معدل نبضات القلب (HR)، لذلك نستخدم أقصى نبضات القلب (HR PEAK) حيث يتم احتسابها من خلال المعادلة التالية:

احتياطي نبضات القلب = (أقصى نبضات القلب - نبضات القلب المقاسة)

/ (نبضات القلب وقت الراحة - أقصى نبضات القلب) X 100

كما يمكن أن نستخدم طريقة مؤشر بورغ (BORG) لتحديد شدة التمرين والذي يهدف إلى قياس مقدار الإحساس بالجهد البدني الذي يقوم به الشخص عند نقطة معينة من الأداء، ويتكون المقياس من نقطة تبدأ من الرقم 6 (خفيف جداً جداً) وتنتهي عند الرقم 20 (صعب جداً جداً)، وهناك صورة أخرى من المقياس تبدأ من 0,5 حتى 10. ويوضح الجدول رقم (2) تصنيف الجهد المحسوس للنشاط البدني حسب مقياس RPE بورغ.

تصنيف الجهد المحسوس مقياس RPE بورغ		
شعورك عندما ترقد على سرير أو تجلس على كرسي مستريحاً. جهد قليل أو معدوم		6 خفيف جداً جداً
		7
		8 خفيف جداً
		9 خفيف إلى حد ما
		10
		11
المدى المستهدف: كيف تشعر مع ممارسة التمارين أو الأنشطة		12 شديد إلى حد ما
		13 شديد
		14
		15
		16
		17 شديد جداً
شعورك عند قيامك بأصعب عمل مارسته من قبل. ليس هناك أصعب من ذلك		18 شديد جداً جداً
		19 أقصى جهد
		20
		

جدول (2)

تصنيف الجهد المحسوس للنشاط البدني حسب مقياس RPE بورغ

كيف يستخدم مقياس تصنيفات الجهد المحسوس RPE؟

بينما تؤدي التمرين، قيم تصورك للجهد المبذول، ويجب أن يعكس هذا الإحساس مدى شعورك بثقل ومشقة التمرين جامعاً بين كل أحاسيس ومشاعر الإجهاد البدني والإرهاق والتعب. وينبغي ألا تشغل نفسك بأي عامل من العوامل مثل ألم الساق أو ضيق التنفس وإنما ركز على الشعور الكلي تجاه التمرين.

بينما تكون منخرطاً في النشاط ستجد أن المقياس يتراوح من 6 إلى 20، حيث تعني 6 ((لا يوجد جهد مبذول)) انظر إلى مقياس RPE

بينما تعني 20 ((أقصى جهد)). اختر الرقم الذي يصف مستوى جهدك وتحصل بذلك

على فكرة جيدة عن مستوى شدة نشاطك، وتستطيع استخدام هذه المعلومة لتقليل أو زيادة شدة التمرين للوصول إلى المعدل المطلوب. وتوجد أمثلة على النشاطات البدنية الشائعة مصنفة حسب شدة الجهد في الجدول رقم (3).

مقياس بورغ للجهد المحسوس	
شدة منخفضة ←	6 خفيف جداً
	7
	8 خفيف جداً
	9 خفيف إلى حد ما
	10
	11
شدة معتدلة ←	12 شديد إلى حد ما
	13 شديد
	14
	15
	16
	شدة عالية ←
18 شديد جداً	
19 أقصى جهد	
20	

جدول (3)

الجهد المحسوس للنشاط البدني (مقياس بورغ)

بيئة التدريب (محيط التدريب):

يفضل أن يكون مكان التدريب في أماكن مجهزة ومخصصة للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي، ويفضل أن يتناول المتدرب كميات كافية من السوائل قبل وبعد التدريب.

عوامل الأمن والسلامة:

- يجب أن يكون التدريب تحت إشراف مختص أو ذي خبرة.
- إذا لم يكن التدريب باستخدام الكرسي المتحرك، يفضل وجود شخصين على الأقل لنقل المتدرب من جهاز إلى آخر.
- يحتاج الأشخاص المصابون بإصابات الحبل الشوكي إلى مساعدة بالتحضير لأداء التمرين من خلال اختيار الأوزان وتحضير الجهاز أو أداء تمارين المرونة.
- يجب تأمين وسائل النقل من وإلى أماكن التدريب، لأن بعض المصابين لا يستطيعون التنقل بصورة مستقلة.

مبادئ التدريب للأشخاص المصابين بإصابات الحبل الشوكي:

الخصوصية:

يجب التركيز في التمرين على زياده القدرة الوظيفية للأعضاء السليمة والمحافظة على لياقتها البدنية، وبالتالي الوقاية من الأمراض.

الشمولية:

يجب أن يكون التدريب شاملاً لجميع عناصر اللياقة البدنية (المرونة، القوة، التحمل، السرعة).

التدرج بالشدة:

هناك فترات من التدريب ينصح بزيادة شدة التدريب عن الشدة التي تعود عليها المتدرب، وهذا يؤدي إلى زيادة مدى التحسن عليه.

التتابع بالتدريب:

التتابع يؤدي إلى تحسن اللياقة البدنية للمتدرب بصورة مرتفعة، ويجب عدم الانقطاع عن التدريب، حيث هذا يؤدي إلى خسارة جميع الفوائد المكتسبة من التدريب .

انتظام التدريب:

يجب أن يكون التدريب منتظماً بصورة اسبوعية، بحيث لا يقل عدد أيام التدريب عن 3 أيام اسبوعياً ولا يقل زمن الوحدة التدريبية اليومية عن 30 دقيقة.

أكثر الألعاب الرياضية الممارسة من قبل المصابين بإصابات الحبل الشوكي وشلل الأطفال:

- كرة السلة بالكراسي المتحركة.
- كرة الطائرة (جلوس + وقوف).
- السباحة.
- ألعاب قوى.
- شطرنج.
- تنس طاولة.
- الرماية (البندقية والمسدس والقوس والسهم).
- المبارزة على الكراسي.
- تنس أرضي.
- رفع الأثقال من وضع الرقود على الظهر.
- الريشة الطائرة.

نماذج من تمارين الإطالة لمصابي إصابات الحبل الشوكي وشلل الأطفال



(الجلوس على الكرسي المتحرك.
ميل الجذع. الذراعان أماماً
ثني الجذع أماماً أسفل.

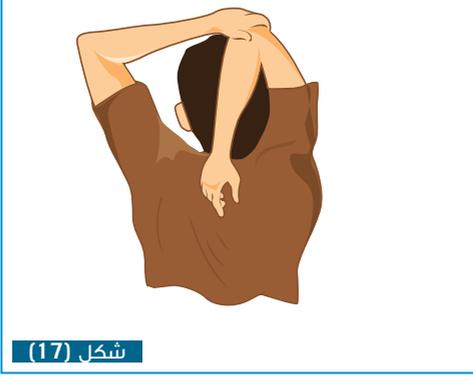


(الجلوس على الكرسي المتحرك.
الذراعان جانباً
تبادل لف الجذع للجانبين.

أ. (جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك
اليدين خلف الرأس) ضغط الساعدين
للخلف بمساعدة الزميل لإطالة عضلات
الصدر.

ب. الزميل (وقوف فتحاً، مواجه الظهر. مسك
ساعدي الزميل) المساعدة في الضغط.





شكل (17)

(جلوس على الكرسي المتحرك. رفع الذراع
عالياً مع ثني المرفق) ضغط الساعد للأسفل
باليد الأخرى.



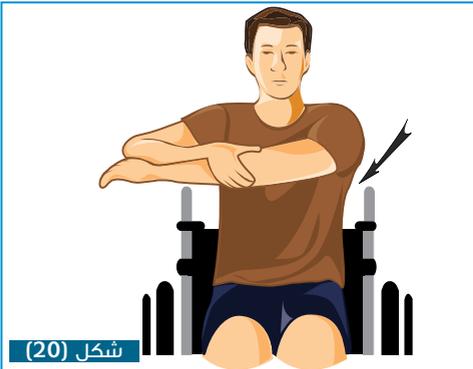
شكل (16)

(جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك اليدين
خلف الظهر) ثني الجذع أماماً أسفل مع رفع
اليدين عالياً لإطالة عضلات الكتفين.



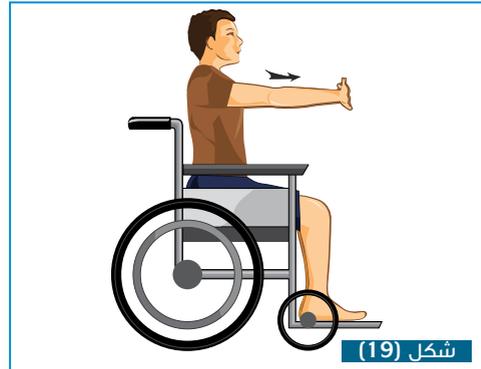
شكل (18)

(جلوس على الكرسي المتحرك. رفع الذراعين
أماماً) سحب اليد للخلف بواسطة اليد الأخرى
لإطالة عضلات الساعد.



شكل (20)

(جلوس على الكرسي المتحرك. مسك الساعد
أمام الجذع) سحب الذراع للجانب.



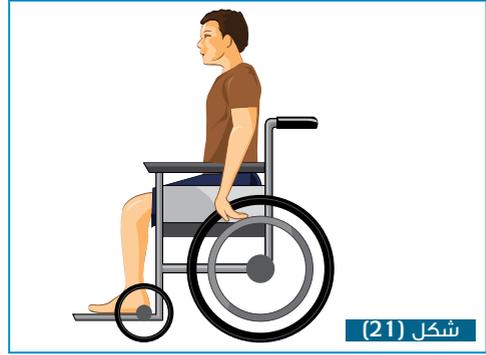
شكل (19)

(جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك
اليدين أماماً) مد الذراعين أماماً.



شكل (22)

(جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك الذراعين خلف الرأس) ثني الرقبة للأمام.



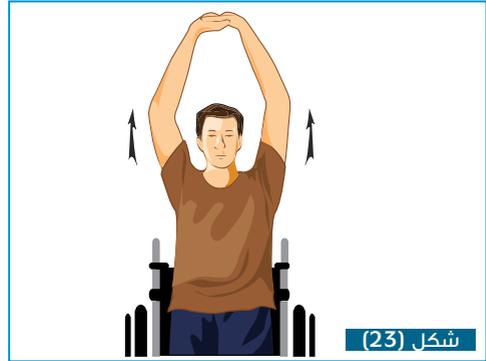
شكل (21)

(جلوس على الكرسي المتحرك) السير للأمام وللخلف.



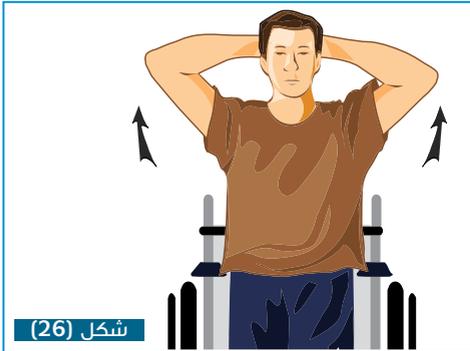
شكل (24)

(جلوس على الكرسي المتحرك) ثني الجذع أماماً أسفل.



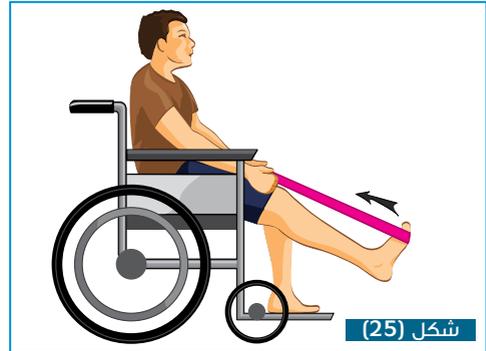
شكل (23)

(جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك الذراعين فوق الرأس) مد الذراعين عالياً.



شكل (26)

(جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك اليدين خلف الرأس) ضغط الساعدين خلفاً.



شكل (25)

(جلوس على الكرسي المتحرك. مد الرجل أماماً. الحبل في باطن القدم) ثني الذراعين مع شد الحبل على الصدر.



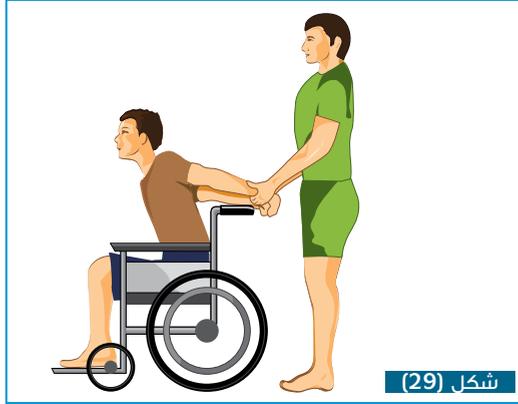
شكل (28)

(جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك اليدين خلفاً) رفع الذراعين خلفاً عالياً.



شكل (27)

(جلوس على الكرسي المتحرك) ثني الذراعين.



شكل (29)

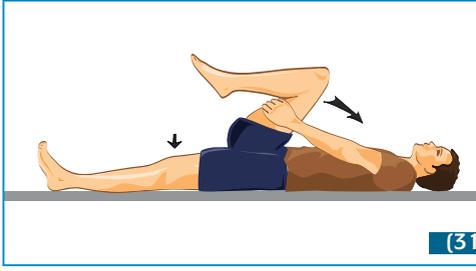
أ. (جلوس على الكرسي المتحرك) رفع الذراعين خلفاً عالياً.
ب. الزميل (وقوف فتحةً، مواجهاً الظهر. مسك ساعدي الزميل) المساعدة برفع الذراعين عالياً خلفاً.



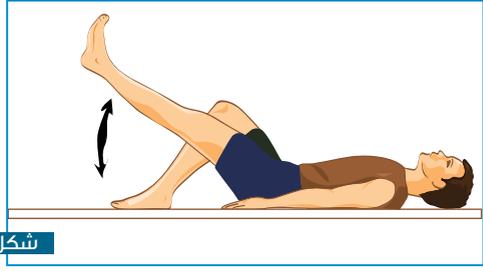
شكل (30)



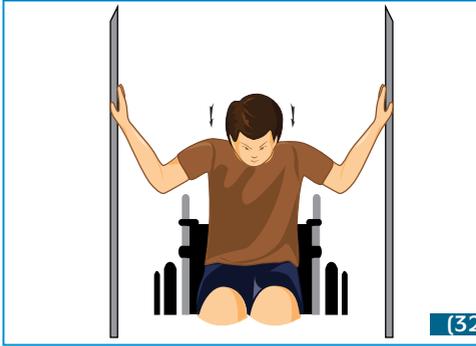
(جلوس على الكرسي المتحرك) مد الركبتين أماماً بالتبادل.



شكل (31)



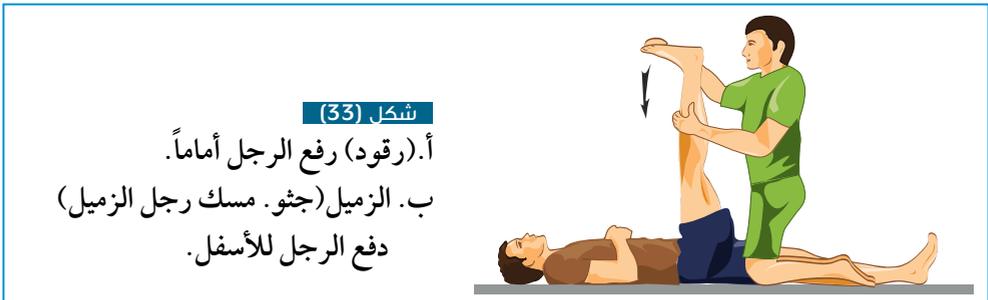
(رقود. الرجل عالياً) تبادل ثني ومد الرجل.



شكل (32)

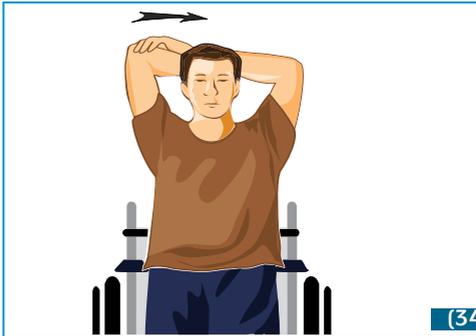


(جلوس على الكرسي المتحرك. مسك حافتي الباب باليدين) ثني الجذع للأمام.



شكل (33)

أ. (رقود) رفع الرجل أماماً.
ب. الزميل (جثو. مسك رجل الزميل)
دفع الرجل للأسفل.



شكل (34)



(جلوس على الكرسي المتحرك. مسك الساعد خلف الرأس) شد الذراع جانباً.



شكل (36)

(الجلوس على الكرسي المتحرك) الذراعين
عالياً رفع.



شكل (35)

(الجلوس على المقعد. مسك الركبة أمام
الصدر) ثني الذراعين مع شد الفخذ على
الصدر.



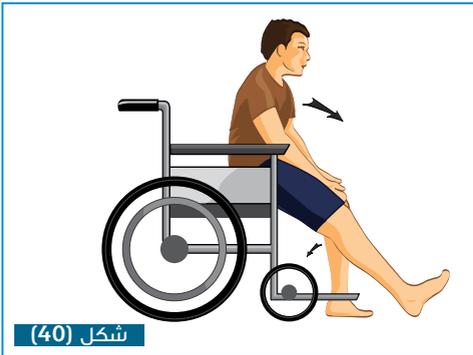
شكل (38)

(جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك
الذراعين فوق الرأس) مد الذراعين عالياً.



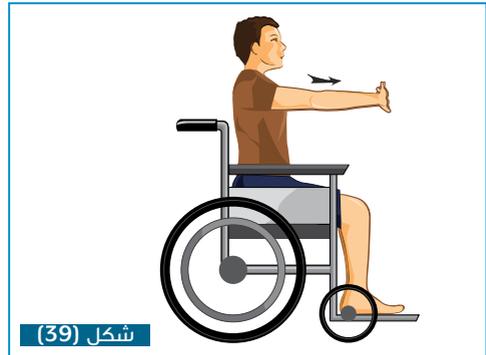
شكل (37)

جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك اليدين
خلف الرأس) ثني الرأس للخلف.



شكل (40)

(جلوس على الكرسي المتحرك) مد الركبة
أماماً. ثني الجذع أماماً



شكل (39)

(جلوس على الكرسي المتحرك. تشبيك اليدين
أماماً) مد الذراعين أماماً.

جدول تقييمي لحالات شلل الاطفال

..... تاريخ الإصابة الاسم
..... درجة الإصابة العمر

هل يمشي المصاب بشكل جيد؟

- نعم
- لا

ما نوع المشية التي يمشيها؟

- مشية هبوط القدم
- مشية التمايل
- مشية البطة
- مشية الجنف
- مشية القدم الروحاء
- مشية القدم الفحجاء

هل هناك مشاكل مرافقة؟

- تقلصات: ورك، ركبة، كاحل
- تشوهات: قصر في الأطراف، بروز الركبة للخلف

تشوهات أخرى(ما هي؟)

- جنف: درجته المئوية ()
- نوعه « ثابت- متحول»

هل بعض التشوهات والمشاكل تحتاج إلى:

- تمارينات .. مجال حركة-تقوية-مد
- أجهزة..... نوعها؟
- جراحة..... نوعها؟

العضلات التي أضعفها الشلل :

- العضلات التي تمد الركبة (hamstring)
- العضلات التي تشني الركبة (quadriceps)
- العضلات الرافعة للقدم- عضلات الكتفين
- عضلات خلف الذراع (triceps)
- عضلات الظهر
- عضلات الإبهام

هل يستعمل المصاب أجهزة مساعدة :

- حذاء طبي
- عكاز
- مشد
- كرسي متحرك

قوة العضلات أو ضعفها :

- طبيعية .. ترتفع وتتحمل مقاومة قوية (5)
- جيدة.. ترتفع وتتحمل بعض المقاومة (4)
- ضعيفة ... ترتفع ثقلها وليس أكثر من ذلك (3)

قياس محيط العضلات

الرجل السليمة. الرجل المصابة. المحيط

- , , 10سم بعد الرضفة
- , , 15 سم بعد الرضفة
- , , 20سم بعد الرضفة

الهدف النهائي من عملية التأهيل أو البرنامج الحركي ؟

- المشي بشكل أقرب إلى الطبيعي
- المشي مع الميلان الخفيف
- استعمال الكرسي المتحرك

نموذج مقترح للتأهيل الحركي لمرضى الشلل النصفي السفلي:

الأدوات إن وجدت	الفئة الأولى	الزمن	الهدف
أثقال مدرجة الأوزان من (10:1 كجم)	<p>مجموعة (1):</p> <ul style="list-style-type: none"> • (جلوس عال- الذراعان جانباً): تدوير الرسغين و كل يد تمسك بثقل وزنه 1 كغم يزداد إلى 10 كجم تدريجياً • (جلوس عال- الذراعان عالياً) تدوير الرسغين (1-4) ثم الهبوط بالذراعين أماماً (1-4) يكرر. • (جلوس عال- الذراعان مد عرضاً): تدوير الرسغين (1-4) ثم أماماً في (1-4) مع تدوير الرسغين بالأثقال ثم الرجوع بالذراعين جانباً لأسفل (1-4) يكرر. • (جلوس عال- الذراعان أماماً)، ثني الرسغين معاً في حركة الكب (1-4) ثم حركة البطح (1-4) مع حمل الأثقال المتدرجة الأوزان، بحيث يكون وزن الأثقال متساوية في اليدين معاً عند أداء كل تمرين. • (جلوس عال- الذراعان أماماً)، ثني الرسغين بالتبادل مع الأثقال. 	ق 15	تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على قبض أصابع اليد القوة
أثقال مدرجة الأوزان من (10:2 كجم)	<p>مجموعة (2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • (جلوس عال- الذراعان جانباً)، ثني الساعدين على العضدين مع حمل الأثقال باليدين في (1-4) ثم الرجوع للوضع الابتدائي يكرر ما سبق مع تغيير الوضع الابتدائي إلى المد عرضاً • (جلوس عال- الذراعان جانباً)، ثني الذراعين بالتبادل ثم الرجوع للوضع الابتدائي (1-4). 	ق 15	تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على ثني مفصل المرفق

<p>من (2 إلى 10 كغم) أثقال أوزانها</p>	<p>مجموعة (3):</p> <ul style="list-style-type: none"> • (جلوس عال- انثناء): مد الذراعين لأسفل مع تدوير اليدين لوضع الكعب، يكرر عدة مرات. • (جلوس عال- انثناء لذرعين خلف الرأس - كف اليد لاعلى)، مد الذراعين عالياً، يكرر عدة مرات. 	<p>ق 15</p>	<p>القوة تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية العاملة على بسط المرفق</p>
<p>من (2 إلى 10 كغم) أثقال أوزانها متدرجة</p>	<p>مجموعة (4):</p> <p>في هذه المجموعة تمسك كل يد ثقلاً واحداً وزنه من 2 كغم إلى 10 كغم تدريجياً.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (جلوس عال-الذراعان أماماً)، رفع الذراعين عالياً ثم خفضهما جانباً أسفل مع ثني الرسغين و مدهما. يكرر عدة مرات. • (جلوس عال-الذراعان جانباً)، خفض الذراعين أسفل ثم رفعهما جانباً عالياً. يكرر عدة مرات. • (جلوس عال-الذراعان جانباً)، تحريك الذراعين في دوائر متقاطعة أمام الجسم. • (جلوس عال- انثناء المرفقين لأعلى)، مد الذراعين لأسفل، يكرر عدة مرات 	<p>ق 15</p>	<p>تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية العاملة على مفصل الكتف لرفع الذراع زاوية 90°</p>
<p>من (2 إلى 10 كغم) أثقال أوزانها متدرجة</p>	<p>مجموعة (5):</p> <p>في هذه المجموعة من التمرينات تمسك كل يد ثقلاً زنته 2 كغم يزداد تدريجياً إلى 10 كغم.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (جلوس عال- انثناء)، مد الذراعين عالياً و يكرر. 	<p>ق 15</p>	<p>تنمية القوة العضلية للمجموعات العضلية التي تعمل على رفع الذراع جانباً عالياً أكثر من 90°</p>

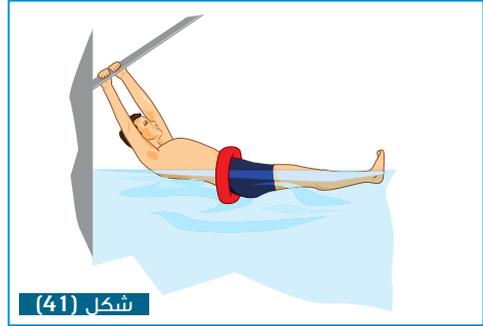
نموذج مقترح للتأهيل الحركي (تحت الماء) لمرضى الشلل النصفي:

قبل البدء بأداء هذه التمرينات يتوجب مراعاة الآتي:

- على المعالج أن يأخذ موزناً عن الحالة و تاريخها، وفترة استمرارها وشدتها شخصياً.
- جمع البيانات الأولية عن الحالة.
- أثناء الأداء يجب ان يتحرر المصاب من ملابسه جزئياً وبخاصة القدمان، من أجل اختبار الإصابة، والتعرف على الأمراض الجلدية الفطرية مثل التينيا Tina Pedis.
- تجرى للمصاب عدة قياسات للتعرف على مدى حركة المفاصل، والقوة العضلية، والتوافق، كذلك يسجل عدد القياسات لبعض القدرات الخاصة للمصاب على الأرض، مثل قدرته على المشي على مستوى محدد أو صعود وهبوط الدرج، وتسجل المعلومات كافة عن قدرته الحركية خلال تلك القياسات والاختبارات مع التركيز على الجوانب التي لا يتمكن من أدائها.
- عمل بعض الاختبارات الفسيولوجية للتعرف على الحالة الصحية العامة للمصاب.



التعلق، نماذج من أدوات الطفو المساعدة



طوافة الحوض

- يجب على المصاب الاغتسال قبل نزوله المسبح بماء درجة حرارته تتراوح ما بين 34,5 إلى 35,5 درجة مئوية، لتهيئة الجسم للاستجابة لدرجة حرارة المسبح والتأقلم معها فسيولوجياً.
- يجب غمر القدمين في ماء معالج بكيماويات مطهرة وتجنباً للإصابة بالأمراض الفطرية بالقدم. ويمكن للمصاب نزول المسبح إذا استطاع ممسكاً بالمقابض الجانبية أو بمساعدة المعالج، في بعض الحالات ينزل المعالج خلف المصاب لمساعدته ومراقبته، وقد تستخدم الرافعة لنزوله إذا استدعى الأمر ذلك.

- تبلغ طول فترة العلاج في الماء من 5 إلى 45 دقيقة، و تتوقف على العمر والحالة العامة ودرجة حرارة الماء. وحالات الشلل النصفي يمكنها الاستمرار في الماء فترة 45 دقيقة، في ماء درجة حرارته 33 درجة مئوية.
 - التدرج بالتمرينات: هناك إمكانية التقدم بالتمرينات في الماء بكل سهولة وذلك باستخدام أوضاع وأدوات طفو متعددة تؤدي إلى زيادة مقاومة الماء للجسم أو الإقلال منها، واستخدام أدوات الطفو يؤدي أيضاً إلى تفاوت في المقاومة التي يلقاها هذا الجزء المتحرك.
- ويتوقف التدرج في صعوبة التمرينات، على المصاب و حالته و قدراته.

الأدوات إن وجدت	الفئة الأولى	الزمن	الهدف
مرتكز الطفو ومقاومة الماء	<ul style="list-style-type: none"> • (من وضع الانبطاح على نصف (مرتكز الطفو) المثبت في جدار المسبح، أو على أداة الطفو ويقوم بالحركة ضد الماء 	15 ق	تقوية و تأهيل العضلات المادية (الباسطة) للفتح
	<ul style="list-style-type: none"> • (الرقود على الجانب)، بالاستناد إلى المرتكز (المنصة) أو أداة الطفو - ويقوم بالحركات الموضحة في الشكلين أعلاه • (الرقود)، باستناد إلى المرتكز أو المنصة أو أداة طفو و يحاول تحريك رجليه لأسفل كما هو موضح بالشكل 		

الأدوات إن وجدت	الفئة الأولى	الزمن	الهدف
	<p>• هذه الطريقة تعتمد على نظريات الالمانى كرد بفير و تسمى (الأسلوب المكثف للتمرينات تحت الماء) بمعنى استخدام مجموعات العضلات في تتابع طبيعي بدلاً من التركيز على مجموعة عضلية بذاتها، وتفيد هذه الطريقة في حركات العضلات الضعيفة والتي يمكن أن تحث على الانقباض مستخدمة أقصى مقاومة وذلك باستخدام أدوات الطفو مختلفة الأحجام، بالإضافة للمعالج بجانب المصاب في المسبح.</p> <div data-bbox="396 737 814 1033"> <p>شكل (45)</p> </div> <p>مقاومة الطفو - ذراع مقاومة طويل مع مساعدات طفو صغيرة في الرجلين لتصعيب الحركة</p> <div data-bbox="378 1173 814 1488"> <p>شكل (46)</p> </div> <p>مقاومة الطفو - ذراع مقاومة طويل مع مساعدات طفو كبيرة في الرجلين لتصعيب الحركة</p>	<p>ق 15</p>	<p>تنمية عمل المستقبلات الحسية العصبية بالعضلات الأساسية</p>

مجموعة (1):

- (الطفو على الظهر) باستخدام مساعدات الطفو حول الرقبة والفخذين، والذراعين، ومفصلي القدم الأخرى.
- يقف المعالج أمام المصاب، ويقوم بتثبيت العضو (الطرف) في وضع الثني، وعندما يصدر الأمر (ادفع) يقوم المصاب بمد الفخذ و الركبة والقدم - دافعاً المعالج بعيداً، ولذلك يتم القبض السلبي لمفصل الفخذ ويتم عبور المسبح بتلك الطريقة، هذا ويمكن ربط تلك الحركة بدوران (حول خط المنتصف للجسم) للداخل والخارج.



شكل (47)

أسلوب مد الرجل

ق 15

(أسلوب بسط الرجل)

مجموعة (2):

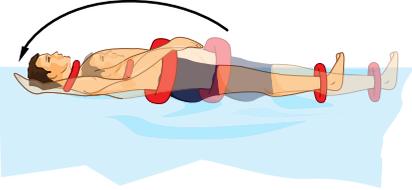
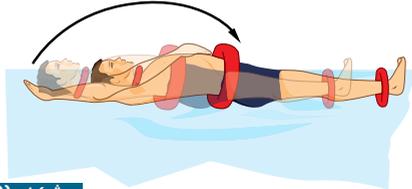
- يقوم كل من المصاب والمعالج باتخاذ الوضع السابق نفسه مع تغيير مكان يد المعالج ووضعها على سلاميات الأصابع، وعند إصدار الأمر ادفع يقوم المصاب بتحريك رجله باتجاه المعالج. وعندما تكتمل الحركة يتم مد الرجل سلبياً وتتحرك بعيداً عن المصاب.



شكل (48)

أسلوب قبض الرجل

أسلوب قبض الرجل

الأدوات إن وجدت	الفئة الأولى	الزمن	الهدف
	 <p>شكل (49)</p> <p>قبض، تبعيد و دوران الذراع للخارج</p>	15 ق	أسلوب قبض الرجل
	<p>مجموعة (3):</p> <ul style="list-style-type: none"> يقوم المصاب باتخاذ الوضع الموضح في الشكل التالي ويحرك ذراعه بالطريقة نفسها متجهاً بعيداً عن المعالج الذي يتحرك خلفه، وتكرر تلك الحركة التكرارات المناسبة لكل حالة.  <p>شكل (50)</p> <p>مد، تقريب و دوران الذراع للداخل</p>		مد تقريب، ودوران الذراع للخارج
	<ul style="list-style-type: none"> يحرك المصاب ذراعه تجاه المعالج الذي سوف يتحرك للخلف في هذه الحالة - و تكرر هذه الحركة التكرارات المناسبة والتي تحدد من قبل المعالج.  <p>شكل (51)</p> <p>قبض الركبة اليسرى بطريقة (القبض-الاسترخاء)</p>		قبض-استرخاء الركبة اليسرى

	<p>وفي التمرين السابق يمكن استخدام كل من الذراع أو الرجل بالتبادل، وترتبط حركة الجذع في القبض والمد مع الدوران، وفي هذه الحالة يمكن للمعالج تثبيت الفخذين أو القدمين أو الكتفين.</p>	<p>ق 15</p>	<p>قبض - استرخاء الركبة اليسرى</p>
	<p>مجموعة (5):</p> <ul style="list-style-type: none"> • لتحقيق ذلك يمكن إدخال بعض التعديلات على التمرينات السابقة وزيادة المقامة، وقد ينتج عن الانقباضات الأيزومترية اضطرابات في سريان الماء، تؤدي إلى إحداث تأثيرات إيجابية على الجسم و الطرف المصاب. 	<p>ق 15</p>	<p>استخدام العمل العضلي الثابت (الأيزومترى)</p>

إعاقات الجهاز العظمي:

تنطبق عبارة «عظمي» على نوع معين من الإعاقة البدنية، بالإضافة إلى فرع من الطب المعني بمعالجتها والوقاية منها، إن مثل هذه الإعاقة تمنع من أداء الوظائف الحركية والحركية الموقعية للجسم أو الأطراف، وهناك فرصة إلى إعادة تأهيل شاملة في كثير من الأحوال، يتوجب الحصول على مساعدة واستشارة طبية في تحديد النشاطات المناسبة لإعاقات الجهاز العظمي، حيث تشمل أسباب الإعاقة في العظام: الصدمات، والحالات الولادية، ضعف العظام والغضاريف والالتهابات.

الصدمات (Trauma)

تحدث بسبب البتر، عصب محيطي، أو إصابة أخرى.

حالات ولادية (Congenital Conditions)

تنتج عن حالات غير طبيعية وتشوهات عند الولادة. ومنها الحنف، العمود الفقري المفتوح، خلع الوركين، ونقص أو عدم وجود الأطراف.

ضعف العظام والغضاريف (Osteochondritis)

مرض يصيب أحد مراكز تكوين العظام.

التهاب (Infection)

الشائع منها التهاب سنجابة الدماغ، التهاب العظم، وتدرن العظام. يستخدم الطرف البديل لمساعدة الشخص ذي الإعاقة في الجهاز العظمي، وبخاصة ممن فقدوا أحد الأطراف، وهو عبارة عن طرف مصنع يشد إلى الجسم، ويحرك بربطه إلى المفاصل أو العضلات.

مقترحات التدريب لإعاقات الجهاز العظمي:

يوصي الطبيب المختص بالعظام بمثل هذه الحالات عدم مشاركتها في النشاطات كافة، ونتيجة لذلك، توضع البرامج من قبل المدرسين والمدربين لهؤلاء للمشاركة بفاعلية، وتحدد الوصفة أنواعاً من النشاطات المطلوبة للممارسة، وعندما يكون التخطيط ممكناً بالنسبة للشخص من هذا النوع، يجب أن يواصل مدرس التربية الرياضية أو المدرب عمله بحذر، ويحصل على تقرير طبي ويراجعه، يلاحظ مجالات المشاركة، ثم يراجع خطط الدروس والتدريب، ويلاحظ القيود المفروضة على النشاط البدني والرياضي، ثم يقوم بإعداد برنامج لحركات مكيفة، وأوضاع ومعدات تلبي الاحتياجات الخاصة للشخص، مع السماح في ذات الوقت بالاتجاه السائد في النشاطات، مع ضرورة التأكد من الحواجز النفسية المحتملة، وفقدان القوة ومدى الحركة، وأخيراً، الحصول على الموافقة الطبية قبل تنفيذ الخطة.

حالة البتر Amputation:

فقدان أو نقص تشريحي كلي أو جزئي لطرف أو أكثر من أطراف الجسم (النقص أو عدم الإكتمال).

أسباب البتر:

- الحوادث، حوادث السير، الآلات الحادة، السقوط من مناطق مرتفعة.
- أورام سرطانية أو مرضية مثل الغرغرينا والسكري.
- أسباب خلقية.

تصنيف بتر الأطراف:

يمكن تصنيف بتر الأطراف إلى:

- غياب جزء من أحد الأطراف (Amelia).
- غياب معظم أو جميع الأطراف (Hemimelia).
- صغر حجم أحد الأطراف بشكل واضح (Phocomelia)، وتحدث هذه الإصابة بنسبة كبيرة بالأطراف العليا مقارنة بالأطراف السفلى.

تصنيف الاتحاد الدولي لرياضة البتر ومستخدمي الكراسي المتحركة

(IWAS) International Wheelchair & Amputee Sports Federation)

صُنِّف مصابو البتر إلى تسع فئات على النحو الآتي :-

- A1 بتر مزدوج فوق الركبة
- A2 بتر مفرد فوق الركبة
- A3 بتر مزدوج تحت الركبة
- A4 بتر مفرد تحت الركبة
- A5 بتر مزدوج فوق المرفق
- A6 بتر مفرد فوق المرفق
- A7 بتر مزدوج تحت المرفق
- A8 بتر مفرد تحت المرفق
- A9 بتر مركب

الشروط الواجب مراعاتها في برنامج الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص

مصابي البتر:

- تعديل المهارات الحركية لهم بما يتناسب مع الأسس الميكانيكية والحركية، وتعليمهم مهارات البدء والتوقف والدوران سيما لمبتوري الأطراف السفلى (كل حسب حالته).
- تعليمهم مهارات الأمان والسلامة أثناء السقوط أو فقدان الاتزان.
- عند استخدام تدريبات الأثقال يراعى توازنها على جانبي الجسم.
- يمكن تثبيت ثقل آمن بأحد جانبي الجسم للمساعدة على الاتزان.

- العناية الفائقة بصحة وسلامة الجزء المتبقي من الطرف المبتور، واتصاله بالطرف الصناعي المستخدم.

أكثر الألعاب الرياضية التي يستطيع ممارستها الأشخاص مصابو البتر:

- ألعاب قوى بما فيها ألعاب الساحة والميدان.
- تنس الطاولة.
- كرة السلة بالكراسي المتحركة.
- السباحة.
- رفع الأثقال من وضع الرقود على الظهر.
- الرماية بالسهم والبنديقية والمسدس.
- كرة الطائرة من الوقوف والجلوس.

التمرينات البدنية والرياضية لمصابي البتر:

جميع المصابين بالبتر تقريباً، يستطيعون ممارسة ما يحتاجون أو ما يريدون القيام به، ولكن تحت إشراف المختصين سواء الطبيب المختص أو مدرب التأهيل العلاجي أو المدرب الرياضي، مع التقيد بالقواعد التالية:

- البدء ببطء: أي بشكل تدريجي ومتسلسل، حيث إن من الأخطاء الشائعة أن عدداً من اللاعبين المصابين يحاولون أداء الكثير بوقت قصير.
- تفضيل البرنامج اليومي القصير: وذلك خوفاً من حدوث الإصابات والآلام في حالة طول البرنامج التدريبي
- كما أثبت البرنامج التدريبي الطويل عدم فاعليته في إحداث تطور أو تأثير.

تمارين رياضة المصابين بالبتر في القدم

تمارين الإطالة:

يفضل عمل تمارين الإطالة الثابتة وذلك بالثبات على الحركة لمدة تتراوح بين 20-30 ثانية، عند أداء التمرين المحاولة قدر المستطاع- وهناك قواعد أساسية علينا مراعاتها عند أداء التمرينات:

- نبدأ وننهي بتمارين الإطالة سواء في البيت أو في النادي .

- يجب مراعاة القيام بتمارين الإطالة يوميا .
- يجب مراعاة الثبات على الحركة لمدة 20-30 ثانية، مع تكرار التمارين 3-4 مرات.
- يجب مراعاة زيادة عمليات الإطالة تدريجياً وليست مرة واحدة، خوفاً من حدوث الإصابة.



شكل (52)

تمارين إطالة الحوض

بالانبطاح على السرير أو مقعد مستوي، مع ثني الركبة ناحية الصدر وتثبيت الرجل بالأيدي، وإنزال القدم المصابة بالبتير بشكل سريع.



شكل (53)

تمارين إطالة عضلات الفخذ الخلفية:

بالجلوس على طرف السرير أو طاولة مع وضع الرجل السليمة ممتدة للأمام، مع مراعاة عدم ثني الركبة وامتداد الأيدي لأقصى مسافة ناحية القدم السليمة تدريجياً، وإنزال الرجل المصابة بالبتير على الأرض.



شكل (54)

إطالة عضلات الفخذ الخلفية:

للمصابين بالبتير تحت الركبة، يتم وضع كتاب تحت الكعب والضغط على الركبة لأسفل للرجل المصابة.



شكل (55)

تمرين إطالة عضلة السمانة:

الوقوف بمواجهة الحائط مع ثني القدم بالبتير للأمام وثباتها على الأرض، مع وضع الرجل السليمة للخلف، مع مراعاة عدم تثبيتها، وضغط اليدين على الحائط لمدة 20-30 ثانية.

تمارين إطالة العضلة الرباعية:

الوقوف إلى جانب البار وثني الرجل السليمة للخلف مع ثبات القدم المصابة على الأرض، والإمساك بالبار طول التدريب للمحافظة على التوازن الثابت.



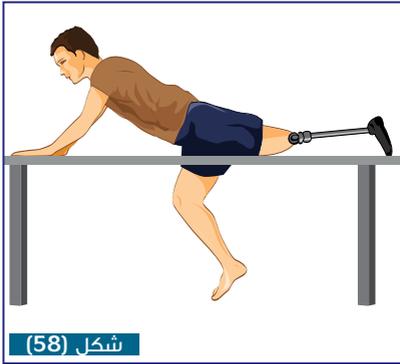
تمارين الإطالة المتقدمة:

يرغب الرياضيون بهذه التمارين في حالة تطور المستوى البدني، مع عدم حدوث إصابات وممارستها بشكل ميسر وسهل، أو في حالة دخول المنافسات.



تمارين إطالة الحوض:

يتم التمرين من وضع الانبطاح على البطن مع غلق الركبة في حالة وجود إصابة بتر فوق مستوى الركبة، ويتم دفع الطرف العلوي للجسم عن طريق مد المرفقين من وضع الانثناء، مع إبقاء منطقة الحوض والطرف السفلي قريباً من مستوى الأرض.



أما في حالة وجود البتر تحت مستوى الركبة، فيجب وضع وسادة على الركبة المصابة أثناء أداء التمرين ويؤدي التمرين بالارتكاز على الركبة المصابة، مع المحافظة على استقامة الظهر والتقدم للأمام بشكل متزامن مع دفع الحوض للأمام كما هو موضح بالشكل رقم (59).



تمارين تقوية العضلات:

- هناك قواعد أساسية علينا مراعاتها تكمن في:
- التمرين ٤ مرات في اليوم على الأقل.
 - القيام بالتمرين بشكل بطيء ومتدرج.
 - التركيز على العضلة العاملة في التمرين.
 - في حالة حدوث احمرار أو ألم في العضلة العاملة يجب إيقاف التمرين.
 - زيادة الأوزان والتكرارات تدريجياً في حالة سهولة التمرين.

الانبطاح على الأرض ورفع الرّجل باتجاهات متعددة:



شكل (60)

رفع الرجل للأعلى مع الانبطاح على الظهر ورفع الجسم لأعلى للمحافظة على عدم حدوث الآلام في الظهر، وذلك لتقوية منطقة الحوض والعضلة الرباعية.



شكل (61)

الانبطاح على البطن مع رفع الرجل المصابة بالبتير من الخلف لأعلى، لتقوية منطقة الحوض والعضلات الأمامية.



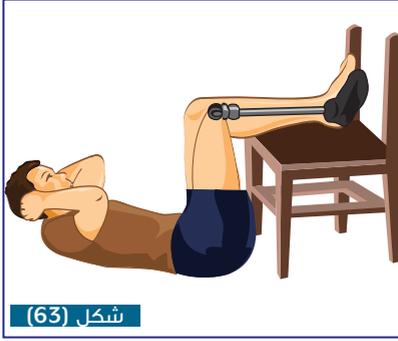
شكل (62)

الانبطاح بشكل جانبي مع إبعاد الرجل المصابة بالبتير للأعلى، مع الثبات بشكل مستقيم، وذلك لتقوية عضلات الحوض العضلات المبعدة.



تمارين التقوية:

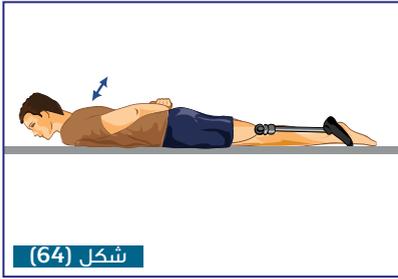
تمارين الجلوس من وضع الرقود الجزئي



شكل (63)

حيث يقوم بتقوية عضلات المعدة مع إسناد أسفل الظهر وهو مرغوب للمصابين ببتير فوق الركبة ويسمى بـ 90-90، لأنه يشكل زاوية 90 في منطقتين بالجسم، ويتم هذا التمرين برفع ألواح الأكتاف عن الأرض مع المحافظة على الذقن ثابت للأسفل، وعدم الضغط باليدين على الرقبة بشكل مريح ومناسب.

تمارين تقوية الظهر والعمود الفقري:



شكل (64)

هذا التمرين للمصابين بالبتير فوق الركبة، حيث يتم الرقود على البطن على سطح مستوٍ مع المحافظة على إنزال الذقن وثباته، ثم رفع الرأس والصدر لأعلى مسافة ممكنة والنزول مرة أخرى.



شكل (68)



شكل (67)



شكل (66)



شكل (65)

تمارين تقوية متقدمة:

هذه التمارين الموضحة بالأشكال من 65 - 68 من الممكن إضافتها في حالة زيادة القوة لدى اللاعب وتطور المستوى والأداء البدني.

Step-up صعود المصطبة:

حيث يقوم اللاعب بهذا التمرين بالصعود والنزول على مصطبة قصيرة الارتفاع بكلتا القدمين، ولكن بشكل متتالٍ مع الحفاظ على استقامة الظهر، وعدم زيادة طول وشدة التمرين، ويستطيع جميع المصابين بالبتير بأداء هذا التمرين، ولكن يُساعد الشخص والمصاب بالبتير فوق الركبة في البداية عند الصعود بالرجل المصابة بالبتير.

تمرين الانزلاق على الحائط (wall slide) :

يتم هذا التمرين بالوقوف مع ملامسة الظهر بالحائط، ورفع الأمشاط قليلاً عن الأرض



مع الانزلاق بشكل متدرج وبطيء للأسفل حتى تشكل الفخذان زاوية 45، مع تركيز القوة بشكل متساوٍ على كلتا القدمين، وبعد الثبات لمدة قليلة على الحركة، يتم الرجوع مرة أخرى للأعلى، وعند تكرار الحركة يتم زيادة مقدار الانزلاق والثبات بشكل تدريجي وهكذا.

تمارين النادي:

يتم اختيار النادي ضمن الشروط المعينة التالية:

- اختيار نادٍ قريب ومناسب حتى يتم الذهاب بشكل دائم للنادي.
 - التأكد من وجود أجهزة معينة كال Leg press Machine & cable Machine
 - محاولة إيجاد متخصصين لإعطاء نصائح طبية.
 - البحث عن عروض قليلة التكاليف.
- مبادئ أساسية في المرحلة الأولى من الاشتراك في النادي الرياضي، وبداية القيام بالتدريبات وهي :

- القيام بتمارين التقوية.
- البدء بتمارين الإطالة.
- البدء بتكرارات قليلة مثلاً 5 وزيادتها تدريجياً.
- البدء بمجموعة واحدة وزيادتها تدريجياً.



شكل (70)



تمارين النادي في البداية:

تمرين ضغط الرجلين (leg presses):

التمرين مناسب للمصابين بالبتير فوق أو تحت الركبة، ومن الممكن أداء التمرين بموازاة القدمين لبعضهما بعضاً، أو بقدم واحدة يتم الضغط، ولكن عند الضغط بالقدم المصابة بالبتير يتم تخفيف الثقل المستخدم.



تمرین المشي على جهاز التريدميل (Tredmil-Walking):

يتم البدء بتمرین المشي بسرعة 10-20 mph لمدة خمس دقائق، ومن ثم زيادة السرعة تدريجياً لسرعة يمكن التحكم بها، حيث إن معدل المشي الطبيعي 2-3 ويتم زيادة معدل المشي 10%-20% لكل أسبوع.



تمرین (leg curls):

التمرین يقوم بتقوية عضلات الفخذ الخلفية للأشخاص المصابين بالبرتر تحت الركبة، وقد يتم القيام باستخدام رجل واحدة بالتبادل أو استخدام الرجلين بالوقت نفسه.



تمرین Upper Body Rowing :

التمرین مناسب لنصف وأعلى الظهر.



تمرین Bench Press :

التمرین يعمل على تقوية المنطقة العليا للجسم، ولكن يجب الحذر عند أداء هذا التمرین، أي يجب أن يتم تحت إشراف مدرب لاستخدام الثقل المناسب وزيادته تدريجياً.

تمارين law – cable exercises :

يتم هذا التمرين بأربعة اتجاهات



شكل (75)

: Hip Extensors-

يتم الوقوف بمواجهة الجهاز وإرجاع الرجل المصابة للخلف.

: Hip Flexors

يتم رفع الرجل المصابة للأمام.

إبعاد الحوض Hip

:Abductors

حيث يتم إبعاد الرجل المصابة عن الجسم إلى الجانب كما في الصورة.

تتم هذه التمارين الأربعة بتكرارات 3-5 كبدية وبأقل ثقل مستخدم، حيث يتم زيادتها تدريجياً بعد ذلك وعند الوصول إلى مرحلة متقدمة بالتمرين، يتم القيام بالتمرين نفسه ولكن بوضع الثقل على الرجل السليمة.



شكل (76)

تمارين النادي المتقدمة:

:stair stepper

يتم هذا التمرين برفع ثقل الجسم بشكل مشابه لصعود الدرج، ولكن مع المحافظة على استقامة الظهر حيث يبدأ بـ (manual) ويترج بالشدة.



شكل (77)

: stationary bicycle

هذا التمرين للجهاز القلبي الوعائي، حيث يبدأ الشخص تمارين ذات مقاومة منخفضة لمدة خمس دقائق، ومن ثم التدرج بزيادة المقاومة مع طول فترة التمرين.



:cross- country skiing

هذا التمرين يحتاج لتوافق عالٍ، فقد يكون من الصعب تعلمه من أول جلسة، لذلك يحتاج إلى عدة جلسات حتى يتعلم الشخص أداءه بشكل مناسب، وأن هذا التمرين يؤثر على الجسم ككل بالإضافة إلى جهاز قلبي وعائي .



:free weight squats

يتم التمرين بأوزان خفيفة جداً في البداية (مثال 15 باوند)، ويتم زيادتها تدريجياً بشكل بطيء جداً، ويجب الأخذ بعين الاعتبار المحافظة على راحة الجسم، حيث إن مقدار ثني الركبتين يكون بزاوية 45 مع المحافظة على استقامة الظهر، ويجب الحذر أثناء أداء التمرين، ويفضل أداء هذا التمرين فقط للأشخاص ذوي الحالة الجيدة والقوية بالنسبة ل فقرات الظهر السفلية.



upper body ergometer

يتم أداء التمارين على الجهاز الذي يشبه «دراجة للذراعين» ويساعد على تدريب الجزء العلوي من الجسم بشكل أكثر تحديداً وبسرعة مقارنة بالأنثقال التي تتطلب تدريبات طويلة للوصول إلى النتائج المرغوبة. يتم استخدام اليدين بعملية تبادلية باتجاه دوراني للأمام أو الخلف مع إمكانية تعديل زاوية الجلوس لإشراك عدد أكبر من العضلات وأداء التمرين بما يتناسب مع اللاعب.



: resisted walking

يتم التمرين بلف شريط حول خصر اللاعب، ويستمر بالمشي مع وجود مقاومة للخلف، ويستفيد من هذا التمرين بتطوير عضلات الحوض وتقويتها.

تمارين الجري

هناك أمور يجب مراعاتها قبل البدء تتمثل بـ:

- المسير بشكل ميسر وسهل مع عدم الشعور بالألم.
- التوازن الجيد.
- توفر قوة جيدة بالرجلين الاثنتين: السليمة والمصابة بالبتير.
- عدم وجود جروح داخلية جلدية ذات أهمية بالرجل المصابة بالبتير.
- عدم وجود ظروف طبية مانعة لحدوث نشاط تدريبي عالي الشدة (أمراض القلب).

تمارين الجري للمصابين بالبتير تحت الركبة:.

- إن تطوير التوازن ونقل ثقل الجسم من قدم إلى أخرى يساعد على تعلم كيفية الجري.
- تمرين الرجل المصابة بالبتير على التوازن.
- تمرين نقل الثقل من رجل إلى أخرى بشكل بطيء في البداية، والتدرج بالسرعة مع مراعاة الحفاظ على تركيز الثقل على أطراف الأصابع.
- التدريب على الجري في المكان، فإن هذا التمرين مشابه لنقل الثقل ولكن مع رفع الركبة بشكل أكبر إلى الأعلى.
- التدريب كمرحلة متقدمة على الهرولة البطيئة، حيث يتم أولاً الجري بالمكان ومن ثم التقدم للأمام وزيادة السرعة تدريجياً.

تمرين البتير للمصابين بالبتير فوق الركبة

هناك نوعان من الجري :

:Hop skip

هذا النوع أسهل وأقل جهداً على الرجل المصابة بالبتير ويتم على ثلاث مراحل:

- أ. القفز على الرجل السليمة أولاً.
- ب. دفع أو رمي الرجل المصابة بالبتير للأمام بشكل سريع، والهبوط على مشط القدم.
- ج. ينقل الثقل فوراً للرجل السليمة والقفز مرة أخرى .

Leg Over Leg

هذا النوع يحتاج إلى قوة أكبر وتوازن بشكل سريع والهبوط على مشط القدم، ويتم أداء



التمرين عن طريق ركل الرجل المصابة بالبتير إلى الأمام والخلف مع الارتكاز على شيء ثابت، للحفاظ على التوازن. وبعد إتقان عملية الركل نقوم بالجري في المكان ثم إلى الأمام.

الرياضة الطبية:

إن التدريب بشكل طويل ومستمر بجهد عالي الشدة قد يعرض الشخص لإصابات طفيفة وهناك نوعان من الإصابات الشائعة:

– Tendon Over Use – Muscle Strain

واستخدام ((R I C E)) كوسيلة علاج للتعامل مع الإصابات:

R تعني الراحة Rest:

الراحة النشطة هو مصطلح أفضل، وهذا يعني تجنب النشاطات التي تسبب الألم. فمن الممكن السباحة أو ركوب الدراجة أو التسلق دون تسبب ألم وإن كان هذا فيتم اختيار أحد هذه الأنشطة للعودة إلى ممارسة الجري ومثال مناسب للراحة النشطة هو Cross Training.

I تعني الثلج Ice:

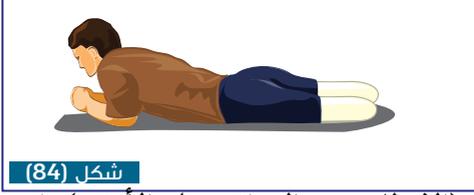
وضع الأكياس الثلجية هو مطهر قوي وعامل مهم للتخفيف أو منع الورم في أول 48 ساعة من التدريب، والرياضيون المصابون بالبتير قد يجدون انه ضرورياً وضع أكياس ثلجية على الرجل المصابة بالبتير بعد ساعة طويلة من التدريب والجري، ولتجنب حدوث تجمد جلدي (frostbite) يفضل وضع الثلج داخل بشكير كمانع للاحتكاك الجلدي المباشر لمدة 15- 20 دقيقة، كحد أقصى في الساعة الواحدة.

C تعني الضغط Compression:

تتحكم عملية الضغط بالأورام وتوفر الشفاء والاستقرار، حيث إن عملية لف الرجل المصابة بالبتير بالأشرطة الضاغطة تتم بشكل مناسب وسليم.

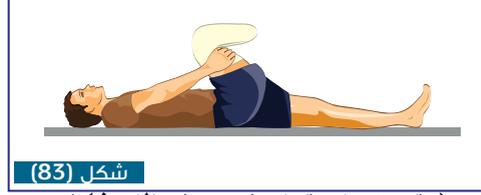
E الرفع Elevation:

رفع الرجل المصابة بالورم نتيجة الجهد العالي لفوق مستوى القلب يساعد على الشفاء.



شكل (84)

(الانبطاح. سند المرفقين على الأرض) دفع الأرض بالمرفقين لتقوس الجذع خلفاً.



شكل (83)

(رقود نصف قرفصاء. مسك الفخذ) ثني الذراع مع شد الفخذ على الصدر.



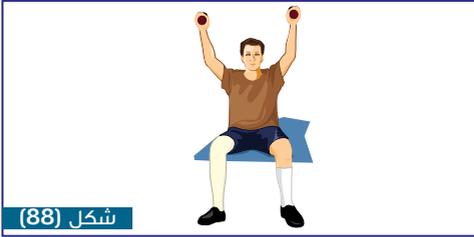
شكل (86)

(رقود) رفع الرجل عالياً عن الأرض.



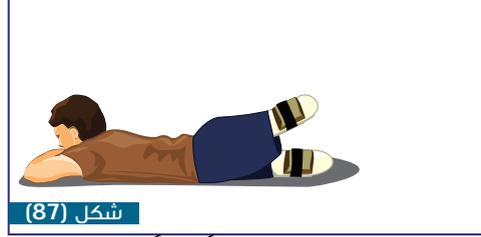
شكل (85)

(جلوس. الذراعين جانباً. العصا أفقية خلف الكتفين) تبادل لف الجذع للجانبين.



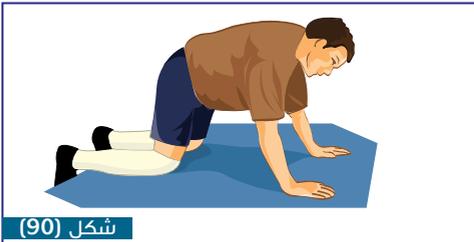
شكل (88)

(جلوس على المقعد. مسك الثقل) رفع الذراعين عالياً.



شكل (87)

(انبطاح) رفع الرجل خلفاً عالياً عن الأرض.



شكل (90)

(الجثو) لوضع اليدين على الأرض ثني الجذع أماماً.



شكل (89)

(رقود قرفصاء) رفع الجذع عالياً.



شكل (92)

(الوقوف) مسك العصا الأفقية أماماً.



شكل (91)

(الوقوف على قدم واحدة) رفع العضد أماماً
والساعد عالياً.



شكل (94)

(جلوس على المقعد. الذراع أماماً) ثني الجذع
أماماً للمس أبعد نقطة.



شكل (93)

(جلوس على المقعد. المطاط في باطن القدم)
تبادل رفع الذراعين.



شكل (96)

(الوقوف على قدم واحدة) سند اليد على
المقعد.



شكل (95)

(وقوف) الاستناد باليدين أماماً إلى العقلة.



شكل (97)

(وقوف) رفع الركبة أماماً لوضع القدم على الدرجة.



شكل (99)

الانبطاح على البطن لمدة 30 دقيقة، مرتين باليوم، تمنع شد الورك. يمكن أثناء وضع الانبطاح أن يؤدي الشخص تمارين مد الورك أو الاثنتين معاً مع رفع الصدر عالياً.



شكل (98)

أ. (جلوس على المقعد. مواجه الزميل) رمي الكرة للزميل.
ب. الزميل (جلوس على المقعد. مواجهاً الزميل) مسك الكرة



شكل (100)

يمكن للشخص المصاب بالبتير، استخدام وسادة أو منشفة مطوية، ثم أداء مجموعة من التمرينات التي تستخدم أوزان مختلفة.

على سبيل المثال: تقوية عضلات الورك الباسطة من خلال «عمل جسر» مستخدماً أجزاء العضو المتبقي لرفع الحوض عن الأرض.



يمكن للشخص المصاب بالبتير أن يقوي منطقة الورك من خلال الانبطاح على الطرف المبتور. ثم رفع الحوض عن الأرض. هذا التمرين يقوي العضلات المهمة للمشي. يجب أن يؤدي هذا التمرين بشكل ثنائي.



يمكن للشخص المصاب بالبتير تقوية منطقة الورك ليخفف ضعف عضلات الفخذ من خلال الانبطاح على الجانب المعاكس للعضو المبتور، يكون الجزء السفلي للورك مستقراً ومرتاحاً مما يؤدي لوضعية مناسبة على المسند.



يمكن للشخص المصاب بالبتير أن يؤدي تمارين البطن المتعارف عليها، بمساعدة شخص يقوم بتثبيت الجزء المبتور.

تساعد هذه التمارين على التوازن وتحمي محور دوران الفخذ الداخلي والخارجي (غالباً ما يكون ملاحظاً بشكل كبير).



الانبطاح على البطن 30 دقيقة مرتين باليوم تحمي العضلات الأمامية للفخذ من الشد العضلي.

يمكن تأدية تمارين رفع القدم للخلف مع رفع الرأس واليدين للخلف، ولكن يجب مراجعة المعالج الطبيعي قبل تأدية هذه التمارين للتأكد من عدم حدوث أي أضرار.



شكل (105)

يمكن الاستعانة بوسادة أو كرسي بدون يدين أو منشقة، ثم عمل تمارين للرجل غير المصابة والتي تجعلك تسيطر على وزن جسمك.

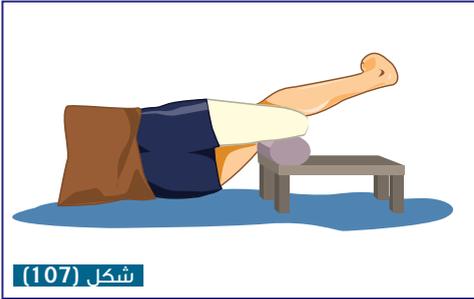
يساعد هذا التمرين على تقوية عضلات الظهر والورك مع الطرف المبتور. (يمكن تأدية التمرين أيضاً باستخدام الرجل المصابة بالبتير).



شكل (106)

يمكن الانبطاح على جهة الطرف المبتور، ثم استخدام العضلات الجانبية للورك، إن إتقان تأدية التمرين يساعد بصورة ممتازة على التحكم بالطرف الاصطناعي.

لتأدية هذا التمرين يجب الميل للجانب بدون دوران مع إبقاء الرجل بخط مستقيم مع الجسم.



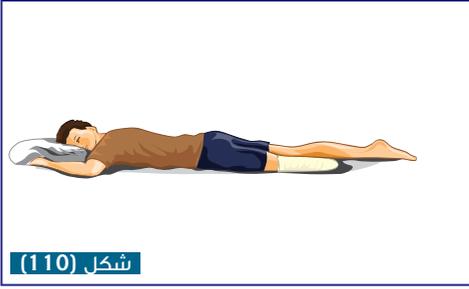
شكل (107)

للشخص المصاب بالبتير فوق الركبة، يجب الانبطاح على جهة الطرف الغير مبتور وإراحة الطرف المبتور على وسادة. يمكن تقوية عضلات الجهة الداخلية للفتخذ من خلال الشد على الوسادة من المنطقة العلوية للرجل، ورفع الحوض لأعلى.



شكل (108)

للشخص المبتور يمكن تقوية عضلات البطن وعضلات الورك بنفس التوقيت من خلال تمارين البطن بوضع اليدين على الصدر وتحريك الجذع للأمام للوصول لوضعية الجلوس. يتم التمرين بمساعدة شخص يقوم بشييت الرجل المصابة.



نعم عند تمدد على بطنك قدر الاستطاعة،
لمساعدة تمديد مفصل وركك



نعم عند استلقائك على ظهرك بالسرير، ابق
طرفك المتبقي مستقيماً مع إبقاء ساقيك
متلاصقتين



لا تجلس لفترات طويلة
لا تضع وسادات تحت وركك أو ركبتيك ولا
بين ساقيك



نعم عند الجلوس تأكد من أن ثقلك مقسم
بالتساوي على وركيك وساقيك معاً، الجلوس
مستقيماً على كرسي صلب سيساعدك باتقان
هذه الوضعية



لا ترح طرفك المتبقي على مقبض العكاز أو
على مرفق الكرسي المتحرك

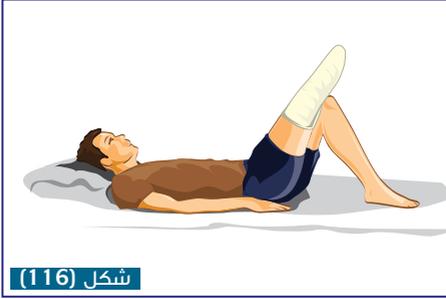


لا تترك ركبتيك مشنبة لفترة طويلة سواء كنت في
السرير أو على كرسيك المتحرك



يتكون الطرف الاصطناعي من هذه الأجزاء الأساسية:

- التجويف: يلائم وضع الطرف المتبقي داخله.
 - مفصل الركبة: لفاقدي الأطراف فوق الركبة فقط.
 - الساق: يحل محل الساق الأسفل ويوصل بالقدم الاصطناعي.
- قد يكون الطرف الاصطناعي غطاء أو شكل ساق، وقد يوضع شريطاً أو حزاماً لحفظ الساق في مكانه.



تمدد على ظهرك ابقِ طرفك المتبقي مستقيماً، ارفعه حتى يصل إلى نفس مستوى ارتفاع طرفك الطبيعي نفسه. ثبت لمدة 5 ثوان، أنزله ببطء واسترخِ

قم ب3- مجموعات ب10- تكرارات



تمدد على بطنك، أبقِ وركك مستقيماً على السرير، ضع يديك تحت ذقنك لتدعيم رأسك، ارفع طرفك المتبقي نحو السقف ثبت لمدة 5 ثوان. أنزله ببطء واسترخِ.

قم ب3- مجموعات ب10- تكرارات



مدد على جانبك، ارفع طرفك المتبقي نحو السقف، تأكد من إبقائه على خط بدنك نفسه، حاول ألا تتدرج إلى الخلف أو إلى الأمام، ثبت لمدة 5 ثواني. أنزله ببطء واسترخِ.

قم ب3- مجموعات ب10- تكرارات



شكل (119)

استلقِ على جانبك و ابقِ طرفك المتبقي مستقيماً، وارفعه نحو السقف، ثبت لمدة 5 ثوان. أنزله ببطء واسترخ.

قم ب3- مجموعات ب10- تكرارات

المشي بعكازات (للأشخاص مبتوري الساق الواحدة فقط):

- تحريك العكازات للأمام أولاً نحو 30 سم.
- الخطو للأمام بالطرف المتبقي أو بالطرف الاصطناعي، ووضع الطرف بين العكازات.
- رفع الطرف الطبيعي والخطو إلى العكازات أو تعديها، ثم رفع العكازات والطرف المتبقي أو الطرف الاصطناعي إلى أعلى.

هبوط السلالم:

عدم الوثب: ويتم بتحريك العكازات للأسفل أولاً، ثم الخطو بالطرف المتبقي / الاصطناعي، ثم الخطو للأسفل بالطرف الطبيعي.

تمارين من أجل القوة:

- تعلم استخدام الطرف الاصطناعي تدريجياً، وتكثيف التمرين يوماً بعد يوم.
- التدرّج في التمرين من الأخف إلى الأثقل.
- عمل الكثير من التدرّبات، يقلل الفائدة المرجوة.
- يجب تقوية عضلات الورك والساقين للإسهام في التمكن من استخدام الطرف الاصطناعي بصورة فضلى.



شكل (120)

العناية بالرجل المصابة بالبتري:

هناك عدة تعديلات وإجراءات يومية يجب العناية بها بالرجل المصابة بالبتري، ففي حالة وجود سيلكون في الرجل المصطنعة يجب مراعاة تنظيفها بشكل يومي ومستمر بصابونه مضادة للبكتيريا وتجفيفها بشكل جيد بالشكير، وكلما تم تنظيفها بشكل يومي ومستمر بشكل متكرر في اليوم الواحد كان أفضل، ويفضل وضعها في مزيج من الماء والبايكنج طوال الليل حتى يقلل من الروائح ويساعد بتلين مادة السيلكون، فيعمل على سهولة لبسها وخلعها. وفي حالة ظهور خط أحمر بشكل دائري نتيجة الاحتكاك بين الجلد والرجل المصطنعة، يفضل وضع زيت الأطفال ليخفف الاحتكاك. وإن كان من المصابين بالبتري فوق الركبة، تتوجب العناية بتنظيف الكبسولة الاصطناعية من الداخل بشكل يومي.

الصرع Epilepsy

يعرف بأنه تغير غير عادي ومفاجئ في وظائف الدماغ، يحدث تغيراً في حالة الوعي لدى الإنسان وهذا التغير ناجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، وقد تحدث الحالة أكثر من مرة في اليوم الواحد، أو تحدث بفترات متباعدة، ومن مظاهر نوبة الصرع بشكل عام نجد:

- فقدان الوعي.
- تشنجات بالأطراف وعضلات الوجه وبعضلات الأطراف.
- جحوظ العينين.
- السبات أحياناً.
- عضلة اللسان.
- القيام ببعض السلوكيات غير الهادفة مثل تلمظ الشفاه أو المضغ.
- قصيرة الأمد في كثير من الأحيان، وقد تصل إلى بعض ثوانٍ فقط، ويتبعها فقدان الذاكرة.

ومن بين الإعاقات كافة التي يصاب بها الإنسان، لم تكن هناك حالة أكثر غموضاً من الصرع، ولا يعرف السبب الحقيقي للصرع، ويعتقد أن خلافاً في وظيفة الآليات المنظمة للدماغ، هو الذي ينتج حالة فقدان الوعي ونوبات صرع محتملة أو تشنجات، ويمكن

للمعالجة الطبية أن تخفف بدرجة كبيرة من عدد نوبات الصرع، وتستخدم تصنيفات عديدة ومختلفة لأنواع الصرع المتعددة، والنوع الأشد هو الصرع «الكبير»: الذي يتسم بالنوبة الحركية، ومن أبرز علاماته فقدان الوعي، التصلب والسقوط، ومن الأعراض الأخرى نجد تقلب الجسم والزيد بالفم والصرخات غير المنضبطة، ورغم أن النوبة قد لا تستمر سوى دقائق، إلا أن نوبة النوم العميقة التي تليها قد تستمر عدة ساعات.

أما الصرع «الصغير»: فيجب أن لا يفسر على أنه مجرد شكل بسيط من أشكال الصرع الكبير، لأن الفرق هو نوع النوبة وليس درجتها، ويؤدي إلى فقدان الوعي لفترة قصيرة، وتتوقف العمليات الذهنية أثناء النوبة وتعلق النشاطات البدنية الواعية رغم استمرار الحركة التلقائية، ومن خصائص هذه النوبة انتفاض العضلات والتدحرج والتميش بالعينين أو تثبيتهما على شيء ما، ويحصل التعافي سريعاً.

تشكل النوبات الحركية النفسية نوعاً آخر من النوبات التي تؤثر على عدد صغير من المصابين بالصرع، وفي هذه الحالة لا يفقد المريض الوعي، ولكنه لا يتذكر النوبة بعد ذلك، ومن علاماتها السلوك الغريب جداً الذي قد يظهر المريض فيه نوبة غضب شديدة أو سلوك غير اجتماعي، وتظهر النوبات البسيطة بطرق عديدة، فقد يكون هناك فقدان مفاجئ في قوة عضلات الظهر، مما يؤدي إلى سقوط المريض على وجهه إلى الأمام، وتقلص مفاجئ بدون وعي لمجموعة من عضلات الجذع أو الأطراف، أو تقلص مفاجئ لحالة فقدان الوعي ما لم تصل الحالة إلى ذروتها في نوبة الصرع الكبير.

ما يجب اتباعه والوسائل المساعدة عند حدوث نوبة الصرع:

- استخدام قطعة قماش أو شيء لين بين الأسنان لحماية اللسان.
- إبعاد الشخص المصاب عن الأماكن الخطرة.
- إبعاد الشخص المصاب عن الناس (للحصول على أكسجين) وإزالة أي عائق عن المصاب.
- المحافظة على الشخص المصاب بوضع أفقي على الأرض، ثم وضعه بشكل جانبي للتخلص من اللعاب الذي يخرج من فم المصاب.
- إرخاء ملابسه وخاصة من ناحية الرقبة.

- وضع شيء ناعم تحت رأس الشخص المصاب كالمخدة.
- محاولة ضبط حركة رأس الشخص المصاب حتى لا يصاب بالأذى، فتزداد احتمالات مضاعفة الإصابة.
- الهدوء وعدم كبح حركات جسم الشخص المصاب، وترك النوبة تأخذ دورها أو مداها.
- لا تحاول إعطاء المصاب أي دواء أثناء النوبة وكذلك السوائل.
- توفير الراحة التامة للشخص المصاب.

ما يجب مراعاته عند التعامل مع المصاب بالصرع خلال النشاط البدني أو الرياضي:

يجب أن يكون المدرس أو المدرب الذي لديه أشخاص مصابون بحالات الصرع مستعداً لحدوث نوبة محتملة أثناء ساعات ممارسة النشاط البدني أو الرياضي، ويجب أن يعرف إجراءات الإسعاف الأولية التي تتخذ في حالة حدوث النوبة، وأهم ما يجب مراعاته عند التعامل مع المصاب بالصرع خلال النشاط البدني أو الرياضي:

- الحصول على معلومات تفصيلية من والدي الشخص المصاب، أو من الطبيب عن الحالة الصحية والتشخيص أو الدواء المستخدم.
- يمكن إدخال المصاب بالصرع، ما لم توص له نشاطات محددة، بالنشاطات المخطط لها كافة في البرنامج البدني والرياضي.
- لا يجوز السماح للأشخاص الذين يتعرضون لنوبات متكررة المشاركة بنشاطات التسلّق، التي قد تنطوي على خطر الإصابة الشديدة نتيجة السقوط أثناء النوبة.
- جنّب إيصال المصاب بالصرع إلى مرحلة التعب أو الإجهاد أثناء الأداء البدني.
- تجنب الانتقال المفاجئ من وسط إلى آخر خلال النشاط الرياضي أو البدني، والتعرض لمواقف الخوف أثناء اللعب.
- في درس السباحة، يتابع المصاب عن قرب، وإذا حدثت النوبة، يجب إخراجه فوراً وعدم عودته إلى الماء طوال اليوم.
- إذا استمرت التشنجات (النوبة) أكثر من 3 دقائق يجب طلب المساعدة الطبية.

- عادة ما تحدث النوبة في الجزء الأخير من الدرس أو الوحدة التدريبية (قبل الجزء الختامي)، لذلك يجب الاهتمام بذلك الجزء عن طريق أداء تمارين الإطالة والاسترخاء وتنظيم التنفس.
- يجب أن يكون المشرفون مستعدين ومجهزين دوماً لمواجهة نوبة الصرع والتعامل معها.
- مراقبة جهد وضربات القلب للشخص المصاب بالصرع.
- توفير وسائل الأمن والسلامة.

أولويات التمارين البدنية والرياضية لمصابي الصرع:

- الاسترخاء لتخفيف الضغوط النفسية، حيث تلعب التمارين البدنية والرياضية دوراً بتخفيف العوارض وليس العلاج للمصاب، واستخدام تمارين فيها موسيقى للمساعدة في تقليل تأثير النوبة لأنها تقلل من زمن النوبة وتقلل من شدتها وتساعد الشخص المصاب بالصرع على التكيف الاجتماعي والنفسي، وهنا تخفّ حدة النوبة وحدة الانقباضات.
- التركيز على التمارين التي تحسن التناغم العضلي.
- لا يمارس الشخص المصاب بالصرع الرياضات الخطرة مثل القفز بالمظلات أو الغطس.
- إذا حدثت نوبة الصرع للشخص المصاب وهو جالس، يفضل جعله بوضع أفقي على الأرض، ثم وضعه بشكل جانبي.
- يجب أن تكون هناك رقابة ومتابعة من المدرب، عند أداء تمارين وتدريبات الأوزان الحرة، ويحمل منه الثقل خوفاً من سقوط الوزن عليه، ووضع فرشاة على الأرضية خوفاً من السقوط.
- إعطاء تمارين القوة العضلية والتي تعمل على تحسين الوهن العضلي المصاحب لتكرار النوبات، والنشاط الكهربائي في الغشاء المليني في الدماغ.
- إن تقوية عضلة القلب والقدرة الحيوية من خلال التمارين قد تساهم كثيراً في تحسين حالة بعض مرضى الصرع.
- إعطاء تمارين التحمل بالتدرج، والتي تعمل على تحسين الكفاءة القلبية.

الأنشطة البدنية والألعاب الرياضية التي يجب أن يتجنبها الأشخاص مصابو الصرع:

- الطيران والقفز المظلي الحر.
- سباق السيارات.
- تسلق الجبال.
- الغطس المرتفع.
- الغوص تحت الماء.
- الألعاب التلامسية (الملاكمة، الكاراتية، الجودو، المصارعة، ...).
- السباحة.
- الجمباز وخاصة جمباز الأجهزة.
- التزلج على الجليد.

المشاكل التي تواجه ذوي الإعاقات الحركية بشكل عام:

المشاكل الذاتية..

- الإعاقة نفسها تؤثر على سلوك الشخص، حيث يصبح انطوائياً أو عدوانياً، وينعكس ذلك على تصرفاته مع الآخرين.
- الشعور بضعف الثقة بالنفس وبالآخرين وعدم الشعور بالأمان.
- عدم تحمل المسؤولية والخوف من المجهول.
- اتصاف شخصيته بالاتكالية نظراً لضرورة اعتماده على الآخرين لقضاء احتياجاته.

مشاكل بيئية تقسم إلى :

أ- مشكلات اقتصادية:

حيث تضعف فرص العمل للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية في أحيان كثيرة، وذلك لسببين: الأول يرجع إلى أصحاب المهن الذين يعتقدون أن هذه الفئة قاصرة على تحمل المسؤولية المهنية، ومن ثم لا يعطون إنتاجاً مناسباً، والثاني تشريع القانون، بسبب عدم إعطاء الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية فرصاً كافية وبنسبة لا تتجاوز 3%.

ب- مشكلات اجتماعية:

تتمثل بنفور الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية من المجتمع المحيط، ومن ثم يصعب

عليهم التكيّف مع العالم الخارجي، كما أن الشخص ذي الإعاقة الحركية يميل إلى العزلة والانطواء، حيث يرفض التعليم والاختلاط بالأشخاص غير ذوي الإعاقة.

الربو: Asthma

الربو هو حالة تتّصف بنوبات متكررة من السعال وضيق النفس، وإصدار صوت صفير عند التنفس، وبما أن حالات الربو مزمنة، مما تجعل المريض يعتمد على أخذ العلاج كل يوم.

الأنشطة البدنية والرياضية لمصابي الربو:

تعمل ممارسة النشاط البدني والرياضي على تحسين وظائف الرئة لدى مصابي الربو، إذ تساعد على التقليل من حدّة نوبات الربو وعدد مرات تكرارها، وتمتع مصابو الربو بمستوى لياقة بدنية جيّد بشكل عام، يساعد على تقليل فرص الإصابة بالنوبات الناتجة عن الجهد البدني. وتساهم ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية في التخلص من الإفرازات المخاطية في الرئة بشكل أفضل، وتزيد أيضا من عمق التنفس، مما يساعد على تحسن حالة الشخص المصاب وزيادة شعوره بالراحة، فممارسة مصابي الربو للأنشطة البدنية والرياضية بشكل سليم وبدرجة معتدلة على الجسم، تقلل مخاطر الإصابة بنوبات الربو الناجمة عن المجهود البدني، كما يمكن للمصابين به ممارسة جميع أنواع رياضات التحمّل، بشرط زيادة الجهد بشكل تدريجي، والهدف هو الوصول لتمارين يمكن المواظبة عليها بسهولة.

وينصح بأهمية خفض سرعة الأداء تدريجياً قبيل الانتهاء من التمرين، وعدم الانتقال من حالة الأداء العالي إلى التوقف بشكل مفاجئ، مع ضرورة ألا يبدأ المصاب بالربو بممارسة الأنشطة البدنية والرياضية إلا بعد الخضوع لاختبار وظائف الرئة لدى الطبيب المختص أولاً، وبذلك يمكن التحقق إذا كان محتاجا لتناول بعض الأدوية للوقاية من نوبات الربو بسبب ممارسة الأنشطة البدنية أم لا..؟ وقد تحدث بداية الصعوبة بالتنفس قبل وأثناء أو بعد ممارسة التمارين الرياضية، ويمكن تفسير ذلك بفعل بيئة القاعة الرياضية و/أو طبيعة العلاقة ما بين الأشخاص أو الجو العاصف أو حالة الربو التي تثيرها التمارين (Exercise-Induced Asthma (EIA)).

مقترحات التدريب للأشخاص مصابي الربو:

- لا تبدأ بممارسة أي نوع من النشاطات الرياضية عندما تظهر أعراض الربو على الشخص.
- أوقف النشاط الرياضي في حالة تطوّر نوبة الربو.
- أبلغ المشرف/الممرضة أو المدير المعني عن نوبات الربو الحادة، للحصول على معالجة طبية مناسبة.
- يمكن لأدوية معالجة الربو التي تعطى قبل (20 إلى 30 دقيقة) من بدء التمرين أن تحول دون حدوث الربو الناتج عن ممارسة التمرين.
- يمكن التوجيه بالإحماء قبل النشاط الرياضي، لأن ذلك يمكن أن يحسن من التهوية ويقلل من ضيق الصدر أو الصفير الذي يسبق النشاط البدني.
- يجب السماح للأشخاص المصابين بالربو بالمشاركة في برنامج متكامل للتربية البدنية أو النشاط الرياضي، يتضمن مجموعة جانبية من النشاطات البدنية، والسماح لهم باختيار النشاطات التي يفضلونها شخصياً.
- يجب على المدرب أو مدرس التربية البدنية أن يسأل نفسه سؤالين قبل أن يعني الشخص من التدريب أو الحصة، الأول، هل يتسبب هذا النشاط في جعل نوبات الربو أكثر احتمالاً؟ الثاني، هل هناك أسباب طبية وعلمية تعفي الطالب من النشاطات؟ إذا ما كانت إجابة المدرب أو المدرس «لا»، على السؤالين، فإنه يفضل أن يشارك الشخص المعني في النشاط البدني أو الرياضي.
- بالنسبة للشخص المصاب بالربو، لا يعني الفوز بالضرورة أن يأتي في المركز الأول، أو يحصل على نقاط أكثر من المنافس، المهم بالنسبة له، أن الفوز يعني ببساطة المشاركة دون إصدار صوت الصفير.

التعديلات:

- يمكن للشخص المصاب بالربو أن يتحمّل النشاطات البدنية والرياضية التي لا تتطلب القدرة، ولذلك:
- يجب بناء العضلات على مستوى الأداء الشخصي من خلال تقديم تمارين للياقة البدنية العامة.

- يجب السماح بألعاب التتابع بفترات تمرين من دقيقة إلى 5 دقائق، وفترات استراحة 5 دقائق أو أكثر.
- التشجيع على ممارسة السباحة والتي غالباً ما تكون مقبولة تماماً.
- ممارسة النشاطات التطويرية في طبيعتها وتشمل الاسترخاء العضلي وتمارين التنفس والتمارين التي تقوي الجذع.
- المشاركة بالنشاطات البدنية والرياضية المجدولة بانتظام لأغراض الترفيه والتواصل، وتكون التمارين المتقطعة مثل الألعاب والرياضات الجماعية أكثر ملاءمة من التمارين المتواصلة.
- أبرز النشاطات البدنية والرياضية التي يمارسها المصاب بالربو طوال حياته:
 - أ. التنس
 - ب. القوس والسهم
 - ج. الريشة الطائرة
 - د. الجولف
 - هـ. المشي لمسافة طويلة
 - و. الكرة الطائرة
 - ز. الهرولة
 - ح. السباحة
 - ط. البولينج
 - ي. تمارين التنفس
- يطلب من الشخص أن يصدر صوتاً من الفم وكأنه يطفى شمعة.
- يستطيع الأشخاص الذين يجدون صعوبة بإفراغ الرئتين من الهواء، مساعدة أنفسهم بتسليط ضغط قوي على جانبي الصدر.
- يجب أن يكون التنفس قوياً من الأوضاع كافة: الانحناء، الجلوس والوقوف.
- يمكن أن تكون الألعاب نشاطات تساعد الشخص المصاب بالربو على تعلم التنفس بصورة صحيحة.

- الهرولة لمسافة قصيرة، مع قيام الشخص بالتنفس بانتظام من خلال الشهيق والزفير مع كل خطوة.
- رمي كرة التنس عبر طاولة إلى المنافس، مع التأكيد على الشهيق القصير، والزفير الطويل والقوي (يمكن إحراز النقاط برمي كرة الطاولة خارج النصف الآخر من الطاولة).
- يمكن رفع الطاولة بحيث تُرمى الكرة فوق خط منحني.
- يمكن أن تعلق الكرة من الحبال، ثم يحاول الشخص رفع الكرة إلى أعلى مستوى ممكن، مع زفير طويل خاضع للسيطرة.

حالات الأمراض (المشكلات) القلبية Cardiopathic Conditions:

تتزايد أعداد الوفيات بسبب أمراض القلب، وإن أكثر من 50% من الوفيات تنتج عن اضطرابات قلبية، وإن معظم اضطرابات القلب التي تحصل للفئة العمرية الأصغر ترجع إلى أسباب ولادية أو ناتجة من حمى روماتيزمية، ويجب أن يصف الطبيب البرامج المناسبة للأشخاص الذين يعانون من حالات مرضية قلبية. وتصنف اضطرابات القلب إلى فئتين عضوية ووظيفية.

الاضطرابات الوظيفية:

عدم وجود ضرر ولكن هناك اضطراب في أداء الوظائف، حيث تتمثل أعراض ذلك في عدم انتظام ضربات القلب والشعور بالضعف بعد الجهد البدني، ضيق في النفس، الدوار، الإعياء وحالة واضحة من القلق والهجم، وتعتقد بعض الجهات أن العديد من الاضطرابات هي اضطرابات نفسية في الأساس وتعالج وفقاً لذلك.

أنواع أمراض (المشكلات) القلب:

مرض القلب الروماتزمي Rheumatic Heart Disease:

يبدأ هذا المرض في أغلب الأحيان عند الأطفال بين سن (6-12 سنة) نتيجة لإصابتهم بحمى روماتيزمية، وتشمل العلامات المبكرة التي قد تحصل منفردة أو مجتمعة، آلام في المفاصل والعضلات، وانتفاض في العضلات، ونزف أنفي متكرر، شحوب، ضعف الشهية، حمى، والتهاب المكورات العقدية، كما تتطور الحمى الروماتيزمية فقط لدى

الأشخاص الذين يصابون بالتهاب في الحنجرة أو المجرى الهوائي أو الأذن الوسطى الناتج عن عضويات عقدية (تسبب انحلال الدم) والذين تطوّر لديهم تفاعل تحسسي أو التهابي نتيجة لذلك الالتهاب، وهو مرض غير معدٍ وليس هناك خطر من التعرض للإصابة به عن طريق التماس مع المصابين به.

فالحمي الروماتيزمية لا تسبب دائماً مرض القلب، ولكن القلب هو العضو الوحيد الذي قد يتأثر بها بدرجة خطيرة، فقد تتضخم صمامات القلب وقد ينتج عن ذلك ندوب في الصمامات والنسيج المحيط بها، وعندما لا تنغلق الصمامات بصورة صحيحة، يحدث تدفق عكسي للدم، وهذا يسمى بالارتداد، وفي حال فشل الصمامات بأن تفتح بصورة صحيحة، للسماح بتدفق الدم بسهولة، تسمى هذه الحالة بالتضيّق، وطالما بقي المرض نشطاً وخلال فترة النقاهة، لا بد من تجنب الإرهاق غير الضروري على القلب، إذ يجب أن يبقى الشخص المصاب بالمرض في الفراش لفترة معينة، وبعدها يمكن أن يشارك بنشاط حركي بخطى متسارعة تدريجياً.

مرض القلب الناشئ عن ارتفاع ضغط الدم Hypertensive Heart Disease:

يحدث هذا المرض نتيجة لارتفاع ضغط الدم، فعندما يرتفع ضغط الدم، يضطر القلب إلى العمل بقوة أكبر، وعادة ما يصاحب ارتفاع ضغط الدم تصلب جدران الشرايين مما يزيد العبء على القلب Coronary Heart Disease.

مرض القلب التاجي Coronary Heart Disease:

من أخطر الحالات التي قد تحدث هي (انسداد) الشريان التاجي، أو تمزق أحد الأوعية الدموية.

حالات أخرى:

فرط نشاط الغدة الدرقية Overactive Thyroid:

يمكن أن يؤدي القلب بسبب زيادة النشاطات الأيضية، التي قد تضع عبئاً مفرطاً على القلب.

فقر الدم (الأنيميا) Anemia:

قد تلحق الأذى بالقلب بفعل العبء غير الضروري عليه لتوريد الأوكسجين، والتسبب بنقص الأوكسجين إلى عضلات القلب كذلك.

حالة ولادية Congenital:

تشير إلى حالة موجودة عند الولادة، وتتداخل مع الوظيفة السليمة للقلب.

الالتهاب Infection:

قد يحصل مرض القلب بفعل التهابات، التهاب الشغاف (بطانة القلب)، التهاب التأمور (الغشاء الخارجي) التهاب عضلة القلب.

أمراض الطفولة Childhood Diseases:

يتأثر القلب بالعديد من أمراض الطفولة، وبخاصة الدفتريا (الخنق)

الأعراض:

هناك تنوعات محددة في الأصوات التي تدعى الحفيف أو النفخات، ترافق حالات مرضية معينة للقلب، وتحدث بعض النفخات بسبب انحراف بنيوي مثل وجود تسرب في الصمامات، وفي حالات متكررة، لا تحدث نفخات القلب الوظيفية عند المراهقين بسبب انحراف بنيوي، وهناك احتمال قوي بأن تختفي، ولا داعي لتقييد النشاط.

علامات مهمة لمعرفة حدوث النوبات القلبية:

- ألم في الصدر.
- ضيق في التنفس.
- انتفاخ القدمين والكاحلين والبطن.
- دوار.
- إعياء.
- سوء هضم.
- ازدواجية الرؤية.

الإسعاف الأولية:

- اتصل بالإسعاف.
- دع الشخص يأخذ وضعا مريحاً - وضع الجلوس عادة.
- ارتخ الملابس الضيقة.
- اسمح بكمية من الهواء مع تجنب التيارات.

- استدع الطبيب فوراً.
- إذا ما سمح الطبيب، أعطه أي دواء متوفر للاستعمال الطارئ لهذه الحالة.

مقترحات التدريب لذوي المشكلات القلبية:

يعد النشاط العضلي مهماً ليس لمجرد الحفاظ على لياقة القلب، بل في تعزيز اللياقة العامة للجسم، يجب تحديد مستوى التقبّل للتمرين، وفي تحديد النشاطات لحالة فردية، ينبغي أن تذكر أن شدة نشاط ما لا تحدد بنوعه فقط، بل بقوة النشاط والمدة التي يستغرقها، مع الحذر من النشاطات التي تتطلب رفع الأشياء التي تحتاج إلى حبس النفس.

- نفذ نشاطات قصيرة مع فترات راحة متكررة.
- يجب أخذ حالة الجو في نظر الاعتبار.
- كن حذراً في الألعاب التنافسية- فالانفعال التنافسي قد يسرع من نشاط القلب.
- ضرورة الإشراف على الألعاب الحرة لمنع حدوث الإفراط بالنشاط للمرضى، الذين يعانون من مرض القلب والذي يؤدي إلى تقييد واضح للنشاط البدني، ويشعرون بالارتياح في حالة الاستراحة، لكن النشاط الأقل من الاعتيادي يسبب الإعياء، خفقان القلب، ضيق النفس، أو ألم الذبحة.

النشاطات المقترحة لهذه الفئة من المرضى هي:

- المشي
- لعبة رمي الأقراص الخشبية
- رمي السنارة
- تمارين الدوران لزيادة التناغم العضلي.

مرض السكري Diabetes

داء السكري هو مرض يظهر فيه الجسم عدم القدرة على الاستفادة الصحيحة (العمليات الأيضية) Metabolism للمواد النشوية والسكريات التي يهضمها، ويرتبط نشوء هذا الداء بعدم كفاية تجهيز الجسم بهرمون الأنسولين الذي تفرزه (جزر لانجرهانز) في غدة البنكرياس، والمسؤول عن تحليل السكريات لغرض الاستهلاك والحفظ في الجسم،

وعند المصابين بالسكري، يؤدي نقص تجهيز الأنسولين للتعامل مع الكربوهيدرات، إلى تراكم مفرط للسكر في الدم، الذي يتم التخلص منه في الجسم عن طريق سائل البول، وبالتالي يحرم الجسم من الحرارة والطاقة التي ربما تكون قد نتجت عن السكر المفقود، ويبدأ الأشخاص في الحالات الشديدة، بإظهار أعراض مثل فقدان الوزن، الافتقار إلى الطاقة والجوع المتواصل، ومن الأعراض المتكررة الأخرى هي العطش، كثرة التبول، الحكة الشديدة وبطء شفاء الجروح.

يؤثر مستوى التمارين والجهد البدني عند مرضى السكري على احتياجات الأنسولين بسبب كمية السكر التي تحرق بالنشاط البدني، ويمكن حصول اختلال بالتوازن الذي يحدث بدقة شديدة بين الغذاء الذي يتناوله الشخص وكمية الأنسولين المطلوبة بفعل فرط النشاط البدني، وقد تحصل صدمة الأنسولين إذا ما أخذ المريض كميات كبيرة من الأنسولين، وإذا كان تناول كمية قليلة من الطعام أو إذا كانت مشاركته بالتمارين قوية جداً، ومن أبرز أعراض صدمة الأنسولين هي الشعور بالجوع، الارتجاف، التعرق والتقلص العضلي، حيث يحتاج الجسم إلى مزيد من السكر، وإن تناول حلوى أو حفنة من السكر أو برتقالة قد يساعد بالتعافي الفوري.

أما حالات الإغماء الناتجة عن السكري، التي تنتج عن قلة الأنسولين، فهي حالة أكثر شدة، ومن علاماتها البارزة حالة النعاس غير المنتظمة، أو الألم العضلي، الذي يؤدي إلى حالة إغماء، يحتاج مريض السكري الذي يكون مغمى عليه إلى العناية المباشرة للطبيب لإعطائه الأنسولين، وفي حال تقديم إسعاف أولي لأي مصاب بالسكري، يجب إعطاء نوع من السكر إذا كان المريض واعياً، ويكون المصابون بالسكري طبيعيين في مظهرهم ووظائفهم الحركية، حيث يؤكد كثير من الأطباء على أهمية النشاط العضلي في حياة المصابين بالسكري، فالتمارين مهمة ليس لأنها تقلل من الحاجة إلى الأنسولين فحسب، بل لأنها تسهم بالصحة العامة للجسم، بالإضافة إلى ذلك تساعد في وضع وزن الجسم تحت السيطرة.

يشجع الأشخاص المصابون بالسكري عادة على المشاركة في نشاطات اللعب الاعتيادية دون قيد أو تعديل، ولأن التعب المبكر يرتبط عادة بالمرض، يجب أن تشمل خطط مدرس التربية الرياضية أو المدرب هذا العامل في نظر الاعتبار، ولا يوصى

بمشاركتهم بنشاطات رياضية شديدة أو ألعاب شديدة التنافسية لأنها قد تسبب حالة إعياء شديدة. وكقاعدة عامة، ينصح الأشخاص المصابون بالسكري بالمشاركة بنوعين من النشاط يسمح لهم بالتوقف عند الضرورة لفترات استراحة محدودة، ويكون المصاب بالسكري على وجه الخصوص عرضة للإصابة بالالتهاب ولا بد من العناية الشديدة لتجنب الجروح، والخدوش والفقاعات والتهابات الفطريات.

الفصل الرابع

الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية



الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

ظاهرة الإعاقة الذهنية تقع ضمن اهتمامات كثير من المهنيين والمتخصصين في ميادين الطب والاجتماع والتأهيل والتربية وغيرهم، للتعرف على هذه الحالة من حيث طبيعتها، ومسبباتها، وطرق الوقاية والتأهيل، وأفضل الطرق للرعاية للأشخاص من ذوي الإعاقة الذهنية. وتعد الإعاقة الذهنية ظاهرة لا تتقرر بالحدود الاجتماعية، فقد تتعرض لها المجتمعات الفقيرة والغنية، المثقفة وغيرها من المجتمعات. حيث أدى الاهتمام بالإعاقة الذهنية من قبل مختلف هذه الفئات والمجتمعات إلى تعدد في فهم هذه الظاهرة وتحديد كينونتها ومسبباتها، فحاولوا تفسيرها وفقاً لأطرها المرجعية وربطها بالمتغيرات حسب اختصاصاتهم والمتغيرات الاجتماعية، الثقافية والبيئة المحيطة.

الإعاقة الذهنية Intellectual Disability:

تعتبر حالة وليست مرضاً من عدم التكامل، التأخر، أو انكفاء النمو الذهني والمعرفي للشخص قياساً بعمره الزمني، وقد يولد بها الشخص أو تحدث في عُمر مُبكر نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، مما يؤدي إلى نقص الذكاء وهي ظاهرة عالمية، أي الإعاقة الذهنية لا يخلو منها مجتمع من المجتمعات ولا طبقة من الطبقات وهي قبل كل ذلك حاله وليست مرضاً.

أسباب الإعاقة الذهنية:

أسباب وراثية:

تمثل 75% من حالات الإعاقة الذهنية سببها وراثي، أما مباشرة عن طريق الجينات التي تحملها أو تنقلها كروموسومات الخلية التناسلية، أو غير مباشرة كإصابة بعض خلايا الدماغ بخلل أو تلف وراثي.

الأسباب البيئية (المكتسبة):

كأن تصاب الأم بالتفؤيد أو الحصبة الألمانية أو عدم توافق دم الوالدين (العامل الرايزيسي) مما يؤدي إلى اضطراب في نضج خلايا الدماغ، وبالتالي تحدث الإعاقة الذهنية.

تصنيف فئات الإعاقة الذهنية حسب درجة الذكاء:

تعتبر مقاييس ستانفورد- بينيه ومقاييس وكسلر للذكاء أكثر المقاييس شهرة لقياس درجة الذكاء، وتعدّ مقاييس وكسلر من المقاييس ذات الأهمية الخاصة من حيث إمكانية الحصول على ثلاث درجات رئيسة للشخص المفحوص، وهي الدرجات: اللفظية والأدائية والكلية، بالإضافة إلى الدرجات الفرعية للمقياس، وقسمت فئات الإعاقة الذهنية حسب مقياس وكسلر كالآتي:

الفئة الأولى:

القابلون للتعلم درجة الذكاء من (55-69) العمر الذهني يتراوح بين (7-11) عام، وتسمى إعاقة ذهنية بسيطة وتشكل غالبية المصابين بالإعاقة الذهنية، ونسبتهم في مجتمع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية 75%.

الفئة الثانية:

القابلون للتدريب، درجة الذكاء من (40-54) والعمر الذهني يتراوح من (3-6) أعوام وتسمى إعاقة ذهنية متوسطة، ونسبتهم في مجتمع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية 20% (القابل للتدريب غير قابل للتعلم والشخص قادر على الاستيعاب بعد عمر 6 أعوام) تعلم مهنة أو حرفة.

الفئة الثالثة:

فئة الرعاية/العناية الخاصة، درجة الذكاء من 25-39، والعمر الذهني لديهم أقل من 3 أعوام، وتسمى إعاقة ذهنية شديدة، ويصنف فئة أخرى بهذه الدرجة وهي درجة إعاقة شديدة جداً، وهي أقل من 25 درجة، ونسبتهم في مجتمع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية 5%، وهم غير قادرين على الاعتناء بأنفسهم، فهم بحاجة إلى رعاية.

متلازمة داون (Down's Syndrome):

تنتج متلازمة داون عن تغير في الكروموسومات حيث توجد نسخة إضافية من كروموسوم

21 أو جزء منه بحيث يكون هناك كروموسوم زائد، أي يوجد لدى الشخص المصاب 47 كروموسوماً بدلاً من 46، ويكون هذا الكروموسوم الزائد ملتصقاً مع زوج الكروموسومات رقم 21 ويصبح ثلاثياً بدلاً من كونه ثنائياً. يمكن الكشف عن المتلازمة أثناء الحمل أو بفحص الكروموسومات الجينية في دم الأم، ويكون التشابه كبيراً بين الصفات الجسمية وعلامات الوجه للأشخاص من مصابي متلازمة داون ويمكن تشخيصهم بسهولة، ويكون هذا الوجه هو نفسه بغض النظر عن الجنس، التبعية، العمر. والسبب الرئيسي لولادة أفراد بهذا الشكل هو حملهم 47 كروموسوماً في الخلية.

صفات ومميزات الأشخاص من مصابي متلازمة داون:

تتميز صفات ومميزات الأشخاص من مصابي متلازمة داون بالآتي:

أولاً: الخصائص الجسمية والإكلينيكية:

- قصر القامة.
- كبير حجم الجمجمة.
- ضخامة اللسان وهذا يصاحبه مصاعب صحية وخصوصاً النطق وحتى سهولة التنفس.
- انسحاب العينين جانباً (ميلان عرضي في شق العين).
- تفلطح الأنوف.
- انبساط الوجه.
- طية واحدة فقط في راحة الكف.
- صغر حجم الأسنان وعدم انتظامها بشكل طبيعي.
- تأخر بالنمو الحركي (تأخر في الجلوس والحبو والوقوف والمشي).
- ليونة العضلات: تتناقص مع تقدم العمر ولكنها لا تختفي تماماً.
- ضعف في تناغم العضلات.
- تبسُّط القدمين.
- قصر في الرقبة وتدوير الكتفين.
- كبر بالمسافة بين إصبع القدم الكبير والذي يليه.
- ضعف العظام والأنسجة العصبية.
- التشوهات الخلقية في تكوين القلب.
- اضطراب وضعف اللوكيميا (النسيان).

ثانياً: الخصائص السلوكية والشخصية:

- صعوبات في الحواس المختلفة.
- ضعف في الفهم والاستيعاب.
- صعوبات في التفكير المجرد.
- ودودون اجتماعياً وخاصة في استقبال الغرباء.
- يحبون مصافحة الأيدي.
- يمتازون بالمرح والسرور باستمرار.
- تقل لديهم المشكلات السلوكية (مسالمون).
- يحاولون تقليد الآخرين بشكل ملحوظ.

نسبة وقوع حاله متلازمة داون:

يوضح الجدول رقم (4) نسبة وقوع حالة متلازمة داون لدى المواليد تبعاً لعمر الأم عند الحمل.

نسبة وقوع الحالة	عمر الأم بالأعوام
1000 : 1	أقل من 30 عام
40 : 1	ما بين 30-40 عام
32 : 1	ما بين 40-46 عام
10 : 1	من 46-50 عام

جدول (4)

نسبة وقوع حالة متلازمة داون لدى المواليد تبعاً لعمر الأم عند الحمل

الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

تسهم الأنشطة البدنية والرياضية في تحسين اللياقة البدنية والصحية العامة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، وفي تنمية التوافقات العضلية العصبية، والحس حركية، ومن ثم تحسين الكفاءة الحركية لديهم، كما تساعد الأنشطة البدنية والرياضية على رفع مستوى تركيزهم وانتباههم ورفع قدرتهم على التخيل والتذكر، واستثارة وتحفيز قدراتهم البصرية

والسمعية والحسية، وللأنشطة البدنية والرياضية قيمتها الإيجابية من حيث التصريف الانفعالي، والتخلص من العزلة والانسحاب والطاقة العدوانية.

تعمل الأنشطة البدنية والرياضية على إكساب الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية بعض المهارات التي تمكنهم من شغل وقت فراغهم والاندماج مع الآخرين، وتنمية ثقتهم بأنفسهم مما يؤدي إلى تحسن صحتهم النفسية، ويترتب على ذلك كله تحسن مستوى التآزر والمرونة العضلية، وبالتالي زيادة كفاءاتهم في تعلم المهارات الأكاديمية، وتعدّ الأنشطة البدنية والرياضية من الأنشطة الجاذبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، لما تمنحه لهم من شعور بالفاعلية والمنافسة والتشجيع والرضا والسعادة، وبالتالي تكون وسيطاً ممتازاً لتعليمهم الكثير من المفاهيم والمعلومات والعادات والأنماط السلوكية المرغوبة اجتماعياً في جو يسوده المرح والسرور. هذا إضافة إلى أن هذه الأنشطة البدنية والرياضية تلعب دوراً في القيمة العلاجية وتغيير السلوك العدواني، ويمكن ممارسة تلك الأنشطة فردياً أو جماعياً، وبناءً على درجة الإعاقة الذهنية وفتاتها، واستخدام المثيرات والمحركات المختلفة أثناء الأداء واختيار طبيعة النشاط وفقاً لتلك الفئات الخاصة بالإعاقة الذهنية. وعند بناء البرامج والأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، لا بد من الأخذ بعين الاعتبار أهم النقاط التالية:

- استثمار وقت فراغهم بأنشطة تعود عليهم بالفائدة والحياة الاجتماعية.
- إشباع ميولهم للفعالية والحركة والنشاط، مع الانتباه إلى الحالة الصحية العامة.
- العمل على تحقيق الذات لديهم.
- تنمية السلوك التعاوني وحب الانتماء للجماعة والتحلي بالصفات الأخلاقية الحميدة.
- النمو المتوازن لجميع أجزاء الجسم، وتدريب العضلات الكبيرة والدقيقة والحواس والقدرة على استخدامها.
- تخفيف الانفعالات والتوتر النفسي لديهم.
- كيفية التعامل مع الآخرين والاحترام المتبادل والمشاركة الجماعية.
- إكساب الثقة بالنفس لديهم وبمن حولهم.
- بناء الصداقات ومعالجة بعض حالات الاضطراب السلوكي.

تجدر الإشارة إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية يستطيعون المشاركة بالعديد من الأنشطة والألعاب الرياضية، وعلى المدربين أن يدركوا ما يلي:

- يستطيع الشخص المعاق ذهنياً تحقيق نجاح وتقدم وتفوق في بعض الأنشطة والألعاب والرياضية.
- التحصيل الرياضي للشخص المعاق ذهنياً، يوفر له مزيداً من الثقة بالنفس ويرفع مستوى اللياقة البدنية ويعمل على تنمية علاقاتهم الاجتماعية.
- الاتجاهات الإيجابية التي يحققونها بالأنشطة البدنية والممارسة الرياضية تنعكس على بقية مجالات حياتهم اليومية.
- تسهم الأنشطة البدنية والممارسة الرياضية بملء وقت فراغهم الوافر ويستنفذ الطاقات الكامنة لديهم. لذلك على المدرب أن يدرك أن الشخص المعاق ذهنياً قد يعاني من واحدة أو أكثر من المشكلات التالية وبدرجات متفاوتة:
 - أ. عدم القدرة على استيعاب المصطلحات المختصرة.
 - ب. عدم القدرة على اتخاذ القرارات.
 - ج. ضعف الذاكرة (تكون قصيرة المدى).
 - د. صعوبة في التعلم بخاصة للمهارات الهجائية والرقمية.
 - هـ. ضعف الأنشطة التوافقية والمهارية.

تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

ليست بالمهمة الصعبة إذا اعتبر المدرب أن الشخص المعاق ذهنياً ما هو إلا لاعب أو شخص يتباين في قدراته عن بقية أقرانه، لذلك على المدرب أن يكون ملماً بالأمر التالية:

- تفاوت الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في درجة الإعاقة.
- قد تكون الإعاقة الذهنية مصحوبة ببعض المشكلات البدنية أو الحركية الأخرى، كالصرع أو التشنجات أو السمنة الزائدة ... الخ، لذلك على المدرب الاتصال بالوالدين أو الطبيب أو المرافق لمعرفة ذلك.
- قد تكون الإعاقة الذهنية مصحوبة لدى بعض المصابين بتأخر في النمو البدني وكذلك المهاري.

ما يجب مراعاته عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية في البرنامج الرياضي:

- إضفاء روح المرح والسرور والمتعة على الوحدة التدريبية أو الحصة.
- تخفيض المستويات المطلوب تحقيقها قياساً بغير ذوي الإعاقة.
- تعديل القوانين الخاصة بالألعاب بما يتناسب وقدراتهم.
- تفهم مشكلة الاتصال معهم، لذلك على المدرب استعمال مصطلحات وتعليمات واضحة ومتسلسلة ومختصرة.
- إعطاء نموذج حركي لهم لاستثارة روح التقليد والمحاكاة لديهم.
- عدم الاستدلال على إتقانهم للمطلوب من حركات رؤوسهم، ولكن من تطبيقهم الفعلي للواجبات.
- الشخص المعاق ذهنياً يتعلم بالممارسة أكثر من المشاهدة والاستماع.
- عدم استخدام الثناء العام على الأداء، ولكن خصص مجال للتمييز.
- تجزئ المهارات إلى مكوناتها البسيطة، وتعليمهم إياها بالطريقة الجزئية.
- تعليمهم المهارات الحركية الأساسية.
- بعضهم لا يتقن ارتداء الملابس.
- عند تعليمهم المهارات الدقيقة أو الصعبة، يراعى عدم الإطالة في تعليم المهارة حتى نتجنب شعورهم بالملل وعدم الاستيعاب.

أكثر الأنشطة البدنية والألعاب الرياضية الممارسة من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

- ألعاب قوى (الوثب والجري).
- ألعاب المكعبات.
- تنس طاولة.
- تسلق (السلالم).
- السباحة
- التمرينات البدنية.
- كرة سلة.
- أكياس الحبوب: تعليم العد.
- استخدام الكرات الملونة.
- جمباز (بدون أدوات)

- ألعاب الموانع: نقل أغراض مثل أكياس حبوب.
 - كرة القدم.
 - كرة الطائرة.
- مع الأخذ بعين الاعتبار وجوب مراعاة عوامل الأمن والسلامة.

الاتحادات الدولية التي تهتم بالرياضات للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

- الاتحاد الدولي لرياضة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية (INAS – FID)
International Sport Association for Persons with intelligent Disability
- الأولمبياد الخاص Special Olympic.

صفات الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية القابلون للتعلم والنشاط البدني والرياضي:

الميل نحو زيادة الوزن (+ 10%) أو السمنة (+ 20%)، لياقة بدنية متدنية، خاصة الوظيفة القلبية- التنفسية، أداء متدنٍ في المهام الحركية المعقدة، التي تتطلب زمن ردة فعل، وتعليمات صنع القرار والتعليمات المتدرجة، الرشاقة والتنسيق الجسدي، هناك حاجة إلى دروس إضافية في التربية البدنية لغرض اللياقة البدنية والتحكم بالوزن، والردود السلبية «لا أستطيع، لا أريد» وهذه استراتيجيات لا تدل بالفعل على أن النشاط صعب بالفعل.

الاحتياجات الملحوظة في أكثر الحالات للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتعلم:

- المرونة، القوة العضلية والقوة.
- التوازن.
- حركة الجسم.

أنماط المعالجة الأساسية:

أمثلة عن النشاطات الموضوعية للكفاءة الحركية:

- المد
- الالتفاف، الشني، أو الانحناء
- تحريك أو إسناد ثقل الجسم على أجزاء مختلفة من الجسم
- الرقص
- الرمي، الضرب أو (الركل) بدقة بضمنها أشياء ثابتة ثم متحركة

الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية القابلون للتدريب والنشاط البدني والرياضي:

مقترحات للمدرسين والمدربين المتعاملين مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتدريب:

- استعمل نظاماً «اجعله سهلاً ومحددًا»
- استخدم مجموعة واسعة من المهام المقبولة
- استخدم لغة واضحة - كن مباشراً - إيجابياً، دقيقاً، ومحددًا.
- فكر بالعمر التطوري وليس العمر الزمني بالنسبة للمهارات الحركية، ولكن يجب التفكير أيضاً بالعمر الاجتماعي قياساً بالأقران.
- في بعض الأحيان، نحتاج إلى طريقة واحد - لواحد.
- كن حازماً، بالنسبة للمهام التي تنطوي على متطلبات مناسبة معقولة، وأكد على المشاركة.
- يجب أن تكون لديك حدود ثابتة.
- اعمل على تأكيد التعليم من خلال التلخيص، والتكرار والمراجعة.
- تقديم توجيهات فردية.
- راقب وجود حالات إعاقة ثانية (أو ثالثة ... إلخ)

أمثلة عن النشاطات الموضوعية للكفاءة الحركية:

- نشاط متواصل ذو صلة.
- نشاطات هوائية (ايروبك)
- حركات ايروبك مع كرة دائرية
- مسار فيه حواجز، ألعاب السحب والهروب.

نصائح للمدرسين والمدربين المتعاملين مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية القابلين للتدريب:

- تمديد فترة الدروس التعليمية.
- استخدم مصطلحات أقل تخص اللعبة، وعزز المصطلحات المستعملة.
- بسط التسلسل وكرر التعليمات.

- قصر الجمل.
- علمهم مهارة واحدة في كل مرة.
- امتدح القدرات.
- استخدم الرموز الملونة عند الحاجة.
- قلل الوقت الفعلي للعبة إلى أن تتطور قدرة التحمل.
- علمهم قواعد السلامة وأكد عليها.
- عدّل القواعد، إذا لزم الأمر.

مقترحات الأنشطة البدنية والرياضية لذوي الإعاقات الذهنية القابلين للتدريب:

يستطيع الأشخاص ذوو الإعاقات الذهنية القابلون للتدريب ممن حققوا درجة ما من أداء المهارات المشاركة في معظم الرياضات والألعاب مع تعديل بسيط جداً، ويتأكد مدرسو التربية البدنية أن هؤلاء الأشخاص يفهمون التوجيهات والقواعد الخاصة بالنشاطات والألعاب بحيث يستطيعون إنجاز تجارب ناجحة وخبرة مشاعر إيجابية عن أنفسهم.

بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية القابلين للتدريب، الذين لا يستطيعون المشاركة بنجاح في التمارين والألعاب الأكثر تعقيداً، يجب تقديم تشكيلة من النشاطات البسيطة التي تساعد بإنجاز هدف التطوير البدني المطلوب، وأبسط هذه النشاطات هي مهارات الحياة اليومية مثل: المشي، التوازن، الالتواء، الاستدارة، الانحناء وصعود السلالم، الجري، الوثب، القفز، الحجل، الركض، التعلق، المسك والرمي، كما يجب تقديم المهارات للأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية القابلين للتدريب بطريقة يتمتعون بها أثناء الأداء، ذلك لأن المتعة هي المحفز الأهم عندهم، وأن التنوع في العرض الحيوي لإنجاز الاهتمام في أدائهم، ونشير إلى بعض الطرق التي يمكن إنجاز ذلك من خلالها:

- المشي بإيقاعات مختلفة وبخطوات مختلفة التنوع والحجم، مثل الخطوات السريعة القصيرة، والخطوات الكبيرة البطيئة، والمشى على أطراف الأصابع.
- الجري بإيقاعات مختلفة.
- الوثب على القدمين، وعلى قدم واحدة، والوصول إلى ارتفاعات مختلفة.

- الانتقال على قدم واحدة وعلى القدم الأخرى.
- الحجل بإيقاعات مختلفة.
- المسير بإيقاعات مختلفة، التناوب بالجري، القفز والوثب، مع التصفيق باليدين.
- صعود السلالم، مع تبديل القدمين.
- مسك ورمي بالون كبير.
- مسك وتنطيط الكرة.
- رمي الكرة لمسافة وباتجاه أشياء، رمي الكرة نحو شخص يمسكها.
- ضرب كرة كبيرة مع حرية حركة الساق، وتوجيهها نحو كرة صغيرة.
- التدلي من عارضة أو رافدة سلّم، بالذراعين وبذراع واحدة، تسلق السلم باليدين فقط.
- التوازن على العارضة أو لوح، المشي على خط مرسوم، الوقوف على رافدة سلم موضوعة على الأرض.
- التدلي صعوداً ونزولاً على لوح نطاظ، القفز من اللوح إلى الأرض.
- المشي على الإطارات والقفز فوقها ومنها.
- الزحف من خلال البراميل وقوتها أو من خلال أنابيب كبيرة.

يمكن أن يبدأ اللعب على معدات اللعب بعد أن يظهر الأشخاص توازناً وقوة كافيتين للأداء بسلامة، ومع تحسن مهارات التوازن، يمكن تقديم مهارات ركوب الدراجة الثلاثية الإطارات، دفع العربة، القفز بالحبل، والتزلج بالعجلات (رولر سكيت). ويجب تحديد استعمالها عادة بعجلة واحدة إلى أن يجد الشخص الثقة والقدرة على تجربة عجلتين.

إن إمكانات النشاط العضلي في ألعاب المحاكاة لا حدود لها، وإذا تظاهر الأشخاص بتقليدهم حركة الحيوانات، يستطيعون بذلك الخوض بالماء مثل البط والوثب مثل الأرنب، والقفز مثل الضفدع، والمشى الخفيف (على أطراف الأصابع) مثل صغار القط، وفي حال تقليد البشر، يستطيع الأشخاص قطع الخشب، السير في مجموعة، كنس الأرض، كي الملابس. وفي بعض الأحيان يمكن إجراء نشاطات المحاكاة بمرافقة الموسيقى من أجل المتعة والتمهيد الذي توفره لتقديم التوجيهات.

ويمكن تقديم نشاطات مثل: سباقات التتابع، المظلات والألعاب البسيطة لذوي

الإعاقات الذهنية القابلين للتدريب الذين اكتسبوا بعض المهارات الأساسية في الحركة، ويستطيعون اتباع التوجيهات البسيطة، حيث يقدم الدليل التالي لانتقاء مجموعة مختارة من النشاطات البسيطة، وكلما زادت قدرة الأشخاص على المشاركة في نشاطات معقدة، قلّت الحاجة إلى الألعاب التي تلي المعايير المقترحة كافة. واللعبة البسيطة جداً هي اللعبة التي:

- ينفذ فيها الأشخاص جميعهم الشيء نفسه.
- المساحة صغيرة نسبياً.
- الخيارات المقدمة أقل عدداً.
- تثبتّ المواقع فيها.
- لا توجد مزايا أو عقوبات على جودة الأداء.
- تقيّد المسارات المحتملة للحركة.
- بقاء الكادر الوظيفي نفسه.
- متطلبات المهارات الحركية محدودة.

يتمتع هؤلاء الأشخاص بأداء حركات الجمباز بصورة بسيطة، مع قيام المدرس أو المدرب بالعدّ، ويمكن إدخال حركات بسيطة مثل: الانحناء والجلوس بوضع القرفصاء، وثني الجذع وتحريك الذراعين بحركة دائرية، ويستطيع الصغار القادرون على التعلّم أداء مهارات ملحوظة في تنفيذ حركات الجمباز الأكثر تعقيداً مثل: حركة الصدر، كما يمكنهم الأداء بدرجة مرضية بالألعاب الأكثر تعقيداً، مثل: الريشة الطائرة، كرة السلة، الكرة الناعمة، تمرينات التنفس، تنس الطاولة، كرة القدم وكرة الطائرة، أيضاً يمكن تعليمهم السباحة ونشاطات الساحة والميدان والحركات البهلوانية والجمباز بدون أدوات، حيث يجب أن يوفر برنامج التربية البدنية العديد من هذه الرياضات بقدر الإمكان، ويوفّر النشاط العضلي القوي الأساسي لتحسين اللياقة البدنية عند هؤلاء الصغار، لأن العديد منهم يعانون من ضعف بدني، وبالإضافة إلى المزايا البدنية، فهي توفر قيمة ترفيهية واجتماعية كثيرة.

لقد تمكّن المدرسون المقتدرون من تعليم مهارات اللعب الجماعي بدرجة كافية لذوي الإعاقات الذهنية القابلين للتدريب، بحيث أصبحوا قادرين على منافسة فرق أخرى، ويستمتع

ذوو الإعاقات الذهنية القابلون للتدريب بالتنافس من هذا النوع ويرغبون به لغرض تحقيق القبول الاجتماعي الذي توفره هذه المنافسة ولكنهم لا يستجيبون دائماً بطريقة جيدة، وربما تولّد الخسارة سلوكاً عدوانياً غير مرغوب من ناحية أو يدفعهم إلى فقدان الاهتمام كلياً من ناحية أخرى، يتوجب على المدرس الذي يدرّب فريقاً تنافسياً أن يمنع ردود الفعل المحتملة من خلال التطوير الدقيق لأفضل الاتجاهات نحو اللعب التنافسي.

يتمتع ذوو الإعاقة الذهنية القابلون للتدريب بالموسيقى والإيقاع ويستجيبون بطريقة جيّدة للنشاطات الإيقاعية الراقصة، ومثل هذه النشاطات تكون مهمّة في تحسين التنسيق والمرونة وحمل الجسم، يجب إدخال الحركات الإيقاعية المكثّفة في برنامج التربية البدنية، بالإضافة إلى ذلك، فإنها توفر تحرراً من التوترات والقلق وهذا بحد ذاته يشكل قيمة كبيرة عند الأشخاص، كما أن تجربة الإصغاء تعزز من الإدراك السمعي.

تمّ استخدام حل المشاكل واستكشاف المهارة الحركية بدرجات متفاوتة في نجاحها مع ذوي الإعاقات الذهنية القابلين للتدريب، الذين يمتلكون عادة قدرات تخيلية أو مبتكرة بسيطة جداً، ومع ذلك، يمكن أن تكون مهارة حل المشاكل مجزية عند بعضهم، ولزيادة إمكانية جعل مهارة حل المشاكل ناجحة كطريقة في تعليمهم، نقدم المقترحات التالية:

- اختر مشاكل لها حل بسيط.
- قلل عدد الصعاب واجعلها مرتبطة بمجال المهارات الحركية.
- اشرح وفسّر الكيفية التي تمكنه من تحريك جزء من الجسم وأن يغير من طبيعة الحركة.

في حل المشكلة، هل يمكن أن تقفز مثل الأرنب؟» مثلاً، يتم تقديم عرض لهم حول القفزة على ساقين لتريهم كيف يقفز الأرنب، ثم بيّن لهم كيف أن الوثب مثل الأرنب يمكن أن يفسر بطريقة أخرى، مثل: رفع ساق واحدة أثناء الوثب أو رفع اليدين على الرأس لمحاكاة حركة أذني الأرنب،

- كرر المشكلة نفسها بين فترة وأخرى، مع التشجيع على بعض التغيير البسيط في الحركة.

الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية الشديدة والنشاط البدني والرياضي:

الاضطرابات الغذائية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة:

إن سوء التغذية هي حالة لا يحصل فيها الجسم على المكونات الغذائية الصحيحة أو يحصل عليها، ولكن بكميات غير مناسبة، ومن الأمثلة على هذه الاضطرابات الغذائية نجد:

- زيادة الوزن - عادات أكل سيئة تسبب هذه الحالة.
- فرط نقص الوزن - عادات أكل سيئة تسبب هذه الحالة.
- نقص الحيوية والتحمل.
- بطء تعلم ليس لديه اهتمام معين بنشاط.
- نقص القوة والمهارة - عرضة للإصابة.
- سوء وضع الجسم بسبب نقص في تغذية النسيج العضلي.

مقترحات الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة:

- قد يكون مفيداً إبعاد الشخص من المشاركة في النشاطات القوية، إذا كان يعاني من حالة سوء تغذية، ولا يتوقع تحقيق كفاءة كبيرة في النشاط البدني إلى أن يتم تصحيح حالات النقص الغذائي.
- يرتبط النجاح بخفض الوزن من خلال زيادة النشاط ارتباطاً مباشراً بما تناوله الشخص من غذاء، ولذلك يمكن أن يكون ربط عادات الغذاء الجيدة مع النشاطات مفيداً، مع الشخص المفرط الوزن في الحد من هذه المشكلة.
- يجب أن تركز نشاطات البرنامج الخاص بالأشخاص من ذوي الوزن الزائد على استغلال الطاقة ولا تتطلب مزيداً من القوة والرشاقة أكثر مما يمتلكه الشخص، ومن النشاطات المفيدة في هذا الخصوص:
 - أ. الريشة الطائرة
 - ب. ضرب الكرة لمسافة / بدقة
 - ج. تسديد رميات (الأخطاء) في كرة السلة.
 - د. الحركات والألعاب في الجمباز.

- هـ. الرقص (الفولكلوري، الاجتماعي، الحديث)
- و. الهرولة لمسافة قصيرة.
- ز. استخدام اليدين أو المجذاف لضرب الكرة أو البالونات.
- ح. العمل كمساعد حكم (رافع الراية) في كرة القدم والكرة الطائرة.

تمارين لشد العضلات للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة:

عضلات الذراع:

- حركات الصدر (push-up) مع استعمال الركبتين كنقطة ارتكاز.
- التعلق باليدين ومحاولة ثني المرفقين في حركة سحب (pull up).

عضلات الصدر:

جمع راحتي اليد معاً أمام الصدر والدفع عكس الراحتين.

البطن والخصر:

- الاستلقاء في وضع انبطاح ورفع الساقين 12 بوصة عن الأرض والعودة (كر)، (يجب أن لا يؤدي من قبل أي شخص خاضع لعلاج الظهر الأجوف).
- الانبطاح مع رفع الجذع للمس أصابع القدمين بأصابع اليدين.
- الاستلقاء على الجانب مع وضع الذراعين على الرأس مع خفض القدمين، ورفع الجزء الأعلى من الجذع.

الورك:

- ضع قدمك على كرسي يصل إلى حوالي ارتفاع الركبة أولاً بقدم واحدة ثم الأخرى، انزل ببطء شديد، قدم واحدة عند كل حركة.
- التمرين الثالث لشد عضلات البطن والخصر يساعد في شد عضلات الورك. لإجراء تمرين خفيف، قف وافصل بين القدمين مسافة 12 بوصة، ضع الذراعين فوق الرأس، اثنِ الذراع اليسرى أولاً ثم إلى اليمين.

الفخذ:

- أثناء الوقوف، ارفع إحدى الساقين إلى أعلى ما يمكن في الأمام، مع الحفاظ على استقامة الركبة، كرر مع الساق الثانية.
- اصعد وانزل من مصطبة، مع تبديل القدمين.

مقترحات إضافية لتدريب الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة:

- رفع مستوى الشد بالتدرج على مدى أسابيع.
- تجنب الحركات السريعة التي يطور فيها الزخم ثم يتوقف فجأة.
- اختر النشاطات التي يحتمل نجاح الشخص فيها مع قليل من الممارسة.
- اختر النشاطات التي يكون لدى الشخص رغبة بالنجاح فيها.

تمارين خاصة بضعف صحة الجسم للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

الوضع:

الاستلقاء على الظهر، ثني الركبتين، القدمان على الأرض، الذراعان إلى الجانبين.

النشاط:

- شهيق.
- زفير.

الوضع:

الاستلقاء على الظهر، ثني الركبتين، القدمان على الأرض، الذراعان على الأرض عند مستوى الكتف.

النشاط:

- رفع الذراعين حتى تشير الأصابع إلى السقف ثم زفير.
- اخفض الذراعين إلى وضعية البداية ثم شهيق. استرخ وكرر.

الوضع:

الاستلقاء على الظهر، الساقان مستقيمان، الذراعان إلى الجانبين.

النشاط:

- اسحب الركبة اليمنى إلى الصدر باستخدام الذراعين للمساعدة ثم زفير.
- مد القدم اليمنى إلى الأرض، ثم شهيق.
- استرخ، كرر مع الساق الأخرى.

الوضع:

الاستراحة على الظهر، ثني الركبتين، الكاحلان قريبان عند الردفين.

النشاط:

انتقل ببطء إلى وضعية الجلوس، استرخ لمدة 30 ثانية، ثم عد إلى وضعية الوقوف.

الوضع:

الوقوف مع فتح القدمين ووضع اليدين على الوركين.

النشاط:

- اثن الجزء العلوي من الجذع إلى اليمين.
- عد إلى الأمام.
- عد إلى الأمام.
- اثن إلى اليسار.

الوضع:

الموازنة الصحيحة للوقوف.

النشاط:

- ثني الركبتين ببطء إلى النصف، مع مد الساعدين، تقريب المرفقين إلى الجانبين ثم زفير.
- النهوض ببطء، الذراعان إلى الأسفل، ثم شهيق، استرخ قبل التكرار.

الوضع:

وضعية الوقوف الصحيحة.

النشاط:

- شهيق.
- زفير أثناء الوقوف بهدوء.

الوضع:

وضعية الوقوف الصحيحة مع وضع الذراعين إلى الجانبين بمستوى الكتف، رفع الراحتين.

النشاط:

- مد الساعدين ببطء على الذراعين ثم زفير.
 - مد الذراعين إلى الخارج ثم شهيق.
- ملاحظة: حافظ على المرفقين عند مستوى الكتف في كل الأوقات، الرأس مرفوعة، والبطن مسحوبة.

الوضع:

وضعية الوقوف الصحيحة.

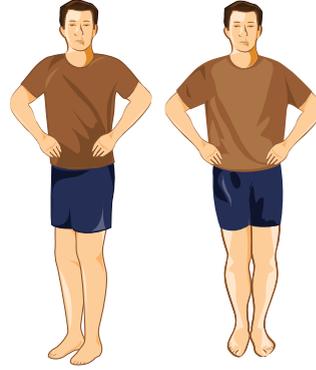
النشاط:

تمرن على المشي على طرف الأصابع مع رفع الرأس، وسحب البطن ورفع الصدر.

نماذج من الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية:

أمثلة: تمارين القدمين

(وقوف، ثبات الوسط) ضم القدمين
وفتحهما، لف القدمين معاً لليمين واليسار
بالتبادل.



شكل (121)



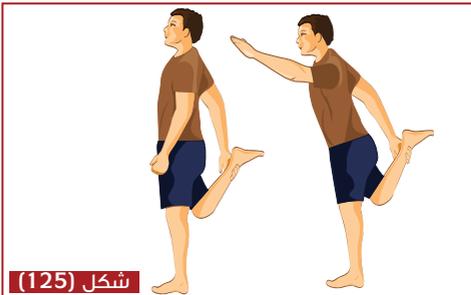
شكل (123)

(وقوف - ثبات الوسط) مرحة الذراع
اليسرى والرجل اليسرى أماماً، ولمس أصابع
القدم للكف. يكرر بالذراع والرجل اليمنى.



شكل (122)

(جلوس القرفصاء، السند خلف) تبادل
اللمس بالكعبين والمشطين.



شكل (125)

(وقوف - مسك القدم اليسرى باليد اليسرى)
رفع الرجل خلفاً، وفرد الركبة والرجوع
للووضع الابتدائي والتكرار بالرجل الأخرى



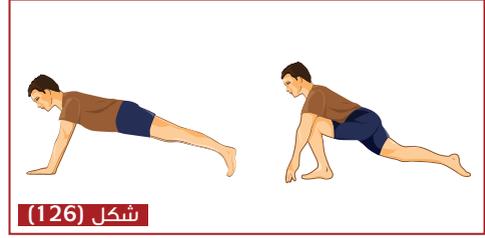
شكل (124)

(جلوس التربع والقدمان مواجهان) ضغط
الركبتين للأسفل بمساعدة اليدين.



شكل (127)

(جلوس الركوع - السند أماماً) التبديل للوقوف على أربع، فرد الركبتين وثنيهما.



شكل (126)

(انبطاح مائل) ثني الركبة اليمنى (القدم أمام اليد اليسرى على الأرض، ثني الذراعين ثم فردهم، ثم فرد الرجل اليمنى وثنى اليسرى.

أمثلة: تمارين الجذع



شكل (129)

(الوقوف) مع رفع الذراعين جانباً، أخذ خطوة بالرجل اليسرى جانباً وضغط الجذع خلفاً.



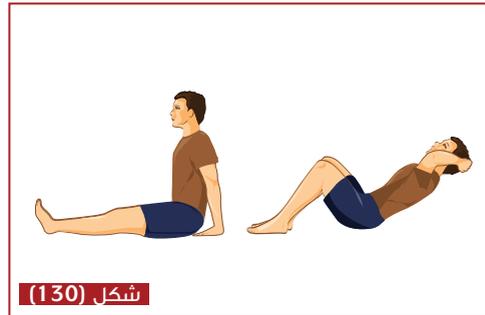
شكل (128)

(وقوف الذراعين - عالياً) مع الوثب للوقوف فتحاً، ضغط الجذع أماماً مع لمس الأرض والرجوع للوضع الابتدائي.



شكل (131)

(الوقوف) ثني الجذع خلفاً مع الطعن بالرجل اليسرى أماماً والرجوع للوضع الابتدائي.



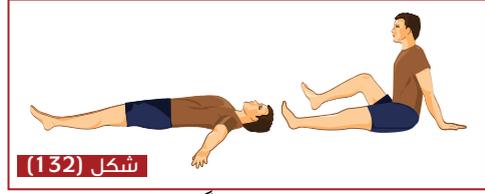
شكل (130)

(الجلوس الطويل مع السند جانباً) ثني الجذع خلفاً مع ثني الركبتين والقدمان على الأرض. رفع الذراعين حلقة الرجوع للوضع الابتدائي.



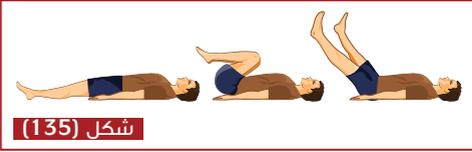
شكل (133)

(الانبطاح المائل) بالوثب فتح الرجلين، والرجوع للوضع الابتدائي.



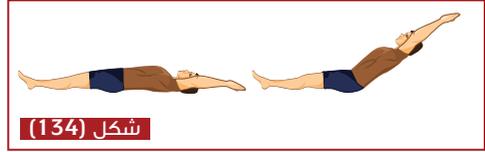
شكل (132)

(رقود - الذراعان جانباً) مع ثني الركبة اليسرى عالياً، أخذ وضع الجلوس، والرجوع للوضع الابتدائي.



شكل (135)

(الرقود) رفع الركبتين فرد الرجلين مفتوحة مائلاً والرجوع للوضع الابتدائي.



شكل (134)

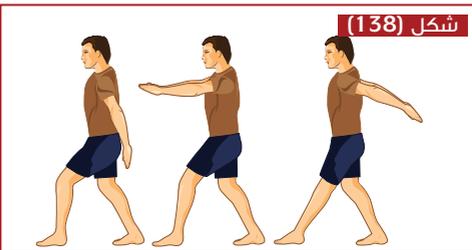
(رقود الدرجة عالياً) الدرجة جهة اليسار للانبطاح مع رفع الذراعين عالياً، والرجلان خلفاً والرجوع للوضع الابتدائي يكرر بالدرجة جهة اليمين.

أمثلة: تمارين الذراعين



شكل (136)

(وقوف - المد عرضاً) مرجحة الذراعين بالتقاطع أماماً الصدر في المستوى الأفقي.



شكل (138)

(وقوف فتحاً - الذراعين مائلاً خلفاً) مرجحة الذراعين للأمام للجانب، للمد عرضاً، الرجوع للوضع الابتدائي.



شكل (137)

(وقوف فتحاً - الذراعان متقاطعان أماماً أسفل) مرجحة الذراعين عالياً.

الفصل الخامس

الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة الحسية



الإعاقة الحسية Sensory Disability (البصرية والسمعية):

الإعاقة الحسية هي فقدان الإنسان حاسة أو أكثر من حواسه الخمس، أو يكون أداء هذه الحاسة ضعيفاً أو أقل من المستوى العادي، وهنا نتطرق إلى الإعاقة الحسية الناتجة عن إصابة الأعصاب الرأسية للأعضاء الحسية: العين، الأذن، واللسان وينتج عنها إعاقة حسية بصرية أو سمعية أو نطقية والتي تحول دون قيام الجهاز البصري أو الجهاز السمعي عند الشخص بوظائفه، أو تقلل من قدرة الشخص على البصر أو سماع الأصوات المختلفة أو كلاهما. وتتراوح هذه الإعاقات في شدتها من الدرجتين البسيطة والمتوسطة التي تنتج عن ضعف بصري أو سمعي، إلى درجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها الكف أو الصمم.

الإعاقة البصرية Visually Disability:

تنتج عن خلل يصيب بصفة دائمة أو مؤقتة العين، أو العصب البصري، أو المنطقة المعنية بالبصر في الدماغ.

الأجزاء الرئيسية للعين:

القرنية (Corn):

تمتلك ذلك الجزء الأمامي من العين الذي يغطي ويحمي القرنية وبؤبؤ العين، ووظيفة القرنية السماح للأشعة البصرية بالدخول إلى الحجرة الأمامية للعين، وأيضاً في حماية العين من العدوى بسبب طبيعة الدموع الخفيفة التي تغطيها، وذلك من أجل الحماية من البكتيريا والتلوث والأتربة - الخ.

القرنية (Iris):

تمثل ذلك الجزء الملون من العين، حيث تتمثل وظيفتها بتضييق وتوسيع بؤبؤ العين

حسب كمية الضوء الساقطة عليها، لذلك السبب يصبح بؤبؤ العين ضيقاً عندما تكون كمية الضوء الساقطة على العين شديدة والعكس صحيح.

العدسة (Lens):

تمثل ذلك الجزء من العين الذي يستقبل الأشعة الضوئية من القرنية، ووظيفتها الرئيسية تجميع الأشعة الضوئية وتركيزها على الشبكية.

الشبكية (Retina):

الجزء الخلفي من العين الذي تسقط عليه الأشعة الضوئية، وهي أشبه بالشاشة، حيث تظهر الصورة معكوسة، ويقوم العصب البصري بنقل هذه الصورة المعكوسة إلى الجهاز العصبي المركزي، حيث تصحح هناك إلى وضعها الطبيعي.

العصب البصري (Optical Nerve):

يتكون العصب البصري من خلايا عصبية، ووظيفته نقل الإشارات والإحساسات البصرية من الشبكية إلى مناطق الإبصار بالدماع.

عضلات العين (Eye Muscles):

هناك عضلات خارجية تتحكم بحركة كرة العين إلى الأعلى والأسفل والجانبين، عبارة عن ست عضلات تعمل بتناسق، ويتحكم الشخص فيها بشكل مناسب، وعضلات داخلية تتحكم بشكل عدسة العين ودرجة تحديدها بشكل يضمن انكسار الضوء على الشبكية.

آلية الإبصار:

تمثل آلية الإبصار انتقال المثير البصري الذي يمر من خلال القرنية، حيث يتعرض لأول انكسار، ومن ثم يصل الضوء إلى بؤبؤ العين الذي يتحكم في كمية الضوء الداخلة إلى العين ليصل إلى العدسة والتي تقوم بكسر الضوء بشكل يضمن تركيزه على شبكية العين، وتتكون صورة للجسم المبصر على الشبكية، ومن ثم إلى الجهاز العصبي المركزي بواسطة العصب البصري، حيث يعمل الجهاز العصبي المركزي على تفسير المثيرات المرئية وتحليلها وبالتالي الاستجابة.

الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الشخص بالإعاقة البصرية:

الإصابات:

- الإصابات النافذة: دخول جسم صلب يهتك أنسجة العين.
- الإصابات الرضضية.

الأمراض:

- السكري.
- مرض الرمد بنوعيه الربيعي والحبيبي.
- الساد (الماء البيضاء)، حيث يسبب عتمة في العدسة وبالتالي تشوه الإبصار.
- الجلوكوما (الماء الزرقاء) ارتفاع في ضغط عين الشخص المصاب.
- مرض قرحة القرنية.
- انسداد الشريان الشبكي أو الوردي الشبكي.
- التهاب العصب البصري أو ضموره.

العيوب الخلقية:

مثل رأرأة العينين، الحول.

العامل الوراثي:

بعض الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية تكون إصابتهم بسبب وراثي. وهناك أسباب أخرى مثل تعرض الأم الحامل للأشعة السينية، وحالات تناول الأدوية والكحول، وسوء التغذية، ونقص الأكسجين، إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.

كيف نكشف الإعاقة البصرية عند الأطفال (المظاهر):

- تباعد وتقريب المادة المكتوبة عن العين أثناء القراءة.
- صعوبة رؤية الأشياء البعيدة أو القريبة.
- استمرار فرك العينين.
- استمرار الدموع والإفرازات في العين.
- تكرار رمش العينين أو الذبذبة السريعة والمتكررة لأهداب العين.
- الحول.

- الصداع أو الشعور بالإجهاد والتعب عند القراءة أو الكتابة أو الأعمال التي تتطلب تركيزاً بصرياً.
- عدم القدرة على مسك الأشياء التي تقدم له مباشرة.
- إظهار صعوبة في تلف الكرة وتجنب الألعاب التي تقود إلى احتكاك جسمي.
- صعوبة التمييز بين الألوان المختلفة.
- تحاشي الضوء أو طلب المزيد منه.
- التعثر أثناء المشي، والحذر الشديد عند نزول السلم.

تصنيف الإعاقة البصرية:

صنّف الاتحاد الدولي لرياضة المكفوفين International Blind Sport Association (IBSA) الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية إلى ثلاث فئات وحسب التالي:

الفئة الأولى (B1):

تتراوح قدرتهم على الأبصار بين العمى الكامل (عدم القدرة على إدراك الأشياء نهائياً وبين إدراك الضوء فقط).

الفئة الثانية (B2):

تكون لديهم القدرة على إدراك الأشياء ومحدداتها على بعد لا يتجاوز المترين بدرجة من الوضوح، تعادل ما يراه الشخص السليم على بعد 60 م. أقل من 2/60 ويتراوح مجال الرؤية لديهم بين 1 - 5 درجات.

الفئة الثالثة (B3):

تكون القدرة لديهم على إدراك الأشياء تتراوح بين 2/60 و 6/60، ويتراوح مجال الرؤية لديهم 5-20 درجة.

الشروط الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في المجال الرياضي:

يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية احتياجات الآخرين نفسها في النشاط البدني والرياضي، وعدم قدرتهم على النظر بصورة طبيعية، بالكثير من الحالات، يقيدهم من النشاطات الرياضية التي يلعبونها إلى درجة أنهم يصبحون متأخرين بدرجة ملحوظة في

التطوّر البدني. يجب أن يتذكر المدرس أو المدرب بأنه هو الذي يحدد اللمسة التي تحل بها المشكلة. ومن أهم الشروط الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في المجال الرياضي:

- السماح للشخص الكفيف القيام بجولة في مكان الممارسة للنشاط البدني أو الرياضي، بمصاحبة شخص غير كفيف، لاستطلاع المكان والتعرف على أبعاده.
- إخلاء منطقة الأداء من العوائق، وكل ما من شأنه تهديد سلامة الشخص الكفيف.
- تمييز لون الملعب عن الأرض المحيطة، ويكون الحد النهائي للملعب بارزاً.
- بالنسبة للمبصرين جزئياً، تدهن حدود الملعب وكذلك الأدوات المستخدمة بألوان زاهية.
- استخدام المثيرات السمعية وكذلك المثيرات الحسية الأخرى ما أمكن.
- استخدام الأدوات المساعدة والأمانة كالأطواق والحبال.
- يعتبر المشي من الأنشطة التمهيديّة والضرورية للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، لذلك يجب أن تبدأ حصة النشاط البدني أو الرياضي بالمشي.

أكثر الألعاب الرياضية الممارسة من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية:

- كرة الهدف.
- تنس طاولة.
- خماسي كرة القدم.
- السباحة.
- ألعاب قوى: وثب، جري، رمي القرص والجملة والرمح.
- الجودو.
- رفع الأثقال للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية بثلاثة تخصصات (القرفصاء Squat، من وضع الاستلقاء على الظهر Bench Press، رفع الأثقال لمستوى الفخذ Deadlift).

مقترحات التدريب للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية:

يتطلب تقديم مهارات جديدة منهجاً حركياً، قد يقوم المدرّس أو المدرب وعدد قليل من الأشخاص بعرض المهارة، في حين يقوم غير المبصرين بتفحص أجزاء الجسم بأيديهم، في بعض الأوقات، سيكون من المفيد للمدرّس أو المدرب أن يضع الشخص ذي الإعاقة البصرية في الموقع المرغوب، مثل موقع الانطلاق للبدء في الجري على المضمار، ويمكن استخدام أوصاف دقيقة واضحة ترافق المنهج الحركي بفعالية كبيرة،

مع ضرورة تجنب الشرح الشفوي المطول، ويجب أن نعرف الدرجة التي يستطيع بها الأشخاص الإدراك وما مدى تطويرهم المهارات التعويضية. ولا نفرط بحماية الشخص ذي الإعاقة البصرية، كما يجب أن تكون منطقة اللعب خالية من المعدات أو المعوقات غير اللازمة.

أ. يمكن تحديد حدود اللعبة بتنوع تركيبة الملعب (منطقة الحدود الداخلية من الكونكريت والخارجية من الرمل)، سيتمكن اللاعبون من معرفة الحالة عن طريق حساسية القدم عندما يخرجون من حدود الملعب، وفي الملاعب الداخلية يمكن وضع سطوح خشبية وكونكريتية أو خشب وسجاد.

ب. يجب أن يكون الشخص ذو الإعاقة البصرية مطلعاً على المنطقة قبل البدء بالنشاط. (الطريقة الجيدة هي التوجيه بالمشي معهم حول المنطقة مع تقديم وصف للتفاصيل الأساسية).

ج. لإرشاد الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في نشاطات الجري وإعطائهم إحساساً أكبر بالأمن، يمكن وضع أسلاك أو حبال على طول مسار الجري لإرشاد المشارك، وإذا كان الشخص مكفوفاً جزئياً، فإن وضع خط أبيض يساعد الشخص المشارك في الجري.

د. يمكن استعمال إشارات صوتية مثل الصافرة عندما يخرج المتسابق عن المضمار.

هـ. يمكن أن تكون معدات منطقة اللعب من النوع الموجود نفسه في أي ملعب (يجب إعطاء اهتمام أكبر في تحديد مواقعها لتجنب الإصابات للمشاركين من غير المبصرين)، ويجب استعمال سلك أو علامات على الأرض كوسائل سلامة لمنع الصغار من الاصطدام بالمعدات.

و. يجب أن تكون الكرات أكبر حجماً.

ز. استخدام كرات رقيقة. (مطلية بلون أصفر براق أو أبيض لجعلها منظورة أكثر بسهولة للأشخاص المكفوفين جزئياً).

ح. تساعد الأجراس الموجودة داخل الكرات في تحديد الموقع.

ط. يسمح بإدخال المعدات التي يراد استعمالها إلى مناطق اللعب فقط لضمان أعلى درجات السلامة يستطيع الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية استذكار موقع الأماكن الدائمة، ولكنهم لا يستطيعون تجنب المعدات الزائدة التي تترك في طريقهم.

ي. تكون الصافرة واحدة من المعدات الأساسية لمدرس الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، ويمكن نفع الصافرة لتحديد موقع المدرس أو المدرب وإصدار إشارة للانتباه أو لأغراض أخرى.

هناك بعض الألعاب التي يسهل تكييفها للعب للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، وكدليل لاختيار تلك الألعاب التي يمكن استخدامها دون تعديل كبير، وأن نجرب هذه الخصائص:

- تعصيب عيون أحد اللاعبين أو اثنين.
- إصدار أصوات بحيث يعرف غير المبصرين ماذا يجري.
- توزيع واجبات مختلفة للأشخاص المكفوفين كلياً أو جزئياً.
- الجري نحو هدف يسهل العثور عليه من قبل الأشخاص المكفوفين كلياً.
- تحديد مواقع اللعب مثل قاعة الألعاب (الجم) أو ساحة اللعب.
- التماس المباشر كما في المصارعة والجودو.
- تشكيل خط أو شكل كرسي.
- إمكانية وضع اللاعبين في شكل أزواج (اثنين اثنين).

المكفوفون جزئياً:

هناك تقريباً شخص واحد من كل أربعة أو خمسة أشخاص يعانون من نوع من الانحراف الكبير عن المعيار المقبول للرؤية الجيدة، ويعتبر التصنيف البصري 20/20 أو أقل مع المعينات البصرية على أنه مكفوف، إلا أن معظم المصنفين بهذه الفئة لديهم قدرة إبصار مفيدة، فقد يستطيعون الإحساس بالضوء أو الشكل أو الحركة ولذلك يعتبرون مكفوفين جزئياً.

مقترحات التدريب للأشخاص المكفوفين جزئياً:

- التأكد من عدم توجيههم إلى الأصوات غير المألوفة والسطح، الأمر الذي يقدم لهم العون.
- الحرص على عدم توجه المكفوفين إلى أشعة الشمس المباشرة أثناء النشاطات الرياضية الخارجية

- الوصول إلى الأشياء التي يمكن أن يتميزوا بها.
- بناء الثقة.
- تعديل إيقاع التعليم.
- وضعهم في فريق مع شخص مبصر.
- استعمال وسائل تسمح بتوجيه الصوت.

الاحتياجات الملحوظة على نحو متكرر:

- الوعي بالمكان والجسم.
- التوازن.
- وضعية الجسم.
- الحركية / الأنماط الحركية الموضوعية.
- القوة بخاصة في الساقين.
- انخفاض مستوى الثقة والقلق بشأن الحركة.
- سلامة القلب والأوعية الدموية.
- المرونة.

أمثلة عن النشاطات الموضوعية للكفاءة الحركية:

- اكتشاف أجزاء مختلفة أو عدد من نقاط الدعم.
- نشاطات الوعي بالجسم كشرط أساسي.
- تدريب الوزن.
- الرياضات المائية.
- الاسترخاء.
- الحركات الهوائية (الأيروبيكس).

يصعب على الشخص ذي الإعاقة البصرية الاستجابة لجسم متحرك قياساً بجسم ثابت، وتكون النشاطات التي تتطلب مجالاً محدداً ومعرفةً أكثر صعوبة على الشخص ذي الإعاقة البصرية من تلك التي تتطلب مجالاً عاماً، والنشاطات التي تتطلب حركات حرة تكون أكثر مساعدة على الاسترخاء من النشاطات التي تتطلب حركات منسقة، حيث يستطيع الشخص ذو الإعاقة البصرية أداء حركات متكررة بسهولة أكبر من الحركات التي

تتطلب عدداً من التغييرات، وعندما يشارك الشخص ذو الإعاقة البصرية في أي من هذه النشاطات، يجب أن يدرك المدرّس أو المدربّ الإعاقات الطبية الخاصة التي يعاني منها مختلف الأشخاص، وعليه يجب مراعاة ما يلي:

أ. لا يسمح للأشخاص المصابين بانفصال عن الشبكة المشاركة في الرياضات التي تتطلب التماس.

ب. لا يسمح للأشخاص المصابين بالجلوكوما المشاركة في أي من النشاطات القوية.

ج. المشاركة المحدودة بالألعاب الخفيفة لمصابي استسقاء الدماغ.

د. يكون أشخاص التليف بلا قيود.

هـ. تكون رؤية النفق والحوّل مع تعديلات بسيطة، وحالات المشاكل العميقة في الإدراك تستوجب بدورها تعديلات بسيطة، بينما حالة الحصبة الألمانية تتطلب تعديلات فردية فقط.

الفوائد الصحية للأنشطة الرياضية للكفيف:

تدريبات النظام:

لتدريبات النظام أهمية كبيرة في سيطرة المعاق على عضلاته وتنمية حواسه، وأهم هذه التدريبات:

- الوقوف صفا واحداً مع مسك الأيدي لتشكيل سلسلة، ثم ترك الأيدي.
- الوقوف في قاطرة واحدة مع لمس كتف الزميل الأمامي.
- الوقوف أمام الحائط.
- الوقوف أمام الزميل مع تشابك الأيدي.

فهي من أهم التدريبات التي يمكن برمجتها للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية من حيث تحقيق هدف التّعود على البيئة المحيطة، وتعتبر من الرياضة الطبيعية للإنسان منذ نشأته، وهناك ثلاثة أنواع للمشي: المشي الاعتيادي، المشي العلاجي، والمشى الرياضي.

شروط المشي العلاجي للكفيف:

- القامة معتدلة.
- عدم تصلب المفاصل أو دفع الكتفين للخلف.

- رافعا رأسه ونظره للأمام أثناء المشي.
 - تأرجح الذراعين أماما من المرفقين بحرية مع حركة خفيفة في مفصلي الكتفين.
 - انحراف طفيف جداً ناتج من حركة الحوض.
 - الركبتان ممدودتان مع انثناء قليل للقدم المتحركة حتى لا تجر على الأرض وتوضع القدم على الأرض مع انثناء قليل حتى عقب القدم تكاد تلمس الأرض أولاً.
- ويمكن برمجة التدريبات التالية:

- المشي العادي بمساعدة العصا.
- المشي مع زيادة السرعة بمساعدة العصا.
- المشي بجانب الحائط بدون عصا.
- المشي مع زيادة السرعة بدون عصا.
- المشي بين حبلين مشدودين.
- الجري بين حبلان مشدودان.
- المشي على مقعد سويدي.
- المشي على الأمشاط لزيادة التوازن.
- المشي على الكعيبين لزيادة التوازن.
- المشي المتعرج.
- المشي في بيئة المحيط مثل صعود الجبال ونزول الوديان.

التدريبات الطبيعية:

عبارة عن تقليد الأشياء وهي مهمة بشكل كبير جداً للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، وبخاصة إذا كانت الإعاقة منذ الولادة لأن عملية تصور الأشياء تكون معدومة لدى هذه الفئة، وبالتالي يتوجب شرح ووصف هذه الحركات، لتطوير عملية التخيل والتصور لدى المكفوفين. ومن أمثلة هذه التدريبات:

- تقليد مشي الحيوانات.
- تقليد حركة الرياح.
- تقليد حركات الشجر.
- تقليد حركات الطائرات والسيارات والقطارات.

تمارين التعلق أو التسلق:

تؤدي هذه التمرينات على عقلة أو حائط أو سلاّم منخفضة، ويراعى أن تكون هذه الأدوات والأجهزة بعيدة عن الأرض الصلبة، ويجب أن تتم التمرينات تحت إشراف ومتابعة المدرب الرياضي، كون هذه التمرينات مهمة لتحسين القوام.

تدريبات الجري:

من الرياضات الأساسية ذات القيمة الكبيرة للكيف، وذلك لاشتراك جميع عضلات الجسم فيها، كما ينشط العمليات الحيوية لدى الكيف. والجري أكثر إجهادا للكيف من المشي وأن مركز ثقل الجسم يكون أعلى منه عند المشي، وأن القدمين لا تلامسان الأرض معاً، وأن الكيف في الجري يستخدم جهداً كبيراً، لأن دفع الجسم يكون في الهواء، لذلك يجب تدريب الكيف على الجري.

تمارين الرجلين:

تعمل تمارين الرجلين على تحقيق الآتي:

- تنشيط الدورة الدموية في الجسم كله.
- تقوية عضلات الرجلين وعضلات البطن المتصلة بالفخذين.
- زيادة مرونة المفاصل فيهما.
- استشارة الانتباه.
- إزالة الشحم من حول المقعد.
- إزالة الرواسب مع مفاصل الركبة والرسغ والكعب.

تمارين الذراعين:

تشمل التمرينات الخاصة بعضلات ومفاصل الأطراف العليا «مع الكتفين» وتعمل هذه التمرينات على تحقيق الفوائد الصحية التالية للكيف:

أ. تفيد مفاصل الكتفين والمرفقين والرسغين والأصابع، وتعطي أربطة هذه المناطق المرونة اللازمة.

ب. تزيد من مرونة الوصلات العضلية بين اللوحين والجزع، وبذلك تساعد على إصلاح الكتفين والعنق.

- ج. تنشيط الدورة الدموية وتقويتها.
د. إصلاح وضع الرأس والعنق والجزء العلوي من العمود الفقري والأضلاع.

تزيل الروماتيزم المفصلي وتشمل تمرينات الذراعين التالي:

- مرجحة الذراعين.
- ثني الذراعين.
- دوران الذراعين.
- رفع الذراعين.
- قذف الذراعين.

تمرينات العنق:

تحمل عضلات العنق الرأس وكذلك تحمل جزءاً من ثقل الأضلاع والكتفين والذراعين لاتصالها بالعمود العنقي، وأن الكفيف يقوم بحركات إيمائية كثيرة لا شعورية أثناء المشي أو الثبات، ولذا يجب ممارسة تمرينات خاصة بالعنق بانتظام، مع ملاحظة انتصاب الجسم أثناء تأدية هذه التمرينات الإصلاحية، والتي تكمن فوائدها بالآتي:

- إصلاح وضع الرأس.
- زيادة المرونة في مفاصل العنق والجزء الأعلى من العمود الفقري.
- إصلاح القوام في المنطقة الظهرية العليا (في الخمس أو الست فقرات الظهرية العليا).
- تنشيط الدورة الدموية في الرأس.
- تقوية عضلات العنق.

كما تشمل مجموعة تمرينات العنق الأقسام التالية:

- ضغط الرأس للخلف.
- كف الرأس.
- سقوط الرأس للأمام.
- ثني الرأس على الجانبين، أو جانبا.
- دوران الرأس.

تمرينات الجذع:

تقسيم تمرينات الجذع إلى الآتي:

أولا تمرينات الظهر:

تعدّ تمرينات الظهر من أهم ما يؤثر على قوام الكفيف لارتباطها بالعضلات الهامة

في الوقفة المعتدلة، وهي عضلات الظهر التي تؤدي إلى تقوية الظهر أثناء عملية النمو، وتشمل المجموعات التالية:

- ميل الجذع أماماً.
- تمرينات من وضع الجلوس.
- تمرينات من وضع الانبطاح.
- تمرينات من وضع الجثو.
- الطعن أماماً وخارجاً.
- تمرينات متنوعة.

تمرينات البطن:

يتعرض الكفيف نتيجة لأوضاع خاطئة في المشي أو الحركة أو قلة حركته بصورة عامة، إلى ترهل وضغط في الجدار البطني، وبهذا فإنه يتوجب على الكفيف القيام بتمارين رياضية للبطن للأغراض التالية:

- تنشيط الدورة الدموية وتقويتها.
- وقاية الأحشاء.
- ترقية القوام.
- منع التشوهات والترهل.
- إصلاح الظهر.
- حماية أعضاء البطن الداخلية.

بالإضافة إلى أنها تشمل تمارين البطن المجموعات التالية:

- ثني الجذع خلفاً.
- رفع الجذع.
- الانبطاح المائل.
- ثني الجذع أماماً.
- رفع الركبتين أو الرجلين.
- ميل الجذع أماماً.
- تمارين أخرى متنوعة.

تمرينات الجانبين:

يتعرض الكفيف أثناء حياته اليومية إلى مواقف أثناء حركته، تؤدي إلى انحناءات جانبية، والتمارين الرياضية كفيلة بالآتي:

- زيادة مرونة العمود الفقري وبخاصة في أجزائه القليلة الحركة.
- تقوية العضلات البطنية المائلة بخاصة وبعض عضلات الظهر المادة.
- المساعدة على زيادة مرونة الصدر.
- منع الانحناء الجانبي.

- التأثير على أعضاء الهضم.
- كما تشمل تمارين الجانبين المجموعات التالية:
- ثني الجذع جنباً.
- ميل الجذع جانبا.
- الانبطاح المائل الجانبي.
- لف الجذع.
- الطعن خارجاً.
- دوران الجذع.
- تمارين متنوعة.

تمارين التوازن:

هدفها هو ترقية التوافق العصبي، فعملية التوازن تتطلب التوفيق بين عمل العضلات المختلفة، هذه التمارين تدرب جهاز الأفعال المنعكسة للكيف، الذي هو الأساس بانتصاب قامة الكيف، وتتطلب هذه التمارين بداية مجهوداً عقلياً يقل بالمران، وازدياد قدرة الكيف على حفظ توازنه في التمرين، حتى إذا ما أصبحت الحركة آلية معروفة، قل المجهود العصبي اللازم لتحريك الجسم أو بقاءه في وضع خاص.

تمارين المرونة:

تمارين لتجديد نشاط الكيف وحيويته، لأن حركات الكيف تتميز بالصلابة لطبيعة الأوضاع الجسمانية التي يتخذها.

تمارين التنفس:

- تقوية عملية الشهيق والزفير لدى الكيف، وذلك من أجل :
- زيادة مرونة العمود الفقري الصدري بالثني والمد.
- زيادة مرونة مفاصل الأضلاع بالرفع والخفض.
- تدريب العضلات التي تسبب أكبر مد وأقصى ثني بالعمود الفقري، والتي تسبب أقصى ارتفاع وانخفاض للأضلاع.
- تدريب الحجاب الحاجز على الإنقباض الشديد أثناء الشهيق، وعلى التراخي أثناء الزفير.

تمارين القوة:

القوة هي قدرة العضلات بالتغلب على مقاومات مختلفة، هذه التمارين تهدف إلى تمكين الكيف من التغلب على المقاومات المختلفة عن طريق عضلاته.

تمارين الرشاقة:

الرشاقة هي القابلية بتغيير اتجاه الكفيف بسرعة وتوقيت سليم. القدرة على التوافق الجيد للحركات التي يقوم بها الكفيف، وهي من الأمور الضرورية لكل رياضي.

تمارين التحمل:

هدفها هو زيادة قدرة الكفيف على العمل لفترات طويلة، مع بقاء درجة الفاعلية والكفاءة، وتقسم إلى قسمين:

- التحمل العام: تمارين المشي والجري.
- التحمل الخاص: مباراة كرة الهدف للمكفوفين.

التمارين الرياضية العلاجية للكفيف:

تقسم إلى قسمين:

- تمارين علاجية إيجابية: يقصد بها التمارين الرياضية التي يقوم بها الكفيف شخصياً وبدون مساعد.
- تمارين علاجية سلبية: تمثل التمارين الرياضية التي يقوم بها الكفيف بمساعدة شخص مبصر.

الأوضاع الأساسية للتمارين البدنية للكفيف:

الوقوف:

من الأكثر الأوضاع الأصلية استخداماً، ويقع وزن الجسم على العضلات والأربطة بأقل جهد ممكن، وحسب الوضعيات التالية:

- الرأس مرفوعة والنظر للأمام والذقن للدخل.
- الكتفان خلفاً قليلاً والجذع ممتداً على استقامته.
- القدمان مضمومتان وتشير الأصابع للأمام.
- الذراعان على جانبي الجسم، وتواجه الكفان الفخذين.
- البطن مسطح وعضلاته غير متوترة.
- الظهر مستقيم بدون مبالغة.

الجلوس (جلوس التربيعة):

يكون الوضع كما يأتي:

- الرأس والكتفان والذراع والجذع مثلها في وضع الوقوف.
- يرتكز الجسم على الحرقفتين والحوض.
- تتقاطع الساقان مع تباعد الركبتين.
- تستند اليدان إلى الركبتين أو تمتد على جانبي الجسم.

الرقود:

تكون أجزاء الجسم كلها في وضع الوقوف، إلا أن الجسم يستند بطوله إلى الأرض.

الجتو:

- الرأس والكتفان والذراعان والجذع مثلها في وضع الوقوف.
- يرتكز الجسم على الركبتين مع تباعدهما قليلاً.
- تكون الفخذان على استقامة الجذع.
- تمتد الساقان مع تلاصق الكعبيين لتكونا بزاوية قائمة مع الجسم.
- الكعبان متلاصقان ومشط القدمين مفردتان.

التعلق:

يراعى في وضع التعلق مايلي:

- الرأس والكتفان والذراعان والجذع مثلها في وضع الوقوف.
- يتعلق الجسم على استقامته بوساطة الذراعين مع تباعدهما، بما يزيد عن اتساع الصدر.
- تلاصق الساقين مع فرد المشطين.

الأوضاع المشتقة:

أمثلة للأوضاع المشتقة من الوقوف:

تحريك الذراعين:

- وقوف الذراعين جانباً.
- وقوف الذراعين أماماً.
- وقوف الذراعين عالياً.
- وقوف الذراعين مائلاً عالياً.
- وقوف الذراعين مائلاً أسفل.
- وقوف الذراعين خلفاً.

- وقوف اثناء.
- وقوف اثناء عرضاً.
- وقوفاً لمس الرقبة.
- وقوفاً لمس الرأس.
- وقوف المييل.
- وقوف انحناء.
- وقوف التقوس.

بتحريك الرجلين:

- وقوفاً على قدم واحدة أو نصف قدم.
- وقوف على المشطين.
- وقوف الوضع أماماً.
- وقوفاً فتحاً.
- وقوفاً سند المشط.
- الإقعاء.
- الطعن أماماً.
- الطعن جانباً.



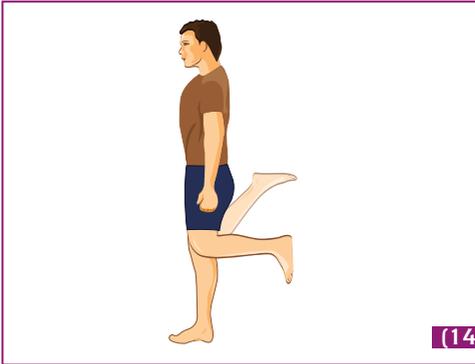
شكل (140)

(وقوف) تبادل رفع وخفض الذراعين جانباً.



شكل (139)

(وقوف. لمس الرأس) رفع العقبين عالياً.



شكل (141)

(وقوف على قدم واحدة) تبادل مرجحة الرجل الحرة أماماً ثم خلفاً.



شكل (143)

(الجثو) وضع القدم اماماً مع ثني الركبة.



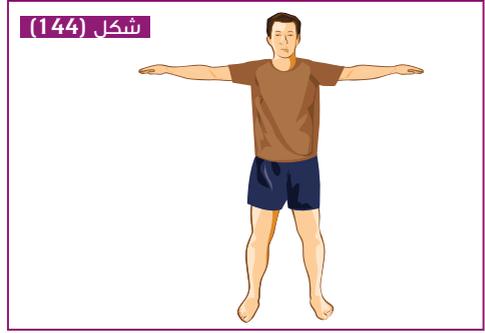
شكل (142)

(وقوف) ثبات الوسط.



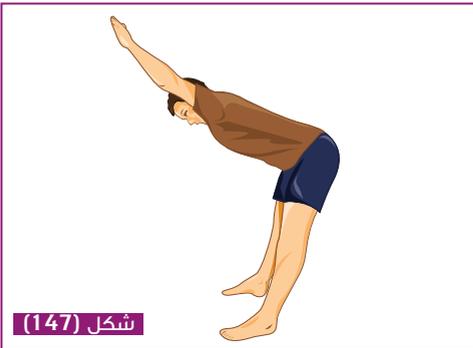
شكل (145)

(وقوف فتحاً) ثبات الوسط) تبادل الطعن للجانبين.



شكل (144)

(الوقوف، الذراعان جانباً رفع) دوران الوسط لجهة اليمين واليسار.



شكل (147)

(الوقوف فتحاً) سند اليدين على الحائط) ضغط الجذع للأسفل لإطالة عضلات الكتفين والصدر.



شكل (146)

(وقوف على قدم واحدة) مسك الرجل بالذراعين وسحبها للأعلى.



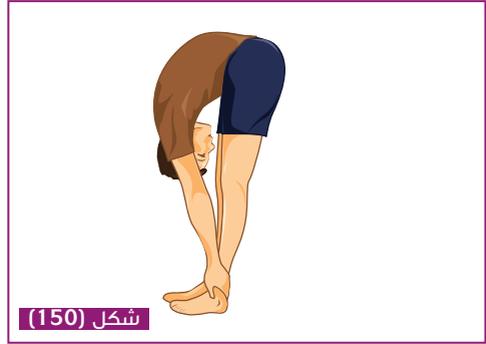
(الانبطاح على المقعد) تقوس الجذع خلفاً مع رفع الذراعين عالياً. (الانبطاح على المقعد) تقوس الجذع خلفاً مع رفع الذراعين عالياً.



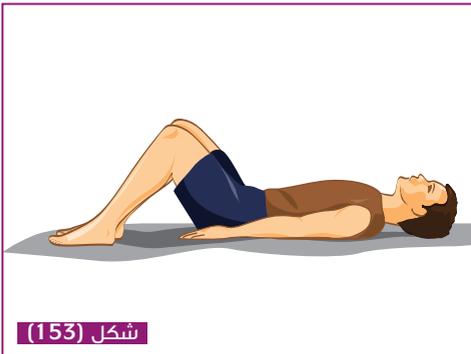
(الجنثو على الركبتين. مع سند اليدين إلى المقعد) ضغط الجذع للأسفل لإطالة عضلات الكتفين والصدر.



(جلوس. طويل).



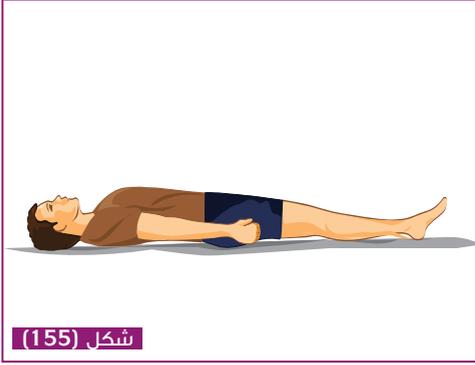
(وقوف) ثني الجذع أماماً أسفل.



(رقود. القرفصاء).

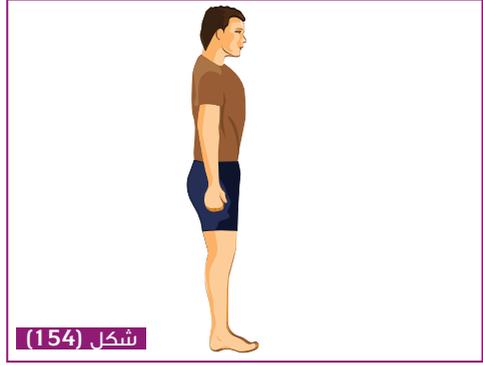


(وقوف. رفع الذراعين عالياً) تبادل رفع وخفض العقبين عن الأرض.



شكل (155)

(الرقود).



شكل (154)

(الوقوف).



شكل (157)

(التعلق).



شكل (156)

(الجتو الأفقي).



شكل (159)

(الوقوف) رفع العقبين عالياً مع ثني الركبتين كاملاً.



شكل (158)

(الانبطاح المائل الجانبي).

شكل (160)



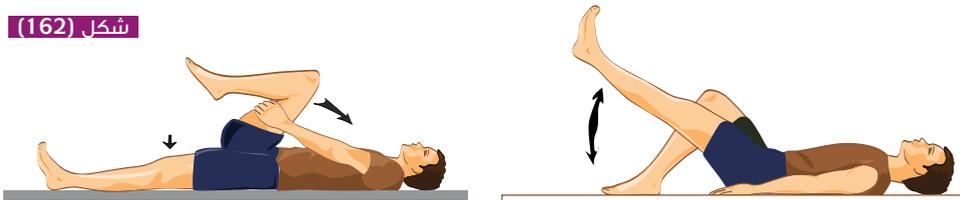
(وقوف فتحاً. جنباً لجنب. الذراع الداخلية تشبيك مع الزميل) شد الزميل لمحاولة لمس الأرض بالذراع الأخرى.
أ. (انبطاح مائلاً عميق فتحاً بمساعدة الزميل) المشي أماماً أو خلفاً
ب. الزميل (وقوف مواجه الظهر بين قدمي الزميل. مسك الفخذين) المشي أماماً أو خلفاً لدفع الزميل



شكل (161)

(وقوف. الذراع عالياً) ثني الجذع للجانب.
(وقوف. الذراعين عالياً) ثني الجذع للجانب.
(وقوف. حلقة فوق الرأس) ثني الجذع للجانب.
(جلوس على المقعد. اليد ثبات الوسط والأخرى لمس الرأس) ثني الجذع للجانب.

شكل (162)

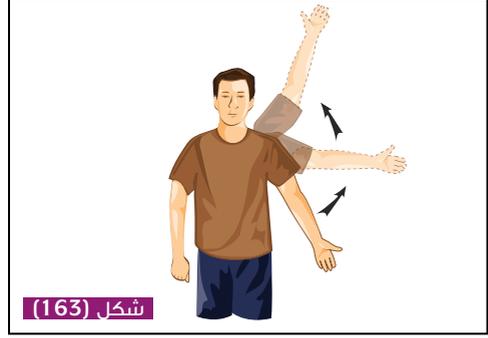


(رقود. الرجل عالياً) تبادل ثني ومد الرجل.



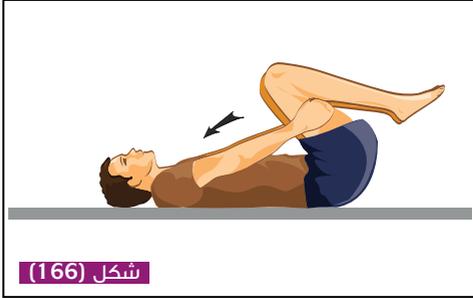
شكل (164)

أ. (رقود) رفع الرجل أماماً.
ب. الزميل (جثو. مسك رجل الزميل) دفع
الرجل للأسفل.



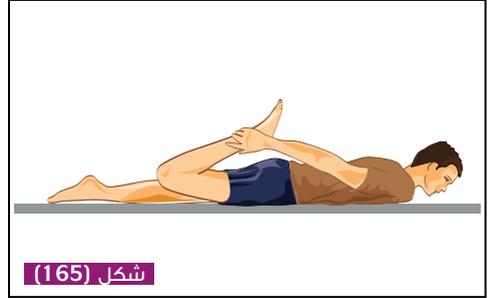
شكل (163)

(وقوف) تبادل رفع وخفض الذراع جانباً
عالياً.



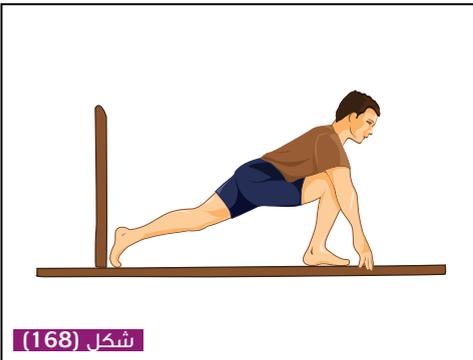
شكل (166)

(رقود القرفصاء. مسك الفخذين) ثني
الذراعين مع شد الفخذين على الصدر.



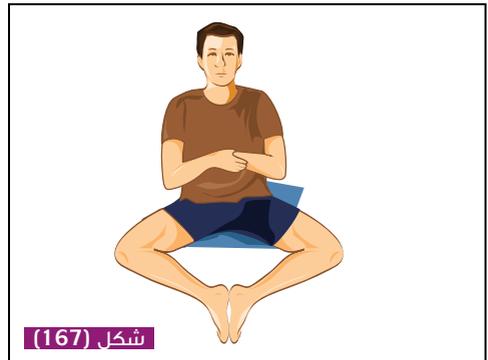
شكل (165)

(الانبطاح. ثني الرجل خلفاً. مسك الساق)
شد الساق للأسفل.



شكل (168)

(وقوف) الطعن بالرجل اماماً.



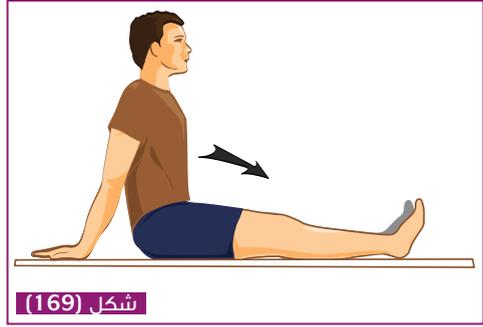
شكل (167)

(رقود القرفصاء) ضغط الرجلين جانباً
أسفل.



شكل (170)

(الانبطاح. سند اليدين على الأرض) دفع الأرض بالذراعين لتقوس الجذع خلفاً.



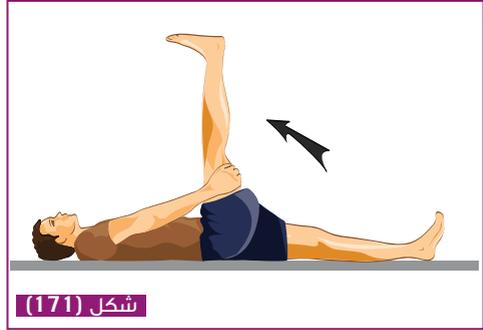
شكل (169)

(جلوس طويل) ثني الجذع أمام أسفل.



شكل (172)

(جلوس فتحةً. سند اليدين إلى الأرض) ثني الجذع أماماً أسفل.



شكل (171)

(رقود. الرجل أماماً. مسك الفخذ) ثني الذراعين مع شد الرجل على الصدر.



شكل (174)

(وقوف. الذراعان أماماً. سند اليدين على الحائط) رفع القدم عن الأرض وميل الجسم أماماً.



شكل (173)

(جلوس طويل. ثني الرجل جانباً) ثني الجذع أماماً أسفل.

الإعاقة السمعية Hearing Disability:

هي خلل أو قصور يصيب بصفة دائمة الجهاز السمعي للإنسان (الأذن الخارجية، الوسطى، الداخلية، المنطقة السمعية بالمدخ والأعصاب).

الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية:

- أسباب وراثية: حيث ترجع معظم الحالات إلى أسباب وراثية بنسبة 90%، إذ إن جينات الوالدين تكون حاملاً للإعاقة السمعية.
- أسباب بيئية: بسبب إصابة الأم بالحصبة الألمانية، الولادة المتعسرة، الحمى الشوكية، عدم توافق دم الوالدين، الحوادث، الأمراض، التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو تعرضها للالتهابات والأورام والتشوهات الخلقية في الطبلة، أو العظيماث الثلاث.

مظاهر وعلاقات فقدان السمع:

- عدم الاستجابة للمثيرات الصوتية.
- الشكوى المستمرة من وجود ألم أو أصوات في الأذن.
- الطلب الدائم والمتكرر لإعادة ما يقال.
- صوته دائماً مميز عند الكلام. صوت مرتفع أو منخفض أحياناً.
- تقريب أو توجيه الأذن باتجاه المتكلم.
- التركيز على قراءة حركة الشفاه.
- فقدان التوازن لديهم.
- يقطع زملاءه أثناء الكلام بشكل مفاجئ.
- ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو الشكوى من رنين في الأذن.
- العزوف عن المناقشة بحكم عدم القدرة على متابعة وفهم ما يقال.
- تفادي المشاركة بالأنشطة التي تتطلب مزيداً من الحوار والكلام.

مستويات الإعاقة السمعية:

خفيفة:

فقدان من 20-30 ديسبل

يحتاج هذا المستوى سماعاً معينة، وفي العادة تكون قدرة هؤلاء على الكلام درجة

طبيعية، فلذلك هؤلاء الأشخاص ليست لديهم أية مشكلة بالاشتراك ببرامج الأنشطة البدنية والرياضية.

ضعيفة:

من 31 - 40 ديسبل

لا يتمكن هذا المستوى من سماع الأصوات أو الحديث العادي عن مسافة 3 أقدام فأكثر.

المتوسطة:

من 41 - 60 ديسبل

يمكنهم سماع الأصوات الصاخبة فقط وتلك الفئة من الأشخاص يظهرون علامات واضحة جداً بعدم القدرة على الكلام، ويحتاجون إلى برامج تدريبية خاصة لتطوير قدراتهم على الحديث أو الكلام.

الشديدة:

من 61-75% ديسبل

لا يمكنهم سماع الحديث ذي النبرة الصوتية العالية، وهؤلاء الأشخاص يحتاجون برامج تدريبية خاصة لتطوير مقدرتهم على الكلام.

الشديدة جداً:

من 75 ديسبل فأكثر.

يعتبرون هؤلاء صماً كلياً ويعتمدون على حاسة البصر، وبالتالي يركزون على استعمال حركات اليدين وتعبيرات الوجه وكذلك قراءة الشفاه.

الديسبل: وحدة قياس الصوت الذي يمكن سماعه، فالهمسة على بعد 3 أقدام تسجل على جهاز الديسبل 10 ديسبل.

أثر الإعاقة السمعية على مظاهر النمو المختلفة:

هناك بعض الخصائص العامة المشتركة بين الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية منها:

النمو اللغوي:

هو من أكثر المشاكل التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة السمعية، والعوامل التي

تعتمد عليها في هذا المجال هي:

- ما يسمى بنوع الإعاقة السمعية ودرجتها.
- عمر الشخص عند حدوث الإعاقة السمعية.
- مستوى الأداء والقدرة الذهنية لدى الشخص المصاب.
- وجود إعاقات مصاحبة للضعف السمعي مثل: كفيف، أصم، وأبكم.
- نوع وكمية الإثارة التي يتم توفيرها للشخص.

النمو المعرفي:

يقل التحصيل المعرفي للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية في عدة مجالات كالعلوم، والرياضيات، والنواحي الاجتماعية وغيرها من المعارف مقارنة بأقرانهم.

التحصيل الأكاديمي:

يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة السمعية من انخفاض في مستوى تحصيلهم الأكاديمي مقارنة بأقرانهم وبنسب متفاوتة، وخصوصاً القراءة.

النمو الفردي الاجتماعي:

- تؤثر الإعاقة السمعية بشكل بالغ على النمو الفردي والاجتماعي، ونتيجة لتأثيرها على عملية التواصل ونتيجة لردود فعل الآخرين قد تؤثر الإعاقة السمعية على ما يلي:
- مستوى النضج الاجتماعي.
 - التفاعل الاجتماعي.
 - مفهوم الذات - يخطئ الأشخاص ذوو الإعاقة السمعية في تقديرهم لذاتهم.
 - الفردية - منعزل وانطوائي.
 - الاضطرابات الانفعالية - أكثر عصبية وانفعالاً مقارنة بالآخرين.
 - الناحية الثقافية: تتأثر الناحية الثقافية للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، نظراً لضعف أو فقدان الاتصال اللفظي، والذي يعتمد عليه كثير من الأشخاص في المجتمعات المختلفة لتبادل الأفكار والمعلومات.

الخصائص الحركية للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية:

- اضطرابات بالمشي ناتجة عن خلل في الجهاز العصبي المركزي.
- عدم الاتزان والوقوف لمدة طويلة بخاصة إذا كانت هناك التهابات بالأجهزة العصبية.

- عدم القدرة على المشي قبل عُمر الثالثة أو الرابعة.
- بطء في النمو الحركي والبدني للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، تأدية الحركات بصورة أقل من الأطفال من غير ذوي الإعاقة السمعية.
- قلة المشاركة بالأنشطة الحركية بسبب عامل الإعاقة.
- يحتاج الشخص ذو الإعاقة السمعية إلى برامج رياضية معدلة لتطوير مستواه الحركي والبدني حتى يمكنه التطور، ومثابته الأشخاص من غير ذوي الإعاقة السمعية في بعض الحركات والألعاب.

الشروط الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية للأنشطة البدنية والرياضية:

- التأكد من جذب انتباههم.
- الوقوف في مكان يسمح برؤية الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية المشاركين بالنشاط، ويسمح لهم برؤية المتحدث إليهم ويرون وجهه وتعبيراته.
- وقوف الشخص المتحدث في مكان قريب من الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية، وأن يكون المكان مضيئاً إضاءة كافية، تسمح لهم قراءة الشفاه وتعبيرات الوجه.
- استخدام حركة اليدين ما أمكن لتوصيل الرسالة وتوجيه المعلومات إليهم مع مراعاة أن تكون اليدين بعيدتين عن الوجه.
- الابتعاد عن مصادر الضوضاء.
- استخدام التعليمات القصيرة والبسيطة وموجزة، بعيداً عن الجمل الطويلة والكلمات غير الضرورية.
- أن يقوم الشخص المتحدث مع الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية بالتكلم ببساطة وعلى طبيعته.
- التأكد من استيعاب الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية للمعلومات المعطاة والرسالة المطلوبة قد استوعبوها.

الألعاب التي يمارسها الأشخاص ذوو الإعاقة السمعية:

يمكن ممارسة جميع الألعاب من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية إلا بعض الألعاب والرياضات، التي تحتاج إلى توازن، فإنهم يواجهون صعوبة فيها مثل الجمباز.

الإعاقة الكلامية (الحبسة) Aphasic Disabled:

فقدان القدرة على الكلام نتيجة لأذى أصاب الدماغ، فهي إعاقة لغوية كلامية شديدة، عبارة عن اضطراب بالسلوك اللغوي يرجع إلى سبب عضوي مثل ضربة على الرأس، جلطة، ورم أو مرض، الأمر الذي يسبب اضطراباً بالوظيفة الإدراكية - الحركية.

مقترحات التدريب لذوي الإعاقة الكلامية:

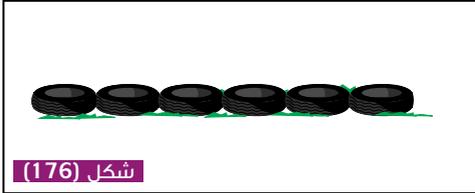
- استعمال عدد قليل من الكلمات البسيطة مع الإشارات لتوصيل الرسالة.
- تحديد ما هو مطلوب من الشخص القيام به بدقة.
- استخدم طريقة متعددة الحواس للتواصل مع الشخص (قنوات التعليم البصرية، السمعية والحركية).
- تكرار التعليمات المهمة المراد تعلمها عند الضرورة.
- التوافق مع نظام الإشارة عند استخدامه.
- توفير الفرصة والوقت للشخص لمعالجة المعلومات، وعدم توقع الاستجابات السريعة للتعليمات.
- يجب تصميم البرامج للأشخاص الذين يعانون من صعوبات الكلام، لتطوير المهارات الإدراكية الحركية، وتطوير اللغة من خلال النشاطات البدنية أو الحركة.
- يجب أن يتعلم الشخص المفاهيم والأفكار التي ترمز إلى الكلمات المرتبطة بنشاط أو حركة معينة.

مقترحات النشاطات البدنية والرياضية لذوي الإعاقة الكلامية:

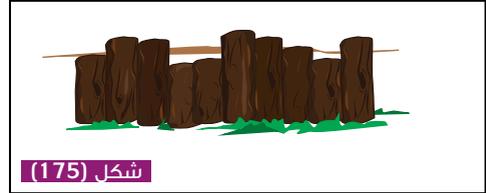
- النشاطات الحركية العامة.
- الجري، الوثب، النط أو القفز بناء على معطيات سمعية.
- القفز فوق الحواجز أو على أنماط بأمر محدد.
- تنفيذ مهام حركية ثقيلة مع إغماض العينين.
- تنفيذ مهام توازن مع إغماض العينين.
- البدء والتوقف عند إصدار الأمر.
- تسلق السلالم على إيقاع سمعي.

- الرمي والمسك عند إصدار الأمر.
- الركل والرمي لضبط الدقة.
- مهام الذاكرة البصرية.
- تركيب صور لأجزاء من الجسم البشرية مع مخطط يتوافق معها، ورسمها على دائرة فارغة.
- إعادة تجميع شكل مرسوم تم تقطيعه إلى أجزاء.
- تحديد أجزاء الجسم.
- ضرب كرة بالقدم.
- رمي كرة باليد.
- دحرجة كرة بالذراع.
- نقر كرة بالأصابع.
- إسقاط كرة على أصابع القدم.
- المشاركة بنشاطات رياضية معدلة.

تطور الاتزان المتحرك



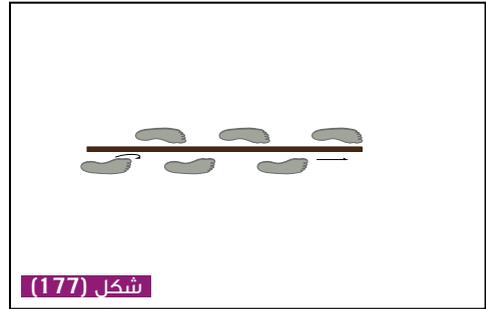
(وقوف) المشي أماماً عبر الإطارات المطاطية.



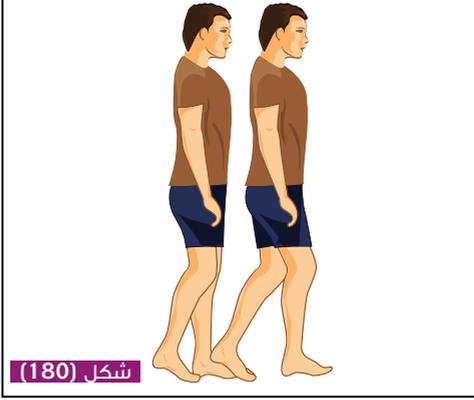
(وقوف) المشي من فوق القطع الخشبية مختلفة الأطوال.



(وقوف فتحاً، الذراعان جانباً) المشي جانباً.



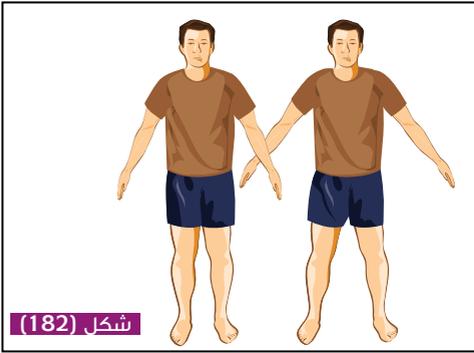
(وقوف) مشي التقاطع أماماً.



(وقوف) المشي أماماً مع إغلاق العينين.



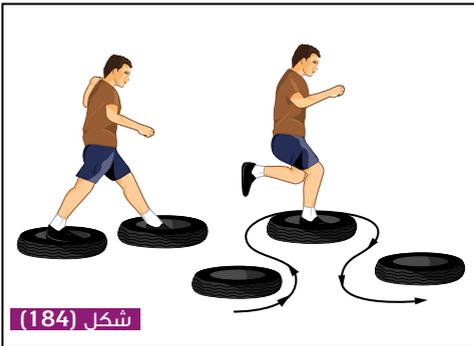
(وقوف فتحاً، الذراعان أماماً) المشي أماماً مع إغلاق العينين.



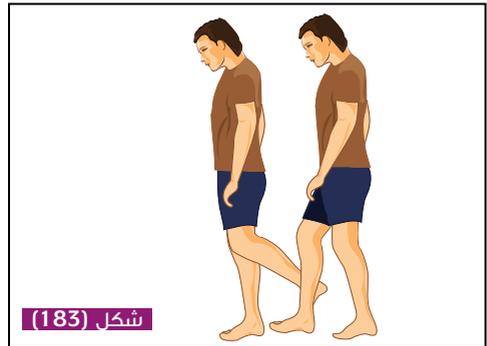
(وقوف) المشي جانباً باستخدام عارضة الاتزان.



الجلوس مع ثني الركبتين على الصدر.



(وقوف) الجري الخفيف عبر الإطارات المطاطية.



(وقوف على قدم واحدة) التقدّم أماماً بالهجل.



شكل (186)
(الجلوس) رفع الذراعين أماماً عالياً
والذراعين جانباً عالياً والارتكاز على
القاعدة.



شكل (185)
(وقوف) التسلق على الإطارات المطاطية.



شكل (188)
(وقوف) المشي فوق الإطارات المطاطية.



شكل (187)
(وقوف) الوثب من على الإطارات
المطاطية بعد الجري.

تطوير الاتزان



شكل (190)
(الوقوف) من الوقوف على القدم اليمنى،
الاتزان على نقطة ارتكاز واحدة.



شكل (189)
(الجلوس) رفع القدمين مثنية نصفاً، ثم
الاتزان على المقعدة.



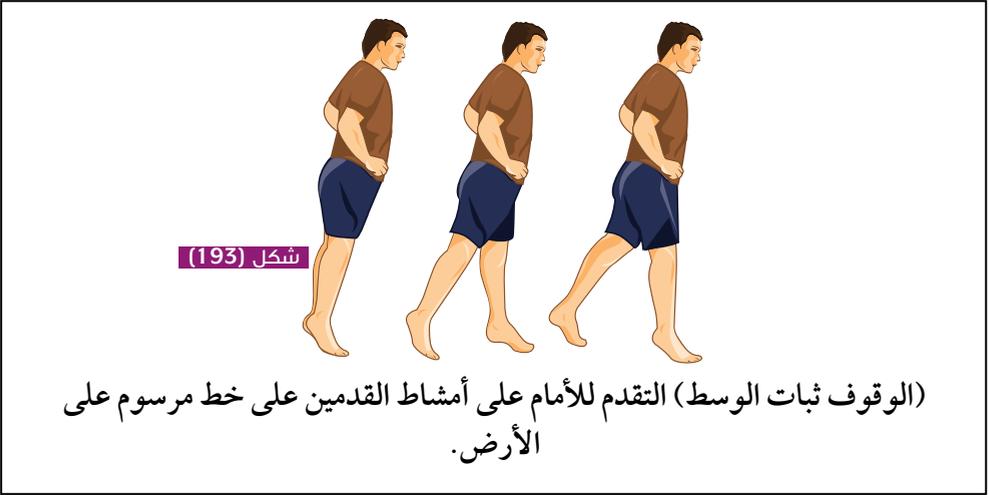
شكل (192)

(الوقوف) الوقوف على القدم اليمنى ورفع اليسرى للأمام (الثبات).



شكل (191)

(الوقوف) على القدمين مفتوحة، ثم الاتزان على قاعدة متحركة.



شكل (193)

(الوقوف ثبات الوسط) التقدم للأمام على أمشاط القدمين على خط مرسوم على الأرض.



شكل (195)

(الوقوف) الارتكاز على القدم اليسرى، القدم اليمنى أماماً عالياً مع الذراعين (ثبات الوسط).



شكل (194)

(الركوع) الاتزان على ركبتيين مع رفع الأمشاط عالياً.



(وقوف) مسك العصا، الحجل حول العصا.



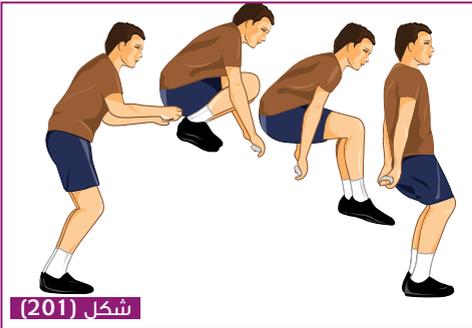
(الانبطاح المائل الجانبي) محاولة الاتزان على نقطتين.



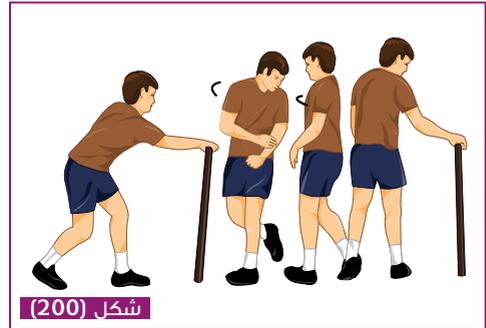
(الركوع) الاتزان على ركبة القدم اليمنى ورفع اليسرى خلفاً.



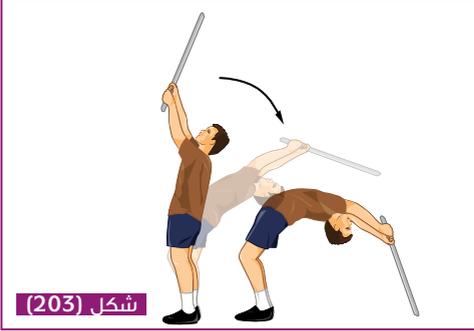
(الانبطاح المائل) الارتكاز على القدم اليمنى ومحاولة الاتزان على ثلاث نقاط للارتكاز.



(الوقوف فوق العارضة - الذراعان أماماً ممسكاً بالعصا) الوثب أماماً بالقدمين من فوق العصا.



(وقوف وضع العصا أماماً) تثبيت العصا، الدوران حول العصا والمسك بها مرة ثانية.



شكل (203)

(الوقوف على العارضة) - الذراعان عالياً
باستخدام العصا) ثني الجذع للخلف
وأسفل للمس العارضة برأس العصا.



شكل (202)

(وقوف مسك العصا أماماً) تمرير القدم من
فوق العصا مبتدئاً بالقدم اليمنى.



شكل (205)

(وقوف مسك العصا باليدين) تبادل تمرير
القدمين فوق العصا.



شكل (204)

(الوقوف فوق العارضة باستخدام الزميل)
المشي أماماً، والوثب من فوق العصا ثم
العبر تحت العصا.

الفصل السادس

الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الاضطرابات السلوكية والاجتماعية والتعليمية



الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الاضطرابات السلوكية والاجتماعية والتعليمية: التوحد (Autism):

ظهر التوحد كمفهوم لأول مرة على يد العالم يوجن بليور عام 1911م، مشتقاً من المصطلح الإغريقي (الأنا) التي تعني النفس، وكان ليو كانر (Leo Kanner) أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة عام 1943، واصفاً الاضطراب التوحد للآطفال (التوحد الطفولي المبكر)، ويمكن إيضاح سبب التوحد على الأساس العضوي البيولوجي الملموس، حيث يحصر التوحد في صورتين أساسيتين هما: (الوحدة المفرطة والرتابة) المقصود بالوحدة المفرطة العيش بخياله وتصوره وتفاعله مع ذاته واللعب معها أيضاً دون اندماج مع غيره من أقرانه الأطفال، بينما الرتابة تتسم بالروتين والنمطية في السلوك.

تعريف التوحد:

هو اضطراب نمائي متداخل ومعقد في وظيفة الدماغ، يؤدي إلى عجز في نمو القدرات اللغوية وقدرات التواصل مع الآخرين والتفاعل الاجتماعي.

العلامات والأعراض السلوكية للتوحد:

تختلف علامات وأعراض التوحد من شخص إلى آخر، فتكون لدى كل منهما مهارات مختلفة كلياً، إلا أنهم يعانون من صعوبات في ثلاثة مجالات تطويرية أساسية تكمن بالعلاقات الاجتماعية المتبادلة، اللغة، والسلوك، وتظهر من خلال العلامات والأعراض السلوكية التالية:

- العزلة والانسحاب الاجتماعي.

- حركات جسدية غير مألوفة.
- لا يظهر إحساسه بالألم.
- الإخفاق بتنمية القدرة على الكلام والتحدث مع الآخرين.
- مقاومة التغيير.
- مقاومة للعملية التعليمية.
- استخدام حاسة اللمس والتذوق والشم لاكتشاف البيئة.
- استجابات غير طبيعية تجاه الأصوات.
- إظهار سلوكيات محرجة اجتماعياً.
- صعوبات في فهم الأشياء المرئية.
- عدم القدرة على اللعب مع الآخرين وضعف اللعب التخيلي.
- صعوبات في فهم الإيماءات الجسدية.
- مخاوف خاصة.

المميزات الأكثر شيوعاً لاضطراب التوحد:

أولاً - المهارات الاجتماعية:

- يرفض العناق، أو ينكمش على نفسه، يبادر بالعناق بشكل غير مقبول اجتماعياً.
- يبدو أنه لا يدرك مشاعر وأحاسيس الآخرين.
- صعوبة إدراك الأعراف الاجتماعية، والسلوكيات الاجتماعية المختلفة.
- يبدو أنه يحب أن يلعب منفرداً، ولديه القدرة على البقاء لفترات طويلة وحده.
- يجد صعوبة في فهم معنى الـ «أنا» والـ «آخر»، وإدراك الفروقات العاطفية والشخصية بينهما.
- غالباً لا يسمع محدثه.
- لا يكثر من الاتصال البصري المباشر.
- لا يستجيب لمناداة اسمه.

ثانياً - المهارات اللغوية:

- يفقد القدرة على قول كلمات أو جمل معينة، كان يعرفها في السابق (يتصرف كأصم).

- يبدأ الكلام (نطق الكلمات) في سن متأخرة، مقارنة بالأشخاص الآخرين.
- لا يستطيع المبادرة إلى محادثة، أو الاستمرار في محادثة قائمة.
- قد يكرر كلمات، عبارات أو مصطلحات، لكنه لا يعرف كيفية استعمالها.
- عادة ما يقيم اتصالاً بصرياً حينما يريد شيئاً لغرض الطلب.
- يتحدث بصوت غريب، أو بنبرات، وإيقاعات مختلفة.
- يتكلم باستعمال صوت غنائي، وتيري، أو بصوت يشبه صوت الانسان الآلي.

ثالثاً - السلوك:

- ينفذ حركات متكررة، مثل: الهزاز، الدوران في دوائر أو التلويح باليدين.
- ينمي عادات وطقوساً يكررها دائماً.
- تصرفات فاترة، لامبالاة خالية من المشاعر.
- يصاب بالذهول والانبهار من أجزاء معينة من الأغراض، كدوران عجل في سيارة لعبة.
- يفقد سكينته لدى حصول أي تغير، حتى التغير الأبسط أو الأصغر.
- شديد الحساسية بشكل مبالغ فيه للضوء، للصوت، أو للمس، لكنه غير قادر على الإحساس بالألم.
- قهقهة أو زمجرة غير مناسبة.
- دائم الحركة.

برنامج تينش (Teacch) للأشخاص مصابي اضطرابات التوحد:

طور هذا البرنامج الدكتور (إريك شوبلر) في عام 1972م من جامعة نورث كارولينا، ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم الأشخاص ذوي اضطرابات التوحد، كما يعتبر برنامجاً معتمداً من قبل جمعية التوحد الأميركية. ويعدّ برنامج علاج وتعليم للأشخاص ذوي اضطرابات التوحد، وإعاقات التواصل المشابهة له أحد البرامج العلاجية التي تستخدم مع الأشخاص ذوي اضطرابات التوحد. حيث يتم توفير خدمات هذا البرنامج

التربوية عن طريق مدرّبين ومعلمين ومتخصصين من حملة الشهادات العليا في تخصص علم النفس والتربية الخاصة، ممن لديهم خبرة مكثفة في تعليم الأشخاص ذوي اضطرابات التوحد، وكيفية الاستفادة من برنامج تيتش بالإضافة إلى برامج تدريبية أخرى.

يمتاز برنامج تيتش بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك أو التفاعل، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للشخص، كما يمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي حسب احتياجات كل شخص من مصابي التوحد، هذا البرنامج له مميزات عديدة، بالإضافة إلى التدخل المبكر، فهو يعتمد على نظام البنية التعليمية أو التنظيم لبيئة الطفل سواء أكان في المنزل أو في المدرسة. فقد أثبتت هذه الطريقة أنها تناسب الطفل المصاب بالتوحد وتناسب عالمه. ومن مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الأشخاص المصابين باضطرابات التوحد كل على حدة، ويقوم البرنامج بعمل مناهج تعليمية خاصة لكل شخص على حدة حسب قدراته: الاجتماعية، الذهنية، العضلية واللغوية باستعمال اختبارات مدروسة.

يدخل برنامج تيتش عالم الشخص ذي اضطراب التوحد ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين، بالإضافة إلى كون البرنامج متكاملًا من عمر 3 - 18 عام، حيث إن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه. فالبيئة التعليمية لبرنامج (تيتش) بيئة منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية التي تمكن الطالب من التكيف مع البيئة، ويعمل البرنامج على تهيئة هذه الطريقة من خلال تنظيم المكان والزمان والأحداث بطريقة توضح للشخص ما يلي:

- ما المطلوب منه؟
- متى يفترض أن يقوم بعمل ما؟
- أين سيقوم بالعمل؟
- كيفية إنجاز المطلوب، البداية والنهاية لكل نشاط.

يتم هذا التنظيم من خلال دلائل بصرية كالجداول والصور والأنشطة وبطاقات انتقال تحدد أماكن الأنشطة وتساعد الشخص ذا اضطراب التوحد في معرفة البداية والنهاية لكل نشاط كي يشعره بالأمان، ويركز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية

ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية، حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل شخص، بحيث يلبي احتياجاته على أن لا يتجاوز عدد الأشخاص في الفصل الواحد (5-7) أفراد مقابل مدرّس أو مدرّسة ومساعد.

أهداف برنامج (تيتش):

- مساندة جهود تخطيط البرنامج التعليمي الفردي للشخص.
- اكتساب مهارات التكيف مع البيئة.
- وضع أسس التدخل العلاجي لتعديل السلوك.
- المبادئ التي يقوم عليها برنامج (تيتش):
- إجراء تقييم رسمي وغير رسمي لقدرات ومهارات الشخص.
- إن الغرض من التدخل العلاجي هو تحقيق توافق الشخص.
- يهتم البرنامج اهتماماً بالغاً بالعلاج المعلوم والسلوكي.
- يركز البرنامج على حل القصور وليس على جانب واحد فقط.
- استخدام الوسائل البصرية لدعم أنشطة التدريس والاستفادة من أصحاب الخبرات.

الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي اضطراب التوحد:

تعدّ ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية هامة جداً بالنسبة لجميع فئات المجتمع، سواء أكانوا من الأشخاص ذوي الإعاقة أم لا، فالأنشطة البدنية والرياضية قادرة على الوقاية من العديد من الأمراض البدنية، وتستطيع المساهمة في علاج بعض الأمراض والاضطرابات السلوكية، وتساهم في مساعدة كل فئات المجتمع وبشكل كبير الأشخاص ذوي اضطراب التوحد. وتعتبر وسيلة فعّالة لتقليل الكآبة والغضب والسلوكيات الهدامة والحركات التكرارية، ومن المناسب التشجيع على ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي اضطراب التوحد، إذ إن الأنشطة البدنية والرياضية هي أسلوب من الأساليب الصحية للحياة، فبالنسبة لهم، فيلاحظ أن أهميتها تكمن في خفض السلوكيات غير المرغوب فيها، وتقوية السلوكيات المرغوب فيها، وبشكل عام كتدخل لحالات الأشخاص ذوي اضطراب التوحد للأنشطة البدنية والرياضية يجب أن تكون:

- تدرك على أنها سارة وممتعة.
- هوائية أو قريبة إلى ذلك، بحيث يستطيع الشخص تحملها بسهولة.
- غير متحدية.
- غير مهددة (يعني نشاط حركي متوقع ومتكرر وروتيني).
- ذو شدة معتدلة لمدة 20 إلى 30 دقيقة على الأقل.
- تستخدم مرتين أو ثلاث مرات في اليوم، أو كلما يشعر الشخص بأن النشاط مفيد.

أهداف برامج الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي اضطراب التوحد:

- تنمية بعض الجوانب المعرفية كزيادة فترات الانتباه كإحدى العمليات المعرفية الهامة والضرورية المتطلبة لكثير من المهارات الأخرى، وذلك على مستوى الفترات الزمنية وزيادتها إلى فترات أطول والمساهمة بزيادة عدد المثيرات التي ينتبه إليها الشخص في المرة الواحدة.
- توجيه السلوك نحو توجيه مهمة محددة، بمعنى القيام بعملية تطوير للسلوك بالانتقال من العشوائية إلى توجيه سلوك الشخص إلى هدف محدد، وبذلك تنمو القدرة على الحرص على إنهاء المهمات بشكل تام وكامل.
- زيادة اللياقة البدنية للشخص.
- تساهم الألعاب والأنشطة البدنية والرياضية بخفض العديد من السلوكيات غير المناسبة لمصابي اضطراب التوحد، مثل: الاستثارة الذاتية وفرط النشاط الحركي.
- تعمل على تنشيط جميع أجهزة الجسم، وتلعب دوراً بزيادة مستوى الأداء البدني وقدرته وكفاءته. حيث تعمل على تنشيط وتفعيل الجهاز العضلي والجهاز العصبي والجهاز الحسي والجهاز الدوري الدموي وغيره من الأجهزة ذات العلاقة، وبذلك تؤثر كل من هذه الأجهزة على بعضها بعضاً، وبالتالي تنمية وتقوية وزيادة مستوى أداء الجسم في شتى المجالات.
- تحقق الأنشطة البدنية والرياضية نوعاً من الاستمتاع والاستجمام والترريح للأشخاص ذوي اضطراب التوحد، وتعمل على التخفيف من الضغوط النفسية الداخلية التي

يعانون منها، والتي لا نستطيع الكشف عنها بسبب عدم وضوحها.

- تزيد الأنشطة البدنية والرياضية من قدرة الشخص ذي اضطرابات التوحد على الاستجابة الصحيحة للفعل المقصود، وبذلك يتعلم أهمية الاستجابة الصحيحة في الحصول على المعزز، ويزيد لديه مستوى الاستجابات الصحيحة في مجالات مختلفة، إذا تم تعميم هذه المهارة. و على سبيل المثال فإدخال الكرة في سلة الفريق المنافس هي استجابة صحيحة لمباراة كرة سلة، وينطبق ذلك على الرياضات الأخرى.

الصعوبات التي تواجه الأشخاص ذوي اضطراب التوحد في الأنشطة البدنية والرياضية:

لا بد أن ندرك ويدرك العاملون في مجال الأنشطة البدنية والرياضية من معلمين ومدربين ومشرفين، أن الأشخاص ذوي اضطراب التوحد لديهم ضعف بالخيال، وبالتالي هم غير قادرين على ابتكار ألعاب بشكل عام وألعاب وأنشطة رياضية بشكل خاص، وبالتالي يتوجب وجود شخص يقوم بابتكار الألعاب والأنشطة البدنية والرياضية وتصميمها، ليس على مستوى المحتوى فقط، ولكن على مستوى الأداء وطريقته، بحيث تكون مناسبة للشخص وقدراته، والملاحظ أن هؤلاء الأشخاص عنيدون، وفي غالب الأوقات يرفضون الجديد كونهم يمتازون بالنمطية الروتينية، وبالتالي عند محاولة تدريبهم على ممارسة الألعاب والأنشطة البدنية والرياضية يجب مراعاة ذلك.

الشروط الواجب مراعاتها عند التعامل مع الأشخاص ذوي اضطراب التوحد في الأنشطة البدنية والرياضية:

- يجب أن تكون برامج الأنشطة البدنية والرياضية المقدمة للشخص ذي اضطراب التوحد ضمن مشتقات برنامج تنمية المهارات المصمم للشخص، ولا تكون بصورة عشوائية، حتى تصل إلى أهدافها الحقيقية التي قام مصمم البرنامج بوضعها من أجله.
- يجب أن تكون برامج الأنشطة البدنية والرياضية لها أهداف محددة، مثل ضبط بعض السلوكيات لدى الشخص. ويمكن معرفة نجاح هذه البرامج من معرفة مدى

- التقدم في قدرة الشخص ذي اضطراب التوحد بالقدرة على ضبط هذه السلوكيات.
- يمكن استخدام برامج مساعدة مع برامج الأنشطة البدنية والرياضية، بمعنى دمج جزئيات البرنامج العام للشخص لتحقيق أهداف مشتركة مثل استخدام الموسيقى التي تعتبر جزءاً من البرنامج العام للشخص، وبالتالي نحقق هدفاً موسيقياً وهدفاً عاماً وهدفاً رياضياً بالوقت نفسه.
- يجب أن تطبق كل التعليمات أثناء ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية من الجميع، بما في ذلك أعضاء الهيئة التعليمية أو التدريبية.
- يجب أن لا يتجاوز عدد الأشخاص من 6 - 8 في الحصة التدريبية الواحدة.
- يجب أن يكون هناك روتين معين يتوقعه الشخص أثناء ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية.
- يجب استخدام الموسيقى والأغاني نفسها مع إمكانية استبدال الموسيقى أو الأغاني لأغنية واحدة خلال النشاط البدني أو الرياضي.
- شمول الأنشطة البدنية والرياضية على بعض المهارات التي تستهدف العضلات الكبيرة (الجري، الوثب، القفز، الدراجات الهوائية).
- معرفة مدى مناسبة الأنشطة البدنية والرياضية لقدرة الشخص في مختلف الجوانب، حتى تتم الاستفادة منها.
- استعمال أسرطة الفيديو للأشخاص الذين يتواصلون عن طريق الإشارات والصور.
- يجب أن تكون المنطقة التي تمارس فيها الأنشطة البدنية والرياضية منطقة منظمة بنظام دقيق.
- توفير روتين محدد في كل حصة تدريبية للأنشطة البدنية والرياضية.
- يجب أن يقوم الأشخاص ذوو اضطراب التوحد بالجري في المسارات نفسها.
- ضرورة استخدام الكرة نفسها والألوان نفسها.
- اعتماد المصطلحات نفسها التي تستخدم كل يوم.
- تبسيط المهمة إلى أجزاء صغيرة حتى يستطيع الشخص إتقان كل جزء على حدة.
- في حالة رفض الشخص القيام بنشاط معين، يجب استبعاد الشخص حتى لا يقوم بأداء سلوكيات تؤثر على باقي المجموعة.

تعليم وتدريب الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي إضطراب التوحد:

تعليم مهارات الأنشطة البدنية والرياضية:

يساعد تعليم وتدريب الأشخاص ذوي اضطراب التوحد الأنشطة البدنية والرياضية والمهارية بشكل كبير في عملية ضبط السلوك وخفض السلوكيات غير المرغوب فيها، وتستخدم الطرق السلوكية بتعليم وتدريب تلك الأنشطة، حيث يتم تجزئة المهارة أو النشاط إلى أجزاء صغيرة، أي إلى مهارات صغيرة فرعية لأنها قد تحتاج إلى تحليل مهم، ولتوجيه عملية تعليم وتدريب المهارة بشكل فعال لاحتياجات الأشخاص الفردية، فإنه يتوجب على المعلمين والمدربين تحديد وتعريف المهارة المطلوبة وما تحتويه هذه المهارة من أجزاء، فبعد انتهاء الشخص ذي الاضطراب التوحدي من فهم هذه الأجزاء يمكن البدء بتدريس المهارة بأكملها، ومن ثم يتم استخدام التلقين مثل المساعدة (اللفظية، أو البدنية، أو الإيمائية) للشخص حتى يستطيع تأدية السلوك على النحو المطلوب، ومن ثم يتم تعزيز سلوك اللعب أو النشاط المناسب والهدف الذي يتم تحقيقه، ويكون هذا الإجراء فعالاً إذا زود نشاط اللعب المقدم للشخص ذي اضطراب التوحد بإثارة من نوع الإثارة نفسها التي يتلقاها من ممارسة السلوك النمطي فعلى سبيل المثال، إذا كان الطفل ذا اضطراب التوحد يفضل إصدار أصوات بشكل نمطي، فإنه من المناسب استخدام صندوق موسيقى مثلاً يزرده بنوع مماثل من الإثارة الصوتية السمعية، وإذا كان الطفل يفضل مشاهدة الأشياء المتطايرة مثلاً فإنه يتم استخدام أداة صنع الفقاعات الهوائية خلال النشاط لكي تزوده بنوع الإثارة البصرية نفسها.

تعليم مهارات الأنشطة البدنية والرياضية داخل الفصل.

تؤثر بعض المشاكل التي يعاني منها الأشخاص ذوو اضطراب التوحد على سير العملية التعليمية أو التدريبية، وبالتالي فإنها تعتبر معيقاً يؤثر بشكل مباشر على الأهداف المراد تحقيقها، فعلى سبيل المثال الانشغال بالأداء الفردي داخل الفصل لا يتيح الفرصة للمشاركة بالتفاعلات الاجتماعية، وكذلك ضعف قدرة الشخص ذي اضطراب التوحد على التخيل، ويؤثر على قدرته على الأداء المهاري وتدني الإدراك لديه يعمل على حرمانه من القدرة على الأداء الوظيفي، أي استعمال الأشياء بشكل مناسب لوظيفتها ولحل مثل هذه المشاكل

يتطلب مثلاً توفير مهارات وأنشطة رياضية فردية كخطوة أولى تتطلب ملاحظة الآخرين لمعرفة كيفية أدائها، وكخطوة ثانية توفير مهارات أو تمارين رياضية ثنائية تتطلب وجود فرد آخر يشارك الشخص ذا اضطراب التوحد هذه التمارين الرياضية، وكخطوة ثالثة توفير تمارين رياضية جماعية تتطلب وجود مجموعة حتى يتم ممارسة الأنشطة الرياضية معها، ولكن لوجود القصور في المهارات الاجتماعية وفهم الإشارات الاجتماعية، فإنه قد يصعب تحقيق مثل هذه الأهداف ولحل مثل هذه المشاكل وتنمية مهارات الأنشطة الرياضية الجماعية والتي يطغى عليها أسلوب المشاركة يمكن تطبيق الإجراءات الآتية:

تعليم مهارات الأنشطة البدنية والرياضية في حالات الانسحاب (الانعزال):

يحتاج الشخص ذو اضطراب التوحد إلى أن يتعلم مهارات الأنشطة الرياضية مع الأقران والمجتمع المحيط به، إذ يمكن الاستعانة بالتلقين كأسلوب لدفعه للمشاركة، ومن ثم إخفاء هذا التلقين حتى لا يتم الاعتماد عليه، حيث يمكن استخدام مجموعات الأنشطة الرياضية حتى يتم تحقيق هذا الهدف، وفيما يلي بعض الخطوات المتبعة في مثل هذه الأوضاع:

- اختيار نشاط بدني رياضي تستثير دافعية الشخص وحبه لرؤية هذا النشاط، ما هو وكيف يعمل؟
- ملاحظة الأشخاص غير مضطربي التوحد الآخرين كيف يستعملون هذا النشاط، وذلك لتحديد كيفية الاستعمال المناسب له.
- إعطاء الطفل فرصة لممارسة النشاط.
- ملاحظة تفاعل الطفل مع النشاط.
- تلقين الشخص ذي اضطراب التوحد، كيف يتفاعل مع النشاط حسب ملاحظتنا لكيفية الأداء بالطريقة المناسبة من الآخرين من غير مضطربي التوحد.
- تقديم نموذج لاستخدام النشاط أو الاستعانة بشخص يتفاعل مع النشاط بالطريقة المناسبة، وذلك أمام الشخص ذي اضطراب التوحد.
- العمل على زيادة التلقين إذا لزم الأمر.
- تقديم التلقين والتعليمات اللفظية والبدنية أثناء استخدام النشاط وتأديته.
- التعزيز فور حصول الاستجابات الصحيحة، حتى لا نفقد ما اكتسبه شخص التوحد، وحين يتم تثبيت المهارة يخفف التعزيز إلى أن نوقف.

تدريب مهارات الأنشطة البدنية والرياضية في حالات القيام بالدور الجماعي وفق المطلوب:

يحتاج هذا الإجراء إلى توافر قدرات تواصلية لغوية لدى الأشخاص ذوي اضطراب التوحد، وذلك لكون هذه الطريقة تعتمد على التواصل، ومن خلال هذا النظام يُعَلِّم الشخص ذو اضطراب التوحد على المبادرة بالحديث مع زملاء، وهذا بالطبع يزيد من قدرته على تنمية المهارات الاجتماعية ولتحقيق مثل هذا الإجراء يتم اتباع الخطوات التالية:

- تطوير نشاط رياضي جماعي اعتماداً على نشاط أو حدث معين.
- وضع أدوار لكل المشاركين، ويفضل أن يكون عدد المشاركين بين 3-4 لكل مجموعة.
- على جميع المشاركين القيام بالسلوك، وهذا يتطلب التعليم عن طريق النمذجة أو التقليد الأدائي. وهناك أنواع للنمذجة منها:

النمذجة الحية:

يقوم النموذج بتأدية السلوكيات المستهدفة بوجود الشخص المراد تعليمه تلك السلوكيات. وفي هذا النوع لا يطلب من الشخص الملاحظ والمراقب تأدية تلك السلوكيات التي شاهدها بل يكتفى بمراقبتها.

النمذجة المصورة/الرمزية:

يقوم المراقب بمشاهدة سلوك النموذج من خلال الأفلام أو أية وسائل أخرى. النمذجة من خلال المشاركة: يقوم الشخص بمراقبة النموذج الحي أولاً، ثم يقوم بتأدية الاستجابة بمساعدة وتشجيع النموذج، وأخيراً فإنه يؤدي الاستجابة منفرداً.

- تحديد دور كل عضو مشارك.
- اتباع ما هو في الدور الأدائي وتلقين الأشخاص المشاركين وفقاً لحاجاتهم.
- في حال إتقان المشاركين يخفف من التلقين.
- تعزيز الأهداف التي يتم تحقيقها وفق طريقة معينة.
- تثبيت المهارة.

استخدام طريقة المدربين الزملاء (الأقران) ونماذج الزملاء:

إن عملية إشراك الأشخاص غير مضطربي التوحد مع الأشخاص ذوي التوحد في بعض الأنشطة البدنية والرياضية مع التخطيط المسبق لها يفيد كثيراً في تنمية الجوانب الاجتماعية، التي فيها قصور لدى الأشخاص ذوي التوحد. وفي هذه الطريقة يقرن الشخص ذو الاضطراب التوحدي مع قرين غير ذي اضطراب توحدي من الفئة العمرية نفسها في موقف لعب مخطط له في حالات التدريب وغير مخطط له إذا توافر موقف ما يمكن استغلاله، وعادة ما يُعطي القرين تعليمات أن يظل بقرب الشخص من ذوي الاضطراب التوحدي، ويلعب إذا بدأ التوحدي أو أشار إلى رغبته بالاشتراك بتفاعل اجتماعي، كما وتقوم هذه الطريقة على أساس تعليم الزملاء تكرار القيام بدور منظمي اللعب مثل المشاركة والمساعدة وإعطاء الانطباع والتقدير، ويعلم الزملاء الطريقة من خلال أسلوب لعب الدور مع الكبار ومن استعمال الزملاء لهذا الأسلوب مع ذوي التوحد. ويقوم المدرب بتعزيز الزملاء على جهودهم ويعزز الزملاء ذوي التوحد، ومن ثم خفض التعزيز بشكل منظم وتدرجي، وفيما يلي بعض الخطوات التي تتبع لتحقيق مثل هذه الطريقة:

- استعمال أوضاع دمج طبيعية قدر الإمكان.
- استعمال مساحات لعب كبيرة.
- اختيار أدوات لعب مناسبة لكل من العمر والقدرة الذهنية.
- تصميم جدول وخطة وفق روتين ثابت.
- الانتباه باستمرار لاستجابات الأشخاص ذوي التوحد.
- قبل ذلك كله تدريب الزملاء على نظم تدريب مسبقة مع خطة مصممة مسبقاً.

برنامج الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي اضطراب التوحد:

تصميم البرنامج يجب أن يتوافق وعمر وقدرة الشخص ذي اضطراب التوحد، وكذلك شدة الاضطراب لديه، فالأشخاص ذوو اضطراب التوحد من ذوي الأداء والعمر المرتفعين، لا بد وأن تركز الأنشطة الرياضية على الاستمتاع والاستجمام والعمل

والمهين، وكلما قلَّ العمر والأداء ركزنا الأنشطة حول توظيفها للتقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها،

برنامج الأنشطة البدنية والرياضية من مرحلة الحضانة إلى مرحلة الصف الثالث الابتدائي:

يركز هذا البرنامج على النشاطات التي تعمل على تقوية الجهاز التنفسي والجهاز الدوري (جهاز الدورة الدموية) والجهاز العضلي، لأن الأشخاص في مثل هذه المرحلة يحتاجون إلى مثل هذه البرامج، وذلك لتقوية البنية الجسمية. يتم ذلك من خلال بعض الأنشطة مثل أنشطة التعرف على الجسم، وكذلك بعض الأنشطة التي تتولى مهارات التوازن، وأنشطة الرقص والإيقاع، حيث إن الأنشطة المتعلقة بالجهازين التنفسي والدوري يجب أن تكون الأساس، وغالباً ما تشتمل الأنشطة التي تستهدف الجهاز التنفسي والدوري تمارين المشي والجري البطيء والدوران الثابت.

برنامج الأنشطة البدنية والرياضية من مرحلة الصف الرابع إلى مرحلة الصف السادس الابتدائي:

إن تطوير المهارات الحركية الكبيرة هو الأساس في هذا البرنامج، فعلى سبيل المثال، يجب أن تتضمن الأنشطة تمارين المشي السريع والجري لمسافات قليلة واللعب بالدراجة الهوائية والتجديف.

نماذج من الأنشطة البدنية التي يمكن ممارستها في هذه المرحلة:

- المشي على الأسطح المختلفة (المشي على العشب، الرمل، الترتان).
- التحرك فوق أو حول أو من خلال معيقات معينة (خطوة داخل وخطوة خارج الحفرة، القفز فوق برك ماء صغيرة صعوداً أو نزول الدرج، المشي من خلال الباب الدوار).
- التحرك مع حمل لأشياء معينة (المشي مع حمل حقيبة، المشي مع حمل حزمة على الظهر، المشي مع وضع كرة تحت الذراع).
- الدفع والسحب (سحب عربة، دفع كرسي عجالات).
- المشي التوازني (المشي على أشياء مختلفة الأطوال والمواد).

برنامج الأنشطة البدنية والرياضية من مرحلة المدرسة الإعدادية إلى الثانوية:

تنبع أهمية النشاطات في هذه المرحلة كونها تخدم جوانب التحمل والاستمتاع والاستجمام مثل (لعبة البولنج، الصيد، حذوة الفرس، لعبة الكرات الزجاجية، ركوب الخيل، التزلج بالزلاجات، لعبة كرة السلة "واحد لواحد") على معلمي ومدرربي هذه الأنشطة البدنية والرياضية التنسيق مع اختصاصي التأهيل المهني، وذلك للتأكد من امتلاك الشخص ذي اضطراب التوحد مهارة القيام بعمل ما، حتى يتم التنسيق فيما بينهما للتدريب على المهارات التي يتوجب توفرها في مجال التأهيل المهني.

اعتبارات خاصة في برنامج الأنشطة البدنية والرياضية:

أولاً: اعتماد النموذج التحليلي التعليمي المطبق حسب الأعلى أو الأدنى، والذي يتضمن أيضاً إشارات بدنية ومرئية ولفظية لتوجيه تعليمهم، إذ يتجاوب الأشخاص ذوو التوحد بشكل أفضل إذا تم اعتماد هذا النموذج، وحبذا تطبيق البرنامج ضمن نطاق مجموعات صغيرة، ويحب أن يكون الفصل أو منطقة اللعب منظمة بشكل جيد بحيث تسمح بتحويل النشاط من شخص لآخر.

ثانياً: الاستفادة من استراتيجية الدمج بتوظيفها لتوفير فرص تفاعل للأشخاص ذوي التوحد، بحيث يتم إشراك أشخاص غير مصابي التوحد في مجموعات صغيرة تضم أشخاصاً ذوي التوحد. فعندما يطور الشخص ذو التوحد المهارات الأساسية التي تعلمها من خلال مواقف تعليمية فردية ومخطط لها، يجب تعزيز هذه المهارات وتطبيقها في مواقف جديدة خلال اليوم، وضمن مواقف وأشخاص مختلفين. وعندما يبدأ الشخص بتعميم تلك المهارات، يمكن الانتقال إلى برنامج الدمج الشامل للشخص ذي التوحد، وفيما يأتي قائمة توضح المهارات الأساسية:

المهارات التواصلية:

- اتباع التعليمات عندما تقدم للمجموعة التي يكون فيها الشخص ذو التوحد.
- الحاجة والرغبة بالتواصل من كلا الطرفين مقدم الخدمة والمخدوم.

- القدرة على الإجابة على أسئلة بسيطة، بحيث يتم الاستفادة منها بالتواصل دون صور أو إشارات.
- يسأل أسئلة بسيطة تساعد بتوفير وتلبية احتياجاته.
- المشاركة في نشاطات بسيطة.
- القدرة على تذكر الخبرات السابقة.

المهارات الاجتماعية:

- يأخذ دوره بالنشاطات ويعرف متى يحين دوره.
- ينتظر دوره بهدوء وروية.
- يتبادل التحيات مع الراشدين والأقران.
- يشارك بنشاطات ضمن حلقات الأصدقاء.
- يبدأ بالقيام باللعب مع أقرانه أو بدون توجيهات من الراشدين.
- يقلد لعب الأقران.

المهارات الأكاديمية والمعرفية:

- يستطيع التعلم من خلال ملاحظة الآخرين.
- يرفع يده لطلب مساعدة الراشدين (ليسأل سؤالاً مثلاً).
- يتعلم أشياء و موضوعات من خلال التعليم الجماعي أو التعليم التعاوني.
- إكمال المنهج الأكاديمي لمستوى الصف.

المهارات السلوكية:

- الاستجابة للتعزيز بأي شكل من أشكاله خصوصاً المتقطع.
- أن يصبح مستوى السلوكيات غير المرغوب فيها بمستوى قريب من الصفر في جميع المواقف.
- التحكم بالسلوكيات النمطية.

ثالثاً: الاستعانة بمجموعة من الأقران للقيام بمهام محددة، فعملية إشراك الأقران توفر أيضاً فرصاً للتفاعل الاجتماعي بين الأشخاص ذوي اضطراب التوحد والأشخاص غير مضطربي التوحد. حيث إن الأشخاص من غير ذوي التوحد (القرناء) يجب أن يكونوا

جزءاً من البرنامج المصمم، بحيث يتم تدريبهم مسبقاً على أدوارهم وإعطائهم معلومات سابقة عن السلوكيات المتوقعة من الأشخاص ذوي اضطراب التوحد، الذين سوف يتعاملون معهم وكيفية التعامل مع هذه السلوكيات، ومعرفة كيفية إقامة علاقة صداقة مع الشخص والمبادرة بها دون انتظار المبادرة من الأشخاص ذوي اضطراب التوحد، فهم غالباً لا يبادرون بالمشاركة في التفاعلات الاجتماعية والحرص على عدم إقحامهم بالمشاركة.

اضطراب ضعف الانتباه: Attention Deficit Disorder

اضطراب ضعف الانتباه هو حالة مزمنة، تتصف بصعوبات جدية ومتكررة في المجالات الثلاثة التالية:

- مدة الانتباه
- التحكم بالاندفاع
- النشاط الزائد (أحياناً).

حيث يستخدم مصطلح اضطراب ضعف الانتباه اختصاراً ADHD عندما يدخل فرط النشاط إلى الحالة وهو ما يسمى باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder. أما UADD فهو شكل من أشكال اضطراب ضعف (نقص) الانتباه الذي يتميز أساساً بعدم الانتباه، وعدم وجود فرط في النشاط، ويمكن الإشارة إلى سمات الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه:

- إظهار التملل بتحريك اليدين أو القدمين.
- صعوبة في البقاء في حالة جلوس.
- صعوبة متابعة التوجيهات.
- الانتقال من مهمة غير مكتملة إلى أخرى.
- صعوبة اللعب بهدوء.
- مقاطعة الأحاديث واقتحام ألعاب الأشخاص الآخرين.
- التظاهر بعدم الإصغاء لما يقال.
- القيام بأشياء خطيرة دون التفكير بالعواقب.

مقترحات التدريب للأشخاص الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه:

- نشاطات قصيرة (محطات عمل).
- تنظيم النشاطات وتهيئة البيئة.
- استخدام نشاطات محفزة.
- اعتماد طريقة التعزيز الإيجابي.
- تقليل فترات الانتظار.
- التخلص من المسببات المحتملة لتشتيت الانتباه قدر الإمكان.
- تهيئة أسباب النجاح لتعزيز مستوى عالٍ من احترام الذات.
- تجنب النشاطات التنافسية والمثيرة للحماس.

الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

توفر الأنشطة البدنية والرياضية عدة فوائد سلوكية واجتماعية للأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد، رغم أنه ليس سهلاً انخراط هؤلاء بالنشاط البدني أو الرياضي، والكثير منهم يعتبر المنافس على أرض الملعب منافساً لنفسه، وبسبب الهيكلية يعتبر تشتت الانتباه والنشاط الزائد هو من مفاتيح النجاح الرياضي، هذه القضايا ابتلاء لهؤلاء ليدعوا في أرضية الملعب لبعض الرياضات والأنشطة البدنية، إضافة إلى مرافقة ضعف الانتباه والنشاط الزائد صعوبات تعليمية، وهذا بدوره يؤثر على التنظيم، الوعي المكاني، ومفاهيم واستراتيجيات اللعبة إلى جانب التشتت، وغيرها من العوامل التي تعوق النجاح للعديد من هؤلاء الأشخاص، وهي:

صعوبة بمتابعة التوجيهات والتعليمات:

الأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد، كثيراً ما يرفض الاستماع إلى التعليمات، ويذهب مباشرة للعب أو النشاط.

الاندفاع:

كثيرون من مضطربي ضعف الانتباه والنشاط الزائد، يؤدون قبل ما يفكرون، يسارعون

إلى العمل كغريزة بدلاً من استخدام استراتيجيات والقوانين التي هي جزء من الرياضة، أضف لذلك لديهم صعوبة انتظار دورهم والاصطفاف على خط، وخصوصاً أثناء التدريب.

قلة الانتباه:

الرياضات مثل لعبة كرة القدم، التي تتطلب من الشخص على الأقل الانتباه بدرجة متوسطة خلال الفترات التي لا تتطلب مشاركة كاملة بهذه اللعبة، تشكل تحدياً من نوع خاص.

انخفاض التسامح عند الاحتباط:

تعدّ الخسارة بالغة الصعوبة للأشخاص مضطربي ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وقد تؤدي إلى أبعاد من ذلك، غضب، تصرفات عدوانية أو جسدية.

كما يجمع كثير من الخبراء أن الألعاب الفردية تناسب أكثر من الألعاب الجماعية للأشخاص مضطربي ضعف الانتباه والنشاط الزائد، إذ لديهم صعوبة بمتابعة نظام وخطط اللعب بالألعاب الجماعية كونها تتطلب معرفة الواجب الفردي و تحتاج إلى معرفة المهام الأخرى المطلوبة من بقية الفريق خلال فترة اللعب، وخير مثال على ذلك لعبة كرة السلة، بمعرفة أساليب اللعب وتوقع التحركات والخطط واستراتيجياتها، وهذا يصعب اتقانه للأشخاص مضطربي ضعف الانتباه والنشاط الزائد، فهؤلاء فقط يرغبون بالحصول على الكرة والتنظيط بها، بالإضافة إلى أن الألعاب الجماعية تتطلب أن تتدرب على أكثر من مهارة بالوقت نفسه مثل الوثب والتمرير والتنظيط والجري.

تعتبر الألعاب الفردية مفتاحاً للبدء بممارسة الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص مضطربي ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وبشكل عام يقومون بأداء أفضل عند إعطائهم ملاحظات وتعليمات للانتباه بطريقة فردية مباشرة من المدرب أو المدرّس، ولهذا يكون النجاح والإنجاز أفضل بالألعاب الفردية مثل: السباحة، الغطس، المصارعة، التايكواندو، ركوب الخيل، وغيرها من الرياضات الفردية، مقارنة بالألعاب والنشاطات الرياضية الجماعية، بخاصة بالمراحل العمرية قبل مرحلة الشباب، مع العلم أن هناك فوائد اجتماعية عديدة من ممارسة الألعاب والنشاطات الرياضية الجماعية، ولكن يفضل ممارستها بعد

اتقان بعض الألعاب الرياضية الفردية حتى نضمن زيادة الانتباه وتقليل الاندفاع والتركيز على التعليمات والتوجيهات المعطاة من قبل المدربين والمدربين، وهنا يأتي دور الأسرة بتشجيع هؤلاء على ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية التي يستطيعون اتقانها، والتي تكون مفتاح النجاح للممارسة الرياضية علماً بأن كل حالة من حالات الأشخاص مضطربي ضعف الانتباه والنشاط الزائد تختلف عن الأخرى.

تعديل الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

تعديل التمرينات والتدريبات وترتيب الصالة أو الملعب للأنشطة البدنية والرياضية سواء أكانت ألعاباً فردية أو جماعية لهؤلاء الأشخاص، تأتي من معرفة المدرب بعمل تعديلات أو تكيف الأداء، فالتعديل يكون لجعل الشخص الممارس نشيطاً وفعالاً في الأداء المطلوب ولا يكون مملاً، عموماً أي نشاط أو لعبة رياضية يفضل أن نقوم بالتعديلات التالية:

- تغيير في نماذج التمرين وعدم تكرارها بفترات قصيرة حتى تجعل الممارس لا يشعر بالملل وضعف الاحساس بالتمرين.
- تغيير وضعيات اللعب واللاعبين، وتكرار ذلك كل خمس دقائق، لإعادة تنشيط انتباه اللاعب بالتمرين والمباراة.
- وضع الأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد في مواقع ووضعيات قدر الإمكان في الملعب ليكونوا بهمة عالية ونشاط.
- عمل محطات تدريبية متعاقبة ومتبادلة لجعل الممارس للنشاط مستمر التواصل والاندماج بالتمرين.
- إعطاء مسؤولية للأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد كمساعد مدرب، عندما يكون بموقع انتظار للتمرين أو الأداء، على أن تكون هذه المسؤولية بسيطة ومحددة، وهذا يساعد على أن يكون بعيداً عن خلق مشاكل وإعطاء شعور تحمّل المسؤولية وتقدير الذات.

الأنشطة الرياضية الأكثر ملاءمة ورغبة للأشخاص الذين يعانون من ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

- السباحة.
- ألعاب القوى (المضمار).
- ركوب الخيل.
- الجمباز.
- المشي العسكري.
- الغطس.
- التنس.
- كرة الطاولة.
- التايكواندو.

الأشخاص ذوو الاضطرابات العاطفية (الانفعالية) Emotional Impairment:

هم الأشخاص غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه يتأثر التحصيل الأكاديمي، وكذلك العلاقات الشخصية مع الأشخاص الآخرين، ولديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي، ووفقا لذلك فإن لديهم صعوبات في تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام، التفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة، التفاعل مع أشكال السلطة كالمدرسين والمدرين والوالدين بأنماط سلوكية شخصية مقبولة.

مقترحات تدريبية مناسبة لذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية):

- تجنب أو رتب لمسابقات عادلة تتميز بانخفاض مستوى التنافسية فيها.
- استخدم في البداية المديح حتى وإن كانت الحالة لا تستحق ذلك.
- الاحتياجات التي تتكرر ملاحظتها: متوتر، مفرط بالنشاط، عدواني أو عدواني-سلبى.
- إعطاء أمثلة عن النشاطات الموضوعية للكفاءة الحركية.
- نشاطات الاسترخاء.
- نشاطات التعاون (يجب أن ينجح كل شخص في المجموعة بإنجاز المهمة).

مقترحات النشاطات البدنية والرياضية لذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية):

برنامج المهارات الحركية الإدراكية-الحسية توفر تجارب للمجالات الحركية الإدراكية التالية:

- ضبط الاتجاهات.
- تحديد مواقع المهام على جانبي الدماغ.
- التوازن.
- تحديد أسماء أجزاء الجسم.
- المهارات الحركية الشاملة.
- المهارات الحركية الدقيقة.
- البرامج الرياضية مدى الحياة.

تتميز الألعاب الرياضية المذكورة في القائمة التالية، بأنها ألعاب فردية تنافسية، الأمر الذي يخفف من صراع التنافس الفرقي الذي يعاني فيها الأشخاص ذوو الاضطرابات العاطفية (الانفعالية) من صعوبات في التكيف:

البولينج - بادل تنس - القوس - رمي السنارة - كرة الريشة - السباحة - الجولف - التنس - ألعاب الألواح (الشطرنج، لعبة النرد (الطاولة) - الألعاب الترفيهية (رمي القرص البلاستيكي (فرزبي) - كرة الطاولة - لعبة الحدوات.

نشاطات رياضية متنوعة للأشخاص ذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية): تمارين اليوجا المبتكرة:

الغاية: يميل الأشخاص ذوو الاضطرابات العاطفية (الانفعالية) إلى الحركة، حيث نستطيع تعليمهم كيفية تسيير هذه الطاقة بطرق إيجابية، وهذا بدوره يزرع مشاعر الثقة بالنفس وضبط النفس.

الأهداف: تساعد تمارين اليوجا على إدراك أن كل شخص له كيانه المختلف وتعطيهم فهماً أفضل لأجسامهم. كما أن اليوجا لا تعزز التنافس بين الأشخاص، بدلاً من ذلك تشجع هذه الرياضة على الوعي بالذات والتحفيز على تحسين الذات.

البرنامج: يمارس الأشخاص 14 تمرين يوجا، يُقدّم تمرين في كل مرة، ويناقد مع الأشخاص موضوع الحيوان أو الشيء الذي يجري تقليده بالتمرين، وبعد أن يتقن الأشخاص التمرين، يمكن أن تنفذ في تكوينات مختلفة لأنها يمكن أن تؤدي بطرق مبتكرة لا حصر لها.

المواد: سجل - كن ضفدعاً أو طيراً أو شجرة.

برنامج الهرولة:

الأهداف: برنامج جيّد للتكيّف الجسدي، والتغييرات السلوكية والاتجاهات، يمكن أن تعدل السلوك المشاكس.

البرنامج: إحماء، بتمارين المّد (الساق، البطن، الظهر إلخ).

هرولة لمدة (5) أو (10) دقائق (جري، مشي، هرولة، حركة متواصلة)، يمكن للأشخاص أن يجرّوا وحيدين، مع صديق، مع المدرب أو المدرس، فترة التهدئة (المشي، ممارسة تمارين المد إلخ).

يمكن إعداد نظام نقاط باستعمال أشياء مثل: الكؤوس، الأشرطة، والصور كجوائز حسب عدد الأميال التي قطعها الشخص في أسبوع أو شهر أو سنة.

تمارين الاسترخاء:

تكون مجالات التمرين التالية مفيدة للأشخاص وبخاصة الأشخاص ذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية) للحد من التوتر والقلق، وتعلّم الاسترخاء والتكيّف على نحو أفضل مع بيئتهم، وهي ليست علاجاً لكل شيء ولكنها تشكل منهجية مختلفة في التعرف على الجسم والإحساس بالارتياح في داخلهم.

المجموعة الأولى الرئيسية:

- اليدين والذراعان
- عضلات الذراعين
- اليدين والساعد

المجموعة الثانية الرئيسية:

- الرأس والوجه والحنجرة
- الجبهة
- الخدان والأنف
- الفكّان
- الشفّارين واللسان
- الرقبة والحنجرة.

المجموعة الثالثة الرئيسية:

- الساقان والقدمان
- الفخذان والردفان
- ريلة الساقين
- القدمان

قواعد عامة عن كيفية ممارسة تمارين إرخاء كل مجموعة من مجاميع العضلات:

يجب العمل على مجاميع العضلات في ترتيبها المدرج، ابدأ بعضلات اليد والذراع، ثم مارس تمارين عضلات الوجه، فنزولاً إلى بقية العضلات في القائمة، وأثناء عملك على العضلات بالترتيب المدرج، تأكد من اتباع القواعد الثماني التالية:

القاعدة 1:

عند ممارسة تمارين مجموعة معينة، شد العضلات المناسبة لمدة 5-7 ثوان، مع الاستثناء الوحيد هو عضلات القدمين والعضلات الأخرى، التي يكون لديها نزعة نحو الشد، في تلك الحالة، قلل من فترة الشد إلى 3 ثوانٍ.

القاعدة 2:

لا تشد عضلاتك بقوة بحيث لا تؤذيك، بدلاً من ذلك، استعمل أدنى مستوى من الشد اللازم لتحديد كل نقطة مميزة من شدة العضلة.

القاعدة 3:

بعد فترة 5-7 ثوان من الشد، قلل الشد بفعالية عن طريق الإطلاق السريع للشد على العضلات، لفترة 20-30 ثانية، ثم مدد حتى تشعر بالاسترخاء في عضلاتك، ركز على التباين بين الشد والاسترخاء.

القاعدة 4:

يجب تمرين كل مجموعة عضلات مرتين في الأسبوع على الأقل، وفي حال عدم وجود شد متبقٍ بعد محاولتين، ولا تزال تحس رخاوة العضلات، تستطيع أن تبدأ بالعمل على مجموعة العضلات التالية على القائمة، وإذا ما بقي الشد، واصل التمرين على المجموعة نفسها لخمس مرات (محاولات) في جلسة واحدة.

القاعدة 5:

عندما تشد عضلة، حاول أن تحافظ على الحد الأدنى من مشاركة المناطق المجاورة لها، ركز الانتباه على مجموعة عضلية معينة فقط عند إعادة التمرين.

القاعدة6:

حين تنتهي من العضلات كافة في مجموعة رئيسة، خذ بعض الوقت لمراجعتها والاسترخاء بصورة كاملة.

القاعدة7:

استمتع بآثار الاسترخاء من خلال الزفير المنتظم والسلس خلال مراحل إجراءات الاسترخاء، فالشهيق هو مرحلة الاسترخاء في دورة التنفس، وأثناء الشهيق فكر بتعبير مساعدة على الاسترخاء مع نفسك أو بكلمات مثل هادئ، وسلمي.

القاعدة8:

نقذ التمارين وأنت مغمض العينين دائماً، لأن ذلك يساعد بالتخلص من التشتت ويساعدك على تركيز جل انتباهك على الأحساس المتغير في كل عضلة.

نصائح في ضبط السلوك للأشخاص ذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية):

يمكن للمقترحات التالية أن تكون دليلاً للتدخل لغرض التحكم بالسلوك داخل التمرين:

التجاهل المقصود:

يسعى الكثير من الأشخاص ذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية) إلى إثارة المدرس، أو المدرب في سلوكياتهم، وإذا لم يكن هذا السلوك قابلاً للانتقال إلى الآخرين، ربما يكون من الحكمة تجاهله، وعدم إرضاء غرور الشخص.

التدخل بالإشارات:

يمكن أن يستخدم المدرس أو المدرب وسائل تحكّم غير شفوية مثل التصفيق باليدين، النظر، تعابير الوجه المقطبة، أوضاع الجسد للإشارة للشخص على عدم تقبل المدرس أو المدرب لذلك.

التحكّم عن طريق الاقتراب:

يمكن للمدرس أو المدرب أن يقف إلى جانب الشخص الذي يعاني من صعوبة الأمر الذي يظهر اهتمام المدرس أو المدرب بشأن سلوك ذلك الشخص.

تعزيز الاهتمام:

إذا ما أبدى الشخص اهتماماً فأشركه مباشرة، ودعه يستعرض المهارة التي يتم تنفيذها أو مناقشتها.

تخفيف التوتر:

غالباً ما يساعد المرح على تخفيف الوضع المتوتر.

درس الحواجز:

يتعرض الشخص أحياناً إلى الإحباط بالمهمة التي يكلف بها، في حين إيجاد مهمة له يمكن أن ينجح في تجاوزها وتنفيذها.

التقيّد الجسدي:

قد يكون من الضروري تقييد الشخص جسدياً، إذا ما فقد السيطرة وأصبح عنيفاً.

منع السلوك العدواني والتحكم به عند التعامل مع شخص غاضب:

نشير هنا إلى بعض الإرشادات الأساسية:

- لا تدفع شخصاً بسبب غضبه.
- الغضب ليس سيئاً أو جيداً، ولكن ما يقوم به شخص ما يمكن أن يكون عملاً سلبياً.
- حاول الإصغاء بانتباه إلى ما يقوله ويشعر به الشخص.
- لا تصدر الحكم، لست مضطراً إلى أن تتفق مع شخص لكي تصغي إليه.
- ساعد الشخص على تقبّل الشعور بالغضب، وحدد السبب الحقيقي للغضب. تذكر أن معظم الغاضبين يشعرون بالإحباط والعجز والخوف.
- لست مضطراً لتقديم الحلول أو حل المشاكل على الفور، ما عليك سوى الإقرار والتخلص والتوضيح وإعادة التوضيح، يهتم معظم الناس بشأن الإقرار أنهم يسعون إلى شق طريقهم الخاص بهم.
- ثبت وسائل مساعدة الشخص في اختيار طريقة مناسبة لتوجيه الغضب، فكر بالمنافذ البدنية إذا أمكن.
- لا تهمل الغضب أو هدئ الشخص لكي تشعر بالمزيد من الارتياح، لأن التهدة والإهمال تميلان إلى توليد غضب متزايد.

- لا تأخذ الغضب على المستوى الشخصي وتصبح في وضع دفاعي، إذ يميل من يكون في وضع دفاعي إلى التبرير واللوم، وليس لديهم الموضوعية لمساعدة أي شخص غاضب على التعامل مع مشكلته.
- يفضل التحدث مع الغاضب بعد أن يستعيد هدوءه قبل أن تتحدث إليه، وتنجح هذه الخطوة طالما أنها ليست «إساءة» من طرفك.
- انتبه إلى علامات التحذير المبكرة التي تدلّ على أن الشخص يواجه صعوبة بالتكيف مع مشاعره المزعجة.
- راقب التغييرات في أنماط السلوك الطبيعية لدى بعض الغاضبين، لأن التصرف العدواني يؤشر إلى محاولة متقدمة للحصول على المساعدة و/ أو جلب الانتباه.
- تدخل حالما تشعر أن هناك خطأ ما.
- حاول أن تجعل من موقف غاضب تجربة تتعلم منها توليد بدائل بناءة للتعامل مع المشاعر غير المريحة، حيث لم تتح الفرصة للكثير من الأشخاص لتعلم طرق بناءة للتعامل مع الإحباط المتراكم،
- عزز المعالجة المناسبة للغضب عندما يحدث،
- عقد جلسات استنتاج مع الشخص الذي تصرف بغضب.
- إذا ما أردت التأثير على سلوك شخص ما، عليك أن تغير من ردة فعلك تجاه ذلك السلوك.
- تجنب مواقف الربح-الخسارة، الخطأ-الصح.
- لا تحاصر شخصاً في زاوية سواء أكان ذلك جسدياً أو نفسياً.
- انسحب من صراعات القوة، استخدم النتائج المنطقية والطبيعية بدلاً من الثواب والعقاب.
- قدم الخيارات، وفرص التعاون، وإذا كان ممكناً تماماً، اسمح للشخص بأن «ينقذ ماء وجهه».
- لا تقدم وعوداً لا تستطيع الوفاء بها.

أنواع حالات الأشخاص ذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية)، وذوي الاضطرابات العاطفية الشديدة:

يوضح جدول رقم (5) أنواع حالات الأشخاص ذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية)، وذوي الاضطرابات العاطفية الشديدة وفقاً لنظام التصنيف حسب الأبعاد.

اضطراب السلوك	
نوبات غضب	يشاجر، يضرب، هجومي
وقح	غير مطيع، متحدٍ
مشاكس	تدمير الممتلكات
غير متعاون، مقاوم	سلبى، يرفض التوجيه
مزعج، متفاخر	يسعى إلى جلب الانتباه (متفاخر)
فرط النشاط	الهيمنة على الآخرين، يتحرش، يهدد
يميل إلى الشجار، مجادل	غير مسؤول، لا يعتمد عليه
يسرق	غير متبته
يضايق الآخرين	تشتت الانتباه
متهجم وغاضب	أناني
يشتم، يستعمل لغة مسيئة	ينكر الأخطاء، يلوم الآخرين

القلق - الانطواء	
خجول، متردد، حيي	قلق، خائف، متوتر
مكتئب، حزين، مزعج	انطوائي، انعزالي
يشعر بالدونية، وبدون قيمة	مفرط الحساسية، سهل إيذاؤه
يفتقر إلى الثقة بالنفس	مدرك للذات، سهل الإحراج
منعزل	يسهل تهيجه
كتوم، قليل الكلام	يبكي كثيراً

العدوانية الاجتماعية	
وفيّ للأصدقاء الجانحين	لديه رفاق سوء
ينتمي إلى عصابة	يسرق بصحبة آخرين
يتغيب عن المدرسة	يبقى إلى وقت متأخر ليلاً
	يتغيب عن البيت

عدم النضوج	
حالم يقظة	أحرق
غير منتبه	كسول
ليس لديه اهتمام، ملول	كثير النعاس
سلبي، يفتقر للمبادرة، سهل الانقياد	فوضوي، قدر
شارد الذهن	فترة انتباه قصيرة، ضعف التركيز، مشغول البال، يحدق بالفراغ، يفتقر إلى المثابرة، لا ينهي الأشياء

الفروق بين التأديب والعقاب

الانضباط (التأديب)	العقاب
يقوم على أساس نتيجة منطقية يعبر عن واقع النظام الاجتماعي (القواعد التي يجب أن تحفظ لغرض التنفيذ الصحيح). يعنى بما سيحصل الآن (الحاضر)	التعبير عن قوة سلطة شخصية ويقوم أساساً على الانتقام أو الجزاء (ما حصل في الماضي) اعتباري
يتحمل الشخص المسؤولية، الانضباط ينبعث من الداخل. مرغوب	يفرض على شخص يتحمل المعاقب المسؤولية
يفترض أن الشخص قادر على الوصول إلى قراراته المسؤولة	يفترض أن الشخص مضطرب أو غير قادر على اتخاذ قرارات مسؤولة
ترك الخيارات مفتوحة بحيث يستطيع الشخص اختيار تحسين سلوكه.	الخيارات مغلقة أمام الشخص
عملية تعليمية إيجابية تشمل مشاركة شخصية وثيقة ومتواصلة. تؤكد على طرق تعليم للتصرف تؤدي إلى تحقيق المزيد من النجاح السلوكي	عملية تعليمية تعزز طبيعة الفشل. سلبي في جوهره دون مشاركة شخصية متواصلة
ودي أو واقعي	غضب معلن أو مخفي
صعب ويحتاج إلى وقت	سهل ومناسب

جدول (5) أنواع حالات الأشخاص ذوي الاضطرابات العاطفية (الانفعالية)، وذوي الاضطرابات العاطفية الشديدة وفقاً لنظام التصنيف حسب الأبعاد.

كيفية الانتقال من تمرين لآخر في الصالة الرياضية:

الانتقال من نشاط لآخر صعب خصوصاً لكثير من الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العاطفية (الانفعالية)، في الأماكن التي تضم أشخاصاً جميعهم يعانون من اضطرابات عاطفية، فإن المواقف التعليمية قد تتعارض إلى حين تأقلم الأشخاص مع هكذا تغيير، ويجب أن يستخدم أسلوب التوالي حين التناوب من محطة لأخرى في الصالة الرياضية، ففي البداية يجب استخدام محطتين، ثم ثلاث، والمزيد بعد ذلك عندما يبدي الأشخاص الاستعدادية، والتناوب من محطة لأخرى يجب أن يكون الاتجاه دائماً نفسه، على نحو تقليديّ عكس عقارب الساعة، كما يجب تحديد الوقت (عادة 10 ثوانٍ) للتناوب من محطة إلى أخرى، ويتم ذلك من خلال الإشارة للأشخاص بـ «استعد، غيروا المحطات، 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10» خلال الفترة التي يكون فيها المدرّس أو المدرّب يعدّ حتى 10، على الأشخاص أن يكونوا في مواقعهم التالية. في الحالات التي يُدخل فيها الشخص ذو الاضطراب العاطفي في حصص التربية البدنية العامة أو التدريب، فإنه يتطلب رفقاً في هذه الحالة لمساعدته على الانتقال من محطة إلى أخرى.

تحتوي الخطط التدريسية أو التدريبية في التربية البدنية عادة على ثلاثة أجزاء، التمارين التمهيديّة (الإحماء، الدحرجة)، التعلّم الجسديّ، والخلاصة (تمارين الاسترخاء، الملاحظات النهائية). يتضمن التعلّم الجسدي عدة أجزاء أيضاً (مثل ألعاب مختلفة أو تمارين لمهارات حركية مختلفة)، الانتقال من جزء لآخر في الدرس أو الحصّة التدريسية يجب أن يتم بعناية، إلا أن الأشخاص الذين لا يعانون من الاضطرابات العاطفية يُربّون على التغيير والهدف هو تعليمهم القدر الأكبر من الألعاب والتدريبات، أما المضطربون عاطفياً فإنهم يحتاجون إلى وقت أكبر على كل نشاط، ويحتاجون كذلك إلى تعليمات خاصة للحصول على تكوينات اللعبة وتغييرها.

التمارين الرياضية و الاضطرابات العاطفية الشديدة:

تعدّ التمارين الرياضية وسيلة فعالة لتقليل الكآبة، الغضب والسلوكيات الهدامة والحركات التكرارية، تؤدي الهرولة والألعاب الرياضية الهوائية الأخرى إلى نتائج أفضل من الأنشطة الأقل شدة، بالرغم من أن وقت قليل كخمسة دقائق من المشي قد تؤدي إلى إنعاش المزاج، إلا أن التمرين- بشكل عام- كتدخل لحالات الاضطراب العاطفي يجب أن:

- تدرك على أنها سارة وممتعة.
- هوائية أو قريبة إلى ذلك، بحيث يستطيع الشخص تحملها بسهولة.
- غير متحدية.
- لا تمثل تهديداً بديناً صعباً (يعني نشاط حركي متوقع ومتكرر وروتيني).
- ذو شدة معتدلة لمدة 20 إلى 30 دقيقة على الأقل.
- تستخدم مرتين أو ثلاث في اليوم أو كلما يشعر الشخص بأن النشاط نافع.

فالمعيار لممارسة الأنشطة البدنية والرياضية مرتين، ثلاث أو أكثر يومياً تمد على الافتراض بأن الأشخاص يريدون الممارسة، وأن النشاط يمكن أن يؤدي في وقت مستقطع أو وقت للتفكير أو الاسترخاء، لا يتطلب على الأشخاص ممارسة الأنشطة كجزء من العلاج وهناك بدائل متاحة بدلاً من ذلك مثل (السباحة، ركوب الدراجة الهوائية، المشي، ركوب الخيل، التزلج) ومعيار إرادة ممارسة النشاط من المحتمل أن يكون هو الأهم، حيث إن النشاط يجب إن يكون جيداً للشخص لكي يملك الفائدة الصحية الذهنية. والجدول رقم (6) يوضح مثالاً على عقد السلوك.

عقد لأحد الأشخاص

سوف تستخدم مع هذا الشخص لغة مناسبة في الصف الخامس لحصة التربية البدنية لمدة 3 أسابيع، إذا تصرف 3 من 5 صفوف في الأسبوع الأول، و4 من 5 صفوف في الأسبوع الثاني، وجميع الصفوف الخمسة في الأسبوع الثالث، فإنه يستطيع أن يقود الصف في عملية الإحماء في الحصة القادمة.

الأسبوع الأول		الأسبوع الثاني		الأسبوع الثالث	
الصف	نعم/لا	الصف	نعم/لا	الصف	نعم/لا
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
عدد الأيام التي أتم فيها الشخص المقياس	5/	عدد الأيام التي أتم فيها الشخص المقياس	5/	عدد الأيام التي أتم فيها الشخص المقياس	5/
اسم الشخص		اسم الأب		معلم التربية البدنية	التاريخ

جدول (6) مثال على عقد السلوك

يجب أن يرافق النشاط الرياضي موسيقى من اختيار الشخص في حدود الإمكانيات المتوفرة، تتطلب هذه الإمكانية وجود سماعات الرأس، للأشخاص الذين يعانون من حالات هوس وعدوانية أو فرط النشاط. يجب أن يسمح لهم اختيار الموسيقى البطيئة والهادئة، والأشخاص المكتئبون يجب أن يحفزوا لاختيار موسيقى سريعة ومفعمة بالحيوية.

الرياضات المائية والأشخاص المضطربون عاطفياً:

الرياضات المائية تفيد جميع الأشخاص ولكنها تُنصح للأشخاص الذين يظهرون قلقاً شديداً، السلوكيات العدائية ومفرطة النشاط، تقام الأنشطة المائية التي تستخدم لحالات علاجية في مياه تتراوح درجة حرارتها من 90 إلى 93 فهرنهايت حوالي 32 إلى 33.9 سلسيوس وذلك لتزويد الأشخاص بالشعور بالارتخاء، والفوائد الأخرى قد تتراوح ما بين الزيادة في صورة الذات، والثقة بالنفس إلى الفرص التي تتيح تعلّم المهارات الاجتماعية، وصنع الأصدقاء.

بعض الأساليب التعليمية كالتالي:

- يمكن أن يُبدي بعض المضطربين تصرّفات دفاعية عند ملاستهم، مثل هؤلاء الأشخاص يتطلبون أمكنة خاصة واحترامها.
- بعض الأشخاص قد يُظهر درجة عالية من الخوف، بمساعدة الطبيب النفسي للمدرسة يستطيع المدرس أو المدرب أن يقوم باستراتيجية للتحكم بالسلوك.
- الأشخاص قد يتواصلون في البدء مع أشياء غير حيّة مثل: الألعاب أو أدوات العوم أكثر من المدرس أو المدرب، في النهاية تستبدل هذه الأدوات بالمدرس.
- بعض الأشخاص يجب أن يتم توجيههم إلى أنشطة مائية محددة مثال: (الرشق، وحركة ضرب الكرة بالأرجل) لكي يتم التخلّص من السلوكيات العدائية.
- قد يعاني بعض المضطربين من صعوبات في فترات الانتباه، القلق، الإرباك.
- الدرس المحدّد يجب ألا يزيد عن 5 إلى 30 دقيقة، معتمداً على قدرة الشخص على الانتباه وفترة الانتباه أيضاً.
- حدّد حجم الصّف وتوجيهاته مثال الضجيج، والمنبهات المرئية، لزيادة الوقت المستغرق في المهمة المعطاة.

- في حدود الإمكان، استخدم واحداً إلى واحد، وذلك نسبة الشخص إلى المدرس أو المدرب.
- اجعل الشخص نحو جدار البركة أو وجه الشخص بعيداً عن رؤية كامل المسبح، لمنع سبل الإلهاء..
- بعض الأشخاص لا يستطيعون مراقبة أنفسهم.
- استخدم حقائب الوثائق الطلابية وأوراق العمل.
- خصّص أوقات للسؤال والجواب لمساعدة الأشخاص على التحكّم ومراقبة أنفسهم.
- بعض الأشخاص قد يُحبطون بسهولة، ولا يملكون الصبر اللازم.
- استخدم برامج التعليمات المنطقية والمنظمة.
- قم بزيادة نسبة النجاح في كل حصّة، يجب أن يكون معدل النجاح 8 من 10 مهام أُتمّت بنجاح.
- استخدم القواعد لتأكد من أن كل مهمّة قد تم تحليلها لتوفير الفرص للنجاح.
- طبّق القواعد، حيث يجب أن يتم فهم هذه القواعد بوضوح لتقليل الإحباط.
- وفر أوقات استراحة من البرنامج قدر الحاجة (مثال 5 دقائق من اللعب الحرّ).
- قم بإعادة توجيه الأشخاص الذين يُظهرون سلوكيات لفت الانتباه غير ملائمة مثل الرشق على الآخرين، واجعل الشخص يمسك بكرة أو يستخدم لوح الضرب، ليضعه في وضعيّة الانبطاح والعموم.
- زوّد الأنشطة المختلفة التي تؤديّ إلى تطوير عمليّة الاختيار وذلك لتقليل القلق.
- تعاون مع مدرّسي الشخص، الذين يرعون، و/أو الطبيب النفسي.

صعوبات التعلّم:

إن أهم معيار لتشخيص صعوبة التعلّم هو، بغض النظر عن الاضطراب، سواء أكان في الإصغاء، أو التحدّث أو القراءة أو الكتابة، أو التهجي، أو في العمليات الحسابية، يجب أن يأتي من خلل وظيفي في الجهاز العصبي، ولا يختلف الأشخاص الذين ينتمون إلى

هذا النوع من الإعاقة عن الأشخاص غير ذوي الإعاقة، ولا يمكن تشخيصهم عند المراقب العابر لسلوكهم، ولا حتى للمراقب المتدرب من خلال مظهرهم، وإن صعوباتهم ليست واضحة للعيان في معظم الأوقات، يشكل الأشخاص الذين يعانون من إعاقات التعليم مجموعة غير متجانسة، إذ لا يظهر أي طفلين من المجموعة نفسها من القدرات والإعاقات، ويجب على مدرس التربية البدنية أو المدرب أن يعمل على تحديد مشاكل الأشخاص التي يمكن معالجتها من خلال نشاطات التربية البدنية، ومنها:

- حالة فضاة أو عدم رشاقة غير محددة.
- مشاكل في تحديد الوظائف والاتجاهات.
- ارتباك في تحديد اليمين - اليسار مع صعوبة في عبور الخط المتوسط.
- الافتقار إلى الهيمنة غير الراسخة بقوة.
- تطوير صورة باهتة عن الجسد.
- تطوير صورة باهتة عن القدرة الحركية الحسية.
- تطوير صورة باهتة عن التنسيق الحركي الدقيق.

مقترحات التدريب للأشخاص الذين يعانون من صعوبات التعلم في المجال الرياضي:

يظهر الأشخاص الذين يعانون من عجز حركي - حديسي في الغالب صورة باهتة من الجسد، ويتضح ذلك في صعوبات تحديد أجزاء الجسم والتمييز بين اليمين واليسار. وينطوي التطور الطبيعي لصورة الجسم إتقان المهام التالية في العمر التقريبي المذكور في الجدول رقم (7).

قد يؤدي الفشل المتكرر من جانب الشخص الذي يعاني من صعوبات التعلم إلى تطور حالات قلق شديدة، وإحباطات وفقدان الثقة بالنفس، والميل إلى الانطواء، والتمرد على النظام التعليمي، يحتاج هؤلاء الأشخاص إلى تحقيق الإنجاز بدرجة شديدة، وقد يترددون بتجربة مهارات حركية جديدة أمام أقرانهم، مع ضرورة توفير فرص لزيادة إمكانية التكيف العاطفي، ولتلبية احتياجات هؤلاء الأشخاص، يتوجب تنظيم مكان التربية الرياضية، بحيث يضمن النجاح في المراحل الأولية من التعليم، يجب وضع الترتيبات بحيث يستطيع التلميذ التدريب وحده أو مع مجموعة صغيرة ومتفهمة له في ملاعب المدرسة، كما يجب التأكيد

القدرة على تسمية أجزاء الجسم، تليها القدرة على تحديد أجزاء جسم الدمية، الحيوانات، وبقية البشر، ثم الصور والوسائط الأخرى ذات الأبعاد.	3-5 سنة
القدرة على استيعاب مفاهيم اليمين واليسار في المكان حسب علاقتها بصورة الجسم.	6-7 سنة
القدرة على استيعاب مفاهيم اليمين- اليسار في علاقته مع الآخرين.	8-9 سنة
القدرة على استيعاب مفاهيم اليمين- اليسار فيما يتعلق بالأشياء غير الحية.	10-12 سنة

جدول (7) التطور الطبيعي لصورة الجسم وإتقان المهام حسب الفئة العمرية

على إتقان الرياضيات الفردية والزوجية حتى في المراحل الابتدائية، حيث يعدّ النجاح عاملاً أساسياً.

يحتاج الأشخاص ذوو صعوبات التعلم إلى المساعدة في تشكيل علاقات مقنعة وذات مغزى مع الآخرين، لأن عدم نضجهم الاجتماعي البارز، غالباً ما يجعلهم ضحايا للنميمة المستفزة، وبالتالي تؤدي إلى عزلهم ووحدهم، وتوفير الفرص للشخص كي يشعر أنه جزء من المجموعة، كما قد يدفع الأشخاص ذوو صعوبات التعلم إلى مكافحة الوحدة والغربة من خلال تجربة المخدرات، الكحول أو الجنس، وإن حاجتهم الملحة للقبول قد تجعلهم أكثر عرضة لمتطلبات وضغوط مجموعة الأقران، أي المراهقين الآخرين، ووفر الفرص لاتخاذ القرار والعمل المستقل.

لا يجوز إخضاع معظم الأشخاص من ذوي صعوبات التعلم، إلى ألعاب ذات مستوى تنظيمي هابط، أو ألعاب فرقية ونشاطات جماعية ذات طبيعة شديدة التنافس بسبب عدم نضجهم الاجتماعي، وحافظ على الحد الأدنى من التحفيز داخل بيئة التربية الرياضية، وعلى أدنى عدد من الخطوط على الأرض، أو الجدران، و تقليل مساحة المنطقة من خلال التقسيمات، أو الفواصل أو الحبال ويجب ترسيم الحدود بدقة، مع الثبات في تنظيم محطات التدريس أو التدريب يوم بيوم وأماكن وضع المعدات، وتشمل المنشآت عدداً

مناسباً من محطات التدريس أو التدريب وعدداً كافياً من المعدات لتعليم الأشخاص كأفراد. هناك حاجة إلى توازن بين النشاطات الحركية-الإدراكية والتربية البدنية، إذ يجب أن يوفر البرنامج الحركي- الإدراكي تدريباً في السلوك الحركي الأساسي مثل وضع الجسم، الحركة الجانبية، التوجهات، تمييز المساحة، تكوين الإدراك، تمييز الحجم، اللون والبنية والتدريب في الإدراك البصري والسمعي والحركي، واستعمال عوارض التوازن وصناديق القفز على الحصان الخشبي والمعدات الأخرى لتعليم الحركة بالتوافق مع التدريب الحركي- الإدراكي، لذلك يجب عدم التركيز في التعليم على محاكاة شكل جيد (نوعي) بل يجب التركيز على اكتشاف طرق كمية للتحرك، وتعتبر النشاطات الفردية التي توفر النجاح مهمة.

نصائح لتعليم ذوي صعوبات التعلم في المجال الرياضي:

- خطة شاملة، التعليم في أوضاع التعليم كافة (بصري، سمعي، حركي).
- حاول تجنب الإحباطات من خلال التحرك في زيادات بسيطة في صعوبة المهام.
- ضرورة المرونة من حيث كمية الوقت في أداء المهام.
- استخدم منهج تحليل المهام.

الأشخاص الذين يجدون صعوبة في التكيف الاجتماعي:

يؤدي سوء التكيف الاجتماعي إلى سلوك غير طبيعي ويشكل واحدة من أكبر المشاكل الاجتماعية في عصرنا، وليس من السهل دائماً تحديد الخط الفاصل بين السلوك الطبيعي وغير الطبيعي، رغم ملاحظة وجود فرق في التباين، فالسلوك غير الطبيعي هو سلوك غير اجتماعي وهدام للشخصية وغالباً ما ينتهي بعمل إجرامي حقيقي، ويتباين من انحراف بسيط جداً عن السلوك المقبول إلى انتهاكات خطيرة للقانون، ومتى يصبح السلوك غير الطبيعي جنحة؟ ثبتت الرابطة الوطنية لتعليق العقوبات وإطلاق السراح المشروط في الولايات المتحدة الأمريكية هذه الحالات، على أنها مؤثر على السلوك الجانح:

- انتهاك أي من القوانين.
- عدم الطاعة المعتادة، الذي لا يمكن التحكم به من الأبوين، أو أولياء الأمور، أو من يتحمل مسؤولية.
- السلوك الذي يعرض للخطر (الأخلاق أو صحة الشخص أو الآخرين).

بديهي، لا يوجد سبب موحد للجنوح، فهو نتيجة عدد من المؤثرات المختلفة للبيئة على الشخص، وتشير الإحصاءات إلى أن عدداً كبيراً من الجانحين الذين ينحدرون من أسر محرومة، أو عائلات مفككة يعوزها الانضباط، بالإضافة إلى أنه بين العوامل المهمة الأخرى غياب حبّ الأبوين، وترك الطفل لمصيره دون إشراف، أو توفير الظروف لشغل وقت الفراغ التي تؤدي إلى تطوّر السلوك الجانح، ويبدو أن هناك قوتين محفزتين للجنوح، واحدة منها هي التزام الشخص بأعراف جماعية لا تمتثل لأعراف المجتمع العامة، لهذه المجموعة إحساس مشوه بالقيم، وإن مفاهيم الخطأ والصواب لديها لا تتفق مع المعايير المقبولة عموماً، ولا مع القوانين والأحكام الراسخة، تميل هذه المجموعة إلى أن تتكون من عصابة من الأشخاص من العمر نفسه وقد تكون أيضاً عصابة من أسرة، ذلك أن بعض الأسر تشجع على السلوك المعادي للمجتمع، حيث يتعلم الأطفال على السرقة و«تجاوز» القانون، في حين نجد في أسر أخرى غياب النموذج الأخلاقي والتوجيه الذي يسهم في سوء التكيف الاجتماعي لدى الأطفال.

أما القوة المحفزة الثانية فتأتي من الصراع، في مثل هذا الموقف، يكون السلوك الجانح تعبيراً عصابياً عن الصراع، فالصراعات التي تظهر في الطفولة المبكرة الناتجة عن علاقات أسرية غير مقنعة قد طوّرت لدى شخص ما أساساً دائماً للعدوانية تجاه العالم أو تجاه نفسه، فقد أظهرت الدراسة التي قارنت بين الأشقاء الجانحين وغير الجانحين أن الجانحين مروا بعلاقة غير مرضية مع أبويهما، في حين أن إخوتهم وأخواتهم لم يمرّوا بتلك التجربة، فالصراعات بين الأبوين بشأن القضايا التأديبية والصراع مع الأشقاء على حب الأبوين واهتمامهما يولد شعوراً بالدونية، التي تجد لها مخرجاً في شكل سلوك غير مرغوب.

وتتّصف الخصائص الغريبة لسلوك الجانحين والجانحين المحتملين بالإرادة الملحوظة والتحدّي والشكّ والعدائية بدون سبب، والرغبة بالتحطيم وإيذاء الآخرين وأنفسهم، والرغبة بالإثارة، والتغيير أو المجازفة والإحساس بعدم الأمان وعدم القيمة.

مقترحات التدريب للأشخاص الذين يجدون صعوبة في التكيف الاجتماعي:

هناك عدد من البرامج التي يجري تنظيمها بهدف واضح لمحاربة الجنوح بين الصغار عن طريق توفير الفرص لهم لجذب الانتباه والنجاح بطرق مقبولة اجتماعياً، ونأمل أنهم يكسبون بهذه الطريقة احترام أنفسهم والآخرين الذي لم يحصلوا عليه في المنزل والبيئة، ويتكون جزء كبير من هذه البرامج من نشاطات رياضية مصمّمة لتعزيز الرفاه البدني والاجتماعي عند

هؤلاء الصغار الذين يكونون بحاجة كبيرة إلى التحسّن على المستوى الجسدي وإعادة التأهيل الاجتماعي، وقد وجد كثيرون من مدرسي التربية البدنية أنفسهم يعملون كموجهين ومدرسين في مثل هذه البرامج، وقد كرّس كثيرون منهم وقتهم للتطوّر في تعليم المهارات الرياضية. يشكل السلوك «الجانح» مشكلة ذاتية في الكثير من المدارس، ولدى مدرس التربية البدنية فرصة أفضل من غيره من المدرسين للمساهمة في حل هذه المشكلة، بسبب التأثير المشترك للرياضة على الشباب، بالاعتماد على هذا التأثير كعامل تحفيز، يستطيع مدرس التربية الرياضية في كثير من الأحيان دفع الجانحين إلى المشاركة باللعب الإيجابي الذي يتحقق منه نوع من النجاح الشخصي، وإن مثل هذا النجاح يوفّر حافزاً ودافعاً لتحقيق المزيد من السلوك المقبول والمرغوب بخاصة لمن لا يعرف مثل هذا النجاح من قبل، وبطبيعة الحال، فليس من واجب مدرّس التربية الرياضية تقديم علاج لفرد هائج، إلا أنه من خلال صبره وتفهمه وفلسفته العامة وطريقته بالسيطرة، قد يترك أثراً بعيد الأمد على مثل هذا الشخص، ولتحقيق هذه الغاية، أقترح على المدرس ما يلي:

- حاول أن تفهم الشخص الجانح ومشكلته، بحيث تعرف سبب تصرفه بهذه الطريقة.
- عزل تظلمه الرئيسي، وساعده على فهم السبب الذي يجعله منزعجاً، ثم ساعده على تحديد الطرق المقبولة للحد منه.
- اكتشاف بعض الأشياء التي يستطيع القيام بها على نحو جيّد، والتي سيحصل بسببها على تقييم إيجابي.
- ضع قائمة للتعاون من مجموعة صغيرة من زملائه لمساعدته على تطوير ثقته بنفسه.
- حاول أن تجد طريقة لمساعدته ليكون مرناً يعلم بأنها مساعدة على أن يصبح شخصاً أفضل.
- لا تحبطك حالات العودة إلى سلوكه، ولكن واصل التعبير عن الثقة بأنه سيتحسن.
- احصل على مساعدة مهنية عندما تكون مطلوبة ومتاحة.

الفصل السابع

الألعاب البارالمبية الصيفية والشتوية



المبارزة على الكراسي المتحركة

لمحة عن اللعبة:

طور السير لودفنج جوتمان (Sir Ludwig Guttman) رياضة المبارزة على الكراسي المتحركة في مستشفى ستوك مانديفيل، وقد أدخلت هذه اللعبة إلى برنامج دورة الألعاب البارالمبية عام 1960، وتمارس في أكثر من 30 دولة.

ويرى بعض متابعي هذه اللعبة أنّ أبرز سماتها هي أن الرياضيين يتنافسون من كراسي متحركة مربوطة إلى الأرض، ولكن هذه الكراسي تسمح للمبارزين بحرية الحركة في الجزء العلوي من الجسم فقط، وتكون الحركة بنفس سرعة المنافسة عند الأشخاص غير ذوي الإعاقة، ويسمح للرياضيين والرياضيات الذين يعانون من البتر وإصابات الحبل الشوكي أو الشلل الدماغي بالتنافس في مسابقات تشمل رياضة الفويل (Foil)، وأيبيه (Epee) للرجال والسيدات) والسيف (Sabre) للرجال. أما الجهة المسؤولة عن تنظيم اللعبة فهي الاتحاد الدولي لرياضات الكراسي المتحركة والمصابين بالبتر (IWAS).

شروط اللعبة:

يتنافس متبارزان على شريط طوله 14 مترًا في رياضة المبارزة عند الأشخاص غير ذوي الإعاقة، وأما في رياضة المبارزة على الكراسي المتحركة تكون المنافسة من وضع ثابت. أو تثبت الكراسي في الأرض بأطر معدنية، ويفضل تثبيت الكرسي من جانبي الإطار لمنع الكرسي من الانقلاب. ويقرر المتبارز الذي تكون ذراعه قصيرتين إن كانت منطقة اللعب في مساحته أو مساحة المنافس، وتمسك يد سلاح المبارزة وتستخدم اليد الأخرى لمسك الكرسي عند التقدم إلى الأمام أو الطعن ثم العودة.

إن أهداف مسابقتي السيف الطويل (Foil) وسيف المبارزة (Sabre) هي نفس أهداف مسابقة الأشخاص غير ذوي الإعاقة.

وفي مسابقة الشيش (Epee) يكون الهدف هو كل شيء يقع فوق المنافس، مع ارتداء مريلة تحت الخصر للمساعدة على مسح هذه اللمسات، ويجب أن تبقى القدمان على مسند القدمين، وأن يبقى المتبارز جالساً (عدم وجود فراغ بين ردف المتبارز ومقعد الكرسي). ويثبت الكرسي بزاوية 110 درجة على الحاجز المركزي.

وفي المسابقات الفردية الأولية، تستمر كل جولة أربع دقائق، والفائز هو أول من يحرز خمس ضربات (أو العدد الأكبر من الضربات) في الجولة، ويلى ذلك نظام الضربة القاضية، إذ يتنافس المتبارزون في ثلاث جولات من ثلاث دقائق مع استراحة لمدة دقيقة بين الجولات، والفائز هو أول من يحرز (15) ضربة (أو العدد الأكبر من الضربات). وفي حال التعادل، تُلعب جولات من دقيقة واحدة، والفائز هو أول من يحرز ضربة، وفي المسابقات الفرقية، يكون الفريق الفائز هو أول من يحرز 45 ضربة.

تدخل المسابقات الفردية والفرقية في مسابقات الشيش والسيف الطويل للرجال والسيدات.

أما مسابقات السيف المستدق الطرف (الفردية والفرقية) فمقصورة على الرجال. والهدف الرئيسي مشابه لهدف رياضة المبارزة عند الأشخاص غير ذوي الإعاقة، ويربط المتسابقون كهربائياً بصندوق واحد يسجل اللمسات بالسلاح، وتمنح نقطة في كل مرة يلمس فيها المتبارز المنافس في المنطقة المستهدفة.

التصنيف:

يتأهل الرياضيون الذين يستخدمون الكراسي المتحركة للتنافس في رياضة المبارزة على الكراسي المتحركة، وهناك ثلاثة مستويات في المسابقة اعتماداً على تصنيف الإعاقة:

إجراءات تصنيف المبارزة

- البيانات الشخصية الكاملة
- طبقاً لتقييم اختبار الإعاقة الكامل المناسب.
- 1. توضيح نقاط التقييم لاختبار العضلات.

2. توضيح نقاط التقييم للعطل الوظيفي.
3. مستويات البتر التي تؤثر على مخطط الجسم.
4. تقييم مدى الحركة.
5. توضيح نقاط التقييم لمدى الحركة.

• الفحص الوظيفي.

صفر: لا توجد وظيفة

1 : وظيفة ضعيفة

2 : وظيفة معتدلة

3 : وظيفة طبيعية

يستخدم إجمالي نقاط الفحص الوظيفي دليلاً على تصنيف المتبارزين في الفئات من 2 إلى 4.

• التصنيفات

يحال إجمالي النقاط التي تمنح للاختبارات الوظيفية لملف التصنيف الوظيفي المناسب لتحديد الفئة التي ينتمي لها المتبارز.

• فحص قوة العضلات MCR

صفر : افتقار كامل للتقلص الطوعي

1: أثر بسيط للتقلص دون أي حركة

2: تقلص ضعيف مع حركة ضعيفة جداً في مدى الحركة بأكمله في حال عدم وجود جاذبية

3: تقلص مقبول مع حركة في المفصل، المدى ضد الجاذبية.

4: تقلص جيد مع مدى حركة كاملة ضد الجاذبية مع بعض المقاومة.

5: تقلص طبيعي مع قوة طبيعية في مدى الحركة بالكامل مقابل مقاومة كاملة.

• عطل وظيفي بالنقاط (ضعف تنسيق، تشنج، كنع (حركات تقلصية في اليدين والقدمين، الترنح).

1. أدنى مستوى ممكن لحركة تنسيقية (مع عدم وجود وظيفة).
2. تسلسل الحركة مرتبك جداً، وينفذ ببطء شديد وغير منسق، ولا يزيد على 25% من مدى الحركة بالتكرار السريع.
3. تنفذ الحركة ببطء ولكن بقوة دون أخطاء وبنسبة لا تزيد على 50% من مدى الحركة بالتكرار السريع.
4. الحركات غير منسقة قليلاً، ولا تزيد على 75% من مدى الحركة بالتكرار السريع.
5. تسلسل طبيعي للحركة.

• اللجنة الفرعية للتصنيف التابعة للجنة المباراة على الكراسي المتحركة.

1. تتكون اللجنة الفرعية للتصنيف من ثلاثة أعضاء هم:

طبيب

معالج طبيعي

متسابق من الكراسي / فني / خبير أسلحة.

2. تتخذ القرارات الخاصة بالفئة بأغلبية صوتين على الأقل من أصوات الأعضاء.

3. تصاغ الأحكام كافة من أجل التصنيف.

• بطاقة الهوية

يحمل المتبارزون على الكراسي المتحركة بطاقة هوية تحتوي على المعلومات التالية:

1. الاسم

2. صورة

3. الدولة

4. الفئة

الاعتراضات

الاعتراض على التصنيف

في حال عدم موافقة المتبارز على قرار اللجنة الفنية الفرعية للجنة المباراة على الكراسي، يحق له تقديم اعتراض خطي إلى لجنة المباراة على الكراسي المتحركة.

القرار النهائي

تتشاور لجنة المباراة على الكراسي المتحركة مع اللجنة الفرعية للتصنيف والمتبارز الذي قدّم الاعتراض.

يسمح للرياضي المعارض استخدام مستشار فيما يتعلق بالاعتراض قيد الدرس. بعد جلسة الاستماع، يكون القرار النهائي بيد لجنة المباراة على الكراسي المتحركة، ويتسلم المبارز المعارض قرار اللجنة مكتوباً.

التنظيم

- يسمح للاتية مسميّاتهم بالمشاركة في مسابقات المباراة على الكراسي المتحركة.
- IWFC - ، آي إس إم دبليو إس إف ISMWSF واللجنة البارالمبية الدولية.
- المتسابق الذي تصنّفه لجنة التصنيف التابعة للجنة المباراة على الكراسي المتحركة.
- المتسابق الذي يتسلم بطاقة هوية المباراة على الكراسي المتحركة وعليه أن يبرزها في مسابقات المباراة.
- بعد التصنيف، تصدر بطاقة هوية عن لجنة المباراة على الكراسي المتحركة. ويجب إبراز هذه البطاقة في المسابقات كلّها التي تقام تحت رعاية لجنة المباراة على الكراسي المتحركة.

تأهل الرياضيين وتصنيفهم:

يتأهل الرياضيون الذين يستخدمون الكراسي المتحركة للتنافس في رياضة المباراة على الكراسي المتحركة، وهناك ثلاثة أقسام للمسابقة، مع تقسيمات على أساس تصنيف الإعاقة.

منطقة اللعب:

في رياضة المباراة للأشخاص غير ذوي الإعاقة، يتنافس المتبارزون على شريط طوله 14 مترًا، في رياضة المباراة على الكرسي المتحرك، وتكون المباراة من وضع الثبات، إذ تثبت الكراسي المتحركة إلى الأرض باستعمال أطر معدنية، ويفضل ربط الكرسي

إلى الجانبين لمنعه من الانقلاب، ويحدد طول منطقة اللعب المتبارز الذي تكون ذراعه قصيرتين.

تمسك يد/ذراع واحدة بسلاح المبارزة، فيما تستخدم الذراع الأخرى للثبيت بالكرسي عند الاندفاع والتراجع.

القواعد

تشمل قواعد لعبة المبارزة على الكراسي المتحركة المسافة الثابتة بين المتبارزين. ويكون هدف رياضة المبارزة بالسيف الطويل والسيف العادي هي نفس أهداف مسابقة الرياضيين غير ذوي الإعاقة. وفي مسابقة الشيش، يكون الهدف فوق الخصر مع ارتداء مريلة تحت الخصر للمساعدة في إلغاء هذه اللمسات. ويجب أن تبقى القدمان على مسند القدمين، وأن يبقى المتبارز في وضع الجلوس (عدم وجود فراغ بين ردف المتبارز ومقعد الكرسي). ويثبت الكرسي بزاوية بدرجة 110 على الحاجز المركزي.

والهدف الرئيسي هو نفس هدف رياضة المتبارزين غير ذوي الإعاقة. ويعدّ المتبارز الذي يحرز أولاً 15 نقطة (تصفية مباشرة) أو 5 نقاط (مباراة أولية) على المنافس هو الفائز. وتمنح نقطة في كل مرة يلمس بها المتبارز منافسه في المنطقة المستهدفة. وتتكون مباريات التصفية المباشرة من ثلاث جولات، تتكون كل واحدة منها من 3 دقائق، وتدخل المسابقات الفردية والفرقية في سباقات السيف الطويل والشيش للرجال والسيدات، أما مسابقات السيف، فتبقى محددة بالرجال.

التقنيات والمعدات:

الكرسي المتحرك:

يعد الكرسي المتحرك قطعة رئيسية من المعدات، ويثبت على إطار معدني في منطقة اللعب للمحافظة على الاستقرار، ويجب تغطية الجزء الداخلي من العجلة الخلفية بدروع معدنية قابلة للفصل، ويجوز وضع وسادة للكرسي، على أن تكون بنفس عرض مقعد الكرسي المتحرك، وبارتفاع 5 سم وأعلاه 10 سم.

الأسلحة:

تشمل الأسلحة السيف الطويل، والشيش وسيف المبارزة، وهي نفس معدات المتبارزين

الاعتياديين. أما الرياضيون الذين يعانون فقداناً كبيراً للقدررة على إمساك السيف أو التحرك، فيسمح لهم بربط السيف إلى اليد باستعمال رباط أو أي نوع مماثل من اللفافات.

الملابس:

يرتدي المتبارزون ملابس واقية من ضمنها القناع، وسترة، وقفاز يغطي منطقة الكم، ويجب في مسابقات السيف الطويل وضع غطاء واق على الكرسي المتحرك لمنع تسجيل الضربات التي تصيب الكرسي، أما في سباق الشيش، فيجب وضع غطاء معدني (مريلة) فوق ساقَي المتبارز لمزيد من الحماية.

وأما المتبارزون الذين يعانون فقداناً كبيراً للتحكم أو إمساك السيف، فيسمح لهم بربط السيف إلى اليد باستخدام ضمادة أو أي نوع مماثل من اللفافات، ويجوز ارتداء قفاز، كما يجب تغطية فتحة الكُم بقطعة لاصقة، ويجب حماية الساقين بملابس إضافية سميكة أو مريلة، ويتنافس المتبارزون بنفس المعدات التي يتنافس بها المتبارزون غير ذوي الإعاقة، وتشمل الأسلحة المستعملة السيف الطويل والشيش والسيف العادي للمبارزة.

رجبي الكراسي المتحركة:

لمحة عن اللعبة:

طورت رياضة الرجبي بالكراسي المتحركة في كندا في أثناء عقد السبعينيات من القرن الماضي على يد رياضيين يعانون الشلل الرباعي، وفي دورة الألعاب البارالمبية بأتلانتا عام 1996، قدمت هذه اللعبة بوصفها رياضة استعراضية، وأدرجت رسمياً في برنامج الألعاب البارالمبية في دورة سيدني عام 2000. وهذه الرياضة هي رياضة قوية وفرقية قوية للرياضيين من الرجال والسيدات المصابين بالشلل الرباعي، ويمكن أن تكون رياضة قوية بديناً؛ لأنها تتطلب نقل الكرة إلى خط هدف المنافس. واعتماداً على قدراتهم الوظيفية، يوزع الرياضيون إلى سبع فئات تبدأ من 0.5 (الأشد إعاقة) إلى 3.5 التي تمنح لكل لاعب. وخلال المباراة، لا يمكن أن تتجاوز القيمة الكلية التي يحرزها اللاعبون في الفريق (8) نقاط. ويتنافس فريقان من أربعة لاعبين في أربعة أشواط، وكل شوط يتكون من 8 دقائق. وتخضع لعبة رجبي الكراسي المتحركة لإدارة الاتحاد الدولي لرجبي الكراسي المتحركة وهو لجنة من الاتحاد الدولي لرياضات الكراسي المتحركة والأشخاص المبتورين IWAS.

شروط اللعبة

رياضة رجبي الكراسي المتحركة رياضة فريدة تجمع ما بين عناصر كرة السلة واليد وهوكي الجليد. وهدف اللعبة هو حمل الكرة وإيصالها إلى خط هدف المنافس، ويجب أن تتجاوز العجلتان خط المرمى لكي يحتسب الهدف، ويجب أن يتحكم اللاعب بالكرة عندما يعبر الخط.

ويجوز حمل الكرة في الحجر، ولكن يجب تمريرها بين اللاعبين أو تنطط مرة واحدة كل عشر ثوان، وعلى الفريقين إعادة الكرة خلال عشر ثوان بعد توقف اللعب، و 15 ثانية لحمل الكرة من خط الوسط نحو هدف المنافس، وبعد أن يأخذ الفريق الكرة من خط الوسط، لا يجوز إعادتها إلى الوراء.

وكما هو الحال في كرة السلة، هناك منطقة أساسية في نهاية طرفي الملعب، ويسمح بوجود ثلاثة لاعبين فقط في المنطقة الرئيسية، ويسمح للاعب الهجوم بالبقاء في المنطقة لمدة عشر ثوان فقط.

ويسمح بالتماس بين الكراسي المتحركة، وتشكل هذه الحالة جزءاً أساسياً من اللعبة، وتكرر حالات الاصطدام في أثناء محاولة اللاعبين إيقاف المنافس والسيطرة على الكرة، ولا يسمح ببعض أشكال التماس التي تعدّ خطرة مثل ضرب كرسي المنافس خلف العجلة الخلفية، ويؤدي ذلك إلى منح ضربات جزاء، ولا يسمح بالتماس البدني بين اللاعبين.

وتتكون المباراة من أربعة أرباع (أشواط) كل واحد منها يستمر لثمان دقائق، ويمكن لعب أشواط إضافية من 3 دقائق في حالة التعادل، وتتكون الفرق من أربعة لاعبين وثمانية احتياطين في الحد الأعلى.

التصنيف:

رياضة رجبي الكراسي المتحركة هي رياضة للأشخاص المصابين بالشلل الرباعي من الرجال والسيدات، ويصنف اللاعبون إلى 7 فئات: 0.5، 1.0، 1.5، 2.0، 2.5، 3.0، 3.5 حسب قدراتهم الوظيفية، ويمنح الرياضيون الذين يتمتعون بمستويات وظيفية متميزة أعلى الفئات.

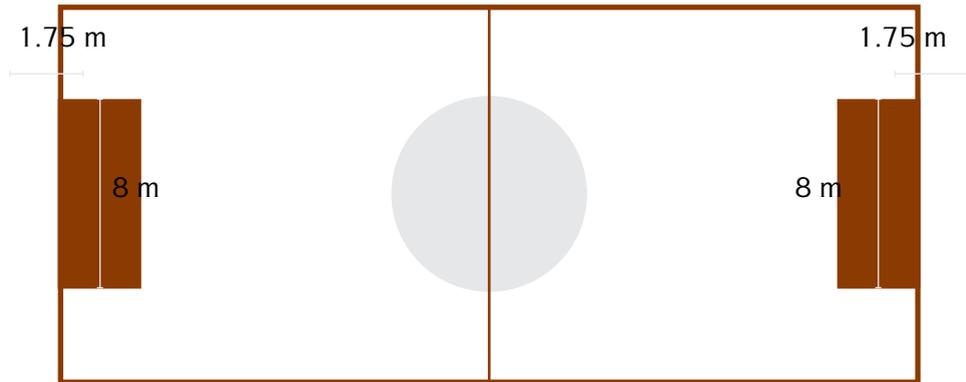
وتوجد ثلاثة مكونات خارج الملعب تستخدم لتحديد فئة اللاعب:

- اختبار المقعد: وهو اختبار عضلي يجري على عضلات الأطراف العليا، بالإضافة إلى فحص مدى الحركة، وطبيعتها وتحسّسها.
 - اختبار وظيفة الجذع: تقييم للجذع والأطراف السفلى في المستويات والمواقف كلّها، وقد يشمل ذلك فحصاً يدوياً لعضلات الجذع.
 - اختبارات الحركة الوظيفية: الدفع، الاستدارة، البدء، إمساك الكرسي ضد المقاومة، دحرجة الكرة، التمرير، الجري بالكرة، والتحويل، وهي بعض من المهارات الوظيفية التي قد يجري تقييمها.
- ويقىم اللاعب في الساحة في أثناء اللعب، للمساعدة على تحديد الفئة التي يقع فيها الرياضي.
- وفي أثناء المباراة، لا يتجاوز مجموع نقاط الفريق في الملعب 8 نقاط، وهذا يضمن أن الفريقين يدفعان إلى الملعب بمزيج من اللاعبين من المستويات الوظيفية كافة.

التقنيات والمعدات:

الملعب:

تلعب رياضة رجبى الكراسي المتحركة في ملاعب داخلية تبلغ مساحتها نفس مساحة ملعب كرة السلة الاعتيادية، وتستبدل بمساحة كرة السلة الرئيسية مساحة عرضها 8 أمتار وعمقها 1.75 متر في منطقة الرجبى على الكراسي المتحركة، ويسمى الجزء الذي يقع عند خط النهاية داخل المنطقة الرئيسية خطّ الهدف، ويعلمّ بعلامة (هدف) (برج).



شكل (206)

الكرة:

كرة بحجم كرة الطائرة الرسمي ووزنها، البالغ 280 غرامًا وبلون أبيض.

الكراسي المتحركة:

باعتبارها رياضة تقوم على التماس، تفرض رجلي الكراسي المتحركة الكثير من المطالب على اللاعبين، إذ يجب أن تكون أوزانهم خفيفة، ويسهل عليهم المناورة، مع الاحتفاظ بقوة كافية لحماية اللاعبين وتحمل الاصطدامات القوية المتكررة، وتميز كراسي الرجلي بخصائص فريدة، منها وجود دعائم في المقدمة واضحة لحماية المنطقة الجانبية، ويكون استعمال واقيات شعاع الدولاب ومعدات الحماية من الانفلات إلزامياً، ويجب أن تلبى الكراسي المتحركة شروط الاتحاد الدولي للعبة ومتطلباته.

القفزات:

يمكن أن يرتدي اللاعب قفزات لتحسين مسكته على الكرة.

تنس بالكراسي المتحركة:

شروط اللعبة:

ظهرت لعبة تنس الكراسي المتحركة لأول مرة في برنامج دورة الألعاب البارالمبية في برشلونه عام 1992، وقد نشأت في الولايات المتحدة خلال عقد السبعينيات من القرن الماضي، واستمرت في التطور لدى اللاعبين والجمهور على المستوى العالمي.

وتلتزم اللعبة بنفس قواعد لعبة التنس للأشخاص غير ذوي الإعاقة، ويجب أن يتمتع الرياضي بمستويات عالية من المهارات واللياقة والاستراتيجية، والفرق الوحيد هو أن مسابقات تنس الكراسي المتحركة هو السماح بأن تقفز الكرة مرتين، وتكون القفزة الأولى ضمن حدود الملعب.

ويجب أن يكون المتسابق من الأشخاص ذوي الإعاقة الذي يعاني فقداً دائماً أو كاملاً في ساق واحدة أو ساقين، وتتطلب معايير التأهل لدرجة الرباعي (Quad) أن يكون اللاعب معاقاً في ثلاثة أطراف أو أكثر، وتكون المباريات على مستوى الفردي (بين لاعبين اثنين) والزوجي (بين زوجين من اللاعبين)، والفائز في المباراة هو الذي يفوز بشوطين، أو

جولتين، ويكون الاتحاد الدولي للتنس هو الجهة المسؤولة عن إدارة ألعاب تنس الكراسي المتحركة التي تمارس في أكثر من 75 دولة.

وتؤدّى مباراة تنس الكراسي المتحركة بين لاعبين اثنين (فردى) أو أربعة لاعبين (زوجي)، ممن لديهم فقدان للوظيفة الحركية في أحد الطرفين السفليين أو كليهما، وهناك فئة خاصة من المصابين بالرباعي أو الرياضيين من ذوي الإعاقة يتصفون بفقدان الوظيفة الحركية في الأطراف السفلى، أو الإعاقة الوظيفية، أو البتر في الأطراف العليا. وتتكون مسابقات تنس الكراسي في دورات الألعاب البارالمبية من:

- زوجي السيدات
- سباقات الفردي للرجال
- رباعي فردي
- سباقات الفردي للنساء
- رباعي زوجي
- زوجي الرجال

الهدف في تنس الكراسي المتحركة هو ضرب الكرة بمضرب واحد بحيث تعبر الشبكة وتحط في مساحة المنافس.

تتبع اللعبة قواعد الاتحاد الدولي للتنس مع بعض الاستثناءات.

- يسمح للاعب التنس على الكرسي المتحرك بأن تقفز الكرة مرتين، وعلى اللاعب إعادة الكرة قبل أن تضرب الأرض للمرة الثالثة، ويمكن أن تكون الضربة (النتة) الثانية للكرة داخل حدود الملعب أو خارجه.
- يعدّ الكرسي المتحرك جزءاً من الجسم، وتسري عليه القواعد النافذة التي تطبق على جسم اللاعب.

الفائز هو اللاعب أو زوج اللاعبين الذي يحرز (يحرزان) جولتين أو مجموعتين (أفضل ثلاثة مجاميع من المباراة). ولكي يفوز بمجموعة، يجب عليه الفوز أو عليهما بستة مجاميع، ويكون كسر التعادل عند 6-6.

التصنيف:

شروط التأهل إلى مسابقات الرجال والسيدات هو وجود إعاقة وظيفية دائمة جوهرية أو كلية في إحدى الساقين أو كليهما، مثل إصابات الحبل الشوكي، القسط (تصلب المفصل)، البتر، أو إعاقة أخرى في الأطراف السفلى.

بالنسبة لفئة الرباعي، تتطلب شروط التأهل وجود إعاقة في ثلاثة أطراف أو أكثر.

قواعد لعبة تنس الكراسي المتحركة:

تتبع هذه اللعبة القواعد التي يحددها الاتحاد الدولي للتنس مع الاستثناءات الآتية:

- قاعدة ارتداد الكرة مرتين
- يسمح للاعب تنس الكراسي المتحركة بلعب الكرة بعد ارتدادها (نظها) مرتين، ويجب على اللاعب إعادة الكرة قبل أن تمس الأرض للمرة الثالثة، ويمكن أن يحدث الارتداد (النظ) الثاني داخل حدود الساحة أو خارجها.
- الكرسي المتحرك
- يعدّ الكرسي المتحرك جزءاً من الجسم، وتسري عليه القواعد المطبقة على جسم اللاعب.
- الإرسال: يتم الإرسال بالطرق الآتية:

1. قبل الإرسال مباشرة، يجب أن يكون المرسل في وضع ثابت. ثم يسمح له بدفعة واحدة قبل ضرب الكرة.

2. يجب على المرسل طيلة مدة الإرسال ألا يلمس أي عجلة أو أي منطقة سوى تلك الواقعة خلف خط الانطلاق ضمن المدى (الامتداد) المتخيل لعلامة المركز والخط الجانبي.

3. إذا كانت الطرق التقليدية لرمي الإرسال مستحيلة جسدياً للاعب المعاق بشكل رباعي، يجوز لشخص آخر، أو لاعب آخر إسقاط الكرة لهذا اللاعب. ولكن يجب استخدام نفس طريقة الإرسال في كل مرة.

- اللاعب يفقد نقطة

يفقد أحد اللاعبين نقطة إذا:

1. أخفق في إعادة الكرة قبل أن تمس الكرة الأرض ثلاث مرات.
2. حسب القاعدة (هـ) أذناه، إذا استخدم اللاعب أي جزء من قدميه أو أطرافه السفلى كوابح أو وسائل استقرار في أثناء الإرسال أو ضرب الكرة أو الاستدارة أو الوقوف مستنداً على الأرض أو على العجلة في أثناء كون الكرة في اللعب.
3. أخفق في جعل أحد الردفين بتماس مع مقعده عند مس الكرة.

• دفع الكرسي المتحرك بالقدم.

1. إذا كان بسبب افتقار اللاعب للقدرة على عدم دفع الكرسي بواسطة العجلة، يحق له دفع الكرسي المتحرك باستخدام قدم واحدة.
2. حتى وإن التزم بالقاعدة (ه)، أعلاه، يسمح للاعب دفع الكرسي باستخدام قدم واحدة، ولا يجوز لقدم اللاعب مس الأرض:
في أثناء حركة التآرجح بضمنها ضربة الكرة بالمضرب.
منذ بداية حركة الإرسال حتى ضرب الكرة بالمضرب.
3. اللاعب الذي يخرق هذه القاعدة يخسر نقطة.

• الكرسي المتحرك / تنس الأشخاص غير ذوي الإعاقة:

حيث يلعب لاعب تنس الكراسي المتحركة ضد لاعب تنس سليم البدن في الفردي أو الزوجي أو معه ، وتسري أحكام تنس الكرسي المتحرك على لاعب الكرسي، في حين تسري أحكام التنس لأصحاب البدن على اللاعب السليم البدن. وفي هذه الحالة، يسمح للاعب الكرسي المتحرك أن ترتد الكرة أمامه مرتين، في حين لا يسمح للاعب السليم البدن سوى مرة واحدة، تنط بها الكرة.

ملاحظة: تعريف الأطراف السفلى: الطرف السفلي، ومن ضمنه الردفان، والورك، والفخذ، والساق الكاملة، والقدم.

التقنية والمعدات:

الكرة:

تتكون الكرة من نصفين مرنين يربطان معاً، وتغطي بطبقة من الصوف وخيوط مركبة، ولونها أصفر أو أبيض.

المضرب:

كانت مضارب التنس الأولى تصنع من الخشب، وكانت الخيوط تصنع من أمعاء الشاة أو الغنم.

تصنع مضارب التنس من مواد مطورة تقنياً، مثل الجرافيت مع خيوط تركيبية، ويجوز

للاعبي تنس الكراسي المتحركة أن يضعوا شريطاً (حزام) خاصاً حول اليد لمساعدتهم على حمل المضرب.

الكرسي المتحرك:

كرسي التنس أخف من الكرسي المتحرك، وتعدّ السرعة وقدرة الكرسي على المناورة مهمة جداً عند لاعب التنس من ذوي الإعاقة، ويجري تحسين الكراسي باستمرار للوفاء بهذه المعايير.

الساحة:

تبلغ مساحة الساحة 23.77 متر × 8.23 متر للفردى و 23.77 متر × 10.96 متر للزوجى، ويمكن تحديد نفس الساحة لكل من الفردى والزوجى بعلامات متماثلة، وتقسم الساحة إلى نصفين بشبكة تمتد على ارتفاع 0.914 متر في المركز، و 1.57 متر على الجانبين. وهناك أربعة أنواع من الساحات، هي:

- ساحات صلبة الأرضية
- ساحات ترابية
- ساحات مغطاة بالسجاد
- ساحات عشبية

كرة قدم خماسي للمكفوفين:

لمحة عن اللعبة:

يعلم أي شخص حاول أن يلعب كرة قدم أنه لا يستطيع أن يقوم به المحترفون، كما أن اللاعبين المكفوفين لا يستطيعون رؤية الكرة أو المنافس أو الهدف، ومع ذلك تشاهد مباراة غاية في الإثارة.

وكرة القدم الخماسي للمكفوفين مفتوحة للأشخاص المصابين بعدم القدرة على الإبصار / والإعاقة البصرية، مع إمكانية مشاركة لاعب مبصر واحد ليكون حارس مرمى، ويضم كل فريق خمسة لاعبين، وتستمر المباراة (50) دقيقة، وتسري عليها أحكام كرة القدم للاعبين العاديين مع بعض التعديلات، منها أن الكرة تصدر صوتاً في أثناء الحركة، ويمكن أن يكون حراس المرمى مبصرين، ويتصرفون بمثابة دليل في أثناء المباراة، فيما يستعمل لبقية أعضاء الفريق معتمات (مظلات) على العيون لضمان العدالة، ويتكون الفريق من (5) لاعبين بدلاً من (11)، ومساحة الملعب أصغر من الملعب العادي، وليس هناك قانون تسلل.

وتتكون المباراة من شوطين، مدّة كل شوط 25 دقيقة، وتدير اللجنة الفرعية لكرة القدم التابعة للاتحاد الدولي لرياضات المكفوفين هذه الرياضة، مع مراعاة الأحكام المعدلة الصادرة عن الاتحاد الدولي لكرة القدم (فيفا).

وقد أقيمت أول بطولة كرة قدم خماسي في إسبانيا عام 1986، ومنذ ذلك الحين، تطورت هذه الرياضة بسرعة، وظهرت أول مرة في دورة الألعاب البارالمبية في أثينا عام 2004.

شروط اللعبة:

تؤدّى كل مباراة كرة قدم من فريقين بوجود أربعة لاعبين مكفوفين وواحد مبصر أو حارس مرمى معاق بصرياً في الساحة، بالإضافة إلى خمسة بدلاء، ولكل فريق دليل يقف خلف مرمى المنافس لتوجيه اللاعبين عند التسديد، وتممر الكرة بين أفراد الفريق بهدف ضربها إلى منطقة الهدف، ويحاول الفريق المنافس منع الفريق الآخر من التسجيل، ويحق لحارس المرمى فقط استعمال يديه في لعب الكرة؛ لأن الساحة محاطة بجدار، ولا توجد رميات جانبية، وهذا ما يخلق فرصة لمباراة سريعة ومتدفقة.

وتستمر المباراة (50) دقيقة مقسمة إلى شوطين، ومدة الشوط 25 دقيقة، ومدّة الاستراحة 10 دقائق بين الشوطين، والفريق الفائز هو الذي يحرز أهدافاً في أثناء المباراة في حالة التعادل، ويتحدد الفائز باللجوء إلى ضربة جزاء.

ويتولى حكم وحكم مساعد على الخط الجانبي مراقبة المباراة، وتمنح ضربات الجزاء إذا لمس اللاعب (نظارتة) (مظلة العين)، أو إذا خرج حارس المرمى خارج منطقة، أو إذا عرقل لاعباً أو دفع منافسه.

التصنيف:

يشارك الرياضيون في الفئات الآتية في رياضة كرة قدم خماسي للمكفوفين.

ب1: من حالة عدم إدراك الضوء في أي من العينين إلى إدراك الضوء، مع عدم القدرة على تمييز شكل اليد على أي مساحة أو أي اتجاه.

ب2: من القدرة على تمييز شكل اليد إلى حدة بصرية 2/60 و/أو قدرة بصرية في الملعب بأقل من 5 درجات.

ب3: من حدة بصرية 2/60 إلى حدة بصرية 6/60 و/أو قدرة بصرية في الملعب بأكثر من 5 درجات وأقل من 20 درجة.

(ملاحظة: لا يتأهل: حدة بصرية أكبر من 6/60 و/أو قدرة بصرية في الملعب بأكثر من 20 درجة).

ويمكن أن يكون حراس المرمى مبصرين، وفي مثل هذه الحالات، يجب ألا يكونوا مسجلين لدى الفيفا في السنوات الخمس الأخيرة.

التقنية والمعدات:

الملعب: تلعب كرة قدم خماسي للمكفوفين على ملعب غير مغطى بمساحة 38.42 متر طولاً و 18.22 متر عرضاً، ومغطى بعشب طبيعي أو مركب صناعياً، وتوضع علامات واضحة مع خطوط تماس على الجانبين، وخطي الهدف في كل طرف، وخط وسط، ودائرة وسط (قطر 6 م)، ومنطقة حارس المرمى (5 × 2م) وهناك نقطة ضربة جزاء (على بعد 6م من الهدف) ونقطة جزاء مزدوجة (على بعد 9 م)، وأقيسة الهدف 3 × 2 م، ويحيط جدار بارتفاع 1 إلى 1.2 م بالمنطقة كاملة، والهدف منه تجنب الرميات الجانبية، وتوفير التوجيه للاعبين.

الكرة: صنع الكرة الرسمية من الجلد أو مادة مرگبة خاصة، ويبلغ قطرها 62 سم، وتزن ما بين 490 و 520 غراماً، وفيها جهاز صوت داخلي لكي يستطيع اللاعب سماع الكرة. **الملابس:** يلتزم أعضاء الفريق بارتداء نفس الملابس، وهي: قميص، وسروال، وجوارب، ويجب أن يكون لون ملابس حارس المرمى مختلفاً عن ألوان زملائه في الفريق وعن ملابس الحكام.

وسائد حماية مقدمة الساق: هي وسائد وقائية خاصة تصنع من مواد بلاستيكية أو مادة رقيقة، مثل المطاط أو الكاوتشك، وتوضع هذه الوسائد داخل جوارب اللاعب، لحماية مقدمة الساق.

الحذاء: حذاء خاص مع نعل خاص لمساعدة الرياضي على التحرك على أرض الملعب. **قفازات حارس المرمى:** مع ضرورة حماية يديه، لتساعده على إيقاف الكرة ومنع إحراز هدف.

القناع أو عصابة العينين: يرتدي اللاعبون باستثناء حارس المرمى، عصابة للعينين أو قناعاً لضمان المساواة بين اللاعبين، وقد يفرض على اللاعبين ضربة جزاء بسبب لمسهم للقناع في أثناء المباراة.

ترايثلون الأشخاص ذوي الإعاقة:

لمحة عن اللعبة

التزم الاتحاد الدولي لرياضة الترايثلون بدعم تطوير هذه الرياضة لمدة تزيد على 30 عامًا. وتوجد حالياً خمس فئات للرياضيين الذين يعانون إعاقات للتنافس في مساحة سباق الترايثلون سباحة 750 م و 20 كم على الدراجة الهوائية (دراجة يدوية) (دراجة ثنائية) و5 كم جري (بالكرسي المتحرك) في مختلف سباقات الاتحاد الدولي كل موسم، بضمنها بطولة العالم لسباق الترايثلون، وقد أدرجت رياضة الترايثلون للأشخاص ذوي الإعاقة في الألعاب البارالمبية عام 2016 بريودي جانيرو بالبرازيل.

الفئات: (كل من يستطيع المشاركة في سباق الباراترايثلون)

هناك خمس فئات رياضية في الباراترايثلون:

بي تي 1: وهم مستخدمو الكراسي المتحركة، وتشمل هذه الفئة الرياضيين الذين لديهم قيود محددة في الحركة، أو إعاقة في القوة العضلية، أو ضعف الأطراف، أو الإفراط في التوتر، أو عدم القدرة على تنسيق الحركة العضلية الإرادية، أو الكنع (تمعججات حركة اليدين والقدمين) التي تحول دون إمكانية ركوب الدراجة والجري بأمان ومن خلال تقييم التصنيف، يجب أن يحصل الرياضيون على درجة تصل إلى 640 نقطة، وعليهم استعمال دراجة يدوية في حالة استلقاء (مضطجع) على مسار الدراجات وكرسي متحرك للمسابقات في فئة الجري.

بي تي 2: تشمل الرياضيين الذين يواجهون صعوبة في الحركة أو إعاقة، مثل: عطب في الأطراف، أو الإفراط في التوتر، أو ضعف في القوة العضلية، أو أن مدى الحركة يصل من خلال تقييم التصنيف إلى 454.9 نقطة. وفي رياضات الدراجات والجري، يحق لمبتوري الساق استعمال أجهزة مساعدة معتمدة أو أجهزة مساعدة أخرى.

بي تي 3: تشمل الرياضيين الذين يواجهون صعوبة في الحركة أو إعاقة، مثل: عطب في الأطراف، أو الإفراط في التوتر، أو الترنح، أو الكنع، أو ضعف العضلة، أو أن مدى الحركة يصل إلى من 455 إلى 494.9 نقطة في تقييم التصنيف. وفي رياضات الجري والدراجات، يحق للرياضيين استعمال أجهزة مساعدة معتمدة أو أجهزة مساعدة أخرى.

بي تي 4: تشمل الرياضيين الذين يعانون صعوبة في الحركة أو إعاقة، مثل: عطب في الأطراف، أو الإفراط في التوتر، أو الترنح، أو الكنع، أو ضعف القوة العضلية، أو أن مدى الحركة يصل من 490 إلى 557 نقطة في تقييم التصنيف. وفي رياضات الجري والدراجات الهوائية، يحق للرياضيين استعمال أجهزة مساعدة معتمدة أو أجهزة مساعدة أخرى.

بي تي 5: إعاقة بصرية كاملة أو جزئية (حسب تصنيف IBSA / IPC - للفئات الفرعية B1، B2، B3). وتشمل الرياضيين المكفوفين تماماً والمحرومين من إدراك الضوء في أي من العينين، إلى إدراك بسيط للضوء، ولكنهم غير قادرين على تمييز شكل اليد من أي مسافة أو في أي اتجاه (بي B1)، والرياضيين المبصرين جزئياً مع قوة بصر أقل من 60/6، أو رؤية ميدانية أقل من 20 درجة مع أفضل رؤية تصحيحية (B2 - B3).

ولا بد من حضور دليل من نفس الجنسية والجنس طيلة السباق، ويجب ركوب دراجة (تاندم) في أثناء سباق الدراجات.

التصنيف:

- قواعد تصنيف سباق الباراثايلون حسب نظام التصنيف المعتمد في الاتحاد الدولي للترايثلون.
- على الرياضيين المشاركين في هذا السباق أن يحصلوا على تصنيف دولي لضمان الوفاء بمعايير التأهل للمسابقة والتوزيع على الفئة المناسبة.
- 1. الحضور في موعد التصنيف الدولي أمام هيئة التصنيف المعينة قبل إجراء المسابقة.
- 2. تقديم استمارة التشخيص الطبي في وقت التصنيف موقعة من جهة طبية مناسبة وصورة بحجم صورة جواز السفر وأي وثيقة طبية أخرى.

- يبلغ المتسابقون في الباراثايلون، إذا لم يتوافر التصنيف، من خلال اتحاداتهم الوطنية لتقديم وثائق طبية محددة للاتحاد الدولي في موعد أقصاه (٤) أسابيع قبل البطولة، بحيث يجري لهم تصنيف مؤقت.
- عند تغيير فئة الرياضي، تجرى مراجعة لنتائجه السابقة. ويدرس الاتحاد الدولي هذا الطلب حالة بحالة، ويقرر إن كانت نتائج ذلك السباق بحاجة إلى تعديل.

ألعاب القوى:

سرعة المتسابق، وقوة الرامي، وقوة القافز، وتحمل المتسابق المسافات الطويلة في ألعاب القوى (الساحة والمضمار) البارالمبية كلها أمور تستقطب أعداداً كبيرة من الرياضيين والمتفرجين. فهي توفر مدى واسعاً من المنافسات وأكبر عدد من الألعاب، وقد كانت ألعاب القوى جزءاً من الألعاب البارالمبية منذ عام 1960 ولا تزال، وهي مفتوحة للرجال والسيدات في مجاميع الإعاقة. وقد ساعد التقدم التكنولوجي وإخلاص الرياضيين لهذه اللعبة على تحويل ألعاب كانت غير متخيلة إلى واقع، فبعض اللاعبين يتنافسون على كراسي متحركة وآخرين بأجهزة مساعدة، ويتنافس المكفوفون والمصابون بإعاقات بصرية بمساعدة دليل أو مرافق مبصر، كما يتنافس الرياضيون طبقاً لتصنيفهم الوظيفي في كل فاعلية، وهذه الفعاليات يعاد تعريفها على نحو متواصل لتشمل أكبر عدد من الرياضيين قدر الإمكان، وتشتمل ألعاب القوى على الألعاب الآتية:

ألعاب المضمار: الجري لمسافات قصيرة (100، 200، 400 متر)، مسافات متوسطة (800، 1500 متر) مسافات طويلة (5000، 10000 متر)، وسباقات التتابع (4 × 100 متر، و 4 × 400 متر).

سباقات الفرق: الماراتون

سباقات الوثب: الوثب العالي، الوثب الطويل، الوثب الثلاثية.

سباقات الرمي: حذف القرص، ودفع القلعة، ورمي الرمح.

سباقات مشتركة: بينثاثلون (مضمار + سباقات الطرق، الوثب والرمي، حسب تصنيفات الرياضيين).

تاريخ اللعبة:

تتمتع رياضة ألعاب القوى بتاريخ طويل يرجع إلى عهد الإغريق القدامى، وقد بدأت أول مسابقة منظمة للرياضيين ذوي الإعاقة، في 1952 عندما أدخل السباق بالكراسي المتحركة في سباق مستشفى ستوك مانديل في إنجلترا ضمن إطار الألعاب التي نظمت لمحاربي الحرب العالمية الثانية، وأصبحت اللعبة جزءاً من الألعاب البارالمبية منذ البداية في عام 1960، وخلال العشرين سنة التي تلت، تمكنت مجاميع إضافية من الرياضيين ذوي الإعاقة من الانضمام إلى مسابقات البارالمبية.

شروط اللعبة:

يشمل برنامج مسابقات ألعاب القوى مسابقات: الساحة والمضمار، والرمي والوثب، والماراثون والبيثاثلون، وهي تشمل أكبر عدد من الرياضيين والرياضيات، وأكبر عدد من المسابقات.

سيدات	رجال	الرياضة
100 م	100 م	الميدان
200 م	200 م	
400 م	400 م	
800 م	800 م	
1500 م	1500 م	
-	10000 م	
4 × 100 م تتابع	4 × 100 م تتابع	الوثب
4 × 400 م تتابع	4 × 400 م تتابع	
الوثب العالي	الوثب العالي	
الوثب الطويل	الوثب الطويل	الرمي
-	الوثبة الثلاثية	
رمي الثقل	رمي الثقل	
حذف القرص	حذف القرص	مشاركة
رمي الرمح	رمي الرمح	
	رمي (الهرولة)	
بيثاثلون	بيثاثلون	مسابقات الطريق
ماراثون	ماراثون	

التصنيف:

في ألعاب القوى، يتنافس الرياضيون من كل فئات الإعاقة الممثلة في دليل اللجنة الدولية البارالمبية وهي:

الفئات 11، 12 و 13: تشمل المستويات المختلفة من الإعاقة البصرية.

الفئة 20: تشمل الرياضيين ذوي الإعاقة الذهنية.

الفئات 32-38: تشمل الرياضيين من فئة الشلل الرعاشي على مختلف مستوياته على الكرسي المتحرك (32-34)، والشلل من وضع الوقوف (35-38).

الفئة 40-46: تشمل الرياضيين من وضع الوقوف بمستويات مختلفة من حالات البتر وإعاقات أخرى بضمنها (التقزم مثلاً).

الفئات 51-58: تشمل الرياضيين على الكرسي المتحرك بمستويات مختلفة من إصابات الحبل الشوكي والبتر.

وما عدا ذلك، فيتعلق بأحكام ألعاب القوى الصادرة من اللجنة الدولية البارالمبية.

التقنية والمعدات:

يتطلب كثير من مسابقات ألعاب القوى - مثل: حذف القرص أو دفع القلعة أو رمي الرمح - معدات رياضية محددة، وبالإضافة إلى ذلك، يجوز للرياضيين استعمال أجهزة مساعدة معينة كما حددتها قواعد اللعبة الصادرة عن اللجنة الدولية البارالمبية، وهذه التقنية تواصل التقدم بمعدلات سريعة.

الكراسي المتحركة: تعدّ من معدات الرياضة في مسابقات الساحة والميدان (المضمار)، وتميل هذه الكراسي المتحركة إلى أن تكون خفيفة الوزن، وتحدد أبعاد الكراسي المتحركة ومواصفاتها في أحكام ألعاب القوى الصادرة عن اللجنة الدولية البارالمبية.

الأجهزة المساعدة الإضافية: يجوز للرياضيين المبتوري الساق استعمالها، وقد طورت خصيصاً لتلبية متطلبات المنافسة في هذه الرياضة، وتتطلب قواعد اللجنة الدولية البارالمبية استعمال إضافات للساق في سباقات المضمار، ولكنها تبقى اختيارية في سباقات الميدان. حبال الشد أو وسائل أخرى: يجوز استعمالها من متسابق الجري ممن لديهم إعاقة

بصرية لكي يربطوا إلى دليلهم المبصر، ويجوز استعمال معدات صوتية (أو منادٍ مبصر) لإعطاء إشارة الانطلاق في مسابقات الففز ومناطق أهداف رياضات الرمي.... إلخ.

البوتشيا:

البوتشيا هي اختبار للتحكم بالعضلات ودقتها، وتتطلب درجة عالية من التركيز والانتباه، وهدف هذه اللعبة هو رمي كرات لعب لتهبط في أقرب موقع ممكن من الكرة الخاصة المستهدفة، «الجاك».

وتمارس هذه اللعبة في 44 دولة على الأقل، وهي مفتوحة للرياضيين المصابين بالشلل الرعاشي (الدماعي)، والحالات العصبية المرتبطة باستخدام كرسي متحرك. وقد تطورت اللعبة على مدى سنوات لتكون نشاطاً ترفيهياً ورياضة تنافسية، وأدخلت إلى دورة الألعاب البارالمبية بنيويورك عام 1984.

وليس للعبة البوتشيا ما يقابلها في الألعاب الأولمبية، فالمستويات مفتوحة للجنسين، ولها فئات الفردي والزوجي والفرقي، ويبلغ إجمالي الألعاب التي تمنح ميداليات سبعا، وتتكون المباراة من أربع جولات في الفردي والزوجي، وست جولات في الفرقي، وتلعب على ساحة مخططة، وعلى سطح صلب عادة، وتخضع اللعبة لإدارة اللجنة الدولية للبوتشيا، وهي لجنة تابعة للاتحاد الدولي لرياضة وترويح مصابي الشلل الدماغي (CPISRA).

شروط اللعبة:

تتكون المباراة من أربع نهائيات في الفردي والزوجي وست نهائيات في فئة الفرقي، وتستمر كل نهاية إلى أن يكون الفريقان قد لعبا كل الكرات التي بحوزتهما.

وتبدأ المباراة برمي كرة الهدف البيضاء أو «الجاك» إلى منطقة اللعب، ويدحرج نفس اللاعب أول كرة بوتشيا إلى أقرب نقطة ممكنة من الهدف (الجاك)، ويستخدم اللاعبون أيديهم وأقدامهم أو جهازاً مساعداً عند الحاجة لدفع الكرات، وبعد ذلك، يرمي الفريق المنافس الكرة إلى أن يصل إلى أقرب نقطة من الجاك، وإلى أن يكونوا قد رموا كراتهم، ثم تعود الكرة إلى الفريق الأول، وتستمر (النهاية) أو الشوط بهذه الطريقة إلى أن يكون الفريقان قد رميا كراتهما.

وفي المسابقة الفرقية، يدور الرمي طيلة المباراة، وتسجل النقاط في نهاية كل شوط، وتمنح نقطة واحدة عن كل كرة اقتربت أكثر إلى الجاك وتدخل إلى «داخل» أي كرة من كرات المنافس، وإذا كانت كرتان من نفس اللون أقرب إلى «الجاك» من أي كرات أخرى للمنافس، يحصل الأول على نقطتين، وإذا كانت كرتان أو أكثر من ألوان مختلفة على المسافة نفسها من (الجاك)، مع عدم وجود كرة أقرب إليه، يحصل كل فريق على نقطة واحدة عن كل كرة.

وبعد الانتهاء من كل الرميات النهائية (الأشواط)، يكون الفرد، الفريق الزوجي، والفريق الحاصل على أعلى مجموع من النقاط هو الفائز، وفي حال تعادل نقاط الفريقين، يكسر التعادل برمية إضافية واحدة.

يسمح للرجال والسيدات بالمشاركة في كل فئة من الفئات السبع للعبة وهي:

- فردي BC1
- فردي BC2
- زوجي اللاعبين المصنفين في فئة BC3
- زوجي اللاعبين المصنفين في فئة BC4
- فرقي اللاعبين المصنفين في فئة BC1 و BC2.

التصنيف:

يسمح للاعبين المصابين بالشلل الدماغي في CP1 و CP2 (شلل دماغي 1 و 2) بالإضافة إلى اللاعبين الذين يعانون إعاقات جسدية شديدة (مثل الضعف العضلي) بالمشاركة في سباقات البوتشيا.

يصنف اللاعبون إلى أربع فئات حسب قدرتهم الوظيفية:

بي سي 1 (BC1): بالنسبة للرماة من فئة الشلل الدماغي (CP1 و CP2)، من اللاعبين بالقدمين، ويجوز للرياضيين التنافس بمساعدة المساعد الذي يجب أن يبقى خارج منطقة صندوق اللعب الخاصة بالرياضيين، ويوفر المساعد المحافظة على استقرار كرسي اللعب أو تعديله، وإعطاء اللاعب الكرة عند الطلب.

بي سي 2 (BC2): للرماة من فئة CP2. لا يسمح لتقديم المساعدة.

بي سي 3 (BC3): اللاعبون من ذوي الإعاقات البدنية شديدة:

يستعمل اللاعب جهازاً مساعداً، ويجوز أن يساعده شخص يبقى خارج صندوق اللعب، ولكنه يجب أن يعطي ظهره للساحة، ويتجنب النظر إلى مجريات اللعب.

بي سي 4 (BC4): اللاعبون من ذوي الإعاقات البدنية الشديدة: لا يحق لهم طلب المساعدة.

التصنيف الكامل للعبة البوتشيا:

البيانات الوظيفية للفئة ا:

الشلل الرباعي:

صعوبة شديدة في الحركة، تشنج بدرجة 4 إلى 3، مع كنع في القدمين أو اليدين، ومدى حركي ضعيف، وقوة وظيفية ضعيفة في كل الأطراف والجذع أو تصلب شديد في المفصل، مع تشنج أو أداء عضلي ضعيف، وتحكم ضعيف.

ويعتمد على كرسي كهربائي متحرك، أو مساعدة للتنقل، وهو غير قادر على دفع الكرسي المتحرك.

يمكن ملاحظة أحد الأعراض أو مجموعة من الأعراض التالية:

- تصلب عضلي شديد يؤدي إلى تقييد الحركة ومدى سلبي في التحرك.
- صعوبة التحكم بالحركة اللاإرادية أو الزائدة.
- ضعف في الذراعين والساقين والجسم في أثناء الحركة الرياضية.

الأطراف السفلى:

تعدّ غير فاعلة في علاقتها مع أي رياضة بسبب تقييد مدى الحركة (تصلب المفصل، تصلب عضلي، تشوه) ضعف و/أو تحكم ضعيف بالحركة و/أو الوضع. وجود حد أدنى من الحركة اللاإرادية لا يغير من فئة هذا الشخص.

التحكم بالجذع: يعدّ التحكم بالجذع من (وضع السكون) و (الوضع في أثناء الحركة) من المؤشرات المهمة، وتكون ضعيفة أو غير موجودة، وشديدة في تعديل الظهر نحو خط الوسط أو الوضع المستقيم عند أداء الحركة الرياضية، مثل رمي كرة البوتشيا.

الأطراف العليا:

قيد شديد في مدى الحركة الوظيفية، أو تصلب شديد، وهي من العناصر الرئيسية في هذه الرياضة، مع انخفاض القدرة في حركة الرمي، والمتابعة في أثناء المباراة.

ومن أهم صفات هذه الفئة ما يأتي:

- ضعف القدرة على مسك الكرة في أثناء الرمي.
- ضعف التوقيت في إطلاق الكرة.
- ضعف حركة عزل الحركات في مفاصل مختلفة.
- ضعف التحكم بسلسلة / سرعة الحركة والتزامن بين أي من هذه الجوانب قد يلاحظ في أثناء المتابعة.
- قد يكون ممكناً وضع الإبهام وإحدى الأصابع متقابلتين بما يسمح للاعب بالمسك.
- تكون فرص تنوع الرميات المتاحة للاعب محدودة.
- البيانات الوظيفية الفئة 1 مع جهاز مساعد (WAD) With an Assistive Device

كما ورد في التفاصيل أعلاه مع استثناء:

وظيفة اليد:

لا توجد مسكة أو إطلاق مستدامة مع حركة الذراع أو بدونها و/أو مدى حركي غير كاف لدفع الكرة إلى الساحة.

البيانات الوظيفية للفئة 2

الشلل الرباعي:

- صعوبة شديدة إلى معتدلة في الحركة.
- تشنج بدرجة + 3 إلى 3 مع كنع في القدمين أو اليدين.
- شلل شديد مع وظيفة بسيطة في الجانب الأقل تأثيراً.
- قوة وظيفية ضعيفة في كل الأطراف والجزع مع القدرة على دفع كرسي متحرك.

الأطراف السفلى:

درجة ملحوظة من الوظيفية في أحد الأطراف أو الطرفين السفليين للسماح بالدفع الوظيفي لكرة البوتشيا والكرسي المتحرك تلقائياً، بحيث يتأهل اللاعب إلى فئة أدنى من

2، إلا إذا قرر فريق التصنيف أن وظيفة الأطراف العليا أكثر كفاية فيمكن نقل رياضيي الفئة دون (2) وحملهم.

التحكم بالجذع:

التحكم الساكن مقبول، وبذلك يوفر نقطة مستقرة للبدء برمي الكرة. التحكم الحركي بالجذع ضعيف كما هو مبين في الاستعمال الإلزامي للأطراف العليا و/أو الرأس للمساعدة على العودة إلى وضع الوسط (وضع مستقيم).

الأطراف العليا - اليد:

إعاقة شديدة إلى متوسطة في الحركة مع تشنج بدرجة 3. إذا كانت وظيفة اليد والذراع كما وصفت في الفئة (1) فسيحدد الطرف السفلي إن كانت الفئة (2) هي الأكثر ملاءمة.

يتميز الرياضي الذي يصنف في الفئة (2) عليا بمسكة دائرية أو أسطوانية، ويمكن أن يظهر براعة يدوية كافية للتعامل مع الكرة ورميها، ولكنه سيظهر ضعفا في المسك والرمي، ويجب فحص حركة الرمي لبيان تأثيرها في وظيفة اليد (مثل المسك والإطلاق). وبالمقارنة بالفئة (1)، نجد أن التحكم بسرعة الحركة / وسلاستها وتوقيت إطلاق الكرة وحركات العزل في مفاصل مختلفة أكثر كفاية، ومع ذلك تعدّ ضعيفة إلى مقبولة.

القدرة على دفع الكرسي المتحرك بالأطراف العليا ملحوظة، وهناك إعاقة في مدى الحركة النشطة تتراوح بين المعتدلة والشديدة، لذلك فإن وظيفة اليد تعدّ أساسية.

التقنية والمعدات:

الكرات: تصنع كرات البوتشيا من الجلد الطبيعي أو المركب، وهي أكبر بقليل من كرة التنس، وتقبل أي كرة للعب من أي جهة مصنعة بشرط أن تزن 275 غرام (+ - 12 غرام)، ويبلغ محيطها 270 ملم (+ - 8 ملم)، ولا بدّ من فحص الكرات في كل مباراة. هناك ست كرات حمراء وست زرقاء للدلالة على الفريق الذي يلعب بها، وكرة بيضاء تسمى «الجاك».

الملعب: قياسات ملعب كرة البوتشيا هي 12.5 × 6 م مع 2 م منطقة حرة حول الملعب.

أرضية الملعب مسطحة وسلسلة.

تقسم منطقة الرمي إلى ستة صناديق رمي مستطيلة الشكل، وفي الساحة خط على شكل حرف (V) يجب أن تتجاوزه الكرات لكي تكون الرمية صحيحة، وهناك علاقة تؤثر الموقع الذي يوضع في (الجاك) إذا ما لمس، أو تجاوزت خط الحد، أو في حالة كسر التعادل.

حاوية الكرة الثابتة: توضع في طرف الساحة، وتعدّ الكرة «ثابتة» أو «ميتة» إذا ما رميت بعد الوقت المحدد، وترمى خارج ساحة اللعب أو، في حال ارتكاب اللاعب مخالفة لإحدى القواعد في أثناء الرمية.

وحدة القياس: تستخدم المسطرة لقياس مسافة كل كرة عن الجاك.

الدراجات:

تعدّ السرعة والإثارة المتوارثة في مسابقات الدراجات جديدتين نسبياً على الرياضيين ذوي الإعاقة. وقد بدأت هذه الرياضة بالتطور على يد دراجين مكفوفين تنافسوا أول مرة باستعمال دراجات (ثنائية). ودخلت رياضة الدراجات إلى دورة الألعاب البارالمبية في سيئول عام 1988، وتمارس الآن في أكثر من 48 دولة. واليوم، وبالإضافة إلى المكفوفين وذوي الإعاقة البصرية، يمارس اللعبة رياضيون مصابون بالشلل الدماغي، والبتير أو إعاقات جسدية أخرى، إذ يستطيعون المشاركة في فئات حسب درجة الأداء الوظيفي والمهارات المطلوبة في رياضة الدراجات، وبناء على تصنيفهم، يستخدم الرياضيون دراجة هوائية أو دراجة ثلاثية العجلات، و(ثنائية) أو دراجة باليدين، ويشمل برنامج المسابقة مسابقات المضمار والطريق للأشخاص والفرق في مجال الجري السريع، والمتابعة الفردية، وتجربة الوقت 1000 متر، وسباقات الطريق وتجارب الزمن، وتكون والسباقات مفتوحة للرجال والسيدات، ويوزع الدراجون معاً حسب قدراتهم الوظيفية.

رياضة الدراجات للأشخاص ذوي الإعاقة رياضة معدّلة، وتطبق اللوائح الفنية للاتحاد الدولي للدراجات (UCI) في السباقات، وهناك قواعد محددة صادرة عن اللجنة الدولية البارالمبية تسمح بتعديلها على الدراجات والمعدات حسب الحاجة، لأسباب تتعلق بالسلامة، ومنذ كانون الثاني (يناير) 2007، تخضع رياضة دراجات الأشخاص ذوي الإعاقة لإدارة الاتحاد الدولي للدراجات.

شروط اللعبة:

يتنافس الرياضيون المصابون بإعاقة الشلل الدماغي على الطريق والمضمار باستعمال دراجات سباق قياسية، كما يتنافس الرياضيون الذين يعانون صعوبات في التوازن على دراجات ثلاثية في مسابقات الطريق فقط، أما الرياضيون ذوو الإعاقة البصرية، فيتنافسون على دراجات (ثنائية) في الطريق والمضمار، مع وجود قائد مبصر، وأمّا الرياضيون المبتورون والآخرين الذين يعانون إعاقات دائمة أخرى، في الطريق والمضمار، فيستعملون دراجات سباق قياسية.

أما مستخدمو الكراسي المتحركة وغير القادرين على ركوب دراجات سباق رئيسية، أو ثلاثية، بسبب إعاقات شديدة في الأطراف السفلى، فيتنافسون في سباقات الطريق باستعمال دراجات يدوية ثلاثية العجلات، ولكل الفئات، يسمح بإدخال تعديلات محددة خاصة بالإعاقة، عند الضرورة لتحسين مستوى السلامة.

سباق تجربة الزمن لمسافة كيلومتر: مسابقة تجربة الزمن لمسافة 1000م هي مسابقة للدراجات الهوائية والثنائية للرجال والسيدات، ويتنافس كل رياضي وحده ضد الزمن لهذه المسافة من نقطة البداية. وتحجز الدراجات ببوابة انطلاق ميكانيكية، ولكن يجب مسك الدراجة (الثنائية) باليد من قبل محكم انطلاق، ويصدر أمر الانطلاق من قبل الحكام المفوضين، بحيث ينطلق الدراج الأسرع أخيراً، والفائز في كل سباق هو الدراج الذي يحقق أفضل وقت، وفي سباقات مجاميع الإعاقة المختلطة، يكون الدراج الذي يحقق أفضل توقيت عند مقارنة التوقيت بوقت قياسي في فئته هو الفائز.

المتابعة الفردية:

هي سباق للدراجات الهوائية والثنائية للرجال والسيدات، وتبدأ دراجتان هوائيتان على جانبيين متقابلين قطرياً من المضمار، ويوضع كل واحد منها في وسط خطوط المضمار المستقيمة، وتحجز الدراجات الهوائية ببوابة انطلاق، فيما تحجز الثنائي باليد، وفي أثناء السباق، يحاول كل دراج اللحاق بالآخر، أو تسجيل أسرع زمن لكل مسافة السباق. وتكون المسابقة من ثلاث جولات (دورات)، الأولى هي جولة التصنيفات لاختيار أسرع ثماني دراجات أو دراجات ثنائية، على أساس الأوقات المسجلة، ثم يوضع الفائزون المرشحون الثمانية في أزواج للدورة الثنائية لمعرفة الأسرع مقابل الأبطأ، ويتنافس المتسابقون الأربعة

الفائزون في الدورة النهائية، ويحصل أسرع متسابقين اثنين في تسجيل الزمن الفائز من الدورة الثنائية على الميداليات الذهبية والفضية، أما الآخرون، فيحصلان على البرونزية والمركز الرابع.

وهناك مسافتان: 3000 م أو 4000 متر، وهي مفتوحة لمختلف الفئات.

سباقات السرعة:

يتكون سباق السرعة للرجال والسيدات من ثلاث دورات للرياضيين المكفوفين وذوي الإعاقة البصرية على دراجات الثنائي مع وجود دليل مبصر، وفي جولة التصفية، توقّت كل دراجة على حدة خلال الأمتار المئتين الأخيرة من المضمار من نقطة انطلاق، ويختار أسرع ثماني دراجات، وتحدّد المراكز عليها في الجولة الثانية والنهائية من السباق، والشيء المهم هو الفوز بكل سباق؛ لأن الدراجين يتنافسون ويبدأون معاً مباريات الزوجي على سباقات سلسلة أفضل ثلاثة، وفي كل سباق، يكون الفائز هو أول دراج يصل إلى خط النهاية.

سباق السرعة الفرعية:

هو سباق دراجات للرجال، يتنافس فيه فريقان من ثلاثة رياضيين ضد بعضهما على مدى ثلاث دورات (لفات) من نقطة انطلاق، ويجب على كل دراج أن يقود السباق لدورة كاملة واحدة، مع بدء الفريقين السباق على المسارات المتقابلة من المضمار.

ويوقف كل دراج يقود السباق في كل فريق في البداية عند بوابة الانطلاق، ويمسك بالآخرين باليد، ويتكون السباق من ثلاث دورات، الأولى: للتصفية، لاختيار أسرع ثماني فرق على أساس الوقت الذي تسجله، ثم توضع هذه الفرق الثماني في أزواج للدورة الثانية، ويتسابق الأسرع مع الأبطأ، والفرق الأربع الفائزة من الجولة الثنائية تتنافس في الجولة النهائية، ويتنافس أسرع فريقين فائزين من الجولة الثانية على الميداليات الذهبية والفضية، ويتنافس الفريقان الآخرون على البرونزية والمركز الرابع.

أمّا السباقات الفرعية للسرعة التي تشرف عليها اللجنة الدولية البارالمبية، فإن الحد الأعلى للمشاركة هو وجود فريق سرعة واحد مكوّن من ثلاثة رياضيين من كل دولة، زائداً الاحتياطين، باستخدام مجموعة من الرياضيين المصابين بالشلل الدماغي والمبتورين وفقاً لصيغة معينة.

سباق الطريق الفردي:

تقام سباقات الطرق للرجال والسيدات على الدراجات الهوائية والثنائية والثلاثية واليدوية في الطرق العامة والخاصة، وعلى مسافات مختلفة، وحسب تصنيف الرياضيين، تكون مسارات الطريق مغلقة كلياً أمام حركة السير غير المشاركة في السباق، وللسباقات نقطة بداية معلّمة، ويعلن الرياضي الأول الذي يكمل مسافة السباق فائزاً.

وتبدأ السباقات ببداية درججة حيادية على مسافة 200 متر لتمكين الرياضيين من الاستمرار بأمان وسلامة، وتكون الدورات عادة 7 إلى 10 كم لكل دورة (لفة)، ويغلب أن تكون صعبة مع التسلق والنزول، ويستخدم دراجو الثلاثية واليدوية عادة دورة أقصر وأقل صعوبة فنية.

تحدي الزمن الفردي:

يغلب أن تستخدم سباقات تحدي الزمن نفس الدورات المستخدمة في سباقات الطرق في نفس البرنامج، وهو سباق ضد الزمن بالنسبة للدراجات الهوائية والثلاثية والثنائية واليدوية، للرجال والسيدات، ويبدأ المتسابقون بفاصل 60 ثانية، والدراج الذي يسجل أسرع زمن للمسافة هو الفائز، وتتباين مسافات السباق حسب تصنيف الرياضي، ويوزع الدراجون بحيث يبدأ الدراجون الأسرعون.

التصنيف:

الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية (بي B و VI).

يتنافس الدراجون ذوو الإعاقة البصرية على الجزء الخلفي من الدراجات الثنائية مع دليل مبصر في واحدة من ثلاث فئات:

الرجال، السيدات، المختلط (ذكور وإناث)، ويعود قرار المشاركة في الفئة المختلفة إلى الرياضي نفسه، وأثناء أي مسابقة خاصة باللجنة الدولية البارالمبية، يسمح للرياضي بالبدء في فئة واحدة فقط ولا يجوز تغيير الفئات، والحد الأدنى للإعاقة هي فئة بي 3 (B3).

الإعاقات الحركية الثقيلة (LC):

ينافس الرياضيون ذوو الإعاقة البدنية على الدراجات الهوائية في أربع فئات وظيفية، هي:

إل سي 1 (LC1)، و إل سي 2 (LC2)، و إل سي 3 (LC3)، و إل سي 4 (LC4)، في مسابقات منفصلة للرجال والسيدات.

إل سي 1: للرياضيين الذين لديهم إعاقة بسيطة، أو عدم وجود إعاقة في الأطراف السفلى.

إل سي 2: للرياضيين ممن لديهم إعاقة في ساق واحدة، والقادرين على استعمال دواسة الدراجة بسيقانهم استعمالاً طبيعياً، مع وحدات مساعدة أو بدونها.

إل سي 3: للرياضيين ممن لديهم إعاقة في أحد الأطراف السفلى، مع إعاقة أو عدم وجودها في الطرف العلوي، ومعظم المتسابقين يستعملون الدواسة بساق واحدة.

إل سي 4: للرياضيين ممن لديهم إعاقة أشد تؤثر على الطرفين السفليين وإعاقة أو بدونها في الطرف العلوي.

الشلل الدماغى:

يتنافس الرياضيون المعاقون بالشلل الدماغى في أربع فئات وظيفية، مع وجود مسابقات منفصلة للرجال والسيدات، وخلال أي مسابقة تنظمها اللجنة الدولية البارالمبية، يسمح للرياضي بالبدء في فئة واحدة فقط، ولا يجوز تغيير الفئات.

فئة الشلل الدماغى 4: للرياضيين الذين يعانون أقل إعاقة (الفئات 8 و 7)، ممن يتنافسون على درجات هوائية.

فئة الشلل الدماغى 3 و 2: توفر هاتان الفئتان للرياضيين فرصة اختيار سباق على الدرجات الهوائية في الفئة 3 (الفئات 5 و 6 من الشلل الدماغى CP). أو الدرجات الثلاثية في الفئة 2 (الفئات 5 و 6 شلل دماغى).

فئة الشلل الدماغى 1: للرياضيين ممن لديهم إعاقة شديدة (الفئات 4 إلى 1 من الشلل الدماغى) الذين يتنافسون على درجات ثلاثية.

الدرجات اليدوية:

يتنافس متسابقو الدرجات اليدوية في ثلاث فئات وظيفية في مسابقات اللجنة البارالمبية الدولية للدرجات مع فصل مسابقات الرجال عن السيدات، وتجرى مسابقات الدرجات

اليدوية للرياضيين الذين يحتاجون عادة إلى كرسي متحرك لغرض التنقل بصورة عامة، أو الرياضيين غير القادرين على استعمال الدراجات الهوائية أو الثلاثية بسبب إعاقة شديدة في الأطراف السفلى.

ويستخدم نظام التصنيف الوظيفي في تقييم القدرة الوظيفية للرياضيين في رياضة الدراجات اليدوية على أساس مستوى ضرر الحبل الشوكي أو أي إعاقة مماثلة، ويجري تصنيف الرياضي في ملابس السابق مع معداتهم باستعمال وثائق طبية تؤكد إعاقة الرياضي واختبارات وظيفية على أساس متطلبات الرياضة والمراقبة في أثناء التدريب والمنافسة.

لاحظ أنه في حالة وجود ضرر غير كامل للحبل الشوكي، تقرر إعاقة الرياضي التصنيف النهائي، ويكون قرار مصنف الدراجات اليدوية التابع للجنة الدولية البارالمبية قراراً نهائياً.

الدراجات اليدوية الفئة أ:

للرياضيين الذين يعانون إعاقة شديدة (الفئة 1 و 2)، مع فقدان تام لوظيفة الجذع والطرف السفلي مع إعاقات شديدة ومعقدة أخرى.

الدراجات اليدوية الفئة ب:

للرياضيين الذين يعانون فقداناً تاماً لوظيفة الطرف السفلي وقدرة محددة لموازنة الجذع (الفئات 3، 4، 5).

الدراجات اليدوية الفئة ج:

للرياضيين الذين يعانون فقداناً تاماً لوظيفة الأطراف السفلى مع الحد الأدنى من القدرات الوظيفية الأخرى، أو فقداناً جزئياً لوظيفة الأطراف السفلى مع إعاقات أخرى تجعل ممارسة الدراجات التقليدية غير ممكنة (الفئات 6، 7، 8).

معايير تصنيف وظيفية أخرى:

في كل التصنيفات الوظيفية القابلة للنقاش، يكون من الجوهري أن يدرك المصنف بالتعاون مع الاستشاري الفني، الدراجات التي يستخدمها الرياضي وطريقة ركوبها، ففي بعض التصنيفات، قد يكون من الضروري إدخال شرط على بطاقة التصنيف الوظيفي للرياضي يؤكد السماح بإجراء تعديل معين أو جوهري لأسباب تتعلق بالسلامة.

التقنية والمعدات:

المسار:

تجري مسابقات الدراجات في الطرق العامة، إذ تعطل حركة السير، ويجري سباق الدراجات على المضمار في طريق مكون من جانبيين مستقيمين ونهائيتين منحنيتين، تتطلب اللوائح الدولية أن يكون طول المضمار ما يعادل عددا كاملا من الدورات (اللفات) أو أنصاف الدورات التي تعطي مساحة قدرها 1 كم بعرض 7-10 م. ويجب أن تتوافق مواصفات الدراجات الهوائية والدراجات الثلاثية والثنائية والدراجات اليدوية مع اللوائح الفنية للاتحاد الدولي للدراجات وقواعد سباق الدراجات الصادرة عن اللجنة الدولية البارالمبية.

وتخضع تعديلات المعدلات لشروط مشددة، ويسمح بها لأغراض السلامة فقط، ويجب تقديم التعديلات الجديدة إلى المندوب الفني في اللجنة الدولية البارالمبية لاعتمادها قبل بدء أي مسابقة تشرف عليها اللجنة الدولية.

الخوذة:

في أثناء المسابقة، يجب أن يرتدي الرياضيون خوذة واقية صلبة وفقاً لمقاييس دولية معتمدة، ويكون لون الخوذة حسب المعايير، واعتماداً على فئة الرياضي (حمراء، زرقاء، خضراء أو بيضاء).

الفروسية:

أدخلت رياضة الفروسية إلى برنامج الألعاب البارالمبية أول مرة في دورة أتلانتا عام 1996، رغم أنها استخدمت لسنوات عديدة لأغراض إعادة التأهيل والترفيه.

والفروسية رياضة لإعاقات متعددة، وهي مفتوحة للرياضيين ذوي الإعاقة البدنية أو البصرية، والمسابقة مختلطة، وتصنف إلى مجاميع حسب قدراتهم الوظيفية، ويتنافس الفرسان في مسابقتين للترويض: اختبار بطولة المجموعة: حركات، واختبار حر على الموسيقى، وهناك اختبار فرقي لثلاثة لاعبين أو أربعة لكل فريق، ويقيم المتنافسون على

أساس عرض مهاراتهم في الفروسية في أثناء ركوب الحصان، باستخدام سلسلة من الأوامر للمشي، وحركة الخبب والهرولة، ويجوز للفرسان استعمال أجهزة مساعدة، مثل: معدات الترويض، وعارضة ربط اللجام، وأوتار مطاطية أو مساعدات أخرى. ومنذ 2006، تسلم الاتحاد الدولي للفروسية مهمة الإشراف على هذه الرياضة.

شروط اللعبة:

في المسابقات الرسمية، يتنافس رياضيو الترويض في نوعين من المسابقات، هما:

- اختبار البطولة: ينفذ المتنافسون فيه مجموعة حركات محدّدة من لجنة الفروسية الدولية.
- اختبار الأسلوب الحر (ويعرف باسم كور Kur): يبتكر فيه الفرسان نمطهم في الحركات المعروفة باسم خطة أرضية، وتضم الخطة حركات إلزامية وفقاً لتحديد اللجنة الدولية، ويجرى الاختبار على أنغام الموسيقى التي يختارها الفارس لتناسب وتعزز خطوات الحصان، يجب أن يبين الاختبار الوحدة بين الفارس والحصان، بالإضافة إلى الإيقاع والانسجام في كل الحركات والانتقالات.

ويشمل برنامج مسابقة الفروسية اختباراً فردياً، إذ يتكون الفريق من 3 أو 4 لاعبين من نفس الدولة، وعلى الأقل، يجب أن يكون أحد الرياضيين من الدرجة الأولى أو الثانية، وتعتمد الدرجة النهائية للفريق على مجموع الحاصل من أفضل ثلاث جولات أداء في اختبار الفريق واختبار البطولة الفردية، وإذا كان الفريق يتألف من 4 لاعبين، تستثنى درجة النجاح الكلية الدنيا من الدرجة النهائية.

وهناك منافسة اختيارية اسمها (زوجي حر على أنغام الموسيقى) يتنافس فيها فارسان معاً في اختبار أسلوب حر.

وتقام المسابقات في منطقة تبلغ مساحتها 40م × 20م، وإذا أمكن، تجرى مسابقات الفرسان من الدرجة (الرابعة) في منطقة تبلغ مساحتها 60م × 20م، وتوضع علامات بشكل حروف في مواقع معينة حول المنطقة.

وتحدد حركات الاختبار بتسلسل الحروف مثل «HEK مشي معتدل» وهذا يعني البدء في H مروراً بـ E إلى K، ويجب أن يسير الحصان بخطى متوسطة السرعة، وتشير الحروف (D، X) و (G) إلى مواقع على خط الوسط المؤشر بعلامة في الساحة.

ويجوز للفرسان ذوي الإعاقة البصرية من الدرجة 3 والدرجة 4 استعمال طرق بديلة لتوجيه أنفسهم داخل المنطقة، ويسمح لهم باستخدام منادين حول الساحة ينطقون بالحرف للفارس في أثناء اقترابه ومروره، ويستخدم الكثير من الفرسان المعجربين مناديا واحدا فقط، وكانت الفائزة بالميدالية الفضية في ألعاب سيدني، وهي فارسة من الدرجة 3 مزدوجة، آن سيسلي أور من النرويج، مكفوفة البصر تماماً، وكانت تركب الحصان معتمدة على صافرة في اختبار الموسيقى، وفي عام 2003، طور نظام صوتي يمكن أن يركب بسرعة في المنطقة المحيطة بالملعب عند إجراء اختبار لشخص كفيف.

التصنيف:

تصنف القدرات الوظيفية للفرسان إلى واحدة من أربع درجات، هي: فرسان الدرجة (1) الذين لديهم درجة إعاقة أعلى من فرسان الدرجة (4)، وهناك خمسة تصنيفات في الدرجة (5)، الذين يسمح لهم بالمشاركة في بعض المسابقات الوطنية ولكنهم لا يتأهلون للمسابقات الدولية لاتحاد الفروسية الدولي، ولا تعد مهارة الفارس وقدرته على ركوب الخيل عاملاً في توزيع الدرجات، وقد طور الاتحاد الدولي مجموعة من اختبارات الترويض لكل درجة، إذ يتطلب من فرسان الدرجة 1 و 2 القيام بركوب الحصان مشياً فقط، أو مشياً مع خبب، في حين يطلب من فرسان الدرجات 3 و 4 أداء اختبارات تشمل الترقيص وبعض الأعمال الخلفية، وفي مسابقة كبرى، يراقب المصنفون تدريبات الفرسان وتنافسهم، وقد يستخدمون الملاحظات مع بيانات أخرى ليقرروا إن كان الفارس بحاجة إلى إعادة تصنيف.

إرشادات التصنيف:

الدرجة 1: لمستخدمي الكراسي المتحركة أساساً ممن لديهم توازن ضعيف للجذع و/أو إعاقة وظيفية في الأطراف الفرعية أو عدم توازن مع قدرة وظيفة جيدة في الأطراف العليا.

الدرجة 2: لمستخدمي الكراسي المتحركة أساساً أو الذين يعانون إعاقة حركية تشمل الجذع مع أداء وظيفي متوسط إلى جيد للأطراف العليا أو إعاقة أحادية شديدة.

الدرجة 3: للرياضيين القادرين على المشي دون إسناد، مع إعادة أحادية معتدلة، وإعاقة معتدلة في الأطراف الأربعة، أو إعاقة شديدة في الذراع، وقد يحتاج إلى كرسي متحرك

لمسافات أطول،، أو عدم وجود قدرة على الاحتمال، ويعاني المتسابقون فقداناً تاماً للبصر في العينين.

الدرجة 4: إعاقة في أحد الأطراف أو الطرفين أو درجة من الإعاقة البصرية.

التقنية والمعدات:

معدات الفرسان

ملابس الفرسان: تشمل الملابس الأساسية للفارس قبعة ركوب وفق معايير السلامة الدولية، وبنطالا، وجزمة الركوب، مع كعوب وسروال، وسترة بلون أسود، ويرتدي الرجال والسيدات من الفرسان والفارسات قميصا، وربطة جيدة، وقفازات، ويمكن استخدام المهماز.

معدات الحصان

السرج:

صمم السرج لمساعدة الفارس على المحافظة على التوازن في أثناء الجلوس على ظهر الحصان، وتتنوع السروج حسب أنشطة الرياضة، وهناك هيكل السرج الذي يصنع من الفولاذ، وألياف الزجاج أو الخشب، ويصنع الجزء الخارجي من السرج من الجلد، وتستخدم الحشوات بين الجزأين الخارجي والداخلي للسرج، ومن المهم أن يناسب السرج الحصان والفارس، ويجوز عدم ربط الفارس إلى السرج، ولا بد أن هناك فراغا قدره 3 سم على الأقل بين أي وسيلة إسناد وجذع الفارس.

اللجام والشكيمة:

يوفر اللجام والشكيمة وسيلة اتصال وتواصل بين الحصان والخيال، ويستخدم متسابقو الدرجة 1 و 2 شكيمة حصان، في حين يستخدم متسابقو الدرجة 3 و 4 شكيمة أو لجاما مزدوجا.

مساعدات تعويضية:

يحمل الفرسان بطاقة هوية صادرة من لجنة سباقات الفروسية التابعة للجنة الدولية البارالمبية والاتحاد الدولي للفروسية، التي تبين درجتهم والمساعدات التعويضية التي يجوز لهم استعمالها، مثل السوط بدلاً من ساق، ولجام سلّم، وأشرطة مرنة أو منبهات

خاصة... إلخ، ويجوز استعمال كمية صغيرة من (الفيلكرو) (نسيج نايلون) للشد، ويجب أن تسمح مساعدات التعويض للخيال أن ينزل بحرية من الحصان إذا لزم الأمر.

كرة السلة بالكراسي المتحركة

لمحة عن اللعبة:

طور محاربو الحرب العالمية الثانية المتقاعدون في الولايات المتحدة رياضة كرة السلة بالكراسي المتحركة عام 1946/1945، وفي الوقت نفسه، طور السير لودفنج جوتمان رياضة مماثلة أسماها كرة الشبكة على الكراسي في مستشفى إعادة التأهيل لحالات الحبل الشوكي في ستوك مانديفل في بريطانيا، لمساعدة ضحايا الحرب على إعادة التأهيل.

وعندما تنافس فريق بان إم جيتس الأمريكي لكرة السلة بالكراسي المتحركة أول مرة في ألعاب ستوك مانديفل الدولية عام 1955، لم تكن هناك لوحات خلفية بسبب قوانين لعبة كرة الشبكة البريطانية، ثم عدل ذلك في الألعاب التي أقيمت في السنة التالية، ومنذ ذلك الحين، تطورت كرة السلة بالكراسي المتحركة في العالم وأدخلت الألعاب البارالمبية في روما عام 1960، وهي واحدة من أكثر الألعاب شعبية في الألعاب البارالمبية، وقد صممت للرياضيين الذين يعانون إعاقه بدنية تحول دون الجري أو الوثب أو التمحور، وهذه الرياضة مفتوحة للرجال والسيدات، وتلعب من فريقين، يضم كل فريق 5 لاعبين، على أساس القدرات الوظيفية للاعبين، وتمنح قيمة نقطة تبدأ من 1 (الأشد إعاقه) إلى 4.5 نقطة لكل لاعب.

ويلعب 5 لاعبين من كل فريق في الملعب في أثناء المباراة، على ألا تتجاوز قيمة النقاط لكل فريق 14 نقطة، ذلك أن الهدف هو إحراز النقاط في سلة المنافس، ومنع الفريق الآخر من التحكم بالكرة أو تسجيل النقاط، ومساحة الملعب وارتفاع السلة هما نفسهما في ملاعب الأشخاص غير ذوي الإعاقة، ويتولى الاتحاد الدولي لكرة السلة بالكراسي المتحركة IWF إدارة اللعبة، وتمارس هذه الرياضة في أكثر من 80 دولة.

شروط اللعبة:

يتكون كل فريق من خمسة لاعبين داخل الملعب، وسبعة للاحتياط، وتتألف المباراة من أربع فترات، مدة كل فترة عشر دقائق، وبعد الفترة الأولى والثانية، هناك فترة توقف لمدة

دقيقتين، وهناك فترة توقف لمدة 15 دقيقة بين الشوطين الأول والثاني، وعند التعادل في نهاية الوقت الأصلي للعب في الفترة الرابعة، تستمر المباراة بفترة إضافية لمدة 5 دقائق أو بفترات مماثلة لمدة 5 دقائق حسب الحاجة لكسر التعادل.

ويمنح الفريق الذي يهاجم السلة التي توضع فيها الكرة هدفاً، كما يأتي:

- هدف من رمية حرة يعادل نقطة واحدة
- هدف من منطقة التصويب من نقطتين تعادل نقطتين.
- هدف من منطقة التصويب الخاصة بثلاث نقاط تعادل ٣ نقاط.

لكل فريق 24 ثانية لإتمام الهجمة لإحراز سلة، وإذا ما تجاوز الفريق الذي يحمل الكرة الوقت المقرر، يمنح الفريق الآخر الكرة وحق اللعب.

وكما هو الحال في كرة السلة للأشخاص غير ذوي الإعاقة، يجب على اللاعبين تنظيف الكرة عند السيطرة عليها في الملعب، ويعدّ المشي بالكرة مخالفة عند أخذ أكثر من دفعتين على العجلات دون درجة الكرة.

ولا يسمح للاعب بلمس سطح اللعب بقدميه في أثناء حيازة الكرة.

التصنيف:

يقوم التصنيف على اختبارات محددة في هذه الرياضة، وتشمل الرمي، والتمرير، والارتداد، والدفع والدحرجة، والقدرة الوظيفية للشخص من ذي الإعاقة الحركية. وهناك 8 فئات تصنّف على أساس القدرة الوظيفية لممارسة كرة السلة بالكراسي المتحركة، وهي: (1.0، 1.5، 2.0، 2.5، 3.0، 3.5، 4.0، 4.5). ويحصل اللاعبون على قيمة عددية بالنقاط على أساس وضعهم في التصنيف، مع أعلى حد ممكن من النقاط المسموح بها على أرض الملعب وهي (14.0).

ملخص فئات التصنيف الوظيفي للاعب كرة السلة بالكراسي المتحركة الفئة (1)

الوظائف	الفئة (1)
التصويب أو الرمي	<ul style="list-style-type: none"> فقدان واضح في توازن الجذع عند رمي الكرة والذراع ممدودة فوق الرأس أثناء ممارسة لم الكرة غالباً ما يحتاج إلى دعم من الذراع بعد رمي الكرة. أثناء عملية التصويب بكلتا اليدين يبقى الجذع ملامساً للكرسي. فقدان الاتزان في الجذع خلال أقل احتكاك.
تمرير الكرة	<ul style="list-style-type: none"> تمرير الكرة بقوة بيد واحدة يتطلب المسك باليد الأخرى للمحافظة على التوازن. التمريرة الصدرية بكلتا اليدين تتم فقط بدعم من ظهر الكرسي أو الاستناد على الورك المرفوعة. لا يستطيع الدوران للإمساك بالكرة في التمريرة فوق الكتف بدون استعمال اليد للإمساك بالكرسي أو الرجل للف الجذع.
لم الكرة	<ul style="list-style-type: none"> غالباً ودائماً يستطيع الوصول بيد واحدة أثناء مسك الكرسي باليد الأخرى ليوازن الجذع. إذا استخدم اللاعب كلتا يديه فوق الرأس سوف يكون ظهره متصلاً بظهر الكرسي وسيفقد التوازن لأقل احتكاك مع أي لاعب آخر
دفع الكرسي	<ul style="list-style-type: none"> في وضعية الجلوس المنتصب يميل اللاعب إلى ظهر الكرسي مع حركة الرأس المستمرة إلى الأمام والخلف مع كل دفعة. بعض اللاعبين يسندون الجذع الممتد على الورك المرفوعة لدعمهم خلال الدفع بعيداً عن ظهر الكرسي.
تنظيف الكرة	<ul style="list-style-type: none"> يتم تنظيف الكرة عادة بجانب الكرسي مع عدم وجود توازن في الجذع ويكون التسارع بطيء. يستطيع بعض اللاعبين تنظيف الكرة أمام حاملات الأقدام للكرسي المتحرك مع إسناد الجذع على الورك المرفوعة للتوازن.
الوضعية الأفضل للجلوس	<ul style="list-style-type: none"> يكون وضع الركبتين أعلى من الورك. تكون الركبتان مربوطتين مع بعضهما البعض، أو الفخذان مربوطتين بالكرسي. يكون ظهر الكرسي لوسط الارتفاع الصدري مع إرخاء بسيط للتنجيد لإعطاء دعم للجذع غير المتوازن. يستطيع اكتساب كمية جيدة من التوازن بواسطة ربط الجذع العلوي بظهر الكرسي.
مستوى الإعاقات	<ul style="list-style-type: none"> T1-T7 أي الفقرات العنقية الأولى حتى الفقرات الصدرية السابعة شلل نصفي والذي يصاحبه عدم التحكم بعضلات البطن. شلل الأطفال مع إصابة بالذراع مع عدم التحكم في عضلات الجذع.

الفئة (2)

الوظائف	الفئة (2)
التصويب أو الرمي	<ul style="list-style-type: none"> فقدان خفيف إلى متوسط في توازن الجزء السفلي من الجذع خلال رفع الذراع ولم الكرة مما ينتج عنه حركة في الجزء الأسفل من الجذع بعيداً عن الكرسي المتحرك. يستطيع تدوير الجذع باتجاه السلة خلال الرمي بكلتا اليدين.
تمرير الكرة	<ul style="list-style-type: none"> فقدان خفيف إلى متوسط في توازن الجذع خلال التمرير بيد أو كلتا اليدين حيث يتوجب مسك الكرسي أو الرجل باليد الحرة. توازن معتدل عند التقاط التمريرة في وضعية الجلوس المستقيم. يستطيع تدوير الجذع لاستلام التمريرة الجانبية من فوق الكتف بكلتا اليدين باستعمال بعض الدعم من ظهر الكرسي.
لم الكرة	<ul style="list-style-type: none"> غالباً يستطيع لَم الكرة بيد واحدة مع فقدان التوازن بسببة بسيطة إلى معتدلة. يستطيع لَم الكرة بكلتا اليدين فوق الرأس وغالباً ما يصاحبها فقدان في التوازن يتراوح من الدرجة البسيطة إلى المعتدلة خاصة عند الاحتكاك.
دفع الكرسي	<ul style="list-style-type: none"> يستطيع دفع الكرسي بدون دعم كامل من ظهر الكرسي. لوحظ بعض فقدان في التوازن خاصة على مستوى الخصر مع الحركة الأمامية للجذع العلوي المصاحبة لكل دفعة بدون حركة الجزء السفلي من الجذع.
تنظيف الكرة	<ul style="list-style-type: none"> يتم في العادة تنظيف الكرة بجانب العجلات الأمامية الصغيرة خاصة في البداية، وهذه الحركة يصاحبها عادة فقدان في التوازن. يستطيع بعض اللاعبين تنظيف الكرة في الأمام مباشرة أمام العجلات الأمامية الصغيرة للكرسي المتحرك خاصة عندما يكون الجذع مدعماً بوضعية الركب العالية.
الوضعية الأفضل للجلوس	<ul style="list-style-type: none"> تكون الركبتان أعلى الورك. تكون الركبتان مربوطتين مع بعضهما البعض. يكون ظهر الكرسي بمستوى الخصر أو أعلى قليلاً. قد يكون من المفيد ربط الجزء السفلي من الجذع بظهر الكرسي.
مستوى الإعاقات	<ul style="list-style-type: none"> T8-L1 أي من الفقرة الصدرية الثامنة حتى الفقرة القطنية الأولى حالات الشلل النصفي. شلل الأطفال مع عدم وجود تحكم حركي في الأطراف السفلية.

الفئة (3)

الوظائف	الفئة (3)
التصويب أو الرمي	<ul style="list-style-type: none"> • توازن جيد في الجذع خلال الجلوس العمودي خصوصاً عند لم الكرة. • الجذع يتحرك باتجاه السلة خلال التصويب بالكرة بدون فقدان التوازن.
تمرير الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • التمرير بيد واحدة أو بكلتا اليدين يمكن تحقيقه بدون مساعدة الذراع أو ظهر الكرسي للمحافظة على التوازن. • يستطيع بذل قوة في التمرير بمد الجذع قبل البدء بحركة ثني الجذع. • يستطيع تحقيق أكبر قدر من الدوران لاستلام الكرة الجانبية من فوق الكتف بكلتا اليدين بدون استعمال أي دعم من ظهر الكرسي.
لم الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع لم الكرة بقوة من فوق الرأس بتحريك الجذع إلى الأمام أثناء الوصول إلى الكرة. • توازن محدود خلال الوصول الجانبي للم الكرة ويتحقق بمسك جانب الكرسي باليد الأخرى.
دفع الكرسي	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع دفع الكرسي بقوة بدون فقدان الاتزان الخلفي أو الأمامي. • يتحرك الجزء العلوي أو السفلي من الجذع كوحدة ليبدل قوة خلال حركة الدفع. • حركة الدفع تكون عادة والرجلين مضمومتين.
تنطيط الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع تنطيط الكرة أمام العجلات الأمامية الصغيرة للكرسي بيد واحدة مع تسارع سريع بنفس الوقت وبدفع الكرسي بقوة باليد الأخرى. • يثني الجذع بقوة إلى الأمام باتجاه تنطيط الكرة.
الوضعية الأفضل للجلوس	<ul style="list-style-type: none"> • تكون الركبتان أعلى قليلاً من الورك. • يكون ظهر الكرسي منخفضاً تحت مستوى الخصر سامحاً بحركة دوران كاملة في الجذع.
مستوى الإعاقات	<ul style="list-style-type: none"> • L1-L4 أي من الفقرة القطنية الثانية حتى الفقرة القطنية الرابعة مثل حالات الشلل النصفي مع وجود تحكم في ثني الورك وضمه ولكن لا يوجد تحكم في الورك أو فتحه. • شلل الأطفال، حيث يتحكم قليلاً في حركات الجزء السفلي. • حالات تفكيك مفاصل الورك، أو بتر الأرجل من فوق الركبتين مع بقايا أطراف سفلية قصيرة.

الفئة (4)

الوظائف	الفئة (4)
التصويب أو الرمي	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع تحريك الجذع بقوة باتجاه متابعة لم الكرة بعد الرمي. • يستطيع الانحناء جانباً أو تدوير الجذع مع انحناء جانبي على الأقل في جهة واحدة (بعيداً عن المدافع) مع إبقاء كلتا اليدين مرفوعتين ومتصلتين بالكرة.
تمرير الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع ثني ومد وتدوير الجذع بقدر كبير خلال تنفيذ التمرير بيد واحدة أو بكلتا اليدين. • يستطيع الانحناء جانباً إلى جهة واحدة على الأقل خلال تنفيذ التمرير بكلتا اليدين في نفس اتجاه الانحناء.
لم الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع الانحناء للأمام وإلى جانب واحد على الأقل لمسك الكرة من فوق الرأس بكلتا اليدين.
دفع الكرسي	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع دفع وإيقاف الكرسي بتسارع سريع مع حركة كاملة أمامية للجذع. • تكون حركة الدفع عادة والرجلين مفتوحتين.
تنطيط الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع تنطيط الكرة بشكل جيد أمام العجلات الأمامية مع دفع الكرسي باليد الأخرى. • يستطيع تحقيق سرعة بوقت قصير وتغيير الاتجاهات بدون فقدان التوازن في الجذع خلال عملية التنطيط.
الوضعية الأفضل للجلوس	<ul style="list-style-type: none"> • ممكن الانتفاع من وضعية الركبتين عندما تكون أعلى قليلاً من الورك للحصول على الحد الأقصى من حركة الكرسي وسرعتها. • بديلاً عن ذلك، يمكن أن يكون ارتفاع الركبتين على مستوى ارتفاع الورك للحصول على أكبر استفادة من الارتفاع. • يكون ظهر الكرسي منخفضاً سامحاً بحركة دوران كاملة للجذع. • إن لبس الأجهزة الصناعية أو الأربطة أو التريبط بمقعد الكرسي يزيد من التوازن.
مستوى الإعاقات	<ul style="list-style-type: none"> • L5-S1 أي من الفقرة القطنية الخامسة حتى آخر الفقرات مثل حالات الشلل النصفي مع وجود تحكم في حركة الفتح والمد في الورك على الأقل في جهة واحدة. • شلل الأطفال بإصابة رجل واحدة. • شلل نصف الحوض. • بتر مفرد فوق الركبة مع بقايا أطراف سفلية قصيرة. • معظم حالات البتر المزدوج فوق الركبة. • بعض حالات البتر المزدوج تحت الركبة.

الفئة (5)

الوظائف	الفئة (4.5)
التصويب أو الرمي	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع تحريك الجذع بقوة في جميع الاتجاهات خلال الرمي بما في ذلك الانحناء الجانبي، وكذلك الانحناء مع الاستدارة إلى الجانبين مع إبقاء كلتا اليدين متصلتين بالكرة.
تمرير الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع تحريك الجذع بكل الاتجاهات وبتوازن جيد خلال التمرير. • يستطيع الانحناء إلى كلتا الجهتين خلال تنفيذ التمرير بكلتا اليدين بنفس الاتجاه الجانبي.
لم الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • يستطيع الانحناء إلى الأمام أو كلتا الجهتين بوجود الذراعين فوق الرأس للإمساك بالكرة.
دفع الكرسي	<ul style="list-style-type: none"> • نفس مواصفات الفئة (٤).
تنطيط الكرة	<ul style="list-style-type: none"> • نفس مواصفات الفئة (٤).
الوضعية الأفضل للجلوس	<ul style="list-style-type: none"> • نفس مواصفات الفئة (٤).
مستوى الإعاقات	<ul style="list-style-type: none"> • بتر مفرد تحت الركبة. • بعض حالات البتر المزدوج تحت الركبة. • بعض إصابات التشوه الواسع في الورك والركبتين أو الكاحل. • شلل الأطفال مع إصابة خفيفة في الكاحل أو القدم لرجل واحدة أو كلتاها.

التقنية والمعدات:

الساحة: لا يختلف ملعب كرة سلة بالكراسي المتحركة عن ملعب كرة السلة الأولمبية تقريباً، فهو مستطيل الشكل بأرضية صلبة، وبطول 28 متراً وعرض 15 متراً، ويتطلب وجود أرضية خشبية للمباريات الوطنية الرسمية والدولية.

الكرة: يجب أن تكون كرة معتمدة تحمل خطأ واحداً برتقالية اللون مع ثماني قطع تقليدية وشقوق سوداء، ويصنع الغطاء الخارجي من الجلد، أو الجلد الصناعي التركيبي، أو المطاط، أو مادة مركبة، ويبلغ محيط الكرة 74.9 إلى 78 مم، وتزن 567 إلى 650 غراماً.

الكرسي المتحرك: يعدّ الكرسي المتحرك جزءاً من اللاعب، وله ثلاث عجلات أو أربع: عجلتان كبيرتان في الخلف، وواحدة أو اثنتان صغيرتان في المقدمة، وقد يحمل الكرسي المتحرك جهازاً أو جهازين ضد فقدان التوازن لا يشغلان أكثر من رأسين صغيرين يربطان بأي من الإطار أو المحور الخلفي، ويقع عند الجزء الخلفي من الكرسي المتحرك. ويمكن أن يكون لون الإطارات من أي لون طالما أنها لا تترك أثراً على الأرض، ويجب أن تكون كراسي المسابقات وفق المواصفات التي يحددها الاتحاد الدولي لكرة السلة.

سباق القوارب للأشخاص ذوي الإعاقة:

هي رياضة قوارب للرياضيين من ذوي الإعاقات البدنية، وتخضع لإدارة الاتحاد الدولي للكافو (القوارب).

والنوعان الرئيسيان لزوارق الكافو هما الكاياك (K) (ك) الذي يدفع بمجذاف مزدوج الحافة، والقوارب المزودة بمسند تسمى (فآز) (V) إذ يوجد في القارب «طوافة» ثانية تدعى «آما» للمساعدة على الطفو، ويدفع القارب بمجذاف أحادي، ويعمل الاتحاد الدولي لقوارب (فآز) Va'as بالشراكة مع الاتحاد الدولي للقوارب (الكافو).

وقد أعيد النظر في تصنيف رياضة القوارب للأشخاص ذوي الإعاقة بدءاً من شباط (فبراير) 2015 نتيجة لدراسة استغرقت سنتين ونصف أجراها الاتحاد الدولي للقوارب.

وفي سباق الكاياك البارالمبي (K1)، هناك ثلاث فئات للرجال والسيدات:

كيه إل 1 KL1: للرياضيين الذين يعانون محدودية شديدة في وظيفة الجذع، وعدم وجود وظيفة للساق، وتحتاج إلى مقعد خاص مع مسند عال للظهر في قارب الكاياك.

كيه إل 2 KL2: للرياضيين الذين يعانون محدودية جزئية لوظيفة الجذع والساق، مع القدرة على الجلوس في وضع مستقيم في القارب، ولكنهم قد يحتاجون إلى مسند خاص للظهر، وتتّصف بمحدودية حركة الساق في أثناء التجديف.

كيه إل 3 KL3: للرياضيين الذين يعانون محدودية ووظيفة الجذع ومحدودية جزئية في حركة الساق، مع القدرة على الجلوس والجذع في وضعية إلى الأمام في القارب، والقدرة على استعمال ساق واحدة على الأقل / أو ساق صناعية مساعدة.

وعلى المستوى الدولي، تكون المسابقات لغير الأشخاص ذوي الإعاقة بقوارب (الفآز) وتستخدم نفس نظام التصنيف، وعناوين الفئات هي في إل VL1 و VL2 و VL3. وستظهر سباقات القوارب للأشخاص ذوي الإعاقة في دورة (ريودي جانيرو) عام 2016 أول مرة، وستجري سباقات الكاياك الفردي، وقد قررت اللجنة الدولية للألعاب البارالمبية في اجتماعها في جوائزو في الصين عام 2010 إضافة رياضة القوارب إلى قائمة الألعاب البارالمبية الصيفية ابتداءً من عام 2016.

تايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة:

في عام 2005، شكّل الاتحاد الدولي للتايكواندو لجنة التايكواندو البارالمبية في محاولة لتطوير هذه الرياضة وترويجها بين الأشخاص من ذوي الإعاقة.

وقد ركزت رياضة التايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة في البداية على تطوير «الكويوروجي» (الدفاع والهجوم) للرياضيين الذين يعانون عجزاً في الأطراف أو بتراً في الذراع، وأقيمت أول بطولة عالمية للتايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2009 في باكو، أذربيجان، وبمناسبة إقامة بطولة كأس العالم للتايكواندو في نفس العام.

ومنذ عام 2009، نظمت بطولة العالم للتايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة خمس مرات في سانت بطرسبورج، في روسيا، عام 2010، وسانتاكرز في أوروبا في عام 2012، ولوزان في سويسرا عام 2013، وموسكو 2014، والأخيرة في صامسون في تركيا عام 2015، ومنذ ذلك الحين والمشاركة في البطولات تتزايد بمعدلات مطردة.

وبمناسبة بطولة العالم الرابعة للتايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2013، اجتمعت لجنة مهمّات خاصة لتطوير التايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة، تتألف من أعضاء لجنة التايكواندو، ووجهت الدعوة للضيوف من الاتحاد العالمي لرياضة مصابي الشلل الدماغية والترويج عنهم والاتحاد الدولي لرياضة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، لمناقشة مستقبل رياضة التايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة، وفي ضوء توجيهاتها، اتخذ قرار بتوسيع مساحة رياضة التايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة وإقامة المسابقات على المستوى العالمي للرياضيين من فئات الإعاقة كافة، وتقرر كذلك أن صيغة (الفنون القتالية) هي الصيغة الخاصة بمسابقات الرياضيين الذين لديهم إعاقات عصبية وذهنية أو بصرية.

وفي أثناء بطولة العالم الرابعة للتايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة عام 2013، وقع الاتحاد الدولي مذكرة تفاهم مع الاتحاد الدولي للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية والاتحاد الدولي لرياضة مصابي الشلل الدماغي والترويح عنهم، للعمل معاً من أجل تطوير رياضة التايكواندو للأشخاص ذوي الإعاقة، والترويج لها بين الرياضيين ذوي الإعاقة العصبية والذهنية، وقد أقيمت مسابقات الفنون القتالية لذوي الإعاقة الذهنية أول مرة في بطولة العالم الخاصة بتايكواندو الأشخاص ذوي الإعاقة في موسكو. وفي بطولة العالم السادسة عام 2015، أدخلت مسابقات الفنون القتالية للرياضيين المصابين بإعاقات عصبية، وكانت رياضة الفنون القتالية رياضة استعراضية في البطولة العالمية لألعاب ذوي الإعاقة الذهنية عام 2015، وبطولة العالم لألعاب ذوي الإعاقة بالشلل الدماغي.

وفي 16 أكتوبر 2013، أصبح الاتحاد العالمي لجنة تابعة للجنة البارالمبية ومعترفاً بها، وهذا يعكس تقدم الاتحاد وعمله المستمر في تطوير اللعبة.

الريشة الطائرة للأشخاص ذوي الإعاقة:

دخلت رياضة الريشة الطائرة للأشخاص ذوي الإعاقة دائرة المسابقات الدولية منذ تسعينيات القرن الماضي، إذ أقيمت أول بطولة للعالم في أمرفورت في هولندا عام 1998، ولم تدخل اللعبة تحت إدارة الاتحاد الدولي للريشة الطائرة حتى عام 2011. وقد نظمت 9 بطولات عالمية حتى الآن، إذ أقيمت آخرها في دورتمون في ألمانيا عام 2013، التي شهدت تسجيل رقم قياسي في عدد الرياضيين المشاركين من 36 دولة يتنافسون على 23 ميدالية.

ويتنافس الرياضيون في ست فئات مختلفة أكثر من 45 دولة في المناطق الخمس العالمية، وقد اعتمدت لعبة بارالمبية في دورة الألعاب البارالمبية التي ستقام بطوكيو 2020.

السباحة:

كانت السباحة واحدة من الرياضات الثماني التي لُعبت في دورة الألعاب البارالمبية الأولى، والتي أقيمت في روما عام 1960 في إيطاليا، وهي واحدة من أكثر الألعاب شعبية الآن.

وإمكان المتنافسين من الذكور والإناث، الذين يصنفون حسب قدراتهم الوظيفية، أداء كل نوع من المسابقات واختبار مهاراتهم في السباحة الحرة، والسباحة على الظهر، والفراشة والصدر والمتنوعة.

وقد تكون الإعاقات التي يعاني منها الرياضيون بدينية أو بصرية أو ذهنية. ونتيجة لذلك، عدلت قواعد الاتحاد الدولي للسباحة لتشمل منصات انطلاق، اختيارية وانطلاقات داخل الماء لبعض الرياضيين أو استعمال إشارات أو « إشارات صوتية» لمن يعاني من إعاقة بصرية. ولا يسمح باستعمال مواد إضافية أو أجهزة مساعدة في حوض السباحة.

شروط المسابقة:

تتطلب المسابقة وجود مسبح 50 م قياسي بثمانى حارات حسب شروط الاتحاد الدولي للسباحة في الألعاب الأولمبية. وتجرى المسابقات كتصفيات لثمانية متنافسين من كل فئة، بحيث يصل أسرع ثمانية سباحين من كل فئة للتنافس بالنهايات، وتتوفر للسباحين طرق مختلفة لبدء السباق في الماء، أو القفز من المنصة، من وضع الجلوس أو البداية الاعتيادية من وضع الوقوف وأثناء مسابقة السباحة، يتوجب وجود مساعد لإعانة المتسابق الكفيف لمساعدته/مساعدتها عند الاقتراب من جدار نهاية حوض السباحة للدوران أو إنهاء السباق، وتسمى هذه العملية بعملية النقر التي ينفذها «مساعد إصدار الإشارة الصوتية» ويجب على هؤلاء السباحين ارتداء نظارات سوداء في كل المسابقات التي يشاركون بها.

المعدات المطلوبة لرياضة السباحة:

بدلة السباحة هي الرداء المطلوب للسباحين، يحظر على الرياضيين استعمال أي شيء قد يساعد السباح في زيادة سرعته أو قابلية العوم، أو التحمل، ويسمح باستعمال غطاء الرأس ونظارات حماية العينين، لأن النظارات تحمي عيني السباح وتحسن رؤيته في الماء.

المشاركون في رياضة السباحة (الفئات):

لضمان عدالة ونزاهة المنافسة، هناك نظام نافذ في الألعاب البارالمبية كافة يضمن أن الفوز تحدده المهارة واللياقة والقوة والتحمل والقدرة التكتيكية والتركيز الذهني، وهي العوامل نفسها التي تحدد النجاح بالرياضة للرياضيين من غير ذوي الإعاقة البدنية.

تسمى هذه العملية بعملية التصنيف إلى فئات، وتهدف إلى تقليص تأثير الإعاقة إلى أدنى حد على النشاط (الانضباط الرياضي). ولذلك، فإن وجود الإعاقة ليس كافياً، إذ يجب إثبات التأثير على الرياضة وفي كل لعبة من الألعاب البارالمبية تسمى معايير تصنيف الرياضيين حسب درجة محدودية النشاط، الناجمة عن إعاقة « الفئات الرياضية». ومن خلال فئات السباحة البارالمبية أو التصنيف، يتم تحديد الرياضيين المؤهلين للتنافس برياضة ما وطريقة توزيع الرياضيين على مجموعات لغرض التنافس. وهذه العملية، إلى حد ما، مشابهة لتوزيع الرياضيين على مجاميع، حسب العمر أو الجنس أو الوزن ويتحدد التصنيف طبقاً للرياضة، لأن إعاقة ما تؤثر على القدرة على الأداء في رياضات مختلفة إلى حد مختلف. ونتيجة لذلك، قد يفي أحد الرياضيين بالمعايير في رياضة واحدة ولكنه قد لا يفي بالمعايير في رياضة أخرى.

تناسب السباحة ثلاثة مجاميع من الإعاقات- البدنية والبصرية والذهنية.

الفئات:

تتكون أسماء الفئة الرياضية في السباحة من بادئة « س » أو « س م » أو « س ب » زائد رقم. تمثل الحروف البادئة الحدث، ويشير الرقم إلى فئة الرياضة التي ينافس بها الرياضي في تلك المسابقة.

ترمز الحروف المضافة البادئة الى:

- س : سباحة حرة ، فراشة، أو السباحة على الظهر.

- س م: فردي متنوع.

- س ب: سباحة على الصدر.

الفئات الرياضة 1-10: الإعاقة البدنية.

هناك عشر فئات مختلفة للرياضات الخاصة بالأشخاص من ذوي الإعاقة البدنية، مرقمة من 1-10. يشير الرقم الأقل إلى محدودية أكثر شدة في النشاط من الرقم الأكبر أو الأعلى وستلاحظ أن الرياضيين ذوي الإعاقات المختلفة، ينافسون بعضهم بعضاً، إلا أن تأثير إعاقاتهم على الأداء في السباحة يكون متماثلاً.

فيما يلي، أمثلة قليلة عن الإعاقات المبينة في بيانات كل فئة:

أس 1 أس بي 1 و أس أم 1: يعاني السباحون في هذه الفئة الرياضية من فقدان ملحوظ في قوة العضلات، أو التحكم بالساقين والذراعين واليدين. ويواجه بعض الرياضيين صعوبة بالتحكم بالجدع، كما هي الحال مع حالات الشلل الرباعي، وقد تكون مثل هذه الإعاقات ناجمة عن إصابات بالحبل الشوكي، أو شلل الأطفال. ويستخدم السباحون من هذه الفئة عادة كرسيًا متحركاً بعجلات في حياتهم اليومية.

أس 2 أس بي 2 و أس أم 2: يستطيع السباحون من هذه الفئة الرياضية استعمال أذرعهم، مع عدم إمكانية استعمال اليدين والساقين أو الجذع أو يعانون من مشاكل شديدة في التنسيق ما بين الأطراف الأربعة، كما هي الحال مع الفئة أس 1 و أس بي 1 و أس أم 1، يتنافس الرياضيون في مسابقات السباحة على الظهر فقط.

أس 3 أس بي 3 و أس أم 3: تشمل هذه الفئة الرياضيين الذين يعانون من بتر بالأطراف الأربعة، وتشمل هذه الفئة كذلك السباحين القادرين على استعمال الذراعين بدرجة معقولة، دون استعمال الساقين أو الجذع والسباحين الذين لديهم مشاكل بالتنسيق بين الأطراف كافة.

أس 4 أس بي 3 و أس أم 4: تشمل هذه الفئة السباحين الذين يستطيعون استخدام أذرعهم، ويعانون من حد أدنى من ضعف في أيديهم، ولكنهم لا يستطيعون استعمال الجذع أو الساقين، وبإمكان الرياضيين الذين لديهم بتر في ثلاثة أطراف المشاركة بهذه الفئة.

أس 5 أس بي 4 أس أم 5: السباحون من ذوي القامة القصيرة مع إعاقة إضافية، وفقدان السيطرة على أحد جانبي الجسم (شلل جانبي) أو شلل نصفي (النصف السفلي) من الجسم يمكن أن يتنافسوا ضمن هذه الفئة.

أس 6 أس بي 5 و أس أم 6: تشمل هذه الفئة السباحين قصار القامة، ومبتوري الذراعين، أو يعانون من مشاكل معتدلة بالتنسيق في جزء من الجسد.

أس 7 أس بي 6 و أس أم 7: هذه الفئة مخصصة للرياضيين ممن لديهم بتر في ساق واحدة وذراع واحدة على جانبيين متقابلين من الجسم، أو مبتوري الساقين أو يعانون من شلل في ذراع وساق على الجانب نفسه من الجسم، بالإضافة إلى ذلك، يستطيع السباحون ممن لديهم سيطرة كاملة على الذراعين والجذع وقدرة على تحريك الساق، المنافسة في هذه الفئة.

أس 8 أس بي 7 وأس أم 8 : يجوز للسباحين الذين فقدوا كلتا اليدين أو أحد الذراعين التأهل للمنافسة في هذه الفئة، كما يمكن للرياضيين الذين يعانون من قيود شديدة في مفاصل الأطراف السفلى المنافسة في هذه الفئة.

أس 9 أس بي 8 وأس أم 9 : يشارك الرياضيون ممن يعانون من قيود في المفاصل في إحدى الساقين، أو بتر مزدوج دون الركبة، أو بتر إحدى الساقين في هذه الفئة من المسابقات.

أس 10 أس بي 9 وأس أم 10: تحدد هذه الفئة الحد الأدنى من الإعاقات عند السباحين المؤهلين من ذوي الإعاقات البدنية. وتشمل الإعاقات فقدان يد أو القدمين، مع صعوبة ملحوظة في عمل أحد مفاصل الورك.

الفئات الرياضية 11-13: الإعاقة البصرية

يتنافس السباحون من ذوي الإعاقة البصرية بالفئات الرياضية 11-13، حيث يعني الرقم 11 فقدان التام أو شبه التام للبصر، فيما يصف العدد 13 الحد الأدنى المؤهل من الإعاقة البصرية، يستطيع الرياضيون من الفئة 11 التنافس مع لبس نظارات معتمة.

الفئة الرياضية 14: الإعاقة الذهنية

يتنافس السباحون ذوي الإعاقة الذهنية الذين يحققون المعايير المحددة للرياضة في الفئة 14.

ملابس السباحة:

قواعد وأحكام ملابس السباحة الصادرة عن اللجنة البارالمبية الدولية لعام 2014-2017:

- لا يسمح إلا بملابس السباحة التي اعتمدها اللجنة البارالمبية الدولية، توجد تعديلات على بدلة السباحة وتحويراتها وفقاً لشروط تغطية الجسم لتناسب إعاقة السباح.
- يجب أن تكون مستلزمات السباحة (البدلة وغطاء الرأس والنظارات) لكافة المتسابقين تناسب الذوق الأخلاقي، ومناسبة لضوابط الرياضات الفردية، وأن لا تحمل أي رمز قد يعتبر عدائياً.

- يجب أن لا تكون بدلات السباحة شفافة جميعها، ويجوز لبس غطاءين للرأس مع ضرورة مراعاة أحكام أثناء وجود الرياضي في مكان اللعب.
- أثناء مسابقات السباحة، يجب أن يرتدي السباح بدلة سباحة واحدة فقط، مكونة من قطعة واحدة أو قطعتين، لا تعتبر المواد الإضافية مثل أربطة الذراع أو أربطة الساق جزءاً من بدلة السباحة.
- يجب أن لا تتجاوز بدلة سباحة الرجال السرة أو دون الركبتين، وبالنسبة للسيدات، يجب أن لا تغطي الرقبة، وتمتد عبر الكتف ويجب أن لا تتجاوز الركبة.
- تصنع ملابس السباحة جميعها من مواد نسيجية.
- يجب أن لا تغطي بدلة سباحة الرجال والسيدات في المياه المفتوحة منطقة الرقبة وتمر فوق الكتف، ولا يجوز أن تتجاوز الكاحل.

الرقص بالكراسي المتحركة:

كانت اليس- بريت لارسن رائدة رياضة الرقص بالكرسي المتحرك، عندما نشأت هذه الرياضة في بلدها السويد عام 1968 لأغراض ترفيهية وتأهيلية، ومن هناك انتشرت شعبية هذه الرياضة. وفي عام 1975 نظمت أول مسابقة في فاستيراس بالسويد وشارك فيها 30 زوجاً.

وبعد ذلك بستتين، في عام 1977، أقامت السويد أول مسابقة دولية، وسرعان ما تلتها العديد من المسابقات الإقليمية والدولية، وفي 1984 أطلقت ألمانيا من ميونيخ أول بطولة أوروبية للروك أند رول لراقصي الكراسي المتحركة، وفي العام التي تلتها استضافت هولندا أول بطولة أوروبية غير رسمية في الرقص اللاتيني والاعتيادي، وأقيمت أول بطولة للعالم في اليابان عام 1998، وفي العام نفسها أصبحت هذه الرياضة تحت إدارة اللجنة البارالمبية الدولية. وفي بطولة العالم، التي أقيمت في عام 2006 في بايندال في هولندا، أدخل الرقص الثنائي لأول مرة في مسابقة الرقص الاعتيادي الثنائي واللاتيني الثلاثي. وفي عام 2014 أدخلت مسابقات الرقص الفردي/ والرقص الاستعراضية (فردي ومشارك) كجزء من البرنامج الرسمي كما تقام بطولات الرقص بالكراسي المتحركة التي تنظمها اللجنة البارالمبية الدولية كل عامين وتعد رياضة الرقص بالكراسي المتحركة من أكثر الرياضات

رشاقة وخفة وأناقة، التي توفر فرصة المشاركة للرياضيين ممن يعانون من إعاقة جسدية تؤثر على أطرافهم السفلى.

يُمكن المشاركين التنافس بطريقة الرقص المشترك (كوميبي - أي الرقص مع شخص معافى الجسد)، من وضع الوقوف أو الرقصة الثنائية لاثنين من المتسابقين على الكراسي المتحركة. ويشمل الرقص الجماعي مستخدمى الكراسي المتحركة فقط، أو مع شركاء لا يعانون من إعاقة، في حين تشهد الرقصة الفردية مستخدماً واحداً لكرسي متحرك وحده.

تشمل الرقصات الاعتيادية أو التقليدية رقصة الفالتز، والتانجو، والفينيس فالتز، وتشت تشا تشا، والرومبا، والباسودوبل، وجايف و يمكن أن يكون الرقص الحر/ الاستعراضى رقصات تقليدية أو أي طريقة للعرض (فولكلور، هب هوب، لاتن، تقليدي عادي، باليه، رقص معاصر، رقصة الشارع، التانجو الأرجنتيني، كومبيا والرقص الشرقي الخ). كما توجد تشكيلات راقصة لأربعة أو ستة أو ثماني أزواج.

ومنذ عام 1998، أصبحت هذه الرياضة تحت إشراف اللجنة الدولية البارالمبية بالتنسيق مع اللجنة الفنية لرياضة الرقص بالكراسي المتحركة، التي تضع أحكام الاتحاد الدولي لرياضة الرقص، إلا أن هذه الرياضة ليست من برنامج الألعاب البارالمبية الصيفية. وقد استفادت اللعبة فائدة كبيرة من بث الرقصات الشعبية في العروض التلفزيونية مثل: تعال وأرقص وبرنامج أرقص مع النجوم.

تمارس هذه الرياضة على نطاق واسع في 29 دولة، وأقيمت آخر بطولة للعالم في عام 2013، بطوكيو في اليابان. وفي عام 2014 أقيمت بطولة أوروبا بمدينة لوميناكي في بولندا، ولأول مرة شاركت هذه الرياضة بالألعاب الآسيوية في مدينة أنتشوين في كوريا الجنوبية.

معدات الرقص بالكراسي المتحركة:

يجب أن تبلغ مساحة أرضية الرقص 250 متراً مربعاً كحد أدنى، مع عدم وجود لطف الأرضية بمسافة لا تقل عن 10 أمتار طولاً و350 متر مربعاً للبطولات يحق للمشاركين استعمال كراسي متحركة كهربائية إذا اقتضت الحاجة.

ولضمان عدالة ونزاهة المسابقة، هناك نظام نافذ في الرياضات الموازية (البارا) كافة ومن

ضمنها رياضة الرقص بالكراسي المتحركة، يضمن أن الفوز تحدده المهارة واللياقة والقوة والتحمل والقدرة التكتيكية والتركيز الذهني وهي العوامل نفسها التي تحدد النجاح برياضة الأشخاص من غير ذوي الإعاقة البدنية.

وتسمى هذه العملية بعملية التصنيف، وتهدف إلى تقليص تأثير الإعاقات على النشاط إلى حده الأدنى (الانضباط الرياضي).

التصنيف الخاص برياضة الرقص بالكراسي المتحركة:

يتأهل الرياضيون من ذوي الإعاقة البدنية، التي تؤثر على أطرافهم السفلى للمشاركة في رياضة الرقص بالكراسي المتحركة، و التي تضم فئتين وهما : ال دبليو دي 1 وال دبليو دي 2.

يصنف الرياضيون حسب قدراتهم الوظيفية، وعلى أساس اختبارات رياضية محددة تشمل:

- التحكم بالعجلة: القدرة على تسريع وإيقاف العجلة بإحدى اليدين.
- وظيفة الدفع: القدرة على التحكم بحركة الكرسي المتحرك أثناء الدفع، وأثناء التماس اليدوي مع الشريك في الرقص.
- وظيفة السحب: القدرة على التحكم بحركة الكرسي المتحرك، أثناء السحب وأثناء التماس اليدوي مع الشريك في الرقص.
- التدوير الكامل للذراع: القدرة على أداء حركة محكمة للذراع الحرة : وصولاً إلى المد الكامل للمفاصل والتنسيق الكامل.
- تدوير الجذع: القدرة على التدوير الكامل للجذع دون فقدان التوازن.

تختبر هذه المعايير الخمسة على أرضية صلبة في ظروف المسابقة، باستخدام نظام نقاط، بحيث تُمنح درجتان للوظيفة الكاملة. وتنقص درجة واحدة عن عدم تنفيذ مهمة كاملة وصفراً لعدم أداء المهمة. يمكن منح كل رياضي 20 درجة كحد أعلى. ويصنف الرياضي الذي يحصل أقل من 14 درجة، ضمن فئة آل دبليو دي 1 ومن يحصل على أكثر من 14 درجة يصنف ضمن فئة آل دبليو دي 2.

على كافة المتنافسين من ذوي الإعاقة تقديم بطاقة تصنيف طبية من اللجنة الدولية البارالمبية قبل الشروع بالمسابقة، وبعد تصنيفين دوليين يمكن أن يتم تثبيت التصنيف بحيث يكون دائماً ما لم يكن هناك احتمال بتحسين الإعاقة وقيام جهتين دوليتين مختلفتين بإجراء التصنيف من بلدين مختلفين.

لا يخضع الرياضي الذي يقدم التصنيف الدائم مع بطاقة تصنيف سارية المفعول إلى الاختبار، قبل أي مسابقة.

كرة الهدف:

ما المقصود بكرة الهدف؟

كرة الهدف هي لعبة فرقية صممت خصيصاً للمكفوفين من الرياضيين. وقد ابتكر هذه اللعبة النمساوي هانز لورينزن والألماني سيب ريندل عام 1946، للمساعدة بإعادة تأهيل المحاربين ممن أصيبوا بإعاقات بصرية في الحرب العالمية الثانية، وفي هذه اللعبة يتنافس المشاركون في فرق تتكون من ثلاثة لاعبين. ويحاولون رمي كرة مزودة بجرس في داخلها باتجاه هدف المنافس. يتبادل الفريقان في رمي أو دحرجة الكرة من طرف ساحة اللعب إلى الطرف الآخر، ويبقى اللاعبون في منطقة هدفهم حالي الهجوم والدفاع. ويجب على اللاعبين استخدام صوت الجرس لتحديد موقع واتجاه الكرة. وتكون اللعبة من شوطين مدة كل شوط 12 دقيقة (سابقاً كانت المدة عشر دقائق) وتسمح قواعد اللعبة بمشاركة اللاعبين ذوي الإعاقة جزئياً في البصر، للتنافس على قدم المساواة مع اللاعبين المكفوفين. و يسمح بوضع لصوق العين تحت مظلة العينين لضمان التغطية الكاملة للعين، ومنع أي إمكانية للرؤية في حال انزلاق مظلتي العينين.

تطورت كرة الهدف تدريجياً لتصبح رياضة تنافسية خلال عقود الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي، ورشحت في نهاية المطاف كرياضة استعراضية في دورة الألعاب البارالمبية الصيفية عام 1976 في تورينوتو، وأقيمت أول بطولة عالمية للعبة في النمسا عام 1978، وأضيفت كرة الهدف إلى برنامج دورة الألعاب البارالمبية الصيفية في أثينا عام 1980، لتكون بذلك أول رياضة أولمبية موازية صممت خصيصاً للرياضيين ذوي الإعاقة. ويعتبر الاتحاد الدولي لرياضات المكفوفين، الذي يتولى مسؤولية مجموعة من الألعاب الرياضية للمكفوفين وذوي الإعاقة البصرية، وهو الجهة الإدارية المسؤولة عن هذه الرياضة.

معلومات أساسية:

الملعب والكرة

تتطلب القواعد التي وضعها الاتحاد الدولي لرياضات المكفوفين، أن تكون مساحة الملعب 18 متراً (59 قدماً) طولاً و 9 أمتار عرضاً (30 قدماً) أما مساحة الهدف فتكون معادلة لمساحة عرض الملعب. وتقسم أرض الملعب إلى 6 أقسام متساوية 3 في 9 متر (9.8 قدم مضروبة في 29.5 قدم).

وفي الطرفين، وتقع أمام الهدف تماماً منطقة وجود الفريق. وما يقع وراء تلك المنطقة هي منطقة هبوط كل فريق. ويشار إلى منطقتي الوسط مجتمعتين بالمنطقة المحايدة وتحدد خطوط الساحة بوضع أشرطة من خيوط مجدولة على طول الساحة، مما يجعل الخط منظوراً بالنسبة للحكام وملموساً بالنسبة للاعبين. وتوضع علامات على منطقة الفريق ومنطقة النزول تتضمنها الحدود وخطوط الهدف وخطوط الكرة العالية بالطريقة نفسها دائماً. بالإضافة إلى ذلك، هناك 6 علامات دلالة (3 في المقدمة، واحدة في كل جانب وواحدة على خط الهدف) للمساعدة بتوجيه اللاعبين.

يبلغ وزن الكرة 1.25 كيلوغرام، وفيها 8 ثقب وتحتوي على العديد من أجراس تصدر أصواتاً. يبلغ قطر الكرة حوالي 24 سم (9.4 بوصة). وعلى مستوى الألعاب البارالمبية زودت الكرة بعدد سرعة يقيس سرعة الكرة بعد رميها، بما يزيد عن 60 كم في الساعة (37 ميل في الساعة). ورغم ذلك، ومن خلال التدريب ووضع بعض الحشوات تقع إصابات قليلة جداً.

الحكام:

- على عكس معظم الألعاب، نجد حكماً أكثر من اللاعبين في الساحة:
- يوجد حكمان: يبقى كل حكم على طول الخط الجانبي في كل نصف من الساحة، يكون أحدهما « في جانب المنضدة» والآخر « خارج جانب المنضدة»
- حكام الأهداف (أربعة): يتخذون مواقعهم عند خط كل حافة هدف، يلعب حكام الأهداف دوراً مهماً بسرعة اللعب واستعادة الكرة التي تخرج من الساحة، ورميها عند علامة الخط الجانبي لمنطقة الفريق، بحيث يستأنف اللعب.

- حكام توقيت الثواني: اثنان يقومان بحساب الوقت المستغرق بين لمس اللاعب في حالة الدفاع للكرة وعند رميها معلنين بصوت عال « 10 ثوان» ضربة جزاء في حال تطبيقها (وهي مشابهة لعقوبة تأخير اللعب ولا يجوز الخلط بين الاثنين).
- مسجل النقاط: يتابع هذا المحكم تسجيل عدد مرات الوقت المستقطع، والتبديلات من جانب أي فريق، وكما توحى الكلمة يحتفظ بسجل للنقاط.
- مسجل وقت اللعبة ومؤقت احتياطي: وكما هي الحال مع لوحة تسجيل كرة السلة، يجري التوقيت للشوط نزولاً إلى الصفر. ويتم إيقاف الوقت والبدء بحسابه على صافرة الحكم. ويستخدم المؤقت الاحتياطي في حال انقطاع التيار الكهربائي في الموقع.

اللاعبون:

يتكون كل فريق من ثلاثة لاعبين في الساحة في الشوط مع وجود 1-3 لاعبين احتياط على المقعد. وهناك ثلاثة مراكز نظامية للعب. يقف اللاعبون في الغالب في المركز الذي يجيدونه أو يفضلونه، رغم أن بعض اللاعبين يلعبون في أي من المراكز الثلاثة، في حين لا نجد توزيعاً رسمياً للمراكز واللاعب في مركز الوسط هو المسؤول الأهم عن الدفاع، إذ يقف اللاعب أو اللاعبة عند علامة الوسط أمام منطقة الفريق، رغم وجود ترتيبات دفاعية مختلفة. والوسط هو المركز الدفاعي الأهم، ذلك لأن لاعب الوسط يجب أن يكون قادراً على الحركة يميناً ويساراً للدفاع عن مرماه. وهو عادة منسق الدفاع لأنه يستطيع أن يحدد وبدقة أي لاعب من لاعبي المنافس، وهو الذي يحمل الكرة بسبب تمركزه أمام الفريق المنافس.

يقف الجناحان الأيمن والأيسر في نهاية علامات التنبيه التي تنطلق من الخطين الجانبيين. تتمثل مهامهما الدفاعية الرئيسية في إبعاد الكرة عن أي من زاويتي المرمى، رغم أنهما يدافعان باتجاه منطقة الوسط، وعادة يكون الجناحان مهاجمين رئيسيين مما يسمح للاعب الوسط المحافظة على طاقته للدفاع فيما يحاول المهاجمان التسجيل. وهذا لا يعني أن لاعب الوسط لا يشكل تهديداً هجوماً، ولكنه يركز عموماً على إبعاد الكرة عن شبكته أكثر من تركيزه على وضعها في شبكة المنافسين.

النقاط:

كل هدف يعادل نقطة، ويسجل عندما تعبر الكرة بالكامل خط المرمى، والفريق الذي يحصل على نقاط أعلى في نهاية الوقت الأصلي هو الفريق الفائز. وفي حال انتهاء الوقت الأصلي بالتعادل، يلعب الفريقان وقتاً إضافياً من 2-3 دقائق، لتسجيل هدفاً ذهبياً (ما أن يحرز هدفاً أولاً تنتهي المباراة). وفي حال عدم تسجيل هدف في الوقت الإضافي يتم اللجوء إلى رميات الجزاء، ورميات الموت المفاجئ. وقد تكون النتائج شحيحة في الأهداف مثل 0-1 أو عالية مثل 15-8 وعند حصول فرق على عشرة أهداف في الحد الأعلى، يعلن عن الرأفة ويعتبر الفريق المتقدم فائزاً.

أداء اللعبة:

الهجوم:

لغرض التسجيل، يجب على اللاعب دحرجة أو تنطيط الكرة على طول الساحة متجاوزة مدافعي الفريق المنافس لتصل إلى مرماه وعادة، يقف اللاعب حاملاً الكرة ويعدل وضعه باستعمال الخطوط الملموسة وأصوات زملائه في الفريق وعارضة مرماه، ثم يتقدم اللاعب إلى الأمام وينحني ويدحرج أو يرمي الكرة بذراعه، نازلة على ساحة اللعب ويجب أن تضرب الكرة منطقة هبوط فريق اللاعب، وأي مكان من المنطقة المحايدة. وطالما تلامس الكرة كل منطقة، يعتمد أسلوب رمي الكرة على اللاعب المعني. يأخذ الكثير من اللاعبين عدة خطوات ثم يطلقون الكرة، إلى مسافة قريبة قدر الإمكان من خط الكرة العالية الخاص بهم، مع الانحناء إلى أسفل لضمان رمية قانونية. بعض اللاعبين يرمون الكرة بعد الدوران، مما يحول قوة دفع الدوران إلى سرعة إضافية. فيما يتمكن آخرون من رمي الكرة بحيث تنط مرة واحدة في كل من المناطق المطلوبة. ويحقق معظم اللاعبين من الرجال والنساء نجاحاً عند استعمال أنواع متعددة من الرميات.

الدفاع:

يبقى المدافعون ضمن منطقة الفريق في مراكز متداخلة عموماً لتجنب الاصطدامات. وعندما يسمعون الفريق الآخر يرمي الكرة، يستلقون، أي يستلقون على منطقة الورك، ويمدون أذرعهم فوق رؤوسهم ويمدون سيقانهم لتغطية أكبر مساحة ممكنة، وذلك لمنع الكرة من المرور من أي جزء من الجسم الذي يستطيع اللاعب الوقوف أمامه. ويفضل

بعض اللاعبين صد الكرة بصدورهم وامتصاص التأثير. فيما يفضل آخرون صدها بسيقانهم، بحيث تندرج الكرة فوق أجسامهم لتصل إلى أيديهم. وبغض النظر عن الطريقة، يحاول اللاعبون دائماً ترتيب أنفسهم قدر الإمكان لحجب أكبر مساحة ممكنة.

المخالفات:

- تعاقب المخالفات عموماً بفقدان حيازة الكرة لصالح الفريق المنافس
- رمية في غير وقتها- تعني رمي الكرة قبل أن يقول الحكم « العب »
- التمرير- أثناء التمرير بين أعضاء الفريق، تتجاوز الكرة الخط الجانبي.
- كرة عالية- تنط الكرة متجاوزة لاعب الدفاع، العارضة أو عمود الهدف، وتعتبر عائدة فوق منتصف الملعب.

العقوبات:

يجوز أن تمنح رمية جزاء عن:

- مخالفة الثماني ثوان- يستغرق الفريق أكثر من عشر ثوان لرمي الكرة فوق خط الوسط.
- تأخير اللعب- يمكن أن يحدث بفعل عدة أشياء مختلفة. مثل إعطاء المدرب الأرقام الخاطئة للاعبين الاحتياط أو عدم وصول الفريق في وقت إجراء القرعة الذي يسبق المباراة أو وجود عدد كبير جداً أو قليل جداً في الساحة.
- دفاع غير قانوني- يحصل هذا عندما يلامس المدافع الكرة، في حين لم يلامس أي جزء من جسمه منطقة الفريق.
- كرة قصيرة- لا تصل الكرة إلى منطقة الفريق المنافس عند رميها.
- كرة عالية- لا تلامس الكرة منطقة الهبوط عند رميها.
- كرة طويلة- لا تلامس الكرة المنطقة المحايدة عند رميها.
- لمس مظلة العينين- لمس مظلة العينين بدون إذن.
- السلوك غير الرياضي- يشمل عدداً من الأمور المختلفة، التي تتراوح ما بين مجادلة الحكم إلى ركل الأرضية غضباً والشتيم.
- الضوضاء الشديدة- تسبب الفريق المنافس بضوضاء غير ضرورية، تمنع الدفاع من تعقب الكرة أثناء سيرها على أرض الملعب.
- إصدار تعليمات تدريبية غير قانونية- تحدث نتيجة إعطاء تعليمات من المدرب من

مقعد الاحتياط أثناء اللعب أو بعد أن يقول الحكم « هدوء رجاء» بهدف استمرار أو بدء اللعب وتسمح القواعد الجديدة التي دخلت حيز التنفيذ عام 2006 إعطاء تعليمات تدريبية من مقعد الاحتياط أثناء «الوقت المستقطع الرسمي» امتثالاً لقواعد الاتحاد الدولي للعبة ويشترط في حالة رمية الجزاء، وجود لاعب واحد للدفاع عن المرمى بأكمله لرمية واحدة. يحدد اللاعب الذي يتم اختياره بموجب المخالفة. على سبيل المثال، يدافع اللاعب الذي ارتكب مخالفة الجزاء في حالة كرة عالية أو دفاع غير قانوني. من ناحية أخرى، يدافع آخر لاعب رمى الكرة عن المرمى في حال منح الجزاء عن اعطاء تعليمات غير قانونية.

المعدات المطلوبة لأداء لعبة كرة الهدف:

مظلات العينين:

يجب أن تحجب النظارات كل الضوء والرؤية. وتتوفر نظارات لعبة كرة الهدف في الأسواق. ولكن نظارات التزلج غالباً ما تكون أقل تكلفة وديلاً مفضلاً. ولا تعتبر العدسات التي بها خدوش أو كسور مشكلة، لأن اللاعب سيغطيها بشريط. يجب أن تكون الأشرطة والرغوة حول الحافتين بحالة جيدة. وعلى الرغم من إمكانية استعمال أي نوع من الأشرطة، يجب ضمان عدم رؤية الضوء عبر العدسات ومناطق التهوية، عند وضع النظارات على الوجه.

وسائد حماية الركبة والمرفق:

في معظم الأحوال تفي أي وسادة بالعرض، و يفضل اللاعبون وسادة حماية منزقة مصنوعة من مادة الكرة الناعمة. فيما يستعمل رياضيون آخرون وسائد خالية من العلامات تستخدم في رياضات أخرى وبخصوص السراويل ووسائد حماية الورك فهناك نوع محدد من السراويل المطلوبة. و يفضل معظم اللاعبين ارتداء سراويل الهوكي في حين يفضل آخرون ارتداء سراويل ووسائد كرة القدم أو تلك التي يرتديها حراس مرمى كرة القدم إلى جانب تشكيلة متنوعة من السراويل، التي يسمح باستخدامها جميعاً. ولكن يشترط أن يرتدي جميع أعضاء الفريق سراويل من اللون والطرز نفسه. ولأن رياضة كرة الهدف تنطوي على تكرار تماس الورك بالأرض عند صد الكرة، يرتدي معظم اللاعبين نوعاً من لباد حماية الورك. وكما ذكرنا سابقاً، يرتدي معظم اللاعبين إما سراويل الهوكي والوسائد أو سراويل ووسائد كرة القدم الأمريكية أو سراويل ووسائد حماية حارس المرمى في كرة القدم،

تبعاً للتفضيل الشخصي. ويفضل معظم اللاعبين استعمال نوع من السراويل غير المربوطة بإحكام مع وسائد حماية الورك عند لاعبي الهوكي. وإذا ما اختار استعمال وسائد الهوكي، عليه التفكير باختيار لبادات الهوكي الملفوفة وليس وسائد هوكي الجليد. وعلى الرغم من صغر الحجم، تكون لبادات الهوكي أقل تكلفة من وسائد هوكي الجليد ويمكن الحصول على السراويل ووسائد الحماية من متاجر التجهيزات الرياضية.

القمصان:

يمكن استعمال قمصان الهوكي أو كرة القدم الأمريكية أو كرة القدم أو أي قميص آخر طالما إنها متشابهة، وعليها أرقام وبارتفاع قدره 20 سم كحد أدنى (8 بوصة) كحد أدنى، مثبتة بصورة دائمة على الجهة الأمامية والخلفية. ومن المفيد للحكام ولجنة تسجيل النقاط لو كانت الأرقام بألوان متباينة وسهلة القراءة.

الأحذية:

أي نوع من الأحذية الرياضية الخفيفة بنعل لا يترك أثراً، يستخدم معظم اللاعبين أحذية كرة السلة أو كرة قدم الصالات أو أحذية المصارعة، ولكن الاختيار يعتمد على التفضيل الشخصي.

لصوقات العين:

رغم أنها غير مطلوبة في معظم الحالات في اللعب، يشترط وضع لصوق حماية العينين في المسابقات الكبرى جميعها. ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات عن لصوق حماية العينين في دليل قواعد كرة الهدف الصادر عن الاتحاد الدولي.

أشرطة وحبال الأرضية:

يعتبر شريط الأرضية بعرض بوصتين هو الأفضل، ويمكن شراؤه من معظم متاجر المعدات الرياضية المحلية. ويمكن شراء الحبال (بقطر 003, متر- تقريبا 8/1) من متاجر المعدات المحلية. ونقترح استعمال شريط أجوف، لأنه قد يلحق الضرر بالأرضية عن طريق إزالة اللمسات النهائية. كما يوصى باستعمال شريط القناع الورقي، وذلك لسهولة فتحه وصعوبة إزالته.

كرة القدم سباعي:

تاريخ اللعبة:

أقيمت أول بطولة عالمية لكرة القدم للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي في أدنبره في أسكتلندا عام 1978، ضمن البطولة الدولية لألعاب المصابين بالشلل الدماغي. وأثناء هذه البطولة تأسس الاتحاد الدولي للعبة. وفي عام 1982، أقيمت بطولة العالم الأولى في الدنمارك فيما أقيمت أول بطولة أقليمية لها في جلاسجو بأسكتلندا عام 1985.

أدخلت لعبة كرة القدم لمصابي الشلل الدماغي في برنامج الألعاب البارالمبية في 1984، ضمن دورة الألعاب الأولمبية الموازية (البارالمبية) في نيويورك. واستضافت بلجيكا البطولة البارالمبية الأولى.

ولعقد من الزمن ما بين 1988 و1996 كانت هولندا هي الدولة الرائدة بالفوز ببطولات الألعاب البارالمبية سيؤول 1988، وبرشلونة 1992، وأتلانتا 1996، ومنذ ذلك الحين، توجت روسيا وأوكرانيا بالمراكز المتقدمة فقد فازت روسيا بالميدالية الذهبية في بطولة الألعاب البارالمبية سيدني 2000، وفازت بها أوكرانيا في بطولة الألعاب البارالمبية أثينا 2004. وانتشرت اليوم في العديد من البلدان لممارسة هذه الرياضة من خلال أفضل طرق التدريب والتوجيه، التي شهدت تقارباً في مستويات القدرة التنافسية لها وتحتل كل من روسيا وأوكرانيا والبرازيل وإيران المراكز المتقدمة.

ما هي لعبة كرة القدم للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي؟

لعبة كرة القدم للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي هي رياضة فرقية ممتازة يستمتع بها، ويستطيع ممارستها هؤلاء الأشخاص كنشاط ترفيهي، ولكنها تمنح الرياضيين فرصة اللعب بالأندية والمنتخبات الوطنية وعلى المستوى الدولي. ويمكن للاعبين أن يتأهلوا لينضموا إلى المنتخبات الوطنية والتنافس في الألعاب البارالمبية الصيفية، وهي رياضة ممتعة للمتفرجين يستمتع بها الرياضيون المصابون بالشلل الدماغي كثيراً نتيجة للمشاركة فيها.

إن التعديلات التي تدخل على اللعبة، تجعل منها رياضة مثيرة، تمنح المتفرجين فرصة مشاهدة المهارات، وروح الفريق الذي يمكن أن ينتج عنها. وتشمل بعض التغييرات: ساحة

أصغر ووجود أعمدة للمرمى وعدم تطبيق قانون التسلل، وتغيير الرمية الجانبية إلى درجة للكرة إلى داخل الملعب باستخدام يد واحدة.

ويتكون كل فريق في الملعب من سبعة لاعبين مصابين بالشلل الدماغي، تتراوح حالاتهم ما بين الفئات 5 إلى 8 إجمالاً يمكن تسجيل (14) لاعب في قائمة كل فريق. وهذه اللعبة من ضمن رياضات الألعاب الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة أو البارالمبية.

المزايا:

- تحسن حالتهم الصحية من خلال المشاركة بنشاط منتظم.
- المشاركة برياضة فرقية مع لاعبي كرة قدم لديهم القدرات نفسها.
- تعلم مهارات كرة القدم الفردية والجماعية.
- فرصة في المستقبل للتنافس في مستوى رياضي أعلى.

التصنيف:

يجب على كل فريق أن يقدم لاعباً واحداً من فئة اف تي 5 و أف تي 6 في كل الأوقات، وإلا سيلعب الفريق ناقصاً لاعباً. ويحق لكل فريق أن يضم لاعب من الفئة 8 في الملعب أثناء المباراة. وفي حال طرد اللاعب من الفئة 8، لا يسمح باستبداله في الملعب بلاعب من فئة 8.

عدد اللاعبين:

- يسري القانون رقم 3 من قوانين الفيفا للعبة باستثناء:
- مباراة يشترك فيها فريقان يتكون كل فريق بما لا يزيد عن 7 لاعبين من ضمنهم حارس المرمى. ولا يجوز أن تبدأ المباراة إذا كان الفريق أقل من 4 لاعبين.
 - يحق لكل فريق إجراء 3 تبديلات في كل مباراة.
 - ينحصر ذلك على الفئات أف 5 و 6 و 7 و 8
 - يجب الالتزام بقواعد الاتحاد الدولي لكرة قدم لمصابي الشلل الدماغي، الخاصة بتصنيف اللاعبين في كل الأوقات.

قوانين الاتحاد الدولي لكرة القدم لمصابي الشلل الدماغي:

تلعب كرة قدم للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي طبقاً لقوانين الفيفا للعبة، وهناك

تعديلات على قواعد وأحكام اللعبة لجعلها رياضة أكثر جاذبية وقبولاً، لدى الأشخاص الذين يعانون من الشلل الدماغي، وبقيّة الحالات التي تصيب الجهاز العصبي، وأهم هذه التعديلات:

- عدم وجود تسلل.
- أبعاد الملعب.
- أهداف أصغر 5 في 2 م .
- يسمح بدحرجة الكرة .
- مدة المباراة شوطين مدة كل شوط 30 دقيقة.

ساحة اللعب

الأبعاد:

- الطول: 70 متراً حد أدنى و 75 متراً حد أقصى.
- العرض: 50 متراً حد أدنى و 55 متراً حد أقصى.

الكرة

- تفي الكرة بشروط القانون 3 من قوانين الفيفا للعبة.
- تكون متطلبات القانون كافة بموجب قوانين الفيفا للعبة.

القوس والسهم:

تاريخ اللعبة:

بدأ الأشخاص الذين يعانون من إعاقة حركية مشاركتهم برياضة القوس والسهم قبل 50 عام خلت. ومثل بقية الرياضات استخدمت في البداية كنشاط ترفيهي ولإعادة التأهيل. وقد أقيمت أول بطولة لهما للأشخاص ذوي الإعاقة في مستشفى ستوك مانديفيل عام 1948. ومنذ ذلك التاريخ، تطورت الرياضة تطوراً سريعاً، وقد ساهمت تكنولوجيا القوس الجديدة والتغييرات في القواعد والاهتمام المتزايد للناس في فتح المجال لممارسة اللعبة، أمام مزيد من الرياضيين وجعلها أكثر إثارة. وفي عام 2006 تنافست 37 دولة برياضة القوس والسهم ولكن العدد في يتزايد. وكانت رياضة القوس والسهم من الرياضات البارالمبية الأصلية التي تنافس فيها الرياضيون في دورة روما عام 1960، وهي اختبار للدقة

والقوة والتركيز. هذه الرياضة مفتوحة أمام الرياضيين ذوي الإعاقة البدنية (ضمنها إصابات الحبل الشوكي والشلل الدماغي والأشخاص المبتوري الأطراف وآخرين) في ثلاث فئات وظيفية. وتضم المسابقات الفردية والفرقية والمسابقات من وضعية الوقوف ومن الكراسي المتحركة.

يقوم المتنافسون برمي السهم نحو هدف يحمل علامات تتكون من 10 مناطق تسجيل من مسافة محددة. الجهة المنظمة هي اللجنة البارالمبية الدولية بالتنسيق مع اللجنة الفنية لرياضة القوس والسهم فيها، والتي تلتزم بقواعد الاتحاد الدولي للعبة (وهو الجهة الدولية المنظمة لرياضة القوس والسهم للأشخاص الاعتياديين) مع تحويرات بسيطة كما هو مبين في دليل رياضة القوس والسهم الصادر عن اللجنة البارالمبية الدولية.

وكرياضة خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، كانت لعبة القوس والسهم أصلاً وسيلة من وسائل إعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة البدنية وترفيههم. وقد أقيمت أول بطولات القوس والسهم للأشخاص ذوي الإعاقة خلال البطولة الدولية الأولى لألعاب ستوك مانديفيل في إنجلترا عام 1948، بمشاركة 130 رياضياً من دولتين. وفي عام 1960، قدمت رياضة القوس والسهم للعالم كرياضة خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة أثناء دورة الألعاب الأولمبية في روما، ومنذ ذلك الحين أدخلت هذه الرياضة في مسابقات الألعاب البارالمبية.

تهدف هذه الرياضة إلى تسديد الأسهم بدقة نحو هدف فيه 10 دوائر متداخلة المراكز، وتزداد النقاط مع صغر الدائرة والأقتراب من المركز. وتعطي الإصابة في مركز الحلقة 10 نقاط، وتتقلص مناطق التسجيل في قيمتها وصولاً إلى الحلقة الخارجية التي تساوي نقطة واحدة.

وفي المسابقات العامة في الساحات المفتوحة، يوضع الهدف على مسافات مختلفة تتراوح من 30 متراً إلى 90 متراً. وفي الألعاب البارالمبية تحدد المسافة بـ 70 متراً فقط. وفي مسابقات الصالات المغلقة تكون المسافات 18 و 25 متراً. ويتباين حجم الهدف مع المسافة. وفي المسافات الأبعد، يكون القطر 122 سم في حين يبلغ القطر مع الهدف الذي يبعد 18 متراً 40 سم فقط، وتشمل مسابقة القوس والسهم المسابقات الفردية والفرقية:

المسابقة الفردية:

تجري جولة تصفيات خلال اليومين الأولين من المسابقة. وفي المسابقة الفردية يرمي المتنافسون جميعهم 36 سهماً من المسافات الأربع، ويبلغ إجمالي عدد الأسهم 144 سهماً. وتعتمد المسافات على التصنيف الوظيفي للمتسابق. في فئة السهم 2، ومن وضع الوقوف للرجال يطلق السهم من مسافة 90 و70 و30 متراً، في حين تطلق السيدات وفئة السهم 1 من الرجال من مسافة 70 و60 و50 و30 متراً.

في المسافتين الأطولين يرمي كل رام مجموعة من ستة أسهم (تعرف باسم النهاية) خلال أربع دقائق على هدف قطره 122 سم. وعلى المسافات القصيرة (50 و30 متراً) يرمي كل رام رمية نهائية بثلاثة أسهم في دقيقتين على هدف قطره 80 سم. وينتقل أفضل 64 رامياً ورامية في كل فئة إلى جولة التصفية التي تسبق جولات الإقصاء.

بالنسبة لجولات الإقصاء، يوضع الرماة على مخطط إقصاء زوجي طبقاً لنتائجهم في نهاية جولة التصفية. والمسافة الوحيدة لكل من الرجال والسيدات هي 70 متراً فقط. يرمي الرماة ثلاثة مرات نهائية مؤلفة من ستة أسهم لكل واحد منهم (العدد الإجمالي 18 سهماً) على هدف قطره 122 سم خلال 4 دقائق لإنهاء كل رمية نهائية. وينتقل الفائز من كل منافسة زوجية إلى الجولة التالية. وبعد جولة 32 و16، و8 من جولات الإقصاء، ينزل العدد إلى 8 رماة من كل فئة.

ينتقل الرماة الثمانية الفائزون إلى الجولة النهائية. يرمي كل متسابق أربع رميات نهائية مكونة من 3 أسهم (الإجمالي 12 سهماً) على هدف منفصل. وأثناء المباريات النهائية يناوب الرماة رمياتهم ولكل رام 40 ثانية فقط لرمي سهم واحد. وتستمر المنافسة وصولاً إلى ربع النهائي ونصف النهائي والنهائي لنيل الذهب والفضة.

المسابقة الفرقية:

يتم اختيار أفضل 16 فريقاً من الرجال والسيدات في كل فئة، باستخدام أفضل أعلى ثلاث درجات مجتمعة من جولة التصفية الفردية. ويجب أن يكون أعضاء الفريق جميعهم من الجنس نفسه ويستخدمون نوع القوس نفسه ومن البلد نفسها. وعلى ذلك، يمكن تكوين الفرق من رياضيين من الفئات الثلاث. ويكون قطر الهدف للمسابقة الفرقية هو 122 سم

على بعد 70 متراً لكل من الرجال والسيدات. وفي المسابقات الفرقية تتكون الرمية النهائية من 9 أسهم (أو ثلاثة لكل عضو من أعضاء الفريق)، وتتكون المباراة الواحدة من 27 سهماً أو ثلاث نهايات. ويطلب من الرماة الثلاثة في الفريق إنهاء الرمي قبل انتهاء الوقت المخصص (حالياً 3 دقائق). ويحق للرماة الرمي بأي تسلسل، ويجوز رمي سهم أو سهمين أو ثلاثة في كل مرة يكونون فيها على خط الرمي، ولكن يجوز لعضو واحد فقط من الفريق الرمي في أي وقت. وتتواصل المنافسة مرة أخرى إلى دور ربع النهائي، ونصف النهائي، والمراحل النهائية التي تحدد الترتيب.

التقنية والمعدات:

القوس: هناك نوعان من الأقواس التي تطلق منها في المسابقات الدولية، وهما: القوس المنحني إلى الورا والقوس المركب. ويتكون كلاهما من القائم أو الجزء الموصل (الجزء المركزي من القوس حيث توضع القبضة) ومن طرفين ووتر القوس. ويسمح حالياً بالقوس المنحني إلى ورا فقط في الألعاب البارالمبية. كما يضمن نظام الشد والمعالجة الذي يكثف القوة التي يبذلها الرياضي أثناء السحب الأولي للقوس، قوة الوتر وسرعة السهم.

السهم: تصنع السهام من مادة الألمنيوم أو جرافيت الكربون، وتكون سهام الألمنيوم أكثر تناسقاً في الوزن والشكل، فيما تنطلق سهام الجرافيت بدرجة أسرع. وتصنع سهام المسابقة من جرافيت الكربون مع أنبوب داخلي من الألمنيوم.

الهدف: يقسم الهدف إلى عشر حلقات متداخلة المراكز بخمسة ألوان، حيث يكون اللون الذهبي في الوسط يليه الأحمر والأسود والأبيض مع منطقتي نقاط بكل لون. وتزداد النقاط المرتبطة مع كل حلقة من نقطة واحدة للحلقة الخارجية إلى عشر نقاط عن إصابة الحلقة المركزية. ويكون وجه الهدف أمام الكتف الذي يوضع فيه السهم.

معدات أخرى: يجوز للرياضيين استعمال جعبة لحفظ سهامهم وعروة أصابع لحماية أصابعهم أثناء رمي السهام، وواقية للذراع وواقية للرسغ، التي تحمي الرياضي عند ارتداد الوتر.

التصنيف:

يقسم نظام تصنيف رياضة القوس والسهم إلى ثلاث فئات مختلفة:

- القوس وقوفاً: لا يعاني الرماة في هذه الفئة من إعاقات في الذراعين. وتظهر الساقان درجة من درجات فقدان القوة العضلية والتنسيق و/ أو حركية المفاصل. ويحق للرماة في هذه الفئة الاختيار للتنافس من وضع الجلوس على كرسي اعتيادي مع وضع القدمين على الأرض أو من وضع الوقوف.
 - القوس بكرسٍ متحرك 1: يعاني الرماة في هذه الفئة من إعاقة بالذراعين والساقين (شلل رباعي) ويعانون من محدودية الحركة وقوة الذراعين والتحكم بهما وضعف في التحكم بالجذع أو عدم القدرة على ذلك. وتعتبر الساقان غير عاملتين بسبب بتر و/أو قيود مماثلة على الحركة أو القوة والتحكم. يتنافسون على كرسيٍ متحرك.
 - القوس بكرسٍ متحرك 2: يعاني الرماة في هذه الفئة من شلل النصف السفلي من الجسم، وضعف الحركة بالأطراف السفلى. يحتاج هؤلاء الرياضيون إلى كرسيٍ متحرك في حياتهم اليومية ويتنافسون على كرسيٍ متحرك.
- وفي كافة المسابقات الكبرى، يجري التصنيف قبل المسابقة لضمان توزيع الرياضيين الجدد جميعاً في الفئة الصحيحة مع تلبية الحد الأدنى من معايير الإعاقة.

الجودو:

تاريخ اللعبة:

نشأت الجودو في اليابان عام 1882 ، كرياضة حديثة على يد الأستاذ جيكورو كانو (1860-1938). فقد أجرى تعديلات على أساليب الفنون القتالية التقليدية التي تعرف باسم الجوجيتسو واسماها الجودو منشئاً بذلك نظاماً يقوم على وسائل تربوية ورياضية. وكان الأستاذ كانو أول أسيوي يقبل عضواً في اللجنة الأولمبية الدولية وعلى مدى ثلاثين عاماً، تعاون مع مؤسس الألعاب الأولمبية الحديثة، البارون بيير دو كوبرتان.

استخدمت رياضة الجودو بمثابة نشاط لتطوير المهارات الحركية والتحكم بالذات والاستقلالية لدى الأشخاص، الذين يعانون من إعاقات وتطورت تدريجياً لتكون رياضة تنافسية. وقد أقيمت أول بطولة أوروبية للجودو لفاقدي البصر وأول دورة عالمية في عام 1978. الجودو هي الرياضة البارالمبية الوحيدة التي نشأت في آسيا وأدخلت إلى برنامج الألعاب البارالمبية منذ دورة سيؤول البارالمبية عام 1988.

شروط المسابقة:

الجودو رياضة تتطلب أداءً بدنياً واستراتيجياً يختبر فيه صفات القوة واللمس والتوازن والحساسية. أولاً كانت نشاطاً من نشاطات الفنون القتالية لممارسة مهارات تتعلق بالحركية والثقة بالنفس وضبط النفس والاستقلالية، ولكنها طورت تدريجياً لتكون رياضة تنافسية. أدخلت الجودو إلى برنامج الألعاب البارالمبية في دورة ألعاب سيؤول عام 1988. وتمارس اللعبة على نطاق واسع من الرجال والنساء في أكثر من ثلاثين دولة. وكانت دورة أينا للألعاب البارالمبية عام 2004، تشهد لأول مرة تقديم فئات الأوزان للسيدات في لعبة الجودو. ويجب على المتنافسين استعمال أساليب مختلفة للتغلب على منافسيهم أو منع حركتهم. وهذه الرياضة مفتوحة للرياضيين المكفوفين، والذين يعانون من إعاقة بصرية في مختلف الأوزان.

يستمر النزال خمس دقائق لكل من الرجال والسيدات، والفائز هو الرياضي الذي يحرز (إيون) أو الذي يحرز أكبر عدد من النقاط وتخضع الرياضة لإدارة الاتحاد الدولي لرياضات المكفوفين ويلتزم بقواعد الاتحاد الدولي للجودو التي تطبق في مسابقات الجودو المتقدمة للرياضيين من غير ذوي الإعاقة مع تعديلات بسيطة خاصة بالرياضيين، الذين يعانون إعاقة بصرية، مما يسمح لهم بالتماس مع منافسيهم قبل البدء بالمباراة.

التصنيف:

- في رياضة الجودو، يصنف الرياضيون إلى ثلاثة مستويات من الإعاقة البصرية: بي 1، بي 2 و بي 3
- بي 1:** هم الرياضيون الذين لا يبصرون أو يشعرون بالضوء في كلتا العينين تماماً، أو يشعرون بشيء من الضوء مع عدم القدرة على تمييز شكل اليد على أي مسافة وفي أي اتجاه.
- بي 2:** هم الرياضيون الذين لديهم القدرة على تمييز شكل اليد بحددة بصرية قدرها 60/2 و/أو حقل بصري يقل عن خمس درجات.
- بي 3:** هم الرياضيون الذين تبلغ حدة بصرهم أكثر من 60/2 و/أو يزيد حقلهم البصري عن خمس درجات، ويقل عن عشرين درجة.

القواعد:

يتنافس الرياضيون والرياضيات ذوو الإعاقة البصرية بالمسابقات في فئات وزنية مختلفة في حين يشارك الرجال في سبع فئات وزنية (- 60 كغم، - 66 كغم، - 73 كغم، - 81 كغم، - 90 كغم، - 100 كغم، + 100 كغم) فيما تتنافس السيدات في ست فئات وزنية هي (- 48، - 52، - 57، - 63، - 70، + 70 كغم).

يشارك الرياضيون بالفئات التي تركز على العناصر الرئيسية في التوازن واللمس والحساسية والفترة. يقوم حكم رئيسي وحكمان بتحكيم نزال الجودو. يتمتع الحكام جميعهم بمكانة متساوية وتحدد القرارات بالتصويت. يقرر الحكم الرئيسي النقاط كافة ومخالفات الجزاء. يعطي الحكم إشارة « هاجيم» للإعلان عن بدء المباراة، بعد أن يكون اللاعبان قد تلامسا بلمس كتف أحدهما الآخر من أجل حساب المسافة بينهما (تسمى المسكة). الفرق الوحيد بين الجودو الأولمبية والبارالمبية هو أن المتنازلين يمسكان بطقم ملابس المنافس قبل بدء النزال.

يتنافس المتسابقان (الجودوكاس) الأول يرتدي جودوجي (ملابس النزال) أزرق والثاني يلبس جودوجي أبيض لمدة خمس دقائق. وللغوز بالنزال، يجب أن يحرز المنازل درجة « ايون» (ما يعادل 10 نقاط) باستخدام أسلوب ناجح. ويمكن إنجاز ذلك بطرح المنافس على ظهره بقوة وسرعة وتحكم. ومن طرق إحراز النقاط أساليب المسك لإيقاف اللاعب (25 ثانية)، أو الحصول على الاستسلام بقفل الذراعين أو مسكات الخنق. ويمكن منح نقاط أقل عندما لا يمنح التكنيك درجة « ايون» مثل 1/2 نقطة « وازاري»، و 1/4 نقطة « يوكو» و 8/1 نقطة « كوكا» وفي حال عدم إكمال أي من المتنافسين درجة أيون في نهاية المباراة، يفوز من يحصل على الدرجة الأعلى. وفي حال عدم وجود درجة أو تساوي الدرجات، سنصل إلى وضع يسمى « الدرجة الذهبية» حيث يفوز من يحرز نقطة. وإذا ما انتهت الدقائق الخمس ولم تحرز نقطة، يقرر الحكام نتيجة المباراة.

التقنية والمعدات:

تاتمي (الحصيرة): تقام المسابقة على حصيرة بقياس (10 متر) في (10 متر) مع منطقة خطورة مساحتها 1 متر ومنطقة سلامة خارجية 3-4 متر. وفي معظم المسابقات يكون لون الحصير أخضر مع منطقة خطورة حمراء.

الجودوجي (بدلة الجودو): تصنع الجودوجي من القطن الثقيل للسماح للرياضيين بمسك ياقة المنافس، أو الكم أو الصدر أو الحزام والسروال عند ممارسة أساليب مختلفة. ولسنوات لم يكن هناك سوى الجودوجي الأبيض. وفي دورة سيدني للألعاب البارالمبية عام 2000، أضيفت الجودوجي الزرقاء لتسهيل التمييز بين المتنافسين.

الأحزمة: تستخدم أحزمة الجودو لتحديد مهارات الرياضيين والكفاءة الفنية والمساهمة بالرياضة. وتميز المرتبة بلون الحزام. وهناك نوعان من المراكز: كي يو و دان وتكون درجات دان هي الأعلى وتأخذ الحزام الأسود. أما الأحزمة الملونة فتشير إلى درجات كي يو. ورغم تباين الدرجات بين الدول، فإن النظام الذي يحظى بقبول على المستوى العالمي هو التالي: تتنازل درجات كي يو من ستة إلى واحد والدرجة الأخيرة (الواحد) هي أعلى ترتيب، في حين تتزايد درجات دان من واحد إلى عشرة، وتكون العشرة هي الأعلى. يرتدي المبتدؤون جميعهم أحزمة بيضاء. تمنح الأحزمة السوداء للطلاب الذين طوروا درجة من الكفاءة في أساليب مختلفة برياضة الجودو، أما من خلال النجاح في اختبار، أو من خلال مسابقة. ويظهرون الالتزام بأن يكونوا طلاباً جادين برياضة الجودو. وهناك نظرة عامة بأن حامل الحزام الأسود هو خبير جودو. إلا أن الدرجة الأولى من الحزام الأسود (الدان الأول) في الجودو، تدل بالفعل على أن الطالب مستعد للبدء بتعلم الجودو.

رفعات القوة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية:

تاريخ اللعبة:

بدأ الإرث الطويل لرياضة رفعات القوة في الألعاب البارالمبية في دورة طوكيو عام 1964، تحت مسمى «رفع الأثقال». حيث كان يسمح للرباعين ممن يعانون من إصابات في الحبل الشوكي المشاركة فيها. وخلال السنوات القليلة التي تلت، مرت رياضة رفعات الأثقال أو القوة بتحول كبير شمل مجاميع أخرى من الأشخاص ذوي الإعاقة، وتضمنت قواعد مماثلة لتلك التي تطبق على الرياضيين من غير ذوي الإعاقة بمسابقات رفعات القوة. وأثناء انعقاد الجمعية العمومية في برشلونة عام 1992، اتخذ القرار بإدخال رياضة «رفعات القوة» فقط بالألعاب البارالمبية بدلاً من رفع الأثقال.

ومنذ ذلك الحين، شهدت هذه الرياضة تطوراً سريعاً مع تزايد مستوى الوعي والاهتمام على المستوى العالمي. ففي دورة ألعاب برشلونة البارالمبية عام 1992، شاركت 25

دولة في مسابقات رفعات القوة وتضاعف هذا العدد أكثر من مرة في دورة ألعاب أتلانتا عام 1996، بمشاركة 58 دولة. ومنذ عام 2000 ارتفع العدد النهائي للأعضاء في العالم إلى 115 دولة في القارات الخمس وتعد رياضة رفعات القوة من أسرع الرياضات البارالمبية نمواً في العالم بوجود أكثر من 5500 من رافعي ورافعات القوة على قوائم الترتيب. ودخلت هذه الرياضة إلى ميدان المسابقات النسوية، ومنذ المشاركة الأولى لرافعات القوة في دورة ألعاب سيدني عام 2000.

تزايد العدد بدرجة كبيرة ليصل إلى حوالي 1250 رافعة في 60 دولة. ومن الواضح أن هناك مساحة إضافية لتحقيق تطور آخر في هذه الرياضة، حيث يحسن الرياضيون في أرجاء العالم من أدائهم. ودائماً ما تكسر الأرقام القياسية الإقليمية والعالمية، لأن ذلك عامل مثير جداً في تطور الرياضة.

شروط المنافسة:

يجب أن يكون عمر الرياضي الذي لديه حد أدنى من الإعاقة 14 عاماً على الأقل، ويجب أن يمتلك القدرة على مد الذراعين بالكامل، مع ضرورة خسارة لا تزيد عن 20 درجة من المد الكامل على أي من المرفقين عند القيام برفعة صحيحة، طبقاً لقواعد وزن الجسم الذي يخصه.

هناك 10 فئات وزن جسم محددة بشكل منفصل لكل من الرياضيين الذكور والإناث.

فئات وزن الجسم - رجال	
حتى 49.00 كجم	حتى 49.00 كجم
من 49.01 كجم إلى 54.00 كجم	حتى 54.00 كجم
من 54.01 كجم إلى 59.00 كجم	حتى 59.00 كجم
من 59.01 كجم إلى 65.00 كجم	حتى 65.00 كجم
من 65.01 كجم إلى 72.00 كجم	حتى 72.00 كجم
من 72.01 كجم إلى 80.00 كجم	حتى 80.00 كجم
من 80.01 كجم إلى 88.00 كجم	حتى 88.00 كجم
من 88.01 كجم إلى 97.00 كجم	حتى 97.00 كجم
من 97.01 كجم إلى 107.00 كجم	حتى 107.00 كجم

أعلى من 107.00 كجم	من 107.01 كجم وأعلى
فئات وزن الجسم - سيدات	
حتى 41.00 كجم	حتى 41.00 كجم
حتى 45.00 كجم	من 41.01 كجم إلى 45.00 كجم
حتى 50.00 كجم	من 45.01 كجم إلى 50.00 كجم
حتى 55.00 كجم	من 50.1 كجم إلى 55.00 كجم
حتى 61.00 كجم	من 55.01 كجم إلى 61.00 كجم
حتى 67.00 كجم	من 61.01 كجم إلى 67.00 كجم
حتى 73.00 كجم	من 67.01 كجم إلى 73.00 كجم
حتى 79.00 كجم	من 73.01 كجم إلى 79.00 كجم
حتى 86.00 كجم	من 79.01 كجم إلى 86.00 كجم
أعلى من 86.00 كجم	من 86.01 كجم وأعلى

يضاف إلى وزن أجسام الرافعين مبتوري الأطراف ما يلي:

يضاف إلى كل حالة بتر من الكاحل:

2/1 كجم لكل فئات الوزن.

يضاف إلى كل حالة بتر من أسفل الركبة:

1 كجم للوزن حتى 67 كجم.

1.5 كجم للوزن من 67.01 كجم لأعلى.

يضاف إلى كل حالة بتر من أعلى الركبة.

1.5 كجم للوزن حتى 67 كجم.

2 كجم للوزن من 67.01 كجم لأعلى.

يضاف إلى كل حالة انفكاك ورك كامل.

2.5 كجم للوزن حتى 67 كجم.

3 كجم للوزن من 67.01 كجم لأعلى.

في هذه الرياضة، يجب على المتسابقين والمتسابقات أخذ وضع تكون فيه الرأس والجذع (بضمنه الردين) والساقين والكاحلين ممديين على مقعد مصمم خصيصاً، والمحافظة على هذا الوضع أثناء الرفة كاملة. ويمكن قبول استثناء (مصدق) لأسباب طبية.

توضع العارضة في وضع أفقي على مسندين، وتعديل على يمين ويسار المقعد. يطلب الرافع مساعدة المراقب/ مساعد التحميل عند إزالة العارضة من المساند. وبعد أخذ أو استلام العارضة على بعد الذراعين، يجب على الرافع أن ينتظر مع المحافظة على المرفقين مغلقين، والشارة من الحكم الرئيسي. وبعد استلام إشارة البدء، يجب على الرافع إنزال العارضة إلى الصدر، والإمساك بها دون حركة (بحيث تكون منظورة 9 على الصدر، ثم ضغطها إلى أعلى مع مد الذراعين بصورة متساوية إلى مسافة ذراعين مع إغلاق المرفقين. وعندما يبقى المتسابق ثابتاً دون حراك في هذا الوضع، تصدر إشارة مسموعة « نزل على المسند» ويصدر قرار فوري عن الحكام الدوليين من خلال نظام مصابيح أو أضواء بالأبيض والأحمر.

ومن اللحظة التي يعلن فيها اسم الرياضي وبلده والمحاولة ووزن الثقل، يكون لدى المتسابق دقيقتان لإتمام المحاولة، ولكل متسابق 3 محاولات. وإذا رغب المتسابق القيام بمحاولة لكي يحقق رقماً قياسيًّا، يستطيع أن يأخذ محاولة رابعة، خلال مدة زمنية قدرها ثلاث دقائق بدلاً من دقيقتين.

يقيم ثلاثة محكمين نجاح كل محاولة باختيار الضوء الأبيض أو الأحمر. ويحدد اختيار الرباع للوزن في تلك الجولة ترتيب عملية الرفع، ويجب أن تكون الأوزان ضمن مضاعفات 2.5 كغم. وباستثناء رقم قياسي جديد، ما بين المحاولة الأولى والثانية، وما بين الثانية والثالثة، يجب أن تكون هناك زيادة قدرها 2.5 كغم كحد أدنى.

من أسباب الإقصاء من التصفيات:

- عدم قيام الرياضي برفع الثقل أو العارضة إلى مستوى مد الذراعين بالكامل.
- عدم قيام الرياضي بحركة متزامنة.
- عدم المحافظة على منع اهتزاز الثقل على الصدر.
- فشل الرياضي بتنفيذ المحاولة ضمن المدة الزمنية المحددة.

- أي تغيير بالوضع الذي يختاره المتسابق على المقعد أثناء الرفع.
- التنهيد أو الارتداد أو إسقاط الثقل بعد تثبيته على الصدر.
- أي حركة إلى الأسفل للثقل أثناء مرحلة الضغط إلى الخارج.
- أي تماس مع الثقل من قبل المراقب/ مساعد التحميل بين إشارات الحكم.
- عدم ملاحظة إشارات الحكم في البداية أو إكمال المهمة.
- عدم مراعاة الشروط العامة للرفع.

التصنيف:

تسعى لجنة تصنيف رياضة رفعات القوة التابعة للجنة البارالمبية الدولية إلى السماح لأي رياضي معاق بدياً بالمشاركة في المسابقات الدولية، بشرط تلبية الحد الأدنى من معايير الإعاقة التي تنشرها لجنة هذه الرياضة باللجنة البارالمبية الدولية، أو أي منظمة أخرى تتعامل مع الرياضيين الذين يعانون من إعاقة بدنية.

وإذا كان أي رياضي لديه إعاقة حركية بدنية ملحوظة في الجزء العلوي من الجسد، التي يراها فريق التصنيف أنها يمكن أن تشكل مخاطرة تتسبب بإصابة، قد لا يكون هذا الرياضي مؤهلاً للمشاركة. يتوجب أن يقرر الطبيب أن المشاركين كافة لائقون بدياً.

التقنية والمعدات:

الأقراص: للحصول على موافقة لجنة رياضة رفعات القوة في اللجنة البارالمبية

الدولية، يجب أن تفي الأقراص بالشروط التالية:

- تقع الأقراص المستخدمة جميعها في المسابقة ضمن مدى وزن 0.25% من القيمة الظاهرية أو الأسمية لها.
- لا يتجاوز حجم الثقب الموجود في وسط القرص 53 ملم، أو يكون أقل من 52 ملم.

تكون الأقراص ضمن المديات التالية:

1.25، 2.5، 5، 10، 15، 20 و 25 كغم.

- لأغراض تسجيل رقم قياسي، يجوز استعمال أقراص أخف للوصول إلى وزن قدره 500 غرام على الأقل، زيادة عن الرقم القياسي الموجود.

- تفي الأقراص بقواعد الرموز اللونية: 25 كغم أحمر، 20 كغم أزرق، 15 كغم أصفر، 10 كغم وأقل أي لون.
- توضع علامات واضحة على الأقراص كافة مع أوزانها، وتحمل حسب التسلسل بحيث تكون الأثقل في الجزء الداخلي الأبعد وترتب الأقراص الأصغر في ترتيب وزني تنازلي، بحيث يستطيع الحكام قراءة الوزن على كل قرص.
- يجب أن يحمل القرص الأول والأثقل على العارضة ووجهه إلى الداخل، فيما تحمل بقية الأقراص ووجهها إلى الخارج.
- لا يتجاوز قطر القرص الأكبر 450 ملم.

المقعد أو المصطبة: يتنافس الرياضيون وهم مستقلقون على المقعد أو المصطبة. ويبلغ الطول القانوني الرسمي لها 2.1 متر، ويبلغ عرض الجزء الرئيسي منها 61 سم. وعند طرف المصطبة وباتجاه الرأس، تضيق المصطبة نزولاً إلى 30 سم. و يتراوح ارتفاع المصطبة بين 45 و 50 سم من الأرض.

التجديف:

تعتبر رياضة التجديف من أحدث الرياضات في الألعاب البارالمبية، وقد أدخلت إلى برنامج الألعاب البارالمبية عام 2005، وأقيمت أولى مسابقاتها البارالمبية في بكين عام 2008. أما التجديف المعدل فهو رياضة التجديف للرياضيين ذوي الإعاقة الذين يحققون المعايير المبينة في لوائح تصنيف رياضة التجديف المعدلة. وتتضمن كلمة «معدلة» أن المعدات «تكيف» لصالح المستخدم لممارسة الرياضة وليس تعديل الرياضة نفسها للمستخدم. وإن الاتحاد الدولي للتجديف هو الجهة الدولية الوحيدة التي تتولى إدارة هذه الرياضة وتنظيمها. ورياضة التجديف المعدلة مفتوحة للرجال والنساء، وتقسم إلى أربع فئات تدخل ضمن برنامج بطولة العالم التي ينظمها الاتحاد الدولي للعبة وهي: ال تي أيه 4+ و ايه تي 2 أكس و ايه دبليو 1 أكس و ايه أم 1 أكس. بالنسبة للفئتين الأولى والثانية تكونان بزوارق مختلطة من الجنسين. تقام السباقات لمسافة تزيد عن 1000 متر للمسابقات الأربع جميعها (رغم أن ال تي أيه 4 قد نظمت لقطع مسافة تزيد عن 2000 متر لغاية بطولة العالم بالتجديف عام 2005).

شروط المسابقة:

نجد حالياً أربع فئات للزوارق في هذه الرياضة، وقد تم تكييفها لتناسب الحالات المختلفة من الإعاقات والفئات الأربع هي:

ال تي أيه 4 + (الساقان والجذع والذراعان وتوجيه الدفة بأربعة).

- التسابق لمسافة تزيد عن 1000 متر (منذ عام 2006- كانت 2000 متر في السابق).
- مقعد منزلق.
- زورق مختلط من الجنسين.

تي ايه 2 أكس (جذع وذراعان ومجدفان).

- تسابق لمسافة تزيد عن 1000 متر.
- مقعد ثابت.
- زورق مختلط من الجنسين.

ايه دبليو 1 أكس (فردى للسيدات، الذراعان فقط).

- 1000 متر.
- مقعد ثابت.
- للنساء فقط.

أيه أم 1 أكس (فردى رجال، الذراعان فقط).

- 1000 متر.
- مقعد ثابت.
- للرجال فقط.

التقنية والمعدات:

يتطابق زورق التجديف المعدل مع زورق الرياضيين من غير ذوي الإعاقة. فهذا النوع من الزوارق يزود بمقاعد خاصة تتباين حسب إعاقة الرياضي. وإلى يومنا هذا ليس هناك مواصفات أخرى للمقعد باستثناء ما يلي: فئة آل تي أيه 4 فيها مقعد منزلق، أما فئات الزوارق الثلاثة الأخرى ففيها مقاعد ثابتة. وفي فئة تي أيه 2 أكس هناك مقعد يوفر «دعماً إضافياً». أما فئة أيه دبليو 1 أكس وأيها أم 1 أكس فهي مجهزة بمقعد يوفر «دعماً سانداً

لوضع الجلوس» للأشخاص الذين لديهم مشاكل في التوازن عند الجلوس (أي إصابة الحبل الشوكي والشلل الدماغي)، وهذا يضمن الجزء العلوي مسنوداً ويبقى في وضع ثابت. وتجهز الزوارق الأصغر حجماً بمعدات الطفو التي تسمى عوامات، و التي تعمل بمثابة عوامل استقرار لشرع المركب مما يوفر توازناً إضافياً للجزء الخلفي.

الشرع:

تعد رياضة الشرع رياضة حديثة نسبياً بالألعاب البارالمبية، فقد قدمت دورة أتلانتا للألعاب البارالمبية عام 1996، رياضة الشرع كرياضة استعراضية، مما أدى إلى قبولها رياضة تنافسية في دورة ألعاب سيدني عام 2000. وهذه الرياضة مفتوحة للرياضيين مبتوري الأطراف والمصابين بالشلل الدماغي والإعاقة البصرية، وإصابات الحبل الشوكي وغيرها. ويقوم نظام تصنيف رياضة الشرع على أربعة عوامل وهي: الاستقرار، وظيفة اليد والقدرة الحركية والبصر. يتنافس الرياضيون فيها في ثلاث مسابقات وهي غير محددة بالجنس: الفردي الشخصي، والثلاثي مفتوحة لمعظم فئات الإعاقة، في حين تكون مسابقة الزورق الثنائي مصممة للرياضيين الذين يعانون من إعاقة شديدة. وتخضع هذه الرياضة لإدارة الاتحاد الدولي للشرع للأشخاص ذوي الإعاقة، و الذي يتعاون تعاوناً وثيقاً مع الاتحاد الدولي لرياضة الشرع. وقد شهدت هذه الرياضة تطوراً سريعاً، وفي عام 2006، شاركت أكثر من 50 دولة بمسابقة الشرع للرياضيين ذوي الإعاقة في المسابقات التطويرية والوطنية.

شروط اللعبة:

تجرى المسابقة بموجب قواعد سباقات الشرع، التي يصدرها الاتحاد الدولي للشرع، وتعليمات الاتحاد الدولي لرياضة الشرع للأشخاص ذوي الإعاقة، ودليل التصنيف الصادر عنه. وإذا ما سمحت الأحوال الجوية، يجري السباق على تسع جولات منفصلة وتتحدد المراكز النهائية بعدد النقاط التي تسجل في كل جولة. والفريق الذي يحرز أقل مجموع من النقاط يكون هو الفائز. وعند إشارة الانطلاق تمر الزوارق جميعها على خط شروع افتراضي (بين علامتين في إتجاه علامة الاستدارة الأولى) التي تسمى «مرحلة السباق مع اتجاه الريح» بلغة البحارة. في هذه المرحلة، تكون التكتيكات وسرعة الزورق والتعامل معه مهمة جداً

لأن الزوارق تحتاج أن تشق طريقها وسط الرياح. وبعد الدوران حول هذه العلامة تواصل الزوارق مسيرها في جولة نحو علامة عكس اتجاه الرياح ومن حولها كذلك. ثم تتحرك باتجاه علامة تدل على اتجاه الرياح، وتستمر حوالي ساعة من الزمن (توضع العلامات على مسافة 1 ميل بحري تقريباً « 1852 متر» عن بعضها بعضاً). ويتكون خط النهاية من المرور عبر خط افتراضي بين العلامتين.

هناك تعديلات بسيطة بالمعدات لجعلها مناسبة لقدرة الرياضي. فاليخوت المستعملة بالمسابقة البارالمبية فيها عوارض على طول القعر، لأن هذا التصميم يوفر استقراراً أكبر. وفي هذا النوع من الزوارق المزودة بعوارض هناك قمرات تسمح بمزيد من المساحة للبحارة. ويتنافس الرياضيون حسب صيغة سباق الأسطول، وهذا يعني أن اليخوت كافة تتسابق على المسار في الوقت نفسه.

التصنيف:

يسمح نظام منح النقاط الذي يحدد حسب مستوى القدرة للرياضيين من مختلف فئات الإعاقة بالتنافس معاً في هذه الرياضة البارالمبية. وبعد تقييم الرياضيين ممن لديهم إعاقة وظيفية من قبل لجنة التصنيف، يمنحون نقاطاً على أساس قدراتهم الوظيفية وتراوح من سبعة التي تمثل الدرجة الأدنى إلى المستوى الوظيفي الأعلى على التوالي. أما الرياضيون الذين يعانون من إعاقة بصرية فيتم توزيعهم إلى ثلاث فئات تنافسية بناء على حدة البصر ومدى الرؤية. ولضمان مشاركة الرياضيين بكل النقاط المحسوبة، ومن فئات الإعاقة كافة، هناك حد أعلى للنقاط تحتسب ولا يجوز لطاقم يتكون من (3) أشخاص تجاوزها: فمجموع نقاط أعضاء الفريق يجب أن لا يزيد عن 14. مما يمكن البحارة من ذوي الإعاقات الشديدة من المشاركة في الألعاب البارالمبية.

التقنية والمعدات:

الزورق من فئة 2.4 متر أر: و زورق أحادي مزود بعوارض ومصمم وفق قواعد زوارق كأس أميركا نفسها من فئة 12 متراً. ويبلغ طوله 4.1 متر ويزن 260 كغم. يسمح التصميم لقائد الزورق بالجلوس وسطه بحيث يمسك بالمعدات التحكم بأجهزة المركب والملاحة جميعها على مسافة تساوي مساحة الذراعين تقريباً عند مدهما إلى الخارج.

السونار: تتكون فئة السونار من ثلاثة أشخاص وعارضة ثابتة وبطول 7 متر (23 قدم)

ويزن 950 كغم. ولزورق سونار ثلاثة أشرعة- الشراع الرئيسي، شراع السارية الأمامية، والشراع المثلث، ولكن عند استعماله في الألعاب البارالمبية يستخدم الطاقم الشراع الرئيسي وشراع السارية الأمامية. ويوفر زورق السونار خيار الأبحار مع طاقم من مختلف الإعاقات وبسبب حجمه ومرونته، كما يسمح بإضافة العديد من وسائل المساعدة المعدلة لتدمج بالزورق لمساعدة البحارة ممن يعانون من إعاقات شديدة أكبر.

تحديد الشراع: تحمل الزوارق جميعها على كل جانب من شراعيها الرئيسي، وعلى جانب البدن رمز الدولة الذي يشير إلى سلطته الوطنية. و تطبق رموز الدول عند القياس. و لا يجوز عرض أي أرقام أخرى للشراع.

الرماية:

لمحة عن اللعبة:

أصبحت رياضة الرماية جزءاً من الألعاب البارالمبية منذ دورة تورينوتو عام 1976، وفي عام 2006 أصبحت تمارس هذه الرياضة في 51 دولة.

وتعد رياضة الرماية هي اختبار للدقة والتحكم يستخدم فيها المتنافسون مسدسات أو بنادق يصوبون منها باتجاه هدف ثابت. والمسابقات مفتوحة في الدورات البارالمبية لجميع الرياضيين ذوي الإعاقة البدنية. وهناك فئتان من المسابقات، على الكرسي المتحرك ومن وضع الوقوف. يتنافس الرياضيون بمسابقات البندقية والمسدس من مسافات 10 و25 و50 متر في مسابقات الرجال والسيدات والمختلطة. وتستخدم رياضة الرماية نظاماً تصنيفياً وظيفياً يمكن الرياضيين ذوي الإعاقة من مختلف الفئات من التنافس معاً فردياً و فرقياً.

وتخضع هذه الرياضة لإدارة اللجنة الفنية للرماية في اللجنة البارالمبية الدولية بالالتزام بقواعد المعدلة الصادرة عن الاتحاد الدولي لرياضة الرماية. تأخذ هذه القواعد بالاعتبار الفروقات الموجودة بين رياضة الرماية للأشخاص من غير ذوي الإعاقة البدنية والرماية للأشخاص ذوي الإعاقة.

شروط اللعبة:

تهدف الرماية إلى وضع سلسلة من الرميات داخل مركز حلقة عين الثور (مركز الرمية). و يتكون الهدف من حلقات متداخلة المراكز بدرجات تبدأ من الصفر إلى عشرة وتعطي

الحلقة المركزية 10 نقاط. وفي النهائي، تقسم الحلقات إلى مناطق نقاط إضافية بحيث تكون درجة 10.9 هي أعلى درجة ممكنة. وتقسم مسابقات الرماية إلى مسابقتين رئيسيتين: مسابقة البندقية الهوائية والمسدس على ثلاث مسافات: 10 و25 و50 متراً. وتعتمد القواعد على السلاح والمسافة والهدف ووضع الرمي وعدد الرميات والوقت المحدد. يجمع المتنافسون النقاط التي تمثل قيمة رمياتهم. وتتكون كل مسابقة من جولة تصفيات وجولة نهائية. تضاف درجة الجولة النهائية إلى درجة الرياضي في جولة التصفيات. والفائز هو الذي يجمع أكثر النقاط في نهاية المسابقة.

ومن بين مسابقات الرماية الاثنتي عشرة تكون ستة منها مفتوحة للنساء والرجال، وثلاثة مفتوحة للنساء فقط وثلثة للرجال فقط.

التصنيف:

تستفيد رياضة الرماية من نظام تصنيف وظيفي يمكن الرياضيين من مختلف فئات الإعاقة ممن لديهم القدرات ذاتها من التنافس فيما بينهم فردياً أو فريقاً. واعتماداً على القيود الموجودة (درجة وظيفية الجذع والتوازن أثناء الجلوس وقوة العضلات وحركية الأطراف العليا والسفلى) وعلى المهارات اللازمة بالرماية، يقسم الرياضيون إلى ثلاث فئات: أس أتش 1 وأس أتش 2 وأس أتش 3 (تشمل مسابقة الألعاب البارالمبية الفئتين الأولى والثانية فقط) والفروقات الأساسية بين الأولى والثانية هي أن رياضيي الفئة الثانية يستخدمون مساندة خاصة للذراع، والتي تتوافق مع مواصفات اللجنة البارالمبية الدولية. أما فئة أس أتش 3 فتشمل ذوي الإعاقة البصرية.

يقسم تصنيف الرماية إلى ثلاث فئات رئيسية:

- أس أتش 1:** متسابقو المسدس والبندقية التي لا تحتاج إلى مسند للرمي.
- أس أتش 2:** متسابقو البندقية الذين لا يملكون القدرة على إسناد وزن السلاح الناري بأذرعهم، ولذلك يحتاجون إلى مسند رماية.
- اس أتش 3:** متسابقو البندقية من ذوي الإعاقة البصرية.

التقنية والمعدات:

البنادق والمسدسات: يستعمل الرياضيون بنادق من عيار 22 وبنادق هوائية (تعمل

بالهواء المضغوط وغاز ثاني أكسيد الكربون أو بالنابض). وعند تفعيل مقداح البندقية يتحول سائل ثاني أكسيد الكربون إلى غاز، ويفعل المقذوف نحو الهدف. تستعمل الهواء المضغوط نظام ضخ متعدد لخزن ضغط الهواء في خزان ويطلق الضغط ينطلق المقذوف نحو الهدف.

الإطلاقات: بالنسبة لمسابقات مسافة 10 متر ببندقية هوائية أو مسدس هوائي تستعمل إطلاقات من عيار 4.5 ملم وفي مسابقات المسدس 25 متراً و 50 متراً والبندقية تستعمل إطلاقات من عيار 5.6 ملم.

الهدف: الهدف القياسي هو مربع من الورق المقوى بحلقات متداخلة المراكز بالأسود والأبيض حول حلقة مركز سوداء اللون (عين الثور). وفي الألعاب البارالمبية، تستعمل خمسة أهداف مختلفة حسب نوع البندقية. وتكون هذه الأهداف الكترونية لزيادة الدقة.

تنس الطاولة:

لمحة عن اللعبة:

أدخلت رياضة تنس الطاولة إلى الألعاب البارالمبية لأول مرة عام 1960، ويمارسها رياضيون من 104 دول حتى عام 2006. يشارك الرياضيون ذوو الإعاقة من مختلف الفئات (باستثناء ذوي الإعاقة البصرية) الذين لهم لعبة تنس الطاولة خاصة بهم. ويتنافسون برياضة تنس الطاولة بالألعاب البارالمبية والعالمية من وضعي الوقوف والجلوس. ويتنافس الرجال والسيدات فردياً وفرقياً. تتكون كل مباراة من 5 مجموعات تتألف كل مجموعة من 11 نقطة، والفائز هو اللاعب أو اللاعبان الذي/ اللذان يفوز أو يفوزان بثلاث مجموعات. والجهة المسؤولة عن اللعبة هي اللجنة البارالمبية الدولية من خلال اللجنة الفنية لتنس الطاولة. وتسري أحكام الاتحاد الدولي لتنس الطاولة على مسابقات تنس الطاولة للأشخاص ذوي الإعاقة مع تعديلات بسيطة بشأن قواعد كسر الإرسال بالنسبة للرياضيين، الذين يتنافسون من الكرسي المتحرك.

شروط اللعبة:

تتكون المباراة من خمس مجموعات ولكل مجموعة 11 نقطة. هدف اللعبة هو قيام اللاعب بإرسال الكرة إلى ساحة المنافس دون أن يتمكن من إعادتها. تبدأ المباراة بإرسال

ويتم تبادل الإرسال في كل نقطتين. يصنف الرياضيون إلى 11 فئة. وتتكون كل مباراة من 5 أو 7 أو 9 مجموعات حسب المنافسة. والفائز هو اللاعب الذي يفوز ب3 أو 4 أو 5 أشواط على التوالي. وفي حالة التعادل، يكون الفائز هو اللاعب الذي يحرز أولاً فرق نقطتين. ولكل فئة من الذكور والإناث هناك مباريات فردية وفرقية.

التصنيف:

يصنف الرياضيون إلى 11 فئة اعتماداً على المهارات المطلوبة للرياضة وقدرتهم (التصنيف الوظيفي). و يجري التصنيف بعد فحص مدى الحركة عند كل رياضي وقوته العضلية والقيود الحركية والتوازن على الكرسي المتحرك والقدرة على التعامل مع المضرب.

- وتعتبر الفئات تي تي 1 إلى تي تي 10 للرياضيين ذوي الإعاقة البدنية.
- والفئات 1 إلى 5 للرياضيين المتنافسين على الكراسي المتحركة، في حين تكون الفئات من 6 إلى 10 للمتنافسين من وضعية الوقوف.
- أما الفئة تي تي 11 فهي للأشخاص ذوي الإعاقة ذهنياً حسب تعريف أي أن أيه أس- أف أي دي/ اللجنة البارالمبية الدولية.

قواعد عامة:

يتطلب التصنيف الوظيفي من اللاعبين، أن يجلبوا مضرباً للفحص، وأن يكونوا مستعدين للعب من الكرسي المتحرك المنوي استخدامه بالمسابقة. وبالمثل، يجب أن يكون اللاعب الذي يستعمل مساعدات تجبيرية/ أطرافاً صناعية سائدة مستعداً لأداء المباراة. وفي الحالات الواقعة بين بين، يصنف اللاعب في الفئة الأقل امتيازاً حسب ما يتقرر في المراجعة.

المؤهون للتنافس:

فئات تنس الطاولة 1-5 حسب التصنيف الوظيفي من وضع الجلوس:

الفئة 1: يتحقق مد المرفق واليد بحركة أرجحة تبدأ من الكتف. تنسيق حركات الذراع يختلف كثيراً عن الذراع غير المصابة، تؤمن حركات الجذع كافة بمسك الكرسي المتحرك، أو الفخذ مع اليد، أو بمسك ظهر الكرسي بالمرفق المنحني.

الإعاقات:

- شلل رباعي منتظم أو غير منتظم.
- اضطرابات شديدة في توازن الجذع.
- الشلل التشنجي الشديد (درجة التشنج للعضلة 3-4).

الفئة 2: يكفي مد المرفق مع تنسيق جيد لحركة اليد بدون قوة طبيعية. يؤمن تموضع الجذع بالطريقة نفسها الفئة 1

الإعاقات:

- شلل ثلاثي.
- اضطرابات شديدة في توازن الجذع.
- الشلل التشنجي الشديد (درجة التشنج 2-3).

الفئة 3: في أشد حالات الضرر (سي 8)، قد يلاحظ فقدان الحد الأدنى من القدرة الحركية في اليد التي تحمل المضرب، لكن هذا الفقدان لا يكون كافياً بحيث يؤثر على أي مهارة معروفة من مهارات تنس الطاولة. ويتم تأمين تغييرات بسيطة في وضعية الجذع بمسك اليد الخالية، وبدفع أو رفع الكرسي المتحرك أو الفخذ. ويبقى الجزء الأسفل من الجذع في تماس مع ظهر المقعد. وتقل حركات الذراع إلى الوراء بسبب عدم القدرة على تدوير الجذع. وتعتبر الحركات المقصودة للكرسي المتحرك في غير صالح المتسابق.

الإعاقات :

- شلل جانبي شديد.
- الحد الأدنى من القيود في التحكم بالأطراف العليا.
- اضطرابات متوسطة في توازن الجذع.
- تشنجات معتدلة في الأطراف السفلى 0 درجة التشنج 4).

الفئة 4: الجلوس مستقيماً، يمكن مشاهدة الحركات الطبيعية للذراعين والجذع. ويمكنك زيادة حركات الجذع باستعمال ذراع حرة لإسناد أو مسك أو دفع الكرسي المتحرك أو الفخذ. والتحرك المقصود للكرسي المتحرك ممكن. وعند البدء بيد واحدة لا يمكن ثني الجذع إلى الأمام بدرجة مثالية. والحركات الخلفية غير ممكنة بدون مساعدة من اليد الخالية.

الإعاقات:

- شلل جانبي معتدل.
- اضطرابات معتدلة في توازن الجذع.
- تشنجات معتدلة في الأطراف السفلى (درجة التشنج 3).

الفئة 5: يمكن ثني الجذع إلى أمام أو رفعه عن قصد بشكل سهمي منبسط بدون مساعدة الذراع الخالية. ويمكن ملاحظة أفعال دفع بالفخذين أو حتى بالقدمين. ويكون التعامل مع الكرسي المتحرك مثالياً بسبب الوضع الجيد للجذع في حركته إلى الأمام وإلى الخلف. كما يمكن ملاحظة بعض الحركات الخلفية.

الإعاقات:

- شلل جانبي خفيف.
- حد أدنى من إضرابات الجذع.
- تشنجات بسيطة في الأطراف السفلى.
- عدم إمكانية اللعب من وضع الوقوف.

الأنواع الوظيفية المعروفة طبيياً:

الشلل الثلاثي (الفئة 1):

ضعف شديد في وظيفة اللعب باستخدام مسكة ذراع قوية، التواء الرسغ ومد المرفق. عضلات مؤخرة العضد لا تعمل.

الشلل الرباعي (الفئة 2):

ضعف في وظيفة اللعب باستخدام مسكة ذراع قوية، وضعف في وظيفة اليد (عضلات الرسغ) فيما تكون عضلات مؤخرة العضد عاملة (4-5).

الشلل النصفي السفلي (الفئة 3):

عدم وجود توازن إيجابي عند الجلوس باستقامة على كرسي متحرك أو بدون سند لراحة الظهر. الافتقار إلى عضلات البطن والظهر للتحكم بالجزء العلوي من الجذع وتثبيت الفقرات القطنية.

الشلل النصفي السفلي (الفئة 4):

توازن كاف في وضع مستقيم. عدم وجود حركات جذعية مقصودة في المجال السهمي والأمامي بسبب فقدان وظيفية عضلات الورك والفخذ.

الشلل النصفي السفلي (الفئة 5):

يتمثل المستوى الوظيفي الأدنى في القدرة على أداء حركات جذعية في المنبسط السهمي عندما يمسك الحوض في وضع بفعل العضلات البسيطة الساحبة، أو وسائط أخرى (مثل مساند الساق الطويلة، مقلصات العضلة أو التشنج) تدخل في العمل عضلات الجذع جميعها.

تصنيف الأشخاص ذوي الإعاقة من غير المصابين بالشلل النصفي أو الرباعي:
لاعبون غير مكتملي الشروط حسب قواعد أي اس أم دبليو أس أف
يصنفون حسب الوظائف المتبقية في الجذع في الفئات 3 و 4 أو 5

المبتورو الأطراف:

يلعب جميع هؤلاء في الفئة 5 باستثناء أولئك الذين لديهم تميم في الورك أو المبتورين فوق الركبة بجذعات قصيرة ممن يمكن أن يلعبوا في الفئة 4. وأما الرياضيون ممن لديهم مساعدات داخلية في الورك أو الركبة أو الكاحل والذين يمنعون من اللعب من وضع الوقوف فيمكن أن يلعبوا في الفئة 5.

الفروقات بين الفئات:

الفروقات الرئيسية بين الفئتين 1 و 2:

- لا يوجد مد فاعل للمرفق في الفئة 1. يجب أن يكون تنسيق عضلات الذراع واليد (أي أم أي أر) في الفئة.
- لا يمكن التحكم بتقلص حركة اليد أو تنسيقها بفعل مضاداتها في الفئة.

الفروقات الرئيسية بين الفئتين 2 و 3:

لاعب الفئة 3 يتمتع بحركة أفضل في الجزء العلوي من الجسم.

الفروقات الرئيسية بين الفئتين 3 و4:

يجلس لاعبو الفئة 4 بحرية وينفذون حركة دوران ملحوظة للجذع، وتحريك الذراع اللاعبة إلى الخلف بأقصى ما يمكن.

الفروقات الرئيسية بين الفئتين 4 و5:

يحرك لاعبو الفئة 5 الجذع عن قصد في المستوى السهمي. يظهر لاعبو الفئة 4 انحناء شديداً في فقرات العمود الفقري القطنية عند رفع الجذع من الحجر.

فئات التصنيف الوظيفي للعبة تنس الطاولة من وضع الوقوف 6-10:

الفئة 6: هناك جمع من الإعاقات في الذراع التي تستخدم في اللعب والأطراف السفلى: خسارة 30 نقطة في الذراع التي تلعب و30 نقطة كحد أدنى في الأطراف السفلى، ووجود مشاكل شديدة في التوازن الحركي. يجوز للشخص المبتور الطرفين حتى الركبتين اللعب في هذه الفئة.

الإعاقات:

- شلل مزدوج منتظم أو غير منتظم، قيود متوسطة في التنسيق العضلي - العصبي بالأطراف العليا مع تشنج بسيط (بدرجة 2)، بالإضافة إلى تشنج بالأطراف السفلى (بدرجة 2) مع مشاكل معتدلة في التوازن الحركي.
- الرياضي المصاب بالتمعججات الكنعية في اليدين والقدمين أو الترنحي، تشنجات بسيطة بالأطراف العليا (بدرجة 1-2) مع حركات لا إرادية شديدة في الأطراف العليا، وخفيفة إلى معتدلة في الأطراف السفلى (بدرجة 1-2) مع اختلال توازن حركي معتدل.

الفئة 7: بتر (الذراع اللاعبة) أو بتر مزدوج دون المرفق أو كليهما. يتأثر بها اللاعبون بالأطراف العليا. خسارة 20 نقطة في الذراع اللاعبة كحد أدنى.

الإعاقات:

الرياضي المصاب بالتمعججات الكنعية في اليدين أو القدمين أو الترنحي، حركات لا إرادية معتدلة في الأطراف العليا مع تشنجات بسيطة بالأطراف العليا (بدرجة 1-2).

الفئة 8: بتر أحادي فوق الركبة أو مزدوج تحت الركبة. إعاقة شديدة في أحد الطرفين أو

كليهما. ضعف في قوة العضلات ب 30 نقطة على الأقل في الأطراف السفلى، مع ضعف التوازن الحركي.

الإعاقات:

- شلل جانبي مزدوج منتظم أو غير منتظم خفيف إلى معتدل، وتشنج بالأطراف السفلى (بدرجة 2-3) مع الحد الأدنى من المشاكل في التوازن الحركي.
- شلل معتدل: تشنج معتدل في نصف الجسم (بدرجة 3) مع تشنج بسيط في الجانب الأقل تأثراً من الجسم (بدرجة 1-2) مع توازن حركي مقبول.

الفئة 9:

- بتر أحادي تحت الركبة.
- توازن حركي جيد.
- حد أدنى من الإعاقة في ساق واحدة 10 نقاط.
- حد أدنى من الإعاقة في الساقين 15 نقطة.
- فرق في طول الطرف السفلي 7 سم.

الإعاقات:

- شلل خفيف، تشنج معتدل في الطرف السفلي (بدرجة 2-3) مع توازن جيد.
- شلل جانبي بحد أدنى بالتأثير، تشنج بسيط بالأطراف السفلى (بدرجة 1-2) مع توازن جيد.

الفئة 10: بتر الذراع الحرة وصولاً إلى 3/1 الساعد تقريباً. وظيفة طبيعية للذراع اللاعبة.

خسارة 30 نقطة على الأقل في الذراع الحرة. عدم جواز استعمال جهاز مساندة. وإذا ما رغب الرياضي، يجوز فحص اللاعبين ممن يضعون وحدات ساندة، ولكن سيتم استبعادهم في حال خسارتهم 35 نقطة. أما اللاعبون الذين لديهم قصر ولادي في الذراع الحرة مع وظيفة طبيعية، يمكن أن ينافسوا إذا كانت هذه الذراع معادلة في طولها للجزء العلوي من الذراع اللاعبة (أي الكتف إلى المرفق).

الإعاقات:

الشلل الأحادي للذراع غير المستخدمة في اللعب أو الحد الأدنى مع توازن طبيعي.

ملاحظة: إذا كان اللاعب يعاني من حد أدنى من الإعاقة بما يؤدي إلى خسارة 35 نقطة في طرفين أو أكثر معاً، دون وجود إعاقة من أي فئة بحدها الأدنى، سيوضع في فئة تتوافق مع الطرف الأكثر تضرراً بالإعاقة

بالنسبة للفئات 6-10 فإن فقدان 25% من حركة المفصل في أحد المفاصل أو أكثر، فإنه يعادل نقطة واحدة في فحص العضلات.

مشاركة اللاعبين ممن أجريت لهم عمليات إضافة وحدات ساندة في الورك أو الركبة أو الكاحل، فلا يسمح لهم بالمشاركة في فئات اللعب من وضع الوقوف وفي حالة الحذب أو انحناء الظهر إلى الجانب، يقيم التأثير على الأطراف وظيفياً، ثم يصنف اللاعب طبقاً لذلك والتقرم بحد ذاته لا يشكل إعاقة معترف بها في غياب إعاقات حركية تنقلية.

يحق للاعب الذي يتأهل إلى أكثر من فئة في وضع الوقوف اختيار الفئة التي يرغب اللعب فيها. ولا يحق له تغيير الفئات أثناء انعقاد بطولة ما.

الفئة 11: تخص الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، ويتبع نظام تصنيف الإعاقة الذهنية المعمول به في الاتحاد الدولي للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية.

التقنية والمعدات:

الطاولة: يبلغ طول الطاولة 2.74 متر وعرضها 1.525 متر وارتفاعها 76 سم، ولا يقل سمك السطح عن 20 سم، ويصنع سطح الطاولة عادة من الخشب أو مواد تركيبية ويجب أن تتوفر في الطاولات الصديقة للكراسي المتحركة مساند (سيقان) بطول 40 سم، من خط النهاية للطاولة، التي يلعب عليها الرياضي من كرسي متحرك.

الشبكة: يبلغ ارتفاع الشبكة 15.25 سم وتمتد على عرض المركز، بحيث تقسم الطاولة إلى نصفين متساويين. تصنع الشبكة عادة من النايلون وتلون باللون الأزرق.

الكرة: يبلغ قطر الكرة 40 ملم وتزن 2.7 غرام. تصنع من السليلويد أو مادة بلاستيكية مماثلة، وتلون بالأبيض أو البرتقالي المطفأ.

المضارب: تغطي المضارب منذ عقد الخمسينيات من القرن العشرين بطبقة من مادة تشبه الأسفنج، توضع بين السطح المطاطي والخشب وتخلق بذلك نوعاً جديداً من طبقة مطاطية. وباستعمال هذه المادة، تم اكتشاف وتطوير أساليب جديدة في ضرب الكرة وتميرها، مما جعل اللعبة أكثر ديناميكية.

كرة الطائرة من الجلوس:

لمحة عن اللعبة:

أدخلت لعبة الكرة الطائرة من وضع الجلوس في دورة ألعاب أرنهيم عام 1980، وتخضع رياضة الكرة الطائرة من الجلوس لإدارة المنظمة العالمية للكرة الطائرة للأشخاص ذوي الإعاقة. ومنذ عام 2006، يمارس اللعبة رياضيون أكثر من 48 دولة، وتتطلب هذه اللعبة مستوى عالياً من الأداء الجماعي والمهارة والاستراتيجية والشدة. ويسعى كل فريق إلى تمرير الكرة فوق الشبكة وإسقاطها على أرضية المنافس. ويسمح للرياضيين والرياضيات ذوي الإعاقة المشاركة على أن يفوا بالحد الأدنى من شروط الإعاقة. ويتكون الفريق من فئات مختلطة في مسابقات الذكور والإناث بوجود 6 لاعبين في الساحة. وفي كل الأوقات يجب أن يلمس أرداف اللاعب الأرض، ويسمح بحجب كرة الإرسال. ولأن كرة الطائرة من الجلوس تتطلب ساحة أصغر (10 في 6 متر) وشبكة أوطأ، تكون اللعبة أسرع بدرجة ملحوظة من كرة الطائرة من وضع الوقوف. والفريق الفائز بالشوط هو الذي يحرز 25 نقطة بشرط تفوق بنقطتين على الأقل.

شروط اللعبة:

تقوم اللعبة على إرسال الكرة فوق الشبكة من خلال الفضاء الفاصل وإسقاطها على أرضية الفريق المنافس. ويحق لكل فريق لمس الكرة ثلاث مرات، قبل أن تعاد إلى الفريق المنافس. ولا يعتبر الصد (البلوك) مساً للكرة.

تتكون كل مباراة من 5 أشواط أو مجاميع. ويكتمل كل شوط من الأشواط الأربعة الأولى ب 25 نقطة مع تقدم على الفريق الآخر بنقطتين على الأقل. وفي حال التعادل 24-24 يستمر الشوط إلى أن يحقق الفريق تقدماً بنقطتين ويعلن فوزه في الشوط. وفي حال تعادل الفريقين بشوطين لكل منهما، يلعب شوط خامس ينتهي عندما يفوز أحد الفريقين ب 15 نقطة مع ضرورة التقدم على الفريق الآخر بنقطتين على الأقل. ويجب أن يفوز الفريق الفائز بثلاثة أشواط.

يتكون كل فريق من 12 لاعباً كحد أقصى، ومنهم قائد الفريق وآخر هو اللاعب الحر (الليبرو)، وتكون مراكز اللاعبين في البداية محددة في الملعب. وتخضع للتحديد والتحكم أثناء المباراة بفعل موقع الردفين وتمسأها بالأرض.

تبدأ المباراة بإرسال- ويقصد به ضربة من منطقة الإرسال في الجزء الخلفي من الملعب، بهدف تمرير الكرة فوق الشبكة لتصل إلى ساحة المنافس. ويستمر اللعب لحين سقوط الكرة على الأرض ضمن حدود الملعب أو خارجها، أو عندما يفشل الفريق المنافس بإعادة الكرة بطريقة اعتيادية.

التصنيف:

من وضع الجلوس يكتمل التصنيف على الحد الأدنى من الإعاقة على يد طبيب متخصص ومفوض بهذا المجال. وفي كرة الطائرة من الجلوس هناك تصنيف واحد للحد الأدنى للإعاقة.

بطاقة تصنيف الكرة الطائرة: يجب أن يحمل كل لاعب كرة طائرة بطاقة تصنيف شخصية، وتصدر البطاقة عن قسم الكرة الطائرة قبل بدء المسابقة.

المؤهّل للمسابقة:

المؤهّلون للمسابقة هم أولئك الرياضيون الذين لديهم بتر، مع الأخذ بالتغيرات والإضافات التالية:

الأطراف العليا:

- بتر في أول أصبعين من كلتا اليدين.
- بتر لسبعة أصابع أو أكثر من كلتا اليدين.
- بتر في يد واحدة بين مفصل أم-بي والرسغ.

الأطراف السفلى:

- بتر في مفصل ليزفرانك في أحد القدمين.
- بتر في مفصل تشوبارت في أحد القدمين.

يتأهل للتنافس الرياضيون الذين يعانون من الحد الأدنى من الإعاقة، كما ورد في الجزء الأول من التغييرات والأضافات التالية.

الأطراف العليا:

- القصر: على أحد الأطراف العليا أو أكثر بنسبة تزيد عن 33%، ويجب أن يكون

القصر حقيقياً أو وظيفياً في المسافة بين قمة الكتف ونهاية الأصبع الأطول مقارنة بالطرف الأخر.

- قوة العضلات: شلل حركي خفيف أو شلل كلي للطرف العلوي. على الأقل يجب أن يكون هناك تراجع في قوة العضلة بعشرين نقطة، لتشمل الطرفين العلويين عند الاختبار على نظام مقياس من 0-5 (دون حساب 1 و2).

ملاحظة: يحصل كل طرف علوي على 70 نقطة من ضمنها الساعد عند الاستلقاء والمد، ويؤخذ بالحساب اختبار العضلات للأصابع والإبهام.

- حركية المفاصل: يجرى الاختبار باستخدام المنقلة أو وحدة قياس الزوايا.
- الكتف: لا يزيد التقريب أو السحب والثني عن 90 درجة.
- المرفق: متصلب في حالة ثني ب 45 درجة على الأقل.

ولا يتأهل الرياضيون الذين يفقدون القوة العضلية بالطرف العلوي ل:

- 5 نقاط في الاستلقاء (جانب واحد).
- 5 نقاط في الثني (جانب واحد).
- 5 نقاط في الأبعاد (جانب واحد).
- 20 نقطة في اليد/الرسغ (جانب واحد).

الطرف السفلي:

- القصر: على طرف سفلي واحد أو 7 سم.
- قوة العضلات: شلل خفيف أو شلل كلي للطرف السفلي. على الأقل يجب أن يكون هناك تراجع في قوة العضلة بخمس نقاط ، لتشمل الطرفين السفليين عند الاختبار على نظام مقياس من 0-5 (دون حساب 1 و2). يحصل كل طرف سفلي على 40 نقطة.

ملاحظة: لا يتأهل الرياضي إذا كانت الخسارة 5 نقاط على قوة العضلة في:

- ثني الكاحل (جانب واحد).
- ثني أو التواء الورك - مفصل الفخذ (جانب واحد).

- تقريب أو سحب الورك (جانب واحد).
 - حركية المفصل: يجرى الاختبار باستخدام المنقلة أو وحدة قياس الزوايا (حركات سلبية).
 - الورك: تراجع في الشئ ب 45 درجة. تراجع في التقريب أو السحب ب 30 درجة.
 - الركبة: تراجع في الشئ ب 45 درجة مع تراجع في المد ب 45 درجة. عدم استقرار انحرافي / العصب المبهم 15 درجة على الأقل.
 - الكاحل: التواء أخمصي وظهري لا يزيد عن 5 درجات.
- يتأهل للمسابقة الرياضيون من أنظمة تصنيف سي بي - أي أس أر أيه و أي أس أم ا دبليو أس اف

يتأهل للمسابقة الرياضيون من المصابين بإعاقة دائمة من الحالات التالية:

- خلع الوركين.
- التبديل الكامل للركبة أو الورك (الوركين).
- عيب في دوران الطرف السفلى.
- التمثفصل الوهمي للطرف السفلي (الأطراف السفلية).
- عدم الاستقرار في الحركة إلى الأمام والخلف ل 1.5 سم من الركبة.
- تبديل مفصل عظم العضد.

التقنية والمعدات:

الملعب: تتكون منطقة اللعب من الساحة والمنطقة الحرة اللتين تشكلان معاً متوازي أضلاع مستطيل الشكل، وتكون الساحة عبارة عن شكل مستطيل 10 في 6 متر، في حين تمتد المنطقة الحرة إلى 4 أمتار على الأقل من الجانب الطويل و6 أمتار من الجانب القصير للساحة.

تقسم الساحة إلى نصفين متساويين بواسطة خط فاصل في الوسط، وتبلغ مساحة كل نصف 5 متر طولاً و6 متر عرضاً. وتوضع الشبكة التي يبلغ ارتفاعها 1.15 متر للرجال و 1.05 متر للنساء في وضع أفقي على طول الخط الفاصل بين النصفين. ويتراوح طولها بين 6.5 و 7 متر وعرضها 0.80 متر. وتمتد الشبكة على عمودين ساندين، حيث توضع

الهوائيات (الجمال المرنة التي تحدد منطقة اللعب الرئيسية بين الجانبين) وتعتبر جزءاً من الشبكة.

وعلى كل نصف من الساحة وعلى مسافة 2 متر من خط الوسط، هناك خط هجوم موازٍ يخلق منطقتين وهما منطقة الهجوم ومنطقة الخلف (الدفاع).

الكرة: يبلغ محيط الكرة 65-67 سم ويتراوح وزنها بين 260 إلى 280 غرام، ويمكن أن تكون بلون واحد أو من تشكيلة من الألوان المتعددة. يجب أن تتوافق المادة المصنوعة منها واللون مع أحكام ولوائح المنظمة العالمية لكرة الطائرة للأشخاص ذوي الإعاقة، كما تطبق في كل البطولات والدورات العالمية.

الألعاب البارالمبية الشتوية

التزلج على الجبال:

مقدمة موجزة عن رياضة التزلج في جبال الألب للأشخاص ذوي الإعاقة:

تمارس رياضة التزلج في الجبال على مستوى العالم وتشمل سبعة مجالات: التزلج نزولاً من المرتفعات، التزلج المتعرج، التزلج المتعرج الكبير، سوبر جي، سوبر مشترك، المسابقات الفرقية وأحدثها التزلج على اللوح، ويجمع المتسابقون بين السرعة والرشاقة في أثناء التسابق (نزول بسرعة 100 كم/س).

ويشارك في هذه الرياضة الرجال والنساء ممن لديهم إعاقات جسدية، مثل: إصابات الحبل الشوكي، والشلل الدماغي، والبتير، أو حالات جسدية أخرى، والإعاقات البصرية.

ويتنافس الرياضيون في ثلاث فئات حسب قدرتهم الوظيفية، ويسمح نظام حساب النتائج للرياضيين من ذوي الإعاقات المختلفة بالتنافس مع بعضهم.

ويقود الرياضيين المكفوفين أو ذوي الإعاقة البصرية على طول مضمار السباق أدلاء مبصرون يستخدمون الإشارات للدلالة على المسار الذي يتبعونه، ويستخدم بعض الرياضيين معدات مكيّفة لاحتياجاتهم، منها زلاجة فردية، وزلاجة من وضع الجلوس، وأجهزة مساعدة في العظام.

وتتولى اللجنة البارالمبية الدولية لرياضة التزلج على الجبال دور الاتحاد الدولي لهذه الرياضة، وتنسق شؤونها اللجنة الفنية لرياضة التزلج على الجبال/ اللجنة البارالمبية الدولية.

ويشمل برنامج الألعاب البارالمبية ست مسابقات، هي: التزلج نزولاً، وسوبر جي، وسوبر مشترك، والتزلج المتعرج، والمتعرج الكبير، والتزلج على اللوح، وقد ظهرت أول مرة في دورة ألعاب سوشي عام 2014 في الألعاب البارالمبية الشتوية.

لمحة موجزة عن تاريخ رياضة التزلج على الجبال للأشخاص ذوي الإعاقة:

في أعقاب الحرب العالمية الثانية، حدث تطور منتظم في رياضة التزلج للأشخاص ذوي الإعاقة العائدين من الخدمة العسكرية إلى الرياضة التي يحبونها، وفي عام 1948، قدمت أولى المسابقات في هذه الرياضة، وقد أقيمت أول بطولة موثقة للمتزلجين الأشخاص ذوي الإعاقة في بدجاشتن في النمسا عام 1948، بمشاركة 17 رياضياً، ومنذ عام 1950، أقيمت البطولات في مختلف أرجاء العالم، وأدى إدخال رياضة التزلج من وضع الجلوس على الكراسي المتحركة (للمشلولين والمبتوري السيقان فوق الركبة) إلى البدء بممارسة التزلج والتنافس فيها.

وقد جرت أولى الألعاب الشتوية البارالمبية في أورنشولدسفيك في السويد عام 1976، وشملت رياضتين من رياضة التزلج، هما: التزلج المتعرج والمتعرج الكبير، وأضيفت رياضة التزلج نزولاً من الجبال إلى برنامج الألعاب البارالمبية عام 1984، في أنسبروك في النمسا، وأضيفت لعبة السوبر جي عام 1994، في ليلهامر بالنرويج، وأدخلت رياضة التزلج من وضع الجلوس بعد أن كانت استعراضية في أنسبروك عام 1984، ثم أصبحت رياضة تنافسية في دورة ألعاب ناغانو عام 1998.

من يستطيع ممارسة الرياضة (التصنيف والفئات):

تصنف رياضة التزلج على الجبال إلى الفئات الآتية:

فئات أل دبليو 1-9- التزلج من وضع الوقوف

- المتزلجون الذين لديهم إعاقة في الساق.

فئة أل دبليو 1: هذه الرياضة مخصصة للرياضيين ذوي الإعاقة التي تؤثر على الساقين بشدة، مثل: البتر فوق الركبة، أو ضعف شديد في العضلات بكلتا الساقين.

فئة أل دبليو 2: للرياضيين ذوي الإعاقة بساق واحدة، فبعض المتزلجين لديهم مثلاً إعاقة في الساق من الولادة، ويشاركون بسباق زلاجة واحدة فقط.

فئة آل دبليو 3: للرياضيين الذين يعانون إعاقة متوسطة في الساقين، ويتزلجون بزلاجتين وأطراف (أجهزة) مساعدة، وبعض الرياضيين في هذه الفئة يعانون مشكلات معتدلة، أو ضعفا في عضلات الساقين، أو أنّ لديهم بتر في الساقين تحت الركبة.

فئة آل دبليو 4: كما هي الحال مع الرياضيين في فئة آل دبليو 2، يعاني الرياضيون في هذه الفئة إعاقة في ساق واحدة، مع محدودية في النشاط، ومن الأمثلة النموذجية وجود بتر في ساق، ويستخدمون زلاجتين في أثناء السباق.

• المتزلجون بإعاقات في الذراعين:

الفئة آل دبليو 5-7: لديهم إعاقة في الذراعين، وبعض الرياضيين لديهم بتر، وآخرون يعانون ضعفا محدودا في قوة العضلات أو مشاكل في التنسيق، وينزلون منزلجين من المنحدرات بدون عصا التزلج.

الفئة آل دبليو 6/8: الرياضيون الذين لديهم إعاقة في ذراع واحدة، ويتنافسون بعصا تزلج واحدة فقط.

• متزلجون بإعاقات مزدوجة في الذراع والساق:

الفئة آل دبليو 9: الرياضيون الذين لديهم إعاقة تؤثر في الساقين والذراعين، ويعاني بعض منهم مشكلات في التنسيق، مثل التشنج، أو فقدان السيطرة على جانب من الجسم، وحسب قدراتهم، يتزلجون بزلاجة واحدة أو اثنتين، أو بعصا واحدة أو اثنتين.

الفئات آل دبليو 10/12

• المتزلجون من وضع الجلوس

يعاني المتزلجون في وضع الجلوس إعاقة تؤثر في الساقين، ويوزعون على فئات رياضية مختلفة حسب قدرتهم على التوازن في الجلوس، وهي مهمة جداً للتسريع والموازنة في أثناء السباقات.

الفئة آل دبليو 10: ليس لديهم استقرار في الجذع أو الحد الأدنى منه، بسبب إصابات الحبل الشوكي، ولذلك يعتمدون اعتماداً رئيساً على الذراعين للمناورة في التزلج من وضع الجلوس.

الفئة آل دبليو 11: لدى الرياضيين في هذه الفئة قدرات جيدة في الجزء العلوي من

الجسم، ولكنهم يعانون محدودية السيطرة على الجزء الأسفل والوركين، كما هي الحال مع المتزلجين الذين لديهم إصابات في الحبل الشوكي.

الفئة أ1 دبليو 12: تشمل هذه الفئة المتزلجين الذين لديهم وظيفة طبيعية أو متراجعة قليلا في الجذع وإعاقات الساقين، كما يمكن أن تشمل المتزلجين ممن لديهم إعاقات في الساقين من فئة أ1-4، بحيث يمكن أن يختاروا ما بين التزلج جلوسا أو وقوفاً في بداية مسيرتهم الرياضية.

الفئات بي 3-1

• المتزلجون ذوو الإعاقة البصرية:

الفئة بي 1: المتزلجون في هذه الفئة هم من المكفوفين أو ممن لديهم ضعف شديد في البصر، ودرجة الضعف يمكن أن توصف بأنهم لا يستطيعون تمييز الحرف اللاتيني (أي) (15 في 15 سم) من مسافة 25 سم، ويجب عليهم ارتداء مظلمات (نظارات) فوق العينين.

الفئة بي 2: تشمل هذه الفئة الرياضيين الذين لديهم حدة بصر أعلى من الرياضيين المتنافسين في الفئة بي 1، ولكنهم لا يستطيعون تمييز الحرف اللاتيني (أي) من مسافة 4 أمتار، ويحق للرياضيين الذين يبلغ قطر مدى الرؤية لديهم أقل من 10 درجات المشاركة في هذه الفئة.

الفئة بي 3: تختص هذه الفئة بالأشخاص الذين يعانون الإعاقة البصرية الأقل شدة، والمؤهلين للمشاركة في رياضة التزلج من الجبال، وهم يعانون محدودية مدى البصر بدرجة قطرها أقل من 40، أو انخفاضاً في حدة البصر، ويشارك المتسابقون في رياضة التزلج من الجبال ممن لديهم إعاقات بصرية بمساعدة دليل مبصر يتزلج أمامهم مباشرة، ويعطيهم تعليمات شفوية.

البياثلون:

لمحة موجزة عن رياضة البياثلون للأشخاص ذوي الإعاقة:

أدخلت لعبة البياثلون للأشخاص ذوي الإعاقة في دورة ألعاب أنسبروك عام 1988 للأشخاص ذوي الإعاقة البدنية، وفي عام 1994 سمح لذوي الإعاقة البصرية بالمشاركة، وتتكون المسابقة من مضمار بطول 2 إلى 2.5 كم، ويجري التزلج عليه ثلاث مرات أو خمسا بالأسلوب الحر، لتبلغ المسافة الكلية ما بين 6 إلى 15 كم، وما بين المرحتين،

يجب على الرياضيين إصابة هدفين على مسافة 10 أمتار، وتفرض مخالفة أو عقوبة عن كل خطأ، بزيادة الوقت الكلي للمسار، ويكمن أهم عنصر للنجاح في القدرة على التناوب في مهارات التحمل البدني ودقة التصويب، ويساعد الرياضيون ذوو الإعاقة البصرية بإشارات صوتية تشير حسب قوة الإشارة عندما يكون الرياضي في مسار الهدف، وتخضع هذه الرياضة لإدارة اللجنة البارالمبية الدولية - اللجنة الفنية للتزلج وفقاً للأحكام المعدلة للاتحاد الدولي للبيثلون.

لمحة موجزة عن بيثاليون الأشخاص ذوي الإعاقة :

شهدت دورة الألعاب الشتوية للأشخاص ذوي الإعاقة في ليلهامر عام 1994 تحولات عديدة في تاريخ رياضة التزلج البارالمبية، فقد أدخلت رياضة البيثاليون لتكون مسابقة تنافسية للرجال والنساء، وتنافس المتزلجون أول مرة على المسار نفسه الذي استخدم في دورة الألعاب الأولمبية الشتوية.

الفئات:

الفئات أل دبليو 2-9 التزلج وقوفاً

• المتزلجون ذوو الإعاقة في الساقين

الفئة أل دبليو 2: يعاني الرياضيون في هذه الفئة إعاقة تؤثر في ساق واحدة، مثل: وجود بتر فوق الركبة، ويستخدمون ساقاً صناعية ويتزلجون بمزلجين.

الفئة ال دبليو 3: تشمل هذه الفئة المتزلجين ذوي الإعاقة في ساقين، مثل: ضعف العضلات في كليهما.

الفئة أل دبليو 4: تشمل هذه الفئة الرياضيين ذوي الإعاقة في الأجزاء السفلى من ساق واحدة، مع تأثير أقل في التزلج مقارنة بالفئة أل دبليو 2، ومن الأمثلة على ذلك حالات البتر فوق الركبة، أو فقدان السيطرة على العضلات في ساق واحدة.

• المتزلجون ذوو الإعاقة في الذراعين

الفئة أل دبليو 7/5: هذه الفئة مخصصة للرياضيين ذوي الإعاقة في كلتا الذراعين، الذين تمنعهم إعاقتهن من استعمال عصا التزلج، ويعاني المتزلجون في هذه الفئة عدم وجود اليدين، أو عدم التمكن من الإمساك بقوة، لذلك تراهم يتزلجون بدون عصا.

الفئة أُل دبليو 6: يعاني الرياضيون في هذه الفئة إعاقة ملحوظة في ذراع واحدة، مثل فقدان الذراع فوق المرفق، وتكون الذراع التي تعاني الإعاقة مثبتة إلى الجسم، ولا يمكن استعمالها في أثناء السباقات، وبإمكانهم استعمال اليد الأخرى لعصا التزلج.

الفئة أُل دبليو 8: يعاني المتزلجون في هذه الفئة إعاقات معتدلة تؤثر في ذراع واحدة، ولا يستطيع هؤلاء المتسابقون تحريك المرفق والأصابع على جهة، أو وجود بتر تحت المرفق، ويحق لهم استعمال عصا تزلج واحدة.

• المتزلجون بإعاقات مزدوجة في الذراعين والساقين

الفئة أُل دبليو 9: هذه الفئة مخصصة للمتزلجين الذين لديهم إعاقات في الذراعين والساقين، ولدى بعضهم مشكلات معتدلة في تنسيق حركة الأطراف، في الوقت الذي فيه يعاني آخرون حالات بتر تؤثر في ذراع واحدة وساق واحدة، وحسب قدراتهم يتزلجون بعصا أو اثنتين.

الفئة أُل دبليو 10-12

• المتزلجون من وضع الجلوس

ويعاني المتزلجون في وضع الجلوس إعاقة تؤثر في الساقين، ويوزعون على فئات رياضية مختلفة حسب قدرتهم على التحكم بالجذع، وهو مهم جداً في زيادة السرعة والتوازن في أثناء السباق.

الفئة أُل دبليو 10: تحد الإعاقة في هذه الفئة من وظيفة الساق والجذع، ولا يتمكن الرياضيون من الجلوس دون أن يسندوا أنفسهم بذراعيهم بسبب شلل جانبي.

الفئة أُل دبليو 10.5: تشمل هذه الفئة المتزلجين الذين لديهم سيطرة محدودة على الجذع، ولكنهم يستطيعون المحافظة على التوازن في أثناء الجلوس في حال عدم التحرك بالاتجاهين.

الفئة أُل دبليو 11: تشمل هذه الفئة إعاقة في الساق وتحكما ضعيفا بالجذع، وهذا ما يمكنهم من التوازن حتى عند التحرك إلى الجانبين.

الفئة أُل دبليو 11.5: هذه الفئة لديها تحكم أقرب إلى الطبيعي بالجذع.

الفئة أُل دبليو 12: تشمل هذه الفئة المتزلجين ممن لديهم إعاقات تشبه إعاقات

المتزلجين في الفئة أَل دبلو 2-4، ولديهم إعاقة في الساق مع تحكم طبيعي بالجزع، ويحق لهم المشاركة في سباق التزلج وقوفاً أو جلوساً، وبإمكانهم اختيار الطريقة المفضلة للتزلج في أول تصنيف لهم.

الفئات بي 1-3

• المتزلجون ذوو الإعاقة البصرية

الفئة بي 1: الرياضيون في هذه الفئة مكفوفون أو لديهم ضعف شديد في البصر، إذ يكون مستوى الحدة في البصر إلى درجة لا يستطيع الرياضي معها تمييز الحرف اللاتيني (أي (15 في 15 سم) من مسافة 25 سم، ويجب على الرياضيين ارتداء نظارات.

الفئة بي 2: تشمل هذه الفئة الرياضيين الذين لديهم حدة بصر أعلى من الرياضيين في الفئة بي 1، ولكنهم لا يستطيعون تمييز الحرف اللاتيني (أي) من مسافة 4 أمتار، وبالإضافة إلى ذلك، يحق للرياضيين ممن يبلغ مجال الرؤية لديهم دون 10 درجات المشاركة في هذه الفئة.

الفئة بي 3: تشمل هذه الفئة الرياضيين الأقل إعاقة بصرياً والمؤهلين لسباقات التزلج، ويعانون رؤية محدودة بدرجة قطرها أقل من 40 أو انخفاض مستوى حدة البصر.

أما الفئة بي 1، فيكون وجود الدليل إلزامياً، وأما بي 2 و3 فيمكن اختيار التزلج بدليل، فيتزّج الدليل أمام الرياضي مباشرة، ويبلغه شفويّاً بتفاصيل المضمار، مثل: الزوايا والمنحدرات والهبوط، وفي سباق البياثلون، يصوب الرياضيون ذوو الإعاقة البصرية على الهدف باتباع الإشارات الصوتية.

المعدات المطلوبة:

البندقية: تكون البندقية من أي نوع من البنادق الهوائية أو سي أو 2 ذات المظهر التقليدي مع مخزن يحتوي على خمس طلقات، طبقاً للمواصفات التي يحددها الاتحاد الدولي للرمية.

أما فئة المكفوفين، فتجهز البندقية بنظارات صوتية كهربائية (نظام بصري إلكتروني)، إذ يرمي الرياضيون المكفوفون ببندقية كهربائية تسمح بالتهديد عن طريق السمع، وكلما ازداد

اقتراب البندقية في توجيهها إلى مركز الهدف، ارتفع مستوى النغمة الصوتية التي تسمح عند تحريك البندقية للرامي بالعثور على المركز الصحيح للهدف.

التزلج من وضع الجلوس: يتنافس بعض الرياضيين ذوي الإعاقة الجسدية من وضع الجلوس باستخدام زلاجة الجلوس، وتسمى كذلك زلاجة أحادية (مونو سكي) كما يوحي الاسم، وتزود الزلاجة الأحادية بكرسي مثبت بطريقة خاصة على زلاجة فردية، ويحتوي الكرسي على أحزمة المقعد وأشرطة أخرى، بالإضافة إلى جهاز تعليق للحد من التآكل والحك على جسم المتزلج.

الزلاجة: تكون الزلاجات الكلاسيكية التي تصنع من الألياف الزجاجية أطول ب 25 إلى 30 سم من طول المتزلج، وتتميز بخفة وزنها، إذ يقل وزنها عن 45.0 غرام مع أطراف ضيقة ومنحنية ومقطع وسطي محدودب، وهي أكثر كثافة ومقوسة، وتكون زلاجات الأسلوب الحر أقصر ب 10 إلى 15 سم لتحقيق مناورة أكبر، وهي أكثر صلابة، وفيها أطراف أقل انحناء من التقليدية، ويوجد في الجانب التحتي في النوعين أخذود أسفل المركز للمحافظة على استقامة الزلاجة عند النزول من الجبل.

الهدف: تستخدم في سباق البياثلون أهداف معدنية تنزل إلى الأسفل، وتتكون من لوحة وجه الهدف، ولونها أبيض، وفيها خمس فتحات للهدف، وخلفها يوجد خمسة أهداف تسجيل نازلة، ويجب أن تكون لوحات التسجيل بلون أسود، ولا بد أن تؤثر الضربة بالدائرة السوداء للهدف، ويستبدل بها قرص أبيض للدلالة على ذلك، ويبلغ قرص الهدف 30 ملم للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية (الفئة ب)، و20 ملم للأشخاص ذوي الإعاقة البدنية (الفئة أ دليو).

التزلج عبر الريف:

لمحة موجزة عن رياضة التزلج عبر الريف للأشخاص ذوي الإعاقة:

ظهرت رياضة التزلج عبر الريف للأشخاص ذوي الإعاقة أول مرة في دورة الألعاب الشتوية البارالمبية في أورنشولدسفيك في السويد، عام 1976، وهذه المسابقة مفتوحة للرياضيين ذوي الإعاقة البدنية والمكفوفين والأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، وحسب درجة الإعاقة الوظيفية، يحق للمتسابق استعمال زلاجة من وضع الجلوس، وكرسي

مزود بزوج من الزلاجات، ويتنافس الرياضيون ذوو الإعاقة البصرية بوجود دليل مبصر، ويتنافس الرجال والسيدات في سباقات المسافات القصيرة والمتوسطة والطويلة (تتراوح بين 2.5 كم إلى 20 كم)، أو المشاركة بفريق تتابع باستخدام الأساليب التقليدية أو الحرة، وتخضع هذه الرياضة لإدارة اللجنة الدولية البارالمبية بالتنسيق مع اللجنة الفنية للتزلج، مع مراعاة القواعد المعدلة للاتحاد الدولي للتزلج، وتمارس هذه الرياضة في أكثر من 25 دولة.

واستخدم الرجال والنساء الأسلوب التقليدي في كل مسافات سباق الريف، إلى أن أدخلها الرياضيون في دورة الألعاب الشتوية البارالمبية عام 1984، في أنسبروك، ومنذ ذلك الحين، قسمت المسابقات إلى سباقين منفصلين، وهما التقليدي (الكلاسيكي) والحر، إلا أن الأسلوب الجديد لم يدخل في السباقات الرسمية التنافسية حتى دورة 1992 في البرتغال في فرنسا.

من يحق له المشاركة (الفئات):

الفئات الرياضية أَل دبليو 2-9 المتزلجون من وضع الوقوف

• المتزلجون ذوو الإعاقة في الساق:

الفئة أَل دبليو 2: يعاني الرياضيون في هذه الفئة إعاقة تؤثر في ساق واحدة، مثل: وجود بتر فوق الركبة، ويستعملون إضافات مساعدة، ويتزلجون بزلاجتين.

الفئة أَل دبليو 3: تشمل هذه الفئة المتزلجين ذوي الإعاقة في الساقين، مثل: ضعف العضلات فيهما.

أَل دبليو 4: تشمل هذه الفئة المتزلجين ذوي الإعاقة في الأجزاء السفلى من الساق، مع تأثير أقل في إمكانية التزلج مقارنة بفئة أَل دبليو 2، ومن الأمثلة النموذجية على ذلك حالات البتر فوق الكاحل، وفقدان السيطرة على العضلات في ساق واحدة.

• المتزلجون ذوو الإعاقة في الذراع

الفئة أَل دبليو 7/5: تخص هذه الفئة الرياضيين ذوي الإعاقة في الذراعين، إذ تمنعهم إعاقته دون استعمالهم لعصا التزلج، وليس لديهم أيد، أو قدرة على المسك بالأشياء بثبات، ولذلك تراهم يتزلجون بدون عصا.

الفئة أُل دبليو 6: يعاني الرياضيون في هذه الفئة إعاقة ملحوظة في ذراع واحدة، مثل: فقدان الذراع فوق المرفق، وتثبت الذراع المعاقة بالجسد، ولا يجوز استعمالها في أثناء السباقات، ويستطيع الرياضيون استعمال اليد الأخرى لمسك عصا التزلج.

الفئة أُل دبليو 8: يعاني المتسابقون في هذه الفئة إعاقات معتدلة تؤثر في ذراع واحدة، ولا يستطيع الرياضيون هنا مثلاً تحريك المرفق أو الأصابع من جهة، أو أن لديهم بترًا تحت المرفق، وبإمكانهم استعمال عصا تزلج واحدة فقط.

• المتزلجون ذوو إعاقات مزدوجة في الذراعين والساقين

الفئة أُل دبليو 9: هذه الفئة مخصصة للمتزلجين ممن لديهم إعاقات في الذراعين والساقين، وبعض أفراد هذه الفئة لديهم مشكلات معتدلة في التنسيق بين الأطراف، ويعاني آخرون حالات بتر تؤثر في ذراع واحدة وساق واحدة، وحسب حالاتهم البدنية، ويتسابقون بعضاً واحداً أو اثنين.

الفئات أُل دبليو 10-12

• المتزلجون من وضع الجلوس:

المتزلجون في وضع الجلوس لديهم إعاقات تؤثر في الساقين ويوزعون على فئات مختلفة حسب قدرتهم في التحكم بالجذع، وهو أمر مهم جداً في التسريع والتوازن في أثناء السباقات.

الفئة أُل دبليو 10: تشمل الرياضيين الذين لديهم إعاقات تحد من وظيفة الساق والجذع، ولا يتمكنون من الجلوس بدون إسناد أنفسهم بالذراعين، بسبب الشلل في أحد الجانبين مثلاً.

الفئة أُل دبليو 10.5: يعاني أفراد هذه الفئة تحكماً محدوداً بالجذع، ولكنهم يستطيعون المحافظة على التوازن في أثناء الجلوس عندما لا يتحركون إلى الجانبين.

الفئة أُل دبليو 11: المتزلجون في هذه الفئة لديهم إعاقة في الساق مع تحكم ضعيف بالجذع، وهذا ما يمكنهم من التوازن حتى عند التحرك إلى الجانبين.

الفئة أُل دبليو 11.5: هذه الفئة أقرب إلى حالة التحكم الطبيعي بالجذع.

الفئة أَل دبلبو 12: يعاني الرياضيون في هذه الفئة إعاقات مماثلة لتلك المذكورة في أَل دبلبو 2-4، لوجود إعاقة في الساق مع تحكم طبيعي بالجدع، ويحق لهم المشاركة في سباقات التزلج في وضع الوقوف أو الجلوس، وبإمكانهم اختيار طريقة التزلج عند التصنيف الأول لهم.

الفئات بي 1-3

• المتزلجون ذوو الإعاقة البصرية

الفئة بي 1: المتزلجون في هذه الفئة هم من المكفوفين، أو ممن لديهم حدة بصر متدنية جداً، فعلى سبيل التوضيح، يكون مستوى حدة البصر منخفضاً، بحيث لا يستطيع الرياضي تمييز الحرف اللاتيني (أي) (15 في 15 سم) من مسافة 25 سم، ويجب ارتداء نظارات في أثناء السباق في هذه الفئة.

الفئة بي 2: تشمل هذه الفئة الرياضيين ممن لديهم حدة بصر أعلى من الرياضيين في بي 1، ولكنهم لا يستطيعون تمييز الحرف اللاتيني (أي) من مسافة 4 أمتار، وبالإضافة إلى ذلك، يسمح للرياضيين ممن لديهم مدى نظر أقل من 10 درجات بالمشاركة في هذه الفئة.

الفئة بي 3: تشمل هذه الفئة الأشخاص الذين تكون حدة إبصارهم أقل من الفئة بي 1، وبي 2، بحيث يستطيعون المشاركة في سباقات التزلج الشمالية، كما يسمح للرياضيين ممن لديهم قدرة بصرية محدودة يقل قطرها عن 40 درجة أو حدة بصر متدنية.

بالنسبة للفئة بي 1، يكون وجود الدليل إلزامياً، ويحق للفئة بي 2 و بي 3 اختياره، إذ يتزلج أمام الرياضي، ويبلغه شفويًا بتفاصيل المضمار، مثل: الزوايا والمنحدرات والهبوط، وفي سباق البياتلون، يصوب الرياضيون ذوو الإعاقة البصرية على الهدف باتباع الإشارات الصوتية.

المعدات المطلوبة:

الزلاجة من وضع الجلوس: يتنافس بعض الرياضيين ذوي الإعاقة من وضع الجلوس، وتسمى كذلك الزلاجة الأحادية (المونو سكي) وتزن أقل من 45 كغم كما يوحي الاسم،

ويوجد فيها كرسي مثبت على زلاجة أحادية، ويشمل الكرسي أحزمة المقعد وأشرطة أخرى، بالإضافة إلى جهاز تعليق للحد من التآكل والحك على جسم المتزلج.

الزلاجة: تكون الزلاجات الكلاسيكية التي تصنع من الألياف الزجاجية أطول من المتزلج ب 25 إلى 30 سم، وتتميز بالخفة، ويبلغ وزنها 45 كغم، وهي ضيقة، مع أطراف منحنية ومقطع وسطي محدودب، وهي أكثر كثافة، ومقوسة، وتكون زلاجات الأسلوب الحر أقصر ب 10 إلى 15 سم، من أجل تحقيق مناورة أكبر، وهي أصلب، وفيها أطراف تنحني بدرجة أقل من الزلاجات التقليدية، ويوجد في الجانب التحتي في النوعين أخدود أسفل المركز، للمحافظة على استقامة الزلاجة عند النزول من الجبل.

هوكي الجليد:

منذ ظهور هذه اللعبة أول مرة في الألعاب الشتوية في ليلهامر عام 1994، أصبحت النسخة البارالمبية من هوكي الجليد واحدة من أكثر الألعاب استقطاباً للجمهور، وهي لعبة سريعة الإيقاع، وتعتمد على القوة البدنية، وهي مفتوحة للرجال والنساء ذوي الإعاقة البدنية في الأطراف السفلى من الجسم.

وتخضع هذه الرياضة لإدارة اللجنة الدولية البارالمبية، بالتنسيق مع اللجنة الفنية لهوكي الجليد البارالمبية، وتتبع اللعبة أحكام الاتحاد الدولي لهوكي الجليد، بدلاً من الزلاجات، يستخدم اللاعبون زلاجات مزدوجة تسمح بمرور القرص المطاطي من أسفل، ويستعمل اللاعبون عصوين مديبتين النهائيين للدفع، ونهاية مسطحة للتهديف.

شروط اللعبة:

يحاول كل فريق التغلب بالنقاط على منافسه، بتسديد القرص عبر الساحة الجليدية إلى هدف المنافس - كما هي الحال مع هوكي الجليد - ومنع الفريق المنافس من التسجيل، ويتكون كل فريق من ستة لاعبين، منهم حارس المرمى في الساحة في وقت واحد.

أما المطارق المزدوجة التي تسمح للقرص بالمرور من تحت، فهي تحل محل الزلاجات، ويستخدم اللاعبون عصا بنهاية مدببة ومسطحة، ولذلك، وبحركة سريعة للرسغ، يتمكن اللاعب من دفع نفسه باستعمال المسامير الكبيرة، أو اللعب بالقرص باستخدام الطرف المسطح للعصا، ويحق للاعب استعمال عصوين مع نصل أو مجداف عريض، لتسهيل

التعامل مع العصا والتهديف المخادع، وتتكون لعبة هوكي الجليد من ثلاثة أشواط، ومدة كل شوط 15 دقيقة.

المعدات:

الملابس الواقية:

بسبب الطبيعة البدنية للعبة، يشترط على اللاعبين لبس خوذة مع قفص كامل أو قناع بالإضافة إلى ياقة حماية، ويشجع اللاعبون على وضع حشوات واقية، منها حشوات الكتف، وواقيات الرجلين، وحشوات المرفق، ولبس قفازات بحشوات كبيرة، فضلا عن ذلك، يرتدي حراس المرمى حشوات واقية للساقين وللجسم، وخوذة واقية للعينين، وقفاز مسك لحماية اللاعب من الأقراص التي ترمى بسرعة 100 كم/س.

القرص: يصنع القرص من مطاط مجلفن أو مادة أخرى معتمدة، ويبلغ سمكه 2.54 سم، بقطر 7.62 سم، ويزن 156 إلى 170 غراما.

المطرقة: تصنع من الفولاذ، ويبلغ طولها 0.6 متر إلى 1.2 متر، مع واجهة منحنية، ومنظومة جلوس من منظومتين، وتركب المطرقة على قطعتين (نصلين) يصنعان من الفولاذ، ويبلغ سمك كل واحدة 3 ملم.

ويجب أن يمر القرص من تحت المطرقة (المزلاجة)، ويكون ارتفاع الإطار الرئيسي بين 8.5 إلى 9.5 سم فوق الجليد، ولا يزيد طول النصل على ثلث طول المطرقة التي يجوز تزويدها بمسند للظهر، لكن، يجب ألا تبرز في الخلف ما وراء الإبطين عندما يجلس اللاعب جلوسا صحيحا، وتثبت الأشرطة قديمي اللاعب وكاحليه وركبتيه ووركه.

العصا: في هوكي الجليد، يستخدم اللاعبون عصوين بنصل خشبي معقوف في طرف (الغرض تمرير القرص والتهديف المزدوج) وبملقط في الطرف الآخر، ويبلغ طول كل عصا في حده الأدنى مترا واحدا، وتصنع من الخشب أو البلاستيك أو الألمنيوم / التيتانيوم، ويبلغ طول النصل 25 سم، باستثناء نصل حارس المرمى التي يصل طولها إلى 35 سم، ويجب ألا يضر طرف الالتقاط في العصا سطح الجليد، أو يؤدي إلى حدوث ثقب، أو إسقاط اللاعبين الآخرين، ولذلك تسري عليه الأحكام الآتية:

- يجب ألا يمتد طرف الالتقاط أكثر من 1 سم خارج إطار العصا.

- يجب أن يحتوي الملقط على ستة أسنان على الأقل، ويبلغ طول كل واحد منها 4 ملم.
- يحق لحارس المرمى أن يكون له ملقط طرف إضافي في نهاية طرف عصاه، ويحق له استعمال عصا إضافية مع نصل، أو قفاز مسك بأسنان.

لمحة عن تاريخ اللعبة:

ابتكرت لعبة هوكي الجليد بالمزلاج - التي تعدّ السبيل المباشر لرياضة هوكي الجليد - في مركز لإعادة التأهيل في ستوكهولم بالسويد في أثناء عقد السبعينيات من القرن الماضي من مجموعة من السويديين الذين أرادوا الاستمرار بممارسة اللعبة رغم الإعاقة، إذ عدّل هؤلاء الرجال زلاجة بإطار معدني مع عصوين للهوكي من الحجم الطبيعي، يسمحان بمرور القرص من تحتهما، باستخدام عصي مدورة مع مقابض الدراجة الهوائية كعصا، ولعبوا دون وجود حراس للمرمى على بحيرة جنوبي ستوكهولم، واستمرت اللعبة على هذا المنوال، وبحلول 1969، نظمت ستوكهولم دوريا لفرق من خمسة لاعبين، منهم أشخاص ذوو إعاقة وغير ذوي الإعاقة، وفي نفس السنة، استضافت ستوكهولم أول مباراة دولية بين نادٍ محلي ونادٍ من أوسلو والنرويج، وخلال عقد السبعينيات من القرن العشرين، لعبت فرق من الدولتين مرة أو مرتين في العام، ثم بدأت دول أخرى تشكيل فرق لها، ومنها بريطانيا (1981) وكندا (1982) والولايات المتحدة (1990) وأستونيا واليابان (1993). وقد قدم فريقان سويديان مباراة استعراضية في افتتاح دورة الألعاب الشتوية البارالمبية في أورنشولدسفيك في السويد عام 1976، ولم تصبح لعبة هوكي الجليد للأشخاص ذوي الإعاقة لعبة رسمية، إلى أن أقيمت دورة ألعاب ليلهامر الشتوية للأشخاص ذوي الإعاقة عام 1994.

ولضمان النزاهة والعدالة في المنافسة، وضعت أنظمة نافذة في الألعاب البارالمبية التي تضمن الفوز بفعل المهارة واللياقة والقوة والتحمل والقدرة التكتيكية والتركيز الذهني، وهي العوامل التي تدخل في حساب نجاح الرياضيين الأصحاء بدياً. وتسمى هذه العملية بالتصنيف، وتهدف إلى الحد من أثر الإعاقات في النشاط (الانضباط الرياضي) فكون الشخص معاقاً لا يكفي، إذ يجب إثبات أثر الإعاقة في الرياضة، وفي كل رياضة بارالمبية، تسمى معايير توزيع الرياضيين على مجاميع حسب درجة محدودية النشاط

بسبب الإعاقة «عملية التصنيف الرياضي»، ومن خلال التصنيف، يتقرر تحديد الرياضيين المؤهلين للتنافس في رياضة ما، وكيفية توزيعهم على مجاميع، وهي عملية تشبه إلى حد كبير توزيع الرياضيين حسب العمر أو الجنس أو الوزن ويكون التصنيف محددًا بالرياضة التي تمارس؛ لأن الإعاقة تؤثر في القدرة على الأداء في رياضات مختلفة، ونتيجة لذلك، قد يفي رياضي بالمعايير في رياضة واحدة، ولكنه لا يفي بالمعايير في رياضة أخرى. وفي هوكي الجليد للأشخاص ذوي الإعاقة فئة واحدة، إذ يجب أن يكون الرياضي ذا إعاقة في الجزء الأسفل من البدن، بحيث تحول دون دخوله في منافسة هوكي الجليد للأشخاص غير ذوي الإعاقة البدنية، ومنهم مثلاً اللاعبون الذين لديهم حالات، مثل: بتر تؤثر في الساقين، أو تصلب في الكاحل، أو مفصل الركبة، أو فرق في طول الساق بما لا يقل عن 7 سم، ويعاني بعض اللاعبين ضعفا عضليا في الساقين بسبب حالة شلل جانبي. ويجب أن يفي لاعبو الفريق بمعايير الإعاقة للتنافس في لعبة هوكي الجليد، بحيث يقلص أثر الإعاقة في النتيجة إلى أدنى حد.

لعبة الكيرلنج على الكراسي المتحركة:

مقدمة:

أدخلت لعبة الكيرلنج على الكراسي المتحركة أول مرة في بطولة العالم للتزلج على اليد في كرا مونتانا في سويسرا، وكانت سويسرا والسويد الدولتين الوحيدتين اللتين تلعبان هذه الرياضة في حينها، وقد حضرت ثلاث فرق (اثنتان من سويسرا وواحدة من السويد) ندوة إلى جانب ممثلين عن اتحاد الكيرلنج العالمي وأطراف أخرى، وجرت في أثناء الندوة مناقشات واسعة حول طريقة اللعب على ساحة أصغر مع أحجار صغيرة، وتقرر أداء اللعبة بطريقة أقرب إلى اللعبة الاعتيادية قدر الإمكان، وفي نهاية الندوة وضعت القواعد.

وفي السنة التالية، أقيمت أول بطولة دولية للعبة في سورسي بسويسرا، وكانت دورة تجريبية للبطولة العالمية الأولى التي جرت في كانون الثاني (يناير) 2002، وفي آذار (مارس) من تلك السنة، منحت اللجنة البارالمبية الدولية هذه الرياضة صفة لعبة تنافسية، ووافقت اللجنة المنظمة لدورة تورينوتو البارالمبية عام 2006 على إدخال اللعبة في برامجها.

وهي لعبة مفتوحة للأشخاص غير القادرين على التنقل بسبب الإعاقة أو القادرين على المشي لمسافات قصيرة، وهذه الفئة تشمل الرياضيين ممن لديهم إعاقات ملحوظة في وظيفة

المشي، مثل: إصابات الحبل الشوكي، والشلل الدماغي، وحالات تصلب مختلفة، ويتر في الساقين لدى أشخاص يستخدمون الكراسي في تنقلهم اليومي.

تاريخ لعبة الكيرلنج في الألعاب البارالمبية:

أقيمت أول بطولة للعالم بلعبة الكيرلنج للأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2002، وفي شهر آذار (مارس) من ذلك العام، منحتها اللجنة الدولية البارالمبية صفة رياضة تنافسية، وتمنح فيها الميداليات للفرق المختلطة من الجنسين.

وقد وافقت اللجنة المنظمة لدورة تورين للألعاب الشتوية للأشخاص ذوي الإعاقة عام 2006 على إضافة لعبة الكيرلنج بالكراسي المتحركة إلى برنامجها، وظهرت اللعبة للمرة الثانية في دورة ألعاب فانكوفر الشتوية عام 2010. وشاركت 8 فرق في دورة تورين من عشر دول.

قواعد اللعبة:

- يجب أن يتألف كل فريق من لاعبين ولاعبات .
- تخضع اللعبة لأحكام الاتحاد الدولي للكيرلنج مع تعديل واحد لمستخدمي الكراسي، ولا يجوز الجرف أو الاكتساح.
- أقيمت أول بطولة عالمية في سويسرا عام 2002، وانتهت بفوز الفريق المضيف بلقب البطولة، وفازت سكوتلندا بلقب بطولتين لاحقتين.

التزلج على اللوح:

مقدمة تاريخية:

كانت رياضة التزلج على اللوح في بدايتها خاضعة للاتحاد الدولي للتزلج على اللوح، وبعد توقيع مذكرة تفاهم عام 2010، أصبحت تحت إدارة لجنة التزلج من الجبال التابعة للجنة الدولية البارالمبية، بهدف مواصلة السعي بالتعاون مع الاتحاد الدولي للتزلج على اللوح لتطوير اللعبة، وهناك اتفاق تعاون حالياً مع الاتحاد الدولي للتزلج بشأن تطوير اللعبة وجوانبها الفنية.

وتدين اللعبة بنجاحها إلى إصرار مجموعة من الرواد الذي بدأوا سعيهم عام 2005 لإدخال اللعبة في دورة الألعاب الشتوية البارالمبية، وبعد سنوات من المحاولات، أعلن

في عام 2012 أن رياضة التزلج على اللوح ستظهر أول مرة في دورة الألعاب الشتوية في سوشي عام 2014، بمسابقتين تنافسيتين للأشخاص ذوي الإعاقة في الأطراف السفلى للرجال والنساء.

وتمارس هذه اللعبة في أرجاء العالم، وتضم ثلاث فئات: التزلج على اللوح في عرض الملعب، والتزلج المتعرج، والمتعرج الكبير، ويجمع الرياضيون في هذه اللعبة بين السرعة والرشاقة في أثناء النزول على المضمار بأسرع ما يمكن، وتشمل الرجال والنساء من الأشخاص ذوي الإعاقة بإصابات الحبل الشوكي والشلل الدماغي والبتير. ويتنافس الرياضيون في ثلاث فئات حسب القدرة الوظيفية - أس بي - أل أل 1، و أس بي أل أل 2 للأشخاص ذوي الإعاقة في الأطراف السفلى، و أس بي يو أل للأشخاص ذوي الإعاقة في الأطراف العليا. وتستخدم رياضة التزلج على اللوح معدات معدلة حسب احتياجات الرياضيين، منها لوح التزلج ومساعدات العظام، ويتصرف اتحاد التزلج على الجبال للأشخاص ذوي الإعاقة والتزلج على اللوح بوصفه اتحادا دوليا للرياضة، ويجري تنسيقها بين اللجنة الفنية للتزلج على الجبال واللوح. وهناك عشر مسابقات تنافسية تمنح فيها الأوسمة مؤقتا في البرنامج البارالمبي، وتتولى اللجنة البارالمبية الدولية تأكيد المسابقات بالضبط قبل دورة بيونج تشانج عام 2018 للألعاب الشتوية، وكانت اللعبة قد ظهرت أول مرة في دورة ألعاب سوشي عام 2014، بمسابقتين للنساء ومسابقة التزلج على اللوح للرجال.

شروط اللعبة:

التزلج المتعرج: يتنافس كل رياضي في ثلاث جولات نزولاً على المضمار بأفضل سرعة، ويعتمد الترتيب على زمن الصعود، ويكون هناك متسابق واحد في المضمار في كل مرة، وقد يكون المضمار ساحة متوسطة الانحدار، ويفضل أن يكون المضمار طبيعياً، مع فرض عقوبات على الصدمات والسقطات، ويفضل أن يكون شكل المضمار على شكل حرف (يو) أو واد طبيعي.

التزلج على اللوح (رأس برأس)

ينافس كل رياضي في ثلاث جولات لتحقيق أفضل سرعة، ويحدد الترتيب النهائي على أساس زمن الصعود، ويبقى متسابق واحد في المضمار في وقت واحد في أثناء التصفيات، وتتكون النهائيات من 16 رجلا و8 نساء بوجود متسابقين اثنين في كل تصفية، أو بأعداد

أخرى تحددها لجنة الحكام، وقد تسمح لعبة التزلج المثالية بتشكيل أي من السمات باستثناء القفزات فوق الفجوات، وقفزات الزوايا، والجبال، والجبال المزدوجة، والأحقة المقطوعة، ودورات السباق المتعرج، والضفاف السالبة.

التزلج على اللوح (تجربة الزمن):

ينافس كل رياضي في ثلاث جولات على المضمار لتحقيق أفضل سرعة، ويحدد الترتيب النهائي على أساس زمن الصعود، ويوجد متسابق واحد في المضمار في كل مرة، وكما هي الحال في سباق (الرأس للرأس) تجري هذه اللعبة على مضمار اصطناعي يبنى من مجموعة من سمات التضاريس، مثل: تدويرات الضفة، أما المضمار، فيشبه تصميم مضمار لعبة الرأس للرأس.

المتعرج الكبير:

ينافس كل رياضي في جولتين نزولاً على المضمار مع زمن مشترك يحدد الترتيب النهائي، ويوجد متسابق واحد في كل مرة، وتشمل الخصائص العامة والتضاريسية مضماراً متوسط الانحدار، ويفضل أن يكون بدرجات متباينة، وقد يكون المضمار بأخاديد، والسطح مرصوص.

من يحق له المشاركة (الفئات):

توفر رياضة التزلج على اللوح ثلاث فئات للرياضيين المصابين بإعاقات ملحوظة في ساق أو ساقين، ويكون أحد الرياضيين بحالة أقل شدة في الأطراف السفلى، وواحد بإعاقات في الذراع وهذه الرياضة في حالة تطور، ويطور نظام التصنيف تدريجياً.

الفئة أس بي - أل أل 1: تشمل هذه الفئة أشخاصاً لديهم إعاقة ملحوظة في ساق واحدة، مثل: بتر فوق الركبة، أو إعاقة مزدوجة ملحوظة في الساقين، مثل: الضعف العضلي، أو التشنج في الساقين، وهذا يؤثر في قدرتهم على التوازن، والتحكم باللوح، واستيعاب التضاريس، ويستخدم الرياضيون المبتورون أجهزة مساعدة في أثناء السباق.

الفئة أس بي - أل أل 2: تشمل هذه الفئة الرياضيين الذين لديهم إعاقة في ساق واحدة أو ساقين، مع محدودية أقل في النشاط، مثل: وجود بتر تحت الركبة، أو تشنجات متوسطة.

أس بي - يو أل: يعاني الرياضيون في هذه الفئة إعاقات في الأطراف العليا، تؤثر في القدرة على التوازن عند النزول من المنحدرات، وقد قدمت مسابقات الفئة أس بي أل أل فقط في دورة ألعاب سوشي البارالمبية لعام 2014.

الفصل الثامن

الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة «نظرة استشرافية»



أهمية الرؤية المستقبلية:

لو تتبعنا بعدسة شاملة وأردنا وصف المعاناة التي لقيها الأشخاص ذوو الإعاقة على مر العصور في واحدة أو أكثر من قدراتهم الحركية أو الذهنية أو الحسية أو الانفعالية لوجدناهم عانوا معاناة شديدة، فقد عاملتهم بعض الأمم قديماً بقسوة بالغة، معتبرة إياهم عبئاً على القبيلة في تنقلاتها وأعمالها وحروبها، كما ساد الاعتقاد باتصالهم بالأرواح الشريرة واعتبارهم نذير شؤم على أهلهم وقبيلتهم، لذلك كان يلقي بهم بعيداً عن القبيلة ليكون الهلاك الحتمي مصيرهم.

ومع التقدم والتطور التقني والتربوي الحديث، تحسنت نظرة المجتمع إليهم تدريجياً، وأمكن تحسين حالات العجز للكثيرين منهم بفضل التقدم الطبي والتأهيلي، وبذلك تمكن العديدون منهم من خدمة أنفسهم بأنفسهم، بل وتمكن الكثيرون منهم من احتراف مهن مناسبة بعد تأهيلهم، وبذلك أصبحوا منتجين وفاعلين في المجتمع.

ولقد كان لمنظمة الأمم المتحدة ومؤسساتها الدور الأهم في ذلك بدءاً من توصية منظمة العمل الدولية (ILO(International Labour Organization) رقم 99 عام 1955 بشأن التأهيل المهني للأشخاص ذوي الإعاقة مروراً باعتبارها عام 1981 عاماً دولياً لذوي الإعاقة متبوعاً بعقد دولي لهم 82-1992 وصولاً إلى اعتماد الاتفاقية الدولية لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة، تبع ذلك مناداته واهتمام الكثير من الدول بأهمية رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة وإعداد البرامج الكفيلة بتأهيلهم ودمجهم في المجتمع كونهم لبنة رئيسة من النسيج المجتمعي.

ولما كانت التربية الرياضية أحد المظاهر الحضارية في عصرنا هذا، فقد اضطلعت

بدور بارز في مجالي الوقاية والتأهيل، عملاً على دمج الأشخاص ذوي الإعاقة بصفة عامة والأطفال منهم بصفة خاصة في الأنشطة الحياتية اليومية على قاعدة المساواة وتكافؤ الفرص مع أقرانهم. ولم يعد خافياً على أحد درجة تأثير العائد البدني والنفسي والاجتماعي الذي يعود على الأشخاص والجماعات نتيجة ممارستهم الأنشطة الرياضية بأوجهها وأشكالها ومجالاتها المتعددة، فإذا كانت الممارسة الرياضية ضرورية للأشخاص بصفة عامة فإنها أكثر ضرورة وأهمية لذوي الأشخاص ذوي الإعاقة، نظراً للفائدة التي تعود عليهم نتيجة ممارسة تمارينها وأنشطتها البدنية والرياضية لتقوية أجزاء أجسامهم العاملة والاستعاضة بها عن الأجزاء التي أصابها العجز، ولتحسين كفاءة الجسم الحيوية، وتقديراً للذات وإشباع الحاجات واكتساب الخبرات والمعارف والمهارات، وتوسيع دائرة العلاقات الاجتماعية.

لذلك فإن مبادرة الطبيب السير لودفنج جوتمان (Sir Ludwig Guttmann) مدير مستشفى ستوك مانديفيل Stoke Mandeville لجراحة الأعصاب ببريطانيا بإقامة أول بطولة للألعاب الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة عقب دورة لندن الأولمبية عام 1948، كانت نقطة البداية للدورات البارالمبية الصيفية والشتوية التي نراها الآن، والتي تطورت ونمت وساهمت بالاهتمام بالأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.

تتبعاً رياضات الأشخاص ذوي الإعاقة في الوقت الحاضر مكانة مرموقة على خارطة الأحداث الرياضية العالمية، وقد اتجهت دول عدة إلى إيلائها اهتماماً ملحوظاً، وأُتيحت الفرصة للأشخاص ذوي الإعاقة لممارسة ألوان من الأنشطة الرياضية التي تتناسب مع كل فئة من فئاتهم، فمنذ القدم مارس الأشخاص ذوو الإعاقة أنشطة بدنية وحركية مختلفة هدفت إلى معاونتهم لإعادة الاتصال بالمجتمع، ومساعدتهم على تحسين سماتهم النفسية وتطوير قدراتهم الذهنية والجسمية.

وفي العقد الأخير من القرن العشرين أصبح باستطاعة الأشخاص ذوي الإعاقة المشاركة بالعديد من الرياضات التي يمارسها الأشخاص غير ذوي الإعاقة (المعدلة)، فقد ظهرت رياضات عدة وبشكل واضح قبل سبعين عاماً تقريباً، حيث قام الرياضيون من هذه الفئة بإثبات أنفسهم عندما تواجدوا في ميادين منافسات الألعاب الرياضية. ويلاحظ أن أغلب الأنشطة البدنية والرياضية والمهارات التي يطبقها الممارسون من ذوي الإعاقة، يتم استخدامها من قبل الممارسين غير ذوي الإعاقة، إلا أن ذلك يؤدي والممارس يكون

بأوضاع خاصة أو معدلة بأغلب الأحيان. وتمتاز الأنشطة البدنية والرياضية بأنها تعتمد على نظام تصنيف الممارسين إلى فئات وفق القدرات الوظيفية لكل الممارسين، لتتناسب مع قدراتهم الوظيفية، وكما تحدد درجة إعاقتهم والأهم منذ ذلك تحديد نوع التعديلات الفردية اللازم إجراؤها على المهارات والأنشطة البدنية والرياضية.

أما فيما يتعلق بمستوى الأداء في بعض الدول، فإنها ما تزال تفتقر إلى وجود تنظيم تنافسي يضمن تحقيق مستوى عالٍ من الإنجاز، يحقق التجانس بين المجموعات المتنافسة، وتأتي الدول العربية ضمن منظومة هذه الفئة، وعلى الرغم من انتظام تلك الدول فإنها لم تبين استراتيجية واضحة المعالم، ولا تملك أي نظرة استشرافية خاصة لتطوير الأنشطة البدنية والرياضية الممارسة للأشخاص ذوي الإعاقة.

وللوصول إلى المستويات الرياضية الأفضل يكون الاعتماد على تطوير المهارات الأساسية المتعلقة بالأنشطة البدنية والرياضية هي الخطوة الأولى الأساسية في ذلك، ولكي يتم ذلك يجب إجراء فحص منهجي وعلمي لجميع الظواهر المرتبطة والمتعلقة بالتطوير، من خلال جمع المعلومات والمعطيات المتوافرة حاضراً والمحملة مستقبلاً، وهذه المعطيات والاحتمالات مبنية على العقل والمنطق والحسابات الدقيقة والأسس العلمية غير الارتجالية أو الاجتهادية. فالشخص الممارس للأنشطة البدنية والرياضية بحاجة لطرق متعددة تحسن من أدائه تبعاً لزيادة مستوى المشاركة، ومدى مساهمة مثل هذه المعطيات والاحتمالات بتحقيق الأداء الأمثل في مجال الأنشطة البدنية والرياضية، وصولاً إلى أعلى المستويات والإنجازات. ولتحقيق ذلك يجب إعداد البرامج التي تسعى إلى إحداث التنمية المتكاملة سواء من الناحية المهارية، والخطية، والبدنية، والنفسية التي تسعى لاكتمال عملية التنمية المؤدية إلى الإنجاز الرياضي رفيع المستوى، وبالتالي الوصول إلى التطور المنشود.

وما تزال توجيهات المسؤولين والخبراء والمعنيين بالأمر، تنصب بشكل سياسة وطنية واضحة تشجع العمل والتركيز على تلك الأنشطة البدنية والرياضية دون الخوض في آلية تنفيذ هذه السياسة بالشكل العملي التطبيقي ولضمان تهيئة شباب صحي ورياضي ممارس مثقف من الأشخاص ذوي الإعاقة، علينا أن نحدث ثورة فكرية، تزلزل أركان الجمود، والتغيب وتكون مجردة من المصالح الشخصية بهدف البحث عن الطرق والوسائل التي تسهم في انتشار فكرة قابلة للتنفيذ والعمل بها، لرفع مستوى الإنجاز وتوفير كل الإمكانيات

والميزانيات الخاصة بتحقيق هذه الفكرة، وذلك من خلال الاستثمار الخاص بالأندية الرياضية والترويج للأنشطة واللاعبين والمدربين والبطولات، والسعي لتحقيق شراكات مستدامة مع العديد من الجهات الراعية.

وفي ضوء ما يشهده الوطن العربي من تأخر في احتضان فكرة وغياب وجود نظرة استشرافية لتطوير الأنشطة البدنية والرياضية، فيحدونا الأمل من خلال توصيات نطلق منها إلى إيلاء الجدية بالإجراءات التي تساهم في تنفيذ مفهوم المستقبل القريب لتطوير الأنشطة البدنية والرياضية، إذا ما أردنا التطور والرقي الحقيقي والذي يلامس أحلام الأشخاص ذوي الإعاقة. وذلك من خلال العمل على وضع استراتيجية، وتشكيل لجان متخصصة لدراسة هذه الاستراتيجية واعتمادها، والسعي إلى تشجيع المؤسسات والشركات الخاصة برعاية الأنشطة البدنية والرياضية، وتحويل الأندية الرياضية إلى شركات استثمارية مستقلة، وتطوير الفكر الخاص بالإعلام الرياضي المرئي والمسموع والمقروء، وتوجيه الأنظار إلى رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة، بهدف ترسيخ وتعديل المفاهيم والاتجاهات العامة المتعلقة بالأنشطة البدنية والرياضية، وإمكانية تحقيقها.

ويعد المجال الرياضي من أهم مجالات الحياة، باعتباره جزءاً هاماً وأساسياً من التربية العامة، ومظهراً من مظاهر الحضارة التي تميز الشعوب وتشير إلى مدى تقدمها، خاصة وأنه يستمد نظرياته وخصائصه ومفاهيمه من النظريات العلمية والعلوم الإنسانية والطبيعية، وتعد الممارسة الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة القوة الخفية التي تساعدهم على إثبات ذاتهم، فهي تزيد من وعي الشخص بذاته الجسمية وإدراك قدراته فيسعى جاهداً إلى تنميتها وتطويرها من خلال الممارسة المنتظمة وفق الأسس العلمية، للوصول إلى المستويات العليا، حيث شهدت الأنشطة البدنية والرياضية تغيرات عديدة ومتعاقبة في مجالات كثيرة على مستوى العالم.

ويمكن الإشارة إلى أن الرؤية المستقبلية للأنشطة البدنية والرياضية ما هي إلا محاولة لدراسة متفحصية، تساعد في التخطيط للمستقبل، آملين من ذلك توظيف تلك الرؤى المستقبلية بالارتقاء بمستوى الرياضة للوصول إلى العالمية. فهي تعد خطوة هامة ومتقدمة تسبق عملية التخطيط على اعتبار أن هذه المعلومات حجر الأساس في عملية التخطيط، فهذه الرؤية تعمل على الأخذ بالأسباب على أمل النجاح والنهوض في تطوير الأنشطة البدنية والرياضية ورفع مستواها، كمحاولة لإيجاد موقع على خريطة الرياضة العالمية.

نطاق النظرة الاستشرافية:

الاستشراف هو رسم صورة للمستقبل المشود، وتوضيح معالم الطريق الموصلة إليها، وهو بذلك يتطرق إلى مدخلات العملية التعليمية والتعلمية والتدريبية ومخرجاتها والعمليات التي تتضمنها، بما يكفل التطور للأنشطة البدنية والرياضية، للأشخاص ذوي الإعاقة، ليس على سبيل التفصيل والتوضيح بل تحدي المعالم والخطوط العريضة وسياسات توجه العمل وتطرح الخيارات المتاحة، ولذلك لا بد من صياغة استشرافية لتطوير الأنشطة البدنية والرياضية، التي تقوم عليها اللجان والاتحادات والأندية والمؤسسات والمراكز المهمة في المجال، بمنظور تشاركي مع فئات المجتمع في إعداد جيل المستقبل من فئة الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الأنشطة البدنية والرياضية، منطلقاً من واقع التوجيه والتحديات الحالية وامتداداتها المستقبلية وأثرها في خارطة احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والمجتمع، وتحديد السياسات الهادفة والضوابط الكفيلة بتحقيق الأهداف.

ملامح العقدين القادمين:

من ناحية علمية فعلية تتأثر صياغة نظرة استشرافية للأنشطة البدنية والرياضية ما لم نعرف الرياضة بعد عقدين أو ثلاثة من الزمن، لأن الحديث عن تطويرها، يكون نوعاً من الكمال الفكري والتعامل الظاهري مع قضايا الشخص والمجتمع الذي يعيش فيه؛ ذلك أن الشخص الذي نخطط اليوم لتدريبه وتأهيله، سيعمل ويتعامل مع الحياة لعقد أو عقدين من الزمن؛ ومن أجل أن نتأمل شيئاً عن طبيعة المستقبل الذي ينتظرنا بعد عقدين، لا بد أن ندرك معطيات الواقع القائم، ونستشرف امتداداتها المستقبلية في ضوء تسارع إيقاع التطور الرياضي وأنشطته الذي يصعد بصورة حادة في الأعوام القادمة، فليس ما يحمله المستقبل تحدياً سهلاً لمواجهة التطور، بل علينا أن نقبل على حقائق المرحلة المقبلة باستشراف وإع متزن، فنحن نواجه ثورة متطورة سريعة في جوانب الحياة ولا بد أن تتبعها نهضة شاملة في نوعية الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة، ويحمل المستقبل في طياته مفاجآت ضخمة على جميع المستويات: السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية، والتربوية، والمعلوماتية، والرياضية مما يصعب التنبؤ بحجم هذه التغيرات وسرعتها وما ستسفر عنه نتائجها، في ظل تنافس كبير بين الأطراف. ولا بد من بناء ملامح المشاهدات والتجارب لمعالم العالم في المستقبل القريب وبناء على الحراك للواقع وتطوره.

ومن هنا يجب أن لا ننسى ما يخص مجتمعنا الرياضي من تحديات وأبعاد لواقع واحد، عناصره متداخلة متكاملة مستوفية الشروط.

سمات واقع المجتمع الرياضي للأشخاص ذوي الإعاقة:

الرحلة نحو المستقبل، تتطلب التعرف على ملامح العالم بعد عقدين من الزمن، وتتطلب التعرف إلى أبرز سمات واقع المجتمع الرياضي من الأشخاص ذوي الإعاقة، ومحاولة تحديد إمكاناته ومشاكله، ولاشك أن رسم صورة عن هذا الواقع مبحث يكتنفه بعض الغموض، ويكون أشد غموضاً حينما تكون الصورة تفصيلية، لذا يجب أن نحاول رسم صورة تبين الملامح الأساسية وسمات واقع المجتمع الرياضي من الأشخاص ذوي الإعاقة. وذلك بالاستفادة من المتغيرات التي تشهدها الساحة الرياضية العالمية، والتي سنحاول إبرازها وتوضيح أهم معالمها، وكذلك التعرف إلى تحليل الوضع الحالي، والتعرف إلى أهم المبادئ التوجيهية والإجراءات الهامة التي ستعمل على رسم تلك الصورة.

ثورة تقنية المعلومات:

إن جاز لنا التعبير، فإنّ إمبراطورية المعلومات هي إمبراطورية المستقبل، حيث أصبح هذا العصر عصر المعلومات باقتدار، والذي سيتضخم ليكون عصب التغيرات التي تحدث على مستوى المجتمعات الإنسانية والعالم، ويترتب على الإمبراطورية المعلوماتية التي ستشدها البشرية تحولات كبيرة في مجالات الاقتصاد والتقنية والسياسة والاجتماع والرياضة وغيرها من المجالات. فمن يملك المعلومة يستطيع أن يقود تلك التغيرات كي تصب في صالحه، فالمجتمعات المتقدمة تتميز في الوقت الحاضر بأن المعلومة متوفرة لديها ومتوفرة بصورة منظمة وسهلة، ويزداد عدد مستخدميها من وقت لآخر، بل إن هذه المجتمعات تشارك في إنتاجها وتخزينها. ولا تزال بعض الدول تعاني من العلمية والتقنية المعلوماتية ويقع على عاتقها الكثير من العمل لمواكبة التغيير، لذا فإن من أهم الاحتياجات الأساسية أمام الأنشطة البدنية والرياضية للعقدين القادمين هو إعداد مجتمع رياضي معلوماتي، تتاح لأفراده المعلومات الكافية، والقدرة على المساهمة بإنتاجها ونقلها بالوسائل التقنية المتطورة.

تحليل الوضع الحالي:

لا تتوفر في الوقت الراهن، القدرة الكافية على:

- ضمان فرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات البنية التحتية المادية

للأنشطة البدنية ولللألعاب الرياضية، كالملاعب والصالات والمرافق الرياضية.

- تنظيم وتقديم الفعاليات الرياضية التي تلبي الاهتمامات والاحتياجات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.

فالصالات والمرافق الرياضية، على سبيل المثال، المتاحة حالياً لعامة الجمهور لم يتم تكييفها لاستيعاب الأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى ذلك، فإن الاتحادات والأندية والمراكز ليست لديها المقدره على توفير المعدات الفنية والمدربين، لإدارة الأنشطة البدنية والرياضية التي تمارس من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة. كما إن أنشطة الأشخاص ذوي الإعاقة ليست مدرجة في مجمل النشاط العام للأندية والاتحادات والمدارس. ويرجع ذلك إلى عدم توفر الملاعب أو الصالات المخصصة لهذه الشريحة من الناس، حيث إن الملاعب المخصصة للألعاب الرياضية عادة ما تكون غير ملائمة أو غير متوافقة مع المواصفات الدولية لرياضة الأشخاص ذوي الإعاقة. ومع ذلك، لم تقر الجهات المعنية دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في أنشطة ورياضات وبطولات الاتحادات والأندية.

المبادئ التوجيهية:

يشعر الأشخاص ذوو الإعاقة بالحاجة نفسها للأنشطة البدنية والرياضية والترفيهية، التي يشعر بها أقرانهم من الأشخاص غير ذوي الإعاقة بما في ذلك الرياضة التنافسية، وينظر للرياضة عموماً باعتبارها واحدة من المكونات الحيوية في دمج الأشخاص ذوي الإعاقة بالمجتمع. كما أنها تمثل أيضاً أحد العناصر الحيوية في نجاح أي جهد لإعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة. فالأنشطة الرياضية على المستوى المدرسي تعد من الأمور الهامة بالنسبة لاستدامة التنمية البدنية للشخص، فضلاً عن دورها في تنمية حالة احترام الذات والشجاعة والثقة والقدرة على التحمل. ولذلك فمن الأهمية بمكان أن تتم إتاحة الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الأنشطة الرياضية. كما أن الأنشطة الترفيهية هامة أيضاً لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة، كي تتاح لهم الفرصة لمعيشة الحياة الاجتماعية العامة، وتمكنهم من المشاركة بالأنشطة التي يستمتعون بها.

ينبغي تطوير الأنشطة البدنية والرياضية والترفيهية وتوسيعها لتشمل الأشخاص ذوي الإعاقة في كل من المرافق السائدة والمتخصصة، بحيث تتاح لهم الفرصة للمشاركة في مثل هذه الأنشطة لكلا الغايتين الترفيهية والتنافسية. ولكي تصبح الأنشطة البدنية والرياضية

أكثر شمولاً، فإنه يلزم تطوير قدرات المدربين الرياضيين والعاملين في المجال بحيث يتم إعدادهم للعمل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، وتسهيل اندماجهم في الأنشطة الرياضية. وينبغي أن تشمل هذه العملية توعية المدربين الحاليين بقائمة المفاهيم المتصلة بتدريب الأشخاص ذوي الإعاقة وكذلك تنمية قدراتهم على تقديم تدريب متخصص للرياضيين ذوي الإعاقة.

وفي الوقت نفسه، يجب بذل الجهود لتجديد المنشآت الرياضية، بحيث تكون في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة. ويشمل ذلك دورات المياه والحمامات وغرف تبديل الملابس والممرات إلى الصالات أو الملاعب الرياضية. وينبغي لبناء جميع المرافق الرياضية أن يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة، بحيث تتضمن هذه المرافق معايير التصميم العالمية، وأن هذه المرافق متاحة. ويتعين أيضاً توعية المجتمع المحلي ككل من خلال أنشطة التعليم العامة، بأن الفعاليات والملاعب الرياضية ينبغي أن تكون في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث إن جزءاً كبيراً من السكان يجهل تماماً أهمية الفعاليات والمرافق الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.

الإجراءات الهامة:

وفيما يلي أهم الإجراءات التي ينبغي تنفيذها، لتعزيز مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة بالأنشطة البدنية والرياضية والترفيهية:

- اعتماد وضع سياسة وطنية من شأنها أن تسهل إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة بالأنشطة البدنية والرياضية والترفيهية، وضرورة الاستفادة من أفضل الممارسات الدولية في هذا المجال.
- مواءمة التشريعات الوطنية المتعلقة بالأنشطة البدنية والرياضية مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة بالأنشطة البدنية والرياضية والترفيهية العامة.
- إعادة تأهيل المرافق الرياضية كافة لتكون في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة وتتفق مع المعايير الدولية.
- توفير وسائل النقل المجهزة والمخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة، للوصول إلى الأندية والمرافق الرياضية.

- توفر المدربين والفنيين المتخصصين لأندية الأشخاص ذوي الإعاقة بالتوازن بين الجنسين، ولمختلف الألعاب الرياضية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.
- تنفيذ برامج توعوية للمشرعين والقيادات الإدارية في الوزارات والمؤسسات المعنية لرفع مستوى الوعي بالقوانين والممارسات الدولية، إزاء الأنشطة البدنية والرياضية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.
- وضع آلية تنسيق لضمان فعالية وكفاءة المخصصات المالية للأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- زيادة الدعم المالي للأنشطة البدنية والرياضية للأندية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.
- إقرار اللجان البارالمبية والأندية الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة، من قبل الجهات الحكومية ذات العلاقة.
- تمويل الفعاليات والأنشطة البدنية والرياضية الوطنية، وكذلك تمويل المشاركات الإقليمية والدولية واعتماد الأعداد والمشاركة وفقاً للفعاليات والأنشطة.

التوجهات المستقبلية للأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة:

المجالات:

التربية الرياضية للطلبة ذوي الإعاقة.

تتضمن مجموعة من الأهداف، منها:

- تنمية المهارات الحركية الأساسية لمواجهة متطلبات الحياة كالمشي والجري وغيرهما.
- تنمية اللياقة البدنية الشاملة واللياقة المهنية، بما يتناسب مع نوع الإعاقة. وذلك لكون الجسم أقرب ما يكون لأن يصبح طبيعياً.
- تصحيح الانحرافات القوامية والحد منها.
- زيادة قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة من الممارسة الرياضية والترفيهية واستغلال وقت الفراغ.
- تنمية الاتجاهات السليمة للأشخاص ذوي الإعاقة، نحو الشخصية السوية والحساسية الزائدة وزيادة الثقة بالنفس وبمن حولهم وقدراتهم وتكيف نزعاتهم.

- الاعتماد على النفس في قضاء حاجاتهم المختلفة، وعدم الاعتماد على الآخرين مع إمكانية العيش مستقبلاً معتمداً على ذاته.
- وتعنى التربية الرياضية بالطلبة ذوي الإعاقة أثناء فترة النمو والتنشئة في المراحل التعليمية المتعددة.
- حماية حالة الشخص من ذوي الإعاقة من التدهور عن طريق تعليمه ومعرفته لإمكاناته وحدودها، وترتيب البرنامج الرياضي وفق القدرات الفسيولوجية واحتماله للتمرينات.
- إتاحة الفرصة المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة للحياة الاجتماعية الطبيعية، من خلال الأنشطة البدنية والرياضية والترفيهية والألعاب المناسبة لأعمارهم، ورغباتهم، حيث إن القيمة الاجتماعية للعب والأنشطة الرياضية تكمن بإتاحة فرصة التعاون مع الآخرين.

الرياضة للأشخاص ذوي الإعاقة.

ويعنى هذا الجانب بممارسة النشاط الرياضي التنافسي للأشخاص ذوي الإعاقة ضمن الجمعيات الأهلية والأندية والمنتخبات الوطنية. ومنها وأهمها الأولمبياد الخاص والهدف منه «إتاحة الفرص المناسبة لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية ليصبحوا مواطنين منتجين ومقبولين ومقدرين في مجتمعاتهم... وذلك من خلال تقديم برامج تدريب رياضية على مدى العام، وبطولات رياضية مختلفة للأطفال والكبار من ذوي الإعاقة الذهنية من أجل توفير فرص مستمرة لتطوير لياقتهم البدنية، ولإبراز شجاعتهم والاستمتاع بإنجازاتهم، ودمجهم في مجتمعهم وتطوير مهاراتهم وتكوين صداقات.

الأنشطة البدنية والترفيهية للأشخاص ذوي الإعاقة.

إنّ الهدف الأسمى لبرامج الأنشطة البدنية والرياضية والترفيهية هو دمج وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة ضمن فعاليات المجتمع على تنوعها واختلافها، ويمكن استخدام برامج أخرى من ضمنها الفنية والثقافية لتحقيق الأهداف نفسها. ومن الآثار الإيجابية لها اكتساب الأشخاص ذوي الإعاقة خبرات تساعدهم على التمتع بالحياة، فمن المعلوم أن الرياضة الترويحية مثلاً تدرج من ألعاب هادئة كألعاب التسلية إلى ألعاب عنيفة مثل

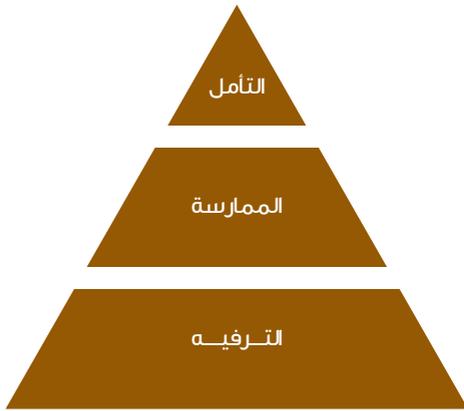
تسلق الجبال. كما يختلف المجهود المبذول بالرياضة الترويحية كالشطرنج والبياردو عن المجهود المبذول بالرياضة التنافسية كالسباحة أو كرة السلة أو ألعاب المضمار.

ويتعدى أثر المهارات الترويحية الاستمتاع بوقت الفراغ للشخص ذي الإعاقة إلى تنمية الثقة بالنفس، والاعتماد على الذات والروح الرياضية، وعمل صداقات تخرجه من عزله وتدمجه بالمجتمع. ويقسم الترويح عموماً إلى ثلاثة أجزاء هي:

في مستوى التأمّل: في الترويح هناك اشتراك على نطاق أوسع من مستوى الممارسة، حيث إن المشترك يكون عضواً فعالاً ومحركاً للنشاط الذي يشترك فيه، ويتطلب هذا الاشتراك أن يتأمل ويفكر فيما يجب أن يتم.

أما في مستوى الممارسة، تأكيد على اشتراك الشخص بالنشاط، مثال: الاشتراك الرياضي بفريق والاشتراك الفني بالرسم والنحت هو مثال للمستوى الثاني من الترويح.

في مستوى الترفيه- يتسم بالسلبية، بمعنى أن الشخص يكون جالساً (أو واقفاً) ليشارك أداء يقوم به الآخرون.

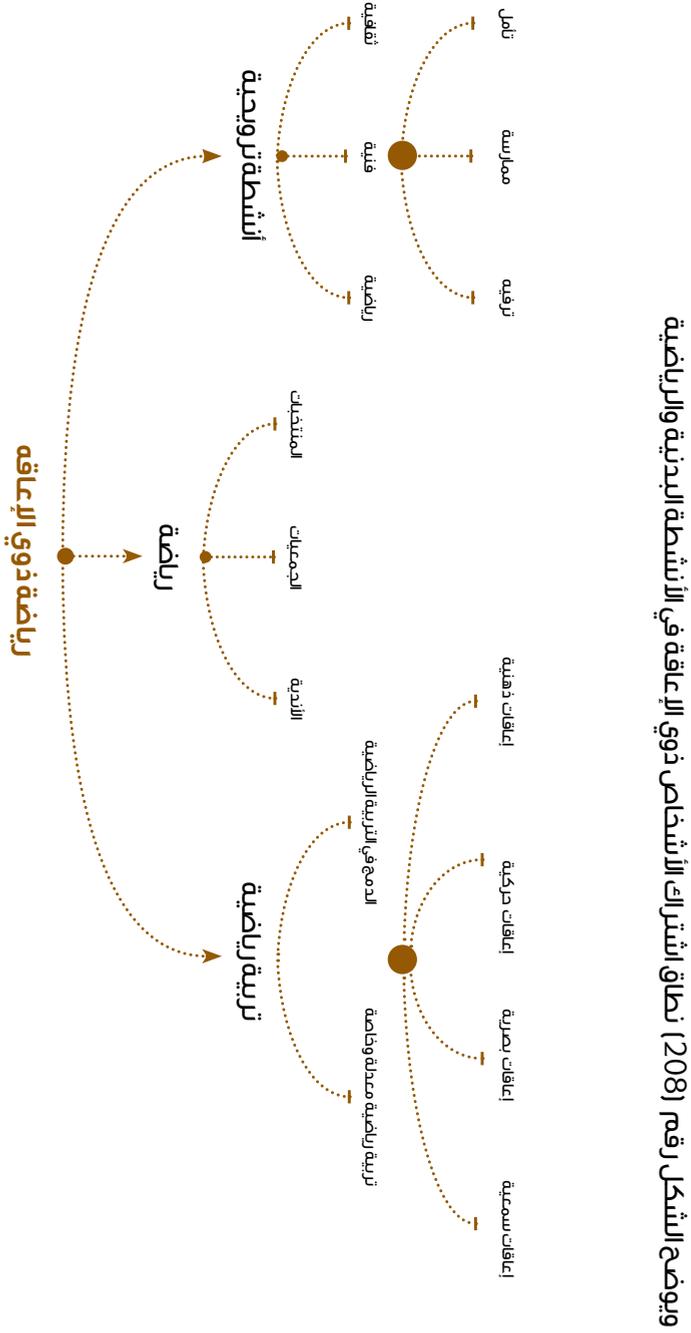


شكل (207)

تحليل للوضع الراهن:

الإيجابيات:

- التحديث المتواصل في مناهج التربية الرياضية.
- وجود هيئات رسمية وشخصيات عامة داعمة للأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية والأولمبياد الخاص والألعاب البارالمبية وبمستوى مقبول.
- وجود هيئات عليا لرعاية الأشخاص ذوي الإعاقة.



نقاط بحاجة لتطوير:

تواجه عملية تطوير الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة عدة تحديات، يمكن إدراجها على النحو الآتي:

تحديات اقتصادية:

- عدم وجود ميزانيات كافية ضمن الأنديّة والمراكز لتوفير مستلزمات اللعب وممارسة الرياضة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- مشاكل في البنية التحتية: الأبنية، الدوائر الرسمية والخاصة، السكن الخاص للأشخاص ذوي الإعاقة.
- توفير مستلزمات الرعاية والعناية الطبية الخاصة بالإعاقات على تعددها.
- قلة تخصيص جزء من ميزانيات الدول لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة.
- قلة وجود الملاعب والصالات والأدوات والتجهيزات الخاصة بممارسة رياضات الأشخاص ذوي الإعاقة.
- مشكلة المواصلات والتنقلات بالنسبة للشخص ذي الإعاقة: أحياناً قلة الدخل المادي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، وبالتالي الحيلولة دون وصولهم إلى إمكانية ممارسة اللعب، وعدم توفير وسيلة نقل خاصة.
- قلة فرص العمل لدى الأشخاص ذوي الإعاقة مقارنة مع نظرائهم في المجتمع.
- قلة الشركات الاقتصادية الكبيرة التي تدعم الأنشطة البدنية والرياضية التنافسية والترويحية.

تحديات اجتماعية:

- نظرة المجتمع إلى الأشخاص ذوي الإعاقة: بأنهم عاجزون وليست لديهم القدرة بالاعتماد على النفس، مواطنون من الدرجة الثانية.
- الخجل الاجتماعي من وجود شخص ذي إعاقة في الأسرة، وبالتالي منعه من المشاركة بالأنشطة المختلفة من رياضية واجتماعية وثقافية.
- عدم تشجيع الأشخاص ذوي الإعاقة بعضهم لبعض على ممارسة النشاط البدني والرياضي.
- قلة انتشار الجمعيات والأنديّة الخاصة بممارسة الأنشطة للأشخاص ذوي الإعاقة في بعض المدن والقرى، وتمركز هذه الأماكن عادة في العواصم.

تحديات نفسية:

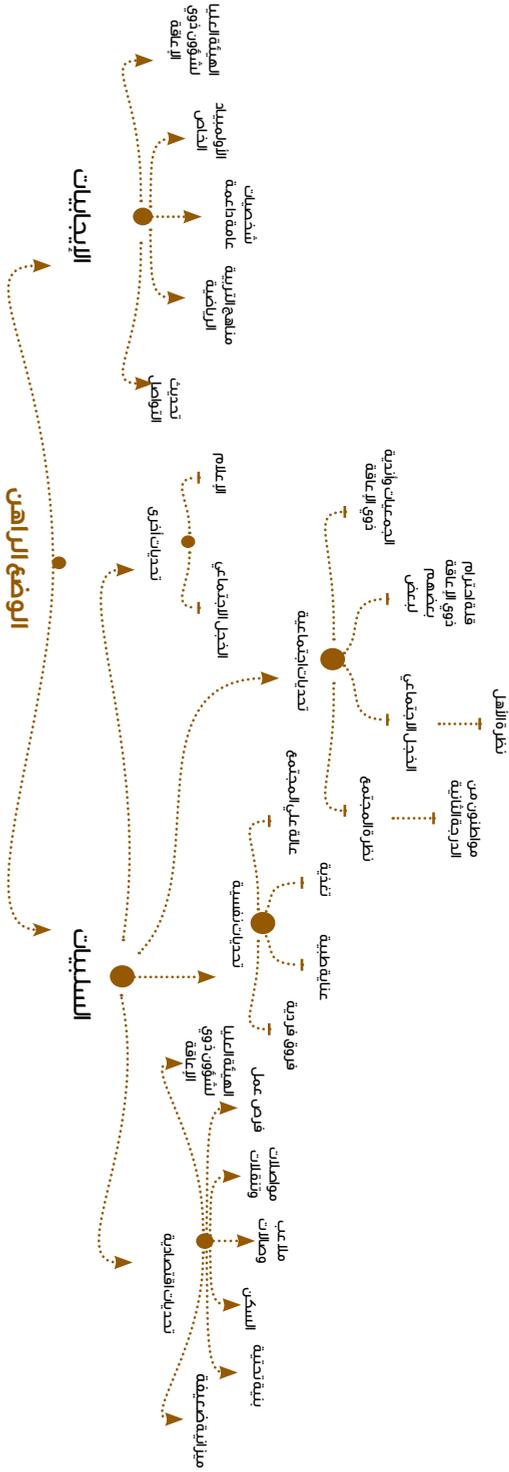
- الاختلافات في درجات الإعاقة، الحاجة إلى وجود عناية طبية وتغذية متواصلة، بعض المشكلات النفسية في تقبل الإعاقة وخاصة للإعاقات الحركية التي نتجت عن حوادث في عمر غير مبكر، إحساس الشخص ذي الإعاقة بأنه عاجز وغير قادر على الاندماج مع الأقران، وصعوبة الدمج ما بين مختلف الإعاقات وأفراد المجتمع نتيجة عدم التقبل النفسي لهؤلاء الأشخاص.
- قلة الكوادر المؤهلة لتدريب وتعليم الأشخاص ذوي الإعاقة.
- ضعف دور الإعلام في التوعية بأنواع الإعاقات وكيفية التعامل معها.
- شعور الشخص ذي الإعاقة بأنه عالة على المجتمع.

المحددات والصعوبات التي تواجهها الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص

ذوي الإعاقة:

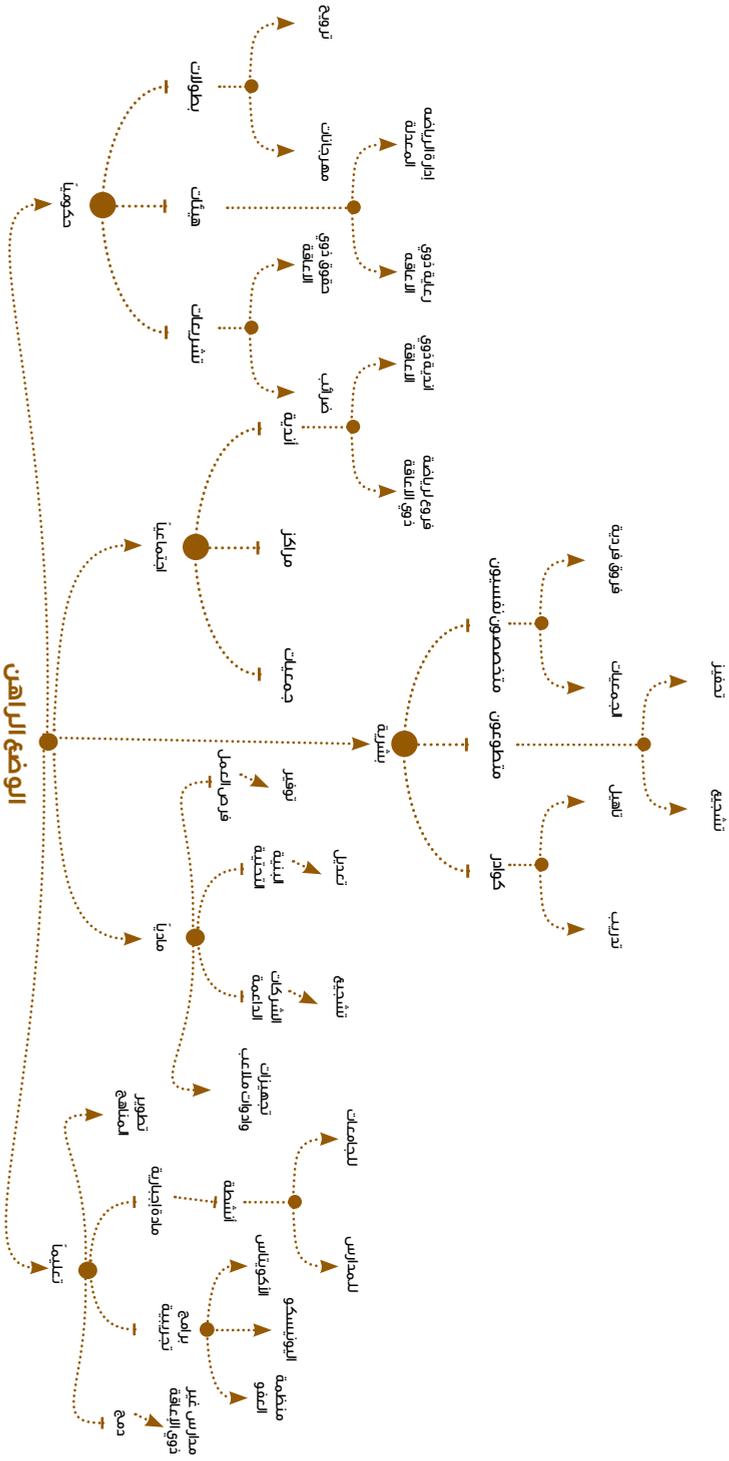
- الاتجاهات السلبية نظراً للنقص في البرامج الإعلامية الهادفة لإبراز قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة وإمكاناتهم بشكل عام، ومتابعة نشاطاتهم المتعلقة بالبطولات المحلية والإقليمية والعالمية بشكل خاص.
- نقص المرافق الرياضية من صالات وقاعات وساحات ألعاب لضمان تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة على مختلف أنواع الرياضة.
- التسرب في الكوادر المؤهلة في المجال الرياضي والترويحي المختصون بتدريب وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة.
- نقص التمويل والمساهمة في تغطية النفقات المتكررة لبرامج الأندية والاتحادات والمؤسسات الثقافية، ودعم المشاركة في البطولات الإقليمية والعالمية والمنتديات الثقافية المتعلقة بقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة.
- الصعوبات المتعلقة بالموصلات وتيسير سبل الوصول من وإلى أماكن التدريب.
- الافتقار إلى الوسائل المساعدة في وصول الأشخاص ذوي الإعاقة للمؤسسات العلمية والثقافية والترويحية.
- غياب المرأة عن المشاركات بالأنشطة البدنية والرياضية والترويحية.

ويوضح الشكل رقم (209) تحدياً للوضع الراهن للأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة



مقترحات لحل المشكلات:

- البدء من قاعدة الهرم بممارسة الأنشطة البدنية والرياضية وذلك ضمن المدارس بداية.
- إدخال التربية الرياضية المعدلة إلى مناهج التربية الرياضية في كل المدارس، سواء الأهلية أو الحكومية.
- تطوير برامج مقترحة من قبل المتخصصين في رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة لكل لعبة رياضية على حدة مع تعديلاتها.
- رصد وتخصيص جزء من الضريبة لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة، من النواحي: الرياضية، الثقافية، الاجتماعية.
- دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في المدارس العامة في الدول المختلفة: الاسترشاد بتجارب بعض الدول المتقدمة في هذا المجال.
- برامج تدريبية للمدرسين والمدرسين للألعاب الرياضية الخاصة والمعدلة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- طرح مادة إجبارية لمختلف التخصصات الجامعية عن الإعاقات وكيفية التعامل معها وتقبلها.
- تفعيل دور الإعلام وبخاصة الرسمي في التوعية بالإعاقات، والتعامل معها وتقبل الشخص ذي الإعاقة من الأهل والمجتمع والتشجيع على ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية على اختلافها للأشخاص ذوي الإعاقة وإشراكهم بالمجتمع.
- زيادة الشركات الداعمة للنشاط البدني والرياضي التنافسي والترويحي للأشخاص ذوي الإعاقة.
- استخدام رُزَم منظمات مثل منظمة اليونسكو ومنظمة العفو الدولية في المدارس التي ترسخ مبادئ حقوق الإنسان لدى الطلاب من أعمار مبكرة، ومن هذه المبادئ الإشارك للأشخاص ذوي الإعاقة وتقبل التنوع، وهذه الرُزَم عبارة عن ألعاب وأنشطة رياضية هادفة.
- توفير متخصصين نفسيين للأشخاص ذوي الإعاقة ضمن الجمعيات والأندية.
- تشجيع الشباب للتطوع بمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة ودعم رياضاتهم.



وبوضوح الشكل رقم (210) مخططاً للمقتربات التطويرية لدعم الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.

- إقامة مهرجانات وبطولات رياضية ضمن المدارس وعلى المستويات المحلية والوطنية، تفعل مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة مع غيرهم ذوي الإعاقة وتشجيع رياضاتهم.
- تشكيل هيئات عليا لرعاية شؤون الأشخاص ذوي الإعاقة لمختلف الدول.
- التعاون مع الهيئات الدولية الخاصة برياضة الأشخاص ذوي الإعاقة، وإدخال فروع لهذه الهيئات إلى مختلف الدول العربية، حيث يتم الاستفادة من التجارب والخبرات، إضافة إلى تحصيل الدعم المادي لزيادة وتفعيل النشاط البدني والرياضي للأشخاص ذوي الإعاقة.
- توفير الأمان الوظيفي والصحي للأشخاص ذوي الإعاقة، حيث يشكلان الهم الأكبر لهم ودعم توظيفهم في شتى المجالات، بما يتناسب مع درجة الإعاقة، وتوفير الخدمات الصحية بشكل مجاني من الدولة.
- توسيع المدى الجغرافي الذي تغطيه مراكز وأندية الأشخاص ذوي الإعاقة، بحيث تشكل مختلف المدن والمناطق، وإنشاء جمعيات خاصة بهم أو تخصيص أقسام مع الأندية الموجودة لدعم رياضة الأشخاص ذوي الإعاقة.

التطلعات والمعالجات والسياسات

استناداً إلى ما تحمله الرياضة من أهمية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي قد تفوق أهميتها عن الأشخاص من غير ذوي الإعاقة حال كونها وسيلة رياضية وعلاجية في آن واحد، فيؤمل أن تسعى الدول لتوفير البرامج الرياضية من خلال تشجيع إنشاء الأندية المختصة لكل فئة من فئات الإعاقة، أو من خلال تشجيع المؤسسات الرياضية القائمة لإتاحة الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة من ممارسة أنشطتهم أسوة بمنتسبي تلك المؤسسات تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص والمساواة.

البرامج والآليات وخطط العمل:

إن بناء البرامج الرياضية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة أمر خاضع للاستجابة الحقيقية لمتطلباتهم أنفسهم، وهي في مجموعها تشكل حزمة من الأنشطة المحددة مسبقاً، والتي يمكن استخدامها بصورة فردية أو جماعية ضمن فترات زمنية منظمة، وتعتمد على فلسفة تنطلق من قناعة أكبر بأهمية النشاط البدني للجميع.

- الوقت وخطة العمل: في هذا الجانب ستكون الإجابة عن سؤال: ما النتائج المتوخاة؟
- حصر البرامج والأساليب والأنشطة الرياضية، وطرق تنفيذها وسبب اختيارها.
- إعداد بيان مفصل بجميع البرامج التي يجب القيام بها خلال فترة التنفيذ، وطريقة تنفيذ كل برنامج، والمسؤولين عن التنفيذ وتاريخ التنفيذ، مع تنظيم جداول توضيحية تساعد على تنظيم العمل ومتابعة وتحديد المطلوب عمله في المراحل اللاحقة.
- وضع وصف وظيفي لكل من يعمل في البرامج من حيث مؤهلاتهم، وخبراتهم، ومبررات اختيارهم.
- تحديد الفئة المستهدفة من البرامج، ونوعية البرامج المناسبة لهم.

مقترحات تطوير الأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة:

- توفير الأجهزة والأدوات المناسبة.
- توفير الميزانيات اللازمة والكافية.
- توفير المواصلات والملاعب والصالات والساحات الرياضية المناسبة.
- تصميم برامج رياضية مناسبة.
- إيجاد الحوافز المعنوية والأدبية المناسبة.
- توفير الكوادر الكفؤة والمؤهلة.
- تحديد رغبات الأشخاص ذوي الإعاقة واهتماماتهم.
- توفير البرامج الإعلامية الهادفة لإبراز قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة.

البرامج المقترحة حسب الفئات والمناطق الجغرافية:

- إنشاء الأندية الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع المدن، التي لا تتوفر فيها أية أندية مشابهة.
- تشجيع دمج الأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة مع نظرائهم من غير ذوي الإعاقة، في المراكز الرياضية والشبابية والمرافق العامة والمخيمات الرياضية والكشفية.
- اشتغال الخطط الدراسية في الجامعات والمعاهد، بما فيها كليات التربية الرياضية والعلوم التربوية، مساقات مختصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.
- تشجيع مؤسسات ومراكز رعاية وتعليم الأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة على إنشاء المرافق الرياضية للمتسبين إليها، وكذلك لأسرهم وللعاملين وللمتطوعين.

- توفير الأماكن المناسبة للممارسة الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، في جميع الجامعات الحكومية والخاصة، وكذلك المرافق في البلديات التابعة للمدن.
- إنشاء صالات رياضية في المدن التي لا تتوفر فيها ذلك.

تقييم البرامج:

- تخدم عملية تقييم الأنشطة والبرامج الرياضية في المجال الرياضي هدفين: -
 - تحديد فاعلية الأنشطة والبرامج الرياضية في الوصول إلى الأهداف الموضوعية.
 - توفير المعلومات اللازمة لإحداث التغيير المناسب والتعديلات اللازمة على فعاليات البرامج.
- يعد تقييم البرامج الرياضية بعد تنفيذها وسيلة من وسائل تحسين العمل مستقبلاً، والتعرف إلى التغيير الذي حدث على الفئة المستهدفة من البرامج في مجال معارفهم واتجاهاتهم ومهاراتهم، وتحديد أوجه الضعف والقوة في البرامج، والمشكلات التي أعاققت فاعليتها إلى أقصى درجة.

وتجدر هنا تقييم منجزات الأهداف ونظام المتابعة الذي يشمل على:

- كيفية قياس الإنجازات نحو تحقيق الأهداف.
 - نظام تسجيل وجمع لبيانات وتقارير الإنجازات.
 - تحديد القائمين بعمليات المتابعة.
- ولقياس الأداء على المستوى الفردي أو الجماعي للفئة المستهدفة بالبرامج الرياضية في المجال الرياضي تستخدم:

الاختبارات المقننة:

- وتتضمن الاختبارات المعيارية المرجع (مقارنة أداء الشخص بأداء المجموعة).
- وتتضمن المحكية المرجع.
- وتتضمن مقارنة أداء الفرد بمواصفات محددة مسبقاً للأداء الأمثل، مع العلم أن الاختبارات المقننة تسهم بالأهداف البعيدة المدى (السنية) والقصيرة المدى أيضاً.

الاختبارات المقننة المصممة:

ويعتمد عليها في حالة عدم القدرة على استخدام الاختبارات المعيارية المرجع والمحكية

المرجع، وذلك لقياس قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة، مع الأخذ بعين الاعتبار مراعاتها لنوعية الإعاقة وشدتها عند تطبيقها وتفسير نتائجها.

الملاحظة: إذا ما تعذرت إمكانية استخدام الاختبارات المقننة بأنواعها مع الأشخاص ذوي الإعاقة بفئاتهم المختلفة، يستخدم أسلوب الملاحظة المباشرة أو غير المباشرة (التصوير).

نماذج استبانة تقييم خاصة ومحددة الأهداف.

السياسات الاستراتيجية الوطنية المتعلقة بالأنشطة البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة

تهدف هذه السياسات إلى تقديم النشاطات الأكثر فائدة ومتعة للممارسين، ومن أهمها ما يلي:

- تشجيع المؤسسات الحكومية والأهلية المهتمة بالأنشطة الرياضية عموماً على تنفيذ برامج أنشطة رياضية للأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك بالتنسيق بين تلك المراكز والمؤسسات والأندية والاتحادات واللجان البارالمبية الوطنية.
- إدراج برامج رياضية للأشخاص ذوي الإعاقة ضمن متطلبات التدريب والتأهيل في المراكز التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية والقطاع الخاص.
- زيادة عدد حصص التربية البدنية الأسبوعية في المدارس التابعة لوزارة التربية والتعليم، وتوفير مدرسين مؤهلين، مع الاهتمام بتطوير كفاءاتهم عبر الدورات والمؤتمرات وورش العمل.
- تشجيع الأشخاص ذوي الإعاقة على ارتياد الأندية الرياضية، وحث الأندية الرياضية على تسجيل ممارستهم للأنشطة الرياضية المختلفة، وإتاحة الفرصة أمامهم على مختلف فئاتهم المشاركة في البطولات المختلفة وعلى جميع المستويات.
- زيادة عدد البطولات الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة، التي تنظمها الأندية والاتحادات واللجان البارالمبية مع مراعاة القدرات والمرحلة العمرية أثناء المنافسات.

- تشجيع أقسام التربية البدنية في الجامعات والكليات على إدخال تخصص أو مسار التربية البدنية والرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- تجهيز مراكز للأشخاص ذوي الإعاقة، و كذلك أنديةهم بالملاعب والصالات والساحات والأدوات والأجهزة الرياضية الضرورية، وتخصيص ميزانيات ثابتة بما فيها الأنشطة الرياضية.
- توعية المجتمع بأهمية الأنشطة الرياضية للأشخاص ذوي الإعاقة باستخدام وسائل الإعلام المختلفة المرئية والمقروءة والمسموعة.
- تفعيل التعليمات والأنظمة والقوانين التي تنص على تطبيق أنظمة البناء للمباني الرياضية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة بشكل عام، وذوي الإعاقة الحركية على وجه الخصوص.
- توفير التسهيلات في مرافق الملاعب والصالات الرياضية لاستخدامها من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة عامةً، وذوي الإعاقة الحركية بخاصةً، والأخص مداخل الأبنية والأبواب والمصاعد ومقابض الأبواب والمكاتب والمغاسل والحمامات، مع الأخذ بعين الاعتبار مشاركة ذوي الإعاقة أنفسهم في وضع الأنظمة والتعليمات الخاصة بإنشاء المرافق الخاصة بهم.
- تغطية المشاركات والمنافسات الرياضية المحلية والإقليمية والدولية إعلامياً والتعريف بالأبطال من ذوي الإعاقة الحاصلين على الألقاب والميداليات والاهتمام بهم.
- تكثيف تبادل التجارب والخبرات وتبادل الزيارات بين نخبة الرياضيين العرب من الأشخاص ذوي الإعاقة والعاملين معهم.
- تشجيع المدربين وأفراد أسر اللاعبين والمتطوعين، على بذل الجهود الممكنة كافة لتوفير الدعم للمشاركين بالأنشطة البدنية والرياضية لمساعدتهم على تحقيق مستويات أفضل في المجال الرياضي، وذلك بتوفير أفضل الفرص التي تمكنهم من تطوير الأداء وصولاً للتميز المنشود.
- تشجيع دمج الأشخاص ذوي الإعاقة مع نظرائهم من غير ذوي الإعاقة في المراكز والأندية الرياضية، وكذلك من خلال دمج الرياضات فيما بينهم.

- توفير المرافق الرياضية لضمان ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة أنشطتهم التدريبية، ومنحهم التسهيلات اللازمة لتحقيق ذلك الغرض، وتمكينهم من استخدام المرافق الرياضية التي تمتلكها مؤسسات الدولة الرسمية والاتحادات النوعية والأندية.
- استحداث التدابير التي تستهدف تسهيل دخول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أماكن ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية، وإلى الأماكن العامة مثل الفنادق والشواطئ والحدائق والساحات والصالات الرياضية.
- تعمل المؤسسات السياحية ووكالات السفر والفنادق والمؤسسات التطوعية و الجهات التي لها علاقة بتنظيم الأنشطة البدنية والرياضية وفرص السفر على أن تقدم برامجها وخدماتها للأشخاص ذوي الإعاقة مع مراعاة ما تتطلبه احتياجاتهم من الوسائل المساعدة.
- تفعيل دور المرأة بالأنشطة الرياضية والترفيهية والثقافية من خلال عقد ندوات تشجيعية للمشاركة، و بناء أنشطة ومسابقات مشتركة بين الأشخاص ذوي الإعاقة من كلا الجنسين.

المراجع

- Abu Al-ruz, H., Hindawi, O., (2007). The Relationship between Field Performance and Disability Classification Categories in Elite Wheelchair Basketball Players. Assiut Journal for Science and Physical Education Arts, 325-309 ,(1) 23.
- Abu Al-Taieb, M., Hindawi, O., & Al Wese, N. (2014). The Relation between some Kinematic Variables and Achievement in Triple Jump for School Visually Impaired Athletes Class F1. First International Science Conference. Entitled “ School sports” Under the Slogan “Reality and ambition”. 2014/5/12-11. University of Khemis Miliana, Algeria.
- AL Arjan, J., Hindawi, O., Judge, L., Z. A. Aleyadh, & Bellar, D. (2015). Prevalence of Obesity and Behaviors Associated with the Development of Metabolic Disease among Medical Practitioners in Jordan. Journal of Education and Health Promotion.7- 1 :4.
- American Association on Mental Retardation (AAMR). (2002). Symposium: What’s in a name? Eight article. Mental Retardation, 80-51 ,40.
- American Collage of Sport Medicine (ACSM). (2001). ACSM’s resource manual for guidelines for exercise testing and prescription (4th ed). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- American Collage of Sport Medicine (ACSM). (2003). Exercise management for persons with chronic diseases and disabilities (2nd ed). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- American Diabetes Associations (2002). Retrieved from http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/25/suppl_1/s50.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed). Washington, DC: Author.
- Andersson, C., & Mattsson, E. (2001). Adult with Cerebral Palsy: A Survey Describing Problems, Needs, Resources, with Special Emphasis on Locomotion. Development Medicine & Child Neurology, 82-76 ,(2)43.

- Ashman, R. M. (2000). The Effects of Cooperative Learning on Students with Learning Difficulties in Lower Elementary School. *Journal of Special Education*, 37-19 ,34.
- Ashton-Shaeffer, C., Gibson, H. J., Autry, C. E., & Hanson, C. S. (2001). Meaning of Sport to Adults with Physical Disabilities: A Disability Sport Camp Experience. *Sociology of Sport Journal*, 114-95 ,18.
- Atherton, Martin., Russell, David. & Turner, Graham. (1999). Playing to the Flag: A History of Deaf Football and Deaf Footballers in Britain. *The Sports Historian*. 60-38 :1 ,19.
- Auxter, D., Pyfer, J., & Huettig, C. (2001). *Principle and Methods of Adapted Physical Education and Recreation* (9th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Baker, B. L., Blacher, J., Crink, K. A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior Problems and Poverty Stress in Families of Three Year-old Children with and without Developmental Delays. *American Journal on Mental Retardation*, -433 ,(6)107 444.
- Bandy, W. D., & Sanders, B. (2001). *Therapeutic exercise: Techniques for Intervention*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Douglas, L., Young, A., & Adlaf, E. (2001). Substance use Disorders in Young Adults with and without LD: Predictive and Concurrent Relationship. *Journal of Learning Disabilities*, 332-317 ,34
- Bell, Daniel. (2003) *Encyclopedia of International Games USA*. McFarland & Company Inc.
- Berkeley, S. L., Zittel, L. L., Pitney, L. V., & Nichols, S. E. (2001). Locomotor and Object Control Skills of Children Diagnosed with Autism. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 416-405 ,18.
- Beyer, R. (1999). Motor Proficiency of Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Adapted physical activity quarterly*, 414-403 ,16.
- Bhambhani, Y. (2001). Bridging the Gap between Research and Practice in Paralympic Sport. In G. Doll-Tepper, M. Kroner, & W. Sonnenschein (Eds.). *New horizons in sport for athletes with a disability* (pp. 26-5) Lansing, MI: Meyer & Meyer Sport (UK) 1td.
- Birenbaum, A. (2002). Poverty, Welfare Reform, and Disproportionate Rates of Disability among Children. *Mental Retardation* 218-212 ,40
- Block, M. E. (2000). *A teacher's Guide o Including Students with Disabilities in General Physical Education* (2nd ed.). Baltimore: Brookes.

- Booth, Douglas. (2005). *The Field: Truth and Fiction in Sport History* Abingdon: Routledge.
- Brasile, F. (1990). *Wheelchair Sport: A new Perspective on Integration*. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11-3 ,(1)7.
- California Department of Education (2001). *Adapted Physical Education Guidelines in California Schools*. Sacramento: Author.
- Center for the Study of Sport in Society. (2007) *UN Adopts Right to Sport and Recreation in Disability Treaty*. Center for the Study of Sport in Society, <http://www.sportinsociety.org/news.php?nid=81> .
- Chappell, Robert. (2001). *The Problems and Prospects of Physical Education in Developing Countries*. *International Sports Studies* 95-88 ,23.
- Cheatum, B. A., & Hammond, A. A. (2000). *Physical Activities for Improving Learning and Behavior: A Guide to Sensory Motor Development*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Chen, S. (2002). *A Modified Tai Chi Program for Individual with Physical Disabilities*. *Palaestra*, 47-43 ,18.
- Chen, S., Zhang J., Lange, E., Miko, P., & Joseph D. (2001). *Progressive Time Delay Procedure for Teaching Motor Skills to Adults with Severe Mental Retardation: Adapted Physical Activity Quarterly*, 48-35 ,18.
- Chursov, Andrei. (2007). *Adding it up*, Special Olympics International. [http://www.specialolympics.org/Special + Olympics + Public + Website/English/About Us/Campaign_Celebration/Adding + It + Up.htm](http://www.specialolympics.org/Special+Olympics+Public+Website/English/About+Us/Campaign_Celebration/Adding+It+Up.htm).
- Clement Fasan. (2001). *Problems and Prospects of Sports Information Management in Developing Countries*. In *Proceedings of the 11th IASI World Congress: Sports Information in the Third Millennium*, Lausanne 27-25 April, 2001 Lausanne: International Olympic Committee, 462-461 ,2001.
- Cluphf, D., O'Conner, J., & Vanin, S. (2001). *Effects of Aerobic Dance on the Cardiovascular Endurance of Adults with Intellectual Disabilities*. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 71-60 ,18.
- Corbett, Doris. (2006). *The Politics of Race and Sport in the Promotion of Human Rights*. *ICSSPE Bulletin* 31-27 ,48.
- Curran, A. L., Sharples, P. M., White, C., & Knapp, M. (2001). *Time Costs of Caring Children with Severe Disabilities Compared with Caring for Children without Disabilities*. *Developmental Medicine and Child Neurology*, -529 ,43 533.

- David Stewart & Donald Ammons, (2001). Future Directions of the Deaflympics. *Palaestra* 47 :3 , 17.
- Davis, R. D., & Braun, E. M. (2003). *The Gift of Learning: Proven New Methods of Correcting ADD, Math and Handwriting Problems*. New York: Perigee.
- Davis, R. W. (2002). *Inclusion Through Sports*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- DePauw, Karen P. & Gavron, Susan, J. (2005). *Disability Sport*. (2nd edition), Champaign Illinois: Human Kinetics.
- DePauw, Karen P. (2001). The Paralympic Movement: Past, Present, and Future. *Journal of International Council for Health, Physical Education, Recreation, Sport and Dance*, XXXVII, 47-2:43.
- Downing, J. E. (2002). *Including Students with Severe and Multiple Disabilities in Typical Classrooms*. (2nd ed.). Baltimore: Brookes.
- Dummer, G. M. (2001). Including Athletes with Disabilities. In V. Seefeldt, M. A. Clark, & E. W. Brown (Eds), *Program for Athletic Coaches' Education* (3rd ed., pp. 26-21). Traverse City, MI: Cooper Publishing Group.
- Dummer, G., Ewing, M., Habeck, R., & Overton, S. (1987). Attributions of Athletes with Cerebral Palsy. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 292-278 ,4.
- Eckes, S. E., & Ochoa, T. A. (2005). Students with disabilities: Transitioning from high school to higher education. *American Secondary Education*, 20-6 ,(3)33.
- Emes, C. G., & Velde, B. (2004). *Adapted Physical Activity Practicum Manual*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Emes, C. G., Longmuir, P., & Downs, P. (2002). An Abilities-based Approach to Service Delivery and Professional Preparation in Adapted Physical Activity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 419-403 , 19.
- Folder: (1999). Sydney 2000 Paralympic Summer Games Qualification Guide. From: Box "Sydney 2000 Paralympic Games Sports, IPC Archives, Bonn/ Germany.
- Folsom-Meek, S. L., & Rizzo, T. L. (2002). Validating the Physical Educators' Attitude Toward Teaching Individuals with Disabilities III (PEATID III) Survey for Professionals. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 154-141 , 19.
- Fosshaug, Siv. (2002). *Deaf Sport in an Empowerment Perspective*. Master thesis, The Norwegian University of Sport and Physical Education.
- Goodwin, D. L. (2001). The Meaning of Help in P.E.: Perceptions of Students with Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 303-289 , 18.

- Goodwin, D. L., & Watkinson, E. J. (2000). Inclusive Physical Education from the Perspective of Students with Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 160-144 ,17.
- Guthrie, S. R., & Castelnovo, S. (2001). Disability Management among Women with Physical Impairments: The Contribution of Physical Activity. *Sociology of Sport Journal*, 20-5 ,18.
- Hart, Simeon. (2001). Deaf Sports in Developing Countries in *CISS: A review* (eds.).
- Harvey, W. J., & Reid, G. (2003). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A review of Research on Movement Skill Performance and Physical Fitness. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25-1 ,20.
- Hatamleh, M., Abu Al ruz, H., Hindawi, O. (2009). Coach's Leadership Behavior as a Predictor of Satisfaction with Leadership: Perceptions of Athletes with Physical Disabilities. *International Journal of Applied Educational Studies*, ,(1) ,4 33 – 14.
- Hatamleh, M., Hindawi, O. (2013). The Role of Viewing Highlight Videotape Upon the Game Performance of First Division Basketball Players. *European Journal of Social Sciences*, 204-192 ,(2) ,38.
- Hay, Roy. (2006). *Approaches to Sports History: Theory and Practice*, Sporting Traditions 81 – 70 : 2 ,22.
- Hindawi, O. (2013). The Role of Highlighted Videotaping of Wheelchair Basketball Players' Performance During the First Division Games. *International Journal of Academic Research*. 127-122 ,(2) ,5.
- Hindawi, O., (2007) Measurement of Reaction Time Speed for Children from Thinking to Execution of Motor Response. *Abhath Al-Yarmouk*, (- 1045 ,23 ,(3 1061.
- Hindawi, O., Abu Al Ruz, H., AL Arjan, J., (2011). Kinesthetic Perception and its Achievement Relation with the Wheelchair Basketball Players in the Arab countries. *Abhath Al-Yarmouk*, 1579 – 1555 ,(2) ,27.
- Hindawi, O., Abu Altaieb, M., Ay, K., & Mansi, T. (2014). The Effect of feedback on Some Kinematic Variables for Class F13 Visually Impaired Athletes in Long Jump. *International Journal of Academic Research*.6 ,6.
- Hindawi, O., AL Arjan, J., Orabi, S. (2013) Professionalism from the Perspective of Players and Workers in the Area of Wheelchair Basketball Game in the Arab World. *Dirasat Journal*. 648 – 634 ,(2) ,40.

- Hindawi, O., Al Slaiti, F., (2010). Offensive Tactical Thinking level of Wheelchair Basketball Players in Jordanian Clubs. *Dirasat Journal*, 401 – 390 (2) ,37.
- Hindawi, O., Alarjan, J. (2008). Field Performance Level for Wheelchair Basketball Players in Jordan. 1st International Conference for Physical Education Sports and Health, 3-1 April, Kuwait.
- Hindawi, O., Alarjan, J. (2008). Shooting Situations in Wheelchair Basketball Game»Comparative Study». *Abhath Al-Yarmouk*, 768 – 755 (3) 24.
- Hindawi, O., Orabi, S., AL Arjan, J., Judge, L., & Bellar, D. (2013). Offensive Tactical Thinking level of Wheelchair Basketball Players in Arab Countries. *Disability & Society. European Journal of Sport Science*. 629-622 ,(13) ,6.
- Hindawi, O., Samira, O. (2009). Sports Proficiency in the Arab World: Theory and Application. *Abhath Al-Yarmouk*, 338 – 217 (2) ,25.
- Hindawi, O.S. (2006). Fractionated Reaction Time in Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Children. *Journal of Educational & Psychological Sciences*, 36-24 ,(1) 7.
- History Associates Incorporated. (2000). "Special Olympics Chronology" Special Olympics International, (unpublished) 68-1.
- Hodge, S. R., Davis, R., Woodard, R., & Sherrill, C. (2002). Comparison of Practicum Types in Changing Preservice Teachers' Attitudes and Perceived Competence. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 171-156 ,19.
- Holt, Richard. (200). *The Uses of History in Comparative Physical Culture, in Old Borders, New Borders, No Borders: Sport and Physical Education in a Period of Change*, eds. J. Tolleneer & R. Renson, 56 – 49 Belgium: Meyer & Meyer Sport.
- <http://www.righttoplay.com/site/PageServer?pagename=overview>.
- Hutzler, Y., Fliess, O., Chachman, A., & Van de Auweele, Y. (2002). Perspective of Children with Physical Disabilities on Inclusion and Empowerment: Supporting and Limiting Factors. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 317-300 ,19.
- IBSA (2009). *IBSA Athletics Rulebook 2009- 2005*. Available at: <http://www.ibsasport.org/sports/files/-11Rules-IBSA-Athletics-Rulebook2009-2005-.pdf>; accessed on 25.05.2010.
- International Committee of Sports for the Deaf, (2007). *Annual Report -2005 2006*, presented at 40th Congress Salt Lake City, USA.
- International Committee of Sports for the Deaf. (2007). *Audiogram Regulations*, International Committee of Sports for the Deaf, <http://www.deaflympics.com/pdf/AudiogramRegulations.pdf>.

- International Committee of Sports for the Deaf. (2007). Disclaimer, International Committee of Sports for the Deaf, <http://www.deaflympics.com/games/participant.asp?>.
- International Committee of Sports for the Deaf. (2007). History, International Committee of Sports for the Deaf, <http://www.deaflympics.com/news/index.asp?ID=242>.
- International Committee of Sports for the Deaf. (2007). <http://www.deaflympics.com/about/>.
- International Olympic Committee. (2001). Challenges Facing Developing Countries in Sport Administration Manual 131-129 Lausanne: McAra Printing.
- International Olympic Committee. (2007). National Olympic Committees, International Olympic Committee, http://www.olympic.org/uk/organisation/noc/index_uk.asp.
- International Paralympic Committee, (2006). IPC Launches Paralympic Games Historical Results Database, The Paralympian. 7 , 4.
- International Paralympic Committee. (2006). Paralympic Winter Games – 1976 2006 Örnköldsvik – Torino France: International Paralympic Committee.
- International Paralympic Committee. (2007). About the IPC, International Paralympic Committee, http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/IPC/About_the_IPC/.
- International Paralympic Committee. (2007). History of Sport for Persons with a Disability, International Paralympic Committee, http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/IPC/About_the_IPC/History_of_Sport_for_Persons_with_a_Disability/.
- International Paralympic Committee. (2007). Memorandum: Position Statement Regarding the Participation of Athletes with an Intellectual Disability at IPC Sanctioned Competitions, International Paralympic Committee, http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/Classification/19_12_2006_INAS_Position_Statement.pdf .
- International Paralympic Committee. (2007). Results. International Paralympic Committee, http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/Sports/Results/.
- International Paralympic Committee. (2007). Women in Sport Committee. International Paralympic Committee, http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/IPC/Organization/Standi ng_Committees/Commission_Women_Sport/index.html .

- International Paralympic Committee. Annual Report 2 ,2004.International Paralympic Committee. "IPC Style Guide," International Paralympic Committee: http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/IPC/Reference_Documents/IPC.
- IOC Department of International Cooperation. (2002). The International Olympic Committee and the United Nations System: Building a Peaceful and Better World Through Sport and the Olympic Ideal (Lausanne: International Olympic Committee).
- Judge, L., Bellar, D., Thrasher, A., Siman, L., Hindawi, O., & Wanless, E. (2013). A pilot Study Exploring the Quadratic Nature of the Relationship of Strength to Performance Among Shot Putters. *International Journal of Exercise Science*. ,6 179 – 171 ,(2).
- Kalyvas, V., & Reid, G. (2003). Sport Adaptation, Participation, and Enjoyment of Students with and without Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 199-182 ,20.
- Kidane, Fékrou. (2202). The Olympic Movement in Developing Countries. *Journal of International Council for Health, Physical Education, Recreation, Sport and Dance XXXVII*, 22-17 :2.
- Kriska AM, Saremi A, Hanson RL, Bennett PH, Kobes S, Williams DE, and Knowler WC. (2003). Physical activity, obesity, and the incidence of Type 2 diabetes in a high-risk population. *Am J Epidemiol*. 675 –669 :158.
- Krueger, D. L., Dirocco, P., & Felix, M. (2000). Obstacles Adapted Physical Education Specialists Encounter when Developing Transition Plans. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 236-222 ,17.
- Lanka, J., Konrads, A. Shalmanov, A., (2005). Evaluation Methodology For Assessing The Effectiveness of Sports Techniques, *Proceedings of XX111 International SYMPOSIUM of Biomechanics in Sports*, 1, Beijing, China.
- Larkin, D., & Parker, H. E. (2002). Task-specific Intervention for Children with Developmental Coordination Disorder: A Systems View. In S. A. Cermak & D. Larkin (Eds.), *Developmental Coordination Disorder* (pp. 247-234). Albany, NY: Delmar.
- LAUFF J. (2007). Developing Country Participation in International Disability Sport Competition: A Historical Perspective. Master Thesis. Erasmus Mundus: Master of adapted Physical Activity.
- Lieberman, L. J., Dunn, J. M., van der Mars, H., & McCubbin, J. (2000). Peer tutors' Effects on Activity Levels of Deaf Students in Inclusive Elementary Physical Education. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 39-20 ,17.

- Lienert, C., Sherrill, C., & Myers, B. (2001). Physical Educators' Concerns about Integrating Children with Disabilities: A Cross-cultural Comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17-1 ,18.
- Lytle, R. K., & Collier, D. (2002). The Consultation Process: Adapted Physical Education Specialists' Perceptions. *Adapted Physical Activity Quarterly*, ,19 279-261.
- Magill, R. A. (2001). *Motor Learning: Concepts and Applications* (6th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Martin, J.J., & Smith, K. (2002). Friendship Quality in Youth Disability Sport: Perceptions of a Best Friend. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 482-472-19.
- Massengale, J., Swanson, R., & Richard, A., (1997): *The History of Exercise and Sport Science*, Human Kinetics ,IL.
- Matter, R., Nash, R., & Frogley, M. (2002). Interscholastic Athletics for Student-athletes with Disabilities. *Palaestra* , 38-32 ,18.
- McColl, M. A., Charlifue, S., Glass, C., Savic, G., & Meehan, M. (2002). International Differences in Aging and Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*, -128 ,49 136.
- Munzert, J., Lorey, B., & Zentgraf, K. (2009). Cognitive Motor Processes: The Role of Motor Imagery in The Study of Motor Representations. *Brain Res. Rev.*, 326-306 ,1 ,60.
- Myers, D.G (2000). *A Quite World: Living with Hearing Loss*. New Haven: Yale University Press.
- National Committee for Research Ethics. (2007). <http://www.etikkom.no/English/NESH> .
- National Institute of Mental Health. (2002). Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm#ptdepl>.
- O'Connor, J., French, R., & Henderson, H. (2000). Use of Physical Activity to Improve Behavior of Children with Autism- Two for One Benefits. *Palaestra*, 29-28 ,26-22 ,(3)16.
- O'Connor, J., Sherrill, C., & French, R. (2001). Information Retrieval and Pedagogy in Adapted Physical Activity. *Perceptual and Motor Skills*, 940-937 ,92.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2007). History of DAC Lists of Aid Recipient Countries. Organisation for Economic Co-operation and Development, http://www.oecd.org/document/0,2340/55,en_1,00_1_1_1_35832055_34447_2649.html .

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2007). Table DAC 2A – Destination of Official Development Assistance – Disbursement.
- Paciorek, M.J., & Jones, J.A. (2001). *Disability Sport and Recreation Resources* (3rd ed.). Traverse City, MI: Cooper Publishing Group.
- Papakonstantopoulos, Taks A., & Hums, Marry A. (2004): *Paralympic Sport*. Electronic Arts Publishers, Athens – Greece.
- Petersen, J., & Piletic, C. (2006). Facility accessibility: Opening the doors to all. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 44-38 ,(5)77.
- Polley, Martin. (2007). *Sports History: A Practical Guide* London: Palgrave Macmillan. Right to Play. "About Right to Play," Right to Play,
- Reeve, D. (2002). Negotiating Psycho-emotional Dimensions of Disability and Their Influence on Identity Constructions. *Disability and Society*, 508-493 ,17.
- Reid, G., & Collier, D. (2002). Motor Behavior and the Autism Spectrum Disorders: Introduction. *Palaestra*, 44 ,27-20 ,(4)18.
- Reid, G., & Collier, D. (2003). The Autism Spectrum Disorders: Preventing and Coping with Difficult Behaviors. *Palaestra*, 45-36 ,(3)19.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., & Rauworth, A. (2004). Development and validation of AIMFREE: Accessibility instruments measuring fitness and recreation environments. *Disability and Rehabilitation*, 1095-1087 ,(18)26.
- Rowe, Nicholas. (2005). How Many People Participate in Sport? The Politics, Practice and Realities of Measurement – the English Experience. in *Proceedings of The 12th IASI World Congress: The Value of Sports Information Towards Beijing*, Beijing. Beijing: International Olympic Committee, 199-191.
- Scruton, Joan. (1998). *Stoke Mandeville: Road to the Paralympics* England: The Peterhouse Press.
- Shapiro, D.R., & Sayers, L. K. (2003). Who Does what on the Interdisciplinary Team: Regarding Physical Education for Students with Disabilities. *Teaching Exceptional Children*, 39-32 ,(6)35.
- Shephard, R. (2003). Boosting of Performance in the Athlete with High-level Spinal Injury. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 117-103 ,20.
- Sherrill, C. (1999). Disability Sport and Classification Theory. A New Era *Adapted Physical Activity Quarterly*, 215-206 ,16.
- Sherrill, C., & Depauw, K.P (1997). *Adapted Physical Activity and Education*. In J.D Massengale & R.A. Swanson (Eds.), *History of Exercise and Sport Science* (pp. 108-39). Champaign, IL: Human Kinetics.

- Sherrill, C. (2004). *Adapted Physical Activity Recreation, and Sport: Crossdisciplinary and lifespan* (6th Edition). Boston: Wm C. Brown/ Mc Graw Hill.
- Special Olympics International. (2002). *Official Special Olympics Summer Sports Rules: 20003-2000 Revised Editions*. Washington, DC: Author.
- Special Olympics International. (2007). *Floor Hockey*. Special Olympics International, [http://www.specialolympics.org/Special + Olympics + Public + Website/English/Comp ete/Sports_Offered/Floor + Hockey.htm](http://www.specialolympics.org/Special+Olympics+Public+Website/English/Comp+ete/Sports_Offered/Floor+Hockey.htm) .
- Special Olympics International. (2007). *Special Olympics Style Guide*. Special Olympics International: [http://www.specialolympics.org/Special + Olympics + Public + Website/English/PressRoom/Language_Guide/default.htm](http://www.specialolympics.org/Special+Olympics+Public+Website/English/PressRoom/Language_Guide/default.htm).
- Special Olympics International. (2007). *World Games*. Special Olympics International, [http://www.specialolympics.org/Special + Olympics + Public + Website / English/Comp ete/World_Games/default.htm](http://www.specialolympics.org/Special+Olympics+Public+Website/English/Comp+ete/World_Games/default.htm).
- Spirit Magazine.(30 .(1998th Anniversary Special Edition. Special Olympics International 14.
- Steadward, R. D. (2001). *The Contribution of Starting, Turning and Finishing Total Race Performance in Male Paralympic Swimmers*. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 333-316 ,(3)18.
- Steadward, Robert Dr. & Peterson, Cynthia. (1997). *Paralympics: Where Heroes Come* Canada: DW Friesens Ltd.
- Stewart, D.A., & Ammons, D. (2001). *Future Directions of the Deaflympics*. *Palaestra*, 49-45 ,17.
- Stewart, David & Ammons, Donald. (2001). *Future Directions of the Deaflympics*. *Palaestra*49-45 :3 ,17.
- Stewart, David A. (1993). *Deaf Sport: The Impact of Sports Within the Deaf Community*, Washington DC: Gallaudet University Press.
- Strohkendl, H. (2001). *Implications of Sports Classification Systems for Persons With Disabilities and Consequences for Science and Research*. In *Vista 99 – New Horizons in Sport for Athletes with A disability: Proceeding of the International Vista '99 Conference*. (edited by G. Doll – Tepper, M. Kröner and W. Sonnenschein), 301 – 281. Köln, Germany: Meyer & Meyer Sport.
- Tan, S. K., Parker, H. E., & Larkin, D. (2001). *Concurrent Validity of Motor Tests Used to Identify Children with Motor Impairment*. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 182-168 ,18.

- The Paralympian Online. (2007). South Pacific Founds Regional Committee. International Paralympic Committee, <http://www.paralympic.org/paralympian/2001324/20013.htm>.
- The Reality of Aid Management Committee. (2006). The Reality of Aid 2006: Focus on Conflict, Security and Development Philippines: IBON Books.
- UNESCO. International Charter of Physical Education and Sport. (2007). UNESCO, http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=10704&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
- United Nations Inter-Agency Task Force on Sport for Development and Peace. (2003). Sport as a Tool for Development and Peace: Towards Achieving the Millennium Development Goals, United Nations, New York.
- United Nations. (2005). Report on the International Year of Sport and Physical Education 2005. Geneva: United Nations Publishing Service.
- United Nations. (2007). Definition of: Developed, Developing Countries. United Nations, http://unstats.un.org/unsd/cdb/cdb_dict_xrxx.asp?def_code=491.
- United Nations. (2007). The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. United Nations, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>.
- United Nations.(2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>.
- United States Department of Justice, Civil Rights Division. (2013). Information and Technical Assistance on the Americans with Disabilities Act. Retrieved from www.ada.gov.
- Vivier, Christian & Loudcher, Jean-Francois. (2001). Study of the Role of the Document in Sports History. Proceedings of the 11th IASI World Congress: Sports Information in the third Millenium, Lausanne,2001 ,27-25 International Olympic Committee.
- Wanless, E., Judge, L.W., Dieringer, S., Holtzclaw, K., & Hindawi, O. (April, 2014). Collegiate Golf Facilities: From Compliance to Quality. The Impact of the New 2013 Department of Justice Standards. College Sports Research Institute Scholarly Conference on College Sport. Columbia, SC. April 2014 ,25.
- Webster, J.B., Levy, C. E., Bryant, P.R., & Prusakowski, P.E. (2001). Sports and Recreation for Persons with Limb Deficiency. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 3)82), Supplement 1, S-38S45.
- Wei, G., & Luo, J. (2010). Sport Expert's Motor Imagery: Functional Imagery of Professional Motor Skills and Simple Motor Skills. Brain Res., 62-52 ,1341 ,23.

- Winnick, J. (Ed.). (2000). *Adapted Physical Education and Sport* (3rd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Winnick, J., & Short, F. (1999). *The Brockport Physical Fitness Test Manual*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- World Health Organisation. (2005). *Disability, including Prevention, Management and Rehabilitation*, World Health Organisation, <http://www.who.int/nmh/a5817/en/>.
- World Health Organization (WHO). (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*. Geneva, Switzerland: Author.
- Yilla, A. (2000). *Enhancing Wheelchair Performance*. In J.P Winnick (Ed.), *Adapted Physical Education and Sport* (2nd ed., pp. 432-419).
- Zhang, J., Kelly, L., Berkey, D., Joseph, D., & Chen, S. (2000). *The Prevalence-based Need for Adapted Physical Education Teachers in the United States*. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 309-297 ,17.

أ. د. عمر هنداوي

- أستاذ التربية البدنية المعدلة في الجامعة الهاشمية - الأردن.
- عميد كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة بالجامعة الهاشمية خلال الفترة (2008-2012).
- لديه براءة اختراع في مجال رياضات الإعاقة السمعية.
- خبير فني في مجال رياضات الأشخاص ذوي الإعاقة.
- حاصل على جائزة الأمير فيصل بن فهد الدولية لبحوث وتطوير الرياضة العربية - جائزة البحث المتميز، لعام 2008.
- منسق اللجنة الفنية بجائزة محمد بن راشد للإبداع الرياضي (2012-2016).
- متخصص أنظمة وسياسات رياضية أول في مجلس دبي الرياضي (2012-2016).
- لديه أكثر من (25) بحثاً علمياً منشوراً في مجال رياضات الأشخاص ذوي الإعاقة.
- رئيس اتحاد غرب آسيا لكرة السلة بالكراسي المتحركة خلال الفترة (2011-2013).
- نائب رئيس الاتحاد الآسيوي لكرة السلة بالكراسي المتحركة (2011-2013).
- منسق التخطيط والتشغيل لبطولة العالم لرفعات القوة لذوي الإعاقة (2014) اللجنة البارالمبية الدولية.
- المدقق المعتمد لترجمة قوانين الألعاب البارالمبية الدولية إلى اللغة العربية.