



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة زيان عاشور- الجلفة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية



\*المجلس العلمي\*

الجلسة في: 2023/10/06

رقم: 2023 /12

## اشهاد

بناء على محضر اجتماع المجلس العلمي للمعهد تحت رقم 03 المنعقد بتاريخ: الواحد والعشرون من شهر جوان عام ألفين و ثلاثة و عشرون، المتضمن تعيين لجنة الخبرة لدراسة المطبوعة البيداغوجية الموسومة ب:

" التصنيف الرياضي للمعاقين "

الموجهة لطلبة السنة: أولى ماستر

للدكتور: ربوح محمد

الرتبة: أستاذ محاضر " أ "

و بعد ورود التقارير الايجابية للأساتذة الخبراء الآتية أسماؤهم:

الخبير	الرتبة	الجامعة
مروان أحمد	أستاذ العليم العالي	جامعة زيان عاشور- الجلفة
ضيف عادل	أستاذ محاضر - أ-	جامعة زيان عاشور- الجلفة
حنة الهاشي	أستاذ محاضر - أ-	جامعة عمار ثليجي - الأغواط

يشهد أعضاء المجلس العلمي بأن المطبوعة مقبولة من الناحية الشكلية والعلمية، و متوافقة مع محتوى

البرنامج التكويني لميدان علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية



سلم هذا الاشهاد لاستعماله في حدود ما يسمح به القانون



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة زيان عاشور الجلفة

معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية والرياضية

مطبوعة: التصنيف الرياضي للمعاقين



العنوان : محاضرة  
ميدان: علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية  
الوحدة : أساسية  
المستوى : ماستر  
السداسي : الأول والثاني  
الحج الساعي الأسبوعي : 1 سا و 30د  
محاضرة

اسم ولقب الأستاذ: ربوح محمد

الرتبة : أستاذ محاضر – أ –

السنة الجامعية:

2024/2023



فهرس المحتويات:

المحاضرة الأولى:

أهم المفاهيم الفنية في

المحاضرة الثانية:

معلومات عامة عن رياضة المعوقين

المحاضرة الثالثة:

تصنيف الرياضيين المعوقين - الأهداف والإجراءات

المحاضرة الرابعة:

الرياضيون ذوو الشلل الدماغي (C.P-I.S.R.A)

المحاضرة الخامسة:

الرياضيون على الكراسي المتحركة (I.S.M.W.S.F)

المحاضرة السادسة:

الرياضيون المبتورون (I.S.O.D.)

المحاضرة السابعة:

الرياضيون من فئة " ليزوتر " الآخرون (الإعاقات الحركية الأخرى) . (I.S.O.D)

المحاضرة الثامنة:

الرياضيون ذوو القصور البصري (I.B.S.A.)

المحاضرة التاسعة:

الإعاقة السمعية

المحاضرة العاشرة:

عناصر إجرائية

مقدمة:

تعتبر الرياضة والإعاقة شكليين مترابطين من أشكال حياة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وهذا الترابط هو الالتزام المباشر بين الرياضة بجميع أوجهها وإشكالها ومظاهرها ودورها في حياة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هذا الدور قد يتخذ عدة أشكال من المعاقاة فقد يكون دورا تربويا من خلال الرياضات الهادئة وتنافسية من خلال الدورات والبطولات وعلاجية من خلال التمرينات التأهيلية الموجودة.

ولكن لهذه العلاقة عدة شروط أهمها :

- التصنيف الفعلي للإعاقة له علاقة مباشرة بالأنشطة البدنية الرياضية من خلال اختيار نوع الرياضة حسب نوع التصنيف .
  - تلاءم نوع الرياضة بنوع النشاط الرياضي.
- وهذا ما سنتطرق له في هذه الدروس المنتقاة، ودراسة هذا التصنيف الصعب نوعا ما وربطه بالرياضة بشكل عام.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة زيان عاشور الجلفة

معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية والرياضية

مطبوعة: التصنيف الرياضي للمعاقين

العنوان : محاضرة

ميدان: علوم وتقنيات الأنشطة البدنية والرياضية

الوحدة : أساسية

المستوى : ماستر

السداسي : الأول والثاني

الحج الساعي الأسبوعي : 1سا و 30د

محاضرة

اسم ولقب الأستاذ: ربوح محمد

الرتبة : أستاذ محاضر – أ –

السنة الجامعية:

2024/2023

## فهرس المحتويات:

### المحاضرة الأولى:

أهم المفاهيم الفنية في النشاط البدني المكيف

### المحاضرة الثانية:

معلومات عامة عن رياضة المعوقين

### المحاضرة الثالثة:

تصنيف الرياضيين المعوقين - الأهداف والإجراءات

### المحاضرة الرابعة:

الرياضيون ذوو الشلل الدماغي (C.P-I.S.R.A)

### المحاضرة الخامسة:

الرياضيون على الكراسي المتحركة (I.S.M.W.S.F)

### المحاضرة السادسة:

الرياضيون المبتورون (I.S.O.D.)

### المحاضرة السابعة:

الرياضيون من فئة " ليزوتر " الآخرون (الإعاقات الحركية الأخرى) . (I.S.O.D)

### المحاضرة الثامنة:

الرياضيون ذوو القصور البصري (I.B.S.A.)

### المحاضرة التاسعة:

الإعاقة السمعية

### المحاضرة العاشرة:

عناصر إجرائية

## مقدمة:

تعتبر الرياضة والإعاقة شكلان مترابطان من إشكال حياة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وهذا الترابط هو استلزام مباشر بين الرياضة بجميع أوجهها وإشكالها ومظاهرها ودورها في حياة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هذا الدور قد يتخذ عدة إشكال من المعاقاة فقد يكون دورا ترويعيا من خلال الرياضات الهادئة وتنافسية من خلال الدورات والبطولات وعلاجية من خلال التمرينات التأهيلية الموجودة. ولكن لهذه العلاقة عدة شروط أهمها :

- التصنيف الفعلي للإعاقة له علاقة مباشرة بالأنشطة البدنية الرياضية من خلال اختيار نوع الرياضة حسب نوع التصنيف .
  - تلاءم نوع الرياضة بنوع النشاط الرياضي.
- وهذا ما سنتطرق له في هذه الدروس المنتقاة، ودراسة هذا التصنيف الصعب نوعا ما وربطه بالرياضة بشكل عام.

## المحاضرة الأولى:

### أهم المفاهيم الفنية في النشاط البدني المكيف

يراد بذوي الاحتياجات الخاصة هم الأفراد الذين يملكون من القدرات ما دون المستوى، أو الذين بهم عيب أو نقص تشريحي أو وظيفي يجعلهم غير قادرين على منافسة أقرانهم، وقد تكون الإعاقة عقلية أو نفسية أو بدنية.

هناك الكثير من التعريفات المختلفة التي تتزامن مع ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد ارتأينا أن نلخصها كما يلي:

**الطفل المعاق:** هو الطفل الذي يتدنى مستوى أدائه مع أقرانه بشكل ملحوظ في مجال من مجالات الأداء، وبشكل يجعله غير قادر على متابعة الآخرين، إلا بتدخل خارجي من الآخرين، أو بإجراء تعديل كلي في الظروف المحيطة به، وقد يكون هذا التأخر في قدرة واحدة أو اثنين أو أكثر كما يلي:

1. تخلف في القدرة العقلية العامة.
2. تعوق في إحدى حواس الاتصال.
3. تعوق في الأعضاء العصبية أو الوظيفية (الشكل الكلي أو الجزئي، العاهات الجسمية).
4. تعوق في الجوانب الاجتماعية أو الانفعالية (كالقصور الشديد في ظروف البيئة أو الاضطرابات النفسية الحادة).
5. تعوق في قدرات التحصيل أو عمليات التعامل مع الرموز المكتوبة والمقروءة.

**الإعاقة:** المقعد هو الفرد الذي يختلف عن يطلق لفظ (عادي) في النواحي الجسمية أو العقلية أو المزاجية أو الاجتماعية إلى الدرجة التي تستوجب عمليات التأهيل الخاصة.

**التأخر:** هذا الفعل معناه يعوق أو يؤخر أو يثبط واسم الفاعل متأخر والشخص المتخلف أي الشخص العقبة ومعناه البطء في النمو.



**العجز:** هو عدم قدرة الفرد على أداء عمله سواء بصفة مؤقتة وهو ما يسمى بالعجز المؤقت، أو بصفة مستديمة وهو ما يسمى بالعجز الدائم، كما قد يكون العجز جزئياً أو كلياً.

**النقص العقلي:** يعرفه كمال الدسوقي بأنه نقص الذكاء، اصطلاح لكل مستويات النمو العقلي، ومنطقياً يعني النقص في كل أنواع الوظائف العقلية، ومع هذا فهو يقتصر عفوياً على نقص العقل، وبالتالي يسمى نمو العقل المنخفض وفيه درجات عدة:

أ- **النقص الحادي:** الذي فيه يعتبر الشخص عادة أهلاً من الناحية القانونية والرياضية، لكنه خفيف الدونية في الذكاء، يشمل الأشخاص من 70 إلى 80% من نسبة الذكاء.

ب- **البلاهة:** وهي الحالة التي فيها المستوى العادي لنسبة الذكاء هو: 50 إلى 69%. ويعرف البليد بأنه الشخص الذي هو قادر على كسب عيشه في ظروف ملائمة، لكنه عاجز بسبب الضعف العقلي الموجود لديه منذ الولادة أو من سن مبكرة عن التنافس على قدم وساق مع رفاقه الأسوياء.

ت- **الغباء:** وفيه المدى العادي لنسبة الذكاء يتراوح بين 25 إلى 49% والغبي قادر على التعلم لحماية نفسه من الأخطار العامة، لكن لا يستطيع كسب عيشه.

ث- **العتة أو البلاهة:** التي فيها نسبة الذكاء أدنى من 25% والمعته عاجز عن وقاية نفسه من الأخطار الشائعة، ولا يستطيع أن يتعلم الكلام المتصل.

**التدهور العقلي:** تفسخ تدريجي للقدرات والوظائف العقلية، فقدان بلا رجعة للتنظيم العقلي العام أو النوعي ويعرف أيضاً بالانهيار العقلي.

**التأهيل:** مساعدة الأفراد ذوي العاهات على استغلال قدراتهم ومواهبهم في القيام بالعمل والنشاط الرياضي الذي يلاءم كلا منهم حتى يستطيعوا إعالة أنفسهم وأسرهم، هناك نقاط رئيسية في التأهيل توجه إليها:

1- أعلى درجة من التحسن البدني.

2- التوافق المرضي عنه في العلاقات الشخصية والاجتماعية، بحيث يستطيع

المريض من جديد أن يؤدي وظيفته كعضو نافع.

ويسمى التأهيل أحياناً (الساق الرابعة للممارسة الطبية)، حيث:

الأولى: التشخيص.

الثانية: الوقاية.

الثالثة: العلاج.

## المحاضرة الثانية:

### معلومات عامة عن رياضة المعوقين

#### أ - تاريخ رياضة المعوقين

تعود أصول الرياضة عند الأشخاص المعوقين إلى وفي الألعاب القوى إلى أواخر القرن التاسع عشر. فمنذ سنة 1888 كانت نواد للصم موجودة في ألمانيا، وقد اكتسى كل من إعادة التأهيل الوظيفي والطب الرياضي أهمية كبرى بعد الحرب العالمية الأولى، إلا أن الرياضة عند الأشخاص ذوي العاهات لم تعرف انطلاقة حقيقية إلا بعد الحرب العالمية الثانية.

ففي سنة 1944 أنشئ مركز لإعادة التأهيل لفائدة الطيارين الناجين من الحرب، الذين تعرضوا لإصابات بالانخاع الشوكي، من قبل الدكتور لودويق قوتمان جراح الأعصاب بمستشفى ستوكماند فيل في انكلترا والذي يعتبر أبا الرياضة الخاصة بالمعوقين.

وقد جعلت نظرة الدكتور قوتمان من الرياضة عنصرا أساسيا في عملية إعادة تأهिला لمرضى المصابين بشلل رباعي أو بشلل سفلي.

وتطورت رياضة إعادة التأهيل إثر ذلك إلى رياضة ترفيهية، وبعد بضع سنوات ظهرت رياضة المنافسات عندما أدخل السيد لودويق قوتمان المسابقة الوطنية الأولى للرياضيين على الكراسي المتحركة ضمن حفل افتتاح الألعاب الأولمبية بلندن سنة 1948. وفي عام 1952 انضم جنود هولنديون قدامى إلى الحركة وشاركوا في الألعاب الدولية الأولى بستوكماند فيل إلا أن تنظيم الألعاب الأولمبية الموازية لم يتم إلا سنة 1960 في روما، بمشاركة 23 بلدا، ولكن مع الاقتصار فقط على الرياضيين ذوي إصابات بالانخاع أشوكي (ذوو الشلل السفلي وذوو الشلل الرباعي على الكراسي المتحركة).

وفي عام 1976، إبان ألعاب تورنتو بكندا، ظهر الرياضيون ذوو القصور البصري على الساحة الأولمبية الموازية.

وفي سنة 1980، وبمناسبة ألعاب أرنهام بهولندا، التحق بالحركة الرياضيون ذوو الشلل الدماغي. وفي عام 1988 بسيول (61 بلدا) كان القاصرون عن الحركة العضوية موجودين مع ذوي الإعاقة البصرية.

وكان لا بد من الانتظار حتى سنة 1996 بأطلنطا (103 بلدا) ليلتحق ذوو الإعاقات الذهنية بالألعاب الأولمبية الموازية.

وفي عام 2000، بألعاب سرنداي حضر 121 بلدا للمشاركة في المنافسات الأولمبية الموازية وكانت جميع فئات المعوقين (ما عدا الصم) ممثلة فيها وقد شاركوا في 19 اختصاصا رياضيا بتنظيم لميقل إحكاما البتة من الألعاب الأولمبية.

وهكذا بين التاريخ أن حلم السيد لودوينق قوتمان أصبح حقيقة في ظرف نصف قرن، وقد تجاوزتطور رياضة المعوقين كثيرا ما كان يتصوره رواد الحركة الأولمبية الموازية الذين مازال جلهم هنا وهناك في مختلف أنحاء العالم، يواصلون العمل بكل ما أوتوا من قوة على إدماج الأشخاص المعوقين في المجتمع بتعميم ممارسة الرياضة داخل هذه المجموعة التي طالما تركت وشأنها.

وتمثل الألعاب الأولمبية الموازية حاليا برياضيها الخمسة آلاف (5000) الحاضرين في سيدناي، ثاني أكبر تظاهرة رياضية في العالم من حيث عدد المشاركين، بعد "الألعاب الأولمبية وهكذا فنحن بعيدين جدا عن الثلاثمائة (300) رياضي في ألعاب روما عام 1960.

#### ب - الاختصاصات الرياضية الممارسة

تعد الألعاب الأولمبية الموازية حاليا 23 رياضة معترفا بها رسميا منها: 19 رياضة صيفية و4 رياضات شتوية وتختلف الاختصاصات الرياضية بحسب فئات المعوقين، فبعضها خاص بإعاقة معينة وبعضها الآخر تمارسها فئات عديدة.

## 1- ألعاب القوى

إن ألعاب القوى، الرياضة الرمز، هي إحدى الرياضات الأكثر انفتاحا لجميع أشكال الإعاقة.

فالرياضيون وقوفا أو على الكراسي المتحركة، يشاركون في سباقات العدو على المضمار أو على الطريق، وفي منافسات الرمي والقفز. إن كل الفئات دون استثناء معنية بهذه الرياضة.

لقد ظهرت ألعاب القوى كرياضة أولمبية موازية في ألعاب روما سنة 1960 وقد استفادت المعدات المستعملة (الأطراف البديلة، الكراسي، الخ...) من تقدم العلم أيما استفادة، لذلك تتحقق الأرقام القياسية في كل منافسة كبيرة حيث تتطور القدرات بتطور هذه المعدات.

## 2- كرة السلة على الكراسي

إن كرة السلة على الكراسي التي ظهرت بالولايات المتحدة في أواخر الأربعينات، هي إحدى أبرز الرياضات في الألعاب الأولمبية الموازية وتشارك في هذا الاختصاص جميع فئات القاصرين عن الحركة العضوية.

## 3- سباق الدراجات

سباق الدراجات رياضة حديثة نسبيا عند الأشخاص المعوقين، فقد شرع ذوو القصور البصري في ممارستها في بداية الثمانينات وتبعهم بعد ذلك ببضع سنوات ذوو الشلل الدماغي، ثم المبتورون.

وقد أصبح هذا الاختصاص أولمبيا موازيا منذ ألعاب برشلونة عام 1992. والفئات المعنية في الألعاب الأولمبية الموازية تشمل القاصرين عن الحركة العضوية وذوي القصور البصري. وتمارس هذه الرياضة بصفة فردية أو ثنائية أو بالدفع اليدوي على دراجات ذات عجلتين أو ثلاث عجلات.

#### 4- ركوب الخيل

يمكن أن يمارس ركوب الخيل على العكس مما هو شائع من قبل جميع فئات القاصرين عن الحركة العضوية وذوي القصور البصري والمعوقين ذهنيا.

#### 5- المبارزة بالسيف

المبارزة بالسيف رياضة فردية ورياضة منافسة تساعد على دقة الحركة ومعرفة أفضل للجسد والحس التوازني وسرعة رد الفعل. وقد أدخلت هذه الرياضة ضمن المسابقات على الكراسي المتحركة من قبل السيد لودويق قوتمان عام 1953 وأدرجت بالألعاب الأولمبية الموازية في روما سنة 1960.

#### 6- رفع الأثقال

أدخل هذا الاختصاص ضمن الألعاب الأولمبية الموازية الثانية بطوكيو عام 1964، ويمارسها الرياضيون المعوقون بصريا وحركيا وقوفا أو على الكراسي.

فالرياضيون وقوفا أو على الكراسي المتحركة، يشاركون في سباقات العدو على المضمار أو على الطريق، وفي منافسات الرمي والقفز. إن كل الفئات دون استثناء معنية بهذه الرياضة.

لقد ظهرت ألعاب القوى كرياضة أولمبية موازية في ألعاب روما سنة 1960 وقد استفادت المعدات المستعملة (الأطراف البديلة، الكراسي، الخ...) من تقدم العلم أيما استفادة، لذلك تتحقق الأرقام القياسية في كل منافسة كبيرة حيث تتطور القدرات بتطور هذه المعدات.

#### (2) كرة السلة على الكراسي

إن كرة السلة على الكراسي التي ظهرت بالولايات المتحدة في أواخر الأربعينات، هي إحدى أبرز الرياضات في الألعاب الأولمبية الموازية وتشارك في هذا الاختصاص جميع فئات القاصرين عن الحركة العضوية.

### (3) سباق الدراجات

سباق الدراجات رياضة حديثة نسبيا عند الأشخاص المعوقين، فقد شرع ذوو القصور البصري في ممارستها في بداية الثمانينات وتبعهم بعد ذلك ببضع سنوات ذوو الشلل الدماغي، ثم المبتورون.

وقد أصبح هذا الاختصاص أولمبيا موازيا منذ ألعاب برشلونة عام 1992. والفئات المعنية في الألعاب الأولمبية الموازية تشمل القاصرين عن الحركة العضوية وذوي القصور البصري. وتمارس هذه الرياضة بصفة فردية أو ثنائية أو بالدفع اليدوي على دراجات ذات عجلتين أو ثلاث عجلات.

### (4) ركوب الخيل

يمكن أن يمارس ركوب الخيل على العكس مما هو شائع من قبل جميع فئات القاصرين عن الحركة العضوية وذوي القصور البصري والمعوقين ذهنيا.

### (5) المبارزة بالسيف

المبارزة بالسيف رياضة فردية ورياضة منافسة تساعد على دقة الحركة ومعرفة أفضل للجسد والحس التوازني وسرعة رد الفعل. وقد أدخلت هذه الرياضة ضمن المسابقات على الكراسي المتحركة من قبل السيد لودويق قوتمان عام 1953 وأدرجت بالألعاب الأولمبية الموازية في روما سنة 1960.

### (6) رفع الأثقال

أدخل هذا الاختصاص ضمن الألعاب الأولمبية الموازية الثانية بطوكيو عام 1964، ويمارسها الرياضيون المعوقون بصريا وحركيا وقوفاً أو على الكراسي.

إنها إحدى الاختصاصات الأكثر شعبية عند الأشخاص المعوقين رجالا ونساء، الذين يتنافسون في عشرة (10) أوزان. وفي سيدناي سجلت رياضة رفع الأثقال العدد الأكبر من البلدان المشاركة.

## (7) السباحة

تل السباحة ضمن الاختصاصات الأولمبية الموازية مكانا مميزا لأنها في متناول العدد الأكبر من في ذلك ذوو الإصابات الجسيمة، كما أن انعدام الجاذبية يسمح للمتسابقين بالاستعمال الأفضل لقدراتهم الوظيفية المتبقية، وتمارس السباحة في المنافسات من قبل جميع أصناف المعوقين دون استعمال معدلك خاصة.

## (8) كرة المضرب

ظهرت هذه الرياضة مع الألعاب الأولمبية الموازية ببرشلونة عام 1992 رغم ممارستها في الولايات المتحدة الأمريكية منذ السبعينات. وتشمل الفئات المعنية ذوي الشلل السفلي والأشخاص المصابين بعجز وظيفي يستلزم استعمال كرسي متحرك، وتكتسب هذه الرياضة شعبية متزايدة عبر العالم.

## (9) كرة الطاولة

كانت هذه الرياضة في الخمسينات أحد الاختصاصات الأولى التي استحوذت على اهتمام ذوي الإعاقة الجسدية. وهي تمارس وفقا لمستوى الإصابة، وقوفا أو على الكراسي، في أكثر من 50 بلدا عبر العالم. والرياضيون المعنيون في المنافسات هم القاصرون عن الحركة العضوية بجميع أصنافهم والمعوقون ذهنيا.

## (10) كرة الهدف أو الجرس

إنها رياضة جماعية مخصصة للمعوقين بصريا فحسب. وفيها يحاول فريقان يتكون كل فريق من ثلاثة لاعبين تسجيل أهداف برمي كرة رنانة. وهذه الرياضة ذات شعبية كبيرة عند غير المبصرين.



## **(11) رمي القوس**

هذه الرياضة القديمة جدا موجودة في المنافسات منذ ألعاب ستوكماند فيل الأولى عام 1948. وفي الوقت الراهن يمارس رمي القوس على الكراسي جميع فئات القاصرين عن الحركة العضوية كما يمارسها وقوفا ذوو القصور البصري.

## **(12) الرماية**

يمارس هذه الرياضة القاصرون عن الحركة العضوية وذوو القصور البصري، وهي تلعب فرديا أو جماعيا.

## **(13) كرة القدم**

بدأ هذا الاختصاص كرياضة أولمبية موازية بالنسبة الى الأشخاص المتقلبين ذوي الشلل الدماغى ولا سيما ذوي الشلل النصفي. ويتم اللعب على ميدان كوة قدم عادى بفريقين من 11 لاعبا.

## **(14) الرقى على الكراسى**

إنه اختصاص يتطلب قوة بدنية ويمارسه الرياضيون ذوو الشلل السفلى والشلل الرباعى، وقد ظهر بكندا سنة 1977، ثم تنامي بسرعة عبر العالم. وتمارس هذه الرياضة فوق ميدان كرة السلة من قبل فرق تتكون من 4 لاعبين وتجري المقابلة في 4 أشواط ذات 8 دقائق.

## **(15) الكرة الطائرة**

تمارس الكرة الطائرة في الإطار الأولمبى الموازى بأسلوبين وقوفا وجلوسا، لذلك نجدها مفتوحة لجميع فئات القاصرين عن الحركة العضوية والفارق الأساسى بين الكرة الطائرة في حالة جلوس والكرة الطائرة في حالة وقوف يكمن في أن ميدان اللعب أصغر والشبكة أقل ارتفاعا بالنسبة إىل النوع الأول.

## **(16) الرياضات الشراعية**

أدخلت هذه الرياضة على سبيل العرض سنة 1996 بأطنطا، ثم بصفة رسمية في ألعاب سيدناى عام 2000.

ومنذ 1991 تم الاعتراف بالجامعة الدولية للأشعة الخاصة بالأشخاص المعوقين عضواً تاماً ضمن الجامعة الدولية للأشعة. وفي الوقت الراهن يشارك أكثر من 28 بلداً في هذا الاختصاص الذي تمارسه مختلف فئات القاصرين عن الحركة العضوية.

### **(17) الجيدو**

إن هذا الاختصاص الذي تم إدراجه ضمن الألعاب الأولمبية الموازية بسيول عام 1988 يخص الرياضيين ذوي القصور البصري فحسب.

### **(18) التزلج الألبى**

كان هذا الاختصاص الأول الذي تمت هيكلته خلال الخمسينات وهو يمارس وقوفاً وعلى الكراسي، والأصناف المعنية تشمل القاصرين عن الحركة العضوية وذوي القصور البصري وغير المبصرين والمعوقين ذهنياً.

### **(19) التزلج الشمالي**

تضم هذه الرياضة نوعين من النشاط:

- تزلج المسافات الطويلة المدرج بالمنافسات منذ 1954

- الثنائي " الذي ظهر فقط سنة 1992.

ونفس فئات المعوقين الذين يمارسون التزلج الألبى معنية بهذا الاختصاص.

### **(20) السباق على عربات التزلج**

تم إدراجه سنة 1994 ضمن الألعاب الأولمبية الموازية الشتوية وهو يخص الرياضيين ذوي الإعاقات بالأطراف السفلى.

### **(21) الهوكي على عربات التزلج**

إنه الصيغة الأولمبية الموازية للهوكي على الجليد، وقد تم إقراره كرياضة أولمبية موازية منذ 1994.

(22) الرقص على الكراسي يجمع هذا الاختصاص راقصين، أحدهما سوي والآخر على الكرسي، ينجزان معاً أشكالاً من الرقص الفالس، التانغو، السامبا، التشاتشاتشا، الخ...)

وقد أصبحت هذه الرياضة أولمبية موازية سنة 1998 رغم أنها موجودة منذ أكثر من عشرين عاماً.

## 23) البوشيا

إنها رياضة مخصصة للرياضيين ذوي الشلل الدماغي وذوي درجات حادة من القصور وتتم المنافسات بصفة فردية أو ضمن فرق. وتتنسب هذه الرياضة التي تمارس على الكراسي الى الكرة الحديدية وتستعمل معدات ملائمة، وقد أصبحت رياضة أولمبية موازية عام 1984.

كما توجد رياضات عديدة أخرى يمارسها المعوقون من مختلف الفئات لكن لم يتم إدراجها ضمن الاختصاصات الأولمبية الموازية.

### ج - تنظيم رياضة المعوقين في العالم

ينظم رياضة النخبة لدى الأشخاص المعوقين، على الصعيد الدولي، هيكل أعلى هو اللجنة الدولية الأولمبية الموازية (IPC) بالتنسيق مع الاتحادات الرياضية الدولية.

### 1) اللجنة الدولية الأولمبية الموازية

اللجنة الدولية الأولمبية الموازية التي يوجد مقرها الدائم في بون بألمانيا، هي الهيكل المسير المسؤول عن النهوض برياضة المعوقين وتميبتها في العالم. وتهدف هذه المنظمة، من بين ما تهدف، إلى تمثيل رياضة الأشخاص المعوقين على أعلى مستوى وتتلخص مهامها الرئيسية في تنظيم الألعاب الأولمبية الموازية الصيفية والشتوية وتسييرها وتنسيقها إضافة إلى منافسات أخرى متعددة الإعاقات ومن أهمها البطولات العالمية والإقليمية.

وتضم هذه المنظمة هياكل مختلفة هي أعضاء تتكون منهم الجمعية العامة. وهذه الهياكل أنواع ثلاثة:

-الاتحادات الرياضية الدولية.

-اللجان الرياضية الدولية.

-اللجان الأولمبية الموازية الوطنية أو الاتحادات الوطنية.

## 2) الاتحادات الرياضية الدولية

هي خمسة اتحادات تعرف انطلاقاً من نوع الإعاقة، وتمثل الفئات الخمس للمعوقين المشاركين الألعاب الأولمبية الموازية. وهم:

-ذوو القصور البصري وغير المبصرين: الجامعة الدولية لرياضات المكفوفين (IBSA)

-المعوقون ذهنياً: الجمعية الدولية للرياضات الخاصة بالمعوقون ذهنياً (INAS - (FID)

-ذوو الشلل الدماغي: الجمعية الدولية لرياضة وترفيه الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي (CP- ISRA)

-ذوو الشلل السفلي والشلل الرباعي ومن شابههم: الاتحاد الدولي للرياضة على الكراسي المتحركة بستوكماندويل (ISMWSF).

-المبتورون وإعاقات حركية أخرى: المنظمة الدولية للرياضات الخاصة بالمعوقين (ISOD) .

**ملحوظة:** الرياضيون الصم منضوون تحت رعاية اللجنة الدولية للرياضات الخاصة بالصم (CSS) التي لا تشرف عليها اللجنة الدولية الأولمبية الموازية (IPC) ولكل اتحاد دولي قوانينه الخصوصية ومنافساته الخاصة على الصعيدين الدولي والإقليمي.

ويعتبر رؤساء الاتحادات الرياضية الدولية أعضاء في المكتب التنفيذي للجنة الدولية الأولمبية الموازية. (IPC)

## 3) اللجان الرياضية الدولية

هي هياكل دولية تنتسب كل واحدة منها إلى رياضة أولمبية موازية معيّنة. والرياضات الأولمبية الموازية الثلاث والعشرون تقابلها 23 لجنة تضطلع بتنظيم المنافسات في اختصاصاتها المعنية على الصعيد الدولي وإصدار القوانين الخاصة بمختلف أنواع الإعاقات.

#### 4) اللجان الأولمبية الموازية الوطنية

إنها تقابل الاتحادات الوطنية للدول الأعضاء في اللجنة الدولية الأولمبية الموازية (IPC) ويبلغ عددها حاليا 160 منخرطا. وللبلدان الأعضاء حق التصويت الكامل في الجمعية العامة كما أن من حقها المشاركة في جميع التظاهرات الدولية التي تنظمها اللجنة الدولية الأولمبية الموازية.

وبالنسبة إلى تونس، يتمثل هيكل الإشراف في الجامعة التونسية لرياضة المعوقين اسست سنة 1987، وهي تضم اليوم أكثر من 3000 رياضي مرسوم في 105 جمعية رياضية في شتى الاختصاصات ومن مختلف الإعاقات.

## المحاضرة الثالثة:

### تصنيف الرياضيين المعوقين

### الأهداف والإجراءات

#### أ- الأهداف

حسب اللجنة الدولية الأولمبية الموازية وفيما يتعلق بالأشخاص القاصرين عن الحركة العضوية فإن هدف كل نظام للتصنيف هو تجميع الرياضيين الذين لهم قدرات حركية كامنة متساوية تقريبا في نفس المجموعة، علما أن القدرة الحركية الكامنة تحددها القدرة على تقليص العضلات التي تفضي إلى حركات نشيطة للأطراف والجذع.

ويمكن، حسب ج. بورك (1) أن نستنتج من هذا التعريف أن:

- استعمال عبارة نظام تصنيف "يعني أن هناك اختلافا بين الأشخاص المعوقين وأنه من غير العدل أو من غير المقبول أن يتسابقوا معا، بروح تنافسية في منافسات فردية.

- استعمال عبارة "متساوية تقريبا" يعني أنه ، لئن وجدت اختلافات بين أفراد صنف واحد، فإن هذه الاختلافات تسمح لهم بالمشاركة معا في نفس المنافسة ذلك أنه لا بد من وجود فوارق ضمن نفس الصنف.

- استعمال عبارة "القدرة الحركية مقصود ، وهي مختلفة عن عبارة القدرة الوظيفية" فتجميع الرياضيين بحسب القدرة الحركية يعني أن لهم حالة شلل أطفال نفس الكفاءة للقيام بحركات ما ، وهذا يقصي اعتبار العوامل التالية:

\* التفوق أو النقص الجيني من حيث القوام والبدانة والقامة والقوة وطول الأطراف، الخ.

\* التمكن، أو عدم التمكن من التقنية المختارة، نتيجة سوء معرفة لها أو تدريب غير كاف.

\* الاستخدام، أو عدم الاستخدام لوسائل التماسك لتحقيق ثبات أفضل والتمكين من تحسين التقنية المتوخاة، سواء كان ذلك بوضعية جلوس أفضل عند السباق على الكرسي المتحرك أو بتثبيت الجسم على الكرسي عند الرمي.

\* معدات غير ملائمة نتيجة عدم الخبرة أو لأسباب مالية (معدات غالبا ما تكون باهظة).

هذه العوامل المختلفة، سواء أمكن السيطرة عليها أم لا ينبغي ألا تؤخذ البتة بعين الاعتبار بتصنيف الأفراد. ويجب ألا يعتبر في التصنيف، حرصا على الموضوعية والعدالة، سوى القدرات الحركية للرياضي على إنجاز الحركات المطلوبة في مسابقة ما وفقا لإمكاناته الذاتية. وهكذا فان تصنيف رياضي معوق يهدف، بعد التأكد من تشخيص إعاقته وتحديد نوعها أو مستواها، إلى إدراجه ضمن صنف "متجانس" لرياضيين لهم قدرات حركية شبيهة بما لديه. وفي ألعاب القوى، مثلما هو الشأن في سائر الاختصاصات التي يمارسها الأشخاص المعوقون، يكون التصنيف إجباريا إذا مورست الرياضة في إطار تنافسي إلا أن التصنيف في الوقت الراهن لا يخص إلا الإعاقات الحركية والبصرية. أما ضعف السمع فإنهم، مثل الرياضيين الأسوياء، يتم توزيعهم حسب العمر (أداني، أصاغر، وأساط، أكابر)، في حين أن المعوقين الذهنيين تم بشأنهم إجراء محاولات لوضع نظام للتصنيف إلا أن صعوبات من أنواع شتى مازالت قائمة (منهجية، ثقافية، لغوية، نفسية، إلخ...) ونرجو أن يتم تجاوزها قريبا.

وسنكتفي في هذا المجال بتقديم نظام تصنيف الرياضيين القاصرين عن الحركة العضوية ولمحة عن النظام الخاص بذوي القصور البصري رغم أن هذا من اختصاص طبيب العيون.

#### ب - تعريفات وتوطئة للتصنيف

كما سبق أن وضحنا، يعد تصنيف الرياضيين القاصرين عن الحركة العضوية مرحلة لا بد منها في الرياضات التنافسية فلن يكون من المناسب

أبداً أن نضع في نفس المسابقة رياضيين ذوي إعاقات من أنواع ودرجات مختلفة، مثلاً مبتور طرف علوي وذو شلل سفلي.

فعلى المصنفين (الأطباء، أخصائيو العلاج الطبيعي) المعتادين على الرياضة لدى الأشخاص المعوقين، أن يحددوا مدى القصور طبقاً للقواعد الدولية للتصنيف الموضوعة مسبقاً، بعد أن تكون الإعاقة قد تم التأكد منها وتشخيصها من قبل طبيب. وهكذا، ينبغي تحديد مدى أهمية القصور الحركي وربطه بصنف محدد تماماً في سلم التصنيف الخاص بفئة الإعاقة المعنية في مسابقة معينة.

### (1) مفهوم الإعاقة

من الصعب تقديم تعريف دقيق للإعاقة. وفي الواقع توجد تعريفات عديدة تتفاوت من حيث الصحة والدقة:

- حسب لاروس هي نقص ما يجعل صاحبه في حالة قصور.

- حسب روبر الصغير هي نقص أو قصور ينبغي تحمله"

حسب القاموس الطبي لفلاماريون هي نقص ناجم عن قصور أو عجز يزعج صاحبه أو يحد من

قدرته على الاضطلاع بدوره الاجتماعي وهذا التعريف الأخير هو الأحدث إذ أنه، إلى حد ما، يأخذ بعين الاعتبار ما جاء به التصنيف الدولي للمعوقين (CIH) الذي وضعته، سنة 1980، المنظمة العالمية للصحة (OMS).

وتعتبر المنظمة الدولية للمعوقين أن الإعاقة هي نتيجة مرض أو حادث. وبدلاً من ربطها بسببها، فإنها تعرفها من خلال إصابة الجسد (القصور)، وكذلك من خلال ما ينجر عن هذا القصور من صعوبات أو استحالة في القيام بنشاطات الحياة اليومية (العجز إضافة إلى المشاكل الاجتماعية الناجمة عن ذلك (الضرر)).

هكذا فإن الإعاقة تفكك وتوصف بمختلف العناصر المكونة لها: القصور، العجز، الضرر.



- القصور هو فقدان مادة أو اختلال هيكل أو وظيفة للجسم، فهو إذن يتطابق مع الإصابة مثلا: بتر، إصابة بالنخاع، ... ) و / أو العجز المطابق لها (مثلا): شلل سفلي، قسط، حبسة...)

-العجز يتطابق مع تقليص جزئي أو تام للقدرة على القيام بنشاط في حدود تعتبر عادية مثلا: عدم القدرة على المشي أو الجري أو رمي شيء ما ، وكذلك على النهوض واستعمال بيوت راحة وارتداء الملابس الخ...

-النقص هو نتيجة القصور و / أو العجز، وهو يمثل حدا أو منعا من القيام بدور اجتماعي عادي (مثلا: الارتزاق متابعة الدراسة ، ممارسة الرياضة، الحصول على شغل ، العمل ، الخ...

على صعيد آخر، من المفيد توسيع التفكير حول الإعاقة والتساؤل عما ينجم عنها من " اختلاف" وما تولده إثارة هذا الاختلاف من أحاسيس لدينا.

فحسب هـ. ج ستيكر " إن وجود الإعاقة لدليل على عدم ثبات ما نود إقامته مرجعا ومقياسا، هي ذلك التمزق لذاتنا المطل على ما يشوبها من نقائص عدم الاكتمال والاستقرار ... إنها تمنع المجتمع البشري من أن يجعل من الصحة والصلابة والقوة واللباقة والذكاء حقا ومثالا يحتذى به. إنها تلك الشوكة بخاصرة المجتمع، التي تول دون جنون اليقين والأنموذج الوحيد. أجل إنها " جنون الأصحاء" الذي يندد به الطفل المنغولي والمرأة بلا ذراعين والمشتغل على كرسي متحرك ... ولا يعني ذلك أن الإعاقة ضرورية بل إن هذا الاختلاف" عندما يبرز، يؤدي أفضل دور للموازنة والتبنيه... (الأجساد القاصرة والمجتمعات، أو بيان مونتانيو).

## (2) الحركة وآلياتها الفيزيولوجية

الحركية هي نتيجة نشاطات هياكل مختلفة هي:

أ- أعضاء قيادة وتعديل، إرادية ولا إرادية، واعية أنعكاسية، توجد في مستويات مختلفة من الجهاز العصبي المركزي: الدماغ وجذع المخ والمخيخ. فالجهاز العصبي المركزي يقود وينسق ويراقب النشاطات الحركية ويؤمن انسجامها وجدواها (التنسيق)، وهو يسهم في إنجاز وظائف متشعبة: توازن الجسم وإدراكه في الفضاء.

ب - مسالك بث مركزية (النخاع الشوكي) ومحيطية للدافع العصبي.  
ج - أعضاء فاعلة تمثل العضلات والأجهزة المكونة من العظام والأربطة والمفاصل.

فالقصور الحركي يتوقف إذن على طبيعة الإصابة ولا سيم إمكانها في مستوى مختلف تلك الهياكل المسؤولة عن الحركة .

إن القصور الذي تنجر عنه إعاقة حركية متصل بإصابة للركبة (فقدان مادة أو اختلال هيكل أو وظيفة فيزيولوجية أو عضوية) أي بقدرة الجسم أو جزء منه على أن يتحرك مهما تكن الغاية من تلك الحركة، سواء كانت:

-تنقلا (تحرك، نقل...).

-وظيفة وضعية الوقوف ، الجلوس...

-فعلا مسلطا على العالم الخارجي (مسك، رمي ، استخدام)...

-اتصال (كلام ، حركة ، كتابة)...

-تغذية مضغ، بلع.... )

-أو حركات انعكاسية جذب اليد عند لمس شيء محرق.

- الخ..

### 3) أسباب القصور الحركي

يمكن إرجاع أسباب القصور الحركي، بصفة إجمالية، تبعا لموضوع الإصابة وطبيعتها، إلى فئات ثلاث هي:

#### أ- الإصابات المركزية

الإصابات الموجودة في مستوى الدماغ، لها أسباب مختلفة:

-شلل دماغي: اضطرابات حركية ناجمة عن إصابة في مستوى المناطق

الحركية للدماغ (الجهة العليا، العقد الرمادية المركزية ناجمة عن إصابات للأمد الحمل أو للطفل في فترتي ما قبل الولادة أو ما بعدها.

-الرضوخ.

#### ب - الإصابات في مستوى النخاع الشوكي

يتعلق الأمر هنا بحالات ذات أشكال مختلفة:

- الإصابات الرضحية المؤدية إلى ضغط للنخاع على إثر كسر أو خلع بالعمود الفقري.الإصابات الورمية في مستوى العمود الفقري.
- الانتكاسات النخاعية التي مازال سببها غير محدد بدقة.
- الإصابات الولادة من فئة السنسنة المشقوقة (سبينا بيفيدا) التي تخص الجزء الأسفل من النخاع- مخلفات شلل الأطفال وهو مرض ناجم عن إصابة فيروسية بالخلايا العصبية الحركية لقرون النخاع الأساسية.

### ج- الإصابات المحيطة

إنها تخص العضلات والجهاز العظمى المفصلي والأعصاب المحيطة، ويتعلق الأمر بالخصوص:

-بالاضطرابات الحثلية التي تظهر مدة نمو الطفل وتصيب المفاصل (التهاب عظام الخاصرة) ، و العظام (حثل غضروفي أو مرض لو بستاين) أو العمود الفقري (جنف ذاتي)...

- بالإصابات الجرثومية من نوع الاستيوميليت (التهاب العظام الطويلة بالعنقودية الذهبية) ، والسل العظمي التهاب ناتج عن عصية كوخ وقادر على إصابة العمود الفقري والمفاصل الضخمة للخاصرة أو الركبة) أو المخلفات المفصلية لالتهاب المفاصل الحاد (التهاب المكورة العقدية)

- بالتشوهات العظمية المفصلية الخلقية من نوع غياب طرف أو أكثر، وجزء طرف أو أكثر (أجينياري) ، وتصلب خلقي لمفصل أو أكثر (أرتروز) ، انخلاع خلقي بالخاصرة وتشوه القدم (قدم ملتوية) أو اليد...

-حثل عضلية أو اعتلالات عضلية ، وهي في الغالب خلقية ومنتشرة.

-بالبثور (جمع) (بتر الإصابية أو الورمية).

-بمخلفات الحروق الجسيمة.

-الخ.

### ج - نظم التصنيف

حسب طبيعة الإصابة وموضعها تدرج الإعاقة الناتجة عنها ضمن هذه الفئة أو تلك التي لها مميزاتها الخاصة. وهكذا فان شخصا مبتور أحد الأطراف (إصابة بعضو فاعل لا يصنف بنفس الطريقة مثل مصاب بشلل سفلي

إصابة بعضو (ناقل) أو المصاب بالشلل الدماغى إصابة بعضو قىادة وتعديلى) ... وانطلاقا من هذا المبدأ، فإن هياكل رياضية دولية مختلفة، ذات صلة بكل واحد من أنواع الإعاقة، قد ظهرت تدريجيا ووضعت نظم تصنيف خصوصية لفئات الإعاقات التى هيبنتها.

وهذه الهياكل الدولية متكفلة هي:

-الاتحاد الدولي للرياضات على الكراسى المتحركة بستوك ماندفيل (IS.M.W.S.F)،

وهى أول اتحاد تأسس بعد الحرب العالمية الثانية وأقام ألعاب ستوك ما ندفيل الدولية المخصصة للرياضيين على الكراسى.

-المنظمة الدولية لرياضة المعوقين.(I.S.O.D) ..

-الجمعية الدولية لرياضة وترفيه الأشخاص ذوي الشلل الدماغى-(C.P-I.S.R.A)

تشرف على الاتحادات الثلاثة اللجنة الدولية الأولمبية الموازية (I.P.C) التى تمثل الهيكل الأعلى للرياضة عند الأشخاص المعوقين فى العالم. والمهام، فى الأصل، موزعة على النحو التالى:

- النشاطات الرياضية الموجهة للأشخاص حاملى إصابات بالمخ ولا سيما ذوي الشلل الدماغى تنظمها الجمعية الدولية لرياضة وترفيه الأشخاص ذوي الشلل الدماغى.

-بالنسبة إلى الأشخاص الحاملين لإصابات بالنخاع الشوكى (أورام، إصابات (رضحية) أوقرونه الأمامية الحركية مخلفات شلل الأطفال)، وفى الاختصاصات الرياضية على الكراسى فقط، فإن الجامعة الدولية للرياضات على الكراسى المتحركة بستوكماندفيل (ISM.W.S.F) هى التكفل بقطاع النشاط الرياضى.

-أما المنظمة الدولية لرياضات المعوقين (I.S.O.D) فإنها تنظم المنافسات الخاصة بمبتورى الأطراف والرياضيين المعوقين المنتمين إلى مجموعة تسمى "ليزوتر" (الأخرون) وهى تضم أولئك الذين لا تسمح لهم طبيعة قصورهم الحركى بالانضمام إلى الفئات سالفة الذكر (مخلفات محددة

الموضع لشلل الأطفال، المخلفات المفصلية، الكسر أو الالتهاب، وتشوهات مختلفة الخ....)

## د - فحص الرياضي من أجل التصنيف

### 1) بيانات عامة

إن فحص التصنيف يهدف الى تحديد مدى القصور الحركي للشخص من خلال التعرف إلى نوع الإعاقة ودرجتها، وهو بذلك يمكن من تقييم قدرة الرياضي على القيام بالحركات المتصلة بالمسابقة التي يشارك فيها. ويجب عدم الخلط بين فحص التصنيف وفحص القدرة على ممارسة الرياضة.

إن الفحص الثاني هو فحص إجباري قبل بداية النشاط الرياضي يجرى فقط من قبل طبيب يتولى تسليم شهادة بعدم وجود مانع لممارسة الرياضة، وهو فحص يسبق تجديد الترسيم الرياضي في بداية للموسم. فهو فحص عام، رغم كونه مقننا، يرمي إلى اكتشاف موانع ممارسة رياضة ما، وتقدي الحالة البدنية والإرشاد عند الاقتضاء، حول أساليب التدريب وحفظ الصحة والتغذية.

أما فحص التصنيف من أجل المنافسة فرغم انه يتطلب معرفة طبية، يمكن أن يجريه أخصائيون في العلاج الطبيعي أو حتى فنيون أكفاء وذوو خبرة في مجال رياضة المعوقين، شريطة أن يكونوا، بطبيعة الحال، مرخصا لهم من قبل الهياكل المسيرة للرياضة الخاصة بالمعوقين، سواء على الصعيد الوطني أو على الصعيد الدولي.

### 2) صعوبات التصنيف

الصعوبات نوعان: منها ما هو مرتبط بالفحص ذاته ومنها ما هو راجع إلى نظم التصنيف

#### أ- الصعوبات المرتبطة بالفحص

يتطلب فحص التصنيف:

-التحكم في تقنية الاختبارات العضلية.

-معرفة الأسباب الرئيسية للإعاقات الحركية وخصائصها السريرية.

- القدرة على حسن تحليل الشلل والتناسق والشناج (شدة التشنج) والكنع (الرعاش) و البتور (جبتر)، الخ....

ويكون الفحص في الغالب طويلا ومجهدا لا سيما إذا كانت الإصابة عشوائية أو غير محددة بدقة مخلفات شلل الأطفال، وبعض حالات الشلل الدماغى. إن تعاون الرياضي ضروري تماما لكن الحصول عليه ليس سهلا دائما، لأن بعض الأشخاص يميلون إلى المبالغة في إبراز إعاقاتهم بالامتناع عن القيام بحركة ما رغم قدرتهم على أدائها، كما يمكن أن توجد مشاكل اتصال (اختلاف) ثقافي أو (لغوي بين المصنف والرياضي).

يجب أن يكون الفحص مدققا ذلك أنه إذا أنجز بسرعة وقبل المنافسات مباشرة أو في منشآت غير ملائمة، يمكن أن يقود إلى أخطاء في التقدير.

#### ب- الراجعة إلى نظم التصنيف

يجب الإلمام الجيد بمختلف النظم التصنيفية. لذلك ينبغي التحري في اختيار النظام الملائم مع اعتبار طبيعة الإعاقة الحركية والمسابقة المختارة.

وهكذا فإن رياضيا مبتور الطرفين السفليين يمكن أن يصنف مع الرياضيين على الكراسي (I.S.M.W.S.F) أو مع الرياضيين من فئة ليزوتر "الآخرين" (I.S.O.D)، ونفس الأمر بالنسبة إلى شخص حامل لمخلفات شلل الأطفال. أما الرياضي ذو الشلل الدماغى، فإنه يمكن أن يصنف مع المصابين بالشلل الدماغى (C.P-I.S.R. A) أو مع " ليزوتر. (I.S.O.D) "

ليس هناك تجانس تام ضمن نفس الصنف ذلك أن أي معوق لا يشبه معوقا آخر. فالرياضي الذي يوجد بالحد الأقصى لصنفه يكون أكثر إعاقة من ذلك القريب من الحد الأدنى، رغم أنهما ينتميان إلى صنف واحد. كما أنه كثيرا ما يلاحظ وجود رياضيين تكون إعاقاتهم بين صنفين اثنين، ولا بد، مع ذلك، من البت في الأمر مع الحرص أكثر ما يمكن على عدم غبن الرياضي.

#### ج - الصعوبات الراجعة إلى الإعاقة الدنيا

وفي جميع الحالات، توصي الهياكل الدولية بالثبوت، بكل ما يمكن من الدقة، مما إذا كان للرياضي "الإعاقة الدنيا" المطلوبة والتي تخول له

المشاركة في فئة معينة، الأمر الذي يسمح له بأن يصنف ويشارك في المنافسات.

### 3) غائية الفحص

يجب أن يصنف الرياضي، حسب إعاقته، في النظام التصنيفي الملائم الذي أقرته اللجنة الدولية الأولمبية الموازية. وهكذا ينبغي إلقاء سؤالين اثنين في بداية الفحص:

\* إلى أية فئة من المعوقين ينتمي الرياضي؟

\* هل يستجيب الرياضي لمقاييس الإعاقة الدنيا للفئة المذكورة؟

أ- إلى أية فئة من المعوقين ينتمي الرياضي؟

- شلل دماغي أو حالات مشابهة.

- إصابات نخاعية.

- مخلفات شلل الأطفال.

- بتر (أو بتور).

- ليزوتر " (الآخرون).

في جل الحالات تكون الإعاقة واضحة، وتسهل بذلك مهمة المصنف، ولكن في بعض الأحيان يكون من الضروري إجراء استجواب وفحص سريري دقيقين لتشخيص نوع الإصابة وتوجيه الرياضي نحو هذا النظام التصنيفي أو ذاك.

وفي بعض الحالات يكون الرياضي ذا إعاقة مزدوجة (بصرية وحركية مثلا)، وفي هذه الحالة يكون الرياضي (أو) (مدربه حراً في اختيار الفئة التي يريد أن يشارك معها (ذوي الإعاقة البصرية أو القاصرين عن الحركة العضوية، إلا أنه مهما كان اختياره سيكون متضرراً.

ب - هل يستجيب الرياضي لمقاييس الإعاقة الدنيا للفئة المذكورة؟

الإعاقة الدنيا تطابق المستوى الأدنى من القصور الحركي المطلوب ليسمح للرياضي بالمشاركة، كمعوق، في اختصاص ما.

وهذا المستوى يحدده الهيكل الدولي صاحب العلاقة بفئة الإعاقة ويختلف بحسب اختصاص الرياضي. وعلى المصنف الرجوع الى قائمة الإعاقات الدنيا كما هي محددة حسب مختلف النظم التصنيفية في مختلف الرياضات وتحديدًا فيما يخصنا، ألعاب القوى.

في سباقات العدو أو منافسات الرمي بالنسبة إلى الأشخاص المتقلبين، مثلاً، توافق الإعاقة الدنيا قسطاً أو بترًا للقبضة.

#### **4) فحص التصنيف**

##### **1 - وجهها الفحص**

في مختلف النظم التصنيفية الجاري بها العمل يقوم فحص التصنيف أساساً على - تقييم مبدئي يتمثل في تقرير دقيق ومحدد لطاقة الرياضي الحركية الكامنة بواسطة اختبارات عضلية وفحص مختلف الحركات المفصلية. ويتعلق الأمر بالرياضيين ذوي الإصابات النخاعية ومخلفات شلل الأطفال وإلى حد ما المبتورين.

- طابع وظيفي يتمثل في تقييم القدرات الحركية للشخص، دون اعتبار أسباب العجز، ويطبق هذا بالأساس على فئة ليزوتر (الآخرين). وبالنسبة إلى ذوي الشلل الدماغي فإن طريقة التصنيف هي كذلك من النوع الوظيفي إلى حد كبير. إلا أنه بالنسبة إلى جل الرياضيين، يكون الجمع بين الطابعين ضرورياً في أغلب الأحيان، كما ستراه لاحقاً في الفصول المتعلقة بدراسة مختلف فئات الإعاقات.

##### **ب - إجراء الفحص**

يتم الفحص من أجل التصنيف في عدة مراحل متداخلة في الزمن بصورة أو بأخرى.

##### **المرحلة الأولى: الفحص البدني**

يمكن الفحص البدني من التعرف إلى المواصفات الوظيفية وبالتالي قدرة الرياضي

الحركية، وهو، على حد كبير، قائم على الاختبار العضلي، وإن لم يكن مقتصرًا عليه.



وهكذا، في حالة الإصابات النخاعية والإعاقات المتصلة بها، يكون من المهم جدا معرفة المستوى العصبي المطابق وتحديد طبيعة الإصابة كاملة أو غير كاملة، متناظرة أو لا. وعند الرياضيين المبتورين، يكون من المفيد أحيانا، قياس الجذعة (بقية العضو المبتور) (انظر " الأصناف المدمجة") وعند الرياضيين ذوي الشلل الدماغي من المهم تسجيل درجة التشنج العصبي وتحديد كمي في مستوى الجذع وكل واحد من الأطراف المصابة.

إن تناسق الحركة، في مستوى الأطراف والجذع، ينبغي أن يدرس لا سيما لدى الرياضيين ذوي الشلل الدماغي.

ومن الضروري أن يقاس عند جميع الرياضيين، مدى حركات الأطراف الأربعة عند الحركات الفاعلة والمنفصلة.

وبالنسبة إلى الأشخاص ذوي إصابات النخاع الشوكي فحص الرياضي والحاملين المخلفات شلل الأطفال تتم دراسة مدققة لشكل العمود الفقري وحركته من حيث قوتها وصدقة لذلك ينبغي التثبت من عدم وجود حداب أو جنف أو تصلب مفصلي.

يجرى الاختبار العضلي، أساسا ولكن ليس حصرا، على الرياضيين الحاملين لإصابات نخاعية أو مخلفات شلل الأطفال، ذلك أن أنواعا أخرى من القصور الحركي، ولا سيما المتعلقة بالاختصاصات على الكراسي، يمكن أن تكون معنية أيضا.

عندما يوجد قصور من النوع الشللي، تكون الوظائف العضلية للأطراف الأربعة والجذع مقاييس تقدير رئيسية للتصنيف إن اختيار دانيلزو وورثقتن التقييمي هو الأوسع استعمالا. وفي كثير من الأحيان، هناك اختيارات خصوصية يجب أن يجريها الرياضي بطلب من المختبر مثل الجلوس مستقيما، وإدارة الجذع في الاتجاهين، والانحناء إلى الأمام وإلى الوراء ويمينا وشمالا، والمشي، والجري، والتصفيق، والقفز على قدم أو على قدمين، الخ...

وفناء هذه الاختبار يمكن أن يقوم المختبر بجس بعض العضلات أو مجموعات عضلية المقربة والمبعدة مثلا لتقدير درجة وظيفتها.

وفي نهاية الفحص البدني تطابق القدرات الحركية الكامنة في جل الحالات، مواصفات صنف ما في النظام التصنيفي المعني. ولكن يوجد شك أحيانا، وهنا ينبغي فحص الرياضي من الناحية الوظيفية بالقناعة و/أو على الميدان.

والملاحظ، حسب فلسفة اللجنة الدولية الأولمبية الموازية وفيما يتعلق بفرع ألعاب القوى، أنه عندما يوجد تلك له صلة بالصنف الذي ينبغي إسناده، يجب وضع الرياضي في الصنف الأقل إعاقة منه وليس في الصنف الذي تبدو إعاقته أكثر حدة. وهذا راجع إلى أنه، عند وجود شك، يكون منطقيا أكثر مجازفة بعين الرياضي وليس الصنف كله.

### المرحلة الثانية: العرض الفني وإنه يشكّل الجانب " الوظيفي "

وهذه المرحلة من التصنيف غالبا ما تكون ضرورية بالنسبة إلى جل فئات المعوقين. ويطلب من الرياضي أن يقوم أمام المختبر، بالحركة المطلوبة في المسابقة بكل ما له من قدرات حركية. وتتم الملاحظة المدققة لمختلف المجموعات العضلية المعنية. ويستعمل الرياضي على الكرسي، عند الاقتضاء، نفس كرسي الرمي ونفس الكرسي المتحرك ونفس المثبت ونفس القفازين أو أربطة الساقين، المستعملة أثناء المنافسة. وبالنسبة إلى الرياضيين ذوي الشلل الدماغي، من المهم ملاحظة سرعة الحركة وتناسقها، أيكيف تستخدم أداة الرمي.

يتم إعلام المختبرين بمستوى أداء الرياضي المعهود، الأمر الذي يمكنهم من معرفة ما إذا كان الجهد المبذول عند الاختبار حقيقيا أم لا. وتسجل هذه المعلومات على بطاقة البيانات الخاصة بالرياضي.

وهكذا، في صورة وجود اختلاف هام بين مستويات الأداء المذكورة على البطاقة وتلك المنجزة عند المنافسة، يكون من الضروري إجراء تقييم جديد للرياضي، إذ قد يعني ذلك أن غشا ما قد تم (نسبة الفارق الكبرى المسموح بها بين الأداءين هي 10.%)

ويتولى المختبرون، طيلة العرض الفني مراقبة حركات الرياضي للتأكد من وجود، أو عدم وجود، تقلص عضلي غير مطابق " للرسم العضلي أو

المواصفات الوظيفية للصنف المسند في المرحلة الأولى. وفي هذه الحالة يمكن اتخاذ بعض الإجراءات:

-إما إعادة وضع الرياضي في صنف آخر أكثر ملاءمة لصفاته.  
-وإما إضافة حرف (R) Review إلى الصنف الوقتي ، ويعاد النظر في أمر الرياضي إيان المنافسة (T4R أو LAT1 R مثلا).  
وفي ختام هذه الإجراءات يتم إعلام الرياضي بقرار لجنة التصنيف وكذلك بالمقاييس التي أدت إلى اتخاذه. فالأسباب التي أفضت إلى قرار المختبرين يجب أن تبلغ بوضوح إلى الرياضي الذي ينبغي، مبدئياً، أن يكون مقتنعاً بالصنف الذي أسند إليه.

### المرحلة الثالثة: إعادة الفحص أو Review

يتم عند المنافسات، بالنسبة إلى الأشخاص الذين لا يكون صنفهم واضحاً إثر الفحص الأول أو أولئك المتأرجحين بين صنفين (Borderline). وتسمح هذه المرحلة بالتأكد من أن الصنف المسند على إثر المرحلة الثانية صحيح، وأن الرياضي تم وضعه بالفعل في الصنف المطابق لقصوره. وتجري هذه المرحلة عند أول مسابقة أو حتى بعد ذلك إذا كان الأمر ضرورياً. وإذا لم يكن ذلك كافياً ومازالت هناك شكوك بخصوص الصنف، يكون من الضروري إعادة فحص الرياضي مع اختبار عضلي جديد، ومزيد من الاختبارات الوظيفية لتقدير قدرته الكامنة الحقيقية على الحركة. ومن المهم ملاحظة أنه في بعض الأحيان، يمكن أن يتأرجح الرياضي بين صنفين (في صنف بالنسبة إلى رمي الرمح والجلة وفي صنف آخر بالنسبة إلى رمي القرص).

### 5) الخصائص التنظيمية لفحص التصنيف

من المهم أن يكون حاضراً في الذهن دائماً أن فحص التصنيف يجب أن يكون مقنناً دقيقاً ويستجيب للشروط التالية:

-إجراء الفحص، إذا أمكن، ولا سيما بالنسبة إلى ذوي الشلل الدماغي، من قبل لجنة مكونة من 3 أشخاص:

\* طبيب.

\* أخصائي في العلاج الطبيعي.

- تم الفحص قبل وقت كاف من المنافسات.

- يجب أن يكون الفحص دقيقا ومطابقا للإجراءات الوارد بيانها سابقا.

- يجب أن يكون المترشح في زي رياضي ، بألوان فريقه إذا أمكن، وحاملا معه وثائق التعريف (جواز السفر ، الإجازة الرياضية ، إلخ ...).

- يكون الرياضي مرفوق بمدربه و / أو شخص يتولى الترجمة، إذا كان ذلك ضروريا.

-يجرى الفحص بالنسبة إلى الكشف البدني، في قاعة متسعة و مضاءة بالقدر الكافي، وملائمة التجهيز طاولة فحص كرسي ، كرسي متحرك ، إلخ....)

- إثر ذلك ، وإذا كان الأمر ضروريا ، تتم مراقبة الرياضي على الملعب لتأكيد الصنف الذي سبق إسناده.

-إذا لم يتسن ، في نهاية إعادة الفحص (Review) تأكيد الصنف ، يتم إجراء مراقبة إضافية أثناء المنافسة.

-في النهاية يتم إعلام الرياضي كتابيا بالصنف المسند إليه مع كل التوضيحات اللازمة.

## 6 وثيقة التصنيف

لكل اتحاد رياضي دولي وثيقة تصنيف خاصة (انظر الملحق) تلائم فئة الإعاقة المنوطة به.

وينبغي أن تتضمن هذه الوثيقة ذات الخصوصية بالنسبة إلى كل نظام تصنيف، الإشارة إلى صنف الرياضي وصفاته السريرية والوظيفية ذات الصلة بإعاقته.

كما ينبغي أن تملأ هذه الوثيقة بوضوح وتوقع من قبل أعضاء لجنة التصنيف عند فحص الرياضي يتم إجراؤه بمناسبة منافسة دولية.

تسلم نسخة من الوثيقة للرياضي أو من يمثله، ويحتفظ بأخرى لدى كتابة لجنة التصنيف الدائمة التابعة للاتحاد المعني.

## المحاضرة الرابعة:

### الرياضيون ذوو الشلل الدماغي

### (C.P-I.S.R.A)

#### أ - الأسباب والخصائص السريرية

الإصابة بالشلل الدماغي ناجمة عن إصابة في الدماغ حدثت في الفترة السابقة أو المتزامنة أو اللاحقة للولادة (من الحمل إلى سنتين حسب ج. تارديو)، وتؤدي إلى قصور حركي غير متطور، حصري أو سائد.

وتشتمل الإعاقة الحركية، بدرجات متفاوتة، على اضطرابات للوضعية والحركة وفي بعض الحالات اضطرابات خصوصية للوظائف العليا (اضطرابات كبة، حسية، لا أدائية، إلخ...) ويتوقف الجدول السريري، وهو شديد الاختلاف، على تحديد مكان الإصابات وموضعها في مستوى الدماغ.

#### 1) دراسة الأعراض

- الاضطرابات الحركية هي الأعراض المفاتيح. إنها مركبة وتشتمل على:
- صعوبات التحكم في الحركة وتنظيمها ومراقبتها (اضطرابات التتاسق أو (الرنج).
  - الضعف العضلي.
  - تصلب الأطراف (التوتر المفرط للعضلات) الناجم عن شدة رد الفعل التمديدي بمكوناته الثابتة والمتحركة، المصحوب بانفعالات عظمية وترية مفرطة.
- الكنع:** اضطراب المراقبة الوضعية، المصحوب غالب بحركات لا إرادية عند الوضعية والحركة محدودة المدى والسائدة عند نهايات الأطراف وتتضم إليها في كثير من الأحيان اضطرابات في الكلام بانقباض العضلات الصوتية.

ويمكن ملاحظة اضطرابات أخرى لا سيما:

- اضطرابات حسية من نوع عدم التعرف إلى نصف الجسد عند بعض ذوي الشلل النصفي.

- اضطرابات في الرؤية.

- صعوبات في اكتشاف المعطيات الفضائية (لا) أدائية بصرية بناءة)

- صعوبات في تحليل الصور أو الأشياء، غير الناجمة عن مشاكل في حدة البصر (العمه).

-الصرع ويكون القصور الذهني عادة خفيفا أو غائبا تماما.

## (2) الجداول السريرية

حسب طوبوغرافية العاهات الحركية يلاحظ وجود جداول سريرية مختلفة m

- الشلل الشناجي المزدوج أو مرض ليتل: يكون كل الجسم مصابا على أن الطرفين السفليين أكثر تضررا من الطرفين العلويين. وتتجسم الإصابة الحركية بطرفين سفليين يكون فيهما الفخذان مقربين وذوي دوران داخلي، والركبتان والخاصرتان في حالة انثناء، مع فقد بالقدمين لا يلمس عقب القدم الأرض، وذلك عند الانتصاب وقوفا. ويكون التحكم في الرأس جيدا عموما، وإصابة الطرفين العلويين خفيفة وتبرز فيشكل رعاش خفيف وخرق (عدم المهارة).

- شلل نصفي سفلي (نادر) عند ذوي الشلل الدماغية مع إصابة للطرفين السفليين حصرا.

- شلل ثلاثي: القصور محصور في الطرفين السفليين وطرف علوي

- شلل رباعي: الإصابة تمس الجسم كله. وهنا يكون الاضطراب شديدا ويشمل قصورا وضعي اللجذع وتحكما ضعيفا في الرأس وتصلبا شديدا في الأطراف (الشناج).

وتتضم إلى القصور الحركي في كثير من الأحيان اختلاجات وانحرافات في النطق أو الكلام وفي التناسق البصري.

- الشلل الدماغية النصفي السفلي: تكون ناحية واحدة من الجسم مصابة ويمكن أن تمس الإصابة كذلك الوجه، وتكون سائدة في الطرفين العلويين

مع وضعية انثناء للمرفق والمعصم وصعوبات في مسك الأشياء بملقط الإبهام - الأصابع.

- شلل أحادي: يتعلق بأحد الأطراف الذي يكون في أغلب الأحيان طرفا علويا. وفي جميع الحالات تكون هذه الإصابة مصحوبة بشنّاج (تشنج مفرط عضلي في المواضع المعنية التي تشكو من ردات فعل عظمية - وترية شديدة بالنسبة إلى الحالة العادية).

### (3) أسباب الشلل الدماغي

أسباب الشلل الدماغي متعددة ويمكن إجمالها في فئات ثلاث:

- أسباب ما قبل الولادة مثل:

إصابة الأوعية الدماغية والتشوه الدماغي وعدم تلاؤم فصائل الدم.

- أسباب عند الولادة مثل:

الولادة المبكرة واليرقان وتضرر الدماغ (اضطراب توليدي، الولادة الشاقة

-أسباب ما بعد الولادة مثل:

التهاب السحايا والاعتلال الدماغي، الرضح الدماغي، علاج الورم (العلاج الكيماوي الجراحة..) المرض الاستقلابي، التسمم، سوء التغذية ويتوقف مبحث الأعراض على تموضع الإصابة:

• إصابة قشرة الدماغ تعطي جدول شلل رباعي

• إصابات النواتات الرمادية المركزية (اليرقان) يعطي جدول كنع

(الرعاش + الانقباض).

• إصابة نصف كرة الدماغ يمكن أن يعطي شللا نصفيا والولادة المبكرة

تتسبب بالخصوص في الشلل الشنّاجي المزدوج.

### ب- مسار التصنيف

يخضع تقييم الرياضي الحامل للشلل الدماغي إلى تمش موضوعي ودقيق، وهو من اختصاص المصنفين ذوي الكفاءة المعتمدة من حيث المبدأ، ومثلما هو معمول به في المنافسات المنظمة تحت إشراف الجمعية الدولية لرياضة وترفيه المعوقين ذوي الشلل ال دماغي (CP-ISRA) فإن لجنة التصنيف ينبغي أن تضم طبيبا وأخصائيا في العلاج الطبيعي وفنيا. ويكون كمايلي:

## 1- المرحلة الأولى:

تأكيد وجود شلل دماغي بواسطة استجواب وفحص عصبي يجريهما الطبيب، ويهدف ذلك إلى:

- إضفاء الموضوعية على الشناج وحيوية ردادات الفعل العظمية الوترية في الأطراف المصابة.

- تأكيد وجود اضطرابات في التناسق وحركات رعاش محتملة.

- استبعاد أمراض أخرى بإمكانها أن تكون متسببة في القصور الملاحظ، مثل السنسنة المشقوقة (سبينيا بيفيدا) وشلل الأطفال وإصابة الضفيرة العضدية (Atteinte du plexus brachial) والإعتلال العضلي (Myopathie)

إن غياب ردادات الفعل العظمية الوترية) ردادات فعل فائرة و / أو انعدام الشناج يعنيان عدم وجود شلل دماغي. وفي الشلل الدماغي لا يوجد عادة قصور ذهني لكن استخدام الكلام يمكن أن يكون تعبير وحتى غائبا لدى بعض الأشخاص الذين تكون إصابتهم جسيمة.

والخلاصة أن القصور الحركي الناجم عن إصابة غير متطورة في الدماغ، يؤكد الفحص في هذه المرحلة، ويكون في جل الحالات منجرا عن شلل دماغي. لكن ذلك يمكن أن يكون ناجما أيضا عن إصابة مشابهة من نوع الإصابة الإقفارية أو الرضحية أو الجراحية للدماغ.

## 2) المرحلة الثانية:

إخضاع الرياضي لسلسلة من الاختبارات لاستكشاف القوة العضلية والشناج والتناسق والرعاش.

## 3) المرحلة الثالثة:

اختيار الصنف ثم الإعلام المعلل للرياضي به.

## 4) المرحلة الرابعة:

إعادة النظر المحتملة في أمر الرياضي على الميدان وعند المسابقة.

ومن المهم مراقبة الرياضي خارج فحص التصنيف، خلال التدريب وأحيانا عند المسابقة لاكتشاف تمويه أو غش محتمل.



## ج- فحص الرياضي

يجب أن يجرى الفحص، إذا أمكن، في قاعة متسعة بما فيه الكفاية (قاعة رياضة مثلا) لتمكين الرياضي من الجري أو دفع كرسيه المتحرك، أو القفز أو رمي شيء ما بأقصى قدراته في سلامة تامة.

يستحسن أن تكون الأرضية من الخشب أو من مادة اصطناعية كي لا يصاب الرياضي بألم عند الوقوع.

يجب أن يحضر المترشح في زي رياضي سروال قصير وقميص) كي يتسنى رؤية أطرافه عارية، وينبغي أن يحمل بطاقة هوية ويمكن أن يرافقه مدربه أو شخص آخر لتأمين الترجمة. يكون الرياضي في كثير من الأحيان متوترا، وهذا من شأنه أن يضخم مبحث أعراضه وخصوصا الشناج والرعاش. يقدم الفاحص نفسه للرياضي ويحييه بمصافحة حارة ويلطف الجو بكلمات طيبة، وقد تبين أنه من الضروري أحيانا إرجاء موعد الفحص لتمكين الرياضي من الاستجمام من أتعاب سفر منهك.

وخلال الاستجواب، ينبغي التفكير في استقاء معلومات عن تناول الأدوية وعند الاقتضاء، عن وقت الجرعة الأخيرة.

يجب أن يكون الفحص منهجيا ومعقما، ولو كان الصنف واضحا منذ الوهلة الأولى.

وأخيرا، كلما طلب من الرياضي إنجاز حركة، يتعين توضيحها له والتأكد من فهمه لذلك.

### 1) فحص رياضي على الكرسي

من المهم في المسابقات على الكراسي، فحص الأطراف العليا وخصوصا اليدين، وتقييم الشلل أو الضعف العضلي والشناج والحركات الرعاشية ومدى الحركات واضطرابات التناسق والتوازن الوضعي والحيوي.

يجب ملاحظة وضعة الجذع والتحكم في الرأس وحركات عضلات الوجه ويتم فحص الأطراف دوما على نحو تناظري، ولكن مع الإلاحاح على الجهة المصابة.

## أ- فحص الأطراف العليا

تقدير المدى والحدود المحتملة، الفاعلة والمنفصلة، للحركة في مستوى مختلف المفاصل:

**الكتف:** اختبار هـ هذه المفاصل على نحو تناظري بأن يطلب من الرياضي القيام بحركات مختلفة متعاقبة أو متزامنة، بتأن ثم أسرع فأسرع (الذراعان إلى الأمام، إلى الورا، متباعداً، حركات جانبية).

**المرفقان والمعصمان بنفس الطريقة:** لمس الأنف بالسبابة على نحو تناضري، مع حركات ثني ومد متعاقبين للمرفقين، بطريقة أسرع فأسرع. **اليدان:** حركات متعاقبة أو متزامنة الكف) إلى أعلى، الكف إلى أسفل) بطريقة أسرع فأسرع.

- فتح / غلق الأصابع أسرع فأسرع (المباعدة والضم) ثني الأصابع ومدتها بصفة متعاقبة. ضرب اليدين (كما يتم في التصفيق).

- فرك يد على أخرى.

- حركات ملامسة متتابعة للإبهام وأصابع اليد الأخرى على نحو أسرع فأسرع.

- حركات الأصابع، مثل عزف البيانو، في مستوى الفخذ، بطريقة تناظرية.

مسك أشياء (كرة مضرب، قرص، كيس رمل، رمح)، أثقل فأثقل.

- دراسة مسك الأشياء.

- دراسة إطلاق أو رمي الأشياء.

- القدرة على إمساك شيء مقذوف في الهواء بقوة أو دونها.

## - فحص الجذع والأطراف السفلى

- محاولة رفع الرياضي عن كرسية.

- تقدير توازن الجذع الثابت والمتحرك هل توجد تحديات؟

- تقدير مدى مختلف حركات الجذع إلى الأمام، إلى الورا، جانبياً،

دائرياً)، وكذلك القوة العضلية لعضلات البطن والعمود الفقري.

- تقدير التوازن الثابت والمتحرك لوضعية الوقوف، إذا كان الرياضي قادراً

على ذلك هل يستطيع أن يخطو بعض الخطوات بصفة ذاتية؟

- عند دفع الكرسي، يطلب من الرياضي أن يتحرك على الكرسي بصفة أسرع فأسرع، مع عمليات توقف ورجوع، ومراقبة توازنه جالسا وطريقة استخدامه لكرسيه المتحرك.

## (2) فحص رياضي متنقل

إن إجراءات فحص الأطراف العليا والجذع هي نفسها المتبعة مع الرياضيين على الكراسي، إلا أنه بالنسبة إلى هذه الفئة من الرياضيين ينبغي القيام بفحص معمق للأطراف السفلى التي هي بشكل أو بآخر تؤدي وظيفة عند المنافسات الرياضية المعنية (جري، انطلاق، قفز...).

- يدرس المدى المفصلي، وينظر هل هناك تحدييدات في الحركات المنفعلة أو الفاعلة؟

- يقدر التوازن الثابت على القدمين، ثم على قدم واحدة (العينان مفتوحتان ثم مغمضتان).

- تختبر درجة التوازن بالقيام بدفعات أو جذبات وجيزة على جسم الرياضي.

- يراقب الرياضي وهو يمشي على نحو متسارع.

- يطلب من الرياضي أن يجري ثم يتوقف فجأة عن الجري.

- ويطلب منه أن يقفز على القدمين، ثم على قدم واحدة وهو في مكانه، ثم وهو ينتقل بسرعة متزايدة

- يطلب من الرياضي أن يمشي ويجري وينط وهو متراجع إلى الخلف.

- يطلب منه أن يمشي على باطن القدمين ثم على مؤخرة القدمين.

- يطلب منه أن يقفز في الهواء مع القيام بدورة عمودية ذات 90 درجة ثم 180 درجة. يطلب منه، وهو مستلق على الأرض، أن ينهض فجأة من الناحية اليمنى ثم من الناحية اليسرى مع الشروع في عدو. سريع. ثم بتقاطع القدمين إلى الأمام وإلى الخلف بالتناوب... الخ.

### 3) تقدير الانقباض

يقدر الانقباض في مستوى الأطراف ويمكن تحديده كميًا حسب السلم التالي  
(سلم اشو ورث):

الدرجة 1: انقباض عضلي عادي.

الدرجة 2: ارتفاع خفيف في الانقباض يعطي إحساسًا بالتشابك عند تحريك  
المفصل المعني.

الدرجة 3: ارتفاع ملحوظ في الانقباض، لكن العضلة تمتد بسهولة.

الدرجة 4: ارتفاع قوي في الانقباض، والحركة المنفصلة صعبة.

الدرجة 5: القسم المصاب متصلب تمامًا، فالثني والمد مستحيلان

#### د - مواصفات الأصناف

CP-ISRA Handbook Section 5 classification Profiles Section 6.6,  
Track and Field

سنناول تصنيف الرياضيين ذوي الشلل الدماغي كما وضعته الجمعية  
الدولية لرياضة وترفيها الأشخاص ذوي الشلل الدماغي (CP-ISRA).

هذا التصنيف هو، بالأساس، من النوع الوظيفي، وتوجد به (8) ثمانية  
أصناف من C1 إلى C8 الأصناف من 1 إلى C4 تهم الرياضيين  
المتقلين.

هذا التصنيف، خلافًا للتصنيفات الأخرى، هو نفسه بالنسبة إلى جميع  
الاختصاصات الرياضية الممارسة من قبل الرياضيين ذوي الشلل الدماغي.

ولهذا النظام خصوصية أخرى تكمن في عدم وجود تواصل بين الأصناف  
C5 و6 و7 وC، في درجة الإصابة. لذلك فإن الأصناف مرتبة في سلم حدة

الاضطرابات الحركية الناجمة عن الإصابة الدماغية، على النحو التالي:

**C4-- C3-- C2-- C1**

**C8---C5, C6, C7**

ومن المهم كذلك إدراك أنه داخل نفس الصنف، يكون الأفراد في كثير من  
الأحيان غير متماثلين. وهذا من شأنه أحيانًا أن يحدث التباسًا في ذهن  
الرياضيين أو مؤطريهم. ويكون على المصنف إذن أن يشرح بوضوح  
مواصفات الأصناف الموالية كلما كان ذلك ضروريًا.

## الصنف C1 الشلل الرباعي

إنه الصنف الأشد إصابة الشناج فيه من درجة 4 إلى 3+، مع أو دون رعاش أو مع مدى حركي محدد وضعف عضلي في مستوى الأطراف الأربعة والجذع.

وخلاصة القول إن الأمر يتعلق بشخص ذي رعاش حاد، مع أو دون شناج (فرط التشنج العصبي) وهو ضعف عضلي واضطراب في التوازن.

إن هناك حاجة إلى كرسي كهربائي أو مساعدة على التنقل على الكرسي، إذ يوجد عجز عن التنقل على الكرسي المتحرك، بصفة ذاتية.

### الأطراف السفلى

تعتبر غير وظيفية في جميع الرياضات، وهذا ناجم عن تحديد كبير في المدى المفصلي وفي القوة العضلية و / أو عن اضطرابات في التوازن.

### الجذع

التحكم في الجذع على المستويين الثابت والمتحرك، محدود جدا أو غير موجود. هناك صعوبة كبيرة في تحريك الجذع من الأمام إلى الورا وفي تعديل الجذع عند النشاطات الرياضية.

### الأطراف العليا

التحديدات الجسمية لمدى الحركات و / أو الرعاش القوي عاملان محددان في جميع الرياضات، وضعف حركة الرمي جلية. إن تحريك الإبهام نحو إصبع آخر ممكن أحيانا ويمكن صاحبه من عملية المسك (ملقط).

### العدو

هذا الصنف يحدده فقط عدم قدرة الشخص على الدفع اليدوي لكرسيه، لذلك ينبغي أن يحركه شخص آخر أو أن يتحرك كهربائيا.

والدفع اليدوي، إذا كان ممكنا، ليس ناجعا. ويوجد إشكال في صورة ما إذا كان للشخص المستعمل للكرسي المتحرك كهربائيا بعض القدرات الوظيفية في مستوى الذراعين واليدين.

ففي هذه الحالة، تكون وظيفتها عاملا حاسما في تقدير إمكانية وضع هذا الشخص في صنف أعلى.

### **المسابقات**

تحددها الوظيفة الضعيفة جدا لليد عند رمي "الكلوب" أو الجلة أو القرص. يمكن أن يكون للشخص وظيفية ما لليد في حالة الثبات لكنها غير كافية عند الرمي نظرا للرعاش أو الشناج القوي. فأفراد الصنف C1 لا يشاركون في مسابقات ألعاب القوى.

### **الصنف C2**

#### **الشلل الرباعي**

اضطرابات الانقباض، معتدلة أو حادة، شناج من الدرجة 3، مع أو دون رعاش.

ذوو رعاش حاد أو ذوو شلل رباعي مع قيمة وظيفية جيدة للجهة الأقل إصابة قوة ضئيلة لجميع الأطراف والجذع، لكن هؤلاء الرياضيين قادرين على دفع الكرسي المتحرك.

### **الطرفان السفليان**

إذا كانت القيمة الوظيفية لأحد الطرفين السفليين أو لكليهما تسمح بدفع الكرسي المتحرك بالقدم يدخل الرياضي بصفة آلية في الصنف C2 "سفلي منتقلون".

### **التحكم في الجذع**

تحكم في الثبات لا بأس به، ومشاكل حادة في التحكم الحركي للجذع الاضطرار إلى استخدام الطرفين العلويين و / أو الرأس للانتصاب.

## الطرفان العلويان (اليدان)

اضطرابات في التوتر، من معتدلة إلى حادة وشناج من الدرجة 3. إذا كانت وظيفة الذراع واليد مطابقة للوظيفة الموصوفة للصف C1 سيكون الطرفان السفليان هما اللذان يمكنان من اتخاذ القرار بأن الصف C2 هو الأنسب.

إن رياضياً من الصف C2 علوي قادر عادة على مسك شيء أسطواني أو كروي، ويمكنه إثبات خفة يد كافية لمعالجة الكرة باليد ورميها، لكن ستكون له صعوبات في إرخاء قبضته.

ينبغي اختبار حركات الرمي لتحديد أثرها على وظيفة اليدين. كما يمكن اختبار دفع الكرسي المتحرك بواسطة الطرفين العلويين. يتقلص مدى الحركة على نحو معتدل فحاد. لذلك تكون وظيفة اليد هي العنصر الحاسم.

### السباقات

#### الصف C2 سفلي:

دفع الكرسي بالقدم. بإمكان الرياضي دفع كرسيه إلى الأمام أو الوراء. ولكن فقط باستعمال قدميه.

#### صف C2 علوي:

دفع الكرسي بذراع واحدة أو بالطرفين العلويين. وتحد من الدفع صعوبات التحكم في الأطراف و /أو شناج من الدرجة 3.

## الرمي

الرياضيون الذين يستعملون أطرافهم السفلى يقومون بدفع أو قذف الأداة بأقدامهم. والرياضيون

الذين يستعملون أطرافهم العليا لهم تحكم محدود في حركاتهم، لكنهم قادرون على القيام بحركة شبيهة بحركة الرمي.

ويمكن أن يشارك الرياضيون في المسابقات ضمن الصف الأعلى وضمن الصف الأدنى معاً.

### الصف C3

الأشكال المعتدلة من الشلل الرباعي والثلاثي، أو الحادة من الشلل النصف على الكراسي المتحركة بقوة عضلية وظيفية شبه كاملة في الطرف العلوي السائد، يمكنهم دفع دون مساعدة.

#### العضوان السفليان:

شناج من الدرجة 3 إلى 4. هؤلاء الرياضيون قادرون على القيام بالتنقلات تنقلات الحياة اليومية بأنفسهم ويمكنهم المشي مسنودين بشخص آخر أو بأدوات مساعدة.

#### التحكم في الجذع

تحكم لا بأس به عند دفع الكرسي. إلا أن توترية العضلات الباسطة تحد في كثير من الأحيان من انحناء الجذع إلى الأمام عندما يقوم الرياضي بدفعات قوية. كما يمكن ملاحظة حركات للجذع خلال الرمي لتصحيح الوضعة، في حين أن حركات الرمي تتم بالخصوص انطلاقاً من الذراع. وهذا عامل مهم في القدرة غير التنقلية.

فالدوران محدود أو منعدم والشناج من الدرجة 2 إلى 3+.

#### الطرفان العلويان

تحديد معتدل. شناج من الدرجة 2 إلى 3 في الذراع السائدة. ومن ثم الحد من البسط (التمديد) ومن متابعة الحركة.

#### القيمة الوظيفية لليد

حركات اليد الخاصة بالمسك والإرخاء بطيئة ومجهدّة عادة. تستطيع اليد السائدة الإمساك بشيء أسطواني أو كروي، لكن القدرة على إرخاء القبضة أدنى بكثير مما هو عند رياضيي الصف C4.

#### السباقات

يمكن أن يثير تصنيف رياضي إشكالا عندما يضعه تحركه على الكرسي في منزلة وسطى بين الصنفين C3 و C4. ويكون العاملان الحاسمان هما



تحرك الجذع عند دفع الكرسي ووظيفة اليدين. فإذا كان الرياضي غير قادر على القيام بحركات سريعة للجذع، ولا على القيام بدفعات مطولة ومتناظرة مع مسك وإطلاق سريعين للعجلة، يكون من الصنف C3.

ويمكن للرياضي الذي يستعمل ذراعاً واحدة لدفع الكرسي، أن يقوم بدفعات مطولة بالذراع السائدة مع مسك وإطلاق سريعين، ويكون، مع ذلك، ضمن الصنف C3.

### الرمي

في بعض الحالات، الرياضي ذو الشلل النصفي، مع شناع من الدرجة 4 إلى 3 في الطرف العلوي ووظيفة شبه عادية للطرف السائد، أو الرياضي ذو الشلل المزدوج اللامتناظر، من الأفضل أن يكونا في الصنف C4.

إلا أنه يجب فحص حركة الجذع عن كثب ذلك أنها تشكل في كثير من الأحيان العامل الحاسم. وفي جميع الأحوال، يتم اتخاذ القرار النهائي بمراقبة الحركة وسريانها والارتخاء. ويمكن أحياناً اعتراض حالات يصعب تحديدها.

### الصنف C4

#### ذوو الشلل المزدوج، المعتدل أو الحاد

قوة وظيفية طيبة في مستوى الأطراف مع تحديدات دنيا. ويمكن ملاحظة صعوبات تحكم في الأطراف العليا والجذع.

#### الطرفان السفليان

اضطرابات توتيرية، من معتدلة إلى اده في الطرفين السفليين. شناع من الدرجة 3 إلى 4 يجعلهما غير وظيفيين للمشي مسافات طويلة دون أدوات مساعدة. هؤلاء الرياضيون يختارون عادة ممارسة الرياضة على الكراسي المتحركة.

### الجذع

تحديدات دنيا لحركات الجذع. شناع من الدرجة 1 إلى 2. عند دفع الكرسي والرمي يمكن أن يؤدي التعب عند بعض الرياضيين، إلى ارتفاع الشناع، لكن هذا المشكل يمكن للرياضي تجاوزه باتخاذ وضع سليم. التوازن في حالة الوقوف غير جيد حتى مع الأدوات المساعدة.

## الطرفان العلويان

القوة الوظيفية للطرفين العلويين عادية في الغالب، ويمكن وجود تحديد أدنى في مدى الحركات ولكن يلاحظ متابعة للحركة واندفاع طبيعيان عند الرمي أو الدفع.

### وظيفة اليد

تقابل أسطواني / كروي عادي ومسك عادي في جميع الرياضات التحديدات الوحيدة، إن وجدت، تظهر خلال إنجاز المهام الحركية السريعة والدقيقة. يجب عدم نسيان أن الشلل المزدوج يجعل الشناج في الطرفين السفليين أشد مما هو في الطرفين العلويين. وعند إجراء فحص دقيق يمكن ملاحظة شناج ما من الدرجة 2، ولا سيما في الحركات الوظيفية لليدين والذراعين والجذع.

### السباق

الرياضي قادر على القيام بدفعات طويلة وقوية مع حركات شد وترك سريعة، إلا أنه من النادر أن يتعلق الأمر بحركات يدين رقيقة، علما أن هذه الحركات الرقيقة ليست أساسية، خلال الدفع. إن دفع الذراعين تساعده حركات الجذع القوية من الأمام إلى الوراء. وعندما لا تتم هذه الحركات يكون الجذع في توازن ويشكل سندا قويا لحركة الذراعين. وعندما يدخل الكرسي المتحرك منعرجا يتبع الجذع الكرسي دون أن يفقد توازنه.

### الرمي

في مسابقات الرمي يقوم الجذع بحركة متشعبة، قوية وسريعة. الحركة متشعبة، لأنها تتطلب تناسق حركات الدوران، والجاذبية والثني والمد (وهي أشد تشعبا مما هي أثناء دفع الكرسي). في هذه الحالة يمكن أن ينجم عن الشناج الخفيف للجذع والتأثير السلبي للطرفين السفليين شديدي الشناج، اختلال ما في التوازن عند القيام بحركة قوية وسريعة. يمكن أن تبرز بعض الصعوبات ف الحركات الرقيقة عند إطلاق القرص ويقدر أقل الرمح. وصعوبات قليلة عند رمي الجلة.

بالنسبة إلى الحالات المتأرجحة بين الصنفين 4 و5، C، يختار الرياضيون بأنفسهم، في الغالب، أن يسابقوا في هذا الصنف أو ذاك إذا كانوا مقبولين

وظيفيا. فذو الشلل النصفي على كرسي متحرك مع ذراع وظيفية يمكن أن يكون مرصما بالصنف C4 لمسابقات الرمي والقفز.

### الصنف C5

ذوو الشلل المزدوج المعتدل، المتناظر واللامتناظر (يمكن أن نرى كذلك ذوي شلل ثلاثي في هذا الصنف).

يكون هؤلاء الرياضيون في حاجة إلى أدوات مساعدة للمشي. فالزحزحة الخفيفة لمركز الثقل تتسبب في فقدان التوازن.

### الطرفان السفليان:

شناج من الدرجة 3، اضطرابات توتيرية في أحد الطرفين أو كليهما، الأمر الذي قد يجعل من الضروري استعمال أدوات مساعدة للمشي. يمكن أن يكون الرياضي من الصنف C5 قيمة وظيفية كافية للعدو على المضمار. وإذا لم يكن هذا ممكنا فإن الصنف C 4 قد يكون أنسب.

### التوازن

التوازن الثابت عادي بصورة عامة، لكن توجد صعوبات في التوازن المتحرك لا سيما في حركات الرميات القوية والسريعة.

الطرفان العلويان في هذين الطرفين يمكن أن تظهر اختلافات شتى وكثيرا ما توجد صعوبات في القيام بالرمي، إلا أن القوة تكون بصورة عامة في الحدود العادية.

### وظيفة اليد

إمساك الأشياء الأسطوانية والكروية وإطلاقها عاديان بالنسبة إلى اليد السائدة وهذا في جميع الرياضات.

### الرمي والقفز

التوازن المتحرك والوظيفة عند الوقوف، أثناء ممارسة الرياضة، مع أو دون أدوات مساعدة يثير أن مشاكل كبرى، ومع ذلك فإن رياضيي الصنف C5.

يمكنهم القيام بعدو والانطلاق في هذه المسابقات.

### السباقات

بعض الرياضيين ذوي الشلل المزدوج مع شناج من الدرجة 2 إلى 3 قادرون على العدو.

## الصف C6

ذوو الرعاش المعتدل أو ذوو الإصابات الخفيفة من الرنج (اضطرابات تناسق الحركة)

هؤلاء الرياضيون قادرون على المشي دون أدوات مساعدة. والعامل المسيطر هنا هو الكنع (الرعاش + الانقباض). غير أن بعض الرياضيين المتقلبين ذوي الشلل الرباعي والمصابين بالشناج، يمكنهم الانضمام إلى هذا الصف. توجد صعوبات وظيفية بثلاثة أطراف أو أربعة للحركات الخاصة بالرياضة.

وبصورة عامة، فإن رياضي الصف C6 لهم صعوبات تحكم في الأطراف العليا أكثر من رياضي الصف C5، إلا أن وظيفة أطرافهم السفلى أفضل خلال العدو.

## الطرفان السفليان

يمكن أن تختلف و، وظيفتهما إلى حد كبير وفقا لما تطلبه الرياضة من المهارة. وقد يوجد اختلاف ملحوظ بين كيفية كل من المشي والجري عند ذوي الرعاش ويكون عدو الانطلاق في الرمي ممكنا.

## التوازن

يمكن أن يكون التوازن الحركي، في بعض الحالات، أفضل من التوازن الثابت. وجود الشناج عادي في هذه الفئة.

لذلك ينبغي عدم اعتباره عاملا يسمح بوضع الرياضي في الصف C5.

## الطرفان العلويان والتحكم في اليد

يمكن أن يكون المسك والإطلاق متضررين بصفة ملحوظة عند ذوي الرعاش المعتدل أو الحاد أثناء الرمي.

وكلما كان الشناج أكثر حدة، كانت التحديدات أهم عند أداء الحركة والحفاظ على التوازن في نهاية الرمي.

## العدو

يتسبب الرعاش في عدم الاستقرار والقدرة على الثبات. لذلك قد توجد صعوبات عند الانطلاق، إلا | أن حركات الارتعاش هذه تقلص عند الجري.

وعندما يجعل الرعاش الثبات مستحيلا، تكون الحركات الانفجارية صعبة الأداء كذلك. وهذا واضح عند القفز الطويل رغم أن للرياضي سرعة جيدة، فإن ارتفاعه يكون ضعيفا المسافة التي تعطيها القفزة محدودة.

### القفز والرمي

تتطلب مسابقات الرمي حركات انفجارية، ولنفس الأسباب كما هو الشأن بالنسبة إلى العدو، فإن ذوي الرعاش لهم صعوبات على المستوى الانفجاري. وهذا خاص برمي الجلة.

الرياضيون ذوو الرنح اضطرابات) تناسق الحركة لهم أيضا صعوبات ولكنها أقل حدة.

### الطرفان العلويان

كلما كانت درجة الشناج أرفع، تكون التحديدات أكثر أهمية عند أداء الحركة والحفاظ على التوازن بعد الرمي.

## الصف C7

### ذوو الشلل النصفي المتنقلون

لرياضيي الصف C7 شناج من الدرجة 2 إلى 3 في ناحية من الجسم. إنهم يمشون دون أدوات مساعدة، لكن شناج الطرف الأسفل يؤدي في الغالب إلى عرج.

في حين أن القيمة الوظيفية لناحية الجسم السائدة جيدة.

### الطرفان السفليان

شلل نصفي مع شناع من الدرجة 2 إلى 3. أداء أفضل ومتابعة جيدة للحركة في الناحية السائدة عند المشي والعدو. لا يدخل ضمن هذا الصنف ذوو الرعاش المعتدل إلى الأدنى.

### العضوان العلويان

التحكم في الذراع واليد متضرر بالناحية غير السائدة فقط. والتحكم الوظيفي في الناحية السائدة جيد.

### العدو

عند المشي، يكون الرياضي الصنف C7 عرج بالناحية المصابة. وعند العدو، يميل العرج إلى الاختفاء شبه التام. والسبب هو أن الساق عند العدو تتكئ على القسم الأمامي من القدم، بينما يكون الاتكاء عند المشي على عقبي القدمين بالخصوص. ومن هنا جاءت الصعوبات لدى الأشخاص ذوي خزل (شلل جزئي) شناعي.

عند المشي، تكون الذراع المصابة ممددة طيلة الوقت تقريبا. بينما تكون الذراعان عند الجري في حالة انثناء للمرفق. وهكذا، عند الجري، يوجد فرق ضئيل في وضع الذراعين مقارنة مع الشخص العادي. لكل هذه الأسباب، تكون حركة المفلوج (المصاب بشلل نصفي) شبه عادية خلال الجري.

إلا أن التجربة أثبتت عند الرياضيين تحديات ناجمة عن الشناع أثناء الحركات السريعة، إضافة إلى اضطرابات في التناسق أثناء حركات الجذع.

### الرمي والقفز

في مسابقات الرمي، يشكو الرياضي المفلوج (ذو الشلل النصفي من انثناء للخاصرة من الناحية المصابة عوضا عن التمديد المعهود، وبالتالي يحدث دوران ما للجذع فقداننا لخفة الحركة عند الرمي.

أثناء رمي الرمح يبرز الانتقال من عدو الانطلاق إلى طور الرمي، صعوبات واضحة.

### الصنف C8

الشكل الأدنى للشلل المزدوج، وذوو الشلل الأحادي وذوو الرعاش الخفيف. هذا الصنف مخصص لذوي الشكل الأدنى من الشلل المزدوج مع رعاش من الدرجة 1 إلى 2، وذوي الشلل الأحادي وذوي الرعاش الخفيف.

هؤلاء الرياضيون قادرون على الجري والقفز بحرية (مع عرج) دون استعمال الأحذية أو أدوات مقومة.

يمكن أن تكون لهم إعاقة وظيفية خفيفة لعدم التناسق، الأحيان، في مستوى اليدين، أو فقدان خفيف للتناسق بإحدى الساقين أو قصر خفيف في وتر أشيل.

### الإعاقة الدنيا

من البديهي أن الإعاقة الحركية، عند جميع الأفراد التابعين لهذا الصنف من الرياضيين، يجب أن تكون ناجمة عن قصور عصبي مركزي بسبب إصابة دماغية غير متطورة من نوع الشلل الدماغي أو الرضح أو الإقفار أو ما شابه ذلك. ويقتضي ذلك بالضرورة إثبات وجود الشناج، الإفراط في ردادات الفعل العظمية الوترية، اضطرابات التناسق و / أو الرعاش، في المناطق المصابة.

وهكذا فإنه من الضروري ملاحظة وجود عرض أساسي وآخر ثانوي على الأقل، من بين الأعراض التالية:

### الأعراض الأساسية

1. علامة بابنسكي واضحة، أحادية أو ثنائية
2. حركات ارتعاشية أحادية أو ثانوية
3. منعكسات حادة أو اختلاف واضح للمنعكسات العظمية الوترية بين الجانبين الأيمن والأيسر.

4. رعاش أو رنج واضحان

### الأعراض الثانوية

1. تيبس أو تصلب في طرف واحد أو أكثر
  2. ضمور خفيف أو قصر في أحد الأطراف
- يجب أن يكون لهذه الأعراض تأثير مؤكد على الأداء الرياضي.

وبتحقق هذا الشرط وحده، تتوفر للرياضي الإعاقة الدنيا التي تسمح له بالمشاركة في المسابقات التي تنظمها الجمعية الدولية لرياضة وترفيه الأشخاص ذوي الشلل الدماغى (CP-ISRA) كما أنه، على الصعيد الدولى، يتعين حتما أن تكون سن الرياضى 15 سنة مكتملة فى أول يوم للمنافسات.



## المحاضرة الخامسة:

### الرياضيون على الكراسي المتحركة

#### (I.S.M.W.S.F)

يتعلق الأمر بأول نظام للتصنيف أعد لأول مرة في ألعاب ستوك مانديفيل التي تنظم بانكلترا منذ منتصف القرن الماضي. كانت هذه الألعاب، في البداية، مخصصة للرياضيين ذوي الإصابات النخاعية ذوي الشلل السفلي وذوي الشلل الرباعي)، ثم تم فتحها للرياضيين المصابين بمخلفات شلل الأطفال على الكراسي.

هذا النظام يقوم في نفس الوقت على الفحص البدني (الاختبار العضلي) وعلى الاختبارات الوظيفية.

- **الفحص البدني** الذي يمثل مرحلة أساسية من سباق على الكراسي المتحركة. التصنيف يسمح بالتعرف الدقيق على حالات القصور في مختلف المجموعات العضلية للجذع والأطراف، وربما على المستوى القسامي، الحسي والحركي، للإصابة.

في مستوى الجذع يتعلق الأمر بدراسة التشوهات المحتملة (حداب، جنف ... ) وتحديدات مدى الحركات المفصالية ووظيفة عضلات البطن والعمود الفقري.

وفي مستوى الأطراف يمكن الفحص من اختبار مدى الحركات المفصالية وتحديد الإصابة الشللية في المجموعات العضلية المستعملة، والحكم بشأن طبغرافية القصور ودرجته.

- **التقويم الوظيفي** يتمثل في مجموع اختبارات خصوصية تجرى على الرياضي للحكم بشأن قدرته على القيام بمختلف الحركات المطلوبة في المسابقات التي يشارك فيها، مثلا لحفاظ على التوازن، والقيام بدوران للجذع، والانحناء إلى الأمام، ورفع الفخذ وضم الركبتين والتثبيت بواسطة العضلات المبعدة عند الرمي. رمي القرص على الكرسي .... الخ.

## أ- الأسباب والخصائص السريرية

الرياضيون ذوو الإعاقة الحركية المعنيون بنظام التصنيف هذا هم بالأساس الأشخاص ذوو الإصابات النخاعية والأشخاص الحاملون لمخلفات شلل الأطفال.

### 1) الإصابات النخاعية

حسب موضع الإصابة يهمل القصور الحركي:

إما الطرفين العلويين والجذع وكذلك الطرفين السفليين، في صورة ما إذا كان الانحراف متمركزا في مستوى نخاع العنق (يكون الشخص ذا شلل رباعي).  
وإما الطرفين السفليين مع أو دون جزء من الجذع، حسب ما تكون الإصابة موجودة في منطقة النخاع الظهرية أو القطني أو العجزي يكون الشخص ذا شلل سفلي).

الأشخاص ذوو الشلل السفلي أو الشلل الرباعي يتنقلون على كراسي متحركة ويحملون في الغالب قصورات مترابطة مزعجة جدا بل هي مصادر، تعقيدات، ولو كانت خفية.

### أ- أسباب الإصابات النخاعية

مسببات الإصابات النخاعية من أجناس مختلفة ويمكن تجميعها في الفئات التالية (8): أسباب رضحية: حوادث الطريق العام، حوادث رياضة، حوادث شغل، جروح بأسلحة نارية، الخ.

- أسباب خمجية أو طفيلية: خراج (دمل) نخاعي، داء بوت (خراج سلي)، بلهارسيا، الخ

- أسباب وعائية: تلين إقفاري (Ischemique) للنخاع الشوكي، ورم دموي خارج الجافية (Extra dural) نخاعي، الخ ...

- أسباب ورمية: أنواع مختلفة من السرطان، أورام غمد الليف العصبي (Neurinomes) نقائل. (Métastases)

- أسباب أخرى: ذات أصول سامة، حقن داخل العمود الفقري، كسور ناجمة عن أمراض روماتزمية.

## ب - أعراض سريرية

الأعراض المنجزة عن إصابة النخاع الشوكي متعددة الأشكال، ومرتبطة بفيزيولوجيا النخاع. ويتعلق الأمر باضطرابات حركية وحسية، واضطرابات مصـرّية (Sphincteriens) ومثانيـة (Vesicaux) ومعويـة (Intestinaux)، واضطرابات عصبية مستقلة، واضطرابات تناسلية جنسية، واضطرابات تنفسية، وأحاسيس مؤلمة.

### \* اضطرابات حركية

هذه الاضطرابات تهم وجهي الحركية:

- الحركية الإرادية: من نوع الشلل (حركات مستحيلة تماما) أو الخزل (شلل جزئي) (حركات ممكنة ولكن ضعيفة القوة). وتتوقف طبغرافية القصور على موضع الإصابة بالعمود الفقري. ويمكن ألا تكون شدة الشلل متجانسة في المناطق المصابة، ويمكن أن تكون الإصابة تناظرية أو لا تناظرية. - الحركية الانعكاسية المسؤولة عن التوتر العضلي): يمكن ملاحظة إما شنّاج مع ارتفاع الانعكاسية العضلية بالفصل بين النخاع الشوكي والدماغ، وإما نقص في التوتر (رخاوة) ناجم عن التخريب الكامل للنخاع أو عن إصابة معزولة أو مجتمعة للجذور العصبية (في هذه الحالة، يوجد ذوبان عضلي هام).

### اضطرابات حسية

إنها تمس:

- الحساسية السطحية التي تنقل الإحساسات الجلدية للمس الرقيق، الألم، الحار والبارد.

الإصابة المتغيرة في شكلها وشدتها. وفي صورة فقدان التام للحساسية، يوجد احتمال قوي لحصول تهرئه.

- الحساسية العميقة التي تخبرنا باستمرار عن الوضع الدقيق لأجسامنا وعن الضغوط المسلطة عليها (اضطراب هو في الغالب مصدر الصعوبات في توازن الجذع).

\* اضطرابات أخرى ليست أقل أهمية لكنها لا تخص موضوعنا.

## (2) عقبات (مخلفات) شلل الأطفال

### أ- الأسباب والآليات

التهاب سنجابية النخاع مرض فيروسي معد يمكن أن يتسبب في أنواع من الشلل، متفاوتة الانتشار، وهو يصيب بالخصوص الأطفال الصغار. ويتمثل ذلك في إصابة المادة السنجابية للنخاع الشوكي في مستوى قرنه الأمامي المشتمل على الخلايا العصبية الحركية ومن ثم تركيز الشلل. وهو يمثل خطورة وطبغرافية جد متغيرتين تتسمان في الغالب باللاتناظر والفوضى وهما ناجمان عن توزيع اعتباطي للإصابة على الوحدات الحركية، إلا انه تلاحظ إصابة أكثر توترا في الطرفين السفليين إنه مرض في طريقه إلى الاستئصال بفضل التلقيح (التطعيم) المكثف على الصعيد العالمي.

### ب - علامات سريرية

في طور العقبات (المخلفات) يشكو المصاب من:

- عجز حركي يمس مجموعات عضلية بطريقة عشوائية وبدرجات متفاوتة، ويمكن تقديره بإجراء فحص عضلي.

إنه في الغالب يتمثل في شلل رخو مع ضمور عضلي وزوال المنعكسات العظمية الوترية.

- تشوهات ناجمة عن:

\* انكماشات عضلية وترية.

\* اختلالات توازن ناجمة عن الشلل، لا سيما في مستوى الأزواج الشادة والضادة (الباسطة والقابضة مثلا).

\* تأثير النمو

\* استخدام مبكر قبل الأوان

هذه التشوهات هي من نوع القدمين المعوجين، وثني أو خلع الخاصرة، والحوض المائل، والجنف انحناء الظهر) والحداب الخ..

## ب - مسار التصنيف

الفحص من أجل تقييم القدرات الحركية الكامنة لرياضي على الكرسي المتحرك ينبغي، على غرار الفئات الأخرى من الرياضيين المعوقين، أن يتبع خط سير دقيقا. يجب أن يجريه أشخاص مرخص لهم ومحنون في مجال التصنيف. ويتعين أن يكون دقيقا ومحكم التنظيم.

قبل كل شيء يجب أن يدقق تشخيص الإصابة النخاعية (أصلها، مستواها، قدمها أو مخلفات شلل الأطفال، بواسطة استجواب ويتم تقدير القصور الحركي بوضع رسم عضلي كامل. وفي وقت ثان يعمد إلى التقييم الوظيفي للرياضي في حركاته ذات الصلة بالمسابقات المختارة، داخل القاعة أو على الميدان، مع الحرص على الاطلاع على قدراته المعهودة ومقارنتها بتلك التي أظهرها خلال الاختبارات.

وبذلك تتدع صحة اختيار الصنف الأكثر ملاءمة لحالة الرياضي. وتتم إعادة النظر (Review) في أمر الرياضي قبل أو عند المسابقة إذا لزم الأمر.

## ج- فحص الرياضي

ينبغي أن يتم الفحص داخل قاعة متسعة بما فيه الكفاية وذات تهجئة وإنارة، وتتوفر بها التجهيزات اللازمة لإجراء الفحص.

ويشمل الفحص جميع الرياضيين بما في ذلك أولئك الذين يبدو صنفهم واضحا.

يحضر المترشح في زي رياضي، وإن أمكن، في سروال قصير وقميص وحاملا لوثيقة هوية. من المهم أن يكون الرياضي قد استراح بما فيه الكفاية، إذا كان قد قطع مسافة طويلة للوصول إلى مكان المنافسات.

يجب أن يقيم المصنف مع الرياضي تواملا إيجابيا، فتعاون الرياضي ضروري حتما لإجراء فحص جيد.

يبدأ الفحص باستجواب دقيق حول أسباب القصور الحركي وظروف حادث محتمل. وقدم المرض وسوابق تدخل جراحي، إن وجد.

ويتم التثبت من تناول دواء بصفة منتظمة، ولا سيما في إطار إتباع علاج.

## 1) فحص رياضي ذي إصابة نخاعية

كما تمت الإشارة سابقا، يرمي الاستجواب إلى تحديد الأصل الرضحي أو غير الرضحي للإصابة، وتاريخ وطبيعة تدخل جراحي أو رضح محتمل. يتم التثبت هل أن الرياضي يعرف مستوى الإصابة النخاعية (المستوى العصبي) وتحديد سمات الإصابة الشلالية تامة أو غير تامة، تناظرية أو لا تناظرية) وكذلك الاضطرابات المجتمعة المحتملة (حسية، مصرية تناسلية جلدية، الخ ...

### أ - المستوى العصبي

يقصد بذلك الحد الأعلى للاضطرابات الحسية الحركية. ويعرف هذا

المستوى برقم الفقرة المطابقة، فمثلا:

- مستوى C4: فقرة العنق الرابعة
- مستوى D8 فقرة الظهر الثامنة
- مستوى: L4 فقرة القطن الرابعة (جزء من أسفل الظهر).

يحدد الجزء المصاب من النخاع بدقة بواسطة الاختبارات العضلية، مع إمام بتعصيب المجموعات العضلية (قسامات) (انظر الجدولين 1 و2 بالملحق).

### تحديد القسامات الحركية (تقديم إجمالي)

C4: عضلات العنق ، الحجاب (Diaphragme) .  
C5: الدالية (Deltoide).

C6 : عضلات الكتفين ، ذات الرأسين العضدية (Biceps brachial).

C7: ثلاثية الرؤوس (Triceps) الصدرية الكبيرة (Grand pectoral) ،  
الظهرية الكبيرة (Grand dorsal) .

D2 إلى D6: الوريدية (ما بين الأضلاع و الشوكية مع D6 إلى D10  
البطنية العليا (ما فوق السرة).

D12: مربع القطن (جزء من أسفل ظهر الإنسان)

L1 قابضة الفخذ (Couturier).

2: الكشحية الحرقفية (Poa iliaque) المقربة (Adducteurs)

- L3: رباعية الرؤوس (Quadriceps).
- L4: الساقية الأمامية (Jambier antérieur).
- 5: باسطة أصابع القدم، الشطوية الجانبية (Péroniers latéraux).
- S1: ثلاثية الرؤوس الربلية (Triceps sural) ، ذات الرأسين الساقية ( Biceps crural)العجزية الكبيرة (grand fessier).
- S2: عضلات أخمص القدمين.
- S4: عضلات العجان (Perinée).
- في الشلل السفلي (الرضحي) لا يتطابق المستوى العصبي ومستوى الكسر الفقري دائما، فكثيرا ما يكون هناك فارق في المستوى.
- يظهر الشلل النصفي والشلل الرباعي كذلك اضطرابات حسية، ويسهم تحديد المستوى الأعلى لهذه الاضطرابات كثيرا في تحديد مستوى الإصابة العصبية (رغم أنه يمكن ملاحظة بعض الفوارق).
- تحديد القسامات الحسية (تقديم إجمالي)**
- C5: الجهة الخارجية للعضد.
- C6: الجهة الخارجية للساعد والإبهام.
- C7: القسم الأوسط من الساعد الجهتان الأمامية والخلفية والإصبع الثالث.
- C8: الحافة الداخلية لليد والساعد.
- D1: الجهة الداخلية للعضد.
- D4: مستوى الحلمتين.
- D6: مستوى الرهابة (Appendice xiphoïde)
- D10: مستوى السرة.
- L1: منطقة العانة.
- L2: القسم الأعلى من الجهة الأمامية للفخذ.
- L3: القسم الأسفل من الجهة الأمامية للفخذ.
- L4: الجهة الداخلية للساق.
- L5: الجهة الخارجية للساق وظهر القدم في اتجاه الإبهام.
- SI: الحافة الخارجية للقدم ، أخمص القدم العقب ، الجهة الخلفية للساق

S3, S4: منطقة العجان ، الأعضاء التناسلية.

الإصابة العصبية يمكن أن تتسبب في قصور تناظري أو لا تناظري عندما يكون الشلل النصفي (أو الرباعي) غير متناظر، يمكن مواجهة بعض الصعوبات في التصنيف، وينبغي أنذاك تقدير قدرات الرياضي الحركية بمقارنتها في نصفي الجسد، ومراقبة الرياضي جيدا في حركاته الرياضية قبل وضع التصنيف.

### الاختبار العضلي

يتمثل في قياس القوة العضلية حسب جدول مقبول دوليا، كما يلي:

0 نقاط: غياب التقلص العضلي الإرادي.

1 نقطة: تقلص عضلي إرادي كاف لإحداث حركة.

2 نقاط: تقلص عضلي كاف لإحداث حركة تامة دون مقاومة الجاذبية.

3 نقاط: تقلص عضلي كاف لإحداث حركة ضد مقاومة يدوية.

4 نقاط: تقلص عضلي كاف لإحداث حركة ضد مقاومة عادية.

5 نقاط: تقلص عضلي كاف لإحداث حركة ضد مقاومة قوية جدا. (عضلة عادية). للاختبار العضلي (التحليلي) أهمية كبرى في التصنيف الخاص بهذه الفئة من الرياضيين. إنه يمكن لا من تشخيص أنواع الشلل فحسب، بل كذلك تقدير طبغرافيتها وأهميتها (تامة أو غير تامة).

إن مبدأ الاختبار العضلي بسيط: يطلب من الشخص المعني القيام، في مستوى أحد المفاصل، بالحركة الموافقة لعضلة أو مجموعة عضلات، وتقدر قدرته على إنجازها. ويتم فحص الشخص المعني، متجردا من ثيابه، جالسا أو ممددا على سطح صلب.

ينبغي اختبار جميع المفاصل في مستوى الأجزاء المصابة.

يتطلب هذا الفحص بطبيعة الحال المشاركة النشيطة للشخص المعني. ويطلب منه، وفقا لقدراته الحقيقية، القيام بالحركات التالية:

### في مستوى الطرفين العلويين:

- الكتف: اندفاع أمامي - اندفاع خلفي - تقريب - تباعد - دوران داخلي
- دوران خارجي.



- المرفق: ثني - تمديد - كب ( توجيه راحة اليد إلى أسفل) بسط.

- القبضة: قبض - بسط.

الأصابع: ثني - بسط.

في المجموع 14 حركة في مستوى طرف أعلى، ويسند إلى الحركة من صفر إلى 5 نقاط: 70 نقطة في المجموع (طرف) سليم). - وهكذا، 140 نقطة للطرفين، بالنسبة إلى شخص عادي.

**في مستوى الطرفين السفليين:**

- الخاصرة: ثني - تقريب - تبعيد.

- الركبة: ثني - مد.

- الكعب: ثني أخمصي - ثني ظهري.

في المجموع، 8 حركات في مستوى طرف أسفل، ويسند إلى كل منها الفحص العضلي للطرف السفلي من صفر إلى 5 نقاط: 40 نقطة في المجموع (طرف سليم).

80 نقطة للطرفين، بالنسبة إلى شخص عادي.

يجب أن ينسحب الاختبار كذلك على حركات الجذع البطنية السفلى، البطنية العليا، الشوكية).

**ب - الطابع التام أو غير التام للشلل**

إذا كان النخاع الشوكي مقطعا أو مخربا تماما، ولا يمر أي دافع عصبي، تكون العضلات الموافقة للقسمات أسفل الإصابة مشلولة تماما، ويقال إن الشلل تام (عضلات أسند إليها صفر في الاختبار).

وإذا لم يكن النخاع الشوكي مخربا تماما، ويمكن أن تمر دوافع عصبية بشكل أو بآخر يقال إن شلل العضلات الموافقة غير تام (خزل).

وينسحب هذا كذلك على المستوى الحسي، حيث يجري الحديث عن تخدير (قطع تام) أو نقص حسي (قطع غير تام).

إن تصنيف الرياضيين الذين يكون شللهم السفلي أو الرباعي غير أم، يثيرون بعض الصعوبات عند التصنيف. والتساؤل قائم بالفعل فحتى أية نقاط تسند في الاختبار العضلي يمكن اعتبار أن عضلة ما وظيفية؟

فعلى مستوى لجنة التصنيف التابعة للإتحاد الدولي للرياضة على الكراسي المتحركة بستوك ماندفيل (I.S.M.W.S.F)، يعتبر أن عضلة أسند إليها صفر أو 1 أو 2 غير وظيفية، لذلك ينبغي عدم اعتبارها في المجموع. وإذا أسند إليها 3 ينبغي، أكثر ما يمكن، تقييم قدرة الرياضي على استخدامها عند المسابقة، وهنا يكتسي التقدير الوظيفي الذي يقوم به المصنف كامل أهميته. وفي هذه الحالة لم يعد المستوى العصبي هو المرجح بل " المستوى الوظيفي".

### ج- فحص الجذع

لدى جميع الرياضيين على الكراسي، يكون فحص الجذع هاما ذلك أن توازن الرياضي في كرسيه كيف إلى حد كبير أداءه.

وهذا التوازن، في وضعية الجلوس، تؤمنه العضلات العجزية، ولكن كذلك عضلات الجذع ذاتها: البطنية العليا والسفلى من الأمام، والشوكية من الخلف، والقطنية المائلة والمربعة من الجانبين.. لذلك يستحسن فحص وجس هذه المجموعات العضلية، في حالة استلقاء على الظهر، والرأس مرفوع ضد أو دون مقاومة (البطنية العليا)، ثم بنفس الطريقة، الطرفان السفليان يرفعان ممددين (البطنية السفلى).

- يمكن أن يطلب كذلك من الرياضي أن يسعل أو يضحك ويجس برفق تقلص عضلات البطن)، والبحث عن تحرك السرة في اتجاه العضلات غير المصابة (ارتفاع السرة في حالة إصابة العضلات البطنية السفلى).

- بعد ذلك، يطلب من الرياضي، وهو في حالة استلقاء على البطن، أن يرفع رقبته نحو الورا: وهنا يسمح جس عضلات العمود الفقري بمعرفة | درجة وظيفتها.

- في وضعية الجلوس، تقدر درجة توازن الجذع، الثابت والمتحرك الانحناء إلى الأمام إلى الورا، جانبيا، القيام بدورة للجذع، إلخ...). فرياضي ذو توازن سيئ لا يستطيع، بعد أن ينحني، الانتصاب دون الاستعانة يديه. - مراقبة مختلف حركات الجذع في قوتها ومداه.

- وجود تشوه بالعمود الفقري يمثل، بالنسبة إلى الرياضي، إعاقة إضافية ينبغي اعتبارها عند الفحص

- يوجد أحيانا إيثاق مفصل (Arthrodesis) في مستوى العمود الفقري، ويعني ذلك انصهارا جراحيا للفقرات، وهنا ينبغي تحديد مستوى الانصهار بواسطة الأشعة (مستوى الندبة الجراحية). إن تحرك الجزء الواقع أسفل الانصهار من المهم تقديره ذلك أنه يكيف القدرة الكامنة لحركة الجذع. كما ينبغي تقدير آثار التدخل الجراحي على العضلات الشوكية والتنفسية. من المهم معرفة أنه، بالنسبة إلى نفس المستوى العصبي، يكون للرياضيين ذوي الشلل النصفي والمدربين جيدا وإصابتهم قديمة جدا، توازن ثابت ومتحرك للجذع أفضل كثيرا من أولئك الذين إصابتهم حديثة وتدريبهم قليل. وهذا راجع إلى ظواهر تعويضية بواسطة عضلات الحزام الكتفي والطرفين العلويين.

بطبيعة الحال يجب ألا تدخل آثار التدريب في الاعتبار بالنسبة إلى التصنيف، وينبغي أن يرجح الاختبار العضلي.

لدى الرياضي على الكرسي المتحرك، فإن

الاختبارات الوظيفية التي تتطلب ثباتا للجذع وتمديده ودور أنا وحركات جانبية، تكون ذات فائدة كبرى ألعاب القوى. وتتمثل هذه الاختبارات فيما يلي:

- يطلب من الرياضي صعود مرتفع على كرسيه العادي. ويراقب انعكاس ذلك على العمود الفقري: تقوسات غير عادية؟ ميل إلى القعس؟ تقدير درجة إصابة عضلات البطن).

- يطلب من الرياضي دفع كرسيه السباق لديه على أرضية رخوة عشب (مثلا)، فالمقاومة الإضافية تساعد على تقييم وظائف العضلات البطنية والشوكية.

- ملاحظته وهو يدفع كرسيه السباق لديه على المضمار مع عمليات إسراع وتوقف فجائية، وفي نفس الوقت تراقب حركات الجذع المحتملة. مشاهدته

كذلك على كرسي الرمي وهو يقوم بالحركة الرياضية المطلوبة عند رمي الرمح والجلة والقرص.

وفي بعض الحالات يمكن أن يكون من الضروري إجراء مراقبة أخيرة عند رمي الرمح على الكرسي المسابقة لتأكيد صحة تصنيف ما أو تحويله.

## (2) فحص رياضي حامل لمخلفات شلل الأطفال

في تصنيف هؤلاء الرياضيين، عندما يكونون على الكراسي، تتم مماثلة قصورهم مع قصور ذوي الشلل الرباعي والشلل السفلي الناجمين عن إصابة النخاع.

ويمكن أن تترتب على هذه المماثلة صعوبات ذلك أن طبيعة إصابة شلل الأطفال مختلفة وطبغرافيتها أكثر تشعبا.

إلا أنه عند بعض الأشخاص، لا تستمر في البقاء سوى بعض التقلصات العضلية دون قيمة وظيفية بالطرفين السفليين. لذلك تكون المماثلة مع الشلل السفلي جائزة وسهلة.

إلا أن من المفيد التذكير بأنه لا يوجد، عند شخص حامل لمخلفات شلل الأطفال، اضطرابات حسية مرافقة لها، ولا اضطرابات مصرية (Sphincteriens) ولا شجاج الأمر الذي يميزه عن المصاب بشلل سفلي ويجب أخذ هذه العناصر بعين الاعتبار بالنسبة إلى تصنيف بعض الرياضيين الموجودين في الحد الفاصل بين صنفين اثنين.

في جل الحالات تكون الإصابة " عشوائية، لا تناظرية، مع قصورات حركية جد مختلفة في درجتها وطبغرافيتها. والتصنيف بالمماثلة يعتمد كثيرا الاختبار العضلي والاختبارات الوظيفية الخصوصية.

إن تشوه العمود الفقري ظاهرة شبه متواترة: جنف، حداب، حداب وحنف، قعس. ينبغي محاولة تحديد موقع التشوه في مستوى العمود الفقري:

أية مناطق فقرية تضم؟ مثلا (D64) أين تقع قمة تقوس الحداب؟ تتم دراسة العلاقة بين القفص الصدري والحوض: هل هما متحرران أحدهما عن الآخر، أو على اتصال وثيق ببعضهما أو أن أحدهما موجود داخل الآخر تماما؟

بطبيعة الحال، يمكن أن تحدد تشوهات العمود الفقري كثيرا حركات الجذع إلى حدود وضعيات تيبس قصوى. عندما يوجد جنف فإن هذا يؤدي أيضا إلى عدم تناظر القوة العضلية للعضلات البطنية والشوكية، مما ينعكس فورا على الحوض على الطرفين السفليين، وكذلك على القوة العضلية التي تصبح أفضل من ناحية تقعر الجنف.

من المعلوم أن مختلف الفحوص والاختبارات الوظيفية الخاصة بذوي الشلل الرباعي وذوي الشلل السفلي تطبق على هذه الفئة من الرياضيين، وللاختبار العضلي هنا أهمية كبرى.

تلاحظ، أحيانا، إصابات بالطرفين العلويين، وهذا يزيد من تعقيد مهمة المصنف.

وفي جميع الحالات، يحبذ أن يتم اختيار الصنف بصفة جماعية.

### حالات خاصة

- في مسابقات الرمي على الكرسي، يثبت الرياضي بعضلات الفخذ المبعدة من نفس ناحية الذراع السائدة (المستعملة للرمي) ويستعمل كذلك العضلات المقربة للخاصرة المقابلة.

وعند الفحص، يجب اعتبار أن التمتع بمبعدات مقتدرة من نفس ناحية الذراع السائدة، مع مقربات قوية من الناحية المقابلة، هو مفيد للرياضي أكثر من حالة الصورة المعاكسة (مبعدات مقتدرة من الناحية المقابلة ومقربات قوية من نفس الناحية).

- في نفس المسابقات، إن وجود طرف سفلي مصاب من نفس ناحية الذراع السائدة أو، على العكس من الناحية المقابلة، يحدث إشكالا عند التصنيف، ذلك أن الكفاءات الوظيفية ليست تماما هي نفسها.

في الحالة التي يمس الشلل فيها جذور الطرف فحسب، تتضرر وظيفة هذا الطرف ولكن ليس تماما (شلل الخاصرة مع ركبة وظيفية و / أو كعب وظيفي). وفي هذه الحالة، يجب القيام بتحليل صحيح للحركة الرياضية من الناحية الوظيفية، ذلك أن التعويضات غالبا ما تكون هامة ويمكن أن تبعث على تصحيح حكم أولي.

- يؤدي إيثاق المفصل (Arthrodise) إلى عدم تحركه، ويشكل ذلك في كثير من الأحيان مضايقة. ذلك أن المفصل، إذا كان موثقاً، تصبح العضلات التي تحركه غير وظيفية، ويجب إسناد صفر إليها. إلا أنه، أحياناً، يمكن أن يشكل مساعدة بآثره التثبتي، وينبغي اعتبار الأثر الذي يدخله على الوظيفة المقالية للطرف. وهكذا فإن إيثاق مفصل القبضة يمكن أن يثبت يدا. وفي مستوى الكعب، عند رياضي على الكرسي، لا يشكل الإيثاق مضايقة إضافية. وفي مستوى العمود الفقري، يمكن أن يكون في بعض الحالات مثبتاً رغم أنه يحد من حركته.

- الأدوات المقومة: بعض الرياضيين المصابين بشلل الأطفال وكذلك بعض ذوي الشلل السفلي) يحملون مشدات (Corsets) وينبغي أن يلبسوها عند المراقبة خلال الاختبارات الوظيفية، ذلك أنها يمكن أن تسهم في تحسين استقرار الجذع.

#### د / مواصفات الأصناف

#### ISMWSF Handbook Section 2, Athletics Section 13, general Rules

فيما يخص فئة الرياضيين، نعتبر أن التصنيفات مختلفة في سباقات العدو (Track: T) وفي منافسات الرمي (Field: F).

ففي السباقات توجد 4 أصناف من 11 إلى (T4 بينما في منافسات الرمي هناك 8 أصناف (من F1 إلى F8). وهذه الأصناف مرقمة حسب ترتيب تصاعدي، من الصنف الذي يضم الرياضيين الأكثر إعاقة إلى صنف ذوي الإعاقة الأخف.

الرياضيين الأكثر إعاقة إلى صنف ذوي الإعاقة الأخف.

هذا التصنيف، على عكس تصنيف ذوي الشلل الدماغي الذي هو من النوع الوظيفي، يقوم أساساً على الفحص البدني الذي يعتبر ذا أهمية قصوى في وضع مواصفات الأصناف. لكن المواصفات الوظيفية، رغم ذلك، مفيدة في تدقيق صنف أولئك الرياضيين.

## 1) التصنيف للسباق

### الصف T1

#### الخصائص الوظيفية:

هؤلاء الرياضيون يستطيعون استعمال عضلات المرفق القابضة للانطلاق، ويكون ظهر المعصم موضوعا خلف دائرة السير بالكرسي، وتبقى اليدين على اتصال بالعجلة أو على قرب منها، ويتحقق المجهود بفضل ثني المرفق.

كانت التقنية القديمة متمثلة في استعمال راحتي اليدين والضغط على أعلى العجلة نحو الأمام.

#### المستوى العصبي: السابعة عنقية

#### القدرة العضلية:

عضلات المرفق القابضة وعضلات ظهر المعصم

القابضة وظيفية (تقديرها يتجاوز 3).

عضلات المرفق الباسطه وعضلات راحة المعصم القابضة غير وظيفية .  
يمكن أن يكون الكتفان ضعيفين .

### الصف T2

#### الخصائص الوظيفية :

هؤلاء الرياضيون يستعملون عادة عضلات المرفق القابضة للانطلاق وعند الاقتضاء ، عضلات المرفق الباسطة.

ويتم الحصول على قوة الدفع بفضل عضلات المرفق الباسطة إضافة إلى عضلات ظهر المعصم القابضة وكذلك بفضل عضلات الصدر العليا (تقنية ماتسون).

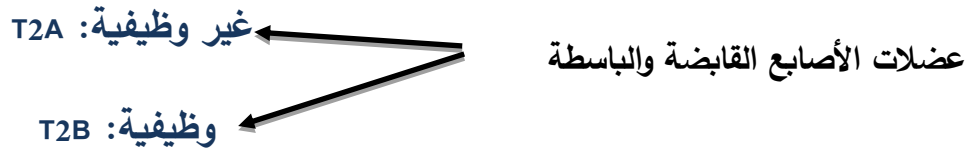
ويمكن الرفع في هذه القوة باستعمال عضلات المرفق القابضة عندما تكون اليدين على اتصال بمؤخرة العجلة.

ويمكن للرأس، باستخدام عضلات الرقبة، تسليط بعض الحركات الخفيفة على الجذع نحو الأعلى المستوى العصبي: الثامنة عنقية - الأولى ظهرية.

### القدرة العضلية:

العضلات الباسطة والعضلات القابضة للمرفق وظيفية.  
العضلات القابضة لظهر المعصم وراحته وظيفية، وعضلات الصدر وظيفية.

ليس هناك تحكم في الجذع، وهذا مرئي لا سيما عند شروع الرياضي في دخول المنعطفات غير وظيفية:



### الصف T3

#### الخصائص الوظيفية:

الطرفان العلويان لهما وظيفة عادية أو شبه عادية. وليس للجذع حركات نشيطة.

لكن عند الدفع هناك في كثير من الأحيان ارتفاع للجذع. وهؤلاء الرياضيون يستعينون عادة بحركات صغيرة من اليدين للدفع في المنعطفات، لكنهم يجدون صعوبة في استرجاع وضعية الدفع. وعند الفرملة السريعة يحتفظ الجذع بوضعية الدفع (الانحناء). إن وجود جنف (Scoliose) يمكن أن يحد من وظيفة العضلات البطنية والشوكية (تمدد الشوكية خاصة).

المستوى العصب: الثانية ظهرية - الثامنة ظهرية

### القدرة العضلية:

وظيفة عادية أو شبه عادية للطرفين العلويين. لا توجد حركات نشيطة للجذع. العضلات الشوكية العليا تكون أحيانا موجودة ولكن ضعيفة.



## الصنف T4

### الخصائص الوظيفية:

هؤلاء الرياضيون يستطيعون تحريك الجذع نحو الخلف. ودوران الجذع ممكن عادة. ويستطيعون الاستعانة بحركات الجذع للانعطاف وليسوا مجبرين، عادة، على إيقاف الدفعات عند المنعطفات. وعندما يتوقفون فجأة، ينتصب الجذع.

إنهم يستعملون عضلات البطن عند الدفع.

المستوى العصبي: التاسعة ظهرية - الأولى عجزية.

### القدرة العضلية:

تمدد جيد للعمود الفقري بوجود عضلات شوكية عليا وسفلى وظيفية.

دوران الجذع بواسطة عضلات البطن عضلات البطن وظيفية أيضا نظرا إلى انحناء دوران الجذع ممكن عادة الجذع عند عمليات الإسراع.

## 2) التصنيف لمنافسات الرمي

## الصنف F1

### الخصائص الوظيفية:

لا يستطيع المسك باليد غير المستعملة للرمي (استعمال لاصق أو مادة لزجة للقبض على الكرسي).

القرص: لا يتحكم جيدا في القرص ذلك أن حركات الأصابع منعدمة. ويتم الرمي باليد خلف القرص، ويكون ذلك على مسار مستو.

الكلوب يستطيع الرمي إلى الأمام أو إلى الخلف من فوق الرأس يستعمل إما الإبهام والسبابة وإما السبابة والوسطى وإما الوسطى والبنصر، عند الرمي الخلفي يستخدم الرياضي أفضل عضلات مرفقه القابضة (الأيمن أو الأيسر).

## المستوى العصب: السادسة عنقية

### القدرة العضلية:

لهم عضلات مرفقية قابضة وظيفية وعضلات ظهر المعصمين القابضة وظيفية. ويمكن أن تكون لهم عضلات مرفق قابضة وظيفية (3) في الاختبار كحد أدنى)، لكن بسط راحة المعصم غير موجود عادة، وهناك ضعف في الكتفين، كما لا يوجد استقرار عند الجلوس.

### الصنف F2

#### الخصائص الوظيفية:

لهم صعوبات في المسك باليد غير المستعملة للرمي. ويفضلون استخدام الساعد أو اليد الأقوى، أحياناً، لمسك أو جذب الجذع.

- **الجلة:** عاجزون عن ضغط القبضتين، فهم عاجزون عن قبض اليد وعن المباعدة بين الأصابع ويكون القرص في توازن على اليد. كما أن لهم صعوبات في وضع الأصابع من فوق حافتي القرص، لكنهم يستطيعون الاستعانة العضلات الباسطة في اليد أو التشنج. وهم عادة يرمون باليد.

#### خلف القرص.

- **الرمح:** يتناولون، عادة، الرمح بين السبابة | والإصبع الثالث. لكن يستطيعون استعمال الإبهام والسبابة أو الإصبع الثالث والإصبع الرابع ويمكن أن يكون لهؤلاء الرياضيين ضعف بمختلف أصابع اليد.

## المستوى العصبي: السابعة عنقية

### القدرة العضلية:

عضلات المرفق القابضة وظيفية وكذلك عضلات المرفق الباسطة. قبض كل من راحة المعصم وظهره وظيفي. عضلات الكتفين قوية. يمكن أن يكون لهم شيء من البسط والقبض بالأصابع لكنهما غير وظيفيين.

### الصنف F3

#### الخصائص الوظيفية:

يستطيعون المسك شبه العادي باليد غير المستعملة للرمي.

- **الجلة:** يستطيعون، عادة، قبض اليد جيدا وهم قادرون على المباعدة بين الأصابع ولكن ليس بقوة عادية. يمكنهم المباعدة بين الأصابع ويستطيعون مسك الجلة عند الرمي

- **القرص:** لهم وظيفة أصابع جيدة لمسك القرص تحت اليد، وهم قادرون على تدويره (تسليط حركة دوران، إذا كانت التقنية صحيحة) وعلى المباعدة بين الأصابع وضمها، ولكن ليس بقوة عادية.

- **الرمح:** يتناولون، عادة، الرمح بين الإبهام والسبابة. ول القدرة. هم رئة على مسكه، نظرا إلى وجود عضلات يد وظيفية، مثل المباعدة بين الأصابع وضمها.

**المستوى العصبي: الثامنة عنقية**

**القدرة العضلية:**

لهم قوى عادية بمفاصل المرفق والمعصم. ولهم قوى عادية أو شبه عادية عند قبض الأصابع وبسطها. المباعدة بين الأصابع وضمها ضعيفان، ولا يوجد توازن عند الجلوس.

**الصنف F4**

**الخصائص الوظيفية:**

**الجلة، القرص، الرمح:**

لا توازن لهم جلوسا.

يفضلون مسك ذراع الكرسي باليد، عند الرمي. لا دوران للجذع لديهم (لا توجد أية حركة للجذع). لهم أطراف علوية عادية.

يمسكون أداة الرمي بصفة عادية.

**المستوى العصبي: الأولى ظهرية - السابعة ظهرية**

**القدرة العضلية:**

وظيفة الطرفين العلويين عادية، بصورة عامة، وليس لهم عضلات بطن وظيفية.

## الصنف F5

### الخصائص الوظيفية:

ثلاث حركات للجذع يمكن أن تلاحظ في هذا الصنف:

(1) انفصال الجذع عن ظهر الكرسي نحو الأعلى، وشيئا ما نحو الأمام، ممكن.

(2) يمكن أن تكون للجذع حركات ما إلى الأمام وإلى الخلف.

(3) دوران الجذع ممكن من ضعيف إلى شبه جيد.

يمكن أن يكون للجذع بعض الحركات الجانبية، والتوازن جلوسا يختلف من مقبول إلى جيد.

ليس لهم عضلات قابضة جيدة بالخاصة، أي ليس لهم القدرة على رفع الفخذين من فوق الكرسي، في وضعية الجلوس. يمكن أن يكون العمود الفقري ذا تيبس قد يساعدهم على البقاء مستقيمين، لكنه يحد من الدوران الجلة والرمح: يميلون إلى استخدام حركات الجذع إلى الأمام وإلى الوراء عند رمي الجلة، ويفضلون التماسك على الكرسي بواسطة اليد.

القرص: يستعملون خاصة حركات دوران الجذع.

المستوى العصبي: الثامنة ظهرية - الأولى قطنية.

### القدرة العضلية:

وظيفة الطرفين العلويين عادية. يمتلكون عضلات بطنية وشوكية وظيفية، وخصوصا الشوكية العليا.

يمكن ألا تكون عضلات الفخذين القابضة وظيفية. وإن عضلات الفخذين المبعدة غير وظيفية.

## الصنف F6

### الخصائص الوظيفية:

الجلة، القرص،الرمح: لهم توازن جيد للجذع. حركات الجذع إلى الأمام وإلى الخلف جيدة. دوران الجذع جيد. إمكانية حركات جانبية للجذع، لذلك يمكن أن يفضلوا الجمع بين حركات الدوران والحركات الجانبية عند الرمي.

يستطيعون ضم الركبتين الواحدة إلى الأخرى (تقريب الخاصرة). يمكن أن تكون لهم بعض الحركات لمفصل الركبة، مثل الثني والمد.  
**المستوى العصبي:** الثانية قطنية - الرابعة قطنية.

### **القدرة العضلية:**

حركات الجذع عادية، بصورة عامة.

عضلات الخاصرة القابضة جيدة

يمكنهم رفع الفخذين عن الكرسي عندما يكونون جلوسا: القوة تتجاوز (3). لهم، عادة، عضلات خاصرة مقربة (ضم الركبتين) وعضلات ركبة باسطة (رفع الساق) وظيفية، ويمكن أن يكون لهم عضلات قابضة للركبة.

### **الصنف F7**

#### **الخصائص الوظيفية:**

الجلّة، القرص، الريح لهم توازن جيد جدا وحركات أمامية وخلفية للجذع. لهم عادة، توازن جيد وحركات جانبية نحو ناحية، ناجمة عن وجود عضلة خاصرة مبعدة وظيفية من الناحية التي تكون الحركة موجهة إليها. يستطيعون، عادة، ثني الخاصرة إلى الورا (تمديد)، أي إيغال الفخذ. في الكرسي.

يستطيعون، بصورة عامة، ثني الكعب إلى أسفل (ثني راحة القدم أي دفع القدم في مسند القدم بالكرسي).

ومن المهم اعتبار الناحية الأقوى، نظرا إلى أنها تساعد على الأداء.

**المستوى العصبي:** الخامسة قطنية - الأولى عجزية

### **القدرة العضلية:**

وظيفة الجذع عادية. ثني الخاصرة جيد، بصورة عامة رفع الركبتين عن الكرسي).

تقريب الخاصرة جيد (ضم الركبتين إحداهما إلى الأخرى).

تمديد وثني للركبة جيدان.

التباعد ممكن، بشكل عام، من ناحية على الأقل. وقد يكون هناك بسط للخاصرة (إيغال الفخذ في الكرسي).

يمكن أن تكون لهم بعض حركات للكعب (ثني راحة القدم. يمكنهم النهوض والمشي ، لكنهم يفقدون التوازن ، ولا سيما عند الرمي وعند الإنتصاب. يمكنهم الإرتفاع قليلا عن الكرسي ، ولكن مع الحاجة الى الضغط عليه بإحدى اليدين .

بإمكانهم الشروع في حركة الرمي وهم جلوس ، ثم النهوض خلال الحركة. يمكنهم أن يكونوا قادرين على تحمل ثقل الجسم في وضعية نصف مقرفصة.

## الصف F8

### الخصائص الوظيفية :

الجلة ، القرص ، الرمح : يستطيعون الحفاظ على توازن صحيح وجيد عند الرمي وأثناء القيام(أو النهوض).

للتمييز بين الصف F7 و F8 ، يقترح إتباع التوصيات التالية :

- تدقيق الإختبار العضلي في مستوى الطرفين السفليين (سلم من صفر إلى (5)

- تقييم ثبات المفصل في مستوى الخصرة والركبة والكعب.

- تقييم مدى حركات الخصرة والركبة والكعب.

- فارق الطول بين الطرفين السفليين يجب أن يسجل .

- اختبار الحركات ذات الصلة بالتوازن والمشي.

- المراقبة عند المشي.

### الإعاقة الدنيا

فيما يتعلق بتصنيف الاتحاد الدولي للرياضة على الكراسي المتحركة بستوك ماند فيل (ISMWSF) ، فإن الإعاقة الدنيا المطلوبة للمشاركة في المسابقات تتمثل في مستوى ما من القصور في الطرفين السفليين.

ومستوى القصور هذا يحدد كميا باختبار عضلي ويوافق 70 نقطة كأقصى تقدير يتم تجميعها في مستوى الطرفين السفليين، علما أنه في هذا العدد المسند لا تؤخذ بعين الاعتبار قيمة العضلات المسند إليها 1 أو 2 ، فهذه النقاط لا تحتسب في المجموع الذي يتم اعتماده لتحديد الإعاقة الدنيا.

## المحاضرة السادسة:

### الرياضيون المبتورون

### (I.S.O.D.)

#### أ- الأسباب والخصائص السريرية

يتمثل البتر في غياب طرف بأكمله أو جزء منه . ويمكن أن يكتسب بعد الولادة أو يكون خلقيا ، وفي هذه الحالة الأخيرة يتعلق الأمر بنقص في التكون.

يشارك الرياضيون المبتورون في مسابقات ألعاب القوى ، . سواء كان ذلك على الكراسي أو في مسابقات للرجالين. ويقوم نظام تصنيفهم على خصائص البتر البدنية .

#### 1) البتر المكتسبة

أسباب البتر (جمع بتر) المكتسبة مختلفة ويمكن تصنيفها إلى فئتين: طارئة ومرضية.

#### أ - بتر متصل بسبب طارئ

يمكن أن يتعلق الأمر بحوادث الطريق العام أو الشغل أو البيت.

#### ب - بتر متصل بسبب مرضي

عديد العلل يمكن أن تؤدي إلى قرار بالبتر، وخاصة:

- التهاب الشريان بالطرفين السفليين، الذي يمثل حوالي نصف حالات البتر للطرفين السفليين.

- العلل أو الإصابات المنجرة عن الكسور المفتوحة.

- أورام العظام الخبيثة: في هذه الحالة، تخص البتور غرن عظمي، غرن غضروفي) الجزء العظمي الواقع فوق الجزء المصاب.

الأشخاص المبتورون مدعوون إلى حمل بدائل تكون مطابقة نوعا وشكلا، لمكان البتر وللجدعة (بقية الطرف المبتور).

لقد حقق العلم تقدما ملحوظا في هذا المجال، ويعتبر ظهور البدائل الميوكهربائية لبتير الساعد الفلاكس فوت " (Flex-foot). لبتير الساق، المصنوعة من ألياف الكربون، مثلا ملحوظا في هذا المجال وفي ألعاب القوى يسمح للرياضيين المبتورين باستعمال بدائل ولكن بشروط. ومع الأسف، في نوعية الأدوات متوقفة على العوامل الاقتصادية: البدائل الحديثة، وهي خفيفة وذات كفاءة عالية الأداء، تكون في أغلب الأحيان باهظة للغاية.

## (2) البتور الخلقية أو نقص تكون الأعضاء

يمكن أن يؤدي عيب في النمو، يحدث خلال التطور الجنيني، إلى لإادة أطفال يحملون تشوهات بغياب خلقي لجزء من الهيكل العظمي، سواء في الطرفين السفليين أو في الطرفين العلويين.

وحالات نقص التكون، الناجمة عن أسباب غير معروفة في كثير من الأحيان، يمكن أن تحدث في إطار مرض جنيني إعتلال جنيني) الحصبة الألمانية، تناول دواء (تاليدوميد) أثناء الحمل، ألخ ... مثل هؤلاء الأشخاص يتكيفون مع إصاباتهم أفضل من الأشخاص الذين كون بتورهم مكتسبة.

## ب - عملية التصنيف

تصنيف الرياضيين المبتورين سهل نسبيا. وهو يأخذ بعين الاعتبار موضع البتر في مستوى الأطراف، وكذلك عددها، عند الاقتضاء. ولا يعتبر طول الجذعة، عادة، إلا في بعض الحالات الخاصة التي سنتناولها لاحقا في الفصل المتعلق بتركيب الأصناف.

وقد تم وضع هذا التصنيف من قبل المنظمة الدولية لرياضة المعوقين (ISOD). إن مواصفات الأصناف تهم الرياضيين المبتورين (بتر مكتسب) وأولئك المصابين بنقص التكون ذوي القصور المشابه.

ومثلما هو الشأن بالنسبة إلى أنواع القصور الحركي الأخرى، يتولى الفحص قبل المسابقة مصنّفون معتمدون.



يفحص الرياضي في فضاء مهياً، بزيه الرياضي، وإذا أمكن، يكون مصحوباً بمدربه.

ينبغي تقدير مستوى البتر، وكذلك نوعية الجذعة وهل أن الأمر يتعلق ببتر مزدوج؟

وفي الحالة التي يصعب فيها تحديد مستوى البتر بالنسبة إلى الفاصل المفصلي، تتم الاستعانة بصورة الأشعة.

بناء على هذه المعالم يتم تحديد الصنف حسب المواصفات ذات الصلة بهذا النوع من الإعاقة، كما عرفتھا المنظمة الدولية لرياضة المعوقين (ISOD). ويكون الصنف نهائياً ومسجلاً من قبل المصنف على بطاقة التصنيف.

### ج - مواصفات الأصناف

## ISOD Handbook Section I, Chapter 4 Classification July 1993(10)

قبل تناول مواصفات الأصناف ذاتها، من المفيد استعراض عدد من الاختصارات التي هي

من أصل إنجليزي ومستعملة في نظام التصنيف هذا.

فوق أو في مستوى مفصل الركبة AK: Above Knee

تحت الركبة ولكن فوق أو في مستوى مفصل الساق والعقب BK: Below Knee

فوق أو في مستوى مفصل المرفق AE: Above Elbow

تحت مفصل المرفق ولكن فوق أو في مستوى مفصل المعصم BE: Below

Elbow

**ملحوظة:** عبارة مفصل تعني الفاصل المفصلي (Interligne Articulaire) يوجد في فئة الرياضيين المبتورين 9 أصناف متماثلة بالنسبة إلى سباقات العدو ومنافسات القفز والرمي.

بعض الأصناف تخص الرياضيين على الكراسي وبعضها الآخر يخص الأشخاص المتقلبين وبالنسبة إلى مبتوري الطرفين السفليين، فإنهم يشاركون في المسابقات على الكراسي أو مع المتقلبين ذلك بحسب كونهم يحملون طرفاً بديلاً أم لا.

## الصف: A1:

بتر الفخذين AK مزدوج: فوق أو في مستوى مفصل الركبة

## الصف: A2

بتر فخذ واحد (AK) بسيط.

## الصف A3

بتر الساقين (K) مزدوج: تحت الركبة ولكن، فوق أو في مستوى مفصل الساق والعقب

## الصف A4

بتر ساق واحدة (BKK) بسيط)

## الصف A5

بتر العضدين (AE) مزدوج: فوق أو في مستوى مفصل المرفق)

الصف A6: بتر عضد واحد (AE) بسيط

## الصف A7:

بتر الساعدين (BE) مزدوج: تحت مفصل المرفق ولكن، فوق أو في مستوى مفصل المعصم)

## الصف A8:

بتر ساعد واحد (BE بسيط)

## الصف A9:

بتر طرف علوي، يضاف إلى بتر طرف سفلي.

## الإعاقة الدنيا (10)

الإعاقة الدنيا بالنسبة إلى المبتورين في ألعاب القوى، تم تحديدها بالبتر في مستوى أو فوق مفصل المعصم.

وينجم عن ذلك أن كل رياضي له بتر تحت فاصل مفصل المعصم، ولو مع وجود عظم رسغ واحد، لا يقبل للمشاركة مع هذه الفئة في ألعاب القوى.

## أحكام خاصة (10)

1) في صورة ما إذا كانت الإصابة متشابهة، فإن الأشخاص ذوي النقص في التكون يصنفون مع المبتورين (إعاقة مكتسبة إثر حادث أو مرض)، وإلا فإنهم يدمجون ضمن فئة "اليزوتر" أو "الآخرون" (أنظر الفصل الموالي).

2) في صورة ما إذا كان البتر مزدوجاً وأن تركيب الأصناف لا ينص على شيء في هذا الصدد، فإن الرياضي المعني يوضع في الصنف الأقرب المطابق لإصابته.

مثلاً: - التركيبتان AKBK توضعان في الصنف BK (A3 مزدوج)

- التركيبتان AE / BE توضعان في الصنف AE (7 مزدوج).

3) استعمال الطرف البديل: استعمال الطرف البديل مسموح به، بصورة عامة، أثناء المنافسة، إلا أنه، عندما يتعلق الأمر ببتر للأطراف السفلية، يجب معرفة بعض الأحكام الخاصة:

#### أ - بتر منفرد لطرف سفلي

في البتور المنفردة، AK أو BK لا يسمح باستعمال الطرف البديل أثناء المنافسة عندما يوجد فارق طول بين الطرف السليم والطرف الحامل للبديل. يساوي طول الطرف السليم المسافة بين الشوكة الحرقفية الأمامية العليا (épine iliaque antérosupérieure) وكعب حذاء السباق. يحسب طول الطرف المبتور على أساس المسافة بين الشوكة الحرقفية الأمامية العليا وكعب الحذاء الموضوع بالطرف البديل. يتم قياس المسافات بوضع الرياضي في حالة استلقاء على الظهر.

#### ب - بتور الساقين

بخصوص استعمال الطرف البديل، يجب على الرياضيين ذوي البتر المزدوج احترام الشرط التالي:

#### الطول الإجمالي للطرف

$$\frac{\text{طول الفخذ} - 13}{0.4} = \text{بما في ذلك الطرف البديل} + 5\% \text{ (بالسنتمتر)}$$

يحتسب طول الفخذ من الشوكة الحرقفية الأمامية العليا إلى القطب السفلي للرضفة (العظم المستدير المنطبق على الركبة) أو، في حالة عدم وجودها، إلى منتصف لقمة عظم الفخذ. (Condyle femoral)

يتم قياس الطول الإجمالي للطرف، والرياضي في حالة استلقاء على الظهر، من الشوكة الحرقفية الأمامية العليا إلى كعب حذاء المسابقة الموضوع بالطرف البديل.

## المحاضرة السابعة:

### الرياضيون من فئة " ليزوتر " الآخرون (الإعاقات الحركية الأخرى). (I.S.O.D)

#### أ - بيانات عامة

تضم فئة "ليزوتر " أو " الآخرون " جميع الرياضيين المعوقين حركية والذين هم غير معنيين بالفئات المدروسة سابقا والخاصة بذوي إصابات النخاع الشوكي أو مخلفات شلل الأطفال على الكراسي، وذوي الشلل الدماغي والمبتورين.

كما يندرج ضمن هذه الفئة الأشخاص المصابون بقصور حركي ذي منشأ محيطي في مستوى جهاز الحركة، بمكوناته العظمية المفصالية والعضلية الوترية والعصبية.

ويتعلق الأمر بإعاقات جد متنوعة، تكون أكثرها شيوعا ناجمة عن:

- مخلفات شلل الأطفال.
  - بعض أشكال الضمور العضلي الشوكي الطفولي.
  - الضمور العضلي عصبي المنشأ (مرض) شاركو - ماري - توث).
  - شلل الظفيرة العضدية ذات المنشأ التوليدي في أغلب الأحيان. بعض أشكال الاعتلال العصبي المتعدد (داء قيلان - بري).
  - بعض أشكال نقص التكون.
  - بعض التشوهات الخلقية للأطراف. - بعض تشوهات العمود الفقري الجسمية.
  - التهاب المفاصل المتعددة الحاد والمسبب للعجز.
  - بعض حالات القزامة.
- جميع هذه الإصابات الحركية هي إذن، مدرجة، فيما يتعلق بالتصنيف، ضمن فئة "ليزوتر"

ونظام التصنيف هو من النوع الوظيفي حصرا، وبالتالي فهو يطبق على كل الإعاقات الحركية دون اعتبار ألياتها. ويمكن تطبيقه، إذن، على كافة الرياضيين تقريبا ، لا سيما رياضي فئات البتر وإصابات النخاع الشوكي، الذين بإمكانهم أن يشاركوا مع هذه المجموعة إذا لم توجد مسابقات خاصة بهم.

أن تصنيف ISOD هو تصنيف واسع جدا يضم جميع شلل الضفيرة العضلية معوقين الحركيين دون إفضاء.

وهو يبنّي على القدرات الوظيفية التي نماها الشخص والمطلوبة في كل مسابقة رياضية.

وفيما يخص أهلية الرياضي للمشاركة تعتمد منظمة الـ ISOD المبدأ التالي: " إذا كان رياضي غير قادر على أن يشارك، بحظوظ متساوية، في رياضات الأشخاص الأسوياء، وذلك لأسباب مرتبطة بعجز وظيفي ناجم عن إعاقة ما، يكون هذا الرياضي مؤهلا للمشاركة في الرياضات التي تنظمها المنظمة الدولية لرياضة المعوقين (ISOD)، لكن المهم أن يكون لهذا الرياضي " الإعاقة الدنيا " المطلوبة بالنسبة إلى الاختصاص الذي يمارسه، وذلك للحفاظ على مصداقية الرياضة عند الأشخاص المعوقين. لذلك فإن لكل اختصاص رياضي مقاييسه التأهيلية الخاصة. هكذا يمكن أن يكون أحد الرياضيين مؤهلا للمشاركة في السباحة وغير مؤهل للمشاركة في ألعاب القوى. ويتم تحديد الإعاقة الدنيا وفقا للرسم العضلي والحركية المفصلة وبعض القياسات.

## ب - عملية التصنيف

على غرار نظم التصنيف الأخرى، ينبغي أن يتبع نظام "اليزوتر " نفس الإجراءات:

- التأكد من أن الإعاقة تنتمي إلى الفئة المعنية.
- التثبت من الإعاقة الدنيا.
- فحص الرياضي بدنيا واختيار الصنف الملائم.

- إعلام الرياضي بالقرار مع الشرح.  
- إعادة النظر (Review) المحتمل في أمر الرياضي فوق الميدان أو عند المنافسة.

ينبغي أن يتم التصنيف في نفس الظروف المعروضة سابقا من قبل مصنف معتمد من المنظمة العالمية لرياضة المعوقين (ISOD).  
وفيما يتعلق بتحديد الصنف، يكون تصنيف ليزوتر "بسيطا نسبيا، ذلك أن التفرجات غير الكثيرة واضحة جيدا.

### ج - مواصفات الأصناف

*ISOD Handbook Section III, Chapter 2 Athletics March 2001*

تختلف مواصفات الأصناف بحسب كون الأمر يتعلق بسباقات العدو أو بمنافسات الرمي والقفز هناك 4 أصناف (2 للرياضيين على الكراسي و2 للمتقلين) بالنسبة إلى سباقات العدو و6 أصناف (3 للرياضيين على الكراسي و3 للمتقلين) بالنسبة إلى منافسات الرمي والقفز.

#### 1) السباقات

توجد في هذه السباقات 4 أصناف مرقمة من LAT 1 إلى LAT 4، من الصنف الموافق للإعاقة الأثقل إلى صنف الإعاقة الأخف.

#### LAT1

رياضي على الكرسي المتحرك مع وظيفة محددة للقوة العضلية وللتحرك و / أو شناج فيطرف علوي أو في الاثنين كليهما.

#### LAT2

رياضي على الكرسي المتحرك مع وظيفة عادية للطرفين العلويين.

#### LAT 3

رياضي متنقل مع وظيفة محدودة باعتدال لطرف أو الطرفين السفليين.

#### LAT 4

وظيفة عادية للطرفين السفليين. إعاقات أخرى بالجذع والطرفين العلويين.

## 2) منافسات الرمي والقفز

في منافسات الرمي والقفز توجد 6 أصناف: LAF 1 إلى LAF 6، مرقمة من الإعاقة الأثقل إلى الإعاقة الأخف.

### LAF 1

على الكرسي المتحرك مع وظيفة محدودة للقوة العضلية أو للتحرك و/أو شناج بالذراع المستعملة للرمي... سوء توازن جلوسا.

### LAF 2

على الكرسي المتحرك مع وظيفة عادية للذراع المستعملة للرمي. التوازن جلوسا سيئ إلى متوسط، أو وظيفة محدودة للذراع المستعملة للرمي مع توازن جيد جلوسا.

### LAF3

على الكرسي المتحرك مع وظيفة عادية للذراعين وتوازن جيد جلوسا.

### LAF4

متنقل مع صعوبات حادة أثناء المشي، أو صعوبات في التوازن مع وظيفة محدودة للذراع لمستعملة للرمي العكازان مسموح بهما.

### LAF5

متنقل مع وظيفة عادية ل. ل ذراع المستعملة للرمي. وظيفة محدودة للطرفين السفليين أو صعوبات في التوازن.

### LAF6

متنقل مع وظيفة عادية للذراع المستعملة للرمي. إصابة دنيا للجذع الطرفين السفليين. وظيفة محدودة للذراع غير المستعملة للرمي.

**ملحوظة:** الرياضيون المتنقلون بإمكانهم القيام بالرمي انطلاقا من وضعية ثابتة أو متحركة.

### شروط طبية خاصة

ينبغي أن يثبت الرياضيون أن لهم قيمة وظيفية كافية للقيام بالرمي استعمال السيور مسموح به شريطة أن تكون مصنوعة من مادة غير مطاطية.



## الإعاقة الدنيا (12)

### 1) الإعاقات الدنيا المشتركة بين جميع الاختصاصات

الإعاقات الدنيا الموصوفة، أسفله، مشتركة بين جميع الاختصاصات الرياضية المنضوية تحت إشراف المنظمة الدولية لرياضة المعوقين (ISOD)، بما في ذلك ألعاب القوى.

أ - الشلل التام أو الجزئي للطرفين السفليين:

تخفيض ب 20 نقطة على الأقل عند إسناد الأعداد عن الطرفين السفليين، عندما يتم اختبارهما عند الاختبار حسب المقياس من صفر إلى 5 (دون اعتبار الدرجتين 1 و2) وعند الاختبار العضلي لدنيالز وورثنقتن.

في هذا الاختبار يحصل الشخص العادي على 50 نقطة لكل طرف سفلي (وليس 40 نقطة كما في نظام التصنيف ISMWSF)، ويكون له في المجموع 100 نقطة للطرفين السفليين.

نظام إسناد الأعداد هو التالي:

#### الخاصة

5 ثني

5 مد

5 تبعيد

5 تقريب

#### الركبة

5 ثني

5 مد

#### الكعب

5 ثني الراحة

5 ثني الظهر

#### القدم

5 قلب خارجي

5 قلب داخلي

المجموع لطرف سفلي: 50 نقطة

المجموع للطرفين: 100 نقطة

**استثناء:** الرياضيون ذوو إيثاق مفصل (Arthrodes) القدم، الذي يجعل مستحيلا قلب القدم خارجيا و / أو داخليا، يسند إليهم صفر عند اختبار العضلات المسؤولة عن القلب الخارجي و / أو الداخلي.

**ب - الشلل التام أو الجزئي للطرفين العلويين**

تخفيض ب 20 نقطة على الأقل عند إسناد الأعداد عن الطرفين العلويين، اللذين تم اختبارهما حسب المقياس من صفر إلى 5 دون اعتبار الدرجتين (1 و 2) عند الاختبار العضلي لدانيالز وورثنقتن.

يحصل الشخص العادي على 60 نقطة لكل طرف علوي (120) نقطة للطرفين معا).

نظام إسناد الأعداد هو التالي

**الكتف**

ثني 5

مد 5

تبعيد 5

تقريب 5

**المرفق**

ثني 5

مد 5

**المعصم**

ثني الراحة 5

ثني الظهر 5

## الأصابع

ثني من الإصبع الثاني إلى الإصبع الخامس  
في مستوى الرسغ السلامي 5  
مدمن الإصبع الثاني إلى الإصبع الخامس  
في مستوى الرسغ السلامي 5

## الإبهام

تقابل 5

مد 5

المجموع لكل طرف علوي: 60 نقطة

المجموع للطرفين معا: 120 نقطة

## ج - التحرك المفصلي

التحرك المفصلي في صورة ما إذا تقلص، يتم اختباره بواسطة منقلة (مقياس الزوايا).

- **الخاصرة:** جنف (تصلب) (المفاصل الخاصة أو انخفاض الحركة بـ 60 درجة على الأقل عند الثني والمد).

- **الركبة:** مد منخفض بأكثر من 30 درجة أو جنف في أية وضعية.

- **الكعب:** جنف

- **الكتف:** الذراع لا يمكن رفعها إلى أكثر من 135 درجة أو جنف في أية وضعية.

- **المرفق:** مد منخفض بأكثر من 45 درجة أو جنف في أية وضعية.

- **المعصم:** جنف.

**ملحوظة:** هذه التحديدات تطبق على المفاصل السائدة في إنجاز الحركة بالمسابقة المعنية.

## د- انخفاض طول طرف سفلي

الإعاقة الدنيا توافق هنا فارقا قدره 70 سم على الأقل بين الطرفين السفليين.

يتم حساب طول الطرفين السفليين، والرياضي مستلق على ظهره على سطح أفقي من الشوكة الحرقفية الأمامية العليا إلى وسط الكعب الداخلي من نفس الناحية.

### الظهر والصدر (اعوجاج الصدر):

انخفاض حاد في التحرك ناجم عن سبب دائم و / أو جنف التواء العمود الفقري) قياسه أكثر من 60 درجة تقوس إلى الداخل. حسب طريقة كوب. كثيرا ما يكون من الضروري تأكيد ذلك بصورة أشعة.

### و - القزامة

الطول الأقصى لقزم، فيما يتعلق بالإعاقة الدنيا، هو 4 أقدام و9 بوصات المعادل لـ 145 سنتمترًا.

ينبغي أن يكون للرياضي إعاقات أخرى علاوة على قصر القامة: لذلك فإن القزامة التي منشؤها الغدة النخامية يتم إقصاؤها.

### (2) الإعاقة الدنيا المتعلقة بألعاب القوى

للحصول على الإعاقة الدنيا المطلوبة لمسابقات ألعاب القوى، ينبغي أن يكون الرياضي مصابا، كحد أدنى، بقسط المفصل (تصلب) أو بشلل المفصل واليد.

وتدرج هذه النقاط الضائعة لهذا القصور البدني في احتساب العدد الجملي للنقاط عند الاختبار العضلي في تحديد الإعاقة الدنيا. إن الإعاقة الدنيا تخص أيضا اليد غير الوظيفية لمنافسات الرمي.

### شروط طبية خاصة

1- الرياضيون ذوو الإعاقة الحركية المتطورة (تصلب منتشر ينبغي أن يصنفوا من جديد قبل كل منافسة.

2 - أمثلة لعدم القابلية للمشاركة في المنافسات مع " ليزوتر":

\* الأشخاص ذوو التخلف الذهني الهام، علاوة على الإعاقة الحركية بعض حالات التثلث الصبغي.

الأشخاص ذوو عـلـل بالقلب، والبطن، والجلـد، والعيون، والأنف، والأذن والحنجرة، إلخ

## المنافسة مع صنف ذي إعاقة أضعف

عندما يختار رياضي المشاركة في صنف رياضيين أقل إعاقة، ينبغي أن يبقى في ذلك الصنف للاختصاص المعني طيلة كامل مدة المنافسات الجارية.

## المحاضرة الثامنة:

### الرياضيون ذوو القصور البصري

### (I.B.S.A.)

#### أ - بيانات عامة

إن ممارسة الرياضة لدى ذوي القصور البصري على الصعيد العالمي تنظمها الجمعية الدولية للرياضة المكفوفين (IBSA).

ويشتمل تصنيف الرياضيين ذوي القصور البصري على مرحلتين:

- التثبت من أن الرياضي يعتبر فعلاً " ذا قصور بصري " في الرياضة طبقاً للمقاييس التي وضعتها منظمة الـ IBSA (إعاقة دنيا)، كي يسمح له بالمشاركة في المنافسات المخصصة لهذه الفئة من سباق عداء غير مبصر المعوقين.

- يتم التصنيف حسب سلم تصنيف IBSA المشاركة الوجوبية لطبيب العيون.

#### ب - الإعاقة الدنيا (13)

يجب أن يتوفر في الرياضي أحد الشرطين التاليين، على الأقل، كي يقبل في المنافسات الرسمية، وبالتالي يعترف له بأنه ذو قصور بصري:

- حدة بصرية أقل أو تساوي 60/6.

- حقل بصري أقل من 20 درجة.

وهكذا فإن الرياضي لا يستطيع التنافس مع ذوي القصور البصري إلا بشرط الاستجابة لهذا أو ذلك من المقاييس المذكورين أعلاه.

#### ج - مواصفات الأصناف

IBSA Handbook Chapter 4, Classification Chapter 11, Athletics

هناك، حسب منظمة الـ IBSA ثلاثة أصناف للرياضيين ذوي القصور

البصري وذلك في جميع الرياضات: B1, B2, B3

### **الصنف B1**

عدم رؤية النور بالنسبة إلى كل واحدة من العينين أو رؤية النور دون التعرف إلى شكل يد مهما كانت المسافة وفي جميع الاتجاهات.

### **الصنف B2**

ذوو قصور بصري، ابتداء من القادرين على التعرف إلى شكل يد وانتهاء بذوي حدة بصرية تبلغ 60/1، و/أو حقل بصري أقل من 5 درجات.

### **الصنف B3**

ذوو قصور بصري لهم حدة بصرية أعلى من 60/2 وحتى 60/6، و / أو حقل بصري أعلى من 5 درجات وأقل من 20 درجة.

جميع التصنيفات ينبغي وضعها باختبار أفضل العينين مع أفضل تقويم (تصحيح).

لذلك فإن جميع الرياضيين الحاملين لعصا لاصقة أو نظارات طبية، ينبغي أن يحملوها عند التصنيف، سواء كانوا يعتبرون استعمالها أثناء المنافسة أم لا.

## المحاضرة التاسعة:

### الإعاقة السمعية

يقول تعالى: "وهو الذي أنشأ لكم السمع والأبصار و الأفئدة، قليلا ما تشكرون"

سورة المؤمنون، الآية 78

#### مقدمة:

إن لحاسة السمع أهمية فهي تتكون لدى الإنسان وتستجيب للأصوات عند الولادة، فهي حاسة من خلالها يتلقى الإنسان معظم المهارات والمعارف وتعلم الكلام فالطفل الأصم لا يستطيع الكلام لعدم قدرته على سماع الأصوات.

\* تركيب الجهاز السمعي للأذن:

أ- الأذن الخارجية: وتتكون من:

1- الصوان: وهي الجزء الخارجي الظاهر ويتكون من أنسجة غضروفية وتوجد في

الجزء العلوي، أما الجزء السفلي تسمى حلمة الأذن وتتكون من أنسجة دهنية.

#### مهامه:

- التقاط الأمواج الصوتية وتحديد مصدر وإيجاد الصوت.

- حماية الأذن: وخاصة الأذن الوسطى.

2- الأذن الوسطى: وتتكون من 03 عظيمات هي: المطرقة والسندان والركاب،

وهي عبارة عن تجويف يقع بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية أما المطرقة فتقع

على السطح الداخلي للطبلة وتتصل المطرقة بالسندان الذي يتصل بالركاب، وهمة

هذه العظيمة نقل الذبذبات الصوتية.

3- الأذن الداخلية: وتتكون من:

\* القوقعة: وفيها ما يسمى بالنافذة البيضاوية وتقع في الجزء الخارجي، أما الجزء

الداخلي ففيه ما يسمى بالسائل اللمفاوي.

\* الدهليز: وفيه نجد القنوات الهلالية الثلاث، ومهمته حفظ التوازن.



\* العصب السمعي: ونجد فيه الألياف العصبية التي تنقل الاهتزازات على شكل إشارات كهربائية عصبية إلى مركز السمع بالمخ.

### تعريف الإعاقة السمعية:

هي إصابة الأذن على المستوى الداخلي أو الخارجي مما يؤدي إلى عدم تمكن الفرد المصاب من تعلم لغة محيطه، ولا تسمح له بالمشاركة في الأنشطة العادية، وتمنعه من مواصلة التعليم العادي والاستفادة منه، وذلك نتيجة لغياب الحساسية السمعية<sup>1</sup>.

### تصنيفات الإعاقة السمعية:

**المجموعة 1:** وتسمى بالإعاقة السمعية البسيطة جدا، وتقدر بين:

25 إلى 40 ديسيبل.

**المجموعة 2:** وهي الإعاقة السمعية البسيطة، وتتراوح بين:

41 إلى 55 ديسيبل.

**المجموعة 3:** وتسمى بالإعاقة السمعية المتوسطة، وتتراوح بين:

56 إلى 76 ديسيبل

**المجموعة 4:** وتدعى بالإعاقة السمعية الشديدة وتتراوح بين:

71 إلى 90 ديسيبل.

**المجموعة 5:** وهي الإعاقة الشديدة جدا، وهي تتراوح بين:

فوق 90 ديسيبل.

---

<sup>1</sup> منظمة الصحة العالمية WHO.

## أهمية الأنشطة الرياضية للمعاقين بالصمم وضعاف السمع:

إن الناظر لفئة الإعاقة السمعية يجد أن الأصم أو ضعيف السمع مدرجان ضمن ما يسمى بالصمم والبكم، لأنهما متلازمان في مكان الإصابة، وأما ممارسة الرياضة فيمكن مشاركتهم في جميع الفعاليات التي يتنافس فيها الأسوياء لكن بضبط القوانين الخاصة لديهم (فقط الرياضات الترويحية والتنافسية المحلية)، فمثلا الرياضات الجماعية والفردية ككرة القدم، كرة السلة، الطائرة. وتطبق جميع القوانين المتعارف عليها دوليا ما عدا بعض الاستثناءات مثل استخدام الإشارات المرئية. وكذا السباحة، الرماية، تنس الطاولة....

## سيولوجيا تنشئة الطفل الأصم في المجتمع الجزائري

تكشف الإحصاءات العالمية عن تزايد عدد المعاقين في العالم، حيث وصل عددهم إلى حوالي 500 مليون معاق جسديا وعقليا ونفسيا أي ما يعادل نسبة 10% من سكان العالم. أما بالنسبة للعالم العربي فإن النسبة ترتفع إلى ما بين 13% و15% من إجمالي عدد السكان، غير أنه في الجزائر يشير الإحصاء العام للسكان والسكن إلى أن عند المعاقين يصل إلى 1.590.466 معاق في سنة 1998 أي بنسبة 5.30% من إجمالي عدد السكان. من بينهم 71.000 معاق سمعيا حسب تصريح وزير التضامن الوطني.

وعليه فإن فئة المعاقين سمعيا تشكل فئة هامة من فئات المجتمع الجزائري، لهم متطلبات واحتياجاتهم مثل أقرانهم من العاديين، مع أنهم يعانون من صعوبات متعددة في تفاعلهم مع المحيطين بهم نظرا لعجز الأصم في كثير من الأحيان عن تكيفه مع البيئة الاجتماعية وتقبل وضعه وصورته في المجتمع، لذلك فإن هذه الفئة تستدعي الاهتمام والرعاية خاصة من طرف الأسرة لأن الأطفال الأصم لا يمتلكون أهم آليات التفاعل الاجتماعي، وهي اللغة التي تسمح لهم بتكوين المفاهيم والاتجاهات والقيم، كما يحتاجون في تربيتهم داخل الأسرة إلى أساليب تنشئية تساعد على تجاوز الصعوبات التي تطرحها إعاقتهم من أجل تحقيق التكيف النفسي والانفعالي، والاندماج في المجتمع.

والأسرة وفق هذا المفهوم تعد من أهم المؤسسات التربوية في المجتمع وأعمقها أثرا في سلوك الأطفال الصم، فهي البيئة الاجتماعية التي تستقبل الطفل منذ ولادته وتستمر معه مدة طويلة من حياته، فالتفاعل بين الطفل وأسرته يكون أشد كثافة وأطول زمنا، كما أن العلاقة التفاعلية والاجتماعية بين الطفل الأصم وأفراد أسرته تجعل من هؤلاء الأفراد عناصر ذات دلالة خاصة في حياته النفسية الاجتماعية.

إن العملية التربوية التي تمارس داخل جدران البيت لها وقع كبير في التأثير على بناء شخصية الطفل الأصم، وتوافقته النفسي والاجتماعي، عن طريق تفاعل أساليب التنشئة الأسرية مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل الأصم، فهي تهيئه للتغلب على مشكلاته من خلال إشباع حاجاته والتعامل مع ما تقتضيه إعاقته بصورة طبيعية، وبذلك تسعى إلى الحد من التأثير السلبي للإعاقة السمعية على الطفل الأصم من أجل الوصول به إلى حالة ايجابية متكيفة مع البيئة الاجتماعية.

ومن هنا تظهر أهمية أساليب التنشئة الأسرية في توجيه سلوكيات الطفل الأصم وبناء شخصيته وإعداده للمستقبل، فنضج وسواء الشخصية الاجتماعية للطفل الأصم لا تتوقف على الوقت الذي يقضيه مع الأبوين بقدر ما يتوقف على نوع المعاملة وأسلوب التفاعل والطرق التي يتصرفان بها معه.

إذ لا يقتصر تأثير أساليب التنشئة الأسرية على السلوك والعادات والقيم الاجتماعية في واقع الطفل الأصم داخل الأسرة بل يمتد إلى المدرسة، فالأبوان يمارسان أساليب مختلفة ومتعددة في التنشئة الأسرية لأطفالهم، تمتاز بالمبالغة في أسلوب أو التراخي الشديد فيه، وقد يعتمد الأبوين أكثر من أسلوب في التنشئة الأسرية لأبنائهم.

والطفل الأصم الذي حرم من حاسة السمع، يحجب من المشاركة الإيجابية الفعالة مع أفراد بيئته، حيث أن عملية اكتساب اللغة ( الكلام ) تعتمد في بداية نموها على قدرة الفرد على التقليد، فحرمان الطفل من حاسة السمع يحرمه من الخبرة اللازمة في عملية بناء الكلام، باعتباره كلا ديناميكيًا

وتتفق الدراسات والبحوث والمنطلقات النظرية على أن الأطفال الصم يميلون إلى الانطوائية، والانسحابية والسلوك العدواني الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين، ويعزى ذلك إلى أن السمع يرتبط باكتساب المعرفة ونمو اللغة وهذا بدوره يؤثر تأثيراً إيجابياً على النمو الذهني والانفعالي والاجتماعي للأصم، وبالتالي عدم قدرة الأصم بالتمتع بهذه الاكتسابات، مما يفقده كثيراً من نمو شخصيته وتكوين ذاته.

### أولاً: تشكل السلوك الاجتماعي لدى الطفل الأصم من خلال التنشئة الأسرية:

تعتبر فترة الطفولة من حياة الفرد من أشد الفترات من حيث تكوين شخصيته وتحديد ملامح سلوكه الاجتماعي، ويعتمد تحديد شخصية الفرد على عدة عوامل منها الاستعدادات الوراثية والقيم والمعايير التي تسود في المجتمع وأساليب التواب والعقاب التي يتعرض لها الطفل في الأسرة والتفاعل الاجتماعي الذي يتم بينه وبين أقرانه، والنماذج السلوكية التي لاحظها الطفل سواء من خلال وسائل الإعلام أو في مواقف الحياة اليومية. ومع ذلك تبقى الأسرة من أهم هذه العوامل لأن الوالدين والأقران (الإخوة والأخوات هم من أشد العناصر تأثيراً في نمو الطفل اجتماعياً، حيث تكون صلتهم بالطفل في هذه المرحلة أكثر دواماً، كما أن التفاعل الاجتماعي يعد اشد كثافة وأطول زمناً، هذا إلى جانب العلاقة الانفعالية الاجتماعية التي تربط بين الطفل وأعضاء أسرته ما يجعل منهم عناصر ذات دلالة خاصة في حياته النفسية.

وتظهر أهمية الأسرة كذلك كونها المحدد الحقيقي لتوجهات الفرد الفكرية والسلوكية والبناني لاتجاهاته نحو مختلف الموضوعات الخارجية والمعلم للطل كيف يكون متسامحاً ومحترماً للآخرين.

وتتحقق التنشئة الأسرية بتأثير مجموعة من الآليات النفسية والاجتماعية أهمها التعلم والذي يعين اكتساب المهارات والعادات وطرق الفعل السليمة وردود الأفعال كما يعني إدماج الملامح والعناصر الثقافية ضمن شخصية الفرد.

ومن خلال عملية التفاعل الاجتماعي يبدأ الطفل في تكوين انطباعات عن أداء الآخرين فيه وهذا الإنطباع يكون نتيجة طبيعية لاستجابات الآخرين لسلوك الطفل " ومظاهرة، وهنا تتولد والطفل فكرته عن ذاته كيف يشبه في بعض خصائص الآخرين، وكيف يختلف عنهم في خصائص أخرى.

ولكن كيف يقوم الآباء بعملية التنشئة الأسرية؟ وكيف يتشكل السلوك الاجتماعي والطفل بعبارة أخرى ما الذي يفعلونه من اجل تنشئة أبنائهم أسريا؟ وماهي أساليب التعلم في الأسرة التي تمكن الآباء من تنشئة أبنائهم؟ وهناك أساليب عديدة للتعلم يمكن حصرها في النقاط التالية:

#### أ- الإعادة والتكرار

إن الفرد يتعلم بعض الأفعال والسلوكيات من خلال التكرار المستمر لها إلى أن تصبح من جملة عاداته وطبائعه، ويدخل ضمن هذا الأسلوب الروتيني اليومي.

#### ب التقليد والمحاكاة

يتعلم الفرد منذ طفولته الأولى بعض الممارسات والسلوكيات عن طريق ملاحظة الآخرين وتقليدهم وبهذا يعرف المختصون هذا الأسلوب أنه العملية التي يكتسب فيها الفرد سلوكيات معينة من خلال الملاحظة المستمرة للآخرين.

كما أننا نجد أن هذه الطريقة في التعلم لها آثارها العميقة في نفسية الفرد وفي سلوكياته المستقبلية فالتقليد إما يكون بالإيجاب أو بالسلب.

#### ج- التجارب الشخصية:

ونسمة هذه التجارب بالأسلوب التفاعلي فالفرد يتعلم من تجاربه الخاصة كان يختبر مثلا بعض السلوكيات في الوسط الذي يعيش فيه، ثم يقيم النتائج والآثار الناتجة عنها ليحافظ على التسوية السليمة فيها، ويحاول تصحيح الخاطئ منها ويعرف هذا الأسلوب باكتساب واستتباط القواعد الاجتماعية من قبل الطفل من خلال تفاعله مع الآخرين وفي إطار الأدوار الاجتماعية المختلفة.

## - الاستنباط:

يعتبر الاستنباط عملية تحويل للفرد لمواقف وتصرفات الآخرين نحوه إلى عناصر داخلية وقد عرف بأنه "الرابطة" والعلاقة الموجودة بين الموقف والتفكير ويساهم الاستنباط في المسار العام للنمو من خلال سماحه باختزال الطاقة المبذولة في الفعل وإحداث آثار داخلية على الفعل ناتجة عن نشاطات خارجية متعلقة بالفرد.

ويرى على أسعد أنه يتوجب على الفرد من أجل اكتساب عضويته الاجتماعية أن يتمثل نسقا من الأدوار الأساسية المحددة اجتماعيا، ويتم اكتساب الدور وفق عمليتين متكاملتين هما: التعلم العرفي الذي يتم من خلال اللعب والمحاكاة والاستيطان اللاشعوري، والتعلم المقصود الموجب عبر المؤسسات الاجتماعية كالأسرة المدرسة ووسائل الإعلام.

ومنه نستنتج أن تشكل السلوك الاجتماعي لدى الفرد يتم وفق بعدين أحدهما سيكولوجي والآخر اجتماعي أما الأول فهو التعلم العرفي كبعد سيكولوجي أما الثاني فهو التعلم المقصود الذي يتم عبر مؤسسات التنشئة الاجتماعية المختلفة.

إن التنشئة الأسرية ليست مجرد عملية تطبيع اجتماعي وتكيف اجتماعي وأنها بالذات ما يميز الإنسان عن الحيوان ويجعله متدينا أو ملحدا، مسالما أو عدوانيا فاشلا أو ناجحا، وتبدأ عملية التنشئة الأسرية في سن مبكرة جدا وثمة ثلاث درجات لضبط دوافع الطفل وسلوكياته.

### الدرجة الأولى:

وتقع في المستوى الغريزي وأدتها المعيارية الشعور باللذة والألم)، فالتعلم يتم هنا بشكل شرطي بحيث يكرر الطفل ما يرتاح إليه ويشعره باللذة والفرح والطمأنينة فالعادة يتطبع عليها نتيجة التكرار المصحوب باللذة والمتعة فيما يكف عن فعل كل ما يشعره بالألم وبناء على هذه القاعدة يتعلم الطفل ضبط المثانة والأمعاء؛ طبعاً بعد الوصول إلى مستوى النضج في العضلات المسؤولة عن هاتين العادتين وشيئا فشيئا تنمو لدى الطفل الأنماط السلوكية المرغوبة.

## الدرجة الثانية

وتقع في المستوى الاجتماعي عندما تصيح شخصية الطفل نضجت اجتماعيا فيكون التعلم هنا بواسطة الإيحاء والتقليد فالأسرة وجماعة الرفاق والمدرسة هم جميعا ودرجات متفاوتة مسؤولين عن ضبط سلوكه وتنميطه اجتماعيا، فالفرد في الأسرة محدد المكانة، معتمد على غيره أخذ ناقل مطبع، خاضع، وهو بين أقرانه وأصدقائه معطاء ودود، يتبادل الأسرار هادئ، متكامل، متعاون، محب للغير.

## الدرجة الثالثة:

وتقع في المستوى الثقافي فوق العضوي وهنا تتم عملية الضبط الاجتماعي لسلوك الفرد من خلال تمثل الثقافة الجمعية والآداب الاجتماعية المتعارف عليها داخل الأسرة والمجتمع وجملة الأوامر والنواهي والأعراف والتقاليد وتعتبر طريقة الإيحاء من أهر الطرق فاعلية في التنشئة الاجتماعية باعتبارها غير مباشرة فالأسرة المتدينة تحرص على أن تضع في غرفة الطفل ومنذ ولادته كل الرموز والدلالات الدينية، وبعد أن يبدأ الطفل في الفهم تحكى له وبأسلوب يستوعبه القيم الدينية ويحرص الآباء على تأدية الصلوات والقيام بالشعائر الدينية على مرأى ومسمع الطفل.

## ثانيا - أثر الإعاقة السمعية على التفاعل الاجتماعي:

يشير عبد المطلب القريطي إلى الخطورة التي تترتب على الإعاقة السمعية والمتمثلة في عدم استطاعة الطفل الأصم المشاركة الإيجابية في عملية اكتساب اللغة اللفظية، التي تعد أكثر أشكال الاتصال سهولة في التفاهم وشيوعا بين الناس، مما يؤثر على نموه العقلي والمعرفي ويعوق عملية تعليمه واكتسابه الخبرات والمهارات اللازمة لتطوير ما قد يتمتع به من استعدادات وقدرات عقلية.

كما تؤدي الإعاقة السمعية بدورها إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل، حيث تحد من مشاركته وتفاعله الاجتماعي مع الآخرين واندماجه في المجتمع.

إن ما يعانيه الأصم من العزلة المفروضة عليه بسبب افتقاده لحاسة السمع، وكذلك افتقاده لطرق التواصل العادية فإنه يعوقه عن تشرب قيم وعادات وتقاليد المجتمع، بل إنه يتحاشى الدخول مع العاديين في أي تفاعل، لأنه لا يملك مقومات التفاعل الاجتماعي ومن ثم ينطوي على نفسه ويرفض هذا المجتمع الذي يشعره بنقصه دائماً وبالتالي يهتز توافقه النفسي والاجتماعي وربما تتكون لديه اتجاهات عدوانية اتجاه المجتمع ورفاقه، ويتمرد على نظمه وتقاليدته ويأخذ هو رفاقه الصم جانبا بعيدا عن المجتمع المحيط بهم:

إن التكيف والنمو الاجتماعي لدى الأطفال الصم يتوقف على نظرة المجتمع والأهل لأطفالهم الصم، فمنهم من يشعر بالذنب والخجل واليأس وتصبح معاملاتهم مع الأطفال مشحونة بالانفعالات الضارة ومنهم من يبذل عناية خاصة وحماية مبالغة تقيد حرية الأطفال في إظهار قدراتهم، منهم من يهملون أطفالهم ويتركونهم في مدارس خاصة لأنهم عالة عليهم، وبذلك تسوء حالة الطفل.

ولقد أثبتت الدراسات أن افتقاد الأصم إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين قد تقوده إلى عدم المنضج الانفعالي والاعتمادية مقارنة مع الأطفال العاديين، كما أن الأطفال الصم أقل قدرة على العناية بمطالبهم الشخصية وتتقصهم القدرة على التوجيه الذاتي ويشعرون بالعجز والشك وعدم الثقة في الأفراد العاديين، ويرجع ذلك لقلّة خبراتهم الاجتماعية في مجتمع السامعين.

### ثالثا - الخصائص الاجتماعية والنفسية

يبدأ الطفل الأصم بتكوين علاقات داخل جماعات أخرى خارج الأسرة فهو يهتم بأراء وأعمال أقرانه أكثر من اهتمامه بأراء الكبار فالعلاقات الجماعية هامة جدا ويجب أنتشج خاصة مع الأقران حتى الطفل في النمو الاجتماعي والنفسي عن طريق تجاربه الخاصة دون أن يستمر معتمدا كليا على والديه أو غيرهما من الكبار.

والعلاقات الاجتماعية في الفترة 6-10 سنوات تكون ضعيفة ومائعة وتتميز بأنها علاقات بين أفراد الجماعة، أما في الفترة من 10-12 سنة فالطفل



يكون فيها وصل الى حالة مناسبة من التكيف واستطاع أن يكون علاقات كثيرة وتتميز هذه الفترة بأنها فترة الانتماء الشديد للجماعات والإخلاص الشديد لها.

وتظهر أساليب التنشئة الأسرية غير السوية جلية في الجانب الاجتماعي والنفسي للأطفال الصم فهم يعانون فقرا في طرق الاتصال الاجتماعي ويعانون من الخجل والانسحاب الاجتماعي، ويتصفون بتجاهل مشاعر الآخرين والأنانية، كما يتأثر مفهومهم عن ذواتهم بهذه الإعاقة ومن أهم خصائصهم النفسية عدم توافقهـم النفسي وعدم الاستقرار العاطفي، ويتصف هؤلاء بالإذعان للآخرين والاكـتئاب والقلق والتهور وقلـة تأكيد الذات والشك بالآخرين والسلوك العدواني والسلبية والتناقض.

#### رابعا - الخصائص الانفعالية

يكون غالبا لدى الطفل الأصم مظاهر من الغيرة والعناد والتحدي ويتعلم كيف يشبع حاجاته بطريقة بناءة أكثر من محاولة إشباعها عن طريق نوبات الغضب، وتتكون العواطف والعادات الانفعالية ويبيدي الطفل الحب ويحاول الحصول عليه بكافة الوسائل وكذا يحب المرح وتحسن علاقات الاجتماعية والانفعالية مع الآخرين ويقاوم النقد، بينما يميل إلى نقد الآخرين ويشعر بالمسؤولية ويستطيع تقييم سلوكه الشخصي ويعبر الطفل عن الغيرة بمظاهر سلوكية منها الضيق ممن سبب له هذا الشعور.

كما أن الأطفال الذين يعانون من الصمم منذ ولادتهم يظهرون انحرافا أكبر في النمو الانفعالي عن أولئك الذين يصابون بالصمم بعد فترة النمو ويظهر ذلك عند الذكور أكثر من الإناث.

## الخلاصة:

نخلص مما سبق إلى أهمية الدور الذي تقوم به الأسرة الجزائرية في عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال، وتختلف الأسر الجزائرية في تنشئتها للطفل الأعم، تبعاً لعدة متغيرات تأتي في مقدمتها الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة والمستوى الثقافي ويمكن أن نقول في الأخير أن انعدام انتشار ثقافة الإعاقة في المجتمع الجزائري تعد من أبرز الأسباب التي تجعل من المعاق عبئاً على أسرته، وفقاً للمفهوم الضيق للإعاقة السائد في المجتمع الجزائري.

## المحاضرة العاشرة:

### عناصر إجرائية

#### أ - ميثاق سلوك المصنف

يجب أن يدرك المصنفون في ألعاب القوى أن الرياضي المعوق أولاً وقبل كل شيء رياضي وليس "مريضاً"، لذلك ينبغي إشراكه في عملية الفحص، ويتعين شرح قرار لجنة التصنيف له بوضوح.

يمكن أن يكون الرياضي مصحوباً بممثل أثناء كامل عملية التصنيف، ما عدا عندما يختلي أعضاء اللجنة لاتخاذ القرار. ويستطيع الممثل بطبيعة الحال أن يكون حاضراً عندما يتم إعلام الرياضي بالقرار. ومن حقه أن يطلب توضيحات بخصوص اختيار الصنف.

من المهم ألا يتناقش المصنفون مع رياضيين أو مدربين آخرين أو غيرهم من الأشخاص حول التصنيف الخاص بأحد الرياضيين، فالتكتم مهم.

ينبغي، بقدر الإمكان، ألا يتم تشريك المصنفين في ألعاب القوى، بأي شكل، في المنافسات كمسؤولين في أحد الفرق. إلا أنه، من الجائز، في بعض الحالات، ولضغوط مالية أو غيرها، السماح باستثناءات في هذا الصدد.

وفي حدود الإمكان، عندما تتم إعادة تصنيف رياضي، ينبغي أن يتحاشى المصنفون الثلاثة الذين شاركوا في التصنيف الأول، الانضمام إلى لجنة إعادة التصنيف.

يجب أن يخصص المصنفون وقتاً كافياً لمناقشة نظم التصنيف مع الرياضيين، وينبغي أن يشعر هؤلاء بأن الاتصال بالمصنف أمر ميسور ويمكنهم انتهاز فرصة وجوده للحصول على معلومات أكثر عن التصنيف.

## ب - كيف تكتسب الخبرة في التصنيف؟

ليس الإقبال على تصنيف الرياضيين المعوقين أمرا يسيرا، فذلك يقتضي اشتراك الشخص المعني في مجال الرياضة الخاصة بالمعوقين والإلمام بمعلومات فنية وطبية في الآن نفسه. فالأمر يتعلق بإتباع مسار مقنن جيدا يتمثل في:

- دراسة التصنيف من خلال الوثائق.

- حضور التبرصات (المعسكرات والندوات التي يدرس بها التصنيف).

- القيام بالتصنيف في بلده، وتكوين لجنة وطنية تضم ممثلين للرياضيين ومدربين وفنيين وأخصائيين في العلاج الطبيعي وأطباء، والتشجيع على نقاش مفتوح وصادق فيها، مع مقاربة ذكية، هي الضامن الوحيد لإسهام بناء.

- **في المنافسات على الصعيد الإقليمي:** يكون من المفيد المشاركة في عملية التصنيف، لأن ذلك يسمح بمقارنة طريقته الخاصة مع طريقة مصنفي بلدان أخرى.

- **في المنافسات الدولية:** في هذه المناسبات يستطيع المصنف اكتساب خبرة حقيقية عما يجب أن يتوفر لديه ليصبح مصنفا دوليا كما يصبح الإنسان مصنفا دوليا، من الضروري حتما أن ينتقل بين المنافسات الدولية وأن يشارك في عملية التصنيف.

فالتصنيف في ألعاب القوى يتطلب معرفة طبية للقيام بالفحص البدني، ومعارف أخرى فنية للتقييم الوظيفي للحركة الرياضية، الذي يتم قبل المنافسة وبعدها.

لا يتسنى لشخص ما أن يكون ذا خبرة في جميع المجالات؛ لذلك من المحبذ أن تجمع لجنة التصنيف، على نحو متوازن، فنيين رياضيين ومدربين وأخصائيين في العلاج الطبيعي وأطباء.

يمكن أن يكون استعمال الفيديو مفيدا جدا لمعالجة أخطر الحالات ويشكل أداة جيدة للتعلم يكون تصنيف الرياضيين الجدد أصعب من تصنيف الرياضيين المتدربين. ومن المهم مراقبة الرياضي عندما يغير ملابسه

للمنافسة، وعند ارتدائه الزي الرياضي أو عند انتقاله من الكر العادي إلى كرسي السباق أو الرمي.

عند مراقبة الرياضي، ينبغي اعتبار الحركات التي يقوم بها، وليس إلى أي حد كان سريعاً أو إلى أية مسافة كان رميه.

يمكن أن تحصل أخطاء و، في هذه الحالة، ينبغي التحلي بقدر كاف من الأمانة للإقرار بذلك و، بناء عليه، تغيير الصنف.

عندما يكون موقع الرياضي على الحد الفاصل بين صنفين (Borderline) فإن من المتبع في ألعاب القوى وضعه في الصنف الأقل إعاقة وليس في الصنف الذي يضم رياضيين أكثر إعاقة.

### ج - التكوين

يتضمن التكوين جانباً نظرياً يتمثل في دراسة الوثائق المتصلة بمختلف نظم التصنيف، وجانباً تطبيقياً يتمثل في المشاركة في لجان التصنيف أثناء المنافسات.

يمكن اعتبار منافسة ما ملائمة لإجراء تكوين في صورة ما إذا استجابت للمعايير التالية:

1. أن يقبل المنظمون إيواء المتربصين (المتدربين).
2. أن يقبل المنظمون توفير العدد الكافي من المسؤولين الفنيين والإداريين لحسن تسيير التربص (التدريب) والتصنيف.
3. أن تكون الظروف والتجهيزات المطلوبة مجانية.
4. أن يكون الرياضيون المزمع تصنيفهم بأعداد كافية.
5. أن يكون العدد الأدنى للمصنفين الدوليين المؤهلين، اثنين (2) للسباقات وللمنافسات.

أ- بعض المصنفين مؤهلون، في الآن نفسه، للسباقات وللمنافسات.

6. الألعاب التي تعتبر ملائمة للتكوين هي من بين الفئات التالية:

أ- الألعاب الأولمبية الموازية، بطولات العالم، ألعاب توتنهام للرياضيين ذوي الشلل الدماغي وألعاب ستوك مندفيل للكراسي المتحركة.

ب- الألعاب الإقليمية: على مستوى القارة الأمريكية، على مستوى القارة الأوروبية، على مستوى القارة الإفريقية، فسبيك (epic) إلخ ...  
ج- ألعاب دولية أخرى تعتبر صالحة من قبل رئيس لجنة التصنيف.  
د - الألعاب الوطنية التي يعتبرها رئيس لجنة التصنيف مستجيبة للمقاييس الواردة بالفقرات 1 إلى 4 أعلاه، مع، علاوة على ذلك، عدد كاف من الرياضيين المتنافسين.

#### د - منح الشهادة الدولية

أن يصبح الإنسان مصنفا دوليا يقتضي الحصول على تأهيل خصوصي يتم إحرازه بعد اتباع مسار جيد الإرساء.

#### 1) المقاييس

كل شخص يطلب المشاركة في تكوين يجب أن تتوفر فيه الشروط التالية:

- 1- موافقة أو قبول بلد المترشح، الذي ينبغي أن يكون عضوا كامل العضوية في اللجنة الدولية الأولمبية الموازية (IPC).
  2. تعهد بلد المترشح بأن يتكفل به ماليا طوال جميع فترات التبرص (التدريب).
  - أ - التعهد بدعم المترشح ماليا لكامل مدة التكوين، لا يمنع من حصول اتفاق على تقاسم التكاليف بين المترشح وبلده.  
انظر المذكرتين (هـ) و (و) للتعهد المالي.
  - ب - انظر 6 أسفله بالنسبة إلى الشروح المتعلقة بفترة التكوين.
  3. ينبغي أن يكون المترشح ذا إلمام معقول باللغة الإنجليزية.
  4. يقدم المترشح صفحة واحدة من السيرة الذاتية فيها تقديم مفصل لتجربته في ألعاب القوى ومع الأشخاص المعوقين.
  5. يدفع المترشح مبلغ 100 جنيه إسترليني قبل بداية كل دورة تكوين.
  6. ينبغي أن يقبل المترشح الشروط التالية:
- 1.6 - حضور المنافسات التي يتم تعيينه لها من أجل استكمال تكوينه.
  - 6.2 - يجري التكوين، عادة، على منافستين على الأقل.

3.6 - في المنافسة الأولى، يقبل المترشح المشاركة لغاية وحيدة هي التكوين.

4.6 - في المنافسة الثانية، يقبل المترشح المشاركة لغاية وحيدة هي التكوين مدة يومين إضافيين بعد بداية الاختبارات.

5.6 - ليس اليومان الإضافيان بالضرورة اليومين الأولين ولا يومين موالين للمنافسة.

7. على المترشح أن يعلم، من أجل الحفاظ على الشهادة، بموافقه للمشاركة من أجل التصنيف، مرة على الأقل بكل منافسة معينة، خلال السنوات الأربع للدورة الأولمبية الموازية.

8. على المترشح، وقد منح الشهادة، أن يوافق على:

1.8 - حضور منافسة على الأقل في السنة، في صورة ما إذا وجه إليه رئيس لجنة التصنيف الدعوة.

2.8 - أن يسدد له ثمن السفر (انظر "هـ" أسفله) وثمان الإقامة (انظر "و" أسفله) فحسب.

هـ - يجب أن يكون السفر بالدرجة الاقتصادية (الثانية) عندما يكون بالطائرة، وبالدرجة الأولى عندما يكون بالقطار أو بالحافلة.

و - تكون الإقامة في ظروف معقولة سرير) مفرد أو مزدوج) وينبغي أن تتضمن كل الوجبات.

## (2) الإجراءات

1 - تكون مطبوعات طلب انضمام المترشح إلى برنامج التكوين متوفرة في مستوى:

1.1 - كتابة (سكرتارية) الـ IPC .

2.1 - رئيس فرع ألعاب القوى الـ IPC.

3.1- رئيس لجنة التصنيف لفرع ألعاب القوى بالـ IPC.

2 - جميع المطالب توجه إلى كتابة الـ IPC.

3- تقوم الـ IPC بتصوير الطلب وترسل الأصل إلى رئيس لجنة التصنيف ونسخة مصورة إلى رئيس فرع ألعاب القوى.

4- ينبغي أن يدرس رئيس لجنة التصنيف جميع المطالب (أ) ويحدد المنافسات التي يجب أن يشارك فيها المترشح.

أ- عند اختيار المترشحين يأخذ رئيس لجنة التصنيف بعين الاعتبار الحاجيات الإقليمية من حيث المصنفين.

5- ينبغي أن يعلم رئيس لجنة التصنيف منظمي المنافسات بتنظيم دورات التكوين المحتملة.

6- ينبغي أن يعلم رئيس لجنة التصنيف المترشحين:

1.6 - بالمنافسات التي يتعين عليهم المشاركة فيها.

2.6 - بمواعيد وصولهم وعودتهم.

#### هـ - لجنة التصنيف

لجنة التصنيف هي الجهاز المكلف، داخل فرع ألعاب القوى بالـ IPC، بتنظيم كل ما يتصل بتصنيف الرياضيين عند المنافسات التي تعقد برعاية الـ IPC، وبتكوين المصنفين ومنحهم شهادتهم.

1. يرأس رئيس لجنة التصنيف أعمال اللجنة ويقدم عرضاً بذلك إلى اللجنة التنفيذية للفرع (ألعاب القوى).

2. يجب أن يكرس كامل مسؤولياته للتصنيف والتكوين.

3. بإمكانه تفويض مشمول داخل اللجنة إلى شخص آخر من اختياره.

4. إنه مكلف بضمان حضور المصنفين المعتمدين أثناء الألعاب طبقاً لقواعد فرع ألعاب القوى. 5. ينبغي أن يتأكد رئيس لجنة التصنيف من أن منظمي الألعاب تتوفر لديهم التجهيزات الملائمة للقيام بعملية التصنيف.

6. يجب أن يعين المصنفين المعتمدين الذين يتكفلون بالمتدربين.

7. يتعين عليه أن يتأكد أن المتدربين قد تسنى لهم حضور ندوة مقبولة أو، على الأقل، أمكنهم الاطلاع على وثائق التكوين الأساسي، قبل حضور تكوينهم الأول خلال المنافسة.

8. ينبغي أن يتأكد أن جميع المصنفين المعتمدين على إمام بأخر تطورات نظم التصنيف.



9. يجب أن يعتمد رئيس لجنة التصنيف إلى تقييم المترشحين (المتدربين) ويناقش معهم ما قد يكون تحقق لهم من تقدم أثناء أو بعد منافستهم الأولى، وإلا ففي نهاية التكوين.

10. عليه أن ينصح كل متدرب بما قد يحتاجه من تكوين إضافي.

#### و - حقوق الرياضي وواجباته

لكل رياضي حقوق وواجبات باعتبار قواعد نظام التصنيف، وهي:

1. أن يوضع في الصنف المناسب لقدرته الكامنة على الحركة.
2. من حقه أن يتوقع أن تكون قدرة الرياضيين الآخرين في صنفه على الحركة مشابهة أو مساوية لقدرته هو.
3. أن يكون من حقه، إلى حد ما، ألا يتكشف عليه أحد عند فحص التصنيف.
4. قبول أن من واجب الرياضيين أن يكونوا متعاونين بالإجابة الصادقة عن جميع الاختبارات بكل أمانة.
5. أن يكون من حقه أن يعترض على الصنف المسند إليه.

#### ز - قوانين أال IPC الخاصة بألعاب القوى، في مجال

#### التصنيف والاعتراض على التصنيف

الأسئلة والقيام بجميع في سياسة الـ IPC، الاعتراضات على التصنيف مقبولة، في ظروف خاصة، أثناء المنافسات.

من البديهي أن يهدف فرع ألعاب القوى إلى أن تكون نتائج التصنيفات قد وضعت بصفة نهائية قبل بداية المنافسات. إلا أنه، من تحصيل الحاصل، أن ذلك غير ممكن، في بعض الظروف.

وفيما يلي عرض للقوانين في مجال التصنيف والاعتراض على التصنيف حسب الـ IPC.

#### التصنيف في ألعاب القوى

1. التصنيف عملية مقننة ومندمجة تماما، لذلك، ينبغي أن تضم اللجنة مصنفين ينحدرون من مختلف فئات المعوقين الحركيين.
2. ينبغي اعتبار سبب الإعاقة عند تعيين أعضاء اللجنة التي ستتولى فحص الرياضي.

3. تتضمن العملية 3 مراحل:

أ - طبية (بدنية)

ب - وظيفية

ج-مراجعة خلال المنافسة (Review)

4. يتم تشريك 3 أشخاص في العملية، سواء كان ذلك في المرحلة الأصلية أو في طور الاعتراض، الأمر الذي يقتضي أن تضم اللجنة دائما 3 أعضاء عند التصنيف في ألعاب القوى. 5. كل قسم فرعي مكلف بفئة من فئات الإعاقة من فرع ألعاب القوى التابع للـ IPC ينبغي أن يتوفر لديه إحصاء (قائمة رئيسية) للمعوقين (من الفئة المعنية) الذين سبق لهم أن شاركوا، من قبل، في منافسات دولية.

6. ينبغي تسجيل حرفي (P) أو (R)، على هذه القوائم، أمام اسم كل رياضي؛ P تعني أن للرياضي تصنيفا دائما (نهائيا) في ألعاب القوى، وR تعني أن التصنيف ينبغي مراجعته.

7. قائمة التزام الرياضيين المزمع مشاركتهم في ألعاب ما ينبغي أن توجه (من قبل المنظمين) إلى فرع ألعاب القوى التابع للـ IPC ، قبل موعد المنافسة بوقت كاف). ويتولى الفرع توزيع هذه القائمة على الأقسام الفرعية المعنية التي عليها، بعد مراجعة القوائم الرئيسية الموجودة لديها، أن تضع أمام اسم كل رياضي الحرف P في صورة التصنيف الدائم، والحرف R في صورة التصنيف الوقتي القابل للمراجعة أو N بالنسبة إلى الرياضيين الجدد غير المصنفين دوليا.

## إجراءات الاعتراض

8. إن الإجراءات، في حالة الاعتراض، محددة بوضوح وتختلف بحسب طبيعة تصنيف الرياضي، أي دائم P، أو ينبغي مراجعته (R)، أو جديد (N). كما أنها تحدد الأشخاص المؤهلين للاعتراض ومتى يمكن القيام به وحسب الوضعيات توجد أربعة إجراءات مختلفة ينبغي اتباعها في صورة الاعتراض الوضعية | (A)

يتعلق الأمر باعتراض على رياضي له تصنيف دائم (P): ينبغي أن يقوم به رئيس وفد بلد مشارك وأن يقدم على أقصى تقدير 72 ساعة بعد المسابقة الأولى لا يستطيع الرياضيون الذين لهم تصنيف دائم تغيير الصنف أثناء الألعاب.

إذا كان الصنف الدائم (P) للاعب، بناء على رأي لجنة التصنيف، ونظرا إلى مستويات الأداء التي حققها أثناء الألعاب، يدعو إلى المراجعة، ينبغي أن يتم ذلك خلال هذه الألعاب نفسها، بعد آخر مسابقة فردية للمتافس.

### الوضعية ب (B)

الاعتراضات على رياضيين لهم تصنيف ينبغي مراجعته (R)، أعني بذلك الذين يوجدون ما بين صنفين (Borderline)، فإن تصنيفهم، على كل حال، من المنتظر مراجعته.

ويشتمل إجراء مراجعة التصنيف، مثلما هو الأمر بالنسبة إلى الفحص الأول، على جانب طبي (بدني)، واختبارات وظيفية ثم، عند الاقتضاء، إعادة الفحص (Review)، أثناء أول مسابقة يشارك فيها الرياضي.

يمكن للجنة التصنيف، إذا لم تقرر من قبل المراجعة (Review)، الإعلان عن قرارها، ولكن 72 ساعة قبل بداية المسابقة الأولى للألعاب. وإلا فإن القرار النهائي ينبغي الإعلان عنه خلال الثلاثين دقيقة التي تسبق التصريح بالنتائج الرسمية للمسابقة.

## الوضعية ج (C)

يتعلق الأمر باعتراض على رياضيين يحملون الحرف (N)، أي الذين لم يتم تصنيفهم أبدا من قبل في منافسة دولية معتمدة من أَل IPC.

ويشتمل إجراء التصنيف الذي يخص رياضيا جديدا، الفحص الطبي (البدني) والاختبارات الوظيفية قبل المنافسة وعند الاقتضاء، إعادة الفحص (Review) أثناء أول مسابقة يشارك فيها أثناء الألعاب.

ينبغي الإعلان عن القرار النهائي للجنة التصنيف خلال الـ 30 دقيقة التي تسبق التصريح بالنتائج الرسمية للمسابقة الأولى ويمكن الاعتراض على التصنيف (N) لهؤلاء الرياضيين من قبل رئيس وفد مشارك أو المسؤول الفني به أو مدرب ألعاب القوى. وينبغي تقديم الاعتراض خلال الـ 30 دقيقة التي تسبق التصريح بالنتائج الرسمية للمسابقة.

## الوضعية د (D)

في صورة ما إذا لوحظ، أثناء المنافسة، قدرات لدى الرياضي (R) أو (N) لم برزها عند فحص التصنيف الأول، فإن أعضاء لجنة التصنيف هم وحدهم المؤهلون للتقدم باعتراض.

ويكون الدافع على هذا الاعتراض، في أغلب الأحيان، الشك في أن الرياضي قد عمد إلى الغش أثناء فحص التصنيف، فإذا اعتبر هذا الرياضي، عند إعادة الفحص، قد عمد إلى الغش من جديد، فإنه يعاقب بإقصائه من الألعاب، وتسترجع منه أية ميدالية يمكن أن يكون قد فاز بها.

**ملحوظة:** إذا اعتبر أعضاء لجنة التصنيف أن رياضيا كان متعاوناً عند الاختبارات، وأن خطأ من جانبهم قد حصل في تصنيفه، يتم الحفاظ على تصنيفه طيلة كامل مدة الألعاب. وفي نهاية المنافسة، يمكن للجنة التصنيف مراجعة تصنيفه وإسناد الحرف (P) أو (N) إليه، للمنافسات المقبلة.

9. ينبغي عند الاقتضاء، أن يعين رئيس لجنة التصنيف بفرع ألعاب القوى التابع الـ IPC، لجنة اعتراض (أو) تظلم، ويجب ألا تضم لجنة الاعتراض

هذه، إذا كان ذلك ممكناً، أي شخص سبق له أن شارك في عملية التصنيف الأولى.

قبل بداية المنافسة، ينبغي أن يؤخذ كل اعتراض بعين الاعتبار إذا ما صدر عن شخص مشارك في الألعاب، بما في ذلك الرياضيون.

وينبغي، أثناء المنافسة، دراسة كل اعتراض بسرعة، ذلك أن وجاهته، إذا ما ثبتت يمكن أنه تغير النتائج (لا سيما عندما يكون الرياضي موضوع الاعتراض من الفائزين).

10. يتم وضع برنامج مسابقات ألعاب القوى على نحو يسمح للرياضي الذي يتم نقله من صنف أكثر إعاقة إلى صنف أقل إعاقة، بعدم إضاعة المسابقات التي هو مرسم بها.

وقد لاحظنا، من خلال تجربتنا على مدى 8 ألعاب دولية، أن 90% من تغييرات الأصناف كانت تخص رياضيي الأصناف الأكثر إعاقة نحو الأصناف الأقل إعاقة.

ولكن، في هذه الحالة، يضيع الرياضيون الذين يكون تغييرهم في الاتجاه المعاكس مسابقاتهم بالضرورة.

ومن ناحية أخرى من المفيد توضيح أن نظام فرع ألعاب القوى ينص على أنه، في صورة ما إذا ثبت أثناء المنافسة، أن صنفاً خاطئاً تم إسناده، فإن الرياضي المعني يسحب فوراً من "الصنف الخاطئ" ويوضع في الصنف المناسب. وهذه العملية تلغي نتائج الرياضي في المسابقة التي قد يكون شارك فيها.

11. يتم دفع مبلغ مالي وجوباً عن كل اعتراض يتقدم به رئيس وفد، أو المسؤول الفني أو المدرب.

أما لجنة التصنيف فليس عليها أن تدفع في حالة تقدمها هي بالاعتراض يتم تحديد المبلغ المذكور من قبل الـ IPC ويمكن أن يختلف من منافسة إلى أخرى إذا أفضى الاعتراض إلى نتيجة لصالح الشخص الذي تقدم به، يرجع إليه المبلغ المالي بكامله.

ويكون من حق لجنة التصنيف تجاهل اعتراض تعتبره غير وجيه، وعدم القيام بإعادة الفحص، وفي هذه الحالة، تحتفظ الـ IPC بالمبلغ المالي المدفوع.

### قائمة المراجع:

- 1- عبد المجيد عبد الرحيم- لطفي بركات، سيكولوجية الطفل المعاق وتربيته، مكتبة النهضة العربية، بيروت، 1966.
- 2- غريب سيد احمد، السلوك الاجتماعي للمعاقين، المكتبة الجامعية الحديثة، بدون سنة.
- 3- محمد رمضان القذافي، سيكولوجية الإعاقة، منشورات الجامعة المفتوحة، ليبيا، 1994.
- 4- حلمي إبراهيم- ليلي السيد فرحات، التربية الرياضية و الترويج للمعاقين، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.
- 5- عبد الحكيم بن جواد المطر، التربية التأهيلية والشلل الدماغي، دار الفكر العربي، القاهرة، 1996.
- 6- عبد الرحمان العيسوي، سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية، دار الراتب، بيروت، 1997.
- 7- عبد لرحمان السيد سليمان، معجم الإعاقة البدنية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2000.
- 8- عبد لرحمان السيد سليمان، الإعاقة البدنية: المفهوم، التصنيف، الأساليب العلاجية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2001.
- 9- ماجدة السيد عبيد، الإعاقة الحركية والحسية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000.
- 10- غسان محمد صدق وآخرون، رياضة المعاقين، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة بغداد، العراق، 2000.

- 11- حلیم الجبالی، تعریب المنصف بن الشیخ، ریاضة المعاقین:التصنیف فی العاب القوی،نشر المرکز الوطنی للطب الریاضی ، جولیة 2002.
- 12-مخبر المسألة التربویة فی الجزائر،دفاثر المخبر،جامعة محمد خیضر- بسكرة، 2005.

11- Activité physique ET sportive adaptée aux  
handicapés mentaux P.O.A 50 R.M, 1993.

12- pierre oleron, l'éducation des enfants physiquement  
handicapés, p.u.f, 1961.