

## البصلي الاول : مفهوم الاعاقة :

يمكن ببساطة تعريفها علي، انها حالة عجز الافراد عن اداء مهامهم اليومية كاقرائهم من الاصحاء جراء فقدان جزئي او كلي للقدرات البدنية او الحسية او العقلية، وقد تكون الاعاقة بدنية (كالشلل والنشل والبتير وقصر القامة) او الاعاقة العقلية او الاعاقة السمعية او البصرية او وجود اكثر من اعاقاة (الاعاقاة المزودة او المتعددة).

وقد يرى البعض ان الامراض المزمنة كالربو والسكر والضغط المرتفع وامراض القلب،ولكن حقيقة ان هذه الامراض لاتحرم من يعانون منها من قدراتهم البدنية او العقلية او الحسية ولكن قد تقل كفاءتها وبذلك فهم لايعدون ذوي اعاقاة.

قد يولد البعض باعاقاة معينة وقد يصاب بها اثناء الولادة او جراثيها او بعد الولادة جراء الاصابة بالامراض والحوادث او الحروب وعلينا كمجتمع ان نقدم مايمكننا من خدمات لمعالجة مايمكن علاجه وانقاذ مايتبقى من قدرات بعد اكتساب الفرد الثبات في الاعاقاة وتأهيله لمساعدته في اكمال حياته.

ومن خلال توفير البرامج التعليمية والتدريبية والتأهيلية ومايستلزم من معدات واجهزة تعويضية فاننا نسهم في اعطاء الفرصة لذوي الاعاقاة بالتغلب على اعاقاتهم وآثارهم النفسية والبدنية وبالتالي دمج هؤلاء الافراد ذوي الاعاقاة في المجتمع.

## انواع الاعاقاة :

تقسم الاعاقاة الى ثلاثة انواع رئيسية هي الاعاقاة البدنية ، الاعاقاة الحسية (البصرية والسمعية،الاعاقاة العقلية) ويضاف اليها نوع اخر من الاعاقاة الا وهي اعاقاة التوحد او بما يسمى (الاعاقاة الغامضة).

## الاعاقة البدنية :

تعرف الاعاقة البدنية : هي كل فرد يفقد جزء او كل قدرته البدنية والحركية او فقدانه لجزء من اطرافه بسبب فطري او مكتسب يؤدي الى فقدانه الحركة في المنطقة المصابة او فقدان جزء من جسمه، وقد تسمى (الاعاقة الحركية) لفقدان الجزء المصاب الحركة او تسمى (الاعاقة الفيزيائية) لكون جسم الانسان مبني على نظام فيزيائي فالمفاصل عبارة عن محاور العظام عتلات.

## انواع الاعاقة البدنية :

اولاً: الشلل

## انواع الشلل:

### ١. الشلل الدماغي:

وهو عبارة عن شلل يحدث نتيجة لاصابة الدماغ بتلف او تشوه خلايا الدماغ المسؤولة عن الحركة مما يؤدي الى الشلل التام او عدم تناسق الحركة بين شقي الجسم ومن اشكال الشلل الدماغي التشنجي والذي تم اكتشافه لأول مرة من قبل الدكتور لتل ١٩٦١ ومن اعراضه :

- فقدان التوازن.
- ظهور حركات لا ارادية بسبب التشنجات العضلية نتيجة للاستشارة المبالغية للمثير الحركي والتي يدورها تؤدي الى تيبس حركي بمرور الوقت.
- زيادة في تصلب الجسم.
- قلة الحركة تفاقماً للتشنجات والحركات الغير هادفة.
- ضمور العضلات.

- تحدد المفاصل،

- وفي حال المصاب بالشلل التشخيصي نلاحظ انه يتحرك من خلال المشي على رؤوس الاصابع بسبب تشنج (سمانه الساق) عند الحركة.

ويقسم الشلل التشنجي الى:

أ. الشلل التشنجي الرباعي : ويشمل الاطراف العليا والسفلى ويكون اشد في الاطراف العليا في بعض الاحيان مسبباً (صعوبة التحكم بتحريك الرأس ، صعوبة التعبير عن حاجاته، عدم التوازن، عدم استقلاليته بالحركة، الحاجة المستمرة الى رعاية لتلبية حاجاته الاساسية اليومية.

ب. الشلل التشنجي السفلي : ويشمل الاطراف السفلى بشكل اكبر من الاطراف العليا مع ضعف في ضبط حركات العين وحسب شدة اصابة مراكز الحركة في الدماغ.

ت. الشلل التشنجي النصفي : ويسمى بالشلل (الشقي) وهو يصيب النصف الايمن او الايسر من الجسم نتيجة لاصابة الجزء الامامي الاوسط من الدماغ مسبباً عدم تناسق الحركة بين شقي الجسم وغالباً مايصاحبه صعوبة النطق واداء حركات التوائية مسبباً حركات دورانية خاطئة وتكون طريقة المشي كأنها اداء حركات راقصة.

ث. الشلل التشنجي الطرفي : وهو يصيب طرف واحد من الجسم بسبب اصابة بسيطة في الجزء الامامي من الدماغ ، ويتمكن ذو الاعاقة بهذا النوع من الشلل من ضبط الحركات الدقيقة ويتمكنون من المشي بوجود معينات حركية كالعكاز، وغالباً مايكون هذا النوع من الاعاقة خالياً من اعاقة اخرى مصاحبة.

٢. الشلل الدماغى الالتوائي : يصاب الفرد بهذا النوع من الاعاقة بسبب الاصابة بتلف العقد القاعدية في الدماغ الاوسط جراء ارتفاع المادة الصفراء (البيلير وبين) في الدم بسبب اصابة الاطفال بمرض اليرقان الولادى.

## ومن الاعراض المصاحبة للشلل الالتوائي :

- ظهور حركات لا ارادية بسبب اصدار الدماغ لاوامر حركية خاطئة.
- عدم التحكم بالعضلات المسؤولة عن الرأس والفم.
- صعوبة النطق.
- زيادة التوتر العضلي في حالة الحركة.
- تعود العضلات بعد الحركة تسترخي بمرونة وليونة ويرتخي الرأس للخلف وتلتوي الاطراف للداخل عند الراحة.
- ٣. الشلل الدماغى التخلىجى : وينتج هذا الشلل نتيجة اصابة المخيخ وقد يصاحبه اعاقه بصريه ومن اعراضه.
  - الترنح وعدم التوازن.
  - عدم تناسق الحركات.
  - صعوبة السيطرة على عضلات الرقبة.
  - الميل الى الزحف بشكل اكبر من المشي وبخاصة بغياب التأهيلية بوقت مبكر.
  - صعوبة النطق.
  - عدم تقدير المسافات او الارتفاعات.
  - صعوبة الجلوس او المشي.
- ٤. الشلل الدماغى التيبسى : وهو عبارة عن شلل يؤدي الى تصلب عضلات جميع اطراف الجسم بسبب التشنجات المستمرة جراء التوتر العضلي الحاد والذي بدوره يسبب تقلص مستمر يتطور ليكون تيبس ومن اعراضه:
  - محدودية الحركة الارادية لوجود مقاومة العضلات الشديدة للحركة.
  - غالباً ما يصاحبها اعاقه عقلية.
  - فقدان النطق.
  - ضعف البصر.

٥. الشلل الدماغى المختلط : وفيه يكون سبب الإصابة بهذا النوع من الشلل لوجود إصابة فى الدماغ الأوسط والمخيخ ويعانى المصابون بهذا النوع من أكثر من نوع من أنواع الشلل الدماغى وطبقاً لموقع الإصابة بالدماغ.

وفى مجال رياضة المعاقين يتم تصنيف الشلل الدماغى وفقاً للأطراف المصابة وكما يأتى:

١. الشلل الحركى : وهو إصابة الأطراف الأربعة بالشلل وغالباً ما يصاحبه صعوبة النطق والإعاقة العقلية ويكون فيه شلل الأطراف العليا واضحاً أكثر مما هو عليه فى الأطراف السفلى.

٢. الشلل النصفى الجانبى (الشقي) : وهو إصابة الجزء الأيمن من الجسم بالشلل جراء إصابة الجزء الأيسر من الدماغ، أو إصابة الجزء الأيسر من الجسم بالشلل جراء إصابة الجزء الأيمن من الدماغ ولذلك يسمى (بالشلل الشقي) لأنه يشق الجسم إلى شقين اليمنى أو اليسرى.

٣. الشلل التشنجى السفلى : وهو شلل يصيب الأطراف الأربعة ولكنه يكون شديداً للأطراف السفلى مما يستدعى استخدام (الكرسى المتحرك) وغالباً ما يستخدم (الكرسى الكهربائى).

٤. الشلل التشنجى النادر (الحالات النادرة) : وهو شلل إما يصيب ثلاثة أطراف فقط وهو نادر الحدوث لوجود طرف واحد علوى أو سفلى بحالة جيدة جداً، ومن الحالات النادرة أيضاً إصابة طرف واحد فقط بالشلل وسلامة الأطراف الثلاثة الأخرى وهو ما يعرف بالشلل الأحادى أو بالشلل التشنجى الطرفى.

### أسباب حدوث الشلل الدماغى :

من المهم أن تعرف أسباب حدوث الشلل الدماغى فقد يكون بعضها معروف أو غير معروف فالأسباب تقسم إلى فطرية أو مكتسبة ، ومنها أسباب حدوث الشلل الدماغى قبل الولادة:

١. كالوراثة والتي تعد من الحالات النادرة الحدوث.
  ٢. الالتهابات الرحمية او المهبلية التي تصيب المرأة الحامل.
  ٣. تعرضها للاشعاعات المضرة وخاصة في بداية اشهر الحمل الثلاثة الاولى.
  ٤. اصابة الام الحامل بالحصبة الالمانية.
  ٥. اصابة الام الحامل باليرقان.
  ٦. ارتفاع ضغط الام الحامل مما يسبب اصابتها بتسمم الحوامل.
  ٧. اصابة الام الحامل بالامراض كالسكري وتضخم الغدة الدرقية.
  ٨. تعرض الام الحامل للحوادث.
  ٩. اصابة الام الحامل بالازمات الصحية كالاختناق مما يسبب ضعف في وصول الاوكسجين للجنين مسبباً تلف خلايا الدماغ لديه وموتها.
- ومن الجدير بالذكر ان الاسباب انفة الذكر كلها تؤدي الى تلف بعض خلايا الدماغ مسببة الشلل الدماغى للطفل.

#### اسباب حدث الشلل الدماغى أثناء الولادة

١. عدم توافق دم الام الحامل مع دم الاب وبخاصة عندما يكن دم الام سالب والجنين موجب مما يسبب تكون اجسام مضادة في دم الام مؤدية الى تكسر كريات الدم الحمراء في دم الطفل المولود وترسب مادة الصفراء في حجيرات الدماغ وارتفاع مادة (البليروبين) في دم الطفل بسبب مايعرف (باليرقان الولادى) مسبباً قلة وصول الدم لدماغ الطفل وبالتالي تلف بعض خلايا الدماغ لديه والتي تؤدي الى اصابة الطفل بالاعاقة.
٢. عسر الولادة والذي بسبب نزيف داخلى للام وبالتالي فقدان الطفل للتغذية الدماغية اثناء الولادة مسبباً تلف خلايا الدماغ.
٣. الضغط على رأس الطفل عند استخدام الات سحب عند الولادة او تأخر عملية الولادة والتي تؤدي الى تلف خلايا دماغ الطفل.

٤. اتخاذ الطفل بما يسمى (وضعية الجلوس) عند ولادته مما يؤدي إلى تسوية رجليه قبل رأسه في بعض الأحيان وعند سحب الطفل من قبل الدكتور أو الممرضة قد يصاب الطفل برضوض أو كسور أو إصابات في الدماغ وتلف خلاياه.

٥. انفصال المشيمة عن الجنين قبل موعدها مسببة انقطاع الأوكسجين عن الطفل أثناء الولادة ضعف التغذية الدماغية.

٦. وجود انسداد بالمجرى التنفسي للطفل لسبب ما يؤدي إلى اختناق الطفل ويسبب عدم التدخل المبكر لمساعدة الطفل فقد يصاب بالشلل الدماغى لنقص الأوكسجين وتلف خلايا الدماغ.

٧. ولادة الطفل دون أن يتم شق الغشاء المحيط به والذي يعرف بما يسمى (ولادة الطفل المبرقع) والذي كلما تأخرنا عن فتح هذا الغشاء كلما زدنا من تلف خلايا دماغه بسبب انقطاع الأوكسجين عنه.

### اسباب الاصابة بالشلل الدماغى بعد الولادة :

يوجد العديد من الاسباب التي تؤدي الى الاصابة بالشلل الدماغى بعد الولادة اهمها:

١. الاصابة بالحوادث السقوط من اماكن مرتفعة على الرأس او حوادث السيارات او الضرب العنيف على الرأس والتي تؤدي الى تلف خلايا الدماغ.
٢. الاصابة باستسقاء الدماغ والاورام الفيروسات كالحمايا او اصابة الطفل بالجفاف نتيجة الاسهال الشديد السريع وفقدان السوائل والذي يسبب انتفاخ في انسجة الدماغ وبالتالي تلفها بسبب ضغط عظام الجمجمة عليها.
٣. الاصابة بانخفاض حاد في نسبة السكر بالدم بشكل حاد مؤدية الى اعاقه وصول الأوكسجين للدماغ وبالتالي تلف خلايا الدماغ.

٤. إصابة الطفل بامراض تنفسية تعيق حصول الدماغ على الاوكسجين بشكل ملائم  
مسبباً تلف بعض خلاياه.

٥. النشأة في بيئة غير صحية كوجوده في بيئة فيها تسمم عالي التي يستنشقه  
الطفل كأول اوكسيد الكربون ووجود الزئبق او الزرنيخ في الادوات التي  
يستخدمها او اواني الطعام الذي يتناوله وغيرها من المواد السامة كالرصاص  
وغیرها.

### شلل العمود الفقري (اصابات الجهاز العصبي والمركزي)

لتتم الحركة لدى الكائن الحي يستلزم استلام الدماغ لمثير معين عن طريق الحواس  
(الاعصاب الحسية) تتم ترجمته واعادته من الدماغ الى الجسم وايضاً عن طريق  
(الاعصاب الحسية) الى (الاعصاب الحركية) ومن ثم الى العضلات.

فالحبل الشوكي يعد الجزء الناقل للمعلومات من والى الدماغ وهو عبارة عن انبوب  
اسطوانى يمر عبر قناة رفيعة تمتد داخل القناة الشوكية الفقرية ويتكون من مادة بيضاء  
يغلفها غشاء يسمى النخاع الشوكي ويخرج من جانبيها زوجاً من الاعصاب الشوكية  
على مسافات منتظمة احدهما ينقل المعلومات العصبية من انحاء الجسم المختلفة عند  
تعرضها لمثير ما الى النخاع الشوكي فالدماغ وتسمى (الاعصاب الحسية).

والنوع الثانى ينقل المعلومات والوامر من الدماغ الى النخاع الشوكي فاجزاء  
الجسم لتتم الحركة وتسمى (الاعصاب الحركية).

وعند تعرض الحبل الشوكي لضرر ما فانه سيؤدي الى عطل في الجهاز  
الحركي الذي يقع تحت مستوى الاصابة وعندما تكن الاصابة على شكل التهاب او ورم  
في الانسجة والخلايا العصبية التي تنطى الحبل الشوكي فيمكن علاجها في حالات  
الكشف المبكر عنها.



ولكن لو تعرض الحبل الشوكي والخلايا العصبية المحيطة به الى التلف بسبب الاورام والالتهابات والحوادث والأمراض فإن النتيجة حتماً ستكون الإصابة بالشلل الدائم بسبب عدم قدرة الأعصاب الناقلة للإعزازات الحسية والحركية على نقل المعلومات والإشارات العصبية بين الدماغ وأجزاء الجسم، وقد يكون الضرر كبير جداً مما يؤدي الى فقدان القدرة على الحركة تحت مستوى الإصابة كذلك فقدان الإحساس بالأجزاء المصابة عدم السيطرة على بعض الوظائف الحيوية كالتبول وما الى ذلك.

### اسباب الإصابة بالشلل نتيجة إصابة الحبل الشوكي

ان اصابات الحبل الشوكي عديدة تتلخص بالآتي:

١. إصابة الحبل الشوكي الفايروسات والاورام.

٢. الإصابة بالحوادث كأصابات العمود الفقري جراء السقوط من مكان مرتفع او حوادث السيارات او الشجارات العنيفة او الاحتراق او سقوط ادوات ثقيلة على الظهر والعمود الفقري كذلك الحروب وتعرض العمود الفقري للكسور وقطع او جرح النخاع الشوكي.

٣. وجود تشنجات ولادية في العمود الفقري.

ويقسم شلل الحبل الشوكي الى :

١. الشلل الرباعي : هو شلل يصيب الاطراف العليا والسفلى جراء إصابة الحبل الشوكي وال فقرات العنقية.

٢. الشلل الثلاثي : وهو شلل يصيب ثلاثة اطراف (طرفين سفلي وطرف علوي واحد) جراء حدوث الإصابة في الفقرات الصدرية.

٣. الشلل السفلي : وهو شلل يصيب الاطراف السفلي فقط جراء الإصابة في الفقرات الظهرية .

٤. الشلل الاحادي : وقد يصيب احد الاطراف فقط وحسب الضرر الذي يصيب الاعصاب الشوكية المغذية للطرف تحت مستوى الاصابة.

### اصابات الشق الشوكي

وهو نوع من الشلل الذي قد يصيب الفرد بسبب تشوه ولادي بسبب عدم اكتمال نمو الفقرات او تشوهها مؤدية الى ما يعرف (بالشق الشوكي) ويحدث غالباً عندما تتعرض الام في الاسبوع الستة الاولى من حملها الى الاشعة السينية او اصابتها بتسمم الحوامل والذي بدوره تؤدي الى تسبب تشوه في العمود الفقري للجنين كعدم اكتمال فقرات القوس الفقري او عدم الالتئام او الاتصال بين الاعصاب الشوكية والحبل الشوكي والدماغ.

ومن الممكن ان تكون الاصابة بسيطة اذ كانت ناجمة عن تشوه او عدم اكتمال فقرتين في القوس الظهري دون حدوث ضرر في الجهاز العصبي وفي هذه الحالة قد يستمر الانسان طبيعياً بالحركة دون ان يعلم بوجود هذا التشوه الا بالفحص السريري والشعاعي.

وقد يكون التشوه الموجود في العمود الفقري كبيراً بحيث يسمح الشق الشوكي بخروج الغشائ المغلف للنخاع الشوكي خارج الشق مكوناً كيساً على شكل ورم او انتفاخ في موقع التشوه، ومن الجدير بالذكر ان هذا الكيس قد يحتوي على سائل شوكي والياف فقط وهذا معناه ان الاعصاب الشوكية لازالت في مكانها ولم تتضرر ويمكن ان يعالج اذ تم اكتشافه مبكراً باجراء جراحة لازالة الكيس واغلاق الفتحة ان امكن وبالتالي تقليل خطر الاصابة بالشلل او ايقاف الحالة من التدهور.

اما الحالة الشديدة فهي الشق الشديد والذي يسبب بخروج السائل الشوكي والاعصاب الشوكية خارج فتحة العمود الفقري (الشق الشوكي) وعلى شكل ورم او

كيس مسبباً شللاً للأجزاء الجسمية التي تقع تحت مستوى الإصابة، وفي هذه الحالة لا ينفذ التداخل الجراحي إلا بنسب ضئيلة لتوقف تدقيق الأعصاب الشوكية والسنن الشوكي بشكل أكبر وغالباً ما يصاحب هذا النوع من الشق الشوكي ومضاعفات كثير كاستشفاء الدماغ وعدم السيطرة والتحكم في الأجهزة الوظيفية كالجهاز البولي والهضمي مع تشوهات عظمية وعضلية كثيرة في الجهاز الحركي بشكل واضح.

### شلل الاطفال :

يصاب الطفل بشلل الاطفال نتيجة الإصابة بعدوى فايروسية في مختلف المراحل العمرية ولكنه ينتشر بشكل كبير جداً لدى الاطفال تحت سن الخامسة، وهو عبارة عن فايروس (Poliovirus) يهاجم النخاع الشوكي مؤدياً الى التهاب في الانسجة المغلفة للنخاع في بداياتها والمسؤولة عن الخلايا العصبية الحركية وفي حال عدم المعالجة بشكل سريع او ان كان الفايروس نشطاً فانه سرعان ما يهاجم الاعصاب الشوكية وفي اغلب الاحيان يؤدي الى موت الطفل.

وباعتبار شلل الاطفال فايروس فان العالم الالمانى (هاتيه) استطاع من اكتشاف مصل مضاد للوقاية من هذا الفايروس والمعروف حالياً بلقاح (شلل الاطفال) والذي كان حاسماً في الحد من انتشار هذا الوباء والقضاء عليه.

وليومنا هذا كان لقاح شلل الاطفال فعالاً والدليل اننا نرى بين فترة واخرى حملات وقائية تقوم بها وزارة الصحة لتلقيح الاطفال دون سن الخامسة من خلال المستشفيات والمستوصفات الصحية والفرق الطبية الجواله في الشوارع والمدارس والبيوت للقضاء على اية اصابة محتملة بشلل الاطفال من خلال التلقيح بجرعات معينة لتزيد مناعة الطفل تجاه الإصابة بفايروس (Poliovirus).

اعراض الاصابة بشلل الاطفال : ان الاصابة بشلل الاطفال تؤدي الى حدوث بعض الاعراض الاعتيادية كالتى تظهر على المصابين بالتهاب اللوزتين والجهاز الهضمي والتنفسي ومنها:

١. ارتفاع درجة الحرارة.
٢. صعوبة البلع والتنفس.
٣. الاسهال.
٤. الاستفراغ.
٥. الالام في الرقبة والظهر.
٦. فقدان الشهية.
٧. ثم تختفي الاعراض السابقة يظهر ارتخاء متفاوت في بعض المجاميع العضلية وبخاصة العضلات الهيكلية للاطراف المصابة او تيبسها.
٨. عدم القدرة على تحريك المفاصل او تثبيتها مسببة شللاً وضمور عضلي للطرف المصاب.

### ثانياً: اصابات تشوه الهيكل العظمي

قد يصاب الفرد بشلل بسبب تشوه الهيكل العظمي كولادة طفل لديه نقص احد اطرافه او جزء منه او التوائها لجهة معينة او تحدد احد المفاصل او عدم وجودها مما يسبب انعدام حركة الاطراف المصابة.

وقد يولد الطفل طبيعياً وليس لديه اي اعاقه ولكنه قصير القامة ما وبذلك يصنف من ذوي الاعاقه وتحت فئة قصار القامة لكونهم يعجزون عن الاداء الحركي بنفس القدرة لتي لدى اقرانهم بنفس العمر البايولوجي من الاصحاء رغم كونهم لايعانون اي نقص او خلل في الجهاز الحركي لديهم.

ويستلزم اعتبار مسار الفأمة من ذوي الاعاقة عندما يقل طول الذكور عن ٤٥ سم والاثاث عن ٤٠ سم وتوجد انواع اخرى للاعاقة البدنية بسبب ترقق وايونسا العظام والانحرافات القواميه والالتهابات المفصالية وكل مايسبب فقدان الجها الحركي لجزء او بعض من قدراته الحركية مسبباً عجز جزئي او كلي.

### ثالثاً: اصابات الجهاز العضلي:

قد يصاب الفرد بالشلل نتيجة لامراض وراثية فلكل فرد جينات سائدة واخرى متنحية وتوجد بعض الامراض التي تصيب الاناث دون الذكور وطبقاً لهذه القاعدة الوراثية كمرض (ضمور واضمحلال العضلات) اذ تفقد العضلات خاصيتها الليفية القابلة للحركة وتنتشر بسرعة فائقة في جسم المصاب وتكثر الاصابة بهذا النوع من الامراض بسبب الجينات المتنحية ولكنها تصيب الاناث عند وجود جينات سائدة ومن الوالدين معاً.

### ومن اعراضه:

١. ضمور عضلي مصحوب بتضخم وانتفاخ للعضلات.

٢. انحراف المفاصل عن موضعها.

٣. ضعف عضلات الفكين.

٤. تشوهاً واضحاً في الهيكل العظمي مسبباً شلل تام.

٥. تلف الاجهزة الحيوية كعضلات الجهاز التنفسي والهضمي والقلب مسبباً العجز الكامل وغالباً مايفارق الحياة وهو طفل صغير.

٦. وكل الاعراض اعلاه تشابه الاعراض للافراد المصابين بضمور وانحلال

عضلات النخاع الشوكي ولكن في هذه الحالة يصاب بها في عمر متأخر.

٧. قد يصاحبها اعاقه اخرى كالاعاقه البصريه او العقلية او السمعية او الصرع والكثير من الامراض والالتهابات التي تؤدي الى سرعة وفاة المصاب.

## رابعاً: البتر

وهو فقدان جزئي او كلي لطرف واحد او اكثر من الاطراف العلوية او السفلية مسبباً عجز جزئي او كلي في القدرة الحركية للطرف المبتور، وغالباً مايكون السبب في حدوث البتر الحوادث كالتعرض للسقوط على آلة حادة او سقوط ادوات ثقيلة جداً مسببة تهشم الطرف وبالتالي بتره حفاظاً على ماتبقى منه، او حوادث الدهس بالسيارات او الاصابة بالامراض والالتهابات التي تؤدي للبتر كأصابات مرضى السكري او الاورام السرطانية العظمية او انسداد الاوعية الدموية المغذية للطرف لسبب ما وبما يعرف بامراض الدورة الدموية مؤدية الى تسممه وبالتالي بتر الطرف المصاب.

ويقسم البتر وفقاً لعدد الاطراف المبتورة وكما يأتي:

١. البتر الاحادي : وهو بتر احد الاطراف وقد يكون طرف علوي او سفلي.
٢. البتر الثنائي : وهو بتر اثنين من الاطراف قد يكون (ثنائي سفلي) او بتر (ثنائي علوي) او بتر (ثنائي علوي وسفلي).
٣. البتر الثلاثي : ومنه يكون بتر لثلاثة اطراف في الجسم وقد يكون بتر (اثنان علوي وواحد سفلي) او بتر (اثنان سفلي وواحد علوي).
٤. البتر الرباعي : ويكون فيه الفرد مبتور الاطراف الاربعه (العلوية والسفلية) معاً وهو من اصعب انواع البتور واشدها.

## الاسباب المؤدية للبتر :

تعتبر اسباب حدوث الاعاقه البدنية جراء البتر واضحة جداً وهي :

١. الحوادث والحروب والاصابة بالالتهابات العظمية في الاطراف.

٢. قلة وصول الدم الى الاطراف بسبب الامراض (كالسكري والسرطان وتضيق الاوعية الدموية والشرايين).
٣. التشوهات الخلقية بالاطراف.

### الاعاقة العقلية :

وهي انخفاض ملحوظ في القدرة العقلية للفرد مقارنة باقرانه من الاصحاء والذي يقل فيه متوسط الذكاء عن ٧٠ درجة بانحراف درجتين معيارية مصحوباً بخلل واضح في السلوك التكيفي التوافقي بسبب فطري او غير فطري يؤدي الى نقص في التفكير والادراك والتواصل والعناية الشخصية والمجال الاكاديمي وما الى ذلك من المهارات الاستقلالية للفرد ويسمى (التخلف العقلي).

فكل فرد يقل مستوى ذكائه عن (٦٨-٧٠) على مقياس وكسلر وبينه للذكاء يتخلفاً عقلياً ولا تحدث الاعاقة العقلية في اعمار متقدمة بل يصاب به الفرد قبل بلوغ سن (١٦-١٨) سنة ولذلك يعد التخلف العقلي مشكلة نضج ونمو.

### اسباب الاعاقة العقلية :

للاعاقة العقلية العديد من الاسباب وغالباً ما يصعب تحديد السبب لحدوث الاعا العقلية ولكن يمكن تقسيمها الى :

#### اسباب قبل الولادة وهي:

١. الابخاء الجينية كالشذوذ الكروموسومي كحملة اعراض داون او بما يسمى خ (بالمغولية).
٢. تعرض الام الحامل للاشعة السينية او الاشعاعات المضرة وبخاصة في اش الحمل الثلاثة الاولى.

٣. إصابة الام الحامل بالامراض والفيروسات والحمى وفقر الدم وتعرض الام للمشاكل الصحية الاخرى.

٤. تعرض الام الحامل للحوادث التي تؤدي الى تلف خلايا الدماغ للجنين.

٥. تشوه دماغ الطفل (كالاستسقاء الدماغي او صغر الجمجمة.. الخ).

٦. تعاطي الحامل للادوية والمخدرات والمسكرات.

٧. عدم تطابق دم الام ودم الاب.

٨. صغر حجم الجمجمة او كبرها .

٩. الاورام الدماغية.

#### اسباب اثناء الولادة :

١. عسر الولادة مما يسبب الضغط على دماغ الطفل وبالتالي تلف خلاياه.

٢. سحب الوليد بالآلات سحب الجنين مما يسبب الضغط على دماغ الطفل وتلف خلاياه.

٣. نقص الاوكسجين للطفل اثناء الولادة بسبب عدم فتح الغشاء المحيط بالجنين في بعض الاحيان وعدم فتحه مباشرة وبقاء الطفل في السائل الافينوس واختناقه مسبباً تلف بعض خلاياه وموتها.

٤. خسارة الام الحامل لكميات كبيرة من السائل الافينوس اثناء الولادة مسبباً ضعف التغذية الواصلة لدماغ الطفل من الاوكسجين.

٥. استخدام ادوات ملوثة للولادة مسببة تسمماً للجنين وبالتالي تلف خلايا الدماغ كذلك وضعته في بيئة ملوثة.



## اسباب ما بعد الولادة :

١. سوء التغذية وفقر الدم.

٢. عدم الاهتمام بالغذاء المناسب للأطفال الذين لديهم قصور في القدرة على التمتع

الغذائي لأحد الأحماض الأمينية (الفينيلالانين).

٣. التسمم بمركبات الرصاص او ابخرته.

٤. الإصابة بالامراض والفايروسات (كالحمى الشوكية، السحايا، الحصبة الالمانية

التهابات الدماغ).

٥. تعرض الطفل للحوادث (كالسقوط على الرأس، تعرض الجمجمة لحادث السير

٦. نمو الطفل في بيئة اجتماعية متخلفة وعدم تعرضه لبرامج تطويرية وتأهيلية

لقدراته الذهنية.

٧. النقص الدماغي او توقف نمو بعض اجزاء دماغ الطفل.

٨. التعرض لخبرات الفشل بكثرة كذلك ضعف التواصل مع المجتمع (خلل في

التوافق المجتمع) وضعف الحافز التعليمي للطفل.

## اقسام التخلف العقلي :

١. التخلف العقلي البسيط : وهم الافراد الذين يتراوح نسبة الذكاء لديهم م

(٥٥-٦٩١٦٨) ويمتازون بالقدرة على تطوير بعض المهارات الاساسية

كاستخدام الحمام والاغتسال وتنظيف الاسنان وربط شريط الحذاء وما الى ذ

وتسمى هذه الفئة من المتخلفين عقلياً بالقائلون للتعلم منهم يتعلمون بع

الكلمات والمهارات الحسابية البسيطة ومع ذلك لديهم ضعف واضح بالتحص

الاكاديمي بسبب توقف عمرهم العقلي والذي يتراوح ما بين (٧-١٠) سنوات.

٢. التخلف العقلي المتوسط : وفيه يتراوح نسبة الذكاء المتخلف ما بين (٣٥-

ويطلق عليهم القابلون للتدريب وهم لديهم القدرة لحفظ اسمائهم وحفظ به

الارقام ولايزيد عمرهم العقلي عن (٤-٦) سنوات اذ لايمكنهم التواصل او الحركة دون التوجيه من قبل الاشخاص القائمين على العناية بهم فهم غالباً مايعانون من مشاكل في النطق والسمع والمشي وصعوبة فهم اللغة والايجازات في اغلب الاحيان.

٣. الاعاقة العقلية الشديدة : وفيها يتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (٢٠-٣٠) وهم غير قادرين على التعلم او التدريب ويحتاجون الى الرعاية الدائمة من قبل الاخرين وليس مهارات استقلالية ولا قدرات حركية ويتم تسميتهم (بالاعتماديون) ومع ذلك يستمرون في الحياة اذ توفرت لهم الرعاية اللازمة وقد يتم وضعهم في مراكز ايوائية لرعايتهم وبعمر عقلي من (١-٢) سنة.

٤. الاعاقة العقلية الشديدة المبالغة : وفيها تراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة (٢٠) درجة فما دون وبعمر عقلي متدني جداً (اقل من سنة واحدة).

وقد يكون بالاشهر وتعاني هذه الفئة من انخفاض حاد في مختلف القدرات البدنية واللفظية وغالباً مايصاحبها اعاقات اخرى كالشلل وضعف او انعدام القدرة البصرية والسمعية وهم بحاجة دائمة للرعاية ولايستفيدون في اية برامج تأهيلية لعجزهم التام.

**الاعاقة السمعية :**

وهي عبارة عن فقدان الفرد الجزئي او الكلي لقدرة السمع قد يصاحبه فقدان النطق وبخاصة عند الولادة بفقدان السمع او فقده بعمر مبكر وقبل تعلم مفردات اللغة ويسمى (الصمم) وتقسم الاعاقة السمعية الى :

١. الاعاقة السمعية الجزئية : وفيها يعاني الفرد من فقدان جزئي للسمع وبدوره يقسم الى قسمين الاول ممكن ان يتغلب عليه بوضع معينات سمعية وبخاصة اذا كان الصمم بأذن واحدة اما القسم الثاني فهو يبقى ضعيف السمع ولا تفيد المعينات السمعية في تحسين قدرته السمعية.

٢. الإعاقة السمعية الكلية : وفيها يعاني الفرد من فقدان كلي للقدرة السمعية وغالب ما يصاحبه فقدان النطق بضعف الأصم في فهم واكتساب اللغة.

اما أنواع الإعاقة السمعية فهي :

١. الإعاقة السمعية البسيطة : وهم الافراد الذين يعانون من ضعف القدرة السمعية ودرجة ٥٠ ديسيل والديسيل هو وحدة قياس الصوت وتعاني هذه الفئة من صعوبة سماع الاصوات الخافتة او ان كان المتحدث يبعد اكثر من (٣-٥) ويمكن اصلاح هذه الاعاقة من خلال استخدام معينات سمعية قدر الامكان.

٢. الإعاقة السمعية المتوسطة : وهم الافراد الذين يعانون من الضعف الشديد للقدرة السمعية ودرجة تصل الى ٧٠ ديسيل على وحدة قياس الصوت، ويعاني افراد هذه الفئة من صعوبة القدرة على سماع المحادثات الا بصوت عالي جداً وقد يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية لقلة الخزين اللغوي لديهم وقد يحتاجون الى معينات سمعية في بعض الاحيان وبشكل محدود جداً وقد لا تساعدهم نهائياً، ويحتاج الى برامج تأهيلية و صفوف تربوية خاصة لتطوير المهارات الكلامية واللغوية لديه.

٣. الإعاقة السمعية الشديدة : وهم الافراد الذين يعانون من فقدان تام للقدرة على السمع ودرجة تصل الى اكثر من ٩٠ ديسيل على وحدة قياس الصوت، ولا يستطيع سماع اي صوت حتى لو كان عالياً جداً. ويحتاج الانضمام الى مدارس خاصة بالصم، فهو لا يتمتع باية مهارات لغوية او كلامية ويستعاض عن بلغة الاشارة او قراءة الشفاه.

اسباب الاعاقة السمعية :

يوجد العديد من الاسباب للاعاقة السمعية والبعض منها لازال غير معروف ومن هذه الاسباب الاتي:

١. الوراثة : اذ يعتقد ان ٢٠% من اصابة الاطفال بالصمم من الذكور بسبب وراثي كانتقال الجين الحامل للصمم على الكروموسوم الجنسي، او ينتقل من الاب او الام الحاملين لهذا الجين ولكنهم غير مصابين به وهذا معناه احتمالية ولادة طفل اصم (٢٥%) كذلك عدم توافق دم الام ودم الاب.
٢. الامراض والالتهابات : الاصابة بالتهاب السحايا والحصبة الالمانية وولادة اطفال خدج والتهاب الاذن الوسطى او التسمم كلها تؤدي الى الاصابة بالصمم.
٣. تصلب الاذن وهو تشوه في احد عظام الاذن الوسطى (الركابي) مؤدياً الى تدهور القدرة السمعية ثم الاصلية بالصمم.
٤. الاصابة بمرض مينير وهو عبارة زيادة في المادة الشمعية في الاذن مسببة زيادة الضغط في سائل الاذن مؤدياً لضعف السمع وبالتالي فقده.
٥. الحوادث التي تؤدي الى ثقب او انفجار الاذن وتمزقها او حدوث كسور في العظام الثلاثة الخاصة بالسمع او التسمم او تناول الام الحامل للمضادات الحيوية التي تضر بالجنين (الخيتاميسين او الاسبرين).
٦. البيئة كالتعرض الدائم للضجيج والتلوث وقلّة الاوكسجين وكبر السن.

## الاعاقة البصرية :

وهي كل فرد يعاني من فقدان القدرة على الابصار ولايستطيع الاعتماد على البصر في اداء شؤونه اليومية مقارنة بأقرانه من الاصحاء، وقد يكون فقدان البصر جزئي او كلي وتقسّم الاعاقة البصرية الى :

١. الإعاقة البصرية الجزئية : وهو الفرد الذي يعاني من ضعف في قدرته على الابصار وتكون لديه حدة الابصار واقعة بين (٢٠/٢٠ - ٧٠/٢٠) على مقياس سنلن لحدة الابصار (Snellen).

للعين الأفضل وهو في العادة الفرد المكفوف تماماً دون معينات بصرية كالنضارات الطبية ويقسم الى قسمين :

أ. الاعاقة البصرية البسيطة وفيها يعاني الفرد من قصر او طول البصر او الحول او عيوب بصرية وتكون درجة الابصار لديه (٤٠/٢٠) للعين الافضل على مقياس (سنلن) (Senllen) لحدة الابصار وعند استخدامه لمعينات بصرية سيتم اصلاح الخطأ ويسمى ضعيف البصر.

ب. الاعاقة البصرية المتوسطة : وفيها يعاني الفرد من ضعف قدرته على الابصار لدرجة تتراوح ما بين (٤٠/٢٠ - ٧٠/٢٠) للعين الافضل على مقياس سنلن (Senllen) للابصار وعند استخدامه لمعينات بصرية ويسمى شبه كفيف.

٢. الاعاقة البصرية الكلية : وفيها يعاني الفرد من عجزه عن الابصار بشكل تام وبدرجة تقل عن ٢٠٠/٢٠ على مقياس سنلن (Senllen) لحدة الابصار وللعين الافضل ويسمى الكفيف.

### اسباب الاعاقة البصرية :

١. اصابة الام الحامل بالالتهابات والفايروسات الرحمية والمهبلية مما يسبب انتقالها للجنين اثناء الولادة العمى لديه.
٢. تعرض الام الحامل للاشعاعات الضارة او اصابتها بالامراض الوبائية والعدوى الفايروسية.
٣. الاصابة بالامراض كارتفاع ضغط العين او نزول الماء الاسود فيها او الحول.

٤. فقدان الفرد لقدرته البصرية جراء الحوادث والحروب كفقْدان كرة العين او احتراقها او تضرر العصب البصري او انقطاعه او جرح القرنية او انفصال الشبكية.

٥. التشوه الولادي كولادة طفل بدون عينين او انغلاق تام لفتحات العين او نقص معين في الجهاز البصري.

التوحد الاعاقة الغامضة : هو اضطراب عصبي يسبب الى اعاقة كبيرة في طريقة استيعاب المخ للمعلومات ومعالجتها مما يؤدي الى ضعف او انعدام التواصل مع الافراد والمجتمع وصعوبة اكتساب مهارات التعلم والسلوك الاجتماعي مصاحباً لاضطراب كلامي وصعوبة لفهم المشاعر والعواطف.

والتوحد هو ترجمة يونانية وتعني العزلة ويسمى بالعربية (الذووية)!

اسباب التوحد : لا يوجد سبب محدد معروف للاصابة بالتوحد ولكن الابحاث التي اجريت على المتوحدين تلخص الاسباب بما يأتي:

١. وجود خلل في احد اجزاء المخ.
٢. وجود خلل في كهربائية الدماغ.
٣. الاختلافات البيولوجية والعصبية للمخ.
٤. قد يكون السبب وجود (جين) يؤدي الى التوحد ولكن لحد الان لم يحدد.
٥. وجود عوامل بيئية ونفسية تؤدي الى التوحد وهذا سبب غير مرجح.
٦. المعاناة للطفل المتوحد من مشاكل صحية كوجود متلازمات اذ لم يتم الاهتمام بها يؤدي الى التوحد كمثل (Phenyketonmria).
٧. تناول الام الحامل للعقاقير الضارة كعقار (فاكسين M.M.R).

تشخيص التوحد :

يتم تشخيص التوحد من خلال بعض الاختبارات والملاحظة المباشرة واستشارة الوالدين والأسرة عن الطفل المتوحد من قبل الأطباء، إذ قد يصاب التوحد اضطراباً في التصرف والسمع والسلوك السيئ كذلك ممكن أن يكون المتوحد مصاباً بالتخلف العقلي أو ضعف في المهارات الحركية أو عدم استعماله للغة مفهومة وأصحه كذلك عدم نطقه أي كلمة فردية قبل العام والنصف. واستخدامه لجمل معينة بشكل تكراري.

وبهذا لا يكفي فحص الطفل وتوجيه الأسئلة لأسرته بل لابد من متابعة مراحل نموه الطبيعية ومؤخراً أجريت العديد من التجارب باستخدام التقنيات العلمية الحديثة وتوصلت أحدهما إلى أن المصاب بالتوحد عندما ينظر إلى وجه شخص آخر فإنه كأنما يعمل كالكاميرا ويبدأ بالتقاط عدد كبير جداً بوجه هذا الشخص قد تصل إلى أكثر من 1000 صورة بالثانية ولذا يشيح ببصره عنه لعدم قدرته على استيعاب هذه الصور ومن هنا تبدأ مشكلة عدم التواصل بسبب كثرة المعلومات وتراكمها بشكل سريع وبشكل أكبر من طاقة ذوي إعاقة التوحد.

### اعراض التوحد :

١. الضغط من غير سبب.
٢. ضعف التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الأفراد والآخرين والتركيز على الاستحواذ على شيء واحد دون غيره.
٣. الارتباط الغير الطبيعي ببعض الأشياء كلعبة مثلاً والاضطراب العصبي عند محاولة أخذها فيه.
٤. تكرار السلوك كالدوران حول نفسه أو هز الرأس لفترات طويلة ومستمرة.
٥. الصراخ الدائم أو الصمت بدون سبب.
٦. يلعب لوحده ولا يميل للعب مع الأطفال من أقرانه ويمتاز لعبه بالرتابة والنمطية.
٧. الخوف من دون سبب أو عدم الخوف من الأشياء المخيفة.
٨. فقدان التأزر البصري مثلاً عندما يتحدث مع والدته لا ينظر إليها.

٩. تجاهل الاصوات العالية وكأنه اصم وسماعه للاصوات الخافتة والهمس.
١٠. لديه مشاكل في البصر او السمع او النطق.
١١. ضعف احساسه بالمكان والزمان والطقس والمخاطر.
١٢. لديه فرط حركة بدون توجيه سبب او الهدوء والسكون التام.
١٣. مقاومة التغيير ولديه تمطيه في الحياة مثلاً اذ تم تحريك قطعة اثاث من مكانها فانه سيؤدي الى اهتياجه واضطرابه واستمراره بالصراخ لحين اعادتها الى مكانها.
١٤. يظهر سلوكاً عدوانياً تجاه نفسه او الاخرين وبدون سبب.
١٥. عدم فهمه للاتصال غير الشفهي والشفهي وعدم فهمه للايحاءات والتعابير ونغمات الصوت الشائعة بين الافراد.
١٦. لديه مشاكل صعوبة في تعلم المهارات الحركية.
١٧. يقاوم التغيير ويجب الروتين كأنه يلعب لعبة واحدة ومتكررة وقد تكون خيالية يضع لها قوانين خاصة مع اشخاص وهميين يراهم وهو فقط ويسمعهم ويجد صعوبة في تنمية الخيال.



## الفصل الثاني : التأهيل

التأهيل : هو عبارة عن أنشطة بناء وإجراءات تقدم للشخص المعاق لمساعدته في استعادة قدراته البدنية والعقلية والاجتماعية لأقصى درجة ممكنة لما كانت عليه قبل حدوث الإعاقة.

اذ تستخدم مختلف الوسائل المساعدة والادوات تتخطى ذوي الاعاقة ما اصا من عجز خبراء الاعاقة وعلى يد متخصصين في مجال التأهيل وبذلك يعد التأهيل "عملية تعليم وتدريب ذوي الاعاقة على بعض الأنشطة التي لم يكن يستخدمها مسر للتغلب على عجزه.

اما اعادة التأهيل فهي مساعدة ذوي الاعاقة لاستعادة ماكان لديهم من قدرات في حدوث الاعاقة فيها القدرات البدنية، النفسية، الاجتماعية، المهنية ولأقصى درجة ممكنة ليتم اعادة دمجهم بالمجتمع.

عند وضع البرامج التأهيلية لابد من التشخيص المسبق للاعاقة وتحديد درجة الاعاقة ومعرفة مدى جدية وفائدة البرنامج التأهيلي لتطوير قدرات ذوي الاعاق وضرورة شمولية هذه البرامج بالنظر لذوي الاعاقة على انه وحدة متكاملة وبالتالي ايجاد السبل الملائمة لاعادته الى المجتمع وتسهيل طريقه في تسيير حياته اليومية، ولا بد من تأهيل المجتمع ايضاً ليتعامل مع ذوي الاعاقة على انهم جزء فاعل فيه ولحق في التعلم والعمل والعيش بكرامة.

### مبادئ التأهيل :

1. مراعاة الفروق الفردية للمعاقين حسب نوع ودرجة الاعاقة ونوع الخدمات المقدمة له لغرض تأهيله.
2. التأهيل عملية متكاملة (طبية، نفسية، اجتماعية، مهنية، بدنية، مجتمعية).

٣. الاكتشاف المبكر للإعاقة اساسي لغرض تلافي حدوث المزيد من العجز  
والمعاناة للأفراد ذوي الإعاقة.

٤. عند وضع البرامج التأهيلية لابد ان تتناسب مع القدرات المتبقية لذوي الإعاقة  
وميولهم وشخصيتهم وبشكل يتوافق مع البيئة المحتملة لتواجدهم فيها فيما بعد  
مع ضرورة ايجاد قوانين وتشريعات تضمن الحقوق الانسانية له.

٥. مساعدة ذوي الإعاقة في استكمال عملية التأهيل بشكل ناجح من خلال المتابعة  
لهم حتى بعد ان تستكمل عملية التأهيل.

٦. لابد من ان يهدف التأهيل الى استعادة ذوي الإعاقة لمكانتهم في المجتمع من  
خلال تخطيطهم العجز وتعليمهم بعض المهارات المساعدة لضمان العيش بشكل  
طبيعي والتعايش مع الإعاقة من خلال تقبل الذات ،كذلك تأهيلية مهنياً ليستطيع  
ان يكسب عيشه والاعتماد على نفسه لتوفر الموارد المالية اللازمة له.

٧. ضرورة تأهيل المجتمع او البيئة التي يعيش فيها ذوي الإعاقة ليتم تقبله كجزء  
فاعل في المجتمع ولايقل عن اقرانه من الاصحاء.

## انواع التأهيل :

كما قلنا ان التأهيل عبارة عن خدمات تقدم للمعاق على شكل أنشطة بناءة  
الغرض منها الاستفادة القصوى لما تبقى لديه من قدرات وبالتالي يقسم التأهيل الى :

### ١. التأهيل الطبي :

وهي عملية تقديم الخدمات الطبية للمعاق كالجراحة والتمارين العلاجية  
والتأهيلية وتوفير المعينات كالأطراف الصناعية والعكازات والكراسي المتحركة  
الأجهزة السمعية والبصرية واعطائه الادوية اللازمة ولابد من تعلم المعاق كيفية  
استخدام قدراته المختلفة التي لم يضبطها الإعاقة بالعجز من خلال برامج تعويضية

معدة لهذا الغرض، كذلك مساعده في تقبل اعاقته من خلال الطب النفسي والبيش  
الارشادية ووضع خطة لاعادة دمج في المجتمع وبعد العلاج الطبيعي من ضروريا  
اكمال التأهيل الطبي وهو عبارة عن تمرينات رياضية .

٢. التأهيل النفسي : وهو جزء مكمل وقد يتزامن مع التأهيل الطبي للمعاق يتغير  
ذاته واعاقته واستعادة قدرته النفسية لمواجهة المجتمع دون اي انتقاص لقدراته  
ولتحسين نظرة المجتمع تجاهه، كذلك مساعده في تعديل بعض التصرفات  
السلوكية السلبية التي اكتسبها جراء اعاقته كالتوتر والقلق والخوف من نظر  
المجتمع اليه كحاجز وتحسين نظره للاعاقه والمجتمع بأيجابية من خلال اعاد  
ثقة بنفسه وامكانياته والتعامل مع الوضع الجديد له (الاعاقه) بشكل واقعي  
وموضوعي والتغلب على الشعور بالنقص وقلة الحيلة.

التأهيل الاجتماعي : يعد التأهيل الاجتماعي هو الخطوة الضرورية لدمج المعاق في  
المجتمع فكل معاق مهما كانت علاقة اعاقته ونوعها فلا بد ان يتخفى لديه قدرات  
ما، ويمكننا لو شخصنا مستوى الاعاقه لديه مبكراً واكتشفنا هذه القدرات فاننا سنساعد  
في تطويرها وتحجيم العجز لديه وبوجود خدمات التأهيل الاجتماعي يسهل اعادة دمج  
في المجتمع للاهتمام بما يمكن القيام به في الحياة اليومية.

ان بوجود التأهيل الاجتماعي بشكل مبكر وباجراءات مناسبة للمعاقين سوف  
يؤدي الى ابتعاده عن الممارسات الغير مقبولة في سلوكياته، كذلك فإن التأهيل  
الاجتماعي يجب ان يشمل افراد المجتمع الذي يعيش فيه المعاق.

وباختصار فان مفهوم التأهيل الاجتماعي يعني توفير الرعاية الاجتماعية للمعاق  
ولمن يعيشون حوله لتقبل اعاقته ومساعدته في اجتياز الحواجز والعوائق التي تقف في  
طريقه كالقوانين والانظمة ومستوى وقوع الاعاقه والعمل والدراسة والحياة الشخصية  
مما يساعد في دمج في المجتمع من خلال التكيف الاجتماعي للاعاقه.

ومن العوامل التي تساعد على التأهيل الاجتماعي للمعاق عدم التفرقة في الخدمات المقدمة للأصحاء والمعاقين بل على العكس لابد من وجود خدمات إضافية لتسهيل عمل المعاقين ويحب وضع القوانين التي تضمن حصول المعاق على حصة من توفير منفي الخدمات العامة المقدمة بهذه الشريحة من قبل المجتمعات التي يعيشون فيها.

كذلك تسهيل حصول المعوقين على سكن ملائم للحياة بشكل طبيعي وفيها خدمات تساهم للتغلب على عجزهم جراء الاعاقة كالحمامات الخاصة والممرات والسلالم التي يمكن اجتيازها بالكرسي المتحرك مثلاً. وكما على اخصائي التأهيل الاجتماعي وضع برامج وانشطة تأهيلية وترويحية ملائمة لنوع الاعاقة في انجذاب المشاركة فيها وليس النفور والابتعاد منها.

ولابد من التأكد من توفير كافة المستلزمات لتقديم التأهيل الاجتماعي (كالميزانية اللازمة) والقوانين المساعدة، الوعي المجتمعي، الكوادر العاملة) وتوفير فرص العمل للمعاقين المؤهلين بالتعاون مع الهيئات والمؤسسات التي تدعم هذه المجالات ولابد من وجود اعلام موجه لتدعيم هذه الخدمات، ويمكن ان يتم التأهيل داخل المستشفيات والمراكز الايوائية او تقديم الرعاية في اماكن سكنهم او في تقديم خدمات نهائية دائمية او على شكل استشارات متى ما احتاج اليها المعاق، وكخطوة اخيرة لابد من الاستمرار بمتابعته.

التأهيل الاكاديمي: لكافة فئات الاعاقة كالبدنية والسمعية والبصرية والعقلية وبتوى التعلم من خلال توفير الفرص المتكافئة في التعليم والتدريب والتأهيل وفقاً للقدرات المتوفرة لديه كتعليم المكفوف طريقة (بربل للكتابة) ولغة الاشارة للصم لتسهيل مهمة متابعة تعليمهم الاكاديمي وهذا يتم ضمن صفوف خاصة للمعاقين وفي حال تعذر استمرار تعليمهم ضمن صفوف المدارس العادية سوف يتلقون الى مايسمى لصفوف التربية الخاصة وفيها يتم تجميع الطلبة من الاعاقات ; القدرات التعليمية المتشابهة

اغراض منحهم فرصة للتعلم ، وفقاً لدراسج خاصة ليتسهل عملية التعليم او يتم تزويهم الي  
معاهد ومدارس خاصة بالمعاقين .

للمعاق الحق في العيش كأسان له كيان مهما كانت نوع اعاقته ودرجتها ولسه  
الحق في التعلم والتدريب والتأهيل لمساعدته في الاستفادة من الخدمات الاكاديمية التي  
تقدم لأقرانه من الأصحاء وان يدمج في المجتمع فما الضير من ان يلتحق طفل معاق  
بدنياً في مدرسة اعتيادية للحصول على التعليم الاكاديمي ومادام قادراً على ترك شريطة  
توفير مكان مناسب لجلوسه في الصف وتأهيل زملاؤه والقائمين على العملية التعليمية  
في المدرسة لغرض تقبل وجوده بينهم وبالتالي دمجهم في المجتمع ضمناً ،دون الحاجة  
الى عزله في صفوف ومدارس خاصة .

ان التأهيل الاكاديمي يجب ان يقدم مبكراً للمعاق ويعتمد هذا على العائلة  
بالدرجة الاساسي من خلال المساعدة في توصيل هذا النوع من التأهيل لابنهم وبأساليب  
مختلفة كالتعليم في البيت او ضمن معاهد خاصة او المدارس الاعتيادية.

### التأهيل المهني :

وهي مساعدة المعاق بالحصول على عمل لكسب العيش بكرامة من خلال توفير  
خدمات مهنية تضمن تدريبه على مهنة تلائم نوع اعاقته وما تبقى لديه من قدرات وفقاً  
لميوله واستعداده يضمن حصوله على فرصة للعمل والاعتماد على نفسه في كسب  
رزقه.

ويعد التأهيل المهني استمراراً للتأهيل الطبي والنفسي والاجتماعي والاكاديمي  
الذي يجب ان يحصل عليه المعاق عنصراً فاعلاً في المجتمع وان يحيا بكرامة دون  
'حاجة الى استجداء العيش كعالة على اسرته والمجتمع.

لقد كان عقد الثمانينات حاسماً في التأهيل المهني للمعاقين في سن القوانين التي  
من حق المعاق في الحصول على مورد لكسب الرزق بشكل مرضي ضمن فرص

عمل قياسية يتمكن خلالها الاعتماد على نفسه للعيش باستقلالية بشكل تام او جزئي في المجتمع للمعاق الحق بأن يحضى بقدر ملائم من التدريب المهني وتوفير الادوات والوسائل والاجهزة المساعدة التي تسهل تعلمه لمهنة تلائم ماتبقى لديه من امكانيات وقدرات ووفقاً لميوله قدر الامكان وبأجور مجزية.

ولغرض تأهيل المعاق مهنياً علينا توفير برامج تدريبية خاصة من قبل مختصين في مجال التأهيل المهني لتطوير قدراته في عمل ما وبعمر مناسب اذا لايمكننا تأهيل طفل معاق بعمر ٧ سنوات مهنياً وعادة مايبدا التأهيل المهني بعد سن الخامسة عشرة فما فوق ويتم ذلك ضمن مراحل تتلخص بالآتي:

١. التقييم : وهي جمع البيانات والمعلومات اللازمة عن المعاق لغرض معرفة مآلديه من قدرات وامكانيات للعمل وفقاً لميوله المهنية وقدراته التعليمية والظروف الاجتماعية والاسرية المحيطة به وحالته الصحية والنفسية وامكانية تعلمه لمهنته ما في حالة عدم تعلمه لمهنة قبل اعاقته وتحديد سمات شخصيته وهل ممكن ان تساعده في التكيف مع العمل او المهنة التي سيعمل بها لكسب العيش.

٢. التهيئة المهنية والارشاد والتوجيه : لتهيئة المعاق للتأهيل المهني لابد من توفير مايساعده لتطوير المهارات التي تخدمه في امتهان عمل ما مستقبلاً وفقاً لميوله وقدراته بمهنة مرغوبة في سوق العمل لتأمين مورد رزق له ولعائلته بشكل يضمن سلامته وعدم حدوث مضاعفات او تدهور لاعاقته.

وبعد ان يتم تعليم المعاق لمهنة واتقانها لابد من ارشاده وتوجيهه للعمل في بيئة مناسبة للمعاق ومتطلبات المهنة،اذ لابد ان يكون الاختيار المهني للمعاق بما يمكنه تعلمه والتدريب عليه بشكل متقن ويمكنه من النجاح عن التشغيل فيه فيما بعد.

٣. الاعداد للعمل من خلال التدريب : وهو طريقة عملية لمعرفة المعاق بشكل صريح لامكانية تكيفه الشخصي مع المهنة المراد العمل بها بتعريضه لخبرات

مناسبة تؤهله مستقبلاً للحصول على عمل والاستمرار به للحصول على مسوودية للعيش ولابد ان تراعي برامج التدريب في التأهيل المهني مبدا الخصوصية والفروق الفردية في اساليب تنفيذها وتوصيل المعلومات الخاصة للتدريب على اهداف ممكنة التحقيق وبما يناسب نوع ودرجة الاعاقة من حيث المكان والادوات المستخدمة بالعمل وفي بيئة مشابهة للمهنة التي سيعمل بها المعاق قدر الامكان ضمن خطة فردية.

وقد يتم الاعداد للعمل من خلال نوعين رئيسية من التدريب هما:

- أ. **التدريب الاولي** : ويسمى التمهيدي وهو لتدريب الذي يساعد في تعليم المعاق مهنة ما وبشكل اولي وتدريبه لاكسابه للمهارات اللازمة لهذه المهنة بشكل مبسط لوضع اساس للتدريب الاساسي للمهنة.
- ب. **التدريب الفعلي (الرئيسي)** : وهي تدريب المعاق على المهنة التي تعلمها وتدريب عليها مسبقاً في التدريب الاولي بتطوير المهارات التي تعلمها وبإشراف مختصين وبشكل فردي مع الارشاد المستمر وتعريضه لظروف مشابهة للظروف التي ترافق العمل لتسهيل عملية تكيفه مع العمل والاستمرار مستقبلاً.
٣. **التشغيل** : بعد ان يتم استكمال مستلزمات التدريب الفعلي للمعاق لابد من توفير فرصة عمل يستطيع من خلالها كسب رزقه وفقاً للتأهيل المهني الذي حصل عليه المعاق معتمداً على فرص العمل المتاحة له. ان اخصائي التشغيل يقوم بالبحث عن مهنة او وظيفة لمساعدة المعاق في سوق العمل وفقاً للتأهيل المهني الذي حصل عليه المعاق وبأجور مناسبة وبقوانين تحمي حقوق المعاق اثناء عمله بأعطائه فرصة العمل بشكل متساوي مع اقرانه من الاصحاء.

٤. **التشغيل المحمي** : وهي عبارة عن اماكن خاصة يعمل المعاقين الذين تمتعهم اعاقتهم من الانخراط في سوق العمل الاعتيادي بما يؤثر لهم فرصة عمل ملائمة لقدراتهم او امكانياتهم والتي قد تكون متدنية جداً وغير مناسبة للعمل

مناسبة تؤهله مستقبلاً للحصول على عمل والاستمرار به للحصول على مورد للعيش ولا بد ان تراعي برامج التدريب في التأهيل المهني مبدأ الخصوصية والفروق الفردية في اساليب تنفيذها وتوصيل المعلومات الخاصة للتدريب على اهداف ممكنة التحقيق وبما يناسب نوع ودرجة الاعاقة من حيث المكان والادوات المستخدمة بالعمل وفي بيئة مشابهة للمهنة التي سيعمل بها المعاق قدر الامكان ضمن خطة فردية.

وقد يتم الاعداد للعمل من خلال نوعين رئيسية من التدريب هما:

أ. التدريب الاولي : ويسمى التمهيدي وهو لتدريب الذي يساعد في تعليم المعاق مهنة ما وبشكل اولي وتدريبه لاكسابه للمهارات اللازمة لهذه المهنة بشكل مبسط لوضع اساس للتدريب الاساسي للمهنة.

ب. التدريب الفعلي (الرئيسي) : وهي تدريب المعاق على المهنة التي تعلمها وتدريب عليها مسبقاً في التدريب الاولي بتطوير المهارات التي تعلمها وبإشراف مختصين وبشكل فردي مع الارشاد المستمر وتعريضه لظروف مشابهة للظروف التي ترافق العمل لتسهيل عملية تكيفه مع العمل والاستمرار مستقبلاً.

٣. التشغيل : بعد ان يتم استكمال مستلزمات التدريب الفعلي للمعاق لا بد من توفير فرصة عمل يستطيع من خلالها كسب رزقه وفقاً للتأهيل المهني الذي حصل عليه المعاق معتمداً على فرص العمل المتاحة له. ان اخصائي التشغيل يقوم بالبحث عن مهنة او وظيفة لمساعدة المعاق في سوق العمل وفقاً للتأهيل المهني الذي حصل عليه المعاق وبأجور مناسبة وبقوانين تحمي حقوق المعاق اثناء عمله بأعطائه فرصة العمل بشكل متساوي مع اقرانه من الاصحاء.

٤. التشغيل المحمي : وهي عبارة عن اماكن خاصة يعمل المعاقين الذين تمتعهم اعاقته من الانخراط في سوق العمل الاعتيادي بما يؤثر لهم فرصة عمل ملائمة لقدراتهم او امكانياتهم والتي قد تكون متدنية جداً وغير مناسبة للعمل



خارج المحميات ويمكن ان يكون العمل في الورش استكمالاً لتدريب بعض  
المعاقين لاكتسابهم الخبرة وانتقان العمل قبل انتقالهم للعمل الاعتيادي مع اقرانهم  
من الاصحاء.

٥. تحليل العمل والتكيف له : ويتم ذلك من خلال مساعدة المعاق في توفير ادوات  
مناسبة للعمل ونوع ودرجة الاعاقة كذلك توفير المكان المناسب لجلوس المعاق  
اثناء عمله بما يتيح له فرصة بحرية الحركة وسهولة التنقل ومساعدته في فهم  
قوانين العمل والاجراءات المتبعة في العمل وكيفية التزامه بها واحترامه لها  
لتسهيل عملية تكيفه مع المجتمع وقوانين العمل وبما يعود عليه بالرضا والكفاية  
الاقتصادية من خلال الاجور التي يحصل عليها وشعوره بأنه لازال حياً يمكن  
العمل والتعايش مع المجتمع وكسب الرزق للاستمرار لا بالحياة.

٦. المتابعة : لايصبح التأهيل المهني للمعاق مكتملاً دون ان تستمر في متابعة  
المعاق حتى انطلاقه في سوق العمل او الوظيفة التي تلائم قدراته وامكانياته. بل  
لابد من متابعة ذلك لمعرفة مدى ملائمة العمل للمعاق واتقانه لمهارات العمل  
والتكيف معه وبما يضمن استمرار ذي الاعاقة بالعمل ومساعدته في تغير مهنته  
او مكان عمله في حال حصول ضعف او عدم تكيفه مع ظروف العمل. اذ ان  
المتابعة في التأهيل المهني هي التي ستقرر نجاح العملية من عدمها، وبفضل  
الاستمرار المتابعة ولو بفترات متباعدة للتأكد من نجاح العملية التأهيلية بشكل  
عام.

## الفصل الثالث : الرياضة لذوي الاعاقة

درجت العادة على ابعاد الاطفال ذوي الاعاقة من الانشطة الرياضية باعتبارهم عاجزين عن التواصل مع اقرانه من الاصحاء في هذا المجال ، ويذكر ان هناك العديد من المحاولات لاستخدام التمرينات الرياضية والعلاج الطبيعي كالمساحات واللعب والانشطة الرياضية لذوي الاعاقة.

اذ وصف (هيبيوقراط) التمرينات الرياضية لاعادة التأهيل عام ٤٦٠ ق.م كذلك (كالين) في ٣٠ ق.م وذكر (أريتوراس) فائدة المشي لعلاج مرض الاستشفاء الدماغى مما يدل على الاهتمام العلمى المستمر بالبرامج والتمرينات الرياضية لتأهيل ذوي الاعاقة. وقد وجد في آثار بابل ومصر العديد من الصور التى تؤكد استخدام التمرينات الرياضية في تأهيل المعاقين كذلك مشاركة ذوي الاعاقة في أنشطة ترويحية والعب ومهارات حركية.

فالرياضة لذوي الاعاقة مهمة منذ بدء عملية التأهيل فهي جزء رئيسى من خلال استخدام التمرينات الرياضية في اعادة تأهيل الجهاز الحركى لذوي الاعاقة فوق مستوى الاصابة لتأهيل ماتبقى لديه من قدرات بدنية ومهارات حركية الغرض لمساعدته في التحرك بأقل جهد ممكن عند اكتسابه للاعاقه.

وتقسم البرامج الرياضية المعدة لذوي الاعاقه :

أ. الرياضة العلاجية : وهي عبارة عن تمرينات رياضية تؤدي الى اعادة الحركة للاجزاء التي لم يتم اعاقتها او تعليم ذوي الاعاقه كيفية استخدام امكاناته وقدراته المتبقية لاعادة لياقته البدنية العامة لتسهيل طريقة حياته اليومية وتطوير مهارات العناية الذاتية.

فلتمرينات العلاج الطبيعى هي الاهم في التأهيل الطبي لذوي الاعاقه بعد اكتسابه الشفاء التام وثبات الاعاقه، وهناك تمرينات علاجية لاصابات العمود الفقري والدماغ

والبنز والتشوهات الجسمية والإنحرافات القوامية وتسمى تمارين علاجية لكونها تعالج الأخطاء الحركية وعلى الأخص ذوي الإعاقة البدنية قدر الامكان ومن التمارين العلاجية المستخدمة لذوي الإعاقة البصرية والذين غالباً ما يعانون بسبب فقدهم البصر من ضعف القدرات التوافقية باليد وتشوهات قوامية وما الى ذلك من اكتسابهم الوزن الزائد لصعوبة حركتهم بسهولة كذلك فالتمارين الرياضية تساعد في مساعدة ذوي الإعاقة لادراك المكان والاتجاه وتعويض حاسة النظر من خلال تطوير استخدام حاستي السمع واللمس كذلك التمارين العلاجية والتأهيلية.

اما التمرينات العلاجية لذوي الإعاقة البدنية فهي تساعد في استخدام اجزاء الجسم الغير مصابة والقدرات العضلية والمهارات الحركية المتبقية لديهم في التحرك كتعويض عن الاجزاء المصابة من جسمه كذلك للاعتماد على الذات في المهارات الاستقلالية كالذين يستخدمون الكرسي المتحرك والمعينات الحركية كالعكازات والمشابة من خلال وضع برنامج تدريبي تأهيلي لمحافظة على صحتهم لمساعدتهم بتسهيل اليه استخدام الكرسي المتحرك للتنقل والعمل كذلك لاستعادة وتطوير بعض القدرات البدنية والمهارية التي يمتلكها ذوو الإعاقة.

الرياضة الترويحية : وهي العاب رياضية وانشطة حركية بناءة تهدف الى استثمار وقت الفراغ لذوي الإعاقة لمالها من مردود ايجابي في تطوير اجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الدوري والتنفسي والحركي كذلك فان الرياضة الترويحية تعد رياضة مفيدة لذوي الإعاقة بمنع تدهور صحة ولياقة ذوو الإعاقة بسبب قلة حركية جراء الاصابة وفي بعض الاحيان جراء الحرص الزائد من الاسرة عليه وخوفها ومحاولتها توفير احتياجاته ومنعه من الحركة خوفاً عليه من التعرض للاذى او عدم تعرضه للبرامج التأهيلية الحركية المناسبة.

ان ذوي الإعاقة البصرية لم يصاب جسمه بأي عجز ولكونه كفيفاً نلاحظ ضعف مشاركته في الالعاب الرياضية والانشطة الحركية واللعب مع اقرانه مما ينتج عنه

ضعف وانخفاض في قدراته البدنية والحركية والصحية ولا بد من وجود برامج رياضية ترويحوية خاصة بالمكفوفين لتسهيل دمجهم في المجتمع للمرح وقضاء وقت الفراغ والاستجمام والشعور باهتمام من حوله به لمساعدته في التغلب على الاعاقة.

ان ذوي الاعاقة العقلية وذوي الاعاقة السمعية (الصم) لا يعانون في نقص في الجهاز الحركي او البصري فالمعاق عقلياً غالباً ما يكون سليماً معاقاً والاصم لم يفقد سوى حاسة السمع فقط مما يسهل عملية مشاركته في الانشطة والالعاب الحركية.

وعلى المختصين عند وضع البرامج الخاصة بالانشطة الرياضية الترويحوية للمعاقين عقلياً ان يراعوا فيها بسهولة اوصول التعليمات الخاصة بطريقة اللعب وسهولة الاداء وان تكون اهدافها ممكنة التحقيق.

اذ لا بد من وضع القدرات العقلية والبدنية والمهارية لذوي الاعاقة العقلية عند التخطيط لوضع برامج ترويحوية وبشكل يضمن عدم تعرضهم للاذى والمحافظة على صحتهم من جانب ودمجهم في المجتمع من جانب اخر، فالتمارين الرياضية الترويحوية تساعد في نجاح مختلف مراحل التأهيل وعلى الاخص التأهيل الطبي والنفسي والمجتمعي.

كذلك الحال عند وضع برامج رياضية ترويحوية لذوي الاعاقة السمعية فهم لا يعانون من نقص او عجز الا من قدرتهم على السمع ويمكنهم تعويض هذه الحاسة باستخدام لغة الاشارة او قراءة الشفاه من خلال حاسة السمع واستخدام اليدين او استخدام اللغة الصورية لذا فهذا النوع من الاعاقة يسهل اشراكهم في الانشطة الترويحوية والالعاب الرياضية مع اقرانهم من الاصحاء. مع بعض التعديلات البسيطة كاستخدام الاشارة واللمس عند التواصل معهم او استخدام الاشارات الضوئية.

## التربية الرياضية التنافسية (الرياضة المعدلة) :

وهي عبارة عن أنشطة والعباب وتمارين رياضية يتم تعبيرها لغرض تمكين ذوي الاعاقة من المشاركة فيها وفقاً لنوع الاعاقة ودرجتها وبما يضمن تحقيق اهداف الأنشطة الرياضية لمعدلة كالوقاية من المضاعفات التي قد تحدث جراء الاعاقة والمحافظة على القدرات البدنية والمهارات الحركية والمشاركة التنافسية في المباريات والبطولات الرياضية الرسمية الخاصة بذوي الاعاقة مع الحفاظ على سلامته من الاذى. وتعتمد التربية الرياضية المعدلة على الاشخاص القائمين على التدريب كالمعلم والمدرّب الذي يجب ان يكون من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال تعليم وتدريب وتأهيل المعاقين وتنوع اساليب تعديلها.

## الالعاب الرياضية المعدلة المعتمدة في العاب البارالمبية

### ١. كرة القدم السباعي لذوي الشلل الدماغي :

تم اعتماد كرة القدم ٧ افراد منذ عام ١٩٨٤ في الالعاب البارالمبية لذوي الاعاقة، ويلعب هذه الرياضة للمصابين بالشلل الدماغي وبنفس قانون كرة القدم للاصحاء مع بعض التعديلات البسيطة:

١. فهناك ٧ لاعبين بدلاً من ١١ لاعب.
٢. قياسات الملعب اصغر فهو ملعب كرة اليد.
٣. وليس هناك قاعدة التسلل.
٤. يمكن رمي الكرة من جانب الملعب بذراع واحدة او دحرجتها.
٥. المباراة تتكون من شوطين كل شوط ٣٠ دقيقة.

ويصنيف اللاعبون ضمن الفئات C5 - C6 - C7 - C8.

ولا بد من وجود C5 - C6 وان لا يزيد تواجد اكثر من لاعبين من فئة C8 في ارض الملعب اثناء المباراة الواحدة.

٢. كرة السلة على الكراسي المتحركة : تم اعتمادها في العاب البارالمبياد لذوي الاعاقة عام ١٩٦٠ / روما وهي لعبة خاصة لذوي الاعاقة الذين يستخدمون الكرسي المتحرك.

ويستخدم فيها قانون وطريقة لعب وارتفاع السلة المطابق لكرة السلة للاصحاء وحتى وقت اللعب بنظام (٤ اشواط) كل شوط (١٠) دقائق وزمن الهجمة الكرة (٢٤) ث.

والاختلاف الوحيد يحق للاعب وضع الكرة في حضنه والتحرك بالكرسي بتدوير العجلات مرة واحدة ثم القيام بطب الكرة ثم وضعها في الحضن لدفع الكرسي بتدوير العجلات مرة واحدة وهكذا وفي خلال ذلك تعطى للاعب مخالفة مشي في الملعب.

فلا بد من استخدام الكرسي لمتحرك اللاعبين ذوي الاعاقة البدنية على الاقل بتر ساق واحدة.

ويتكون تصنيف ذوي الاعاقة البدنية من فئات تبدأ من الفئة الضعيفة وهي فئة (١) وتزداد بنسبة نصف درجة لتصل الى فئة (٥,٤) ، وعلى فريق كرة السلة على الكراسي المتحركة ان لا يتجاوز ١٤ نقطة ولخمسة لاعبين على ارض الملعب مثلاً يتكون الفريق من (٤,٥ + ٤ + ٣,٠ + ١,٥ + ١) = ١٤ نقطة.

٣. لعبة القوس والسهم : وتم اعتمادها في الالعاب البارالمبية عام ١٩٦٠ في روما وهي لعبة خاصة بذوي الاعاقة البدنية وفيها نفس الاجراءات المتخذة عند

مشاركة الأصحاء في المنافسات ولكن للذين يستخدمون الكرسي المتحرك حيث

يقوم اللاعب ذو الإعاقة برمي السهم من مسافة ١٠ متر على هدف معين.

٤. لعبة البوشيا : وتم اعتمادها في الألعاب البارالمبية عام ١٩٨٤ وهي تشمل

الرياضيون ذوي الإعاقة البدنية الشديدة ومن إصابات الشلل الدماغي أو من

شديدي الإعاقة من الإعاقات البدنية الأخرى كأصابات العمود الفقري.

وهي عبارة عن لعبة تتكون من كرة بيضاء تسمى الهدف (جاك) وست كرات

حمراء وست زرقاء يتنافس فيها فريقان أحدهما له الكرات الحمراء والآخر له الزرقاء

وتلعب على ملعب بعرض (٦م) وترفع الكرات الحمراء والزرقاء باتجاه الهدف (الجاك)

ويفوز من تكون كراته الأقرب للهدف ويضيف شديد الإعاقة في لعبة البوشيا إلى أربع

فئات ونسبة هي (Bc1) و (Bc2). وتخص ذوي الشلل الدماغي الشديد فيما تكون فئة

(Bc4) لشديدي الإعاقة من غير إصابات الدماغ وإن أراد ذو فئة Bc1 أو Bc2 استخدام

وسائل مساعدة تسمى (المزلاج) فهو يتحول إلى فئة Bc3.

٥. لعبة الفروسية : ودخلت هذه اللعبة لأول مرة في ألعاب البارالمبياد عام ١٩٩٦

في أطلنطا وشارك فيها ضعاف البصر كفئة واحدة كما يشترك اللاعبون ذوي

الإعاقة البدنية ويسمح باستخدام الأربطة المطاطية وربط قضبان العنان وغيرها

من المساعدات وفيها المسابقات فردية وفيها نتائج فرقية.

ويتم تصنيف اللاعبين وفقاً لقدرتهم البدنية ولخمس فئات أضعفها فئات (١ ، ٢)

وفئة (٣ ، ٤) أقل ضعفاً، أما فئة (٥) فهي لضعاف البصر.

٦. كرة قدم خماسي : وهي من الألعاب التي دخلت عام ٢٠٠٤ لأول مرة في

بارالمبياد أثينا وهي خاصة لذوي الإعاقة البصرية ويتكون كل فريق من ٥

لاعبين في المباراة وهي تلعب بنفس قانون خماسي الكرة مع بعض التعديلات

على الكرة إذ يوضع فيها جرس ليستدل عليها اللاعبون أثناء اللعب، وتلعب على

ملعب خماسي الكرة ولضمان النزاهة في اللعب يلبس كل اللاعبين ماسك ليمنع

النظر تماماً عدا حارس المرمى والذي يكون مبصر (بدون ماسك) ويعمل بمثابة مرشد للاعبين داخل الملعب، وتتكون المباراة من شوطين كل شوط (٢٥) دقيقة، ولا يحق لحارس المرمى مغادرة منطقة الجزاء.

اما التصنيف فأى من الفئات الاعاقة البصرية B11 ، B12 ، B13 يمكنه المشاركة في المباراة باستثناء حارس المرمى .

٧. كرة الهدف (كرة الجرس) : وهي لعبة خاصة بذوي الاعاقة البصرية وتم ادراجها في عام ١٩٧٦ في بارالمبياد تورنتو - كندا وتلعب بطريقة معينة من خلال وجود الهدف على عرض الملعب المخصص للتمس الارضي للاصحاء وبأرتفاع متر، اذ يقوم اللاعب برفع الكرة من خلال دحرجتها على الارض لادخالها بهدف الفريق الخصم ويكون الكرة تحتوي على جرس داخلها فسيعترض طريقها فريق الخصم لمنع دخولها الهدف.

ويتكون كل فريق من ٣ لاعبين من فئات الاعاقة المختلفة ولضمان النزاهة في الملعب يتم ليس الماسك (الاقنعة البصرية) من قبل اللاعبين، ولا بد من صمت الجمهور اثناء الاداء ليتسنى سماع الجرس من قبل الفريق الخصم.

اما التصنيف فهي فئات الاعاقة البصرية (B13 , B12 , B11).

٨. الجودو للمعوقين : وهي لعبة خاصة بذوي الاعاقة البصرية وتم ادراجها لأول مرة عام ١٩٨٨ في بارالمبياد سيئول. كما سمح للبنات المشاركة لأول مرة عام ٢٠٠٤ في بارالمبياد اثينا.

ويتمكن كافة فئات الاعاقة البصرية المشاركة في المنافسات وفقاً لفئة الاعاقة والوزن، وتتكون المباراة من خمس دقائق يفوز فيها من يسجل نقاطاً أكثر، وتحاط دائرة حمراء الى اكمام اللاعب من فئة B11 ليسهل على الحكام لتطبيق قواعد المنافسة وعلامة زرقاء على الظهر.



٩. الدراجات الهوائية : وهي لعبة خاصة لذوي الاعاقة البصرية والشمسية  
الدماغي وذوي البتور والتشوهات وتم ادراجها في عام ١٩٨٨ في سينول لأول  
مرة، ويتكون المسابقات من المنافسات الفردية والسباق ضد الساعة ١٠٠٠  
وسباقات كالمارثون واخيراً سباقات الماراثون ضد الساعة وهي سباقات فردية  
وفيها تحسب النتائج الفرقية.

ويتم التصنيف وفق الاعاقة بدرجتها فالمكفوفين ضمن فئة B او الاعاقة البدنية  
الذي يستخدمون درجات ثلاثية العجلات T1, T2 اما فئة H1, H4 والذين يستخدمون  
درجات تستخدم فيها الايدي وليس الرجلين (hand cyce).

١٠. لعبة التجذيف : وهي لعبة لذوي الاعاقة البدنية وذوي الاعاقة البصرية من  
ضعاف البصر تم ادراجها لأول مرة عام ٢٠٠٨ في بكين، وهو سباق للقارب  
الرباعي لمسافة ١٠٠٠ م وحسب الاعاقة وتصنيف الرياضيون لفئات الاعاقة  
البدنية AS للقارب الرباعي.

وتصنيف الرياضيون لفئات الاعاقة البدنية TA للقارب الثنائي رجل + امرأة.

كما يصنف الرياضيون لفئات الاعاقة البصرية LTA.

١١. لعبة الابحار : وهي لعبة خاصة بالاعاقة البدنية ويتم ادراجها لأول مرة في  
عام ٢٠٠٠ في سدني، وتلعب منافسة فردية وزوجية وفرقية ٣ لاعبين  
والمنافسة مختلطة رجال ونساء.

ويصنف الرياضيون في الابحار حسب درجة اعاقتهم من (١) الى (٧) نقاط  
وفي الفريق الواحد يجب ان لا يزيد نقاط اللاعبين الثلاثة (١٤) نقطة.

١٢. كرة الطاولة : وهي لعبة خاصة بجميع انواع الاعاقة ماعدا الاعاقة البصرية  
وتم ادراجها لأول مرة عام ١٩٦٠ في روما، وفيها منافسات الفردي والزوجي  
وفيها ايضاً تجمع نتائج فرقية لكل لاعبي الفردي والزوجي، وتتكون المباراة من

خمس اشواط كل شوط (١١) نقطة والذي يفوز بـ (٣) من اصل (٥) اشواط هو الفائز.

اما التصنيف للرياضيين فلأعاقبة البدنية يصنف الرياضيين من الجلوس على الكراسي المتحركة للفئات من (١-٥). اما من وضع الوقوف للأعاقبة البدنية للفئات من ١٠-٦.

١٣. المبارزة على الكراسي المتحركة : وهي لعبة تخص الاعاقبة البدنية وتم ادراجها لأول مرة في بارالمبياد روما ١٩٦٠ وفيها منافسات هي (سلاح الشيشي والساير (السيف العربي) ويتم التصنيف وفقاً للسلاح الذي يتنافس فيه اذ يتم ربط اللاعب للكرسي.

١٤. الركي على الكراسي المتحركة : وهي لعبة تخص ذوي الاعاقبة البدنية البدنية ذوي الشلل وتم ادراجها عام ٢٠٠٠ في سدني ضمن العاب البارالمبياد، ويتكون الفريق من ٤ لاعبين ولاربع اشواط (كل شوط ٨ دقائق).

ويتم تصنيف اللاعبين وفقاً لدرجة اعاقبتهم وما تبقى لديهم من قدرات حركية فالأدنى يحصل على ٧٥ نقطة ثم بزيادة ٠,٥ نقطة ولسبع فئات تصل الى ٣,٥ نقطة لأفضل قدرة وهذا يعني (١٠,٥ - ١,٥ - ٢ / ٢,٥ / ٣ / ٣,٥) ويجب ان لايزيد الفريق الواحد على (٨) نقاط لاربعة لاعبين على ارض الملعب اثناء المباراة.

١٥. التنس على الكراسي المتحركة : وهي لعبة تخص ذوي الاعاقبة البدنية وتم ادراجها عام ١٩٩٤ في بارالمبياد برشلونة، وتستخدم فيها نفس قوانين التنس الارضي للاصحاء باستثناء السماح للكرة بالارتداد مرتين.

وتلعب بمنافسات فردي وزوجي وبثلاث مجاميع كل مجموعة (٦) اشواط والفائز من يحصل بفوز مجموعتين من ثلاث مجاميع . اما بالنسبة لتصنيف الرياضيين

هناك فئتان أساسية الأولى لذوي الإعاقة البدنية الذين يعانون من شلل أو بتر الأطراف السفلى وبحالة اندرع جيدة عند مسك المضرب وحركة الذراع.

الثانية لذوي الإعاقة البدنية الذين يعانون من شلل الأطراف السفلى مع القدرة على مسك المضرب أو ذوي البتر الثلاثي أو الرباعي إذ يتم ربط المضرب بذراع اللاعب بمشد خاص ليتمكن من ضرب الكرة.

١٦. رفع الأثقال : هي لعبة تخص ذوي الإعاقة البدنية من ذوي الشلل النصفي والشلل الدماغي والبتر وقد تم ادراج رفع الأثقال عام ١٩٦٤ في بارالمبياد طوكيو وكانت حصراً على الرجال وشاركت المرأة من ذوي الإعاقة البدنية لأول مرة عام ٢٠٠٠ في بارالمبياد سديني.

وتكون طريقة اللعب يقوم المتسابق على مصطبة الدفع (بنج بريس) وفي اغلب الأحيان يتم ربط الرجلين الى المصطبة لضمان عدم مساهمة الورك والرجلين مع الذراعين عندما يقوم اللاعب بمسك القضيب الحديدي (البار) وجذبه للصدر واستقراره عليه ثم دفعه للأعلى دون ميلان البار الحديدي وتعتبر المحاولة فاشلة إذ لم يستطع اللاعب من دفع البار الحديدي للأعلى أو حدوث ميلان للبار الحديدي اثناء الدفع أو رفع جهة دون جهة اخرى.

اما التصنيف فيحق لكل ذوي الإعاقة البدنية من المشاركة وفقاً لوزنهم وفيها (١٠) اوزان للنساء و (١٠) اوزان للرجال .

١٧. الرماية : وهي خاصة بذوي الإعاقة البدنية الشلل والبتر وتم ادراجها لأول مرة ١٩٧٦ في اولمبياد تونتو بكندا . ويستخدم فيها قوانين اللعب الخاصة بالاصحاء ويتم اللعب من خلال الرمي على هدف يتألف من مربع ورقي فيه دائرة في الوسط على شكل حلقات متحدة المركز عددها عشرة وتندرج نقاطها

من الخارج الى الداخل لتبدأ بنقطة واحدة لتصل الى (١٠) نقاط في مركز الدائرة. اما التصنيف للاعبين فهو وفقاً لدرجة الاعاقة وعلى ثلاثة فئات هي :

SH1-A وهم المعاقون بدنيا على الكراسي المتحركة والبتر والذين يتمتعون بجذع

سليم

SH1-B وهم المعاقون بدنيا على الكراسي المتحركة والبتر والذين يحتاجون الى مسند خلفي بأرتفاع ٢٠ سم فما دون.

SH1-C وهم المعاقون بدنيا على الكراسي المتحركة والذين يحتاجون الى مساند خلفية بأرتفاع ٧٠ سم.

١٨. الكرة الطائرة من الجلوس : وهي خاصة بذوي الاعاقة البدنية وتم ادراجها لأول مرة في عام ١٩٨٠ في بارالمبياد موسكو (الشلل ، البتر ) القادزين على لعب الكرة الطائرة وتلعب بنفس قوانين اللعب للكرة الطائرة للاصحاء عدا عن تقليل ارتفاع الشبكة الى (١١٥) سم ولايحق للاعب رفع الورك عن الارض عند استلامه او ضربه الكرة والملعب (١٠م × ٦م) ويقسم الشبكة الملعب الى تصنيفين (٦×٥) والفائز من يفوز بـ (٣) اشواط من (٥) اشواط وفيها يصنف اللاعبون حسب اعاقته الى تصنيفان اساسيان هما :

١. D وفيها يكون الاعاقة شديدة كالشلل او البتر الثنائي فأكثر.

٢. 4D وفيها تكون الاعاقة بسيطة كتعرض الكاحل او الركبة الى الضرر او البتر.

وعندما يلعب الفريق مباراة لابد من وجود على الاقل لاعب واحد من فئة (4D)

طوال وقت المباراة.

١٩. السباحة : وهي خاصة بذوي الاعاقة البدنية والبصرية وفيها تلعب كل انواع

السباحة (الحرية، الصدر، الظهر، الفراشة) وتم ادراجها لأول مرة عام ١٩٦٠ في

بارالمبياد روما ويتم المشاركة لذوي الاعاقة في المنافسات بنفس قوانين

مسابقات الأصدقاء ، إذا انزال المتسابق في حوض السباحة لذوي الشلل التصنيف  
التمام أو البتر السفلي المزدوج والبدء من داخل الحوض ، كما يستخدم عصا طويلة  
وقبل وصول المتسابق المكفوف الى نهاية الحوض بـ ٣ أمتار يتم مس بالعصا  
لأعلامه بقربه من مسافة حوض السباحة .

ويصنف اللاعبون وفقاً لإعاقتهم وللقدره الوظيفية المتبقية لدى المتسابق وهي

كالآتي :

من ١ - ١٠ : لذوي الاعاقة البدنية (بتور ، شلل ، قصار القامة) .

من ١١ - ١٣ : لذوي الاعاقة البصرية .

فئة ١٤ : لذوي الاعاقة العقلية .

٢٠ . تنس الطاولة لذوي الاعاقة : وهي خاصة لذوي الاعاقة البدنية والعقلية فقط

وتم ادراجها لأول مرة عام ١٩٦٠ في بارالمبياد روما وهي بنفس قوانين بغوز

بـ (٣) اشواط من اصل (٥) اشواط يعتبر الفائز ويستوجب الفوز بالشروط

الواحد الحصول على (١١) نقطة قبل الخصم .

اما تصنيف اللاعبين فيتم تصنيفهم وفقاً لدرجة الاعاقة ونوعها وكالآتي :

١ . الفئات ( 1 , 2 , 3 , 4 , 5 ) هي لذوي الاعاقة البدنية على الكراسي المتحركة .

٢ . الفئات ( 6 , 7 , 8 , 9 , 10 ) هي لذوي الاعاقة البدنية والفريق يمكنهم اللعب من

الوقوف .

٣ . فئة ٢٠ هي خاصة لذوي الاعاقة العقلية .

٢١ . ألعاب القوى لذوي الاعاقة : هي من الألعاب التي تشترك فيها انواع الاعاقة

دون استثناء وبنفس القوانين الرسمية لالعاب القوى للأصحاء . وتم ادراجها لأول

مرة في عام ١٩٦٠ في بارالمبياد روما وتتكون فعالياتها من :

فعاليات المضمار (الركض) (١٠٠م ، ٢٠٠م ، ٤٠٠م ، ١٠٠م × ٤ ، ٤٠٠م × ٤ ، ٨٠٠م ، ١٥٠٠م ، ٥٠٠٠م ، ١٠٠٠٠م، والماراثون).

اما فعاليات الميدان (الوثب والقفز والرمي) (القفز العالي، الوثب الطويل، الوثب الثلاثي، قذف الثقل، رمي الرمح، رمي القرص)، ورمي الصولجان لشديدي الاعاقة.

اما التصنيف الرياضي العاب القوى بوضع قبل تصنيف اللاعب T لالعاب المضمار و F لالعاب الميدان الفئات 11 ، 12 ، 13 لذوي الاعاقة البصرية.

الفئات ٢٠ لذوي الاعاقة البصرية.

الفئات ٣١ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٥ ، ٣٦ ، ٣٨ لذوي الاعاقة البدنية اصابات الشلل الدماغي.

الفئات ٤٢ ، ٤٣ ، ٤٤ ، ٤٥ ، ٤٦ لذوي الاعاقة البدنية اصابات البتور.

الفئات ٥١ ، ٥٢ ، ٥٣ ، ٥٤ شلل.

الفئات ٥٥ ، ٥٦ ، ٥٧ ، ٥٨ لاصابات الشلل العمود الفقري وشلل الاطفال وقد يكون هناك دمج بين الفئات ممثلاً يتمكن فئة البتر ٤٢ ، ٤٣ ، ٤٤ يمكن ان يلعب مع فئة ٥٨ اذ استخدم الكرسي في فعاليات الرمي.

٢٢. البياتلون : وهي لذوي الاعاقة البدنية والاعاقة البصرية من ضعاف البصر

وتم ادراجها لأول مرة في ١٩٧٦ في بارالمبياد تورنتو بكندا وتتألف من التزلج

على طريق طوله ٧,٥٠ كم مقسمة الى ٣ مراحل كل مرحلة ٢,٥ كم وعلى

المتسابق اصابة هدف على بعد ١٠ م بالبندقية ثم مواصلة السباق والتوقف

لاصابة الهدف بين المرحلة الثانية والثالثة ثم الاستمرار وتستخدم الكرسي

المتحرك على زلاجة لذوي الاعاقة البدنية ويكون الهدف بحجم (٢٠ mm) لكل

فتحة من الفتحات الخمسة وتستخدم الاشارات الضوئية لذوي الاعاقة البصرية

ويكون الهدف بحجم (٢٠ mm) يجهز ذو الاعاقة البصرية بنظارات ضوئية والبندقية تصدر نغمات تحدد الهدف لمساعدة المتسابق وتكون طريقة اللعب ان الهدف يعمل بانخفاض المعادن اذ توجد في الهدف (٥) فتحات سوداء اللون عندما تصاب تهبط لتحل محلها لوحة بيضاء وهذا يعني تمت اصابة الهدف.

٢٣. لعبة الكرنك على الكراسي المتحركة : وهي لعبة خاصة بذوي الاعاقة البدنية للنصف السفلي من الجسم على الكرسي المتحرك فيما بينهم اصابات الدماغ والعمود الفقري والبتن المزوج السفلي وذوي التصلب العضلي المتعدد وهم من مستخدمي الكراسي المتحركة في الحياة اليومية وتم ادراجها في الالعاب البارالمبية الشتوية عام ٢٠٠٦ في البارالمبياد تورينو ويتألف كل فريق من لاعبين اثنين.

٢٤. التزلج : وهي خاصة لذوي الاعاقة البدنية والمكفوفين وتم ادراجها لأول مرة عام ١٩٧٦ في البارالمبياد الشتوي في اورنسكو لوفيسك في السويد وفيه ثلاث منافسات رئيسية هي (سباق الانحدار، سباق التعرج ، سباق التعرج العملاق ، وسباق التعرج العملاق السوبر ، سباق السوبر المختلط).

ويستخدم ذوي الاعاقة البدنية الزحافات للتزلج .

فيما يستخدم ذوي الاعاقة البصرية فانهم يلبسون المزاج الخاصة بالتزلج على المنحدرات للاصحاء ولمساعدتهم بالتزلج ويتم ارشادهم عن طريق اشارات صوتية تساعد في البقاء في المسار الصحيح.

اما تصنيف اللاعبين فيكون وفقاً لنوع الاعاقة وكالاتي:

١ . B1 للمكفوفين تماماً.

٢ . B2 للاعاقبة البصرية المتوسطة.

٣ . B3 للاعاقبة البصرية البسيطة.

٤ . اما الاعاقبة الجسدية فتقسم الى قسمين :

أ. التزلج من وضع الوقوف لذوي البتر وعجز ساق واحدة أو ذراع واحدة. وفئاتها (LW1 , LW2 , LW3 , LW4 , LW5 , LW6 , LW7 , LW8 , LW9).

ب. التزلج من وضع الجلوس وهو لذوي الشلل بسبب إصابات الدماغ والعمود الفقري أو البتر المزدوج وفئاتها (LW10 , LW11 , LW12).

٢٥. هوكي الجليد : وهي لعبة خاصة لذوي الإعاقة البدنية للجزء السفلي من الجسم وتم إدراجها لأول مرة في عام ١٩٩٤ بارالمبياد ليليهامر الشتوية.

وتطبيقها يكون اللعب فيها من خلال وضع قرص مطاطي صلب عبر الجليد إلى مرمى صغير يقف فيه حارس مرمى وهي تلعب من (٣) أشواط زمن الشوط الواحد (١٥) دقيقة والفائز من يفوز بشوطين من ثلاثة.

وهناك العديد من الألعاب الرياضية الخاصة برياضة المعاقين التي تنتظر اعتمادها في اللجنة البارالمبية الدولية لإدراجها ضمن مسابقتها في الدورات البارالمبية القادمة.