



بسم الله وبعد: تم الرفع بحمد الله من طرف بن عيسى
ق متخرج من جامعة المدية سنة 2007

للتواصل وطلب المذكرات :

بريدي الإلكتروني: benaisa.inf@gmail.com

MSN : benaisa.inf@hotmail.com

Skype :benaisa20082

هاتف : 0771087969

دعوة صالحة بظهر الغيب....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة منتوري - قسنطينة

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر
من منظور الخدمة الاجتماعية
الدراسة الميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا
خميسي - ولاية تيارة

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم اجتماع التنمية

إشراف:

الأستاذ/الدكتور: فضيل دليو

إعداد:

أحمد مسعودان

لجنة المناقشة:

د. سلاطنية بلقاسم	أستاذ التعليم العالي	جامعة بسكرة	رئيسا
د. دليو فضيل	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة	مشرفا ومقررا
د. مقراني الهاشمي	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر	عضوا
د. سفاري ميلود	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف	عضوا
د. بشاينية سعد	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة	عضوا
د. عنصر يوسف	أستاذ محاضر	جامعة قسنطينة	عضوا

السنة الجامعية: 2006/2005

إهداء

إلى كل الأشخاص المعوقين في الجزائر
وفي العالم، أينما كانوا وحيثما وجدوا،
أهدي هذا العمل المتواضع.
مع احترامي وتمنيتي للجميع
ب حياة أفضل.

الباحث

شكر وتقدير

ربّ أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن
أعمل صالحاً ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين.
أتقدم بجزيل شكري ومعظيم امتناني إلى أستاذي القدير، الدكتور:
فضيل دليو، على قبوله الإشراف على هذا العمل، وعلى المجهودات التي
بذلها معي في سبيل إخراجه على ما هو عليه.
كما أتقدم بشكري إلى كل من ساعدني على إتمام هذا العمل من
قريب أو من بعيد وأخص بالذكر:

- الأستاذ/ الدكتور: ميلود سفاري.
- الأستاذ/ الدكتور: رشيد زرواتي.
- الأستاذ/ الدكتور: بلقاسم سلاطنية.
- السيد: أبوجرة سلطاني، وزير العمل و الحماية الاجتماعية الأسبق.
- السيد: مسعود لخلع، مدير الحركة الجمعوية بوزارة التشغيل والتضامن الوطني.
- السيد: هـ. نوري، مدير المؤسسات المتخصصة بوزارة التشغيل والتضامن الوطني.
- السيدة: فـ. ز. آيت سيدهم، مديرة فرعية بوزارة التشغيل والتضامن الوطني.
- السيد: زروقي علي نبوي، مدير المركز الوطني للتكوين المهني للمعوقين بدنيا بـخميستي، ولاية تيبازة.
- السيد: مراد بن أمزال، مدير التكوين المطبق وإعادة التكييف المهني بالمركز.
- السيدة: زكية آيت عيسى، مديرة الدراسات وتكوين المكونين بالمركز.

﴿عَبَسَ وَتَوَلَّى، أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى، وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّى، أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعُهُ الذِّكْرَى، أَمْ مَا مِنْ شَيْءٍ اسْتَغْنَى، فَإِنْ كُنْتَ لَهُ تَصَدَّى، وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَزَّكَّى، وَأَمْ مَا مِنْ جَاءَكَ يَسْعَى، وَهُوَ يَخْشَى، فَإِنْ كُنْتَ مِنْهُ تَلَكَّى، كَلَّا إِنَّهَا تَذْكِرَةٌ﴾

الآيات من 1 إلى 7

من سورة عبس

وقال الله تعالى: ﴿أَفَلَمْ يَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَتَكُونَ لَهُمْ قُلُوبٌ يَعْقِلُونَ بِهَا أَوْ آذَانٌ يَسْمَعُونَ بِهَا فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى الْأَبْصَارُ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبُ الَّتِي فِي الصُّدُورِ﴾

الآية 46

من سورة الحج

وقال أيضا: ﴿لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرَجٌ، وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرَجٌ وَمَنْ يُطِيعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ نُدْخِلْهُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ وَمَنْ يَتَوَلَّ نَعَذِّبْهُ عَذَابًا أَلِيمًا﴾

الآية 17

من سورة الفتح

صدق الله العلي العظيم

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
مقدمة.....	10
الفصل الأول: موضوع الدراسة ومنهجيتها	
تمهيد.....	19
1 - الإشكالية وأهمية الدراسة.....	20
أ- الإشكالية.....	20
ب- أهمية الدراسة.....	27
2 - أسباب اختيار الموضوع.....	28
أ- الأسباب الموضوعية.....	28
ب- الأسباب الذاتية.....	29
3 - أهداف الدراسة.....	30
أ- الهدف العام.....	31
ب- الأهداف العلمية.....	31
ج- الأهداف العملية.....	31
4 - تحديد المفاهيم.....	32
أ- الرعاية.....	32
ب- المعوق.....	36
ج- مفهوم رعاية المعوقين.....	42
د- مفهوم سياسة الإدماج الاجتماعي.....	43
هـ- المفاهيم المرتبطة بمفهوم الإدماج الاجتماعي.....	50
و- منظور الخدمة الاجتماعية.....	62
ز- المؤسسة المتخصصة.....	64
ح- مفهوم الواقع وبعض المفاهيم المقاربة.....	66
5 - فرضيات الدراسة.....	68
6 - ميدان الدراسة والمجتمع الأصلي.....	72
أ- ميدان الدراسة ومدى ملاءمته.....	72
ب- المجتمع الأصلي للدراسة.....	79
7 - مواصفات مجتمع الدراسة.....	83
8 - منهج الدراسة وأسلوب تحليل البيانات.....	89

92	9 - أدوات جمع البيانات.....
92	أ- الملاحظة.....
94	ب- الوثائق.....
94	ج- المقابلة غير الموجهة.....
95	د- استمارتان استبيانيتان.....
99	هـ- المقابلة الموجهة.....
100	خلاصة الفصل.....

الفصل الثاني: الأصول النظرية والامبريقية للدراسة

103	تمهيد.....
104	1- تطور النظرة إلى رعاية المعوقين في العالم.....
104	أ- في المجتمعات القديمة وفي عصر النهضة.....
106	ب- في الإسلام.....
109	ج- في فرنسا.....
110	د- في البلدان الأوروبية وأمريكا الشمالية.....
114	هـ- في المنظمات الدولية.....
118	و- التعاون الإقليمي لتكافؤ الفرص.....
122	ز- دراسة مقارنة للإدماج الاجتماعي للمكفوفين بالصين والولايات المتحدة الأمريكية.....
124	2- الاتجاه النظري النفسي والسلوكي في تربية وتعليم المعوقين.....
124	أ- أفكار جون هنري باستالوتزي J.H. PESTALOZZI.....
127	ب- أفكار فروبل F.F.A. FROBEL.....
129	ج- أفكار جون فردريك هيربرت J.F.HERBERT.....
132	د- أفكار ومبادئ جون ديوي J. DEWEY في التربية.....
136	هـ- نظرية التعديل (العلاج) السلوكي.....
143	3- دراسات نفسية امبريقية حول المعوقين.....
143	أ- دراسة حول الاستعداد للتعلم والتوافق النفسي لدى المعوقين سمعياً.....
145	ب- دراسة حول أثر الرعاية الخاصة على القدرات العقلية عند المتخلفين ذهنياً.....
148	ج- دراسة حول إستراتيجية تدريس الهندسة العلمية للتلميذ الكفيف.....
150	د- دراسة حول الأعصبة النفسية لدى المعوقين.....
151	هـ- دراسة حول دور الخدمة الاجتماعية في دعم وتطور السلوك الايجابي عند المعاقين...
153	4- مقارنة بنائية وظيفية لموضوع رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي.....
166	5- دراسات إمبريقية حول الرعاية والتنمية.....

166	أ- دراسة حول التنمية والرعاية الاجتماعية.....
168	ب- دراسة في تدعيم النسق القيمي للمعوقين بالمركز الرياضي.....
170	ج- دراسة حول القيم وعلاقتها بالإنتاجية لدى المكفوفين في مرحلة التدريب المهني.....
171	د- دراسة حول الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم.....
175	6- نظريات التعلم الاجتماعي والنمو المهني للمعوقين.....
175	أ- نظرية التعلم الاجتماعي.....
178	ب- نظريات النمو المهني (نظرية جيتير بيرج J.BEERGE - نظرية سوبر SUPER) .
183	7- دراسات امبريقية حول التعلم الاجتماعي والنمو المهني للمعوقين.....
183	أ- دراسة حول خدمات التأهيل واستعادة القدرة على الإنتاج لمبتوري الأطراف.....
185	ج- دراسة حول استعمال لغة الإشارة لدى الأطفال الصم فوق السن التاسعة.....
186	8- نظرية الذات.....
188	9- دراسات امبريقية حول صورة الذات لدى المعوقين.....
188	أ- دراسة حول أثر ممارسة الخدمة الاجتماعية في تقبل المصاب بالبتير لذاته.....
190	ب- دراسة حول التكيف النفسي الاجتماعي للفتاة المعوقة حركيا في الجزائر.....
192	ج- دراسة حول طبيعة القلق لدى الأطفال والشباب المعاقين بصريا.....
194	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث: المعوقون، رعايتهم وإدماجهم الاجتماعي.

198	تمهيد.....
199	1- تصنيفات المعوقين وأسباب الإصابة بالإعاقة.....
199	أ- تصنيفات المعوقين.....
202	ب- أسباب الإصابة بالإعاقة.....
205	2- حاجات المعوقين، مشكلاتهم وحقوقهم.....
205	أ- حاجات المعوقين.....
208	ب- مشكلات المعوقين.....
211	ج- حقوق المعوقين من خلال إعلان الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 1975.....
214	3- خدمات رعاية المعوقين.....
214	أ- أبعادها.....
217	ب- أهداف خدمات الرعاية الاجتماعية للمعوقين.....
218	ج- التربية الخاصة بالمعوقين.....
219	4- سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين.....

220	أ- استراتيجيات الدمج الاجتماعي.....
222	ب- المراحل والخطوات المتبعة للإدماج الاجتماعي للمعوقين.....
224	ج- الرعايات التأهيلية للمعوقين.....
237	د- أهمية العمل بالنسبة للمعاق.....
238	5- طرق الخدمة الاجتماعية وأدوار الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المعوقين.....
238	أ- طرق الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين.....
238	ب- أدوار الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المعوقين.....
246	6- حجم مشكلة المعوقين في الجزائر (مدخل إحصائي).....
249	7- تنظيم السياسة العامة لرعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي في الجزائر.....
250	أ- الوقاية من الإعاقة.....
254	ب- التربية والتكوين المهني وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكيف.....
263	ج- الإدماج والاندماج الاجتماعيان.....
265	د- الحياة الاجتماعية للأشخاص المعوقين ورفاهيتهم.....
268	هـ- الهيئات.....
271	8- المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر.....
274	أ- دوافع إعداد المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة.....
274	ب- أهمية المنهج التربوي التجريبي.....
275	ج- أهداف المنهج التربوي التجريبي.....
275	د- مضمون المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة.....
285	هـ- مدى كفاية المنهج التربوي التجريبي.....
286	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: خدمات رعاية المعوقين وإشباع حاجاتهم بالمركز ميدان الدراسة.

290	تمهيد.....
292	1- التاريخ المرضي، الدراسي والمهني للمعوقين.....
292	أ- التاريخ المرضي للمعوقين ودور الأسرة في رعايتهم.....
306	ب- التاريخ الدراسي والمهني للمعوقين.....
314	2- خدمات الرعاية الصحية وإشباع الحاجات الصحية للمعوقين.....
323	3- خدمات الرعاية النفسية وإشباع الحاجات النفسية للمعوقين.....
332	4- خدمات الرعاية الاجتماعية وإشباع الحاجات الاجتماعية للمعوقين.....
344	5- خدمات الرعاية التكوينية المهنية وإشباع الحاجات التكوينية للمعوقين.....
344	أ- الاختيار والتوجيه المهني.....

351	.....ب- البرامج التكوينية.
353	.....ج- المكونون.
359	.....خلاصة الفصل.
الفصل الخامس: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي	
362	.....تمهيد.
363	.....1- رعاية المعوقين والاستقلالية الذاتية والتكيف الذاتي والنفسي.
379	.....2- رعاية المعوقين والتكيف الاجتماعي.
387	.....3- رعاية المعوقين ومشكلات المحيط.
398	.....خلاصة الفصل.
الفصل السادس: نتائج الدراسة واقتراحات لتحسين رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.	
401	.....تمهيد.
402	.....1- نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات.
416	.....2- النتيجة العامة للدراسة.
417	.....3- مقارنة نتائج الدراسة بنتائج بعض الدراسات المشابهة.
417	.....4- استنتاجات الدراسة واقتراحات من أجل تحسين رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.
422	.....خاتمة.
428	.....فهرس الجداول.
431	.....فهرس الأشكال.
436	.....قائمة المراجع.
439	.....الملاحق.
448	.....• استمارة استبيان خاص بالمعوقين.
449	.....• استمارة استبيان خاص بالمؤطرين.
460	.....• دليل المقابلة الموجهة.
466	.....• وثائق خاصة بالمركز ميدان الدراسة.
467	.....• إحصائيات المعوقين بالجزائر.
471	.....• نصوص تشريعية.
483	

مقدمة

مقدمة:

تعتبر الموارد البشرية الدعامة الرئيسية لأي مجتمع من المجتمعات، وأعلى رأس مال فيها. ذلك أنها هي التي تعمل على تنميته وفي شتى المجالات الاقتصادية، السياسية، الثقافية، الاجتماعية والدينية، كما تعمل على تغييره وتحفظ استمراره، وتحفظه من الزوال. ولا يمكن أن تؤدي الموارد البشرية دورها التنموي هذا، دون أن يعمل المجتمع على تنميتها، بفضل تنمية قدراتها في النواحي الجسمية، العقلية، النفسية والاجتماعية والتنظيمية، من أجل تحقيق التقدم المنشود.

ومن هذا يتضح وجوب الاهتمام بالعنصر البشري في عملية تنمية المجتمع، وما يملكه من تلك القدرات. حيث يتمثل الاهتمام بهذا العنصر في تطوير مهاراته وتنمية كفاءاته، والعمل على الرفع من معنوياته، ومن مستوى أدائه ومردوده الإنتاجي، من خلال الوصول بها إلى أعلى قدر من التكيف الذاتي، النفسي والاجتماعي، ومن الاستقلالية الذاتية والاعتماد على النفس، وذلك لا يكون إلا بتوفير جملة من خدمات الرعاية التي تمس جوانب الشخصية. لكن توجد فئات خاصة في المجتمع، تعوقها قدراتها العقلية أو الجسمية أو الشخصية بصفة عامة من الاستفادة الكاملة من تلك الخدمات بصفة عادلة، ومن المشاركة الفعالة والحررة في الحياة المجتمعية.

تلك الفئات تتعدد، فمنها فئة الأطفال المحرومين أو المتشردين، فئة المرضى بأمراض مزمنة، فئة ضحايا المآسي والكوارث. وهناك فئة المعوقين، التي تضم أشخاصا يتصفون بجملة من الخصائص الشخصية، ولهم حاجات خاصة، ولهم مشكلات خاصة، لا يمكن مقابلتها دون توفير رعاية خاصة لهم، من أجل إدماجهم اجتماعيا، وتحقيق نوع من الكرامة في حياتهم الاجتماعية، والعمل على تكافؤ الفرص بينها والأفراد العاديين في المجتمع، والذي يعتبر مبدأ من مبادئ روح الإنسانية.

إن رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم في المجتمع، تعتبر نسقا اجتماعيا، يقوم بدور وظيفي في إعدادهم وتكليفهم ذاتيا، نفسيا واجتماعيا، من خلال وسائل، مؤسسات وأجهزة لها فعالية تكوينهم وتهيئتهم وتأهيلهم من الناحية الجسمية، العقلية، النفسية والاجتماعية والأخلاقية، ليكونوا أعضاء كاملي العضوية في المجتمع، يعيشون حياة سوية في بيئاتهم الاجتماعية، ويعملون على تحقيق الأهداف المخططة للمجتمع.

إن الأهداف المحددة لسياسة رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي لها علاقة بالأهداف الكبرى التي يرسمها المجتمع. هذه العلاقات التي يؤكدّها علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية، تعني الربط بين أهداف التنمية الشاملة للمجتمع، وأهداف السياسة الاجتماعية، فتخدم هذه الأخيرة الأولى بفعالية كبيرة، وذلك بخلق الفرد ذا المستوى النفسي، الثقافي والاجتماعي اللازم لمواجهة تحديات العصر، من تقدم علمي وتكنولوجي وتغير ثقافي.

إن خدمات الرعاية والتكفل بالأشخاص المعوقين في عصرنا الحالي، وخاصة في المجتمعات المتقدمة، تعتبر استثماراً جدياً مهماً لطاقة جديوية، إذا أُهِّلَت التأهيل اللازم والكافي لمواجهة التحديات التي تُقَرِّفها مبادئ الإنسانية والديمقراطية من كرامة وحرية ومشاركة فعالة في الحياة الاجتماعية وتكافؤ الفرص.

لكن كيف تحقق لرعاية الأشخاص المعوقين الفعالية اللازمة، حتى تصبح حقيقة العامل الرئيسي والحاسم في عملية إدماجهم الاجتماعي، من أجل المساهمة في التطور المجتمعي؟

هناك عدة عوامل تعمل مجتمعة على تحقيق الفعالية لرعاية المعوقين، وتجعلها في خدمة أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي، والأهداف العامة للمجتمع من تقدم ونمو وتغيير واستمرار، ومنها مختلف أنواع (أبعاد) الخدمات التي تتضمنها، من خدمات الرعاية الصحية، خدمات الرعاية النفسية، وخدمات الرعاية الاجتماعية، وخدمات الرعاية التكوينية، المهنية، ومدى توفرها في الأسرة وفي المؤسسات المتخصصة في الرعاية، وفي المؤسسات المجتمعية ككل، إلى جانب الموارد المادية والبشرية المسخرة لها، والبرامج التي تتضمنها وتنظمها، والوسائل ونسق القيم السائدة في المجتمع ككل، وثقافة المجتمع، ونظراته لهذه الفئة الخاصة، ومدى وعيه الاجتماعي والسياسي بدوره في كل ذلك.

ومن هذا المنطلق تتضح ضرورة الاهتمام بنسق الرعاية الخاصة للمعوقين، كنسق فرعي من النسق العام للسياسة الاجتماعية المنتهجة والمخططة من طرف قيادة المجتمع، والتي تعتبر بدورها نسقاً فرعياً ضمن النسق العام لهذا الأخير.

ويتمثل الاهتمام بنسق الرعاية للمعوقين، في توفير كل ما يلزمه من موارد مادية ومعنوية وتكاملها، وفي اعتبارها من أولويات السياسة الاجتماعية. وكل ذلك لا يتحقق إلا بفضل وعي المجتمع، أفراد، جماعاته وقياداته بكل ذلك.

ورعاية المعوقين في الجزائر، تتم في مؤسسات متخصصة، منها المدارس الخاصة بتعليم صغار الصم، وأخرى بتعليم صغار المكفوفين، ومنها المراكز الطبية البيداغوجية للمعوقين ذهنيا، وأخرى للمعوقين حركيا، إلى جانب المركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا.

إن عملية رعاية المعوقين بهذه المؤسسات، ليست بالعملية السهلة، نظرا إلى أن عدة عوامل تتدخل فيها وتؤثر فيها والمذكورة سابقا.

وعملية تشخيص ومعرفة مدى فعاليتها في تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر، هي كذلك صعبة، نظرا لتلك الأسباب، ولا يمكن القيام بها إلا من خلال دراسة ميدانية تهتم بواقع كل ذلك.

وشعورا بالأهمية التي تكتسيها فئة المعوقين كقوة تنموية في المجتمع، وبأهمية توفير الرعاية اللازمة والكاملة لها، من أجل إدماجها اجتماعيا، فإن هذه الدراسة تتمحور حول واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية- وهي دراسة نظرية ميدانية، اجري شقها الميداني بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا، بخميسي ولاية تيبازة، ولقد قسمت هذه الدراسة إلى ستة فصول، وهي كما يلي:

الفصل الأول: موضوع الدراسة ومنهجيتها:

حيث تم في هذا الفصل طرح الإشكالية وتحديد أبعاد مشكلة الدراسة، مع توضيح أهمية الدراسة، وبعدها تم توضيح أسباب اختيار الموضوع، وتحديد أهداف الدراسة، بعد ذلك تم تحديد المفاهيم الأساسية في الموضوع، والمفاهيم المرتبطة بها، والتي عرفت كلها إجرائيا حسب ما يتوافق مع أبعاد مشكلة الدراسة ومؤشرات الفرضيات، ثم تم طرح الفرضيات.

كما تضمن هذا الفصل تحديد ميدان الدراسة، مع توضيح مدى ملائمتها لها، ثم تحديد المجتمع الأصلي للدراسة، مع توضيح مواصفاته.

وفي الأخير تم تحديد المنهج الملائم لطبيعة الموضوع، وكذلك أدوات جمع البيانات الضرورية لتطبيق المنهج.

الفصل الثاني: الأصول النظرية والامبريقية للدراسة:

وقد تضمن هذا الفصل من الدراسة تحليلاً مقارناً لتطور النظرة إلى رعاية المعوقين في العالم، منذ المجتمعات القديمة، مروراً بأوروبا الحديثة وحتى آخر المبادرات الدولية على مستوى المنظمات العالمية والإقليمية في سبيل تحسين وضع المعوقين في العالم. كما تضمن هذا الفصل، دراسة تحليلية ومقارنة فكرية ونظرية متعددة الأقطاب لموضوع رعاية المعوقين، حيث تم عرض تحليلي مقارن لأفكار بعض رواد الاتجاه النفسي والسلوكي، ثم بعد ذلك تم عرض وتوضيح أهمية الدراسات التي تناولت موضوع المعوقين ضمن هذه الأفكار.

بعد ذلك تم بناء مقارنة بنائية وظيفية لموضوع رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي، تخلصاً من عرض وتوضيح أهمية بعض الدراسات التي تناولت الموضوع في هذا الإطار الفكري، ثم عرض تحليلي لأفكار نظريتي التعلم الاجتماعي والنمو المهني للمعوقين. وبعده تم عرض وتوضيح أهمية بعض الدراسات التي تناولت موضوع المعوقين في إطار هاتين النظريتين، وفي الأخير تم التطرق إلى نظرية الذات، وبعض الدراسات التي تناولت صورة الذات لدى المعوقين.

الفصل الثالث: المعوقون، رعايتهم وإدماجهم الاجتماعي:

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى تصنيفات المعوقين وأسباب الإصابة بالإعاقة، التي تنقسم إلى أسباب وراثية وفطرية وأخرى بيئية.

بعد ذلك تم تحديد حاجات المعوقين مع توضيح المشكلات التي يعاني منها هؤلاء، حقوقهم من خلال إعلان 1975م، للجمعية العامة للأمم المتحدة.

بعد ذلك تم التعرض إلى أهم أبعاد وأهداف خدمات رعاية المعوقين، ثم تحليل سياسة الإدماج الاجتماعي لهم. بعد ذلك تم توضيح طرق الخدمة الاجتماعية، وأهم أدوار الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المعوقين.

وبعد كل ذلك تم تناول التشريع الجزائري بالتحليل، فيما يخص تطوره، لكن قبل ذلك تم عرض مدخل إحصائي حول حجم مشكلة المعوقين في الجزائر.

وفي الأخير تم عرض ومناقشة المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر.

الفصل الرابع: خدمات رعاية المعوقين وإشباع حاجاتهم بالمركز ميدان

الدراسة:

حيث تضمن هذا الفصل تبويب وتحليل ومناقشة ومقارنة النتائج الميدانية المرتبطة بالتاريخ المرضي، التاريخ المدرسي والتاريخ المهني للمعوقين، ودور الأسرة في التكفل بهم. ثم بعد ذلك تم تبويب وتحليل البيانات المرتبطة بالفرضية الفرعية الأولى، كل مؤشر على حداء، والمتعلقة بخدمات الرعاية المقدمة للمعوقين، مع تفسيرها ومقارنتها. وعدنا بعد ذلك إلى البيانات المتعلقة بالفرضية الفرعية الثانية والتي نهتم فيها بمؤشرات إشباع الحاجات (الصحية، النفسية، الاجتماعية والتكوينية).

الفصل الخامس: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي

بالجزائر:

لقد تم في هذا الفصل تبويب وتحليل وتفسير ومقارنة النتائج الميدانية المرتبطة بالفرضية الفرعية الثالثة والأخيرة، والتي تدور مؤشرات حول أهداف الإدماج الاجتماعي للمعوقين والتي تتمثل في: الاستقلالية الذاتية، التكيف الذاتي، التكيف النفسي والتكيف الاجتماعي.

كما تضمن هذا الفصل تبويب وتحليل البيانات المتعلقة بالمشكلات البيئية التي يتعرض لها المعوقون خلال تواجدهم بالمركز، بالمنزل، خارج المنزل، مع تحليلها وتفسيرها.

الفصل السادس: نتائج الدراسة واقتراحات لتحسين رعاية المعوقين

وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر:

وقد تم في هذا الفصل الأخير، عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات المطروحة ومؤشراتها، ثم النتيجة العامة للدراسة.

وبعد ذلك تمت مقارنة نتائج الدراسة بنتائج بعض الدراسات المشابهة، ثم تم طرح اقتراحات من أجل تحسين رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، على أساس استنتاجات الدراسة.

وفي الأخير تم وضع خاتمة للدراسة، ثم أثبت فهرس الجداول وفهرس الأشكال البيانية، وقائمة المراجع، والملاحق.

وتجدر الإشارة إلى أن موضوع رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، هو موضوع حساس إلى جانب جذته في الحقل السوسيولوجي، حيث على حد علمنا لا توجد دراسة سبقت الدراسة الحالية في ميدان علم الاجتماع أو الخدمة الاجتماعية. لذلك فقد قام الباحث بجهد معتبر في سبيل التأسيس لنظرية علم اجتماعية خدمانية حول موضوع رعاية المعوقين.

قسنطينة في 2005.05.25

الفصل

الأول

تمهيد:

يعتبر طرح الإشكالية وتحديد أبعادها، أولى المراحل التي ينطلق منها أي باحث في دراسة أي موضوع مهما كان تخصصه العلمي.

إن طرح الإشكالية وصياغتها وتحديداتها، ينبع من إحساس الباحث الذاتي والموضوعي بمشكلة الدراسة، ذلك الإحساس يعتبر دافعا له من أجل الاجتهاد للوصول إلى حلول لها وتفسيرات، نظريا وميدانيا.

إن طرح الإشكالية لا يأتي بالصدفة أو الارتجالية، وإنما هو حصيلة التفاعل بين التصور النظري الذي يبنيه الباحث حول موضوعه، من خلال اطلاعاته المكثفة على مختلف المراجع والمصادر والمؤلفات والمقالات والدراسات التي كتب فيها أصحابها حول نفس الموضوع أو حول جانب من جوانبه، وبين التصور الميداني الذي يبنيه الباحث بفضل دراساته وزياراته والاستطلاعية للميدان أين تحدث الظاهرة محل الدراسة.

ومن هذا المنطلق سيتم التطرق في هذا الفصل إلى طرح الإشكالية، وتحديد أبعاد مشكلة الدراسة، والتي سيتم على أساسها طرح الفرضيات، لكن قبل ذلك سيتم توضيح أهمية دراسة الموضوع، وأسباب اختياره، ثم أهداف الدراسة.

بعد ذلك سيتم تحديد المفاهيم الأساسية في الموضوع والمفاهيم المرتبطة بها، والتي ستحدد كلها إجرائيا حسب ما يتوافق وأبعاد مشكلة الدراسة ومؤشرات الفرضيات. ثم طرح الفرضيات التي تقابل تماما أبعاد مشكلة الدراسة.

بعد كل ذلك سوف يتم تحديد ميدان الدراسة، مع توضيح مدى ملاءمته لها، كما سيتم تحديد المجتمع الأصلي للدراسة، مع توضيح مواصفاته.

وفي الأخير سوف يتم تحديد المنهج الملائم لطبيعة الموضوع، وكذلك أدوات جمع البيانات الضرورية لتطبيق المنهج.

1- الإشكالية وأهمية الدراسة:

أ- الإشكالية:

تعتبر التنمية الاجتماعية العامل الأساسي لتقدم المجتمعات واستمرارها، ذلك أنها تستهدف وبمختلف الجهود والأساليب تحقيق مزيد من الكرامة والأمن النفسي والاجتماعي للفرد، وجعله يحس في حياته بالطمأنينة والعدل والمساواة والحرية، بالثقة في النفس، بالشعور بالذات والانتماء للجماعة والمجتمع. كما أن التنمية تستهدف اكتساب الفرد مختلف المعارف والمهارات النافعة، العادات والاتجاهات السليمة التي تجعل منه عضوا نافعا وفعالا في خدمة وتنمية مجتمعه. لذلك فإن الإنسان يعتبر العنصر الأساسي في التنمية الاجتماعية، فهو هدفها الأعلى، ووسيلتها الفعالة، إلى جانب العناصر الأخرى المكونة لها، والتي تتفاعل فيما بينها، من خطط وبرامج، وأهداف ووسائل.

إن من الشروط الأساسية لنجاح أية خطة تنموية في المجتمع، هو إيمان هذا الأخير بالفرد، وفي الوقت نفسه، الإيمان بالأفراد جميعا، وبالفرص المتكافئة للجميع، والعمل الجاد على إزالة المعوقات الذاتية، والاجتماعية من طريق مساهمة أفرادها في تنمية أنفسهم وتنمية مجتمعهم.

فلا يمكن أن نقول أن هذا الفرد قادر على المساهمة في التنمية وآخر غير قادر، دون إعطاء هذا الأخير الفرصة والإمكانيات للتغلب على معوقاته ولاستثمار قدراته وامكانياته المتبقية، في سبيل نجاحه في تنمية نفسه ومجتمعه. فالفرد هو المسؤول في المقام الأول عن تحسين أحواله وأحوال مجتمعه، وعلى التربية أن تعدّه للقيام بهذه المسؤولية عن طريق تنمية القدرات والمهارات، المعارف، القيم والاتجاهات الضرورية لذلك وفي شتى مجالات الحياة. من هذا المنطلق، فإن التربية هي التي تعمل على صناعة الأفراد الذين يسخرون كل طاقاتهم الجسمية، العقلية والمعنوية في خدمة مجتمعاتهم، وهي بذلك ترتبط أساسا بعملية التنمية. إن عملية التربية كما هو معروف تتضمن وتستهدف نمو شخصية الفرد بمختلف جوانبها: بيولوجيا، عقليا، نفسيا واجتماعيا، وهي سواء أكانت مقصودة أو غير مقصودة، تكون في الأسرة وفي المدرسة، في وسائل الإعلام، وفي مختلف المؤسسات الاجتماعية بالمجتمع.

لكن هناك فئات من الأفراد في المجتمع، من الصعب تربيتهم وتنمية شخصياتهم بالطرق والوسائل المادية والبشرية والمعنوية العادية، حيث أنهم يعانون من سوء تكيف، سواء أكان جسميا، عقليا، نفسيا أم اجتماعيا. وذلك نتيجة لقصور أو خلل في نمو وظائف أحد أعضاء أو حواس الجسم، أو عدد منها، الأمر الذي -حسب التحليل البنائي الوظيفي للشخصية- يخلق لديهم مشكلات نفسية وأخرى اجتماعية، تحول بينهم وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات، التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما تحول بينهم وبين المنافسة المتكافئة مع غيرهم من الأفراد العاديين في المجتمع.

تلك الفئات تسمى علميا "بالمعوقين"، وتصنف ضمن الفئات الخاصة، والتي تتضمن المعوقين جسديا (حركيا)، والمعوقين عقليا (ذهنيا)، والمعوقين بصريا (المكفوفين)، والمعوقين سمعيا (الصم البكم)، ومتعددو الإعاقات.

وهناك من الباحثين والمفكرين من يضيف أصنافا أخرى من الإعاقات، كالمعوقين نفسيا (المصابين بأمراض نفسية)، والمعوقين اجتماعيا (كالمشردين والمحرومين، اليتامى، العجزة، ضحايا الأزمات والكوارث...).

تعتبر الإعاقة بمختلف أنواعها مشكلة مست جميع المجتمعات، منذ أن وجد الإنسان، لذا فهي ظاهرة إنسانية اجتماعية. ولقد أخذت مكانة بارزة في اهتمامات الدارسين والباحثين، نظرا لتفاقمها في مختلف أنحاء العالم، سواء في البلدان المتطورة أم المتخلفة، حيث بلغت نسبة المعوقين 10% من سكان العالم، أي ما يقارب 600 مليون معوقا، منهم 80% في الدول النامية.⁽¹⁾ ولقد أقرت وثائق الأمم المتحدة بأن عدد المعوقين بصفة عامة في كل مجتمع يتراوح ما بين 10-15% من مجموع عدد السكان. ويتوقع الخبراء أن تزداد مشكلات المعوقين كل سنة، وذلك راجع إلى زيادة أعدادهم، والتي بدورها ترجع إلى تعدد الأسباب المؤدية للإعاقة والتي تتمثل في الأسباب الوراثية، والأسباب البيئية، وتعدد عواملها. لقد اختلفت نظرة المجتمعات إلى المعوقين من عصر لآخر، ومن مجتمع لآخر، فبعد أن كانوا ينبذون ويعزلون عن باقي الأفراد، حتى أنهم كانوا يقتلون عند بعض المجتمعات القديمة، كالمجتمع اليوناني القديم، للاعتقاد بأنهم عالة على المجتمع، وعاجزون عن خدمته والمساهمة في الحياة الاجتماعية، أصبحت لهم حقوق يتمتعون بها، ومن واجب الدولة تلبية

(1) يومية الخبر، العدد 3031، الجزائر، 31 نوفمبر 2000.

احتياجاتهم، وذلك بظهور الأفكار المنادية بضرورة الاعتراف بحق المعوق في الحياة، وفي الرعاية الخاصة، لما له من حاجات خاصة، وما يترتب عن عدم تمكنه، أو عدم تمكن محيطه من إشباعها، من مشكلات خاصة.

اهتم الباحثون بدراسة الخصائص الشخصية للمعوقين، وأسفرت الدراسات المبكرة منها والحديثة، إلى أنهم يتصفون بالإنطوائية والعدوانية، ويعانون من الشعور بالدونية، والقلق والإحباط والحرمان، والتمركز حول الذات والاندفاعية والتهور، وعدم القدرة على ضبط النفس، وانخفاض مستوى النضج الاجتماعي، وسوء التوافق الشخصي وهذا ما جعلهم يصنفون كما سبق وأن ذكرنا ضمن الفئات الخاصة في المجتمع.

إن تميز المعوق بهذه الخصائص يؤثر على نموه وعلى تكيفه الشخصي والاجتماعي، لذا يجب التكفل به وتهيئته للاندماج في المجتمع. ولقد خُصّت قوانين في التشريعات الدولية من أجل رعاية المعوقين وحماية حقوقهم. حيث لجأت العديد من الدول إلى وضع تشريعات تنظم برامج الرعاية وتكفل للمعوقين بعض المزايا والحقوق، التي تؤمن لهم الاستقرار في الحياة، حيث أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة:

- إعلان حقوق المتخلفين ذهنيًا سنة 1971م.

- إعلان حقوق الأشخاص المعوقين سنة 1975م.

وأقرت كذلك سنة 1981م سنة دولية للمعوقين، إضافة إلى الإعلان العربي للعمل مع المعوقين الصادر من مؤتمر الكويت الإقليمي للمعوقين، المنعقد في الفترة ما بين 01-04 أبريل من نفس السنة.

وهذا ما أدى إلى تغير جوهري في الأخلاقيات السائدة في العالم، فبعد أن كان ينظر إلى المعوقين كفئة عاجزة، لا يحق لها التمتع بأي حق أو رعاية، أصبح من الواجب الاهتمام بهذه الطاقة المهمة وتأهيلها لتكون دعماً في تنمية وتطوير المجتمع. ومما ساعد على ذلك تطور العلوم، وخاصة الإنسانية منها، وظهور تخصصات فيها كعلم الاجتماع التطبيقي، والخدمة الاجتماعية، وما ساهمت به هذه الأخيرة، من برامج الرعاية والتأهيل المهني والاجتماعي للمعوقين. حيث أن نظرة هذا العلم للمعوقين تتأسس على عدة مبادئ، نذكر من بينها، أن:

- عجز الإنسان هو عجز نسبي أصاب وظيفة أو أكثر من وظائفه، ولا يعني بالضرورة عجزاً كلياً وشاملاً، أي أنه يمكن استثمار ما تبقى لديه من قدرات بأفضل أسلوب.
- لا شك أن للمعوقين طاقات كامنة، يجب تحديدها وتنميتها لدفع عجلة التنمية الاقتصادية للمجتمع.

- رعاية المعوقين واجب أخلاقي وإنساني تفرضه القيم الدينية والأخلاقية والإنسانية.
كما تعددت النظريات المهمة بالمعوقين، وتشعبت توجهاتها، فظهرت بذلك:

- الاتجاهات الفكرية في الرعاية الاجتماعية.
- اتجاهات دراسة الطفل المعوق، وتتضمن: الاتجاه السيكولوجي والاتجاه السوسولوجي.

- نظرية العلاج (التعديل) السلوكي.
- نظريات التعلم الاجتماعي ل: روتر وكرومويل.
- نظريات النمو المهني، وتتضمن: نظرية (بيتر بيرج B. BEERGE)، نظرية (سوبر SUPER)، ونظرية (هولاند HOLLAND).

كل هذه النظريات والاتجاهات جاء بها أصحابها محاولين بذلك تحليل شخصية المعوق، وتفسير ظروفه، ووضع برامج رعايته وإدماجه الاجتماعي.
إن الدارس لفئة المعوقين يجدونها تحتاج إلى مساعدة ورعاية مع تكفل خاص من طرف أفراد المجتمع، سواء أكان ذلك من طرف المؤسسات والمراكز والمدارس المتخصصة التي تنشئها الدولة، أو من طرف الأسرة ومن طرف المحيطين. وذلك لتمييزها بالخصائص المذكورة آنفاً.

وتعتبر الرعاية الاجتماعية للمعوقين، جانباً هاماً من جوانب التكفل بهم، وهذا راجع لأهمية الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، والتي تتدرج ضمن هدف عام، وهو تحقيق الإدماج المهني والاجتماعي لهم، بفضل تكييفهم الذاتي، النفسي والاجتماعي. أي جعلهم يعون ذواتهم، يحققون استقلاليتهم، ويكونوا قادرين على التواصل الاجتماعي مع الآخرين.

ولهذا الغرض أنشئت مؤسسات ومدارس خاصة بهم لتربيتهم وتأهيلهم من خلال ما يعرف بالتربية الخاصة والتأهيل المهني والاجتماعي، الذي يتناسب مع أبعاد نموهم

الشخصي، وقد كانت أول مؤسسة خاصة بالصم أنشئت على يد (دي لبييه) في باريس، و(صامويل هانيك) عام 1778م في ألمانيا.

كما حضى المتخلفون ذهنيا بالاهتمام، حيث انشأ (ريد) في إنجلترا عام 1840م أول مؤسسة لرعاية المتخلفين، تحت رعاية الملكة فكتوريا.

وتعمل هذه المؤسسات المتخصصة على رعاية المعوقين خاصة من الناحية النفسية والاجتماعية والتربوية والتعليمية والمهنية، وكذا تقديم خدمات رعاية متعددة الجوانب من طرف فريق متخصص ومؤهل لتحويل قدرات المعوق إلى طاقة منتجة وفعالة، ويضم مكونين، معلمين متخصصين، ومربين مختصين، وأخصائيين نفسانيين، وأخصائيين اجتماعيين، وذلك بتكثيف المناهج والبرامج التعليمية وكذا الوسائل والطرق مع قدرات واستعدادات الفرد المعاق.

والجزائر من الدول التي لم تتأخر في الاهتمام بفئة المعوقين، والذين يبلغ عددهم حوالي 03 ملايين معوق، وهو ما يمثل حوالي 10% من مجموع السكان.

وإذا علمنا بأن عددا منهم في سن الطفولة والشباب يقدر بحوالي 2.25 مليون، أي ما يعادل 75% من مجموع المعاقين بالجزائر،^(*) يتضح لنا أكثر حجم المشكلة ببلادنا.

وقد تجسد ذلك الاهتمام من خلال توفير أكثر من 186 مؤسسة متخصصة وهذا في سنة 2000م،⁽¹⁾ تضم مراكزا طبية بيداغوجية للمتخلفين ذهنيا، ومدارسا لصغار المكفوفين، ومدارسا لصغار الصم البكم، إلى جانب المراكز الخاصة برعاية المعوقين حركيا، مع مركز وطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي بولاية تيبازة، ومركزين وطنيين لتكوين الإطارات المتخصصة واحد بقسنطينة، وآخر ببئر خادم (الجزائر العاصمة)، مع العلم بأن المراكز الطبية البيداغوجية المذكورة والمدارس المتخصصة هي موزعة على كل جهات الوطن، وهناك نية في توفير مؤسسات خاصة بمختلف أنواع الإعاقات في كل ولايات الوطن.

^(*) تعتبر مشكلة وجود إحصائيات دقيقة عن المعوقين مشكلة عالمية، إذ أن وجود البيانات السليمة يتوقف على وجود وسائل دقيقة.

⁽¹⁾ وزارة العمل والحماية الاجتماعية، مديرية المؤسسات المتخصصة، المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة، سبتمبر 2000، الجزائر، ص1.

كما أن تلك المؤسسات المتخصصة يؤطرها أكثرها من 3500 مؤطرا بمختلف التخصصات المهنية والعلمية، ويستفيد من خدماتها أكثر من 20000 ممتنها.⁽¹⁾ غير انه وحسب ما تضمنته الكلمة الافتتاحية للسيد وزير العمل والحماية الاجتماعية في الملتقى الوطني حول المناهج التربوية للمعوقين، وذلك يومي 16 و 17 جويلية من سنة 2000م، والذي نظم بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا، بخميسي ولاية تيبازة، فإن المؤسسات المتخصصة كانت تفتقر آنذاك إلى منهج واضح المعالم، كما كان المربون يعانون من نقص المقررات المدرسية ووسائل الإيضاح والمراجع الدراسية، مما أدى بهم إلى الاعتماد على أنفسهم وعلى مجهوداتهم الفردية في العملية التربوية، وهذا ما جعل عدد البرامج يساوي عدد المؤطرين.⁽²⁾

كما أنه وللظروف العامة التي مرت بها الجزائر منذ الاستقلال، فإن الحصيلة المرجوة في مجال التأهيل المهني والإدماج الاجتماعي للمعوقين لم تبلغ الأهداف المنشودة بسبب نقائص كثيرة، مثل:

- سوء التوزيع الجغرافي لهذه المؤسسات، حيث أن إنشاءها لم يخضع لأية دراسة سكانية مسبقة.

- تركز هذه المؤسسات في المدن الكبرى، وهذا ما يحرم أطفال المناطق النائية من الالتحاق بمؤسسات التكفل.

افتقاد هذه المؤسسات في أغلب الأحيان إلى مشاريع بيداغوجية وبرامج تكفيلية واضحة وموحدة تسمح بتوحيد النظرة، وتتفق حول الأهداف التربوية المتوخاة، وهو ما جعل كثيرا من هذه المؤسسات تبتعد عن أهدافها.⁽³⁾

وكان كل ذلك رغم ما بذلته الدولة الجزائرية في سبيل إصدار تشريعات وقوانين خاصة برعاية المعوقين وحماية حقوقهم.

وتجدر الإشارة إلى أن التعليم والتكوين المكيفين يتمان ضمن سياسة تكفيلية تأهيلية عامة، تتضمن عدة عناصر، وتعتبر المؤسسات المتخصصة، أهم عنصر، بما تتضمنه من خدمات تستهدف تنمية المعاق من مختلف الجوانب، ويعتبر المركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا، بخميسي ولاية تيبازة واحدا من بين تلك المؤسسات، وقد أنشئ سنة 1981م،

(1)(2)(3) المرجع نفسه، ص. 01، 02.

بغرض توفير رعاية تأهيلية للأشخاص المصابين بأنواع الإعاقة الحركية، وهو يحاول توفير بيئة مناسبة، بتوفير مختلف الإمكانيات المادية والمعنوية التي من شأنها التحسين من ظروفهم الشخصية ومن آدائهم، حتى يصبحوا -وفق ما لديهم من قدرات وامكانيات ومؤهلات- أكثر استعدادا لمزيد من التحصيل المعرفي والتكوين والتدريب المهني، والاندماج الاجتماعي، والذين كانوا بحاجة إليه بهدف الارتقاء إلى مستوى يستطيعون به اكتساب الدور والمركز الاجتماعيين اللاتقين.

من كل هذا نحس بأهمية الرعاية الاجتماعية ومدى قدرتها على مساعدة هذه الفئة على مواجهة متطلبات الحياة والاندماج داخل المجتمع.

بناء على ما سبق فإن معرفتنا بأهمية الرعاية الاجتماعية في عملية الإدماج الاجتماعي، تجعلنا في حاجة ملحة إلى معرفة مضمونها في الواقع ومدى قدرتها على تحقيق الإدماج للمعوقين مهنيا واجتماعيا. وسنحاول في هذه الدراسة، الإلمام بالخدمات الاجتماعية المقدمة للمعوقين في المركز المتخصص انطلاقا من التساؤل الرئيس:

ما هو واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالمركز ميدان الدراسة؟

وسيتم تناول هذا التساؤل الرئيس من خلال الأبعاد الآتية:

1) واقع خدمات الرعاية المقدمة للمعوقين بالمركز ميدان الدراسة:

أ- واقع خدمات الرعاية الصحية والطبية.

ب- واقع خدمات الرعاية النفسية.

ج- واقع خدمات الرعاية الاجتماعية.

د- واقع خدمات الرعاية التكوينية المهنية.

2) خدمات الرعاية وإشباع حاجات المعوقين بالمركز ميدان الدراسة:

أ- خدمات الرعاية الصحية والطبية وإشباع الحاجات البيولوجية.

ب- خدمات الرعاية النفسية وإشباع الحاجات النفسية.

ج- خدمات الرعاية الاجتماعية وإشباع الحاجات الاجتماعية.

د- خدمات الرعاية التكوينية المهنية وإشباع الحاجات التدريبية.

(3) خدمات الرعاية وأهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر:

أ- خدمات الرعاية والاستقلالية الذاتية للمعوق.

ب- خدمات الرعاية والتكيف الذاتي.

ج- خدمات الرعاية والتكيف النفسي.

د- خدمات الرعاية والتكيف الاجتماعي.

ب - أهمية الدراسة:

إن الأساس في الاهتمام بفئة المعوقين، نابع من وجوب احترام الفرد المعوق وتقديره والتعامل معه كإنسان، له حقوق يجب أن تراعى وتحفظ، وعليه واجبات، على المجتمع أن يكسبه إياها، وأن يمنحه الوسائل الضرورية ليتمكن من أدائها على الوجه المرغوب.

كما أن فئة المعوقين، هي جديرة بالاهتمام خاصة في الفترة التي يعيشها المجتمع الجزائري، وهي فترة التغيرات الجذرية في شتى المجالات، حيث الجزائر في حاجة إلى جميع أبنائها دون إقصاء، وهي كذلك فترة ساد فيها مبدأ الديمقراطية، الذي يتأسس على فكرة الإيمان بالفرد، وبالأفراد جميعا، وبقدراتهم في التنمية مع تكافؤ الفرص للجميع.

وإذا علمنا بأنه يوجد بالجزائر النامية ما يقارب 03 ملايين معوقا، بمختلف أنواع الإعاقات، فإننا ندرك تمام الإدراك بأنه إذا لم يحسن التكفل بهم، وإذا لم تقدم لهم شتى أنواع الرعاية: الصحية، النفسية، الاجتماعية، التعليمية، التكوينية، وبالمستوى المطلوب، فإنه لا يمكن الوصول إلى تحقيق الهدف السامي من الجهود الحكومية المبذولة في هذا الإطار، وهو إدماجهم المهني والاجتماعي، الأمر الذي يجعل منهم قوة مهمة في المجتمع لا يمكن استغلالها كطاقة منتجة وفعالة في سبيل تغييره وتنميته، بل أكثر من ذلك يصبحون كما كان ينظر إليهم في المجتمعات القديمة عالة ونقمة.

كذلك فإن دراسة الواقع والوقوف عليه، ذات أهمية علمية بالغة، حيث أنها تصبح آخر مرحلة من مراحل إعداد الخطط والسياسات لعملية رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي في الجزائر، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تعتبر أول مرحلة من مراحل النهوض بقطاع المؤسسات المتخصصة، والتي يجب أن تتوفر فيها بيئات نفسية-اجتماعية ومهنية، تتولى رعاية وتأهيل المعوقين للمساهمة في الحياة الاجتماعية بصورة عادية وفعالة، عن طريق فريق مختص، وكذا برامج ووسائل ومناهج مكيفة وطبيعة الإعاقة ودرجتها، وكذلك النهوض

بمستوى عمليات التكفل بهم. حيث أن دراسة الواقع تمكننا من رصد جوانب النقص والقصور فيها، وبالتالي الوصول إلى مقترحات لتداركها وتجاوزها، من خلال التأسيس لسياسة نموذجية لرعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي بالجزائر، من خلال مقارنة نتائج الدراسة الحالية، مع نتائج بعض الدراسات السابقة، وكذا مقارنة التجربة الجزائرية بسبلبياتها وإيجابياتها مع بعض التجارب العالمية الناجحة وخاصة التجارب الأوروبية للوصول إلى اقتراحات عملية.

2- أسباب اختيار الموضوع:

هناك عدة أسباب أدت بالباحث إلى اختيار الموضوع، واختيار هذا النوع بالذات من الدراسات حول المعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية، فمنها الأسباب الموضوعية، ومنها الأسباب الذاتية، والتي تتفاعل فيما بينها لتخلق لديه نوعا من الفضول والحماس العلمي، النابعين من الإحساس العميق بالمشكلة. هذا الأخير يجعل الباحث وبكل الوسائل والتقنيات العلمية، وبإتباع المنهج العلمي الدقيق، يبحث عن إجابات موضوعية لتساؤلاتها المحددة، انطلاقا من الواقع، ورجوعا إلى الموروث العلمي النظري، من أفكار وآراء ونظريات ودراسات سابقة، حول موضوع رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي.

أ- الأسباب الموضوعية:

إن السبب الموضوعي الرئيس الذي دفع بالباحث إلى اختيار هذا النوع من المواضيع، هو قلة الدراسات السوسولوجية حول موضوع المعوقين في الجزائر، ففي حدود ما لدينا من معلومات، لا توجد أية دراسة سوسولوجية جزائرية على الأقل على مستوى أطروحة دكتوراه، تتناول الموضوع بالدراسة والتحليل.

ويمكن أن يعزى ذلك إلى جدة وحداثة تخصص الخدمة الاجتماعية في الجامعة الجزائرية، وسيادة الاعتقاد القائل بأن موضوع المعوقين هو من تخصص الطب وعلم النفس، مع العلم بأن الخدمة الاجتماعية هي التخصص الأكثر اهتماما بالمعوقين ورعايتهم وتأهيلهم وإدماجهم الاجتماعي.

هذا دون أن ننكر بعض المبادرات العلمية والتي تعد على الأصابع، حاول أصحابها الكتابة والتأليف حول موضوع المعوقين في الجزائر، ونذكر منها: كتاب باللغة الفرنسية تحت عنوان: "المرض العقلي والإعاقة العقلية- Maladie mentale et handicap mentale»

لصاحبه المرحوم الدكتور: محفوظ بوسبسي، وقد صدر سنة 1984م، وكتاب آخر باللغة العربية تحت عنوان: " المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم" للدكتور: رابح تركي، وقد صدر سنة 1989م، ومقالا كتبه الأستاذ الدكتور: احمد بوذراع سنة 1995م، تحت عنوان: "التأهيل الاجتماعي للمعوقين من منظور خدمة الفرد والجماعة"، نشر في مجلة العلوم الاجتماعية لجامعة باتنة.

وعلى الرغم من وجود عدد كبير من الدراسات الأجنبية، الغربية منها والعربية حول موضوع المعوقين، ورغم أنها كانت تركز على قدر من التفصيل العلمي، وتطبق طرقا وتقنيات علمية دقيقة في مجال الدراسات السيكولوجية والاجتماعية، وكذلك رغم أنها تتفق في كثير من نتائجها، إلا أنها تتبع من ثقافات المجتمعات التي أجريت فيها. لذلك فإن الاعتماد عليها وعلى نتائجها في المقارنة مع ما هو واقع في الجزائر يجب أن يكون بحذر علمي كبير، لأن البرامج والخطط والمناهج المحددة لطرق الرعاية والإدماج الاجتماعي للمعوقين، يجب أن تنبثق من الداخل وأن تتصل بثقافة المجتمع الجزائري، وبالظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها، وبالمنظومة التشريعية والقانونية المتوفرة.

ب - الأسباب الذاتية:

أما عن الأسباب الذاتية التي جعلت الباحث يختار هذا الموضوع، نذكر ما يلي:

رغبة الباحث في دراسة موضوع جديد ذا أهمية بالغة في مجال رأس المال البشري والتنمية الاجتماعية.

كذلك احتكاك الباحث بتخصص جديد يرتبط ارتباطا وثيقا بعلم اجتماع التنمية وعلم الاجتماع التطبيقي، ألا وهو الخدمة الاجتماعية، مع تدريسه منذ سنة 1999م لمقياس الخدمة الاجتماعية التربوية والخدمة الاجتماعية الصحية، والذان يتقاسمان في موضوع: المعوقين ورعايتهم.

للباحث إحساس عميق بالمشكلة، نبع منذ مشاركته في الملتقى الوطني حول: "المناهج التربوية للمعوقين"، والذي نظمته وزارة العمل والحماية الاجتماعية، تحت إشراف مديرية

المؤسسات المتخصصة، في 16 و 17 جويلية من سنة 2000م بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا، بخميسي بولاية تيبازة. (*)

وكذلك منذ مشاركة الباحث كعضو في اللجنة الوطنية المنصبة من طرف وزير العمل والحماية الاجتماعية آنذاك، والتي كلفت بإعداد منهج تربوي للمؤسسات المتخصصة، حيث تمت معاينة ومعايشة القطاع عن قرب، من خلال الاحتكاك بمختلف الفاعلين فيه مباشرة، خلال ما يزيد عن الشهرين.

كذلك فإن للباحث إحساس وقناعة بأن الاهتمام برعاية المعوقين هو بؤرة الاهتمام بإدماجهم الاجتماعي، وهذا الأخير هو بؤرة الاهتمام بالعنصر البشري كعنصر أساسي من عناصر التنمية الاجتماعية.

ويرى الباحث بأن الاهتمام بفئة المعوقين في مجتمعنا يكون من خلال تقصي بعض الحقائق عن واقعهم من أجل رصد جوانب النقص والقصور فيه.

وللباحث وعي وثقة كبيرين في إمكانية إضافة الجديد لهذا القطاع الحساس في المجتمع.

وأما السبب الذاتي والموضوعي في نفس الوقت، فيتمثل في وعي الباحث بنظرة المجتمع غير العادلة لهذه الفئة والتي تتجسد في عدة أمثال شعبية شائعة، نذكر منها: "أما جابتي بلا عيب والعيب يهدف"، أي أن ولادته كانت سليمة ولكنه أصيب بحادث خلال حياته، ما جعله يكتسب الإعاقة.

وآخر مفاده: "ألي يأكل كلفة تخرج في ظهر أخوه حلبة"، وهذا ما يجسد نظرة أفراد المجتمع إلى الإعاقة بأنها نقمة تصيب فردا من الأسرة نتيجة لخطأ ارتكبه أحد أفرادها الآخرين.

3- أهداف الدراسة:

يصبو الباحث من خلال دراسة موضوع: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، من منظور الخدمة الاجتماعية، إلى تحقيق جملة من الأهداف التي تتضمن: هدفا عاما، أهدافا علمية، وأهدافا عملية وهي كما يلي:

(*) شارك الباحث بمداخلة تحت عنوان: " المناهج التربوية والتنشئة الاجتماعية للمعوقين"، وكان مقرر الورشة الثانية التي كانت تدور حول: "تحسين المردودية وطرق الإدماج".

أ - الهدف العام:

إن الهدف العام، يتمثل في: الكشف عن الظاهرة محل الدراسة ميدانيا، أي تشخيص واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر

ب - الأهداف العلمية:

ككل دراسة علمية، فإن الدراسة الحالية تهدف إلى إثراء البحث العلمي وتطويره، من أجل المساهمة في تنمية الإنسان، وبالتالي في التنمية الشاملة للمجتمع الجزائري. وبما أن الموضوع هو محدد في إطار الخدمة الاجتماعية، فإن الباحث يهدف من خلال دراسته إلى زيادة الرصيد العلمي والمعرفي لهذا التخصص بصفة خاصة، ولعلم الاجتماع بصفة عامة، مع توضيح أهميته في دراسة ظاهرة الإعاقة، ودراسة كيفية التعامل معها.

كذلك فإن الدراسة الحالية، تهدف إلى إثراء الدراسات السوسولوجية الجزائرية حول موضوع المعوقين، ومحاولة إعطاء فهما أكثر عمقا له في إطار ثقافة المجتمع الجزائري وواقعه، وبالرجوع إلى الموروث الفكري والنظري حوله، محللين بذلك ظاهرة الإعاقة وحجمها وأهمية الرعاية والإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر.

ج - الأهداف العملية:

ولتحقيق الهدف العام، فإن الدراسة الحالية تهدف إلى ما يلي:
الكشف عن طبيعة خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

معرفة الدور الذي تلعبه خدمات الرعاية المتوفرة في إشباع حاجات الأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

توضيح وكشف دور خدمات الرعاية المتوفرة في تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

وفي الأخير، يحاول الباحث التأسيس لسياسة نموذجية لرعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي بالجزائر، على أساس استنتاجات الدراسة والتي سنلقي الضوء فيها على النقائص المسجلة وجوانب القصور والمعوقات التي تحول دون تحقيق الأهداف المسطرة للسياسة

الحكومية في هذا الإطار، دون إهمال جوانب الإيجاب والمحسن التي نسجلها في ذلك ميدانيا، بعد الوصف والتحليل والتفسير والمقارنة مع ما هو حاصل في الدول المتطورة.

4- تحديد المفاهيم:

إن تحديد المفاهيم، هو ضرورة منهجية، وعملية أساسية وحاسمة، يفرضها البحث العلمي الدقيق والواضح، حيث أنه كلما كانت مفاهيم الدراسة محددة بدقة، من خلال تعاريف إجرائية واضحة، تبين كيفية استخدامها وتوظيفها من طرف الباحث، كلما تمكن هذا الأخير من التحكم في أبعاد المشكلة نظريا وميدانيا.

ومن خلال هذه المرحلة من الدراسة، سوف نستعرض مختلف التعاريف التي وردت حول مختلف المفاهيم الأساسية في الموضوع، وحول بعض المفاهيم المقاربة لها، وسوف لا نكتفي بالعرض والسرر فقط، وإنما سيتم شرحها والتعليق عليها، وتحليلها تحليلًا مقارنًا، لكي نخلص في النهاية إلى وضع تعريف إجرائي لكل مفهوم، يوضح بدقة كيفية توظيفه في الدراسة الحالية.

أ- الرعاية:

لغة: الرعاية: "من المحافظة على الشيء، من فعل رعى"،⁽¹⁾ تولّى أمره، لاحظها وحفظها.⁽²⁾

اصطلاحًا: تعرف الرعاية على أنها: "الخدمات الاجتماعية المنظمة التي تهدف إلى تحسين أحوال فئة اجتماعية".⁽³⁾

يتضح لنا من خلال هذا التعريف، بأن الرعاية تتضمن جملة من الخدمات الاجتماعية، وما دام قد استخدم هنا أسلوب الجمع، فإن هذه الخدمات لا تقتصر على جانب واحد، وإنما تشمل جوانب عدة متعلقة بشخصية وحياة الفرد والجماعة، كما أن ما يميزها أنها منظمة، فالتنظيم هنا يقصد به، ارتباط تلك الخدمات ببعضها البعض وتكاملها، كما لا يمكن أن يقصد به تحديد الأفراد الذين يقومون عليها، الوسائل والإمكانات الضرورية لذلك، كما يرى صاحب هذا التعريف في الأخير بأن الهدف منها هو تحسين الأحوال وتغييرها، وهنا حكم

(1) علي بن هادية وآخرون: القاموس المدرسي، ط7، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، ص. 244، 245.

(2) دار الكتاب الحديث: المعجم الوجيز (الميسر)، ط1، الكويت، 1993، ص. 229.

(3) احمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، ط2، مكتبة لبنان، بيروت، لبنان، 1993، ص. 445.

قيمي مفاده: أن الذين يتلقون الرعاية، تكون أحوالهم بحاجة إلى تحسين، وهذا هو جوهر الرعاية، رغم أننا لا نجد صاحب التعريف يوضح من يقوم بالرعاية؟ كيف تكون، وأين تكون؟

ويرى (محروس محمود خليفة) بأن الرعاية هي: "نظام اجتماعي مركب، يتضمن مجموعة التنظيمات، التي تسعى لتحقيق المتطلبات الاجتماعية والاقتصادية والصحية لأفراد المجتمع".⁽¹⁾

هذا التعريف أوسع من التعريف السابق، لكننا نجده نوعاً ما غامضاً، بمفهوم التنظيم، وإذا حاولنا فهمه، فإنه يتضح لنا بأن الرعاية هي نظام يتكون من عناصر تتمثل في المؤسسات التي تقدمها، وفي الأفراد العاملين بها، في الخطط، البرامج والأهداف والوسائل، والتي تتفاعل فيما بينها، لكي نحقق حاجات الأفراد في شتى جوانب الحياة الطبيعية، وبالتالي، فإن هذا التعريف هو أشمل إلى حد بعيد لمفهوم الرعاية.

ويرى الدكتور: رشيد زرواتي، بأن الرعاية الاجتماعية هي: "الحماية الاجتماعية، أي حماية الفرد والجماعة، ويتم ذلك عن طريق تقديم جميع أنواع الخدمات الاجتماعية المادية والمعنوية، وعلى هذا فالرعاية الاجتماعية هي هدف، وأما الخدمة الاجتماعية فهي وسيلة".⁽²⁾ يعتبر صاحب هذا التعريف، بأن الرعاية هي سلاح لحماية الأفراد والجماعات، من خلال تقديم جميع أنواع الخدمات، وهنا توضيح كذلك للدور والهدف الوقائي للرعاية، وهذا ما لا نجده في التعريفين السابقين.

أما منظمة الأمم المتحدة، فقد عرفت الرعاية على أنها: "نسق منظم للخدمات الاجتماعية والمؤسسات، ينشأ لمساعدة الأفراد والجماعات لتحقيق مستويات ملائمة للمعيشة والصحة، وهي تستهدف العلاقات الشخصية والاجتماعية التي تسمح للأفراد بتنمية أقصى قدراتهم، وتحقيق تقدمهم حتى يتوافقوا مع حاجات المجتمع".⁽³⁾

(1) بدر الدين كمال عبده وأحمد السيد حلاوة: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1999، ص. 67.

(2) رشيد زرواتي: مدخل للخدمة الاجتماعية، مطبعة هومه، الجزائر، 2000، ص. 149.

(3) عبد المحي محمود صالح: الرعاية الاجتماعية، تطورها، قضاياها، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص. 19.

إن هذا التعريف يبرز الهدف النهائي للرعاية الاجتماعية للأفراد، وهو التوافق مع حاجات المجتمع، هذه الأخيرة تتمثل -طبعاً- في الفرد الصالح الذي يساهم في تعبير وتنمية واستمرار مجتمعه، ولا يمكنه أن يكون كذلك دون أن تشبع مختلف حاجاته، وخاصة منها الاجتماعية، عن طريق استفادته من خدمات اجتماعية في مختلف نواحي الشخصية، الصحية، النفسية والاجتماعية، داخل مؤسسات خاصة بهذا الدور.

وابرز فكرة تتضح لنا من خلال هذا التعريف فهي أن الرعاية لا تدوم للفرد طوال حياته، فهي ليست أبدية، ولو كانت كذلك لما أصبحت لها كل هذه الأهمية، وإنما هي تعمل على إعطاء (منح) الفرد وسائل تطوير نفسه وقدراته لتحقيق تقدمه وتقديم المجتمع.

هذه هي الفكرة التي تجعل من هذا التعريف أهم واشمل من التعاريف السابقة، وتجعله كذلك يتفق وتوجه الباحث في الدراسة الحالية.

وفي نفس السياق، يرى (كمال احمد) بأن الرعاية هي: "ذلك الكل من الجهود والخدمات والبرامج المنظمة الحكومية، والأهلية والدولية، التي تساعد هؤلاء الذين عجزوا عن إشباع حاجاتهم الضرورية للنمو، والتفاعل الايجابي معاً، في نطاق النظم الاجتماعية القائمة لتحقيق أقصى تكيف مع البيئة".⁽¹⁾

وهنا نجد تخصيصاً وتأكيذاً على أن الرعاية تقدم للذين عجزوا عن التكيف مع البيئة، والمجتمع، أي ذوي المشكلات الخاصة، دون غيرهم من العاديين، رغم أن الرعاية يجب أن تقدم لجميع أفراد المجتمع العاجزين منهم والعاديين، وفي مؤسسات حكومية خاصة بكل منهم، فتقدم للعاديين رعاية الأمومة، رعاية الطفولة، رعاية الشباب... من أجل وقاية هذه الفئات من المجتمع -وهي فئات عادية- من الوقوع في المشكلات والأمراض الاجتماعية.

رغم ذلك فإن صاحب هذا التعريف أضاف لنا فكرة جديدة لم تأتي في التعاريف السابقة، وهي أن من تقدم الرعاية، ليست فقط المؤسسات الحكومية، وإنما الأهلية كذلك. والمقصود بها، المجتمع المدني، الجمعيات ذات الطابع الاجتماعي والمنظمات غير الحكومية.

(1) محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998، ص.

وفي الأخير نورد تعريفا للجمعية القومية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين حول مفهوم الرعاية، مفاده أنها: "مجموعة منظمة من الأنشطة والبرامج التي تمارسها مؤسسات حكومية وأهلية، بهدف التعرف على المشكلات الاجتماعية وآثارها، والعمل على تحسين الأداء الاجتماعي للفرد والجماعة والمجتمع".⁽¹⁾

هذا التعريف يوضح لنا إلى جانب ما جاء به أصحاب التعاريف السابقة، دورا أساسيا من أدوار الرعاية، وهو تشخيص المشكلات التي يعاني منها الأفراد والجماعات، وبالتالي المجتمع، من أجل تخطيط العلاج لها، والوقاية منها، وذلك من أجل تنمية الفرد والجماعة والمجتمع.

من خلال كل ما سبق ذكره من تعاريف، ومن خلال التحاليل المقارن فيما بينها، يتضح لنا بأن مفهوم الرعاية يتضمن ما يلي:

- الرعاية عملية منظمة.
- الرعاية هي تنظيم، يضم عدة عناصر متكاملة وهي: المؤسسات -سواء أكانت حكومية أم دولية أم أهلية غير حكومية- الأفراد القائمين عليها -البرامج- الوسائل- الأهداف.
- الرعاية تقدم للأفراد والجماعات، سواء العاديين منهم أم ذوي المشكلات الخاصة.
- الرعاية تتضمن تقديم جملة من الخدمات، تشمل نواحي شخصية الفرد وحياته، من خدمات صحية وطبية، خدمات نفسية وخدمات اجتماعية، المادية منها والمعنوية، خدمات تعليمية وتكوينية.
- الرعاية تستهدف تنمية الفرد والجماعات، وبالتالي تحقيق متطلبات المجتمع من أفراد صالحين يعملون على تنميته واستمراره.
- الرعاية تتضمن تشخيص المشكلات بعد الدراسة، ن أجل تخطيط العلاج، وتتضمن الإنماء والوقاية من تضاعف المشكلات.
- الرعاية هي كل متكامل وتستلزم أفراد مختصين، ووسائل وإمكانات مادية وبشرية ومعنوية خاصة.
- الرعاية هدفها النهائي هو إشباع حاجات الأفراد من أجل تحقيق متطلبات المجتمع.

(1) بدر الدين كمال عبده، واحمد السيد حلاوة: مرجع سابق، ص 67.

إن نجد بأن التعاريف السابقة تختلف في مراكز اهتماماتها، لكن تتفق حول فكرة أساسية، وهي أن الرعاية هي عملية تستهدف تنمية الفرد والمجتمع. وفي الدراسة الحالية، سوف يتم توضيح مفهوم الرعاية على حسب التعريف الإجرائي التالي:

الرعاية هي نسق منظم من الخدمات الصحية، النفسية، الاجتماعية المادية منها والمعنوية، التعليمية والتكوينية، التي تقدم للأفراد، بهدف تنميتهم وقايتهم من الوقوع في المشكلات، وبهدف إشباع حاجاتهم، وبالتالي تحقيق متطلبات المجتمع من أفراد مدمجين اجتماعيا، أي مستقلين ومتكيفين ذاتيا، نفسيا واجتماعيا، ويسهر على تقديم هذه الخدمات، أفراد مختصين داخل مؤسسات حكومية وأهلية وخاصة بذلك.

ب - المعوق:

قبل أن ننطلق في تحديد مفهوم المعوق، يجب أن نوضح مفهوم الإعاقة، فالمعوق هو الشخص المصاب بإعاقة، مع العلم بأن هناك عدة أصناف من الإعاقة، سوف يتم التفصيل فيها في الفصول اللاحقة من الدراسة.

أولاً: مفهوم الإعاقة:

لغة: "عوق، عاق، أعاقه، أي صرفه وثبطه وأخره عنه".⁽¹⁾

كذلك فهي: "مأخوذة من أعاق، عوق، نقول أعاقه عن الشيء، أي صرفه وأخره عنه، والإعاقة هي التأخر والمنع".⁽²⁾

وحسب (عبد الرحمن العيسوي) فإن الإعاقة "يقول المعجم الوسيط في شرح مادة (عوق) عاقه عن الشيء عوقاً أي منعه منه، شغله عنه، فهو عائق، والجمع عَوَقٌ للعاقل وغيره عوائق وهي عائقة الدهر شواغله وأحداثه، وتعوق أي امتنع وتثبط".⁽³⁾

"ويشير المصباح المنير إلى الإعاقة بقوله (عاقه) عوقاً من باب قال وإعاقه وعوقه بمعنى (منعه) فالإعاقة المنع".⁽⁴⁾

(1) احمد زكي بدوي: مرجع سابق، ص191.

(2) دار المشرق: المنجد الأبجدي، ط1، بيروت، لبنان، 1967، ص. 119.

(3) عبد الرحمن العيسوي: سيكولوجيا الإعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، 1997، ص42.

(4) المرجع نفسه، ص42.

اصطلاحاً:

يعرفها (جليل وديع شكور) بأنها: "الإعاقة بمعناها العام تعني عدم إمكانية القيام بنشاط -ما- نشاط حركي، اجتماعي، عقلي، علائقي، أو عدم الإحساس ببعض المشاعر، فينتج عن ذلك أنواعاً من الإعاقة الاجتماعية، الإعاقة الأخلاقية، الإعاقة النفسية، الإعاقة الثقافية، الإعاقة الاقتصادية، إعاقة اتصالية بالآخرين..." (1).

من خلال هذا التعريف لتوضح لنا بأن الإعاقة هي عدم التمكن من ممارسة الدور، سواء تعلق ذلك بالحركة، أو بالاتصال بالآخرين، أو عدم تمكن العقل من أداء وظائفه، ونعلم بأن العقل هو محرك الإنسان، فإذا أصيب توقفت أنواره، وهذا ما يؤثر سلباً على جوانب شخصيته، وخاصة ما تعلق بالاجتماع، والأخلاق الثقافية، مما يؤدي بالفرد المصاب بالإعاقة إلى الوقوع في مشكلات اقتصادية نتيجة عدم تمكنه من ممارسة نشاط أو مهنة.

لكننا نجد بأن هذا التعريف، يحدد الإعاقة فقط في الجانب الحركي والعقلي والنفسي، دون ذكر الجانب الحسي، وهو إصابة البصر والسمع، كما أن صاحبه لا يوضح لنا زمن عدم القدرة فهل هي مزمّنة أم مؤقتة.

ويرى آخرون بأن: "الإعاقة هي العلة المزمّنة، التي تؤثر على قدرات الشخص، جسمياً أو نفسياً، فيصبح نتيجة لذلك غير قادر على أن يتنافس بكفاءة مع أقرانه الأسوياء" (2). يوضح صاحب هذا التعريف الإعاقة من خلال المقارنة بين الفرد المصاب بها والفرد السوي، ويرى بأن الفرق يكمن أساساً في عدم القدرة على التنافس.

ونجد أن في هذا التعريف قصوراً، حيث أن صاحبه لم يتطرق إلى إصابة الجانب الحسي من جسم الإنسان، لكنه رغم ذلك يؤكد بأن الإعاقة هي علة مزمّنة وليست مؤقتة. كما يتضمن تعريف منظمة الصحة العالمية (O.M.S) سنة 1980 لمفهوم الإعاقة المعاني التالية:

الخلل: أي فقدان أو شذوذ في التركيب أو في الوظيفة السيكولوجية أو الفيزيولوجية.

العجز: عدم القدرة على القيام بنشاط بالطريقة التي تعتبر طبيعية بسبب الخلل.

(1) جليل وديع شكور: معاقون لكن عظماء، "دراسة توثيقية"، ط1، الدار العربية للعلوم، لبنان، 1995، ص. 13.

(2) السيد رمضان: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص. 135.

العاهة: نتيجة للخل أو العجز يتقيد نشاط الشخص بالنسبة أداء مهمة معينة.⁽¹⁾

وأما المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم سنة 1982، فلقد عرفت الإعاقة على أنها: "تحد من مقدرة الفرد عن القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر العناصر الأساسية لحياتها اليومية، من سبيل العناية بالنفس، أو ممارسة العلاقات الاجتماعية أو النشاطات الاقتصادية، وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية".⁽²⁾

وهنا تركيز على أن الإعاقة لها انعكاسات على حياة الفرد المصاب بها، وعلى علاقاته الاجتماعية ونشاطاته الاقتصادية، وهي تمس جانبا أو عدة جوانب من شخصية الفرد.

وهناك من يعرفها بأنها: "النقص أو القصور المزمن أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصبح معوقا، سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية، أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين".⁽³⁾

وهذا التعريف يعتبر وافيا وشاملا، ومفصلا لكل ما يتعلق بمفهوم الإعاقة، من حيث أنها مزمنة، وأنها تمس جانبا من جوانب شخصية الفرد المعوق، وبالتالي فهنا تحديد لمختلف أنواع الإعاقات (جسمية، حسية، عقلية، واجتماعية)، وهذا يحد من قدرات الفرد على اكتساب الخبرات الاجتماعية.

من خلال ما سبق وعلى أساس أبعاد مشكلة الدراسة، فإن الباحث يرى بأن الإعاقة هي: نقص أو قصور أو توقف مستمر لعضو أو حاسة أو أكثر من أعضاء وحواس الجسم، أو وظائفها، مما يؤثر سلبا على الحالة النفسية والاجتماعية للفرد المصاب، ويجعله يحتاج إلى رعاية خاصة في شتى نواحي شخصيته، من أجل مساعدته على إشباع حاجاته الخاصة ومنحه الوسائل الضرورية لذلك، وإعادة تكييفه ذاتيا، نفسيا، واجتماعيا وتحقيق الاستقلالية له بعد أن كان يعتمد جزئيا أو كليا على الآخرين.

(1) المرجع نفسه، ص. 135.

(2) محمد عبد المؤمن حسين: سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، دار الفكر العربي، الإسكندرية، 1990، ص. 12.

(3) جليل وديع شكور: مرجع سابق، ص. 58.

- وعلى ذلك فإن مفهوم الإعاقة يتضمن ما يلي:
- الإعاقة هي: نقص أو قصور أو علة مستمرة.
- الإعاقة تصيب عضوا أو حاسة أو أكثر في الجسم.
- للإعاقة انعكاسات سلبية على شخصية المصاب بها.
- الإعاقة تجعل المصاب بها يعتمد على الآخرين جزئيا أو كليا.
- الإعاقة تخلق حاجات لدى الفرد المصاب بها، وبالتالي تستدعي رعاية خاصة من أجل إشباعها.

ثانيا: المعوق:

لغة: المعوق اصطلاح يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة على النمو السوي إلا بمساعدة خاصة، وهو لفظيا مشتق من الإعاقة، أي التأخير أو التعويق.⁽¹⁾

اصطلاحا: لقد تعددت تعريفات مفهوم المعوق، من خلال كتابات رواد العمل الاجتماعي والأخصائيين الاجتماعيين، والمتخصصين في المجال التأهيلي، ومن تلك التعريفات نذكر ما يلي:

عرفت منظمة العمل الدولية في دستور التأهيل المهني للمعوقين الذي اقره مؤتمر العمل الدولي سنة 1955، المعوق بأنه: "كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، نقصا فعليا ونتيجة لعاهة جسمية أو عقلية".⁽²⁾

وهنا تأكيد من طرف المنظمة على أهمية العمل بالنسبة للفرد مهما كان، حيث أنه من عوامل استقراره، ومشاركته في تنمية نفسه وتنمية مجتمعه، فالفرد المعوق ونظرا لعجزه الجسمي أم الحسي أم العقلي لا يستطيع مزاولة عمل دون تنمية قدراته وتكييفها مع متطلبات المهن والأعمال، مع تكييف هذه الأخيرة حسب نوع ودرجة إعاقته.

وعرفت اللجنة القومية للدراسات التربوية بأمريكا المعوقين بأنهم: "أولئك الذين ينحرفون عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية، لأقرانهم

(1) محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص. 27.

(2) سامية محمد فهمي وآخرون: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة - الإعاقة السمعية والحركية -، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ج1، 1996، ص. 24.

بصفة عامة إلى الحد الذي يحتاجون في إلى خدمات تربوية ونفسية خاصة، تختلف عما يقدم للعاديين، حتى ينمو الفرد إلى أقصى وامكانات نموه".⁽¹⁾

على خلاف التعريف السابق، الذي ركّز فيه أصحابه على عمل الفرد المعوق، فإن هذا التعريف يؤكد على أهمية مرحلة سابقة لمرحلة العمل، وهي التربية، فنظرا لاختلاف الفرد المعوق عن الفرد العادي في الخصائص الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية، فإنهم في حاجة إلى الاستفادة من نوع من الخدمات التربوية والنفسية الخاصة من أجل تعويض القصور وتحقيق النمو السليم.

أما سكوت ألين، فيرى بأن المعوق هو: "المواطن الذي استقر به عائق أو أكثر، يوهن من قدرته ويجعله في أمسّ الحاجة إلى عون خارجي واع، مؤسس على أسس علمية وتكنولوجية، يعيدها إلى مستوى العادية، أو على الأقل اقرب ما يمكن إلى هذا المستوى".⁽²⁾ إن صاحب هذا التعريف، ما دام قد اقرّ بأن المعوق هو مواطن، فذلك لم يكن صدفة، وإنما أراد بذلك أن يؤكد على حق المعوق في المواطنة، من خلال استفادته من حقوقه، وتمكنه من معرفة واجباته، واكتسابه القدرة على أدائها، ذلك بفضل برامج رعاية مؤسسية على أسس علمية وتكنولوجية واعية، من أجل تنمية قدراته لتجاوز الانعكاسات السلبية للإعاقة على شخصيته.

ويرى صموئيل وشيك، بأن المعوق: "هو كل شخص فقد قدرته على مزاولة عمله نتيجة لقصور بدني أو عقلي أو نفسي، سواء أكان هذا القصور بيئي (حادث أو مرض) أو عجز خلقي منذ الولادة".⁽³⁾

يؤكد صاحب هذا التعريف ويركز على أصناف الإعاقات التي يمكن أن تصيب الفرد، وعواملها البيئية والخلقية، والتي تعجزه عن مزاولة العمل، وهذا ما يتفق مع ما جاء به تعريف منظمة العمل الدولية.

وهناك من يرى بأن المعوق في تعريف شامل: "هو فرد فقد قدرته على مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر، نتيجة لقصور بدني، حسي، أو عقلي، سواء كان هذا القصور بسبب

(1) المرجع نفسه، ص 24، 25.

(2) محمد مصطفى احمد: الخدمة الاجتماعية ومجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص. 60.

(3) المرجع نفسه، ص 59.

إصابته في حادث أو مرض، أو عجز ولادي، وأصبح هذا الشخص على إثر ذلك صاحب عاهة معوقة عن التكيف مع بيئته التي يعيش فيها، تحول دون استقراره ونجاحه في حياته.⁽¹⁾

من خلال كل ما سبق من تعريفات حول مفهوم المعوق، يتضح بأن أصحابها يختلفون حول مراكز اهتماماتهم، في تناولهم للمفهوم، فمنهم من يعرفه من جانب الإعاقة عن العمل، ومنهم من يتناوله من حيث الجوانب من الشخصية التي تصيبها الإعاقة وعواملها وانعكاساتها، ومنهم من يعرفه من حيث أساليب تجاوز الإعاقة وحاجاته من تربية ورعاية خاصة، لكن رغم ذلك الاختلاف في مركز الاهتمام، إلا أنهم يتفقون على الأفكار التالية حول المعوق:

- أن المعوق هو فرد يعاني من عجز أو قصور جسمي أو حسي أو عقلي.
 - أن هذا العجز يؤثر على جوانب شخصيته النفسية والاجتماعية.
 - أن هذا العجز يؤثر في قدرات المعوق على ممارسة العمل.
 - أن المعوق يمكن أن يلد بأسباب عجزه ويمكن أن يكتسبها من البيئة.
 - أن المعوق يتميز بالاعتماد على الآخرين وعدم الاستقلالية الذاتية وسوء التكيف الذاتي، النفسي والاجتماعي.
 - أن المعوق بحاجة إلى رعاية خاصة من أجل تجاوز تلك الآثار السلبية.
- لقد ظهر مفهوم الشخص المعوق عوض الشخص القاصر، نتيجة لظهور مفهوم إعادة التكيف، حيث أن فئة الأشخاص المعوقين، من الفئات التي تنتمي إلى مجال إعادة التكيف.⁽²⁾

ومن خلال كل ذلك، وبالرجوع إلى محددات مشكلات الدراسة وتوجهات الباحث فيها، فإن المعوق هو كل فرد يعاني من نقص أو قصور أو توقف مستمر، لعضو أو حاسة أو أكثر من أعضاء أو حواس الجسم، أو وظائفها مما يؤثر سلبا على حالته النفسية والاجتماعية، ويجعله غير قادر على ممارسة عمل، مما يستلزم رعايته رعاية خاصة، في شتى نواحي شخصيته، من أجل مساعدته على إشباع حاجاته الخاصة، ومنحه الوسائل

(1) المرجع نفسه، ص 59-61.

(2) EBERSOLD.S: La notion de handicap: de L'inadaptation à l'exclusion, regards sociologiques, N° 1, Paris, France, 1991, p. 36.

الضرورية لذلك، وإعادة تكييفه ذاتياً، نفسياً واجتماعياً، وتحقيق استقلاليته الذاتية، بعد أن كان يعتمد جزئياً أو كلياً على الآخرين.

ج - مفهوم رعاية المعوقين:

يجمع علماء علم الاجتماع على تعريف الرعاية: بأنها: "تلك الجهود الحكومية والأهلية والدولية المنظمة والهادفة لاستثمار طاقات الفرد المعوق إلى أقصىها، سواء كانت طاقاته القاصرة، أو طاقاته القادرة وليتم له انسب توافق ممكن بينه وبين بيئته الاجتماعية، بما يحفظ له كرامته وحقه كإنسان في الحياة.⁽¹⁾

وهنا تأكيد على أن الفرد المعوق يملك طاقات قادرة، سواء أكانت ظاهرة، أم كامنة يجب استثمارها واستثمارها، من خلال الجهود المنظمة على شكل خدمات، من أجل تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي له.

ويرى آخرون بأن رعاية المعوقين هي: "مجموعة من الخدمات المتكاملة والمنظمة والهادفة لتحقيق أقصى استثمار ممكن للقدرات والامكانيات المتاحة، التي يمكن استثمارها للإنسان غير العادي، حتى يكون أكثر قدرة وفعالية في التعامل مع نفسه ومع بيئته المحيطة به بالشكل الذي يحافظ ويدعم حقه في الحياة الطبيعية.⁽²⁾

يتضح من خلال هذا التعريف، أن استغلال قدرات وطاقات الأفراد المعوقين، يجعلهم أوفر حظاً لتدعيم حقوقهم الطبيعية في الحياة، وذلك من خلال استثارة قدراتهم وجعلهم أكثر فعالية.

وإذا قارنا بين التعريفين فإنهما لا يختلفان في الجوهر، إلا أننا نجد بأن التعريف الثاني أكثر دقة وتحديد لمضمون الجهود الحكومية، والمتمثل في جملة من الخدمات المنظمة والمتكاملة.

ومن خلال ما سبق ذكره من تعاريف حول مفهومي الرعاية والمعوق، ومفهوم رعاية المعوقين، وحسب ما تم تحديده من أبعاد لمشكلة الدراسة، نعطي التعريف الإجرائي التالي لمفهوم رعاية المعوقين: "هي نسق منظم من الخدمات الصحية، النفسية، الاجتماعية (المادية

(1) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية،

مصر، 1999، ص. 210.

(2) المرجع نفسه، ص 223.

منها والمعنوية)، التعليمية والتكوينية، التي تقدم للأفراد الذين يعانون من نقص أو قصور أو توقف مستمر لعضو أو حاسة أو أكثر من أعضاء أو حواس من الجسم، أو وظائفها من طرف أفراد مختصين، وداخل مؤسسات مختصة، بهدف إشباع حاجاتهم الشخصية الخاصة، من أجل تحقيق إدماجهم الاجتماعي، من خلال تحقيق استقلاليتهم الذاتية وتكيفهم الذاتي، النفسي والاجتماعي.

د - مفهوم سياسة الإدماج الاجتماعي:

أولاً: الإدماج:

لغة: دمج، دمجاً، واندماج وأدمج في الشيء، أي دخل فيه واستحكم، ونقول: دمج الأمر، أي استقام، دمج في الشيء، أي ادخله.

ولقد اتفقت العديد من القواميس على المعنى اللغوي للإدماج على أنه: دخول أو إدخال شيء في شيء آخر، أو جزء في كل، والانسجام والتلاؤم معه.

وكذلك وردت هذه الكلمة في الكتابات العربية بمعنى التكامل والتوجه والامتزاج.⁽¹⁾

اصطلاحاً، يرى هيد ستار بأن الدمج هو: "التجانس أو الدمج الاجتماعي أو التربوي للأطفال المعوقين مع الأطفال الغير المعوقين في صفوف المدرسة العادية، وذلك لتوفير الفرصة لمشاركة الأطفال المعوقين مع الأطفال غير المعوقين في المواقف المتشابهة للحياة".⁽²⁾

ولقد أعطى صاحب هذا التعريف مثالا عن المعوقين من أجل شرح مفهوم الدمج، وهذا ما يؤكد بأن هذه الفئة هي أحوج الفئات في المجتمع المتجانس، والدخول في جماعات لكي يشعروا بالانتماء إليها، ولتلقى التنشئة الاجتماعية السليمة داخلها.

وفي الفلسفة، الإدماج هو خلق تبعية متبادلة، وتكامل بين أعضاء الكائن الحي وأعضاء المجتمع.⁽³⁾

(1) فؤاد إكرام البستاني: **منجد الطلاب**، ط12، دار المشرق، بيروت، لبنان، 1978، ص. 123.

(2) ماجدة السيد عبيد: **الإعاقات الحسية والحركية**، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1999، ص. 215.

(3) FAUCHE Jean-yves: **L'intégration sociale et professionnelle des handicapés, processus d'intégration des personnes handicapées "réalités et perspectives"**, Acte de la 3eme rencontre internationale, C.N.F.P.H, (Constantine), 08-09 Mai 1993, Algérie, p.p. 66,67.

وبالتالي فالإدماج يجعل الفرد المدمج تابع للجماعة التي يدمج إليها، وهذه الأخيرة تكون بدورها تابعة إليه، فلا يمكن أن يتخلى الواحد عن الآخر، كما أن الإدماج ليس بالعملية السهلة البسيطة، وليست نتاج صدفة، وليست بعملية طبيعية، وإنما هي نتاج عمليات وسيرورة وإجراءات، يستفيد منها الفرد من أجل جعله يتكيف ذاتيا واجتماعيا، فلا يلد الأفراد مدمجين.

وإذا رجعنا إلى فكرة التبعية المتبادلة، نجد بأن الرجلين تابعين للجسد، فلا يمكن أن يستغنيا عنه، وهذا الأخير لا يمكن أن يستغني عنهما، واليدين والرأس كذلك، والطفل تابع لأسرته، فلا يمكن أن يستغني عنها، كما أنها لا يمكن أن تستغني عنه، والتلميذ تابع لمدرسته، والعامل لمؤسسته التي يعمل بها، والمواطن لوطنه والفرد لجماعته.

وهنا يتبادر إلى الذهن مفهوم الانتماء، فالانتماء إلى الأسرة أو المدرسة أو المؤسسة، يعني الخضوع لقوانينها ومعاييرها وضوابطها الاجتماعية، ويعني التصرف بما يرضي الجماعة، وفي حدود ما ترغب فيه، ولهذا فلا بد من أن تتضمن عملية الإدماج عملية إستدخال تلك القوانين والمعايير والضوابط.

أما التكامل، فيعني تساند وتناسق الأدوار، بما يخلق تناغما وظيفيا وبنائيا للوحدة الاجتماعية، فإذا توقف أي عنصر عن أداء دوره، وتوقفت ادوار الأعضاء الآخرين، وهذا ما يمكن أن يخلق إعاقة وظيفية للجماعة.

وبالتالي يتضح لنا أكثر بأن الإدماج يعني إضافة شيء أو عضو للجماعة، من أجل جعل تنظيمها أكثر تلاؤما وتجانسا وتناسقا وفعالية.

والتكامل بهذا المعنى، يؤدي إلى كبر الجماعة وكثرة عدد أعضائها، حيث تصبح أكثر نموا وإثراء، من خلال مشاركة أعضاء جدد هي في حاجة إليهم، وهم بدورهم في حاجة إليها.

وهذا ما يجعلنا نفكر بأن عملية الإدماج، يجب أن تكون نشطة وفعالة، وأن تدخل ضمن حركية عملية بيداغوجية، مهنية واجتماعية، سواء أكانت أسرية أو مؤسسية أو مجتمعية.

وكذلك فإن مفهوم الإدماج يتضمن تقاسم أفراد الجماعة المدمجة مع الفرد المدمج الأهداف والأفكار والقيم والمعاني والمعتقدات والوسائل.

وشعور الفرد المُدمَج بانتمائه، وبكل اعتراف إلى الجماعة المدمج فيها -على أن يكون اختيارها من طرفه بكل حرية واستقلال، دون إكراه-، يحقق له استقلاليته الذاتية. ومن خلال كل ذلك نستنتج بأن الإدماج يتضمن ما يلي:

- هو عملية إرادية، طوعية، فردية أو جماعية.
- تهدف إلى خلق التكامل بين المدمجين والمدمجين حتى درجة الانسجام.
- هذا الانسجام والتكامل يضمن تناسق الجماعة، وفي النهاية تناسق المجتمع.

وفي هذه الدراسة سيوظف مفهوم الإدماج بمعنى: نتيجة العمليات والأنشطة والخدمات التي يستفيد منها الفرد بهدف جعله أكثر تكيفا مع الجماعة التي ينتمي إليها، ومع المجتمع. لقد أكدت بعض الدراسات والأبحاث في مجال الأمراض المزمنة والإعاقة، بأن المريض أو المعوق، هو ممثل وفاعل اجتماعي. حيث أنه يساهم في البناء الاجتماعي لجماعة المرضى أو المعوقين.⁽¹⁾

ثانيا: الاجتماعي:

لغة: مصدر مشتق من فعل "اجتمع، يجتمع، اجتماعا، اجتماعي، بمعنى الهيئة أي الحالة الحاصلة من اجتماع قوم لهم مصالح مشتركة".⁽²⁾

"ويطلق هذا المصطلح بمعناه العام على الكائنات الإنسانية، ويشير إلى أن أي سلوك أو اتجاه يتأثر بالخبرة الحاضرة أو الماضية لسلوك أشخاص آخرين، أو لسلوك الذي يتجه نحو الآخرين".⁽³⁾

وهذا ما يعني بأن صفة الاجتماعي، هي خاصة بالإنسان دون غيره من الكائنات، وهي مرتبطة أساسا بالسلوك، وبأنماطه التي سيدخلها هذا الأخير من خلال تفاعله مع بني جنسه في بيئته الاجتماعية.

وهناك العامل الاجتماعي، الذي يستخدم عندما يتأثر السلوك حتى لو كان متعلقا بفرد واحد، بشخص آخر أو بجماعة، سواء كان هذا الشخص أو هؤلاء الأشخاص موجودين من الناحية المادية أو غير موجودين.

(1) PAICHELER.H, BEAUFILS. B : Représentations sociales de la personne handicapée physique, in «handicap et université», Université Paris X, Nanterre, Publidix, 1989, p. 287.

(2) دار المشرق، المنجد في اللغة والإعلام، ط28، بيروت، لبنان، 1986، ص. 97.

(3) محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، مصر، 1979، ص. 112.

وهذا ما يوضح بأن هذا المفهوم لا يطلق فقط عند تواجد جماعة، وإنما حتى على فرد واحد، عندما يتأثر سلوكه بسلوك الفرد أو الأفراد الآخرين، حاضرا أو مستقبلا. كما يشير هذا المفهوم (الاجتماعي) حسب نظرية تحليل السلوك لمانش قيبر، إلى السلوك الايجابي الذي يتماشى وما ترغب فيه الجماعة أو المجتمع وفي صالحها، أما السلوك ألا اجتماعي، فهو الذي يكون ضد مصالح الجماعة أو المجتمع. أما الفرد الاجتماعي، فهو الذي يتمكن وله القدرة على إقامة علاقات وروابط اجتماعية مع الآخرين، كما انه يحب الاتصال والتعامل والتفاعل الايجابي معهم. وهناك مفهوم الاجتماعية، وهي: "العلاقات الاجتماعية أو مجموع الصفات التي يتميز بها الشيء الاجتماعي".⁽¹⁾

وفي الدراسة الحالية، سيوظف، مفهوم الاجتماعي، كمفهوم دال عن الجانب العلائقي البيئي للأفراد المعوقين، كالاتصال بالآخرين، والتمكن من ممارسة الحق في الحياة المدرسية والأسرية والمؤسسية والمهنية، والحياة الاجتماعية في المجتمع. كما سيستخدم للإشارة إلى جملة الخدمات ذات الصلة الاجتماعية، والتي يستفيد منها الفرد المعوق في سبيل إدماجه اجتماعيا، وكذلك للإشارة إلى حاجات الفرد المعوق المتعلقة بالجانب الاجتماعي من شخصيته.

ثالثا: الإدماج الاجتماعي:

يعرف الإدماج الاجتماعي على انه: "العملية التي يستطيع الفرد من خلالها أن يتكيف مع بيئته الاجتماعية التي يعيش فيها، وذلك بالالتزام بقواعدها ونظمها، وهذا بتعلم واستدخال كل أشكال السلوك وطرق التفكير واستيعاب ثقافة مجتمعه لتكون جزء من شخصيته".⁽²⁾ نفهم من خلال هذا التعريف، بأن الإدماج الاجتماعي هو عملية مماثلة لعملية التنشئة الاجتماعية، هذه الأخيرة تتضمن عمليات التعليم والتعلم، التربية، التدريب الإعداد والتكوين والتطبيع، والتي من خلالها يتمكن الفرد، من استدخال ثقافة مجتمعه بما تحمله من عناصر متعددة، ويتحول بذلك من مجرد كائن بيولوجي، إلى كائن اجتماعي، وهذا يعني بأن الإدماج الاجتماعي هو تطبيع اجتماعي.

⁽¹⁾ جميل صليبا: المعجم الفلسفي، (ط1)، دار الكتاب اللبناني، بيروت، لبنان، (ج2)، 1973، ص. 136.

(2) ERIKSON (E) : Adolescence et crise, la quête de l'identité, Flammarion, Paris, 1972, p.100.

"ويقصد بالتطبيع، تزويد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بخبرات الحياة العادية، سواء داخل الفصل الدراسي أو خارجه، بحيث تتاح أمامهم الفرص لملاحظة سلوك الآخرين والتفاعل معهم في ظل ظروف ومواقف عادية".⁽¹⁾

وهنا تأكيد على أهمية دمج الأفراد ذوي الحاجات الخاصة مع الأفراد العاديين من أجل تمكينهم من التفاعل الاجتماعي الايجابي، لكي يكتسبوا أنماط السلوك المرغوبة، ولكي يحققوا ذواتهم وتحسن صورة الذات لديهم، ونظرة الآخرين لهم، وكل ذلك يكون سواء داخل المؤسسة أو خارجها، في الأسرة وفي المجتمع ككل.

إن مفهوم الشخص المعوق (المصاب بإعاقة)، الذي عوض مفهوم الشخص القاصر (المصاب بقصور)، ظهر كانعكاس لنمط خاص من التكفل والرعاية، ألا وهو إعادة التكييف والإدماج، هذا الأخير يتحدد كفيما كمفهوم مضاد لمفهوم التهميش،⁽²⁾ الذي يمكن أن يحمل مظاهرا متعددة كالإقصاء من الدراسة أو العمل.

ويرى آخرون بأن الإدماج الاجتماعي هو: "عبارة عن تلاؤم أو تكيف الفرد أو الأفراد بشكل واع ومقصود، وبطرق معينة مع وضع جديد، سواء أكان هذا الوضع اجتماعيا أم اقتصاديا، أم مهنيا، أم سياسيا".⁽³⁾

ويتضح من خلال ذلك بأن عملية الإدماج الاجتماعي ونتائجها، من تكيف وتلاؤم، هي عملية مقصودة وواعية، ونتائج مستهدفة ومخططة، وليست بالعشوائية، ولا تأتي عن طريق الصدفة. فلها طرقها ومناهجها ووسائلها، ومن يسهرون على تطبيقها، وهي تمس جوانب عديدة من شخصية الفرد وحياته، بحيث تمدد بالوسائل والإمكانيات، مع تطوير واستثمار ما لديه من طاقات وقدرات كامنة، ومواهب لجعله يتكيف ذاتيا ونفسيا واجتماعيا مع ظروف حياته، وخاصة الاجتماعية والمهنية منها، التي تتطلب قدرات جديدة، لا بد من عملية الإدماج بما تتضمنه من برامج وخدمات أن تمنحه إياها، وتمنحه تلك القدرة على تنميتها.

كما يرى ايريكسون، أن الإدماج الاجتماعي "هو العملية التي تسمح للفرد بالدخول في نظام التبادلات الاجتماعية الخاصة بجماعته التي ينشأ فيها".

(1) سهير محمد سلامة شاس: التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل والدمج، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر، 2002، ص. 77.

(2) EBERSOLD.S : Op.Cit., p. 38.

(3) سهير سلامة شاس: مرجع سابق، ص. 77.

وبالتالي فإن أساس الإدماج الاجتماعي هو العلاقات الاجتماعية، التي يربطها الفرد المدمج مع جماعته، سواء أكانت أسرته أو مدرسته أو مؤسسة خاصة أو جماعة العمل أو المجتمع الكبير.

وهذا ما يجعلنا نفكر بأن الإدماج الاجتماعي يحقق للفرد المدمج القدرة على التواصل مع الآخرين، والتعايش معهم، والاستقلالية الذاتية والتكيف الذاتي والاجتماعي. كما يُعرّف الإدماج الاجتماعي بأنه "هو التطور الذي بواسطته يتعلم الإنسان وسيتدخل خلال حياته كل العناصر الاجتماعية والثقافية لمجتمعه، ويدرجها في بناء شخصيته تحت تأثير الخبرات والعوامل الاجتماعية ذات الدلالة، وبذلك يتكيف مع المحيط الاجتماعي أين يجب أن يعيش".⁽¹⁾

ويرى إيريكسون، 1957 بأن عملية التطبيع الاجتماعي تمر بثمان مراحل هي:

- تعلم الثقة في مقابل عدم الثقة.
- تعلم الذاتية والاستقلالية في مقابل الشعور بالعار.
- تعلم المبادأة في مقابل الشعور بالذنب.
- تعلم الاجتهاد في مقابل الشعور بالنقص.
- تعلم الهوية، في مقابل اضطرابات الهوية.
- تعلم الألفة في مقابل العزلة.
- تعلم الإنتاجية في مقابل الإغراق في الذاتية.
- تعلم التكامل في مقابل اليأس.⁽²⁾

بعد تعرضنا لمختلف التعاريف والمحاولات التي جاء بها أصحابها، بغرض تحليل وفهم مفهوم الإدماج الاجتماعي، نجدهم بأنهم اختلفوا حول مراكز اهتماماتهم في المفهوم، لكنهم لم يختلفوا حول جوهر هذه العملية، والذي يتمثل في أنها عملية اجتماعية تستهدف تكيف الفرد نفسيا واجتماعيا.

(1) ROCHER Guy : **L'action sociale**, edition H.m.h, Paris, 1968, p 132.

(2) محي الدين توق، عبد الرحمن عدس: **أساسيات علم النفس التربوي**، دارجون وإيلي وأبنائه، نيويورك، 1984، ص.

ومن خلال ما سبق، يمكن أن نعطي تعريفا إجرائيا لمفهوم الإدماج الاجتماعي يتوافق مع محددات المشكلة وأهداف الدراسة، وهو كما يلي:

هو عملية اجتماعية مقصودة تستهدف تحقيق الاستقلالية الذاتية، والتكيف الذاتي والنفسي والاجتماعي للفرد، بفضل جملة من البرامج والخدمات الاجتماعية، النفسية، الصحية، التكوينية والمهنية، ولكي يحي حياة اجتماعية ايجابية وفعالة في جماعته الأسرية، المدرسية، المهنية أو العامة.

رابعا: سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر:

يقصد بسياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين، جملة التدخلات التي تسعى من خلالها الدولة الجزائرية إلى تشخيص ومعرفة وتحديد المعوقين، لتضمن لهم معاملة، تربية، تكوين، وعملا يسمح لهم بممارسة حقهم في المواطنة.⁽¹⁾

وتتمثل تلك التدخلات، في البرامج الوقائية، العلاجية والإنمائية، التي تخططها الدولة، وفي المؤسسات المتخصصة التي تنشئها، بغرض رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي، كما تتمثل في الوسائل والتجهيزات الضرورية لذلك، وفي المكونين والمؤطرين والمختصين الذين يطبقون تلك البرامج، ويقدمون تلك الخدمات، ويعملون في سبيل تحقيق الأهداف المسطرة لكل ذلك.

كما تتضمن سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر، في الإجراءات القانونية والتشريعية، التي تشرعها الدولة لصالح المعوقين، وفي سبيل حماية حقوقهم، وحمايتهم من التمييز، وضمان لهم رعاية كاملة ومتكاملة الجوانب، من أجل أن يحيا حياة كريمة في المجتمع، وكذلك تتضمن سبل تكوينهم وتشغيلهم، وإنشاء مؤسسات العمل المحمية، المكيفة مع خصوصياتهم وحاجاتهم.

ويعتبر دمج الشخص المعوق اجتماعيا ومهنيا، الهدف العام من سياسة التكفل به، فوعيه بذاته يجعله قادرا على التواصل مع الآخرين، ويحقق استقلاليته، بتنمية قدراته، الحركية، التقنية، الاجتماعية والاقتصادية، ولتحقيق هذا الهدف العام، يجب أن تعمل المؤسسات المتخصصة على تحقيق مجموعة الأهداف الخاصة التالية:

1 - تحقيق التكيف الذاتي.

(1)BOUDERSA Leulmi: Eléments d'une politique d'intégration sociale des personnes handicapées en Algérie, **Acte de la 3eme rencontre internationale**, Op.Cit., p. 179.

2- تحقيق التكيف النفسي.

3- تحقيق التكيف الاجتماعي.⁽¹⁾

حيث انه من معايير التكيف الذاتي: - تقبل الإعاقة من طرف الشخص المعوق - تحسن مفهوم الذات لدى الشخص المعوق (أي أنه شخص له نفس الحقوق والواجبات كالآخرين) - الإحساس بالقدرة على الإنجاز والإنتاج - التخلص من الشعور بالدونية - التخلص من العزلة - الاستقلالية والاعتماد على الذات - المبادأة والاجتهاد.

أما من معايير التكيف النفسي:

- زيادة الثقة في النفس - الشعور بالأمن والاطمئنان النفسي والألفة - الشعور بالراحة والسعادة النفسية - التخلص من اليأس - والشعور بالأمل في الحياة -

وأما من معايير التكيف الاجتماعي:

- القدرة على التواصل مع الآخرين - حب التفاعل الاجتماعي - القدرة على الحوار الاجتماعي - الشعور بتقبل الآخرين له - التقدير الاجتماعي - التوافق الدراسي - التوافق الأسري - التوافق المهني، من خلال اكتساب مهارات وقدرات مهنية تمكنه من العمل.

- التكيف الاجتماعي مع بيئة المؤسسة الخاصة، ويتضمن:

* حب المؤسسة والشعور بالانتماء إليها، وحب التكوين بها.

* علاقات اجتماعية ايجابية (تعاونية) مع المكونين.

* ثقة متبادلة مع المكونين.

* الحضور وعدم التغيب بدون مبرر.

* الانضمام إلى جمعيات أو نوادي أو منظمات اجتماعية أو عملية أو ثقافية أو

رياضية خاصة بالمعوقين، داخل المؤسسة أو خارجها.

* الانضمام إلى جمعيات أو نوادي أو منظمات اجتماعية أو عملية أو ثقافية أو

رياضية أو سياسية عامة في المجتمع.

هـ- المفاهيم المرتبطة بمفهوم الإدماج الاجتماعي:

أولاً: الجماعة: لقد وردت عدة تعاريف لمفهوم الجماعة ومنها ما يلي:

⁽¹⁾ وزارة العمل والحماية الاجتماعية، مديرية المؤسسات المتخصصة، مرجع سابق، ص. 5.

تعرف لان روبرتستون الجماعة بأنها: "جمع من الناس يتفاعلون مع بعضهم البعض بطريقة منظمة على أساس وجود توقعات مشتركة لكل منهم حول سلوك كل فرد من الأفراد الآخرين".⁽¹⁾

أما هومانز فيرى بأن الجماعة هي: "مجموعة من الأفراد الذين يتصلون ببعضهم البعض خلال فترة كافية من الزمن تكفي لكي يتمكن كل منهم من الاتصال بالآخرين".⁽²⁾ ويعرف ستيوارت الجماعة بأنها: "جمع من شخصين أو أكثر يرتبطون معا عن طريق التفاعل، والتركز حول مجموعة من المصالح المشتركة".⁽³⁾

ويرى تيرنر بأن الجماعة هي: "وحدة اجتماعية صغيرة نسبياً، تتكون من مجموعة قليلة من المكانات ومعايير واضحة تمكن الأفراد من القيام بأدوارهم".⁽⁴⁾

تتلاقى التعاريف السابقة في نقطة هامة وهي أن الجماعة هي مجموعة أفراد، لكن الاختلاف بين المفكرين السابقين يكمن حول حجم الجماعة والأسس التي تقوم عليها.

فمنهم من يرى أن الجماعة هي مجموعة صغيرة من الناس، ومنهم من يرى بأنها جمع من الناس (الأفراد) دون تحديد إن كانت صغيرة أو كبيرة.

ومن حيث الأسس التي تقوم عليها الجماعة، نجد بعض المفكرين يحدد أساس الجماعة في مجموعة الخصائص المشتركة، كالتوقعات المشتركة حول السلوك، مثل ما هو الحال في التعريف الأول، أو الأهداف المشتركة مثلما هو في التعريف الثالث.

أما البعض الآخر فيحدد أساس قيام الجماعة في وجود علاقات واتصالات اجتماعية بين أفرادها، وهذا ما نلمحه في التعريف الثاني.

وفي الدراسة الحالية يحدد الباحث مفهوم الجماعة في أنها: مجموعة من الأفراد يشتركون في خصائص معينة، ويتفاعلون فيما بينهم تفاعلاً اجتماعياً، من أجل تحقيق أهداف مشتركة باستخدام وسائل محددة، وذلك ضمن تنظيم اجتماعي، وفي الدراسة الحالية سوف نتكلم عن جماعة المؤطرين، وجماعة المعوقين.

ثانياً: التنظيم الاجتماعي:

يعرف زنانيكى التنظيم الاجتماعي بوصفه: "يشير إلى ذلك النسق الدينامي للأفعال الإنسانية، وقد يقوم بهذه الأفعال فرد معين بهدف إنتاج شيء بالذات، لكن التنظيم الاجتماعي

(1) (2) (3) (4) طلعت إبراهيم لطفي: مدخل إلى علم الاجتماع، ط2، مكتبة غريب، القاهرة، مصر، د ت، ص. 84، 85.

يعني دائما تنظيم أفعال مجموعة من الأفراد يتعاونون من أجل تحقيق هدف أو مجموعة من الأهداف".⁽¹⁾

ويرى نيومان أن التنظيم: "عملية تشمل تقسيم جميع العمل الواجب تنفيذه في وظائف مفردة ثم تحديد العلاقات المقررة بين الأفراد الذين يشغلون هذه الوظائف".⁽²⁾ أما اتريني فيرى أن التنظيم هو عبارة عن: "وحدة اجتماعية يتم إنشاؤها من أجل تحقيق هدف معين".⁽³⁾

ومن خلال هذه التعاريف نستنتج بأن أصحابها يجمعون على التنظيم الاجتماعي، هو ترتيب العلاقات الاجتماعية بين أفراد الجماعة الاجتماعية، من أجل تحقيق أهداف مشتركة، وبالتالي فالتنظيم الاجتماعي هو هادف ويوجد بوجود مجموعة من الأفراد يشغلون أدوارا محددة.

إن التنظيم الاجتماعي هو ترتيب العلاقات الاجتماعية وتنسيقها بين أفراد جماعة اجتماعية، من أجل تكامل أدوارهم لتحقيق الأهداف المشتركة بينهم. وفي الدراسة الحالية سوف نستخدم مفهوم التنظيم الاجتماعي للدلالة على تنظيم المؤسسة المتخصصة مجال الدراسة.

ثالثا: التفاعل الاجتماعي:

التفاعل الاجتماعي، والقدرة عليه، والدخول فيه ضمن جماعات وتنظيمات اجتماعية هو من أهم الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها عملية رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي، حيث أنه من أهم الخصائص المميزة للحياة الاجتماعية، الأسرية، المؤسساتية أم المجتمعية بالنسبة للفرد المعوق، وقدرة هذا الأخير على التفاعل والتواصل مع الآخرين من مؤشرات اندماجه الاجتماعي، ويعتبر التفاعل الاجتماعي كمفهوم، من أهم المفاهيم المستخدمة في علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي، ولقد ظهرت حوله عدة تعاريف، نورد أهمها فيما يلي:

يعرف محي الدين مختار التفاعل الاجتماعي بأنه هو: "مجموعة الأفعال وردود الأفعال التي تصدر عن رعاية أفراد الجماعة في موقف من المواقف الاجتماعية".⁽⁴⁾

(1) محمد عاطف غيث: دراسات في علم الاجتماع التطبيقي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، د ت، ص. 166.

(2) طلعت إبراهيم لطفي: مرجع سابق، ص. 93.

(3) المرجع نفسه، ص. 93.

(4) محي الدين مختار: محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1982، ص. 240.

أما فؤاد البهي السيد فيرى بأنه: "عندما يلتقي فردان ويؤثر أحدهما في الآخر، ويتأثر به وتتكرر هذه الظاهرة، وتستقر فإننا نصلح علميا على تسمية الصلة التي تجمع بين الفردين بالعلاقات المتبادلة وتسمية التغيير الذي يحدث نتيجة لتبادل التأثير والتأثر بالتفاعل.⁽¹⁾

ويرى سعد جلال بأن التفاعل الاجتماعي هو: "عملية تتم عادة بين فردين أو أكثر، وتتضمن تأثير سلوك الفرد بسلوك الآخرين، ويتم التفاعل عن طريق الاتصال والتوقع أو إدراك الدور وتمثيله، والرموز ذات الدلالة".⁽²⁾

ومن خلال هذه التعاريف لمفهوم التفاعل الاجتماعي نستنتج بأن وجود جماعة من الأفراد، هو شرط أساسي لحدوث التفاعل الاجتماعي بينهم، فلا يمكن أن يحدث مع وجود فرد واحد فقط، وهذا هو الهدف من الإدماج الاجتماعي للأفراد المعوقين. فالتفاعل الاجتماعي بهذا المعنى هو نتيجة التأثير والتأثر الحاصل بين أفراد الجماعة الاجتماعية الذين يدخلون في علاقات اجتماعية عند أدائهم لأدوارهم من أجل تحقيق أهدافها، وذلك في إطار تنظيم اجتماعي يقوده قائد.

رابعا: القيادة:

القيادة الجيدة للجماعة، هي شرط أساسي من شروط نجاحها في تحقيق أهدافها، وفي الحفاظ على وحدتها وتماسكها، ومن الأدوار التي يجب أن تكسب للفرد المعوق، هو دور القائد.

ومن التعاريف التي وجدت حول مفهوم القيادة نذكر ما يلي:

يرى باساغانا "أن مصطلح القيادة يعطي مفهوما وسيرورات يصعب استقصاؤها، أما وضوحها الظاهر فيرجع إلى تلك الفكرة الغامضة التي نكونها عن الحكم والسلطة وعن الرئيس والقيادة، فمن منظور المنهج هناك عدد كبير من الباحثين يتفقون على أن القيادة عبارة عن طريقة في سلوك القائد تشتق من العلاقات التي يكونها مع بقية أعضاء الجماعة".⁽³⁾

(1) فؤاد البهي السيد: علم النفس الاجتماعي، ط2، دار الكتاب الحديث، الكويت، 1980، ص. 208.

(2) سعد جلال: التوجيه النفسي والتربوي والمهني، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1992، ص. 323.

(3) باساغانا: مبادئ في علم النفس الاجتماعي، (ترجمة عبد الله غلام الله)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1983، ص90.

وتوصف القيادة بأنها: "مجموعة السمات والمهارات التي يمتاز بها القائد".⁽¹⁾ ويرى خير الله عصار بأن: "القائد هو فرد له خصائص أهمها المكانة التي تؤهله للتأثير على غيره من أجل تحقيق أهداف الجماعة، والقيادة كعمليات (أنشطة) تعتمد على القائد، الأتباع والموقف الذي يتفاعلون فيه، فالقائد وما يملكه من خصائص بما فيها الدوافع والمدارك والإمكانات المرتبطة بأهداف الجماعة والإتباع أيضا دوافعهم، مداركهم وإمكاناتهم، فضلا عن الموقف الذي يتضمن بعض المهام التي يجب إنجازها، والأهداف المرغوبة، والشروط الأخرى ذات العلاقة بذلك".⁽²⁾

وترى سيسيل جيب أن: "القيادة ظاهرة تفاعلية".⁽³⁾ ومن خلال تلك التعاريف نستنتج بأنها تختلف فيما بينها، فيما يخص الأساس الذي يعتمد عليه في تعريف مفهوم القيادة، فمنهم من يعرفه على أساس السمات والخصائص التي يتميز بها الفرد القائد، ومنهم من يعرفها على أساس العلاقات والتفاعلات التي تنشأ بين القائد والأتباع، ومن خلال ذلك نقول بأن القيادة هي: جملة خصائص والسمات والواجب توفرها في القائد، وهو الفرد الذي يؤدي دوره كموجه ومرشد لأفراد جماعته الاجتماعية.

خامسا: التنمية:

تعتبر تنمية شخصية المعوق بمختلف جوانبها البيولوجية، العقلية، النفسية والاجتماعية، وتنمية قدراته المتبقية، وطاقاته الكامنة، ومواهبه ومهاراته الحركية والمهنية الهدف الأساسي من رعايته وإدماجه الاجتماعي، وكما تعتبر تنمية البرامج والمناهج الخاصة بذلك وتنمية الخدمات المقدمة له والمؤسسات المتكفلة بذلك الهدف الأساسي من أية خطة تنموية اجتماعية وسياسية في المجتمع.

ولهذا فمفهوم التنمية يرد ويتكرر كثيرا في هذه الدراسة وفي كل مراحلها وعناصرها النظرية والميدانية، وعلى هذا وجب على الباحث تحديد وتعريف هذا المفهوم، من أجل توضيح كيفية توظيفه، وربطه مع مختلف المفاهيم الأساسية والمفاهيم المرتبطة بها في الدراسة.

(1) عبد الرحمن محمد عيسوي: دراسات في علم النفس الاجتماعي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، 1994، ص. 369.

(2) خير الله عصار: مبادئ علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص. 238، 239.

(3) GIBB (ga) : Leadership: في خير الله عصار، المرجع نفسه، ص. 89.

ولقد ظهرت حول مفهوم التنمية عدة تعاريف تعتبر هامة قدر أهمية المفهوم ذاته، ومن بين التعاريف التي عثرنا عليها، ما يلي:

وهناك تعريف آخر للتنمية لمحمد عاطف غيث، حيث يرى بأنها: "ينظر إليها على أنها عبارة عن منهج ديناميكي وعملية مستمرة تحدث من خلالها عمليات مختلفة من التعليم والتفكير وتخطيط وتنفيذ أسلوب معين في الحياة ثم التفاعل التعاوني".⁽¹⁾

من خلال هذين التعريفين نستنتج بأن التنمية هي عملية مقصودة يتدخل فيها الإنسان، وهي تستهدف إحداث عمليات مختلفة من تعليم وتفكير وتوسيع لهما لدى الفرد الذي يتلقاها. وفي معجم علم النفس نجد بأن التنمية هي نمو متعمد أو مقصود، هذا الأخير هو "تغيرات البناء والشكل التي تحدث أثناء انتقال العضوية الفردية من أصلها إلى نضجها، ويستعمل المصطلح أيضا للدلالة على نمو اللغة والفهم والمهارة".⁽²⁾

إن فالتنمية باعتبارها نموا مقصودا، هي التغيير المقصود في شخصية الفرد، ونضجه وهي توسيع وتعميق للفهم والمهارة، وكل هذا يحصل دون عملية تدفع التنمية وهي الرعاية والإدماج.

ومن خلال ما سبق، يمكن أن نعطي تعريفا إجرائيا لمفهوم التنمية، مفاده أنها عملية توسيع وتعميق قدرات ومهارات ومعارف وخبرات الفرد الذي يتلقى رعاية خاصة، واستخراج واستثمار طاقاته الكامنة ومواهبه، من أجل تمكينه من ممارسة وظيفة اجتماعية بكل جدية وكفاية، ودون تقصير.

سادسا: التربية الخاصة:

تعني التربية لغة: التهذيب والتأديب.⁽³⁾

ولقد حاول الكثير من المفكرين أن يعطوا تعاريف لمفهوم التربية، واختلفوا في ذلك اختلافهم في تحديد الغرض منها، وسنذكر فيما يلي بعضها:

يرى احمد الخشاب، بأن التربية هي: "نسق اجتماعي يقوم بدور وظيفي في إعداد وتنشئة وتشكيل النشء من خلال وسائل ومؤسسات وأجهزة لها فاعلية تكوين الفرد وتهيئته

(1) محمد عاطف غيث: دراسات في علم الاجتماع التطبيقي، مرجع سابق، ص. 172.

(2) فاخر عاقل: معجم علم النفس، دار العلم للملايين، بيروت، 1971، ص. 34.

(3) سهيل إدريس: المنهل، دار الآداب، بيروت، لبنان، 1997، ص. 168.

من الناحية الجسمية والعقلية والأخلاقية ليكون عضوا في مجتمعه، يحي حياة سوية في بيئته الاجتماعية".⁽¹⁾

ويرى محمد لبيب النجيجي، بأن التربية هي: "عملية تشكيل وإعداد أفراد إنسانيين في مجتمع معين، في مكان وزمان معينين، حتى يستطيعوا أن يكتسبوا المهارات والقيم والاتجاهات وأنماط السلوك المختلفة التي تيسر لهم عملية التعامل مع البيئة الاجتماعية والمادية".⁽²⁾

وير المحدثين بأن: "التربية هي عملية إنماء وتهذيب، فإن المنتفع الأول منها المربي، أي الفرد الذي يتلقاها".⁽³⁾

ويستخدم مصطلح التربية في قاموس التربية ليشير لجميع العمليات التي بواسطتها تتم تنمية قدرات الشخص واتجاهاته وأشكال سلوكه الأخرى وتنمية القيم الإيجابية التي يؤكد عليها المجتمع الذي ينتمي إليه.⁽⁴⁾

ونفهم من خلال هذه التعاريف بأن التربية هي عمل يقوم به أفراد في المجتمع، بهدف إكساب المهارات وثقافة المجتمع لأفراد آخرين يعيشون فيه، وإنها تختلف باختلاف المجتمعات والأزمنة، وهي تهدف إلى إعداد هؤلاء إعدادا متكاملا في كل جوانب الشخصية، وفي كل جوانب الحياة الاجتماعية، وذلك في مؤسسات معينة كالأسرة والمدرسة والمراكز المتخصصة، وباستخدام وسائل محددة، كالمناهج التربوية مثلا، بهدف خلق الفرد المتكيف مع مجتمعه، وهي لا تعمل على تنمية القوى الجسمية والعقلية للفرد وحسب، وإنما تعمل أيضا على تهذيبها وتوجيهها.

ونفهم من خلال ذلك بأن عملية التربية وعملية الإدماج الاجتماعي، هما متداخلتان، وتشتركان في نفس الأهداف، وهذا ما يجعلنا نفكر بأن عملية الإدماج الاجتماعي تتضمن التربية.

لكن هناك من الأفراد في المجتمع، من لا تسمح لهم قدراتهم وظروفهم وخصائصهم الشخصية الاستفادة من عملية التربية العادية، وداخل المؤسسات التربوية العادية لمجتمع،

(1) أحمد الخشاب: الاجتماع التربوي والإرشاد الاجتماعي، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، مصر، 1971، ص. 13، 14.

(2) محمد لبيب النجيجي: الأسس الاجتماعية للتربية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 1965، ص. 18.

(3) محمد الناصف: آراء في التربية، الشركة التونسية للتوزيع، تونس، د ت، ص. 31.

(4) فادية عمر الجولاني: علم الاجتماع التربوي، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، 1998، ص. 19.

وهم بذلك فئات خاصة، كفئات المعوقين، وهذا ما يجعلهم في حاجة إلى تربية خاصة، من أجل مقابلة مميزاتهم الشخصية وحاجاتهم الخاصة، حيث تعرّف التربية الخاصة على أنها: "فرع من فروع التربية العامة، تختص بممارسة المعاملة والتنشئة الاجتماعية والتمكين للأطفال المعاقين، وتقوم بها معاهد خاصة للمعلمين لتأهيلهم للتعامل مع الأطفال ذوي إعاقة معينة، فبعضهم يختص بتربية الأطفال الصم، وآخرون يختصون بتربية الأطفال المكفوفين، وهذا في مدارس خاصة، هذا بالإضافة إلى تعاون أسر المعاقين وأوليائهم بهدف تحسين العملية التربوية الخاصة".⁽¹⁾

وهنا تأكيد على أن مناهج التربية الخاصة، لا يجب أن تخرج عن مناهج التربية العامة، فهي مستوحاة منها، مع ضرورة تكييفها وقدرات ومميزات وشخصية الفرد المعوق. كذلك نجد في هذا التعريف، تأكيد على أهمية تكوين المكونين والمؤثرين المختصين، تكويننا خاصا حول كيفية التعامل مع الفرد المعاق، نظرا للخصوصيات التي تميز هذا الأخير عن غيره من الأفراد العاديين في المؤسسات العادية في المجتمع.

وكذا تأكيد على أهمية تعاون الأسرة في توفير تربية خاصة مؤسساتية وأسرية متكاملة للفرد المعوق، مع ضرورة توفير هذا النوع من التربية الخاصة في مؤسسات متخصصة بذلك ومجهزة بما يليق من تجهيزات ووسائل خاصة، ومدعمة ببرامج ومناهج خاصة كذلك.

وتعرّف التربية الخاصة كذلك بأنها: "هي التي تتم في المؤسسات الخاصة لتساعد الأطفال ذوي القصور العقلي أو الحسي أو الجسمي، وكذا المتفوقين بالخدمات والتعليم المناسب لقدراتهم، كما أنها تعمل على توفير الرعاية اللازمة لكل أفراد المجتمع بما يتفق ما لدى كل منهم من قدرات وامكانات".⁽²⁾

وكذلك تتمثل في: "الجهود الاستثنائية والعناية المكثفة التي تقدمها المدرسة وفق منهجية شاملة لفئات غير عادية من التلاميذ، تتمثل في المتخلفين ذهنيا، والمتخلفين دراسيا، وفئات العيوب الكلامية، والإعاقة السمعية والبصرية، إلى جانب الموهوبين، بهدف تحقيق نمو متوازن ومتكامل للأطفال في الجوانب النفسية والعقلية والجسمية والاجتماعية،

(1) عبد المجيد عبد الرحيم: تنمية الأطفال المعاقين، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، د ت، ص. 18.

(2) رشاد عبد العزيز موسى: بحوث في سيكولوجية المعاق، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1994، ص. 09.

وتزويدهم بقدر كبير من المعارف والمهارات، لتمكينهم من ممارسة متطلبات الحياة العملية بحسب قدراتهم واستعداداتهم وميولهم".⁽¹⁾

ويتضح لنا من خلال التعاريف السابقة بأن التربية الخاصة تتضمن أنواعا من الخدمات والرعايات والتعليم التي تساعد الفرد المصاب بأي نوع من الإعاقات، على تجاوز علة وعدم قدرته، وعلى تنمية قدراته وطاقاته واستثمارها بما يجعله قادرا على النمو الشخصي المتزن والمتكامل.

مع العلم بأن التربية الخاصة تقدم كذلك للمتفوقين من الأفراد باعتبارهم كذلك من الفئات الخاصة بالمجتمع.

وبناء على ما سبق، فإن التربية الخاصة كمفهوم، سيستخدم في الدراسة الحالية، وحسب ما تمليه محددات المشكلة وأهداف الدراسة، على النحو التالي:

هي جملة المناهج والبرامج والخدمات والرعايات الخاصة التي تقدم للأفراد ذوي الإعاقات، من أجل إشباع حاجاتهم التربوية والتعليمية، وحاجاتهم للمعرفة والتكوين، والتدريب والتأهيل، من أجل تحقيق استقلاليتهم الذاتية، وإدماجهم تربويا ومهنيا واجتماعيا.

سابعاً: التأهيل:

من جملة العمليات المتضمنة في عملية الإدماج الاجتماعي للفرد المعوق، توجد عملية التأهيل، فما المقصود بذلك؟

لغة: تأهل، يتأهل، تأهلاً، تأهل للأمر، صار أهلاً له.⁽²⁾

ويعرف التأهيل اصطلاحاً بأنه: "مساعدة الأفراد ذوي الحاجات على استغلال قدراتهم ومواهبهم في القيام بالعمل الذي يلائم كلا منهم، حتى يستطيعوا إعالة أنفسهم وأسرهم".⁽³⁾ يعرف التأهيل على أنه: "عملية دراسة وتقييم قدرات وإمكانيات الشخص العاجز، والعمل

(1) صالح شيخ عمر: الجوانب الطبية النفسية للتخلف العقلي في الطفولة، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر، 1994، ص. 14.

(2) على بن هادية وآخرون: مرجع سابق، ص. 101.

(3) أحمد زكي بدوي: مرجع سابق، ص. 351.

على تنمية هذه القدرات، ليحقق أكبر نفع ممكن في الجوانب الاجتماعية والشخصية والبدنية والاقتصادية⁽¹⁾.

أي أن التأهيل لا يبدأ بالتكوين والتنمية مباشرة، قبل أن يبدأ في تشخيص قدرات المعوق حتى يتم وضع خطة تنموية وعلاجية له، كما أنه لا يهتم بالجوانب المهنية فقط، وإنما يهتم بالجوانب البدنية والاجتماعية والاقتصادية للفرد المعوق، حتى يتمكن من التكيف الاجتماعي مع بيئة العمل.

وعليه فإن التأهيل يعمل على دراسة طبيعة العجز البدني والآثار التي تترتب عن هذا العجز، والغاية من ذلك هو جعل الفرد المعوق معتمداً على نفسه ومتكيفاً مع المجتمع⁽²⁾. ولكل ذلك فإن عملية التأهيل هي متضمنة في عملية الإدماج الاجتماعي للفرد المعوق ومتداخلة معها.

وهناك عدة أنواع من التأهيل، فهناك التأهيل الطبي، والتأهيل النفسي، والتأهيل الاجتماعي، والتأهيل المهني، ويعتبر هذا الأخير، من أكثر أنواع التأهيل اهتماماً من جانب الهيئات المختصة، لأن فقد المعوق أو عدم تمكنه من ممارسة وظيفة لأي سبب، يعتبر أخطر أنواع عدم التكيف، وعليه لا بد من إعادة تكييفه وإعداده⁽³⁾.

وقد عرفت منظمة العمل الدولية التأهيل المهني على أنه: "ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة، المترابطة، الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية، كالتوجيه المهني، التدريب لمهني، التشغيل، مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه"⁽⁴⁾.

وعليه فالتأهيل المهني، يتضمن تقديم جملة من الخدمات ابتداءً بالتقييم والتوجيه، ثم التدريب ثم التشغيل، فلا يترك المعوق لوحده أمام مرحلة حاسمة، وهي إمكانية التوظيف في المنصب الذي يلائمه ويلتزم خصوصياته.

(1) عبد المحي محمود حسن صالح: متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999، ص. 204.

(2) عبد الهادي الجوهري: دليل الزيارات الميدانية لبعض مجالات الممارسة المهنية، المينا، أسوان، مصر، 1998، ص. 73.

(3) إسماعيل شرف: تأهيل المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1982، ص. 20، 21.

(4) المرجع نفسه، ص. 23.

أما التأهيل الاجتماعي: فيعني ذلك الجانب من عملية الإعداد والتوجيه والتدريب والتشغيل والمتابعة المستمرة، التي تؤدي إلى تقديم خدمات مهنية للعاجز فرصة الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه.⁽¹⁾

وأما تأهيل المعوقين، فيعرف على أنه: "تقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية والتعليمية والمهنية التي يلتزم توفيرها للمعوق وأسرته، لتمكنه من التغلب على الآثار التي تخلفت عن عجزه".⁽²⁾

وعليه فالتأهيل هو مفهوم جد متقارب مع مفاهيم الرعاية والإدماج والتكوين والإعداد والتدريب، ولذلك فسيتم شرح هذه المفاهيم الأخير فيما يلي:

ثامنا: الإعداد:

يعني الإعداد لغة: التهيئة والتحضير، فنقول أعدّه لأمر بمعنى هياه وحضره له. أما الإعداد المتصل بخدمة أو وظيفة -ما- فيرى سعد جلال، أنه يقصد بالإعداد لمهنة من المهن، التربية المهنية التي يتعرض من خلالها الفرد (المُعدّ) لخبرات واسعة في عدد كبيرة من النشاطات المتصلة بمهنة واحدة من أجل التمرن على أصولها.⁽³⁾

ونفهم من خلال ذلك، بأن الإعداد لمهنة -ما- يعني التمرن على أداء النشاطات المتصلة بها، واستيعاب مختلف أصولها.

لكن لا يوجد في هذا التعريف أي تحديد لنوع الخبرات وجوانبها، فهل هي معرفية أو مهنية فقط أو هل هي نفسية اجتماعية أيضا؟

إذن فالإعداد هو تحضير الفرد (المُعدّ) لممارسة وظيفة محددة من خلال اكتسابه لمختلف المعارف والخبرات المتصلة بنشاطها، ولمختلف الخصائص النفسية والاجتماعية الواجب توفرها فيه لنجاحه في آدائها على أحسن وجه.

تاسعا: التكوين:

وردت لمفهوم التكوين عدة تعاريف، كل منها اتجه اتجاهها محددا في فهمه، وذلك نظرا لكون عملية التكوين تشمل جوانب عديدة، ومن تلك التعاريف نذكر:

(1) إقبال بشير، إقبال مخلوف: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي التأهيلي والنفسي، د.إ.ن، مصر، 1980، ص. 250.

(2) إسماعيل شرف: مرجع سابق، ص. 24.

(3) سعد جلال: التوجيه النفسي والتربوي والمهني، مرجع سابق، ص. 323.

يري ميالاري بأن: "التكوين عبارة عن نوع العمليات التي تقود الفرد إلى ممارسة نشاط مهني، كما أنه عبارة عن نتائج هذه العمليات".⁽¹⁾

حسب هذا التعريف فإن التكوين هو موجه نحو ممارسة مهنة فقط، دون الاهتمام بما تتطلبه هذه المهنة من سمات شخصية لدى الفرد المكوّن.

أما فيري فيذهب إلى أن التكوين يدل: "على فعل منظم يسعى إلى إثارة عملية إعادة بناء متفاوتة الدرجة في وظائف الشخص، فالتكوين بهذا المعنى وثيق الاتصال بأساليب التفكير والإدراك والشعور والسلوك".⁽²⁾

إذا فالتكوين حسب هذا التعريف هو فعل هدفه تنظيم جوانب عدة من شخصية الفرد، وليس جانب القدرات أو المهارات المهنية فقط.

وهناك من يعرف التكوين بأنه: "هو إعداد الشباب لمعترك الحياة، فهو يشمل في نفس الوقت التعليم الأساسي والتأهيل لمهنة معينة".⁽³⁾

نفهم من ذلك بأن التكوين يتضمن إعداد الفرد قبل دخوله في ممارسة وظيفة - وما - وذلك باعتماده على التعليم الذي يهدف إلى تزويده بحصيلة معينة من العلم والمعرفة في مجال وظيفي محدد، إضافة إلى أن التكوين يؤهل الفرد المتكون لممارسة مهنته بدون صعوبات تعترضه.

انطلاقاً مما سبق، فإن التكوين هو اكتساب الفرد مجموعة من المعارف والمهارات، وبالتالي تشكيله عليها لممارسة وظيفة - ما - على أحسن وجه، مع تحضيره نفسياً واجتماعياً لذلك.

عاشراً: التدريب:

لقد جاءت عدة تعاريف للتدريب كمفهوم، نذكر منها ما يلي:

يعرف محمد مصطفى زيدان التدريب بقوله: "...التدريب خير وسيلة تعين أبناء المجتمع على تحمل المسؤولية كاملة، والتدريب نوع من التنظيم والتوجيه والتعاون

(1) محمد مقداد وزملائه: قراءات في التقويم التربوي، ط1، جمعية الإصلاح التربوي والاجتماعي، باتنة، الجزائر، 1993، ص. 302.

(2) المرجع نفسه، ص. 302.

(3) حامد الزغل: من عوامل التنمية الإدارية، التكوين في التسيير الإداري، اندماج، مجلة مركز الدراسات والبحوث الإدارية للمغرب العربي، عدد 11، 1979، ص. 06.

والمتابعة، يستهدف تحقيق الانسجام بين الفرد وعمله عن طريق رفع مستوى الأداء مما يجعل العاملين قادرين على استغلال طاقاتهم البشرية إلى أقصى حد ممكن يتحقق التوازن بين أوجه النشاط المختلفة".⁽¹⁾

كما يُعرّف التدريب بمعناه الواسع على أنه عبارة عن عملية تعلم وتعليم. وهذا التعريف يتبنى مفهوم التدريب بمعنى مرادف لمفهوم التعلم ومفهوم التعليم، وعلى ذلك فهو تغيير في سلوك الفرد أو تعديل فيه، وهو اكتساب مهارات وخبرات جديدة أو تنمية سابقة منها للمتدرب.

هذه التعاريف قد أجمعت على أن التدريب عمل إيجابي يستفيد منه الفرد المتدرب، وأن الهدف النهائي منه هو اكتساب الفرد للمهارات والخبرات اللازمة لأداء وظيفة أو عمل ما-.

وفي الدراسة الحالية نعرف التدريب على أنه: عملية تكرار لمرات عديدة من طرف الفرد المتدرب لنفس العمل أو الدور، والمساهمة فيه من أجل الوصول إلى ارتقاء في مختلف المعارف والمهارات المرتبطة بذلك العمل، واكتساب الثقة في النفس، لتأديته على أحسن وجه.

كما أن الباحث في هذه الدراسة سيستخدم مفاهيم الإعداد -التكوين- التدريب، كمفاهيم مترادفة، هذا لأنها تصب في معنى واحد هو اكتساب الفرد مجموعة من المعارف والخبرات والمهارات والخصائص النفسية والاجتماعية التي تؤهله لممارسة عمل ما-.

و- منظور الخدمة الاجتماعية:

يقصد الباحث بدراسة موضوع "رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي"، من منظور الخدمة الاجتماعية، تناوله حسب نظريات، أفكار، مفاهيم، ولغة الخدمة الاجتماعية كعلم وفن ومهنة، علما بأن هذه الأخيرة كتخصص يمكن أن يدخل ضمن علم الاجتماع التطبيقي، هي من أهم العلوم والتخصصات وأكثرها اهتماما بفئة المعوقين، وخاصة من جانب الرعاية، التأهيل والإدماج، كما يعتبر هذا الميدان من أهم الميادين التي تركز عليها الخدمة الاجتماعية، نظرا لأهمية الفئة التي يتضمنها وهي فئة المعوقين^(*)

(1) محمد مصطفى زيدان: الكفاية الإنتاجية للمدرس، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، جدة، 1981، ص. 241، 242.

(*) ارجع إلى أهمية الدراسة.

وفي هذه الدراسة سوف لن نتناول الموضوع من منظور الخدمة الاجتماعية كمهنة يمارسها الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال، وإنما كجملة الخدمات وأنواع الرعاية وأنواع التأهيل، التي يستفيد منها الفرد المعوق داخل المؤسسة المتخصصة، من أجل تحقيق إدماجه الاجتماعي، بما يتضمنه من أهداف أساسية، من تحقيق الاستقلالية الذاتية والقدرة على التواصل مع الآخرين، ومع تحقيق التكيف الذاتي، النفسي والاجتماعي له.

ويعرف تورنر الخدمة الاجتماعية للمعوقين بأنها: "عملية إعادة تكيف المعوق مع واقعه الاجتماعي، باستثمار قدراته الباقية لاستعادة أدائه لوظائفه الاجتماعية".⁽¹⁾

أي أن الخدمة الاجتماعية للمعوقين، تعمل على إدماجهم الاجتماعي من خلال استثمار واستعادة قدراتهم على أداء أدوارهم الاجتماعية والتي يفرضها عليهم الواقع الاجتماعي. أما الفريد كاهن، فيعتبر بأن: "الخدمة الاجتماعية تعبر عن استجابة جديدة لمواقف جديدة فهي اختراع اجتماعي قدمه المجتمع من أجل مواجهة الحاجات المختلفة للإنسان في العصر الحديث".⁽²⁾

نفهم من خلال هذا التعريف بأن الخدمة الاجتماعية تتبع من ثقافة المجتمع، الذي يتصف بالإنسانية، تلك الثقافة التي تضمن قيم الإيمان بالإنسان وبحقه في الحياة الكريمة، وبالقوانين والأخلاق الإنسانية التي تتضمن مساعدته ورعايته، وقد جاءت نظرا للتطورات والتغيرات الحاصلة في المجتمع الحديث.

أما بنكس ومانهايم، فيرى كل منهما بأن الخدمة الاجتماعية للمعوقين: "تهتم بالتفاعل الاجتماعي الذي يحدث بين المعوقين وبيئاتهم الاجتماعية، بهدف مساعدتهم على القيام بواجباتهم اليومية، ومن ثم فإن الخدمة الاجتماعية تهدف إلى مساعدة الأفراد المعوقين على اكتساب مقدرة متزايدة، لحل ما يقابلهم من مشكلات".⁽³⁾

(1) محمد سلامة غباري: رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، مصر، 2003، ص. 134.

(2) المرجع نفسه، ص. 136.

(3) إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، ط1، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991، ص.

حيث أن الإنسان الذي يقدر على مواجهة وحل مشكلاته بمفرده، واعتماده على نفسه، لا يكون إلا فردا متكيفا مع ذاته ومع نفسه ومع بيئته الاجتماعية، ويتميز بالاستقلالية الذاتية وبالقدرة على التواصل مع الآخرين، وهذه صفات الفرد المندمج اجتماعيا. أي أن الخدمة الاجتماعية للمعوقين تساعد هؤلاء على تحقيق الاندماج الاجتماعي، بفضل ما تضمنه لهم من مساعدات ورعايات وخدمات، وفي شتى مناحي الشخصية، من أجل إشباع حاجاتهم المختلفة، على أن تكون مؤسسة على أسس وقواعد معرفية وعلمية واعية.

ويرى الدكتور: احمد بوذراع، بأن الخدمة الاجتماعية للمعوقين، تعني دراسة كل ما يتعلق بالظروف الاجتماعية للمعوق، سواء كانت ظروفًا بيئية أو أسرية أو مهنية أو تاريخه المرضي، وذلك باستخدام الأساليب المهنية للخدمة الاجتماعية لمساعدته على التغلب على المشكلات التي تعوقه أو تواجه أسرته، كما تعني باستغلال إمكانيات المؤسسة لمساعدة المعوق على التكيف مع البيئة الجديدة، وتزويده بالعادات الاجتماعية السوية من خلال البرامج الاجتماعية التي تشترك فيها، سواء كانت على مستوى الفرد أو الجماعة أو المجتمع أو المؤسسة العلاجية⁽¹⁾.

وهذا التعريف يتفق تماما مع توجهات الباحث في الدراسة ومع أبعاد المشكلة المحددة، وعليه فسيتم الاعتماد عليه في توظيف مفهوم الخدمة الاجتماعية للمعوقين.

ز - المؤسسة المتخصصة:

لغة: المؤسسة مأخوذة من أسس، يؤسس، والمؤسسة هي جمعية أو معهد أو شركة، يقال مؤسسة علمية أو مؤسسة صناعية⁽²⁾.

أما اصطلاحا: "يطلق اصطلاح المؤسسة في الولايات المتحدة الأمريكية على المنظمة التي تباشر نشاطا يتصل بتقديم الخدمات، وقد تكون المؤسسة عامة أو خاصة"⁽³⁾.

وبالتالي فإن المؤسسة تتميز بالتنظيم، وتعمل على تقديم خدمات، وبما أنها كذل فهي نسق يتكون من أجزاء مترابطة ومتكاملة ومتساندة، تتمثل في الهياكل وتجهيزاتها، في

(1) احمد بوذراع: أسس التأهيل الاجتماعي للمعوقين من منظور خدمة الفرد والجماعة، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد الرابع، جامعة باتنة، الجزائر، 1995، ص. 41.

(2) دار المشرق: المنجد الأبجدي، مرجع سابق، ص. 336.

(3) احمد زكي بدوي، مرجع سابق، ص. 12.

العاملين بها، وفي البرامج والمناهج التي تتبعها، وفي هؤلاء الذين يستفيدون من خدماتها، وهذا ما يجعلنا نفكر بأن أي خلل يمكن أن يقع في أي جزء من هذه الأجزاء يمكن أن يؤثر سلبا على وظائف الأجزاء الأخرى، فيكون معوقا وظيفيا.

والمؤسسة الخاصة والمتخصصة هي: "شخص اعتباري ينشأ بتخصص مال مدة غير محددة لعمل ذي صفة إنسانية أو دينية أو علمية أو فنية أو رياضية، أو لأي عمل آخر من أعمال البر أو الرعاية الاجتماعية، أو النفع العام دون قصد ربح مادي، ويقال الرعاية بالمؤسسات، أي الرعاية التي تقدم داخل المؤسسات من النواحي الصحية والاجتماعية".⁽¹⁾ أي أن المؤسسة المتخصصة هي مؤسسة غير عادية، لا يأتي أو يرتاد إليها عامة الناس، وإنما تستقبل فئات خاصة بالمجتمع، فهناك مؤسسات متخصصة في رعاية الأمومة، وهناك المتخصصة في رعاية الطفولة، والمتخصصة في رعاية العجزة، وهناك المؤسسات المتخصصة في رعاية مختلف أنواع المعوقين، حيث توجد ببلادنا أكثر من خمسة أنواع من هذه المؤسسات، حيث هناك:

- مدارس صغار الصم والبكم.
 - مدارس صغار المكفوفين.
 - المركز الوطني للتكوين المعني للمعاقين بدنيا.
 - المراكز الطبية البيداغوجية للمتخلفين ذهنيا.
 - المراكز الطبية البيداغوجية للمعاقين حركيا.
- وهي تختص في تقديم مختلف أنواع الرعاية و الخدمات والبرامج الضرورية لإعادة تكوين تأهيل الفرد المعوق، جسديا، حركيا، عقليا، نفسيا واجتماعيا ومهنيا، من أجل إدماجه الاجتماعي.

وفي الدراسة الحالية، نعرّف المؤسسة المتخصصة على أنها مؤسسات اجتماعية تعمل على تقديم جملة من الخدمات الطبية، الصحية، النفسية، الاجتماعية، التعليمية، التكوينية والمهنية للأفراد المعوقين، وذلك وفق برامج ومناهج مسطرة، باستخدام وسائل محددة من طرف مؤطرين ومختصين مؤهلين بهدف إشباع حاجاتهم، وتحقيق إدماجهم الاجتماعي في المجتمع.

(1) المرجع نفسه، ص. 220.

ح - مفهوم الواقع وبعض المفاهيم المقاربة:

يعتبر مفهوم الواقع مفهوماً أساسياً، وجدّ هاماً في هذه الدراسة، والتي نهدف من خلالها الكشف والوقوف على (واقع رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر). ولقد عثرنا على عدة تعاريف لمفهوم الواقع، لغة في الأدب وفي العلوم الاجتماعية وفي الفلسفة، إلى جانب تعاريف أخرى لمفاهيم مقاربة له، كمفهومي الواقعي والواقعية والوضع، والتي سنوردها كلها فيما يلي:

الواقع لغة: "هو الحاصل، قال أبو فراس:

وهل يدفع الإنسان ما هو واقع . . . وهل يعلم الإنسان ما هو كاسب

ويقال: واقع الأمر أو الحال، أي ما حصل منهما، وفي الواقع أو في الحقيقة".⁽¹⁾

والواقع هو الحاصل، أما الواقعية: "ما حدث ووجد بالفعل، وهي مرادف للحدث، والواقعي هو المنسوب إلى الواقع، ويرادفه الوجودي والحقيقي والفعل، ويقابله الخيالي والوهمي، نقول الرجل واقعي، أي الرجل الذي يرى الأشياء كما هي عليه في الواقع، ويتخذ إزاءها ما يناسبها من التدابير دون التأثر بالأوهام أو الأحلام".⁽²⁾

"والواقعية بوجه عام صفة الواقعي، نقول واقعية التفكير أي مطابقته للواقع".⁽³⁾

أما الواقعية في الأدب فهي: "محاولة دراسة واقع الإنسان، وتحسين حاله عن طريق الكشف عن حقيقته كشفاً موضوعياً، وتصوير حياته الملموسة والتي يعيشها وتتحكم في صياغته ككائن".⁽⁴⁾

والواقع "درجة دوام المعاني التي يتم اكتشافها في أية تجربة أو التي تتصل بأي شيء أو شخص أو فكرة أو قيمة".⁽⁵⁾ "ويقال في مدرسة التحليل النفسي (مبدأ الواقع)، ويقصد به إشباع حاجات الكائن العضوي، مع مراعاة التوافق مع الواقع".⁽⁶⁾

(1) على بن هادية وآخرون: القاموس الجديد للطلاب، (تقديم محمد المسعدي)، ط7، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1991، ص. 1303.

(2) جميل صليبا: مرجع سابق، ص. 522.

(3) المرجع نفسه، ص. 522.

(4) احمد زكي بدوي: مرجع سابق، ص. 347.

(5) المرجع نفسه، ص. 347.

(6) المرجع نفسه، ص. 347.

أما الواقع الاجتماعي (الحقيقة الاجتماعية Réalité Sociale)، فهو: "مفهوم ما يوجد حالياً، أي ما أقامته وأبقت عليه الجماعة، والنظرة العامة فيما يتعلق بوجود ظاهرة ما يتطلب تصديق الأفراد الآخرين، وفقد الإيمان التام في الحقيقة التي تجمع عليها الجماعة، ينطوي على عزل الفرد عن إمكانية اتصاله بالجماعة".⁽¹⁾

وأما الوضع، فتدل عبارته: "على الموقع الذي يحتله الفرد ضمن مجموعة معينة، أو الوضع الذي تحتله مجموعة في مجتمع معين".⁽²⁾

ويعرف الوضع: "بصفته جملة من الموارد الواقعية أو الكامنة التي يسمح امتلاكها من قبل فاعل معين بتفسير أدوارها أو لعبها، وفقاً لتعديلات مبتكرة إلى حد ما...".⁽³⁾

ومن خلال عرضنا لمختلف التعاريف التي وردت لمفهوم الواقع وبعض المفاهيم المقاربة له، نستنتج بأن أغلبها تلتقي في فكرة واحدة، وهي أن الواقع هو الحقيقة الراهنة عن حالة ظاهرة، أو فرد أو جماعة... وبالتالي فإن دراسة الواقع تهدف إلى معرفة الظاهرة المدروسة كما هي عليه، وليس كما يجب أن تكون عليه.

ومن هذا المنطلق فإن دراسة (واقع رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر)، هي محاولة لمعرفة حالة الرعاية، والمتمثلة في مدى توفر مختلف أنواع خدماتها، الصحية، النفسية، الاجتماعية، التعليمية والمهنية، ومعرفة مدى إشباعها لحاجات المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، ثم لمدى خدمة كل ذلك لأهداف سياسة الإدماج الاجتماعي لهم بالجزائر.

وبالتالي فمن خلال الدراسة الميدانية سيتم الكشف عن واقع الرعاية، والمتمثل في كم وكيف خدماتها المتوفرة للمعوقين بالمركز ميدان الدراسة، وعن واقع الإشباع لحاجات المعوقين كما وكيفا، وعن خدمة هذا الواقع لأهداف سياسة الإدماج الاجتماعي كما وكيفا كذلك.

ومن ثمة، فإن التعريف الإجرائي لمفهوم الواقع، والذي سيعتمد في هذه الدراسة هو كما يلي:

(1) المرجع نفسه، ص. 347.

(2) ر. بودون، ف. بوريكو: المعجم النقدي لعلم الاجتماع، (ترجمة سليم حداد)، ط1، ديوان المطبوعات الجامعية، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الجزائر، 1986، ص. 594.

(3) المرجع نفسه، ص. 594.

الواقع هو الحقيقة الموجودة بالفعل حالياً، والخاصة برعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالمركز ميدان الدراسة.

5- فرضيات الدراسة:

ينطلق الباحث في دراسة هذا الموضوع من الفرضيات التالية:
الفرضية العامة:

إن توفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، يساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

وسيتم اختبار هذه الفرضية العامة من خلال اختبار الفرضيات الفرعية الآتية:
الفرضية الفرعية الأولى:

تتوفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة .

وسيتم اختبار هذه الفرضية من خلال اختبار المؤشرات التالية:

أ- خدمات الرعاية الصحية والطبية

ب- خدمات الرعاية النفسية

ج- خدمات الرعاية الاجتماعية

د- خدمات الرعاية التكوينية والمهنية.

الفرضية الفرعية الثانية:

خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة تؤدي إلى

إشباع حاجاتهم.

وسيتم اختبار هذه الفرضية من خلال اختبار المؤشرات التالية:

أ- إشباع الحاجات الصحية

ب- إشباع الحاجات النفسية.

ج- إشباع الحاجات الاجتماعية.

د- إشباع الحاجات التكوينية والمهنية.

الفرضية الفرعية الثالثة:

خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة تساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

وسيتم اختبار هذه الفرضية من خلال اختبار المؤشرات التالية:

أ- تحقيق الاستقلالية الذاتية للمعوق.

ب- تحقيق التكيف الذاتي للمعوق.

ج- تحقيق التكيف النفسي للمعوق.

د- تحقيق التكيف الاجتماعي للمعوق.

وبما أن الفرضية تمثل في ذهن الباحث أو مجموعة من الباحثين احتمالا وإمكانية لحل المشكلة التي هي موضوع البحث.⁽¹⁾ فلقد تم وضع احتمالات يمكن أن تؤكد أو تنفي، من خلال اختبارها في الواقع الاجتماعي الميداني، والذي يعتبره المفكرون مخبر علم الاجتماع، وطبعاً فذلك يكون باستخدام منهج علمي، وبالاستعانة بأدوات ووسائل لجمع البيانات، ثم تفريغها، تحليلها وتفسيرها.

كما أن هذه الفرضيات تمت صياغتها كنتيجة للتفاعل الحاصل بين التصور النظري، الذي تم بناؤه من خلال الاطلاعات النظرية المعمقة على مختلف المراجع المتخصصة، وعلى نتائج الدراسات المشابهة، التي مست كل واحدة منها جانباً من جوانب هذا الموضوع، وعلى مختلف التشريعات والقوانين والبرامج التي تنظم سياسة الرعاية والإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر، وبين التصور الميداني والذي تم بناؤه هو بدوره من خلال معايشة الباحث للقطاع - كما سبق وأن ذكرنا - ومن خلال الزيارات الاستطلاعية للميدان، والمقابلات غير المقننة، التي تمت مع بعض الفاعلين في القطاع، ومع بعض الأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

كما أن الباحث يسعى إلى اختبار هذه الفرضيات، والتحقق من صحتها أو خطئها ميدانياً، من خلال اعتماده بالدرجة الأولى على ردود أفعال (إجابات)، المبحوثين على أسئلة

(1) عمار بوحوش، محمد الذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر،

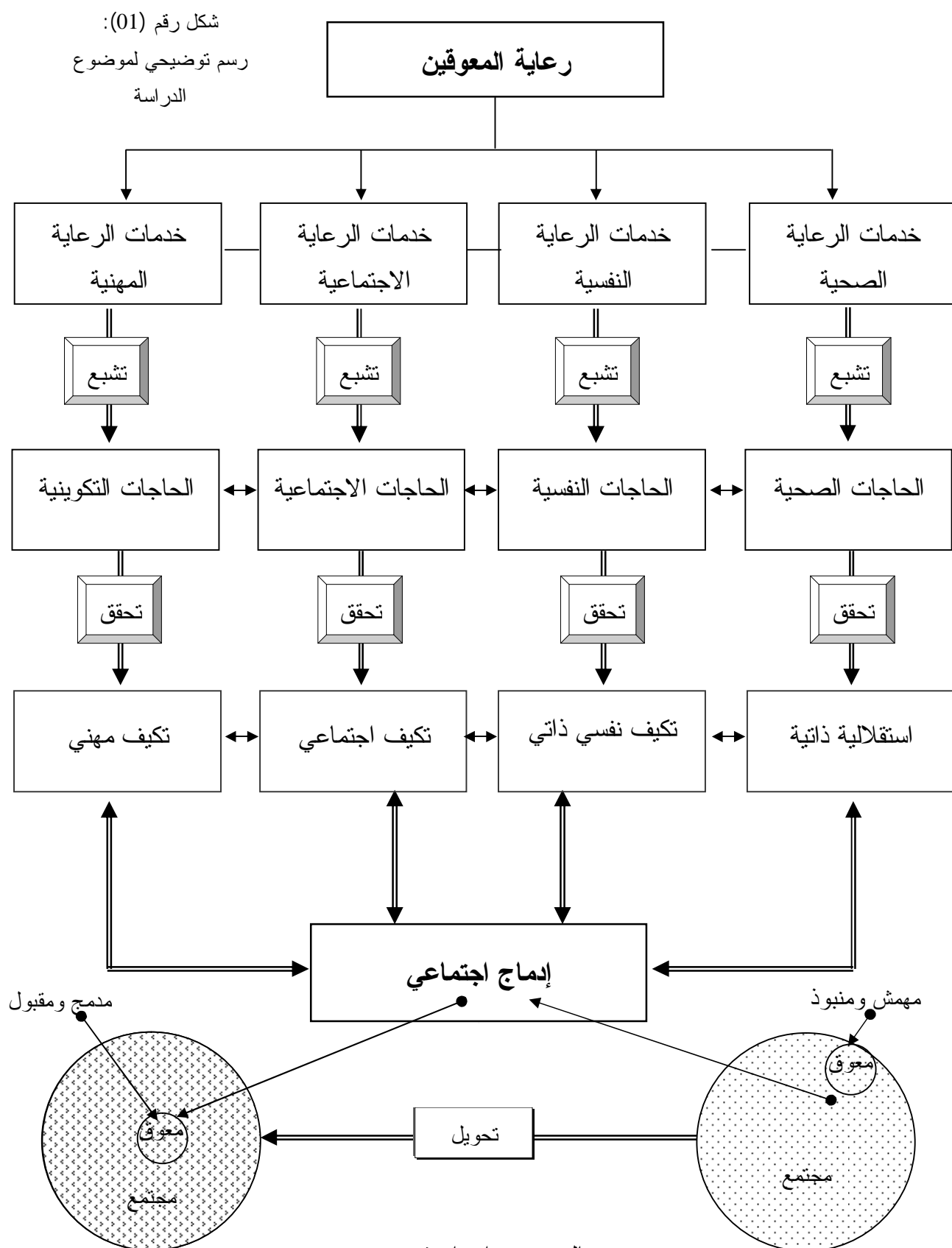
محددة في استمارتي استبيانين، ثم حساب النتائج والنسب وبعض المعاملات الإحصائية، من خلال التحليل الإحصائي للبيانات، وتحليلها كيفيا كذلك وتفسيرها للتوصل إلى معرفة إن كانت الإجابات تؤكد أو تنفي صحة المؤشرات، وبالتالي الفرضيات الفرعية ومنه الفرضية العامة.

هذا يعني أن الباحث يقبل مبدئياً، أن ما يقوله المبحوثون عن أنفسهم، أو عن غيرهم، كإجابات عن الأسئلة المطروحة عليهم، يعتبر كمعبر إلى درجة كبيرة عما يدور في أنفسهم، وعن السلوك الذي يمكن أن يقومون به، إذا طلب منهم ذلك.

إلى جانب ذلك، فإنه يقبل مبدئياً، أنه لا توجد أية أسباب أو عوامل تؤدي إلى الشك في صدق ما يقوله المبحوثون، إجابة عن الأسئلة المطروحة عليهم.

كما أنه خلال الدراسة الميدانية، وذلك بتطبيق استمارتي الاستبيانين مع المؤطرين بالمركز ميدان الدراسة، ومع الأشخاص المعوقين، فإن الباحث قد وفرّ جواً تسوده الثقة المتبادلة والاطمئنان، حيث اقنع المبحوثين بأن كل المعلومات التي يدلون بها هي سرية للغاية، ولا تستخدم إلا لأغراض علمية، كما أكد لهم بأنهم غير مطالبين بذكر أسمائهم، وأنهم يساهمون في كشف الحقيقة العلمية حول ظروف رعايتهم وعملهم وتكوينهم عموماً، وكل هذا يمكن أن يؤدي إلى الوقوف على سلبيات وإيجابيات الرعاية والإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر، من أجل التمكن من تخطيط البرامج الكفيلة بتحسينه، ومن ثمة تحسين مستوى وظروف حياة المعوقين بصفة عامة بالجزائر، حيث وضحت لهم أهمية الدراسة والأهداف المتوخاة منها.

وفيما يأتي شكل توضيحي لموضوع الدراسة:



6- ميدان الدراسة والمجتمع الأصلي:

أ- ميدان الدراسة ومدى ملاعته:

إن موضوع رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، موضوعا هاما جدا، والوقوف على الواقع ميدانيا في غاية الأهمية كذلك، خاصة وأنه يُمكنُ من معرفة ورصد الجوانب الايجابية والجوانب السلبية فيه، وبالتالي التمكن من وضع الخطط والاستراتيجيات الكفيلة بتدعيم الجوانب الايجابية، وتجاوز الجوانب السلبية من طرف السلطات المعنية التي تتوي خلق نظام جديد لرعاية المعوقين بالجزائر.

لكن يتعذر إجراء الدراسة الميدانية على كامل المؤسسات الخاصة برعاية المعوقين في الجزائر، وذلك راجع إلى محدودية الإمكانيات.

لذلك فقد قرر الباحث اخذ احد المراكز المختصة، وهو مركز وطني وحيد خاص بتكوين المعوقين، اختياره لم يكن عشوائيا، وإنما جاء استجابة لعدة اعتبارات علمية ومنهجية وموضوعية، وخدمة لأهداف الدراسة، وكل ذلك سيوضح أكثر بعد التعريف بالمركز حقل الدراسة (انظر ص 79 من هذا الفصل).

لقد أجريت الدراسة الميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا (C.N.F.P.H.P) بمدينة خميستي بولاية تيبازة. ويرجع تاريخ إنشاء هذا المركز إلى عهد الاستعمار الفرنسي، حيث كان معتقل لتعذيب المجاهدين والمشبوهين من الشعب الجزائري، وبعد الاستقلال حوّل المركز لرعاية وتعليم أبناء الشهداء، وعند انتهائه من هذه المهمة، تم غلقه.

وفي سنة 1981م والتي تُعدّ سنة عالمية للأشخاص المعاقين، نُظِمَّ بالجزائر ملتقى وطني أيام 14، 15، 16 مارس من نفس السنة، اهتم بدراسة إدماج المعاقين، وقد دارت أشغال الملتقى حول دراسة برنامج خاص بالمجالات التالية: العلاج، التربية، التكوين، الإدماج الاجتماعي والمهني للمعوقين، وفي هذا الإطار تقرر تأسيس المركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا، وذلك بإصدار المرسوم رقم 397/81 المؤرخ في 26 ديسمبر 1981، حيث تم اختيار هذا المركز كمكان للتكوين. وفتحت إدارة المركز سنة 1983، وشرعت في العمل على هيكلته إلى غاية سنة 1989، أين فتح أبوابه لاستقبال الأشخاص المعاقين لتكوينهم مهنيا، وقد تخرجت أول دفعة سنة 1991/1992.

يقع المركز بالجهة الغربية لبلدية خميستي التابعة لدائرة بوسماعيل بولاية تيبازة، وهو يتربع على مساحة تقدر بأربع هكتارات (4 هكتار)، يحده من الجهة الغربية والجنوبية الشرقية حقولا ومزارعا، أما من الجهة الشمالية فيحده طريق رابط بين مدينة خميستي ومدينة الحجوط.

أما فيما يخص التصميم الهندسي وهياكل المركز، فهو يحتوي على ستة عشر (16) مبنى كلها ذات طوابق أرضية، ما عدى المبنى الجديد الذي يتكون من طابقين، حيث تتوزع هذه المباني كالآتي:

المبنى رقم (01): خاص بالإدارة، حيث يتكون من مكتب مدير المركز وأمانته، ومكتب رئيس مصلحة الموظفين، ومكتب للمحاسبة المالية، ومكتب مدير الدراسات وتكوين المكونين وأمانتها، ومكتب مدير الإدارة المالية، وأخيرا مكتب مدير التكوين المطبق وإعادة الانضباط المهني.

المبنى رقم (02): يتضمن قاعة الإعلام الآلي بالبرائل، ومصلحة الدراسات وقسم التدريس في الإعلام الآلي، ومصلحة التكوين، ومكتب رئيس المصلحة، ومراقبة عامة، ومكتب رئيس فروع الكفاءة المهنية، ومكتب رئيس فروع التقني سامي، إضافة إلى قاعة البحث بالانترنت.

المبنى رقم (03): يحتوي على قاعات للتكوين، الأولى للتكوين في الحلاقة، أما الثانية والثالثة للتكوين في التصوير الفوتوغرافي المهني (قاعة نظري - قاعة تطبيقي)، وقاعة للتكوين في الإعلام الآلي (نظري).

المبنى رقم (04): يتضمن قاعة للتكوين في الخياطة (نظري - تطبيقي)، وقاعة التكوين في الطرز، وقاعة التكوين في الحبك (النسيج)، وقاعة خاصة بالتكوين في تسيير الموارد البشرية.

المبنى رقم (05): قاعة للتكوين النظري، وأخرى للتكوين التطبيقي في تخصص تصليح وتركيب الراديو والتلفاز.

المبنى رقم (06): قاعة للتكوين.

المبنى رقم (07): يتضمن مكتبة المركز.

المبنى رقم (08): قاعة الاجتماعات الكبيرة، تنظم فيها المحاضرات والندوات والملتقيات.

المبنى رقم (09): يتضمن موقفا للسيارات.

المبنى رقم (10): يتضمن قسما للصيانة الخاصة بالمركز.

المبنى رقم (11) والمبنى رقم (12): فهما يتضمنان المرقد رقم 01 والمرقد رقم 02 للذكور من المتربصين.

المبنى رقم (13): يتضمن مطعم المركز.

المبنى رقم (14): يتمثل في قاعة الحفلات.

المبنى رقم (15): مقسم إلى قسمين، الأول يتمثل في نادي المركز، والثاني يتمثل في البياضة.

المبنى رقم (16): فهو المبنى الجديد، الذي يحتوي على قسم للتوجيه، يوجد فيه رئيس التوجيه، وأخصائيين نفسانيين للتوجيه، وأخصائي تربوي وطبيب وممرض، أما القسم الثاني فهو عبارة عن مرقد رقم 03 ومرقد رقم 04 للذكور من المتربصين، والمرقد رقم 05 للإناث من المتربصات.

بالإضافة إلى هذه المباني، يوجد سكنيين، الأول للمدير الليلي للمركز، والثاني لأستاذ بالمركز، كما يوجد بالمركز ملعب صغير لكرة القدم وأنواع أخرى من الرياضات.

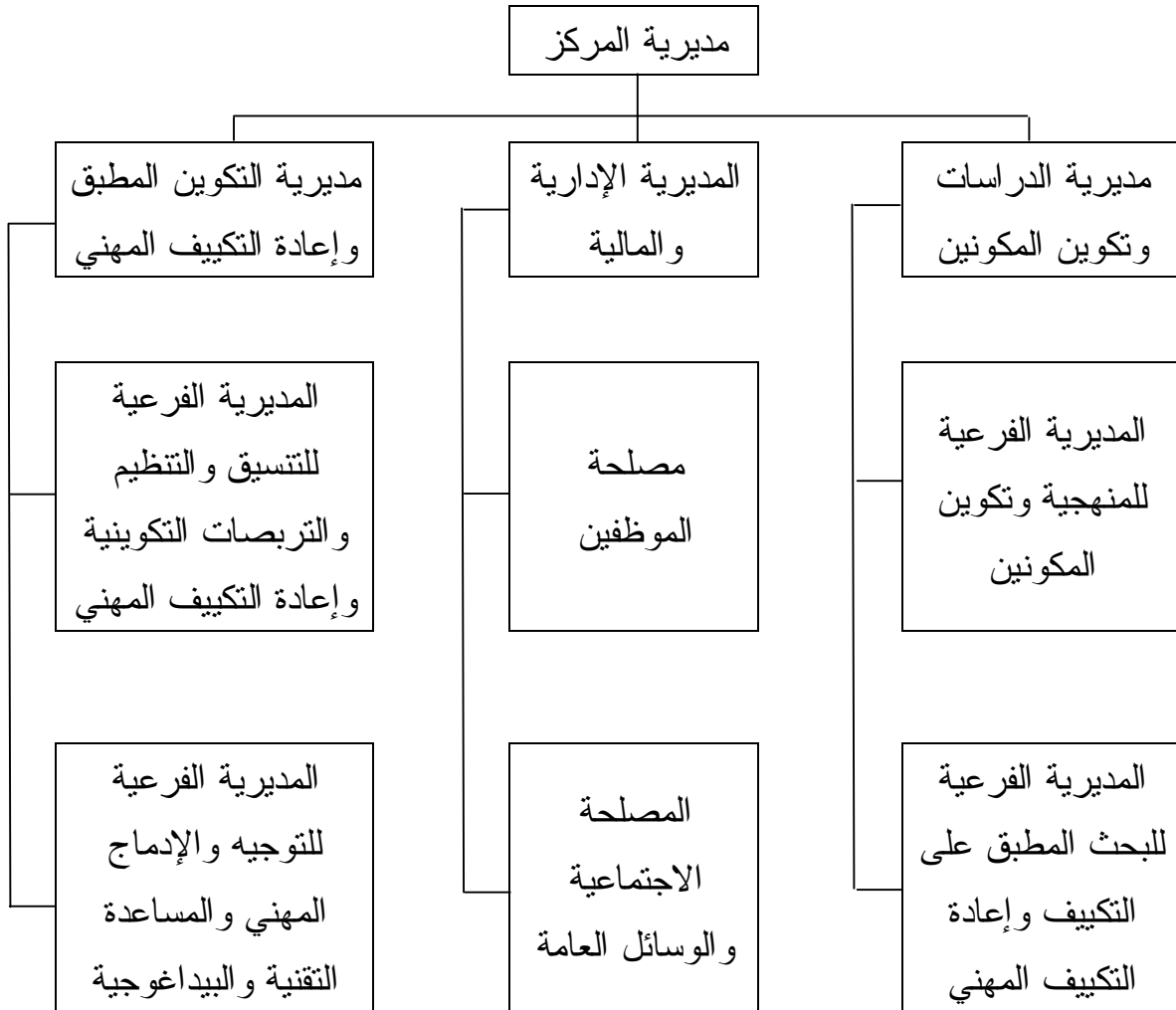
أما فيما يخص الخصائص الديموغرافية للمركز، فإن قدرة استيعابه الرسمية هي حوالي 350 متربصا معوقا بدنيا، أما في الواقع فيوجد حوالي 109 متربصا، وهم أشخاص معوقين، ليس فقط بإعاقة بدنية، وإنما يوجد أصناف أخرى من أنواع الإعاقات والمرضى بأمراض مزمنة، إضافة إلى متربصين غير معوقين (عاديين) من أهل البلدية.

وقد عمد المركز تحت إشراف الوزارة الوصية (وزارة التشغيل والتضامن الوطني) ووزارة التكوين والتعليم المهنيين، على دمج (قبول) هذه الأصناف من المعوقين كتجربة، في سبيل توسيع مجال الخدمات التكوينية لمختلف فئات المعوقين، ومن أجل خلق بيئة اجتماعية، سيكولوجية ايجابية مشجعة ومدعمة للإدماج الاجتماعي للمعوقين مع الأفراد العاديين المتربصين في مركز واحد، وهذا ما يدعم هؤلاء نفسيا وذاتيا واجتماعيا.

أما فيما يخص المختصين الموجودين بالمركز، فيبلغ عددهم 24 مختصاً، وهم كما يلي:

- أساتذة التكوين المهني من الدرجة الأولى ومن الدرجة الثانية (مهندسون، أخصائيون، نفسانيون وإداريون).
- أساتذة تكوين مهني.
- أساتذة تكوين مهني وإعادة التكييف في اختصاص فئات المعوقين.
- ويقدر عدد الموظفين والعمال بالمركز حوالي (110) موظفا عاملاً، من إداريين ومؤطرين ومختصين، حراس، طبّاحين، بستانيون وعاملات تنظيف.
- والمخطط الآتي، يوضح البناء الهيكلي والإداري للمركز حقل الدراسة:

شكل رقم (02): الهيكل التنظيمي لإدارة المركز



المصدر: وثيقة إعلامية من إصدار مديرية المركز (انظر الملاحق).

مهام المركز:

- 1- البحوث والدراسات.
 - 2- تكوين المكونين.
 - 3- التكوين المهني للمعوقين بدنيا وحوادث العمل.
- (1) البحوث والدراسات، وذلك من خلال:
- بحث ودراسة طرق تحسين وتكييف البرامج ووسائل التدريس المناسبة للتكوين المهني للمعاقين.
 - الإشراف على الدراسات التي تستهدف تكييف وإعادة النظر في مناصب التكوين.
 - دراسة بطارية الاختبارات النفسية خاصة منها تلك المعدة لتقييم قدرات المعوقين قصد تكييفها وجعلها تتلاءم ومتطلبات المجتمع.
 - تحضير وإعداد تقنيات بسلوكية تسمح بتنقية المترشحين للتدريس بهذا المركز، أساتذة التأهيل وإعادة التأهيل المهني.
 - الاهتمام بإعداد وإنتاج مقالات ومجلات وغيرها من الوسائل السمعية البصرية الخاصة بالتكيف وإعادة التكييف المهني.
- (2) تكوين المكونين، وذلك من خلال:
- الاهتمام بالتكوين الطويل والقصير المدى للمكونين المختصين في تكوين المعاقين، وذلك على المستوى التقني والبيداغوجي.
 - تكوين متواصل للمختصين العاملين في مجال التكفل النفسي البيداغوجي للمعاق والتابعين للقطاع.
 - دراسة وإعداد البرامج والمحتويات والوسائل الضرورية للتكوين وتحسين المستوى للأساتذة المختصين في التكييف المهني.
- (3) التكوين المهني للمعاقين بدنيا وحوادث العمل، وذلك من خلال:
- تنظيم تكوين مهني على مستوى المركز أو ملحقاته أو على مستوى مراكز التكوين المهني العادية.
 - فتح ورشات تجريبية في مجال التكوين المهني.
 - يسمح هذا التكوين للمعاقين بدنيا بإعادة إدماجه وتكييفه لمحيطه.

- تقديم المساعدات التقنية والتربوية للمؤسسات التي تتكفل بالتكوين المهني للمعاقين بدنيا والمصابين بحوادث العمل.
 - المشاركة والمساهمة مع الهيئات المهنية بتوظيف المعاقين أثناء فترة تكوينهم، ومتابعتهم خطوة بخطوة إلى أن يتم إدماجهم الكامل في محيط العمل.
 - الاتصال الدائم والمستمر قصد التعاون المتبادل مع الأقسام الطبية والشبه طبية والمراكز المختصة والجمعيات الخاصة بالمعاقين.
 - تقييم سوق العمل وإعداد جدول خاص بالاحتياجات حسب الوظيفة ومنصب العمل.
- عملية التوجيه للمعاقين:**

التوجيه المهني للمعوقين المترشحين للتكوين: من خلال:

- 1- دراسة وتحليل الملفات الطبية والإدارية.
- 2- مقابلة بسلقوتقنية، موجهة وغير موجهة.
- 3- اختبارات بسلقوتقنية.
- 4- مقارنة المعطيات والمعلومات الملمعة حول المعاق وتلك المطلوبة في أي تخصص مهني.

5- العمل على توجيه المعاقين حسب المعايير التالية:

- القدرات الفيزيائية البدنية والعقلية.
- المستوى الدراسي.
- الميولات والاهتمامات.
- المتطلبات الصحية للتخصص.

التكوين: بعد توجيه المعاق لأي تخصص مهني، يشرع في التكوين، ويبقى تحت الملاحظة لمدة لا تقل عن شهرين، حيث أنه إذا كانت النتائج مرضية، يبقى المترشح في نفس التخصص، وفي الحالة المغايرة، يوجه نحو تخصص آخر.

الوسائل البشرية: يضمن التكوين للمعاقين، مجموعة من الأساتذة الدائمين المختصين في التكوين المهني، ومن الأساتذة المختصين في التعليم المهني، وفي إعادة التكييف المهني، وكذلك بعض المتدخلين الخارجيين.

الوسائل البيداغوجية:

- البرامج: وهي مقررة من طرف الهيئات المختصة والوصية على التكوين المهني.
- التجهيزات والمعدات: وهي متوفرة لكل أنواع الفروع والتخصصات.
- طرق التكوين: تتمثل أساسا في الطرق النشطة، والتي تجعل المتربص يشارك أكثر في تكوينه من خلال التفكير والاكتشاف، وهذا لا يمنع من تطبيق طرق أخرى عند الحاجة.
- تقنيات التقييم: إن تقييم المعارف يتم على أساس الاختبارات (المراقبات) الدورية المستمرة المبرمجة والمفاجئة، من أجل السماح للمتربص وللمكون من التمتع وسط عمليتي التعليم والتعلم، ولذلك فإن عملية التقييم تتركز على نوعين من التقييم: التقييم التكويني، والتقييم المعرفي.
- أنماط التكوين: إن التكوين المهني للمعاقين بدنيا، هو منظم من خلال ثلاثة أنواع من التكوين:

- التكوين الأولي.
- التكوين المستمر.
- التكوين عن طريق التدريب.
- نهاية ونتائج التكوين: (التخرج): يتخرج المتكونون بإحدى الشهادات التالية:
- شهادة التكوين المهني لمختص (C.F.P.S).
- شهادة الكفاءة المهنية (C.A.P).
- شهادة التحكم المهني (C.M.P).
- تقني.
- شهادة تقني سامي.
- نظام التكوين: داخلي، نصف داخلي، خارجي.
- المتابعة البسيكو-بيداغوجية: تتضمن المتابعة البسيكو بيداغوجية، فريق مكون من: المختص النفسي، المختص البيداغوجي - ارطوفوني.
- النشاطات الثقافية والرياضية: يتضمن المركز:
- ملعب متعدد النشاطات، وخاصة للرياضات الجماعية.
- قاعة ألعاب: تنس، شطرنج.

- نادي.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن الدراسة الميدانية تدور بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي بولاية تيبازة، وهذا الاختيار لم يكن ارتجاليا، ولم يأتي بالصدفة، وإنما جاء للقناعات العلمية التالية:

- أنه المركز الوحيد على مستوى الوطن الذي يقدم خدمة الرعاية المهنية التكوينية لفئة الشباب من المعوقين، بمستوى المعاهد الوطنية المتخصصة في التكوين المهني للأشخاص العاديين.

- يتواجد بالمركز أصناف أخرى من الأشخاص المعوقين، فلا يستقبل فقط المعوقين حركيا، وإنما كتجربة أولى من نوعها في الجزائر، يستقبل الأشخاص المعوقين بصريا، والأشخاص المعوقين سمعيا. وهذا ما يمنح الباحث فرصة جمع أصناف عديدة من الإعاقات في ميدان واحد.

- وبما أن الدراسة تجري بمركز وطني للتكوين المهني للمعاقين، فهذا يعني بأن الباحث أمام مجتمع دراسة متميز، ذلك أن المتربصين المتواجدين بالمركز قد مروا على المراحل السابقة لمرحلة التكوين المهني، وهي مراحل الدراسة، سواء أكانت في المدارس العادية أم في المؤسسات المتخصصة، وهذا ما يمكن الباحث من رصد معطيات ومعلومات عن ظروف رعايتهم والتكفل بهم وتمدرسهم سابقا قبل التحاقهم بمركز التكوين المهني، لأنه دائما يتبادر إلى الذهن التساؤل: لماذا لم يوفق المتربصون المتواجدون بالمركز في إتمام دراستهم المتوسطة أم الثانوية أم الجامعية؟ هل المشكلة تقف وراءها عوامل خاصة بسياسة التكفل؟ أم عوامل ذاتية خاصة بشخصية المعوق؟ أم عوامل بيئية خاصة بأسرته وبمحيطة؟ كذلك فإن الباحث يجد نفسه خلال تطبيقه لوسائل جمع البيانات الميدانية، من مقابلة واستمارة استبيان، أمام مجتمع بحث شاب، تجاوز مرحلة الطفولة، يفترض أن يكون ناضجا وواعيا بما سيدلي به من معطيات وبيانات.

ب - المجتمع الأصلي للدراسة:

يعتبر مجتمع الدراسة، المجال البشري الذي تُجرى على بعض (جزء من) أفراده الدراسة أو تطبق عليهم مختلف الوسائل لجمع البيانات الموضوعية والواقعية منهم.

حيث أن مجتمع الدراسة هو "مجموعة منتهية أو لا منتهية من العناصر المحددة من قبل، والتي تكون مجالا للملاحظة"⁽¹⁾.

ولكي تكون الدراسة علمية وعملية، ولكي يصل الباحث إلى نتائج واقعية وموضوعية عن موضوع رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، لا بد له من تحديد المجتمع الأصلي للدراسة، تحديدا دقيقا وواضحا، حيث أنه يسمح بتحديد نوع العينة المطلوبة للاختبار، ولجمع المعطيات المطلوبة من أفرادها عن طريق استخدام الوسائل والأدوات المناسبة، حيث تمثل مجتمع الدراسة في: مجتمع الأشخاص المعوقين، أو مجتمع المكوّنين والمؤطرين والمختصين.

أولا: مجتمع الأشخاص المعوقين المتربصين بالمركز:

بلغ عدد الأشخاص المعوقين المتربصين بالمركز 101 معوقا، فمنهم المعوقين حركيا، ومنهم المعوقين سمعيا، ومنهم المعوقين بصريا. وكما سبق وأن ذكرنا، فرغم أن المركز قد أنشئ بهدف رعاية وتكوين الأشخاص المعوقين حركيا فقط، إلا أن إدارة المركز والوزارة الوصية، كتجربة أولى من نوعها، قد أدمجت أصنافا أخرى من المعوقين، للتكوين بالمركز، ومن أجل توسيع مجال الخدمات لهذه الفئات، مع مرافقة ذلك بتوفير مختلف التجهيزات والوسائل والبرامج التي تتوافق مع خصوصياتها العقلية والجسمية والحسية.

والجدول الآتي يوضح توزيع مفردات المجتمع الخاص بالمعوقين المتربصين بالمركز حسب أصناف الإعاقات.

(1) GRAWITZ Madeleine : **lexique des sciences sociales**, 4eme ed, Paris, Dalloz, 1998, p. 293.

**جدول رقم (01)، يوضح توزيع أفراد مجتمع المعوقين المتربصين
بالمركز ميدان الدراسة حسب نوع الإعاقة**

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
إعاقة بصرية	01	0.99 %
إعاقة سمعية	32	31.68 %
إعاقة حركية	23	22.77 %
	06	05.94 %
	04	03.96 %
	35	34.65 %
المجموع	101	100 %

يتضح من الجدول، بأن النسبة الكبيرة من المتربصين المعوقين، هم من المصابين بإعاقة حركية، حيث قدرت ب 67.32 %، وهذا لم يكن بالصدفة، وإنما يعود إلى أن المركز ميدان الدراسة كان في السابق مركزاً متخصصاً في التكوين المهني للمعاقين حركياً، لكن منذ سنوات قليلة، بدأ في إدماج مختلف أنواع المعوقين، من أجل تكوينهم إلى جانب المعوقين حركياً، لكن في تخصصات تلائم كل نوع منهم، وما زالت التجربة في بدايتها.

وتتوزع نسبة المعوقين حركياً كما يلي:

22.77 % هم من المصابين بضمور عضلي.

05.94 % مصابين ببتز احد الأطراف العليا.

03.96 % مصابين ببتز احد الأطراف السفلى.

34.65 % هم مصابين بشلل.

وترجع أسباب إصابتهم بذلك إلى عدة عوامل، سوف نتضح لنا في الجداول اللاحقة.

أما المصابين بإعاقة سمعية، فنسبتهم 31.68 %، من مجموع المعوقين المبحوثين.

في حين نجد بأن 0.99 % من المعوقين المبحوثين هم من فئة المعوقين بصرياً (متربصاً واحداً).

حيث أن كل صنف من أصناف المعوقين المتواجدين بالمركز، يزاول تكويناً في تخصصات مهنية توافق نوع ودرجة الإعاقة (انظر الجدول رقم 38).

ثانياً: مجتمع المكونين والمؤطرين والمختصين:

حيث بلغ عدد مفردات مجتمع المكونين والمؤطرين والمختصين العاملين بالمركز حقل الدراسة 24 مفردة. والجدول التالي يوضح توزيع هؤلاء حسب التخصص.

جدول رقم (02)، يوضح توزيع أفراد مجتمع المؤطرين

بالمركز ميدان الدراسة حسب الشهادة والمستوى الدراسي.

المجموع		جامعي		ثانوي		المستوى الدراسي
%	ت	%	ت	%	ت	الشهادة
29.17	07	29.17	07	-	-	أستاذ تكوين مهني (مهندس دولة أو ليسانس)
54.17	13	-	-	54.17	13	أستاذ تكوين مهني وإعادة التكييف في اختصاص فئات المعوقين
4.17	01	4.17	01	-	-	ليسانس علم النفس التربوي
4.17	01	4.17	01	-	-	لسانس أرطوفونيا
4.17	01	4.17	01	-	-	ليسانس علم الاجتماع
4.17	01	4.17	01	-	-	مربي رياضي
100	24	45.83	11	54.17	13	المجموع

يتضح من خلال النتائج المتضمنة في الجدول بأن أفراد مجتمع المؤطرين بالمركز ميدان الدراسة، أغلبهم ذوي مستوى ثانوي، حيث نجد أن من لهم مستوى جامعي، تقدر نسبتهم ب 45.83 %. وتفسير ذلك أن 54.17 % من المؤطرين المبحوثين لهم شهادة أستاذ تكوين مهني وإعادة التكييف في اختصاص فئة المعوقين، مع العلم بأنه لم يكن يشترط في من يرغب الالتحاق بهذا النوع من التكوين بالمركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين في الإعاقة بقسنطينة، مستوى أعلى من الثانوي.

أما 45.83 % من المؤطرين المبحوثين الذين لهم مستوى جامعي، فهم يتوزعون حسب الشهادة التي يحملونها كما يلي:

29.17 % منهم يحملون شهادة مهندس دولة أو ليسانس، وهم يمارسون وظيفة أستاذ تكوين مهني.

أما مؤطرا واحدا بنسبة 04.17 % يحمل شهادة ليسانس في علم النفس التربوي، وكذلك نجد مؤطرا واحدا بنفس النسبة يحمل شهادة ليسانس في الارطوفونيا، وكذا بالنسبة لمن يحملون شهادة ليسانس في علم الاجتماع، فيوجد مؤطرا واحدا فقط. كما يتواجد مربّي رياضي واحدا بالمركز وهو يتكفل بتدريب المعوقين رياضيا.

ونستنتج من خلال قراءتنا لهذه النتائج، بأن التأطير ناقص بالمركز، كما وكيفا، حيث أن عشرين (20) مكونا، بنسبة مكوّن واحد لكل خمسة متربصين معوقين، هي غير كافية لتأطير هذه الفئة الخاصة بحاجاتها ومشكلاتها الخاصة، وفي مختلف التخصصات المهنية.

كما أن التأطير البيداغوجي والنفسي والاجتماعي والصحي هو ناقص كذلك، حيث نجد مختصا واحدا فقط في كل من علم النفس التربوي وعلم الاجتماع والارطوفونيا وطبيب واحد، وهو طبيب عام.

ولا نجد مختصين آخرين، من أخصائي اجتماعي، ومساعد اجتماعيين، ولا مختصين إكلينكيين، ولا أطباء مختصين، حيث أن كل واحد من هؤلاء يجب أن يتوفر منصبه في المركز، لكي يكونوا جميعا فرقة متعددة التخصصات، تتمكن من تقييم قدرات وحالات المعوقين الشخصية بصفة عامة، من أجل تخطيط المشاريع التدخلية الفردية حسب كل حالة، لأن كل معوق يعتبر حالة خاصة، ولا يمكن اخذ الجميع كحالة واحدة.

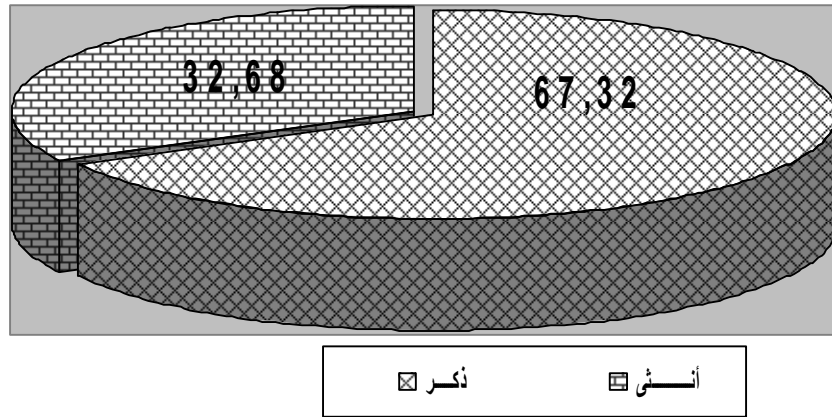
7- مواصفات مجتمع الدراسة:

سيتم فيما يلي توضيح أهم مواصفات مجتمعي الدراسة، من حيث الجنس، السن والحالة المدنية من خلال الجداول (03، 04 و 05).

**جدول رقم (03)، يوضح توزيع المعوقين المتربصين
بالمركز ميدان الدراسة حسب الجنس**

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	68	% 67.32
أنثى	33	% 32.68
المجموع	101	% 100

شكل رقم (03): جنس المعوقين



يتضح من النتائج المتضمنة في الجدول، بأن نسبة جد عالية تقدر ب 67.32 % من المعوقين المبحوثين، هم ذكورا، أما نسبة ضعيفة تقدر ب 32.68 % من المعوقين أفراد مجتمع الدراسة هم إناثا.

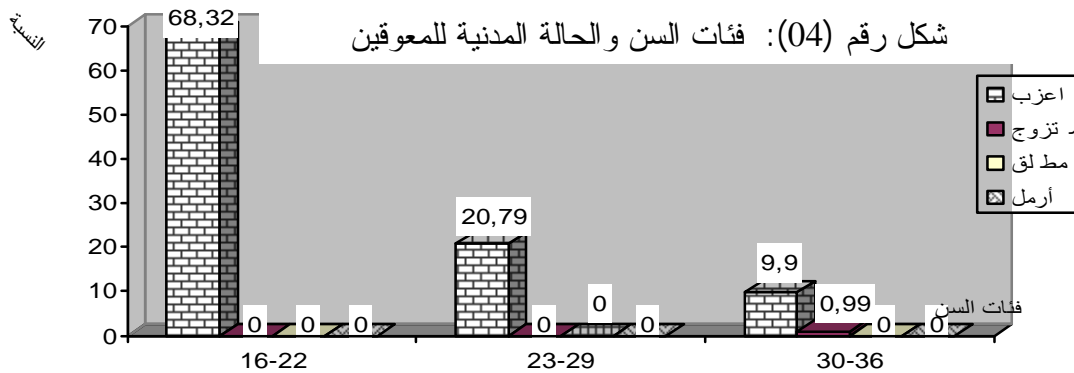
ويمكن أن نفسر ذلك بتعرض الذكور في مجتمعنا إلى مسببات الإعاقة أكثر من الإناث، وخاصة فيما يتعلق بالإعاقة الحركية، التي تتسبب فيها الحوادث باختلافها (منزلية، مدرسية، حوادث المرور، حوادث العمل)، حيث أننا نعلم بأن الإناث في مجتمعنا هن أكثر حماية من الذكور، نظرا لثقافتنا التي لا تسمح للإناث بالخروج من المنزل إلا لسبب الدراسة أو العمل (رغم أن ذلك تغير حاليا، بالتغير الثقافي الذي يمس المجتمع الجزائري مؤخرا).

كما يمكن أن يرجع ذلك إلى عدم التحاق الإناث بالمركز ميدان الدراسة، بغرض التكوين المهني، والذي يمكن أن يرجع بدوره إلى عدم اهتمامهن به، وبمستقبلهن المهني، أو إلى حالتهم النفسية السلبية، والتي يمكن أن تكون تحمل مشاعر اليأس وعدم الثقة في النفس، وفقدان الأمل، حيث أثبتت عدة دراسات بأن الإناث أكثر تأثرا بالإعاقة عن الذكور (انظر دراسة: دافية زيتوني، حول التكيف النفسي الاجتماعي للفتاة المعوقة حركيا).

وكما يمكن أن يعود ذلك إلى عدم وعي الأسرة بأهمية التكوين المهني للإناث في إدماجهم اجتماعيا، وفي تكيفهم النفسي والذاتي والاجتماعي، حيث يظن الكثير بأن التكوين المهني يليق فقط بالذكور، كما يمكن أن يرجع ذلك إلى يأس الأسرة من حالة بنتها المعوقة. كما أن الكثير من الآباء في المجتمع الجزائري يحملون اتجاهات سلبية نحو تكوين وعمل المرأة.

جدول رقم (04)، يوضح توزيع المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة حسب فئات السن والحالة المدنية.

المجموع		36 - 30		29 - 23		22 - 16		فئات السن
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	حالة المدنية
99.01	100	9.90	10	20.79	21	68.32	69	أعزب
0.99	01	0.99	01	-	-	-	-	متزوج
-	-	-	-	-	-	-	-	مطلق
-	-	-	-	-	-	-	-	أرمل
100	101	10.89	11	20.79	21	68.32	69	المجموع



ترتبط الحالة المدنية للفرد -مهما كان معوقا أو غير معوق- بسنه وخاصة في المجتمع الجزائري، الذي تسود فيه تقاليد معينة في الزواج، تحدد فترة الزواج وخاصة في الوقت الحاضر، في السن ابتداء من 28 سنة.

رغم أن ذلك هو نسبي ويرتبط بالظروف العامة لكل شخص البيولوجية والنفسية والاجتماعية (العمل والسكن).

ويتضح من الجدول بأن فئات السن لدى المعوقين المبحوثين هي تتراوح بين 16 سنة و36 سنة، كما يتضح بأن أغلب (إن لم نقل كل أفراد المجتمع المدروس) هم عازبين. ويتوزع هؤلاء كما يلي:

نسبة عالية تقدر 68.32 % من المعوقين المبحوثين تتراوح أعمارهم ما بين 16 و22 سنة، وهؤلاء كلهم من فئة العازبين، وهذا أمر عادي في مجتمعنا، حيث أنهم في نظر المجتمع ما زالوا صغارا عن الزواج.

أما نسبة متوسطة تقدر ب 20.79 %، من المعوقين أفراد مجتمع الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 23 و 29 سنة، وهم كذلك من فئة العازبين.

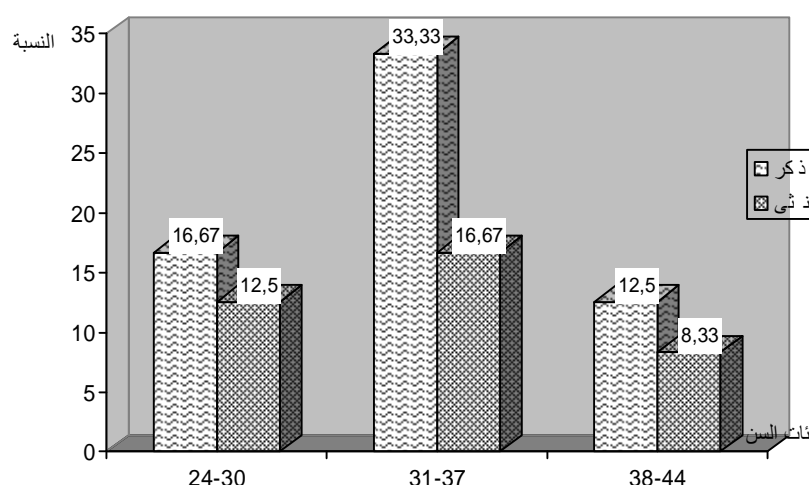
في حين نجد أن من أعمارهم تتراوح ما بين 30 و36 سنة، فنسبتهم ضئيلة وهي تقدر ب 10.89 %، من مجموع المعوقين المبحوثين، وهي تتوزع كما يلي:

09.90 % هم عازبين. أما 0.99 % هم متزوجين (معوقا متربصا واحدا).

جدول رقم (05)، يوضح توزيع المؤطرين بالمركز ميدان الدراسة حسب الجنس وفئات السن

المجموع		44 - 38		37 - 31		30 - 24		فئات السن
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	الجنس
62.5	15	12.5	03	33.33	08	16.67	04	ذكر
37.5	09	8.33	02	16.67	04	12.5	03	أنثى
100	24	20.83	05	50	12	29.17	07	المجموع

شكل رقم (05): جنس وفئات سن المؤطرين



يتضح لنا من خلال هذا الجدول بأن أعمار المؤطرين بالمركز ميدان الدراسة، هي تتراوح ما بين 24 و 44 سنة، كما أن أغلبهم هم ذكورا، وهم يتوزعون كما يلي:

بالنسبة للفئة العمرية 30 - 24 سنة، فإن نسبة متوسطة تقدر ب 27.19 %، من المؤطرين المبحوثين ينتمون إليها، حيث نجد بأن 16.67 % هم ذكورا، في حين نجد بأن نسبة 12.50 % هم إناثا.

أما من يتراوح سنهم ما بين 37-31 سنة، فنسبتهم متوسطة كذلك، وقد بلغت 50 %، من مجموع المؤطرين. وهم يتوزعون حسب الجنس كما يلي: 33.33 % هم ذكورا، أما 16.67 % هم إناثا.

وأخيرا فإن من تتراوح أعمارهم ما بين 38 - 44 سنة، فقد بلغت نسبتهم 20.83 %، من مجموع المؤطرين المبحوثين، وهي نسبة متوسطة كذلك. حيث نجد بأن أغلبهم ذكورا، وقد بلغت نسبتهم 12.50 %، أما الإناث فقد بلغت نسبتهم 08.33 %.

وإذا قرأنا النتائج أفقيا، يتضح لنا بأن نسبة عالية من المؤطرين المبحوثين بالمركز ميدان الدراسة، هم من الذكور، حيث قدرت نسبتهم 62.5 % . أما نسبة صغيرة تقدر بـ 37.5 %، هم إناث.

ويمكن أن يرجع ذلك إلى طبيعة المركز، الذي يختص في التكوين المهني للمعاقين، وإلى طبيعة التخصصات المتوفرة فيه، والتي يقبل عليها الذكور أكثر من الإناث، حيث نجدها تغلب على التخصصات التي يقبل عليها الإناث مثل الطرز والنسيج.

كما أن بعد المركز (نوعا ما) عن وسط المدينة، يمكن أن يكون سببا في عدم الإقبال الكبير للإناث للعمل به.

إن عامل الجنس لدى المؤطرين، لا يؤثر كثيرا ولا يعتبر عاملا أو متغيرا هاما في أبعاد الإشكالية وأهداف الدراسة. وقد تم طرح السؤال حوله، في الاستمارة الموجهة للمؤطرين بالمركز ميدان الدراسة، فقط من أجل استكمال المعلومات الخاصة بهم.

وتجدر الإشارة إلى أن الدراسة الميدانية قد أجريت على المجتمعين الأصليين، وذلك أن مجتمع المعوقين المتربصين هو مجتمع الدراسة الأساسي لها، فهم من يتلقون مختلف أنواع الرعاية، وهم من تستهدفهم عملية سياسة الإدماج الاجتماعي، وبالتالي يمكن لهم أن يدلوا بأرائهم ومواقفهم واتجاهاتهم ونظرتهم وتقييمهم لعمليتي الرعاية والإدماج، بما تتضمنانه من مختلف أنواع الخدمات والبرامج وفي شتى المجالات التي تمس الحياة الشخصية لهم، فهم هدف ونتيجة العملية.

كما أن أفراد المجتمع الثاني للدراسة وهم من المؤطرين والمكونين والمختصين، لا تنقص أهميتهم عن أهمية أفراد المجتمع الأول في الدراسة. ذلك أن هؤلاء هم الفاعلين الأساسيين في العملية الإدماجية للمعوقين، فهم من يتعاملون مباشرة مع المعوقين المتربصين بالمركز، وهم من يطبقون البرامج، ويستغلون الوسائل، ويقدمون الخدمات بفعالية، كل هذه الأخيرة تقف على مدى فعاليتهم هم بذاتهم، ومدى فعالية تكوينهم وبنائهم الشخصي. لأن تأثير سمات شخصياتهم على المعوقين نفسيا واجتماعيا بالغة الأثر، (بالإيجاب والسلب)،

وبالتالي هم كذلك لهم ما يقولون وما يدلون به حول عملية رعاية وإدماج المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

8- منهج الدراسة وأسلوب تحليل البيانات:

إن اختيار الباحث للمنهج المتبع في دراسته لا يكون بالصدفة ولا بالاختيار العشوائي، حيث أن المناهج العلمية تختلف باختلاف المواضيع المدروسة. كما أنه لكل منهج علمي وظيفته وخصائصه التي يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه، وفي الكشف عن الظاهرة محل الدراسة ميدانياً.

وانطلاقاً من محاولة الوقوف على واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، ميدانياً بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنياً بخميسي بولاية تيبازة، فإنه يتعين على الباحث استخدام المنهج الوصفي في الدراسة الميدانية، لأنه يستقصي، يكشف ويصف الظاهرة كما هي عليه في الواقع، كما يحاول تحليل نتائجها وفهمها، تحليلًا وفهماً منطقيًا وموضوعيًا.

والدراسة الوصفية يرى سكينس بأنها: "ما يشمل جميع الدراسات التي تهتم بجمع وتلخيص الحقائق الحاضرة المرتبطة بطبيعة أو بوضع جماعة من الناس أو عدد من الظروف أو فصيلة من الأحداث أو نظام فكري، أو أي نوع آخر من الظواهر التي يرغب الشخص في دراستها".⁽¹⁾

وفي الدراسة الحالية فإن الباحث وحسب هذا التعريف يحاول جمع وتلخيص الحقائق الحاضرة المرتبطة بطبيعة وبوضع جماعة المعوقين المتربصين بالمركز حقل الدراسة، وبظروف رعايتهم وتكوينهم به، وبالأحداث المرتبطة بذلك، وبنظام البرامج والخدمات التي تطبق معهم ويستفيدون منها.

وبالنظر إلى إجراءات المنهج الوصفي، الذي يتضمن الملاحظة، الاستقصاء، التحليل والتفسير، فإن الباحث يجد بأنها تتوافق إلى حد كبير مع الأهداف المحددة لهذه الدراسة، التي تتناول إحدى الظواهر الاجتماعية، والتي تشغل اهتمام الراغبين في الكشف عن حقائق نظام الرعاية للفئات الخاصة في الجزائر، والنهوض بفئة المعوقين خاصة بالمجتمع، لما لها من

(1) عمر محمد التومي الشيباني: *مناهج البحث الاجتماعي*، ط2، الشركة العامة للنشر والتوزيع والإعلان، طرابلس،

أهمية كقوة بشرية في التنمية الشاملة، وهذا ما يُمكن من الوصول إلى حقائق بعيدة عن الغموض، وقريبة إلى العلمية والعملية.

وبذلك يصبح من المؤكد أنه لا غنى عند تناول واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، من اعتماد المنهج الوصفي لكشف الحقائق عنه، ما دام كل من الأشخاص المعوقين، وكذا العاملين بالمركز حقل الدراسة من مكونين ومؤثرين ومختصين، يتواجدون كلهم في وسط اجتماعي تسوده تفاعلات وعلاقات اجتماعية، ويحكم سلوكهم معايير وضوابط محددة قانوناً وأخلاقاً. ومن الضروري أن تكون لديهم معارفاً وقدرات ومهارات في التكوين والتكون. كذلك فإنهم يتواجدون في بيئة تتوفر فيها جملة من الخدمات بدرجات متفاوتة من الفعالية، كما يمكن أن تغيب عنها بعض الخدمات، وهذا ما يؤثر في فعالية العملية التكيفية. فانه يبدو واضحاً أن استخدام المنهج الوصفي، هو ضروري لكشف ووصف تلك العوامل والظروف والخدمات، لأن المنهج العلمي هذا يساعد على جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الظاهرة المدروسة، بالاستعانة بمختلف الأدوات العلمية الضرورية لجمع البيانات من أي طرف فاعل في العملية، وذا صلة بالموضوع.

إضافة إلى أن هذا المنهج العلمي، تتعدى الاستفادة منه إلى تشخيص ووصف تلك العوامل، وخاصة فيما يتعلق بأنواع خدمات الرعاية المتوفرة، ومدى إشباعها لحاجات المستفيدين منها من المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة، ومدى تحقيق ذلك لأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، على أساس تحديد طبيعة العلاقات القائمة بينها باعتبارها متغيرات قابلة للتكميم، من خلال استخدام أسلوب التحليل الكمي للبيانات، بفضل عملنا على حساب التكرارات والنسب المئوية ومقارنتها، مع رسم مخططات بيانية توضيحية لبعض الجداول. والتي توضح كمّاً وكيفاً العلاقة بين مختلف المتغيرات التي نرى ضرورة توضيحها في الدراسة، وهذا ما يجعلنا نعرف مقدار توفر واكتمال مختلف أنواع خدمات الرعاية للمعوقين، وإشباع مختلف حاجاتهم وأهداف سياسة الإدماج المحددة والمحققة. أي معرفة هل تتوفر كل الخدمات المحددة في الإشكالية، وهل تشبع مختلف (كل) الحاجات المحددة، وهل تحقق كل الأهداف، أو بعضها فقط.

ولكي يؤدي المنهج الوصفي دوره كما ينبغي، فإنه لا يجب الاكتفاء بالمعلومات والبيانات المجمعة من الميدان فحسب، وإنما لا بد من تحليلها وتفسيرها كيفياً، وربطها مع

بعضها البعض، ومع ما جاء في الإطار المفاهيمي والفكري للدراسة، وكل ذلك لاستخلاص دلالتها والتعرف على جوهرها، والوصول إلى نتائج علمية واضحة، وهذا ما يسمى في منهجية البحث العلمي بأسلوب التحليل الكيفي للبيانات.

وسيتيم وصف واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، بالمركز ميدان الدراسة كما سبق وأن ذكرنا، بفضل جملة الأسئلة المحددة بدقة في استمارتي الاستبيانين، المطبقتين مع مجتمعي البحث، وهما مجتمع المعوقين المتربصين بالمركز، ومجتمع المكونين والمؤطرين والمختصين العاملين به. تلك الاستمارتين مقسمتين إلى محاور تقابل تماما محاور مشكلة الدراسة.

ومن خلال كل ذلك سيتم ملاحظة وتسجيل ردود أفعال المبحوثين (إجاباتهم) اتجاه الأسئلة المقدمة إليهم، والتي يعتبرها الباحث كدال كما يدور في أنفسهم أو عن معارفهم وقدراتهم، وعن تقييمهم لمستوى وطبيعة الخدمات المتوفرة، وعن مدى إشباع الحاجات وتحقيق الأهداف، وعن السلوك الذي يمكن أن يقومون به، إذا طلب منهم ذلك.

كل ذلك من أجل تشخيص واقع الرعاية والإدماج الاجتماعي للمعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

إلى جانب المنهج الوصفي، اعتمد الباحث في هذه الدراسة على بعض تقنيات المنهج الإحصائي، لتحليل البيانات المتعلقة بمتغير واحد وسؤال واحد في إحدى الاستمارتين، ومنها المركبة والتي تتضمن البيانات الخاصة بسؤالين فأكثر، أو بمتغيرين فأكثر، والتي نربطها لارتباطها وتتابعها. وسيتم توضيح النسب المئوية في الجداول البيانية المتعلقة بكل مجموعة من المبحوثين الذين يبدون نفس ردود الأفعال (الإجابات). إلى جانب حساب المتوسط الحسابي عند الضرورة في بعض الجداول.

وهذا التكميم للبيانات، يجعلها أكثر دقة ووضوحا، واقتربا من الواقع، لأن النواحي الكمية تؤدي إلى الكشف عن مقدار وجود الصفات أو درجتها أو مستواها.⁽¹⁾

إضافة إلى اعتماد الباحث على أسلوب المقارنة (طريقة)، في الدراسة الميدانية، وذلك خلال مقارنة مختلف البيانات المجمعة عن طريق الاستمارتين الإحصائيتين، بهدف معرفة

(1) إحسان محمد الحسن: الأسس العلمية لمنهج البحث الاجتماعي، ط1، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1988، ص. 137.

درجة التقارب والتباعد في المعطيات التي يدلي بها كل من المكونين والمتربصين المعوقين، للوصول إلى مستوى أعلى من الموضوعية للبيانات.

وكما هو جاء في تعريف المفاهيم، فإن الواقع هو الحقيقة الراهنة، وبالتالي فإن استخدام المنهج الوصفي، يبرر بأن هذا الأخير "هو الذي يضمن دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة، أو موقف أو مجموعة من الناس، أو مجموعة من الأحداث، أو مجموعة من الأوضاع، أو أي ظاهرة يرغب الباحث في دراستها".⁽¹⁾

بالتالي يتمكن الباحث من استقصاء الحقائق، والوقوف على الواقع المتعلق بمدى توفر خدمات الرعاية الاجتماعية والنفسية والصحية والتكوينية والمهنية، ومن إشباع الحاجات الصحية والنفسية والاجتماعية والتكوينية والمهنية، ومدى تحقيق الأهداف المحددة للإدماج الاجتماعي عن طريق الوصف، التحليل، التفسير. حيث لا يكتفي الباحث بالوصف البسيط والسطحي، بل أن الباحث الاجتماعي يتعدى ذلك ليحاول أن يفهم الظواهر من الداخل، أي في عمقها، دون التهاون بغطائها الخارجي طبعاً.

9- أدوات جمع البيانات:

يعتبر اختيار وتحديد أدوات جمع البيانات من الميدان، عنصراً هاماً من عناصر الدراسة الاجتماعية العلمية، وذلك أن الدارس بتحديد الوسائل التي سيعتمد عليها في الميدان يكون قد أنار الطريق أمامه للوصول إلى اكتشاف الحقائق العلمية والموضوعية، والتي تعتبر إجابات عن التساؤل الذي طُرح في بادئ الدراسة. ذلك الطريق الذي يمثل المنهج العلمي الذي كان قد حدده من قبل، وبالتالي فلا يبقى عليه إلا تحضير تلك الوسائل وبناءها بناءً دقيقاً وواضحاً، من أجل استعمالها ميدانياً، دون تعب وعناء كبيرين. وفي الدراسة الحالية فقد اعتمد الباحث على الأدوات العلمية التالية:

أ- الملاحظة:

تعتبر الملاحظة من الوسائل الهامة في جمع البيانات من الميدان، كما تعتبر من المؤهلات والشروط الأساسية للروح العلمية،⁽²⁾ التي يجب أن يتصف بها أي باحث، وفي أي

(1) غريب محمد سيد أحمد، عبد الباسط عبد المعطي: البحث الاجتماعي (المنهج والقياس)، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر، 1994، ج1، ص. 76.

(2) ANGERS Maurice: *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Casbah édition, Alger, 1997, p. 04.

تخصص من العلوم، وهي "المشاهدة الدقيقة لظاهرة -ما- مع الاستعانة بأساليب البحث والدراسة التي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة".⁽¹⁾

ولقد استخدم الباحث الملاحظة في شكلها البسيط في جمع البيانات من خلال الدراسة الميدانية، فتمت الملاحظة أثناء الدراسة الاستطلاعية لميدان الدراسة، والتي أعطت نظرة مجملية عن كيفية بناء استمارتي الاستبيانين في شكلها النهائي، بعد أن لاحظ الباحث مواقف المبحوثين من المكونين، المؤطرين، ومن المتربصين المعوقين، الذين طبقت معهم الاستمارات التجريبية من بعض الأسئلة.

كما لاحظ الباحث خلال زيارته المتعددة للمركز ميدان الدراسة، بناء هذا الأخير ووظيفته، أي: الهياكل التي يتضمنها والتجهيزات ومختلف الوسائل التي تعتبر أساس التكوين وتقديم الخدمات المتربصين.

كما لاحظ كذلك حالة المركز، ومدى نظافته، ووضعية المتربصين والمكونين على قدر سواء في مختلف القاعات والمرافق.

كما لاحظ الباحث خلال تطبيقه للاستمارتين على مجتمعي الدراسة وخلال إجراء مقابلات مع مختلف المتدخلين، ردود أفعال هؤلاء، وتغيرات ملاحظهم، (الابتسامة أو التكشير أو تحريك مختلف الأعضاء...) وذلك عند إجاباتهم على الأسئلة وخلال محاولة إقناعهم بأهمية تعاونهم معنا من أجل خير الجميع.

وكل هذه العناصر في الملاحظة، والمعطيات سيتم الاستفادة منها في تحليل البيانات وتفسيرها.

كما تمت الملاحظة بمشاركة الباحث بعض قاعات التكوين، كيفية تعامل المكونين مع المتربصين المعوقين، وغير المعوقين، لمعرفة إذا كانت هناك تفرقة أو اختلاف في المعاملة، وردود أفعال هؤلاء خلال العملية التكوينية.

وتجدر الإشارة في الأخير إلى توظيف بعض معطيات الملاحظة في التعليق على الجداول وخاصة منها أرقام: 32، 33، 34، 38 و 43. الخاصة بظروف الإيواء وظروف الإطعام وأنواع التخصصات التي يزاولها المتربصون المعوقون بالمركز ميدان الدراسة.

(1) غريب محمد سيد أحمد: تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1986، ص. 268.

ب - الوثائق:

وهي الوثائق التي تم الحصول عليها من مديرية المركز، ومن مديرية المؤسسات المتخصصة، بوزارة التشغيل والتضامن الوطني، والتي تم من خلالها التعرف على عدد المراكز والمؤسسات المتخصصة بالجزائر ونوعيتها.

وبعد دراسة الباحث لتلك الوثائق، وحسب ما تمليه طبيعة الموضوع، وللاعتبارات التي تم ذكرها، في نهاية التعريف بحقل الدراسة، تم اختيار المركز المذكور كمجال للدراسة الميدانية، (انظر الملاحق).

كما تم من خلال دراسة الوثيقة المبينة في الملاحق، التعرف جيدا على ميدان الدراسة، وفهمه فهما تاريخيا وبنائيا ووظيفيا وبشريا.

ومن خلال وثائق أخرى (مبينة في الملاحق)، تم الإطلاع على نوع الاستثمارات وسبر الآراء الذي أجري مع المتربصين والمتخرجين من المركز وهذا ما أفادنا في دراستنا. كما أنه من خلال الإطلاع على الوثائق الإدارية في ملفات المتربصين، تم التعرف على طبيعة المعلومات المطلوبة من المتربصين، ونوع ومضمون المقابلات التي يجريها المختص النفسي مع المعوقين.

كما تم التعرف على القوانين الداخلية والمسيرة للمركز، فيما يخص بناءه التنظيمي، وهياكله ومهامه، ونظامه الداخلي، والذي يحدد حقوق وواجبات كل عضو في المركز.

ج - المقابلة غير الموجهة:

حيث أنها نوع من المقابلة التي لا يستخدم خلالها أي دليل لأسئلتها، ولا تكون موجهة ولا محددة المحاور، ولا محددة الوقت، وتجري بين الباحث وأفراد يمكن أن يفيدونه ببعض المعلومات حول دراسته.

وقد استخدمت المقابلة غير الموجهة في الدراسة عبر أربع مراحل وهي كما يلي:

المرحلة الأولى: وخلالها قام الباحث بمقابلات مع مسؤولين في الوزارة الوصية، ومع مسؤولين في المركز حقل الدراسة، وذلك من أجل ضبط هذا الأخير، والتأكد من ملاعته للدراسة الميدانية، إضافة إلى ضبط حجم المجتمعين الأصليين للدراسة (مكونين - متربصين).

المرحلة الثانية: وفيها تمت مقابلات مع مسؤولين بالمركز ميدان الدراسة، وبعض المكونين، وذلك من أجل الحصول على المعلومات الخاصة بالمركز وخصائصه، إضافة إلى تطبيق الاستمارات الاستبائية التجريبية مع بعض أفراد مجتمعي الدراسة، وتم تحديد تواريخ الزيارات وإجراء الدراسة النهائية.

المرحلة الثالثة: وخلالها أجرى الباحث مقابلات مع بعض المكونين، وبعض المتربصين لاستفسارهم عن البرامج، والأساليب التكوينية، وخدمات الرعاية التي تقدم بالمركز، وعن ظروف التكوين بالمركز عموماً، مع التطرق لمواضيع متنوعة في إطار التحضير المعنوي والبسيكولوجي للمبحوثين، من أجل استقبال الدراسة النهائية استقبالا ايجابيا وتعاونيا.

المرحلة الرابعة: وفيها تم تطبيق الاستمارتين الاستبائيتين مع أفراد مجتمعي الدراسة، ومن خلالها حصلنا على البيانات الضرورية منهم، كما قام الباحث خلال هذه المرحلة بشرح بعض الأسئلة التي لم يتمكن بعض المبحوثين من فهمها فهما جيداً، وتوضيحها لهم، وذلك كله من أجل الحصول على بيانات صحيحة ودقيقة وموضوعية.

د - استمارتان استبائيتان (معوقين، مؤطرين):

إن استمارة الاستبيان هي مجموعة من الأسئلة المرتبة والمصنفة إلى محاور، تقابل جوانب مشكلة الدراسة، وفي نفس الوقت تقابل الفرضيات التي طرحها الباحث كإجابات احتمالية عن التساؤل المطروح، وهذا ما يسمح لنا باختبار هذه الأخيرة في مخبر العلوم الاجتماعية وهو الواقع (الميدان) الاجتماعي، ثم الوصول إلى نتائج، تعتبر كإجابات نهائية عن التساؤل، يمكن تعميمها إلى حد ما -.

تلك الأسئلة المصنفة في محاور، هي مكتوبة في صفحات لتسليمها شخصيا من طرف باحث مساعد للمبحوثين، أو بإرسالها بريديا لهم من أجل الحصول على إجابات صريحة، تعتبر الهدف من الدراسة.

وقد عمل الباحث على مراعاة أهم شروط الأسئلة، مثل الاختصار، الدقة، الوضوح، عدم الإحراج، إمكانية إجابة المبحوثين عليها، وخدمة فرضيات البحث ومؤشراتها.

وتعتبر استمارة الاستبيان وسيلة يدخل الباحث عن طريقها في اتصال مع المبحوثين، سائلاً إياهم واحداً بعد واحد، من أجل الحصول على أجوبة تتضمن توجهات في سلوكيات أفراد مجتمع الدراسة.

وبالتالي فقد قام الباحث بإعداد استمارتين استبيانيتين، من أجل تطبيقهما على المبحوثين. حيث كانت الأولى خاصة بمجتمع المعوقين، الذي يتضمن المتربصين المعوقين بمختلف أنواع الإعاقات والمتواجدين بالمركز حقل الدراسة.

أما استمارة الاستبيان الثانية فهي خاصة بمجتمع المؤطرين، الذي يتضمن المكونين والمؤطرين والمختصين العاملين بالمركز ميدان الدراسة. وقد تم ذلك بعد الخرجات الاستطلاعية والإلمام بالموضوع الإلمام الكافي.

لقد تم في بادئ الأمر إعداد استمارتين استبيانيتين أوليتين تجريبيتين، تم تطبيقهما التجريبي بالمركز ميدان الدراسة، مع عدد بسيط من أفراد المجتمعين، حيث طبقت الاستمارة التجريبية الأولى مع (10) عشرة متربصين معوقين، أما الاستمارة الاستبائية التجريبية الثانية، فقد طبقت مع (05) خمسة مكونين ومؤطرين ومختصين بالمركز ميدان الدراسة.

كما تم عرض الاستمارتين التجريبيتين على أستاذين مختصين من أجل تحكيمهما والاستفادة من خبرتهما وملاحظتهما وتوجيهاتهما القيمة في صياغة الاستمارتين الاستبيانيتين النهائييتين. وهما الأستاذ/الدكتور: ميلود سفاري من جامعة قسنطينة، والأستاذ/الدكتور: رشيد زرواتي من جامعة المسيلة.

وبالفعل، فقد تمت صياغة الاستمارتين النهائييتين بعد إجراء عدة تعديلات على بعض الأسئلة، وحذف بعض الأسئلة نهائياً، كالسؤال حول استفادة المتربصين من منحة (100 %)، وسؤال آخر حول الاستفادة من النقل (100 %). وتعويض البعض الآخر بأسئلة مغايرة، كالسؤال حول دور الأسرة في التكفل بعلاج أبنائها المعوقين (100 %)، الذي عُوض بسؤال مفاده: هل باشرت أسرته بعلاجك منذ اكتشاف الإعاقة؟ وإدراج أسئلة أخرى كانت في أحد المحاور، ضمن محور آخر، وإعادة صياغة أسئلة أخرى. وكل ذلك من أجل ضمان أكبر درجة ممكنة من دقة الأسئلة، وبالتالي ضمان دقة المعلومات والمعطيات المتحصل عليها، وهو ما يضمن صحة وموضوعية وعلمية نتائج الدراسة وخدمة أهدافها والإجابة على تساؤلاتها.

وقد تم تحديد 56 سؤالاً يطرح على أفراد مجتمع المعوقين المتربصين بالمركز. وتم تحديد 27 سؤالاً يطرح على مجتمع المكونين والمؤطرين والمختصين بالمركز. ولقد تضمنت كلتا الاستمارتين الاستبيانيتين على نوعين من الأسئلة:

- بيانات شخصية.
- بيانات حول الموضوع المدروس.

وهذا التقسيم لا يعني أن البيانات هي منفصلة ولا تخدم بعضها، وإنما جاء من أجل توضيح نوع البيانات المتضمنة في الاستمارتين، فكل نوع منها يخدم الأخرى ويتصل بها. ويؤثر فيها ويتأثر بها.

وقد تمت الدراسة الميدانية النهائية بالمركز حقل الدراسة بتطبيق كلا الاستمارتين مع تطبيق وسائل جمع المعطيات الأخرى.

وفيما يلي توضيح لمضمون كل استمارة استبيان على حدا:

أولاً: استمارة الاستبيان رقم 01 المطبقة مع المعوقين:

وقد تضمنت المحاور التالية:

المحور الأول: بيانات عامة عن المعوق، إعاقته وأسرتة:

وتتضمن البيانات المتعلقة بشخصية المعوق، بيانات عن نوع ودرجة ومسببات الإعاقة، ثم بيانات عن أسرة المعوق المبحوث، وقد شمل هذا المحور على أسئلة من رقم 01 إلى رقم 12، وهي تتعلق ب: الجنس، السن، الحالة المدنية، نوع ودرجة الإعاقة، سبب الإصابة بالإعاقة، وقت اكتشاف الإعاقة وعلاجها، ثم إمكانية وجود فرد معوق بين الأقارب وهل توجد علاقة قرابة بين الوالدين، معاملة أفراد الأسرة للمعوق، وأخيراً وعي الأسرة بدورها في التكفل بالمعوق. إلى جانب بيانات عن التاريخ الدراسي والمهني للمبحوث، وقد تضمنت البيانات المتعلقة بحالة المعوق المبحوث الدراسية والمهنية سابقاً، وهي تتعلق بنوع المدرسة التي زاول فيها المعوق دراسته، وعن أسباب توقفه عن الدراسة، وما إذا مارس عملاً سابقاً، وإمكانية علمه بالمركز حقل الدراسة (الذي يتكون فيه) سابقاً، وعن سبب التحاقه بهذا الأخير.

المحور الثاني: بيانات عن خدمات الرعاية بالمركز وإشباع حاجات المعوقين:

وقد تضمن البيانات المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية، الطبية، وإشباع الحاجات الصحية للمعوق المبحوث، وكذلك خدمات الرعاية النفسية وإشباع الحاجات النفسية، وخدمات الرعاية الاجتماعية وإشباع الحاجات الاجتماعية، وخدمات الرعاية التكوينية المهنية وإشباع الحاجات التكوينية للمعوق المبحوث بالمركز حقل الدراسة.

وقد شمل هذا المحور على الأسئلة من رقم 19 إلى 44، وقد تضمنت الأسئلة كل عناصر الرعاية بكل أنواعها وكل أنواع الحاجات لدى المعوق المبحوث.

المحور الثالث: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي:

وقد تضمن البيانات المتعلقة بمساهمة خدمات الرعاية المتوفرة بالمركز من تحقيق أهداف سياسة إدماج المعوقين اجتماعيا، من خلال تحقيق الاستقلالية الذاتية وإمكانية التواصل مع الآخرين للمعوق المبحوث، وتحقيق لديه التكيف الذاتي والنفسي والاجتماعي بمختلف المعايير التي تحددها، وقد شمل هذا المحور على الأسئلة من رقم 45 إلى 56.

ثانيا: استمارة الاستبيان رقم 02 والمطبقة مع المكونين والمؤطرين والمختصين: وقد تضمنت المحاور التالية:

المحور الأول: بيانات عامة عن المبحوث:

وقد تضمن البيانات المتعلقة بشخصية المبحوث، من: جنس وسن، والحالة المدنية، والشهادة المحصل عليها، وهي مصاغة في الأسئلة من 01 إلى 04.

المحور الثاني: خدمات الرعاية وإشباع الحاجات لدى المعوقين:

وقد شمل هذا المحور على أسئلة من رقم 05 إلى رقم 20، وهي تتضمن البيانات المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية وإشباع الحاجات الصحية، خدمات الرعاية النفسية وإشباع الحاجات النفسية، خدمات الرعاية الاجتماعية وإشباع الحاجات الاجتماعية، وخدمات الرعاية التكوينية المهنية وإشباع الحاجات التكوينية للمعوق المبحوث بالمركز حقل الدراسة.

المحور الثالث: خدمات الرعاية وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي، وقد تضمن البيانات المتعلقة بمساهمة خدمات الرعاية المتوفرة بالمركز في تحقيق أهداف سياسة إدماج المعوقين اجتماعيا من خلال تحقيق الاستقلالية الذاتية، وإمكانية التواصل مع الآخرين،

وتحقيق لديه التكيف الذاتي والنفسي والاجتماعي بمختلف المعايير التي تحددها، وقد شمل هذا المحور على الأسئلة من رقم 21 إلى 27.

ه- المقابلة الموجهة:

حيث تعتبر من أهم الأدوات المستعملة في جمع البيانات، وهي أكثر الوسائل شيوعا وفعالية في الحصول على البيانات الضرورية.

وفي هذه الدراسة فقد أجرى الباحث مقابلات موجهة مع مسؤولي قطاع الحماية الاجتماعية، ومسؤول المركز الوطني ميدان الدراسة، وهم كما يلي:

1- مدير المركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي بولاية تيبازة.

2- مديرة فرعية للدعم والمتابعة البيداغوجية بوزارة التشغيل والتضامن الوطني.

3- مدير المؤسسات المتخصصة بوزارة التشغيل والتضامن الوطني.

وقد تمت المقابلة المقننة (الموجهة) مع هؤلاء من خلال الالتقاء بهم والجلوس معهم، وبالتحاور والنقاش المباشر معهم. حيث تم إعلامهم بأهداف وبأهمية الدراسة وبأهمية مشاركتهم فيها من أجل الوصول إلى اقتراحات عملية وكفيلة بالنهوض بقطاع رعاية وحماية الأفراد المعوقين بالجزائر.

لقد لمس الباحث من خلال إجراءاته للمقابلات، لدى هؤلاء المسؤولين، روحا علمية ووعيا وتحليا بروح المسؤولية، ومعرفة واسعة وعميقة ودقيقة بالقطاع وبالواقع، وهذا ما أفادنا كثيرا في الدراسة.

لذلك كله قام الباحث بإعداد أسئلة أدرجت ضمن ما يصطلح عليه تسمية دليل المقابلة الموجهة، وهي أسئلة مشتركة بين كل هؤلاء، وذلك لأنهم مسؤولون عن نفس القطاع وعلى مستوى عال، وكلهم يساهمون في إعداد الخطط والبرامج التكفلية بالمعاقين بالجزائر.

ولقد كان عدد الأسئلة التي تضمنها دليل المقابلة الموجهة 04 أسئلة، تدخل ضمن محاور مشكلة الدراسة والفرضيات ومحاور استمارتي الاستبيانين.

وقد تم استغلال المعلومات المجمعة عن طريق المقابلة الموجهة، في الفصل الثالث من الدراسة وبالتحديد في عنصر: تنظيم السياسة العامة لرعاية المعوقين بالجزائر، من خلال تدعيم التحليل الخاص بتطور التشريع الجزائري والجهود المبذولة لحد الآن من طرف الوصاية، مع تقييم كل ذلك.

خلاصة الفصل:

من خلال كل ما سبق، يتضح بأن هذه الدراسة هي من نوع الدراسات الوصفية التحليلية التي تهتم بوصف الظاهرة محل الدراسة في الواقع وتحليلها إلى عناصرها التي تتفاعل فيما بينها، لتجعلها كما هي عليه في الحقيقة الراهنة.

إن الهدف النهائي من هذه الدراسة، هو الوصول إلى اقتراحات عملية، من أجل تحسين وضع الأشخاص المعوقين في الجزائر، والتي ستبنى على أساس استنتاجات الدراسة، هذه الأخيرة تبنى بدورها على أساس النتائج العامة والمرتبطة بالفرضيات الفرعية، والتي تعبر عن نقاط الإيجاب والقصور في سياسة رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي في الجزائر.

كما أن أبعاد المشكلة المحددة، هي ترتبط أساساً بأبعاد خدمات رعاية المعوقين الصحية، النفسية، الاجتماعية والتكوينية والمهنية، وهي ترتبط كذلك بأهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر، والمتمثلة في الاستقلالية الذاتية، التكيف الذاتي، التكيف النفسي، والتكيف الاجتماعي.

وسيتم الكشف عن واقع كل ذلك في ميدان الدراسة، والذي يعتبر ملائماً إلى حد بعيد لها، حيث يمكننا من تحقيق الأهداف المحددة، ذلك لأنه يتوفر على عدة أصناف من الإعاقات، ويوفر مختلف أنواع خدمات الرعاية للمعوقين، وهذا ما تهدف دراستنا الكشف عنه، من خلال استجواب المعوقين المتربصين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي وكذا المؤطرين به.

ولكن قبل أن نقوم بكل ذلك، يجب أن نعرف الأصول والجذور التاريخية والنظرية والامبريقية لموضوع رعاية المعوقين في العالم وفي العلوم، من أجل معرفة تموقع دراستنا بين كل ذلك الإرث الفكري والعلمي حول موضوع استقطب اهتمام العلماء والمفكرين والباحثين منذ القديم، حيث أن ظاهرة الإعاقة وجدت منذ وجود الإنسان على الأرض.

الفصل

الثاني

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل من الدراسة، تحليلاً مقارناً لتطور النظرة إلى رعاية المعوقين في العالم، منذ المجتمعات القديمة، مروراً بأوروبا الحديثة وحتى آخر المبادرات الدولية على مستوى المنظمات العالمية والإقليمية، في سبل تحسين وضع المعوقين في العالم.

كما يتضمن هذا الفصل، دراسة تحليلية ومقاربة فكرية ونظرية، متعددة الأقطاب لموضوع رعاية المعوقين، محاولة منا لفهمه من مختلف الجوانب النفسية، السلوكية، الاجتماعية والمهنية، وهي جوانب شخصية الفرد مهما كان معوقاً أو غير ذلك، كما أنها تمثل أبعاد مشكلة الدراسة المحددة في الإشكالية.

لذلك سيتم عرض تحليلي مقارن لأفكار رواد الاتجاه النفسي والسلوكي، مع محاولة إسقاطها على موضوع رعاية المعوقين، وبعدها سيتم التطرق إلى أهم الدراسات الامبريقية التي دارت في فلك هذا الاتجاه، مع تحديد أهميتها في الدراسة الحالية.

بعد ذلك سيتم بناء مقارنة بنائية وظيفية لموضوع رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي مع عرض بعض الدراسات الامبريقية التي جاء بها أصحابها محاولة منهم دراسة العلاقة بين الرعاية والتنمية الاجتماعية ونسق القيم، مع توضيح أهميتها في الدراسة الحالية. ثم سيتم طرح أفكار نظريتي التعلم الاجتماعي والنمو المهني للمعوقين، مع عرض أهم الدراسات التي اهتمت بذلك، مع توضيح أهميتها في الدراسة الحالية.

وفي الأخير سوف يتم التطرق إلى نظرية الذات، وكيف حلت صورة الذات لدى المعوق مع العوامل المؤثرة فيها، وبعدها سيتم التطرق إلى أهم الدراسات التي اهتمت بذلك، مع تحديد أهميتها في الدراسة الحالية.

ومن خلال كل ذلك، نكون قد حاولنا تحديد الأصول النظرية والامبريقية لدراسة موضوع المعوقين في الجزائر.

1- تطور النظرة إلى رعاية المعوقين في العالم:

أ- في المجتمعات القديمة وفي عصر النهضة:

من خلال هذا العنصر، سيتم توضيح التباين عبر العصور في كيفية معاملة رعاية المعوقين، لأن الاختلاف الزمني جعل رعايتهم تختلف بحسب اختلاف النظرة إلى الإنسان، وبحسب الجهود المبذولة من طرف كل دولة، والوسائل المسخرة لذلك، والمنظومات التشريعية المنظمة لها، وبحسب آراء واتجاهات المفكرين التربويين والاجتماعيين والسياسيين.

ففي القديم كان المعوقون لا يعارون أدنى اهتمام، فكانون يتركون للموت جوعا، بل أكثر من ذلك، كانوا يقتلون وهم صغارا، وذلك في العديد من القبائل القديمة المنتشرة في العالم.

لقد اختلفت نظرة المجتمعات وعبر مختلف العصور إلى المعوقين، وإلى مكانتهم في المجتمع وإلى قدراتهم، وهذا من المجتمعات القديمة التي اعتبرتهم عالية على المجتمع، ونادت بالتخلص منهم ونبذهم منه، إلى المجتمعات الحديثة التي أصبحت تنظر إليهم نظرة وظيفية نفعية، وذلك باعتبار أن لهم طاقة مخزنة لا بد من استغلالها وتنميتها، كما صبغت هذه النظرة الصبغة الإنسانية.

ففي المجتمعات اليونانية، كمجتمع اسبرطة وأثينا، والمجتمعات الرومانية انتشرت فكرة التخلص من المعوقين كغيرهم من ذوي العاهات، للاعتقاد بأنهم بلهاء، نادى أفلاطون إلى نبذ المعوقين عقليا وطردهم خارج البلاد وحرمانهم من الحقوق والواجبات المتاحة للعاديين.⁽¹⁾

كما نادى أرسطو بأن الصم غير قادرين على التعلم وذلك لعدم قدرتهم على الكلام أو فهم ما يدور حولهم، كما وصف القانون الرماني القديم المعوقين سمعيا بالعتة والبلاهة، إذ ميز "جستينيان" وهو مشرع روماني، بين فئتين منهم: الأولى فقدت حاسة السمع في فترة مبكرة من حياتها فحرمها من جميع حقوقها، أما الثانية فقد فقدت السمع في فترة متأخرة، بعد أن تعلمت القراءة والكتابة، لذلك لم يحرمها من حقوقها.

(1) عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1996،

وكان القانون الانجليزي القديم مشابها لآراء (جستنيان) في تفريقه بين المعوقين سمعيا، من حيث وقت حدوث الإصابة بالإعاقة السمعية، إذ حرم المجموعة الأولى من الحقوق والواجبات وأتاح للمجموعة الثانية حق المشاركة في الحياة الاجتماعية العادية. كان هذا وضع المعوقين في المجتمعات الأوروبية القديمة، أما في الشرق الأدنى والأوسط، فقد دعت الطقوس الموسوية في القرن السادس قبل الميلاد إلى تحريم لعن المعوقين، لأن إعاقتهم حدثت بإرادة الله. كما نادى الديانة البوذية بالهند والصين إلى جعل المعوقين أبناء لبوذا، وتقربا له، أوجبت تقديم العون لهم ومساعدتهم.⁽¹⁾

ثم جاءت الديانات السماوية بما تحمله من تعاليم التسامح والمحبة والتكافؤ بين كل أفراد المجتمع، وبرزت في مصر واليونان والرومان في ذلك الوقت محاولات فردية لتعليم وتربية المعوقين، ومع مطلع عصر النهضة تبددت المعاملة السيئة لهم وظهرت بوادر تعليمهم، إذ في عام 1540م قام الطبيب الايطالي (بييترو كاستردا) ببعض الجهود في تعليم ذوي الإعاقات السمعية القراءة والكتابة والنطق بالأبجدية اليدوية وبالإشارات، كما نشر (كاردينو) دراسات متنوعة عن أسس تعليم المعوقين سمعيا بالطريقة الشفهية وبالأبجدية اليدوية، هذا بالإضافة إلى محاولات (بيدرو بونس دي ليببون) الاسباني والتي كان لها اثر فعال في تعليمهم بالطريقة الشفهية، حتى أن معظمهم أتقن الكلام باللغة اللاتينية والإغريقية والحساب والفلك.⁽²⁾

وكانت هذه المحاولات بمثابة الأسس التي قامت عليها عملية تعليم الأطفال المعوقين، كما مهدت لظهور الأفكار المنادية بإعطائهم الحق في الحياة والتعليم، وذلك في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر ميلادي، إذ شهدت هذه الفترة ظهور إرهابات الاهتمام الخاص بالمعوقين وتعليمهم وتدريبهم في مؤسسات ومدارس خاصة، في ارو ربا وأمريكا، وهذا منذ أواخر القرن 18م، خاصة بعد ظهور أفكار المصلحين السياسيين والاجتماعيين في أوروبا والمنادية بضرورة اعتراف المجتمعات بحقوق ذوي العاهات والإعاقات في الحياة الطبيعية

(1) لطفي بركات احمد: تربية المعوقين في الوطن العربي، ط1، دار المريخ، المملكة العربية السعودية، 1981، ص. 83،

(2) المرجع نفسه، ص. 91.

ورعايتهم، بالإضافة إلى جهود مجموعة من الأطباء المربين الذين كانوا بمثابة الرواد الأوائل للتربية الخاصة.⁽¹⁾

ب - في الإسلام:

لقد أكدت تعاليم الدين الإسلامي الحنيف على ضرورة احترام الإنسان وتقييمه على قدر التزامه بمبادئ الخير والتقوى والأخلاق، دون النظر إلى أية اعتبارات أخرى، ولم يكن المجتمع الإسلامي يعتبر الإعاقة سببا للشفقة، أو الضعف، ويتضح ذلك جليا في القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، حيث يعتبران شاهدا من الشواهد التي اتخذت فيما بعد مثلا يقتدى به في التعامل مع الإنسان الكفيف، فقد أوردت السيرة النبوية الشريفة أن (ابن أم مكتوم) وهو من السابقين للإسلام، كان كفيفا، فجاء إلى الرسول (ص) وكان معه صناديد قريش، فكان (عليه السلام) مشغولا بهم يدعوهم إلى الإسلام، فقال له (ابن أم مكتوم): اقرأني وعلمني مما علمك الله، وكرر ذلك وهو لم يلحظ انشغالا من الرسول (ص) به، فكره الرسول (ص) منه، وعبس في وجهه، وأعرض عنه إلى متابعة دعوة الآخرين، فنزلت الآية الكريمة لمعاتبة النبي (ص) ومحذرة إياه تحذيرا شديدا: ﴿مَبْسُوتٌ وَتَوَلَّى، أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى، وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّه يَبْزُكِي، أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى، أَمَّا مَنْ اسْتَعْزَى، فَأَنْتَ لَهُ تَصَدَّى، وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَبْزُكِي، وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى، وَهُوَ يَخْشَى، فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى، كَلَّا إِنَّهَا تَذْكِرَةٌ﴾.⁽²⁾

وقال الله تعالى: ﴿أَفَلَمْ يَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَتَكُونُ لَهُمْ قُلُوبٌ يَعْقِلُونَ بِهَا أَوْ آذَانٌ يَسْمَعُونَ بِهَا فَإِنَّهَا لَا تَعْمَى الْأَبْصَارُ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبُ الَّتِي فِي الصُّدُورِ﴾.⁽³⁾

وقال أيضا: ﴿لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرَجٌ، وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرَجٌ وَمَنْ يُطِيعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ نُدْخِلْهُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ وَمَنْ يَتَوَلَّ نَعَذِّبْهُ عَذَابًا أَلِيمًا﴾.⁽⁴⁾

ونفهم من خلال كل ذلك بأن الإعاقة هي إعاقة الفكر والنفس وليست إعاقة الجسد أو الحواس، وبأن الفرق الوحيد بين الشخص العادي والشخص المعاق هو التقوى، ومخافة الله وعمل الخير، ليس إلا ذلك.

(1) عبد المطلب أمين القريطي: مرجع سابق، ص. 48.

(2) القرآن الكريم، سورة عبس، الآية 1 إلى 7.

(3) القرآن الكريم، سورة الحج، الآية 46.

(4) القرآن الكريم، سورة الفتح، الآية 17.

إذن فبظهور الإسلام تغيرت النظرة إلى المعوقين، حيث أرسى مبادئ المحبة والأخوة والرحمة بين البشر جميعاً دون تفرقة بينهم لسبب أو لآخر غير التقوى.

لقد اهتم الخلفاء الراشدين وحكام المسلمين بفئة الأشخاص المعوقين، فقد بلغ اهتمام عمر بن عبد العزيز بهم أن حث على عمل إحصاء لهم، فخصص مرافقا لكل كفيف وخادما لكل مقعد (معوقا حركيا) لا يقوى على القيام وقوفا لأداء الصلاة.⁽¹⁾

ومن الحقوق التي يهبها الإسلام للمعوقين بأن يأكل عند الحاجة من بيوت أهله وأقربائه، وأن يشاركهم في الطعام دون وجود عضاضة منه أو منهم.

بينما كانت أوروبا تتخبط في ظلمات الجهل والتخلف وسيطرة الفكر البدائي والكنيسة على مجالات العلم والمعرفة، في هذه الفترة انتقل مشعل الحضارة والفكر والفلسفة والعلم إلى المسلمين باستيعابهم لحضارة وثقافة الإمبراطوريات المجاورة، حيث يرجع لهم الفضل في الحفاظ عليها وتطويرها، حتى صحت أوروبا من غفوتها في عصر النهضة.

يقول التيجاني المايجي (1959): "إن العرب في عصور الإسلام المختلفة قد بلغوا ذروتهم في علوم الطب، وأنهم استطاعوا باستخدامهم للترجمة وجمعهم لمؤلفات اليونان والمصريين والفرس والهنود وغيرهم، نقل تراث الشرق القديم إليهم، وأنهم أصلحوا وهذبوا ورتبوا من هذه العلوم وأضافوا إليها ما حصلوا عليه بتجاربهم وطبعوه بالطابع العربي، فأصبح لدينا ما نستطيع تسميته بالطب العربي الإسلامي، ولا بد من تكرار القول بأن الطب العربي الإسلامي كان أساسا لعلوم الطب المعول عليه في أوروبا في بداية القرن السابع عشر".⁽²⁾

وهذا التطور والتشبع بالثقافات الأخرى كان نتيجة الفتوحات الإسلامية والاحتكاك بالحضارات المجاورة التي كان لها الأثر الإيجابي في ازدهار العلم والثقافة الإسلامية، وأصبحت مؤلفاتهم تترجم للغة اللاتينية، وكانت تدرس في مدارس الطب في أوروبا مثل كتاب "فردوس الحكمة" لعلي بن زيد الطبري، وغيرها من المؤلفات الإسلامية.

(1) محمد السيد فهمي: مرجع سابق، ص. 18

(2) سعد جلال: في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1985، ص. 30.

هذا التطور والازدهار في العلم والحضارة انعكس على جميع الميادين وفي كل الاتجاهات، حتى مجال رعاية المعوقين، فلقد كان المسلمون يختلفون في معاملتهم لهذه الفئة عن ما كان عليه في المجتمعات الأخرى وعبر العصور، ويرجع ذلك إلى الأسباب المذكورة سابقا وإلى أسباب أخرى منها:

- أن العقيدة الإسلامية تقوم على تحريم قتل النفس إلا بالحق، وتدعو إلى المعاملة الإنسانية للضعيف والمريض.
 - إن المسلمين كان تعاملهم مع المرضى تعاملًا حضاريًا بني على فهم القرآن والعمل بالسنة المطهرة، وكانوا أول من شيد المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية.⁽¹⁾
 - اهتمام الخلفاء المسلمين والحكام العرب بالعمران، ويدخل في ذلك اهتمامهم بإقامة المستشفيات، ويجمع المؤرخون على أنهم كانوا يهتمون بها اهتمامًا بالغًا، بحشد مشاهير الأطباء وتزويدهم بالأدوية، وتمويل هذه المستشفيات من طرف الأوقاف، والإشراف عليها وعلى المقيمين بها.⁽²⁾
- فالمسلمون اهتموا بالمرض، من منطق الرحمة والتعاون المستمد من مبادئ الدين الإسلامي الحنيف، بتوفير الإمكانات اللازمة لرعايتهم، وغيرها من ضروريات الرفاهية والحياة الكريمة لكل أفراد المجتمع، محاولين التخلص من رواسب الجهل والتخلف.
- انطلاقًا من كل ما سبق، نستنتج بأن مجال رعاية المعوقين والتكفل بهم وإدماجهم في المجتمع، قد عرف تطورا لا يزال إلى يومنا هذا مستمرا، حيث تطورت أساليب التدخل والعلاج، وأصبحت تشمل جميع الجوانب في شخصية الفرد المعاق: البيولوجية، النفسية، العقلية، الاجتماعية والتكوينية، وتمثلت الأساليب التكيفية الحديثة في التأهيل الطبي، والتأهيل النفسي، والتأهيل الاجتماعي، والتأهيل التربوي والتعليمي، والتأهيل المهني، والتي تقوم كلها على أساس مبدأ احترام الإنسان والحفاظ على إنسانيته وكرامته، ومبدأ المساواة وتكافؤ الفرص، والمشاركة عكس ما كان عليه أسلوب المعاملة في الفترات السابقة.⁽³⁾

(1) جمعة السيد يوسف: النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، دار غريب، القاهرة، مصر، 2001، ص. 20.

(2) سعد جلال: في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والاحرفات السلوكية، مرجع سابق، ص. 32.

(3) حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي: ط3، عالم الكتب، القاهرة، مصر، 1997، ص. 102.

ج - في فرنسا:

لقد نظر المذهب المسيحي، وذلك منذ العصور الوسطى إلى المعاقين نظرة شفقة ورحمة، مثلهم مثل الفقراء والمحتاجين، وشاع في ذلك الوقت بناء ما كان يسمى ب (فنادق الرب (Hôtel de Dieu) لاستقبال هذه الفئة، ومع تفاقم وتزايد الأمراض في مطلع القرن الرابع عشر ساد تخوفا من انتقال وانتشار الأوبئة، مما أدى إلى فصل الأشخاص المعوقين وإبعادهم عن المجتمع، للاعتقاد بأنهم سوف يعدون الأفراد العاديين.

أما في عصر التنوير، وتأثرا بالنظريات والأفكار الفلسفية وبالتقدم المعرفي والعلمي، برز الاهتمام بمشكلات التربية للأطفال المعوقين، وحتى الكبار منهم، حيث تم إنشاء مؤسسات متخصصة لتربية الأطفال الصم والبكم والمكفوفين، كما جاء في سنة 1790 التأكيد في مجلس الأمة الفرنسي الاعتراف الرسمي بواجب التكفل والرعاية والمساعدة للأشخاص المعوقين.

وفي مطلع القرن التاسع عشر اتسع الاهتمام ليشمل الأطفال المتخلفين عقليا، وراح الأطباء والمربين يبحثون عن المناهج الجديدة ذات الطابع الصحي التربوي. أما في مطلع القرن العشرين، فقد أنشئت مستشفيات لاستقبال ذوي العاهات الصغار والكبار، وأنشئت مؤسسات لتربية الأطفال ذوي العاهات السمعية والبصرية.

لكن ومع تزايد حوادث العمل بظهور المجتمع الصناعي، ومع حدوث الحربين العالميتين في القرن العشرين، فقد عاق ذلك من أداء تلك المؤسسات لدورها، إذ سعت الدول إلى إصلاح ما أفسدته الحربين والى الاهتمام أكثر بالضحايا، حيث برزت تسمية (معطوب حرب) عاجز، بدل معاق.

وقد شهدت فرنسا فيما بين الحربين إنشاء جمعيات للأشخاص المعاقين، والضمان الاجتماعي لهم، وحدد قانون 1957 الإطار القانوني للعمال المعاقين.

وبداية الستينات ظهرت نظرة جديدة للتضامن الاجتماعي مع المهمشين، وأصبح ينظر إليهم نظرة شاملة، مما أدى إلى فرض قوانين جديدة، حيث صدر قانون توجيهي (30 جويلية 1973) لصالح الأشخاص المعاقين، مطالبا بإدماجهم الاجتماع.

وجاء قانون 1987م المكمل لإعطائهم الحق في العمل، ليصدر بعد ذلك وفي سنة 1999م بالتحديد قانون اللا تمييز.⁽¹⁾

د - في البلدان الأوروبية وأمريكا الشمالية:

أولاً: من الإحسان والشفقة إلى عدم التمييز:

في أول الأمر كان اهتمام البلدان الأوروبية وأمريكا الشمالية بتركيز على الجانب الطبي التربوي، فظهرت مؤسسات تربية للأطفال الصم البكم وللمكفوفين على غرار فرنسا، حيث تم في ألمانيا سنة 1884م إنشاء نظام الضمان التكفل بحوادث العمل، وانشأ بعد الحرب العالمية الأولى لكل الدول مصالح أو أقسام العلاج الحركي.

وإثر الحرب العالمية الثانية شهدت دول أوروبا حركة قوانين اتجهت نحو تحسين التكوين والتشغيل للأشخاص المعاقين، وخاصة في بريطانيا سنة 1944م، وفي هولندا سنة 1947م، وفي ألمانيا سنة 1974م.

أما في البلدان الاسكندنافية فقد كانت تنظر إلى كل المواطنين نظرة مساواة، فلم تجد هناك حاجة إلى سن قوانين خاصة بفئة المعوقين، حيث رفضت السويد والدانمارك وفنلندا ابتداء من سنة 1948م أي اتجاه تمييزي نحو الأشخاص المعوقين، وجاء ميثاق 1983م واضعاً حداً لأي تمييز كان على أساس ديني أو عقائدي، جنسي أو عرقي أو غيره.

أما في أمريكا الشمالية فقد انتشرت حركة احتجاج الأشخاص المعوقين في الجامعات، وقد جاءت هذه الحركة مطالبة بحق الأقليات والاعتراف بالاختلاف، مما أدى إلى تبني الدولة في 1973 إلى مجموع القوانين التي ترفض التمييز على أساس الإعاقة.

وقد صدرت سنة 1990م قانون أمريكي لحماية حقوق المعوقين، يتأسس على مبدأ عدم التمييز بين الأشخاص المعوقين والأشخاص العاديين، وتبعت الولايات المتحدة الأمريكية كندا وأستراليا.

وكانت فترة التسعينات فترة تحول تشريعي في العديد من الدول الأوروبية التي على غرار أمريكا، سنت قوانين حماية المعوقين، وكانت في بادئ الأمر تركز على كفاءات

(1) D.G.F.S: **Personnes handicapées: Analyse comparative et prospective du système de prise en charge**, Paris, France, <http://www.sante.gouv.fr>, 1.1.htm, 14.01.2004

إدماجهم، ويظهر ذلك جليا في إيطاليا سنة 1992م، وألمانيا سنة 1994، بريطانيا سنة 1995م، البرتغال سنة 1996م، وكذلك إيرلندا في نفس السنة.⁽¹⁾

ثانيا: التمييز وعدم التمييز في حقل المدرسة:

بعد إعلان حقوق المعوق في سنة 1975 من طرف منظمة الأمم المتحدة والذي يعترف في المادة السادسة منه بأن للمعاق حق في التربية والتكوين والتأهيل المهني، زاد اهتمام الدول الغربية بفئة المعاقين، وقد كان ذلك نتيجة للوعي الدولي بحقوق هذه الفئة، ونتيجة لاحتجاج الأولياء والجمعيات المدافعة عن تلك الفئة من نوعية التعليم وطبيعته المنافية لحق الاختلاف ومبدأ المساواة

وفي الثمانينات تفاقمت الاحتجاجات والمظاهرات مطالبة بالإدماج المدرسي، وتوحد المطالب والتوجهات مطالبة بما يلي:

- الاعتراف بالحق في التربية.
- ترك حرية الاختيار للآباء.
- حرية الاختيار فيما يخص الانضمام إلى المدارس العادية.
- تربية خاصة مستوحاة من التربية الوطنية.
- إنشاء أقسام مختصة مدمجة بدل الفصل بينها وبين الأقسام العادية.
- ضرورة التعاون بين القطاع المختص والقطاع العادي.
- تكوين المعلمين لهذه الأقسام وكل الفاعلين العاملين بهذه الأقسام وبالقطاع.
- وبذلك أصبح على كل الحكومات أن تعمل على تحقيق ما يلي:
- مدرسة تضم الجميع وتفهمهم.
- نسق إداري يشمل التعليم المتخصص والعادي.
- تكوين المعلمين المختصين وضرورة تعاونهم مع المعلمين العاديين.
- إشراك الآباء في التخطيط لذلك.
- التوعية والإعلام للأسر والمجتمع.

وبذلك فإن هذه النصوص تعمل على ضمان فعالية مبدأ المساواة الاندماج الفعلي للأطفال المعاقين.

(1) Idem., 1-2.htm.

إن النقاش حول الاندماج التربوي كان محور الملتقى الدولي "التربية للجميع"، الذي جرى في تايلندا سنة 1990م، وفي هذا الملتقى فضل المشاركون مفهوم الانضمام أو الشمول (Inclusion) كونه لا ينحصر في المكتسبات البيداغوجية، وإنما يشمل العلاقات (التفاعل) بين التلميذ والمؤسسة التربوية، وكذلك تفتحه واندماجه الاجتماعي. إن مبدأ عدم التمييز ينطلق من ضرورة الاعتراف بالاختلاف الذي يميز الطفل المعوق، وضرورة احترام ذلك.⁽¹⁾

ثالثاً: المبادئ التي أصبحت تركز عليها سياسات التكفل بالأشخاص المعوقين في أوروبا وأمريكا الشمالية:

- الكرامة:** وهذا المبدأ هو تأكيد على مبدأ كرامة الإنسان بصفة عامة، والذي أكدت عليه الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.
- ويضم هذا المبدأ العناصر التالية:
- الاعتراف بالخصوصيات التي تميز كل فرد معوق وباختلاف عن الأفراد الآخرين في شخصيته وقدراته وحاجياته ومشكلاته.
- حرية الاختيار، وخاصة في تحديد مشروع حياتي فردي، في رعايته، تربيته، تكوينه، تأهيله وتشغيله.
- الحق في الحياة الخاصة والسرية، وفي احترامها من طرف الغير وخاصة في مؤسسات الرعاية.
- الحق في الإعلام، وخاصة فيما يتعلق بحالته الحاضرة وبمستقبله، وضرورة توجيهه.

المشاركة: هذا المبدأ هو مسجل في الميثاق الاجتماعي الأوروبي (المادة 151) ويتضمن ضرورة إشراك المعوقين في كل جوانب الحياة الاجتماعية، من خلال الجمعيات الممثلة لهم، وكذلك إشراكهم في مختلف القرارات التي تعنيهم وفي وضع السياسات التكفلية بهم.

- ويضم هذا المبدأ العناصر التالية:
- احترام استقلالية وحرية الأشخاص المعوقين.

⁽¹⁾ Idem., 1-5.htm.

- سهولة الانتقال والتنقل والعبور والاتصال بالمؤسسات المجتمعية ومؤسسات التكوين والعمل، مع إقصاء المعوقات فيها.
 - وضع إجراءات لحماية المعوق.
 - الأخذ بعين الاعتبار حاجات ومصالح أسر المعوقين والأفراد المرافقين لهم.
 - تدعيم إنشاء جمعيات ممثلة لهذه الفئة.
- عدم التمييز:** ويتضمن هذا المبدأ ضرورة معاملة المعوق معاملة عادية، لا تمييزية بسبب إعاقته، سواء في التربية أو التأهيل أو العمل أو في تصميم البنايات والمدن، وضرورة توعية المؤطرين بدورهم التكفلي بالمعوقين وكل المجتمع، لكي يتجنب أي معاملة سلبية، أو تهميش للمعوقين يكون سببه نوع أو درجة الإعاقة دون سبب آخر مقنع.
- الحق في التعويض:** أي أن لكل معوق الحق في تعويض النقص الذي يعاني منه وذلك من خلال:

- الحق في تهيئة وتكييف الوسط الذي يعيش فيه المعوق، سواء كان الوسط المنزلي أو المدرسي أو التكويني أو الوسط المهني أو الحضري.
 - الحق في الذهاب والإياب باستخدام وسائل المواصلات والاتصالات العادية.
 - الحق في الاستفادة من المساعدات التقنية الضرورية للتحرك والانتقال والاتصال.
 - الحق في المساعدات الإنسانية الضرورية.
 - الأخذ بعين الاعتبار حاجات ومصاريف الأسر والأفراد المرافقين لهم.
- الجوارية:** هو مبدأ هام من أجل تكريس المبادئ الأربعة السابقة، حيث أنه يتضمن، ضرورة أن يكون المعوق قريب من وسطه الاجتماعي (غير مهمش)، وكذلك يجب أن يكون قريباً من مراكز اتخاذ القرار، وتخطيط وتطبيق السياسات التأهيلية.
- ومبدأ الجوارية يمكن أن يأخذ شكلين:
- جوارية مكانية أو جغرافية: أي ضرورة قرب المؤسسات التكفلية أو مؤسسة العمل المهني، ومراكز اتخاذ القرار وتطبيقه، من الأشخاص المعوقين (لا مركزية وموزعة بطريقة عقلانية بين مناطق ومدن البلد).

جوارية زمانية: أي عدم الإفراط في الوقت لاستقبال المعوقين والسماع لانشغالاتهم، وعدم اخذ الوقت الطويل في سبيل قضاء حاجات المعوقين، وفي سبيل التحاور أو التشاور معهم فيما يعينهم من قضايا، خطط وسياسات وتغييرات.

بعد عرض المبادئ الخمسة التي تركز عليها سياسات التكفل بالأشخاص المعوقين في أوروبا وأمريكا الشمالية، نجد بأن المبدأين الأول والثاني (احترام الكرامة والمشاركة) هما مبدآن متلازمان ومرتبطان ببعضهما ارتباطاً وظيفياً، وهما أساسيان يجب أن تركز عليهما أي سياسة تكفلية في أية دولة كانت لأنهما من المبادئ التي تمنع الإنسان إنسانيته. وأما مبدأي: عدم التمييز والحق في التعويض، فهما مبدآن عمليان، ومرتبطان جداً ببعضهما البعض، يمكنان من تحويل مبدأ المساواة، وهو مبدأ دستور إلى مبدأ تكافؤ الفرص.⁽¹⁾

وأما مبدأ الجوارية، فهو مبدأ يجعل كل المبادئ السابقة تتكسر وتتحقق في الميدان.

هـ - في المنظمات الدولية:

لقد تبنت منظمة الأمم المتحدة (ONU) سنة 1975 سياسة الاعتراف بحقوق الأشخاص المعوقين، واعتبرت سنة 1981 سنة دولية لهم، وكان ذلك استكمالاً للإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948م، وبذلك فقد اعتبرت هذه المنظمة بأن للمعوقين حقوقاً مثلهم مثل باقي الأفراد العاديين بالمجتمع.

وقد جعلت العشرية (1983-1992) عشرية خاصة بترقية الأشخاص المعوقين في العالم، حيث أنه وفي سنة 1993م تم تبني قواعد المساواة في الفرص (تكافؤ الفرص) للأشخاص المعوقين مع الأشخاص العاديين.

كما أن العمل الذي قام به (فيليب وود Philip Wood) لصالح منظمة الصحة العالمية (OMS) في السبعينات، قد أعاد النظر في تصنيف مختلف الإعاقات، وحتى في تعريف الإعاقة، كانعكاس اجتماعي لعدم استيعاب المجتمع لعجز الأشخاص.

إن التطور التاريخي لنظام الرعاية والتكفل بالأشخاص المعوقين، والذي أثاره التطور الصناعي، وتغير الذهنيات، وتزايد نشاط الجمعيات المدافعة عن هذه الفئة قد خلق قطيعة في

⁽¹⁾Idem., 2-4.htm.

سياسات التكفل في معظم الدول، فالعمل اتجاه الأشخاص المعوقين أصبح يركز على محاولة تكيفهم عوض التركيز على إدماجهم، وذلك دون تمييز في الوسط الاجتماعي.

وقد ظهر مفهوم التمييز الايجابي في فرنسا ومعظم الدول الأوروبية ودول أمريكا الشمالية كمفهوم دال على الإجراءات التي اتبعتها تلك الدول، من أجل تمكين المعوقين من العيش في الوسط الاجتماعي، ذلك بإنشاء مؤسسات لتربية وتكوين الأطفال المعوقين، ومع ذلك نجد بأن في فترة التسعينات قد ظهر قانون اللا تمييز والذي يسعى إلى إدماج هذه الفئة في الوسط العادي.

لكن ألا يمكن أن نقول بأن التمييز الايجابي واللا تمييز هما رؤيتان نابعتان من مشروع واحد، هدفه الإدماج الاجتماعي لهذه الفئة من المجتمع.

ونعتبر الألفية الثالثة، فترة الانطلاقة العملية لترقية المعوقين في العالم، حيث نصبت الأمم المتحدة لجنة مخصصة لوضع اتفاقية دولية شاملة لحماية وتعزيز حقوق المعوقين وكرامتهم، وذلك بنيويورك في 16 جويلية من عام 2003، وذلك من أجل تقييم التقدم المحرز في مجال تحقيق تكافؤ الفرص من قبل المعوقين ومن أجلهم وبمشاركتهم.

وقد نص قرار الجمعية العامة رقم 82/52 على مجموعة موجزة من الأولويات لإجراءات النهوض بالمعوقين في الإطار العريض لحقوق الإنسان الدولي والإقليمي والوطني، لمواصلة تحقيق تكافؤ الفرص من قبل المعوقين، ومواصلة التقدم المحرز في وضع القواعد والمعايير، وبناء القدرات والمؤسسات الوطنية، ووضع قاعدة للبيانات والإحصاءات المتصلة بالإعاقة.

وقبل ذلك فقد نظرت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الاستثنائية السابعة والعشرين بنيويورك في 08-10 ماي 2002، في التقدم المحرز في سبيل الطفل في العقد الذي انقضى، على انعقاد مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل في عام 1990، وصدور الإعلان العالمي لبقاء الطفل وحمايته وإنمائه، وخطة العمل لتنفيذه في التسعينات.

وتتضمن الوثيقة الختامية التي اعتمدت في الدورة الاستثنائية، والمعنونة: "عالم صالح للأطفال"، إعلانا وخطة عمل يرميان إلى تعزيز التعاون الدولي لتكريس وحماية حقوق الطفل في القرن الحادي والعشرين.

وتتناول خطة العمل حالة الطفل المعوق من حيث اتصالها بتمتعته تمتعا كاملا ومتساويا بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية (الفقرة 21)، وتعزيز حياة سليمة صحيا (البند 17 من الفقرة 37)، وتوفير تعليم ذي نوعية (البند 04 من الفقرة 40)، وكل ذلك من أجل النهوض بالطفل المعوق بوجه عام في العالم.

ويتبين من كل هذا بأن الاستقلالية الذاتية، الصحة والتعليم هي جوانب وأهداف أساسية يجب أن تعمل على تحقيقها أية سياسة تكفلية في أية دولة كانت.

ويعد مؤتمر الأمم المتحدة لتمويل التنمية الذي جرى في الفترة ما بين 18-22 مارس من سنة 2002 بمونتيري بالمكسيك،⁽¹⁾ أول مؤتمر تنظمه الأمم المتحدة لمعالجة مسألتي التمويل والتنمية. وانطوى المؤتمر أيضا على أول تبادل للآراء بشأن مسائل اقتصادية عالمية بين أربعة أطراف مؤلفة من الحكومات والمجتمع المدني والشركات وأصحاب المصلحة المؤسسين.

ويعرض هذا المؤتمر عدد من الإجراءات الرئيسية لدعم التنمية، تشمل تعبئة الموارد المالية المحلية من أجل التنمية والتجارة والتعاون المالي والتقني والمديونية والمشاكل العضوية.

ومع أن الوثيقة الختامية لا تتناول حالة المعوقين بكل محدد في سياق التنمية، فإنها توفر توجيهات بالغة الأثر بشأن أهمية الالتزام بسياسات الإدماج والمساواة، بما في ذلك المساواة بين الجنسين واحترام حقوق الإنسان والاستثمار في الأشخاص، في البنية الأساسية الاقتصادية والاجتماعية والخدمات الاجتماعية، والحماية الاجتماعية، بوصفها عاملين هامين في المساعي المشتركة لتحقيق النمو والتنمية المستدامة والقضاء على الفقر، وتلك شروط مسبقة وأساسية للنهج التطويرية من أجل النهوض بالمعوقين.

ونظرت الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة: (مريد 8-12 افريل 2002) في التقييم الثالث لبرنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين، حيث سجلت وجود انحسار ملحوظ في القدرات الحركية والحسية يتزامن مع التقدم في السن، لكن ذلك لا يشكل شروط موجبة لإدراج المسنين في عداد مجموعة الأشخاص المعوقين.

(1) منظمة الأمم المتحدة: تقرير اللجنة المخصصة المعنية بوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق

المعوقين وكرامتهم، نيويورك، 16-27 جويلية 2003، في:

وتقتضي شيخوخة السكان النظر في اعتبارات متعلقة بالسياسات ومتصلة بتعزيز بيئة تتيج للجميع القدرة على التنقل، وتخطيط الخدمات الاجتماعية، وشبكات الأمان الملائمة وتوفيرها، وإتاحة أسباب الرزق المستدامة لتهيئة ظروف للعيش المستقل خارج دور الرعاية والمحافظة على الحد الأقصى من القدرات الوظيفية لكبار السن المعوقين طوال حياتهم، وتشجيعهم على المشاركة الكاملة في المجتمع.

وقد نظر المجلس الاقتصادي والاجتماعي في الجزء الرفيع المستوى من دورته الموضوعية لعام 2002 في موضوع: "مساهمة تنمية الموارد البشرية، بما في ذلك مجالا الصحة والتعليم، في عملية التنمية"، وهو موضوع هام من منظور الإعاقة، لأن الصحة هي شرط مسبق لتحقيق المساواة في المشاركة بين المعوقين، على النحو الوارد في القاعدة رقم 02 (الرعاية الطبية) والقاعدة رقم 03 (إعادة التأهيل) والقاعدة رقم 04 (خدمات الدعم)، من القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص بين المعوقين، القرار رقم 96/48، ولأن التعليم هو مجال مستهدف للمساواة في المشاركة (القاعدة رقم 06).

إلا أن البيان الوزاري الذي اعتمدته المجلس في عام 2002 لم يشر إلى حالة المعوقين في سياق التنمية أو فيما يتعلق بالتعليم والتدريب والرعاية الصحية والحصول على تكنولوجيات الاتصالات والمعلومات الحديثة.

وبهدف بناء القدرة على تحليل البيانات والإحصاءات المتعلقة بالإعاقة في التحليلات والتقييمات المتعلقة بالسياسات، نظمت شعبة السياسات الاجتماعية والتنمية في الأمانة العامة للأمم المتحدة بالاشتراك مع الشعبة الإحصائية، اجتماع خبراء عن التقييم والرصد لمراعاة الإعاقة، لاستعراض ومناقشة الخيارات لتحسين تنظيم وعرض البيانات والإحصاءات في صياغة السياسات والخطط والبرامج ورصدها وتقييمها من منظور الإعاقة.

وأوصى المشاركون في الاجتماع بأنه إذا تعين على جميع الأشخاص أن يمارسوا حقوقهم الإنسانية في سياق التنمية، فيجب تقييم القدرة على الوصول إلى المؤسسات المجتمعية على نحو منتظم، ودرس المشاركون سبعة أبعاد لتيسير الوصول إلى البيئة، وهي كما يلي:

- التوجيه (من): هل لديك المعلومات التي ترغب في الحصول عليها؟
- الاستقلالية (ماذا): هل تختار ما ترغب فيه؟

- التنقل (أين): هل تذهب حيثما تشاء؟
 - شغل الوقت (متى): هل تشارك في عمل عندما ترغب في ذلك؟
 - الاندماج الاجتماعي (مع من): هل يقبلك الآخرون؟
 - الكفاية الاقتصادية الذاتية (ماذا): هل لديك الموارد التي تحتاجها؟
 - التحول (التغيير): هل أنت مستعد للتغيير؟
- وأعرب المشاركون في الاجتماع عن رأيهم بأن الأبعاد السبعة كانت مفيدة في تقييم ما إذا ثمة تكافؤ في السياسات والخطط والبرامج، ويمكن رصد حالة الأشخاص المعاقين مع الأبعاد السبعة للتقييم فيما إذا كان قد استُبعدوا، أو إذا كفلت لهم حقوقهم الإنسانية واستفادوا من التنمية الاقتصادية والاجتماعية.⁽¹⁾
- إن التقييم المنهجي لتيسير الوصول إلى البيئة يمثل طلباً أساسياً في تعزيز حقوق الإنسان للجميع في سياق التنمية.

و- التعاون الإقليمي لتكافؤ الفرص:

أولاً: عقد المعوقين في آسيا ومنطقة المحيط الهادي (1993-2002):

توفر تجربة عقد المعوقين في آسيا ومنطقة المحيط الهادي (1993-2002) دروساً هامة في التعاون الإقليمي من أجل تعزيز تكافؤ الفرص.

وأعلن قرار اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادي 3/48 العقد وحدد أهداف تحقيق المشاركة والمساواة بصورة كاملة للمعوقين.

وقد حدد الإعلان وخطة العمل للعقد المبادئ التوجيهية في مجال السياسات من أجل تحقيق أهداف العقد، وبين اثني عشرة مجالاً للاهتمام بالنسبة للسياسات، وهي: التنسيق الوطني، التشريعات، الإعلام، الوعي العام، القدرة على الوصول، الاتصال، التعليم، التدريب، والعمالة، ومنع أسباب الإعاقة والمعوقات، خدمات إعادة التأهيل والأجهزة المساعدة، منظمات المساعدة الذاتية والتعاون الإقليمي.

وقد نظمت اللجنة بالتعاون مع حكومة جمهورية كوريا اجتماعاً لكبار المسؤولين، للاحتفال بحلول منتصف العقد (سيول 26-29 سبتمبر 1997) للنظر في التقدم المحرز في

(1) منظمة الأمم المتحدة: تقرير اللجنة المخصصة المعنية بوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق

المعوقين وكرامتهم، نيويورك، 16-27 جويلية 2003، في:

تحقيق أهداف العقد، بمشاركة ومساواة كاملتين للمعوقين، ولتوفير التوجيه بالنسبة للعمل في النصف الثاني من العقد، حيث حددت 107 أهدافا للعمل يحققها العقد بحلول عام 2002، وفي جويلية من هذه السنة أبلغت اللجنة أن 41 من أعضائها المنتسبين والبالغ عددهم 57 قد وقعوا على إعلان بشأن تحقيق المشاركة والمساواة الكاملتين للمعوقين في آسيا ومنطقة المحيط الهادي.

وقد حقق العقد بعض التقدم فيما يتعلق بخطة عمل أوسع للمعوقين، حيث بذلت جهود معتبرة لإدراج مسائل المعوقين في صميم عملية التنمية، ولتعزيز حقوق المعوقين من خلال تدابير قابلة للتنفيذ، ولزيادة الاهتمام بالقدرة على الوصول بيئيا، ولتحقيق تعليم شامل، ولتحقيق المشاركة ذات الفائدة في تخطيط الخدمات وتوفيرها، والتدريب المتكامل وخطط تعزيز فرص العمل، ونظرا إلى أن الفقر والجوع يتطلبان اهتماما ملحا، فقد تم الاعتراف الآن بأن الصلة التي تربط بين الفقر والإعاقة واحتياجات المعوقين التي لا تلبى لا سيما في المناطق الريفية، هي جزء لا يتجزأ من عملية معالجة هذا الانشغال ذي الأولوية.

وقد انتهى العقد في ديسمبر 2002، وأعلنت اللجنة تمديد العقد، وبدء عقد ثان 2003-2012، وحدد الإطار الإقليمي للعمل المجالات التالية:

- منظمات المساعدة الذاتية للمعوقين، النساء المعوقات، التدخل المبكر والتعليم، التدريب والعمالة بما في ذلك الاستخدام الذاتي، الوصول إلى بيئات مبنية والنقل العام، الإفادة من المعلومات والاتصالات، التخفيف من حدة الفقر من خلال الضمان الاجتماعي، وتوفير سبل العيش المستدام.⁽¹⁾

ثانيا: العقد الإفريقي للمعوقين: (2000-2009):

يمثل العقد الإفريقي للمعوقين مبادرة من مجتمع المنظمات غير الحكومية بالتعاون مع الدول الأعضاء وحكومات بلدان منظمة الوحدة الإفريقية (الاتحاد الإفريقي حاليا)، وتهدف هذه المبادرة إلى تعزيز تكافؤ الفرص للمعوقين، وقرار إعلان العقد هو نتيجة توصية قدمتها لجنة الشؤون الاجتماعية والعمالية التابعة لمنظمة الوحدة الإفريقية خلال دورتها الثانية والعشرون المعقودة في ويندهوك في الفترة الممتدة من 19 إلى 24 افريل 1999، واعتمدت

(1) منظمة الأمم المتحدة: تقرير اللجنة المخصصة المعنية بوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق

المعوقين وكرامتهم، نيويورك، 16-27 جويلية 2003، في:

خلال اجتماع لجمعية منظمة الوحدة الإفريقية، ضم رؤساء الدول والحكومات في الجزائر العاصمة في الفترة من 12 إلى 14 جويلية 1999، وأعلنت الفترة 2000-2009 رسميا العقد الإفريقي للمعوقين خلال الدورة العادية الثانية والسبعين لمجلس وزراء بلدان الوحدة الإفريقية والجمعية السادسة والثلاثين لجمعية رؤساء الدول والحكومات على التوالي المعقودتين في لومي في الفترة من 10 إلى 12 جويلية 2000، بهدف إرهاب الوعي والالتزام بالمشاركة والمساواة وتمكين المعوقين في إفريقيا بصورة تامة.

وقد شجع المجلس الاقتصادي والاجتماعي في الفقرة 14 من قراره 10/2000 منظمة الأمم المتحدة تقديم الدعم الدولي للعقد من أجل تعزيز تكافؤ الفرص وتعزيز وحماية حقوق الإنسان للمعوقين

ومن 04 إلى 07 فيفري 2002، نظمت منظمة الوحدة الإفريقية في أديس أبابا، بالتعاون مع معهد إعادة التأهيل الإفريقي والاتحاد الإفريقي للمكفوفين، مؤتمرا مشتركا بين البلدان الإفريقية، عن العقد للنظر في خطة العمل للعقد، وقد تم الاتفاق على استخدام مصطلحات: "الأشخاص ذوي المعوقات" و"المعوقون" و"الأشخاص المعوقون" لأداء المعنى نفسه، في خطة العقد، وأيد الخطة رسميا مجلس وزراء بلدان منظمة الوحدة الإفريقية. وتدعو خطة العمل الدول الأعضاء والحكومات إلى دراسة حالة المعوقين بهدف وضع تدابير تدعم تكافؤ الفرص، والمشاركة التامة واستقلالهم في المجتمع، وحثهم كذلك على ضرورة:

- وضع أو إعادة وضع سياسات وبرامج وطنية تشجع المشاركة التامة للمعوقين في التنمية الاجتماعية والاقتصادية.
- إقامة أو تدعيم لجان التنسيق الوطنية المعنية بالإعاقة، وكفالة التمثيل الفعال للمعوقين ومنظماتهم.
- دعم انجاز الخدمات في المجتمعات المحلية بالتعاون مع وكالات ومنظمات التنمية الدولية.
- تعزيز بذل المزيد من الجهود التي تشجع المواقف الايجابية إزاء المعوقين من أطفال وشباب، نساء وراشدين، وتنفيذ تدابير لكفالة حصولهم على خدمات إعادة

التأهيل والتعليم والتدريب والعمالة، فضلا عن الأنشطة الثقافية والرياضية والوصول إلى البيئة المادية.

- وضع برامج تخفف من وطأة الفقر بين المعوقين وأسرهم.
- وضع برامج توجد وعيا وإدراكا أفضل لدى المجتمعات المحلية والحكومات بالنسبة للإعاقة.
- منع الإعاقة من خلال نشر السلام والانتباه إلى الأسباب الأخرى للإعاقة.
- إدراج مسألة الإعاقة في صميم الخطط الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للحكومات الإفريقية.
- ترؤس تنفيذ القواعد المعيارية وكفالة استعمالها كأساس للسياسة العامة والتشريعات من أجل حماية مصالح المعوقين في إفريقيا.
- تطبيق جميع صكوك حقوق الإنسان للأمم المتحدة والاتحاد الإفريقي وتعزيز رصد حقوق المعوقين.

ويعتبر هذا العقد برنامجا فرعيا من النيباد (الشركة الجديدة للتنمية في إفريقيا) لكن يبقى المشكل المطروح هو مدى التزام الدول الإفريقية بما جاء في هذا العقد، ومدى صرامتها في تطبيق بنوده، ومدى فعالية مساهمتها المادية والمعنوية في سبيل إنجاح هذا العقد.⁽¹⁾

ثالثا: العقد العربي للمعوقين:

تم النظر في مسألة إعلان الفترة 2003-2010 العقد العربي للمعوقين، خلال اجتماع استضافته اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا في بيروت في الفترة من 02 إلى 05 أكتوبر 2002، ونظمت المؤتمر عن موضوع: "ظروف المعوقين في العالم العربي: نحو عقد عربي للمعوقين"، جامعة الدول العربية والمنظمة العربية للمعوقين، بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية في لبنان، والاسكوا، ومنظمات محلية وإقليمية ودولية معنية بالإعاقة، وحضر المؤتمر ما يزيد عن 250 شخصا، من بينهم وزراء عرب ومسؤولون من 18 بلدا عربيا وخبراء وممثلون دبلوماسيون، وممثلون لمنظمات غير حكومية.

(1) منظمة الأمم المتحدة: تقرير اللجنة المخصصة المعنية بوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق

المعوقين وكرامتهم، نيويورك، 16-27 جويلية 2003، في:

وركزت المداولات خلال المؤتمر على 10 أهداف أساسية حددها العقد، وهي: التعليم، الصحة، التشريعات، إعادة التأهيل والعمالة، النساء المعوقات، الأطفال المعوقون، إمكانية الوصول والنقل، العولمة والفقر والإعاقة، الإعلام والوعي والترقية والرياضة. وحددت الجلسات العامة وحلقات العمل توصيات أُعتمدت بالإجماع خلال الجلسة الختامية.⁽¹⁾

ز - دراسة مقارنة للإدماج الاجتماعي للمكفوفين بالصين والولايات المتحدة الأمريكية (إيدوان فوقان):⁽²⁾

وهي دراسة مقارنة بين تطور رعاية المعوقين في الصين والولايات المتحدة الأمريكية:

أولاً: عرض الدراسة:

أهداف الدراسة:

معرفة أوجه التشابه والاختلاف لرعاية المكفوفين حالياً وفي القديم في كل من الصين والولايات المتحدة الأمريكية.

فروض الدراسة:

- 1- إن مفهوم المكفوفين لذاتهم، ونظرة أفراد المجتمع إليهم في كلا البلدين يتحددان بالتطورات الثقافية والتاريخية، كذلك بالظروف الاجتماعية الحالية.
- 2- في كلا البلدين للأفراد المكفوفين، نفس الاحتياجات، لكن تلبيتها ومدى تمكن الفرد المكفوف من المشاركة الاجتماعية، يتحددان بمعرفة المركب السياسي التاريخي لكل بلد، وما يمنحه المجتمع للفرد المكفوف من فرص تجعله يندمج في الحياة الاجتماعية.

⁽¹⁾ منظمة الأمم المتحدة: تقرير اللجنة المخصصة المعنية بوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق

المعوقين وكرامتهم، نيويورك، 16-27 جويلية 2003، في:

Copyright (c) 2003 AIMS/Vision Office. Last updated 05/26/03. facilitator@worldenable.net

⁽²⁾ <http://www.tribune.asso.fr>, 26.02.2001.

عينة الدراسة:

عينة عشوائية تتكون من 52 شخصا مكفوفًا مختارة من هيئات مستقلة في ولايات بالصين.

الأدوات الدراسية:

الملاحظة بالمشاركة، المقابلة.

مجال الدراسة:

هيئات مستقلة بولايات بالصين، واستغرقت الدراسة حوالي 13 شهرًا.

نتائج الدراسة:

في الصين قديماً فإن الأفراد المكفوفين لم يلقوا الاهتمام الكافي بهم، فكانوا يمارسون المهن التقليدية الحرة (الرواية، التتجيم، الدلك، الموسيقى) أما في اليونان القديمة كان الأفراد الأكابر من بين المكفوفين.

اتحاديات عمال المكفوفين الصينيين كانت مسيرة من طرف المكفوفين أنفسهم، على عكس الدول الغربية التي اهتمت بإنشاء مراكز متخصصة ومدارس، ففي فرنسا أنشئ أول مركز عام 1258م، وأعطت أمريكا اهتماماً بالغاً بتربية وإعادة إدماج المكفوفين.

في الفترة 1949-1982م اتجهت الصين للانفتاح على اقتصاد العام وظهرت بوادر التأسيس لفيدرالية المعوقين، لكن معظم المبحوثين أدلوا على أن وضعياتهم ذات تدهور بعدما عرفت الصين التحرر الاقتصادي، لأن مسؤوليتها كان يهمهم الربح أكثر من تلبية حاجات المكفوفين، فقد كانت مناصب العمل تسخر للطبقة الاجتماعية الخاصة من المكفوفين (الأغنياء الذين لهم صلة بالقطاع العسكري)، فبقى أغلب المكفوفين من الطبقة المتوسطة يعانون من الفقر، أما في أمريكا فقد وفرت المؤسسة الأمريكية للمكفوفين مناصب عمل بأجور لا بأس بها وخدمات تأمين جيدة، حررتهم من التسول والبيع على أرصفة الطرق، وكذلك ظهور الفيدرالية الأمريكية التي ساهمت في تشريع عدة حقوق للمكفوفين، وكانت حركة اجتماعية نزيهة مكثت طويلاً.

لم تتحرر الفيدرالية الصينية للمكفوفين من القيود الثقافية حتى الآن، حيث توجد قوانين تمنع المكفوفين من مواصلة التعليم، لأنه ينظر إليه نظرة سلبية، ويبقى فرداً عاجزاً مهماً

وضعت له برامج تعليمية خاصة، أما الفرد المكفوف في أمريكا فقد وفرت له فرص تعليمية توازي تلك الموفرة للأفراد العاديين للوصول بهم إلى احتلال مكانة اجتماعية.

ثانياً: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

تتمثل أهمية هذه الدراسة في الدراسة الحالية، في أنها توضح الفرق في معاملة المعوقين، بين دولتين من قطبين معاكسين، وهما على التوالي: القطب الاشتراكي والقطب الرأسمالي.

حيث تتضح لنا الرؤية أكثر حول مدى تأثير سياسة الرعاية والإدماج الاجتماعي للأشخاص المعوقين في أي بلد بالسياسة العامة والسياسة الاقتصادية والاجتماعية والأوضاع الثقافية لذلك البلد.

وهي تدعم العنصر الأول من هذا الفصل من الدراسة، والمتضمن تطور النظرة إلى رعاية المعوقين في العالم.

كما أنها تتطرق إلى جانب هام من جوانب شخصية المعوق، وهو صورة الذات لديه، والتي -حسب هذه الدراسة- تتأثر بالمحيط الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه، وبمدى منح المجتمع له فرصاً للاندماج الاجتماعي والمهني.

2- الاتجاه النظري النفسي والسلوكي في تربية وتعليم المعوقين:

يبرز هذا الاتجاه بشكل واضح في أفكار بعض رواد الفكر التربوي خلال القرن التاسع عشر، ومن أهمهم (جون هنري باستالوتزي) و(جون فردريك هيربرت) و(فروبل) و(جون ديوي) و(دورد كلاباراد) و أصحاب النظرية النفسية، كما برز كذلك في أفكار نظرية التعديل السلوكي أو العلاج السلوكي، وفيما يلي سيتم عرض أهم الأفكار مع التحليل والمناقشة:

أ- أفكار جون هنري باستالوتزي J.H PESTALOZZI :

أكد هذا المفكر على أن النشاط البدني الحر والخبرة الحسية التي يكتسبها الطفل عن طريق مجهوده الشخصي وميله الذاتي، التشجيع على كل تقدم يحرزه الطفل، ولو كان تقدماً هيناً، يجعله كل ذلك اقدر على اكتساب السلوك الجديد، والمعلومات المرتبطة به.⁽¹⁾

(1) عبد الله عبد الدائم: التربية عبر التاريخ، ط1، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، 1981، ص. 403، 413.

وهنا تأكيد على أهمية اعتماد الطفل على جهده الذاتي في القيام بالنشاطات التي يوجهه إليها المربي، وهذا مع مراعاة ميوله وتشجيعه على بذل المزيد من الجهد كلما حدث هناك تقدم في معارفه، وسلوكاته، مع عدم ذمه عند الفشل، مع العلم بأن الطفل المعوق تميزه بعض الحالات النفسية والسلوكية عن باقي الأطفال العاديين، ومن بينها الخوف من الفشل وعدم الثقة بالنفس والإحساس بالدونية، ومحدودية القدرات العقلية أو النفسية والاجتماعية والحركية، لذلك وجب على المربي مراعاة ذلك في تعامله معه.

كما يؤكد كذلك هذا المفكر التربوي على أهمية مسايرة المعلومات والمعارف للنمو الطبيعي للطفل، حيث أن لكل مرحلة نمائية لشخصيته، النوع والقدر الملائم والخاص من المعرفة، والذي يجعل الطفل ميالا إلى التعلم ومحبا له.⁽¹⁾

مبادئ الفكر التربوي لدى باستالوتري:

يوجز (مورف) التربية عند هذا المفكر في عدة مبادئ، نذكر منها: "يجب أن ترتبط التربية بالحدس الحسي"،⁽²⁾ وهذا يعني وجوب تعليم الطفل بلغته، وعن طريق الأحاسيس، اللمس، وليس عن طريق المفاهيم المجردة التي يصعب فهمها لديه، ويكون ذلك من خلال النشاطات التي يكلف بإنجازها التلاميذ والتي تتماشى مع ميولاتهم واهتماماتهم، إلى جانب الوسائل التعليمية المعينة (وسائل الدعم)، التي يجب أن تكون للمعلم المختص مهارة كافية في استغلالها.

وهذا ما يدفعنا للتأكيد على ضرورة تكيف البرامج والوسائل التربوية، حسب نوع ودرجة الإعاقة التي يعاني منها الطفل، سواء أكانت إعاقة حسية أم ذهنية أم حركية مع ضرورة توفير الوسائل الضرورية لتعليم طفل معوق بأي نوع من تلك الإعاقات.

"أن فترة التعليم ليست فترة المحاكمة والنقد"،⁽³⁾ ويعني ذلك أنه على المعلم المختص تشجيع الأطفال المعوقين على كل نشاط يقومون به، وعلى كل تقدم معرفي يحرزون به، حتى وإن كان بطيئا أو قليلا، وعليه كذلك أن يترك للتلاميذ الفرصة للمبادرة وعدم ذمهم أو توبيخهم عند الخطأ، وهذا ما نحاول كشفه في الواقع الميداني من خلال معرفة كيفية معاملة المكونين للمتربصين المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، ومدى أدائهم لدورهم كمنشطين وموجهين لهم نحو السلوك المرغوب.

(1) (2) (3) المرجع نفسه، ص. 414، 425.

"يجب أن تسير عملية التربية الصحيحة حسب القوانين الطبيعية لنمو الطفل، بدلا من أن تكون مناقصة لها ومعوقة لنموها، والتربية هي عملية النمو العضوي الكامل لكل ملكات الشخص وقواه الجسمية والعقلية والخلقية".⁽¹⁾

ويقصد هنا باستالوتزي، وجوب مسايرة المناهج التربوية الخاصة، لمراحل نمو شخصية الطفل النفسية والعقلية، حيث لا تكون أقوى أو أضعف من قدراته في كل مرحلة من مراحل نموه.

كما يجب على المربين مراعاة الخصائص النمائية لشخصيات الأطفال النفسية منها والعقلية، وأن تهدف التربية والتربية الخاصة تنمية شخصية الطفل والطفل المعوق بكل جوانبها البيولوجية، النفسية، العقلية والاجتماعية، ولا تقتصر فقط على تنمية عقولهم ومعارفهم.

ينبغي أن يبدأ التعليم في كل فرع من فروع أبسط عناصره وان يتقدم تدريجيا مسائرا نمو الطفل وتطوره.⁽²⁾

وهنا تأكيد على أهمية التدرج في التعليم، والانتقال من الخاص إلى العام، من البسيط إلى المركب، وهذا ما يسهل التحصيل للتلاميذ، ويتفق هنا (باستالوتزي) مع (ابن خلدون) الذي يرى بأن أحسن الطرق في التعليم هي التي تتدرج بالطالب من أصول العلم والشرح الإجمالي، وذلك مع مراعاة قوة العقل والاستعداد، إلى الفروع والتفاصيل والشرح المدقق، ففي المرة الأولى تحصل لطالب ملكة، إلا أن هذه الملكة ضعيفة، على أنها تهيوه لفهم العلم لمواصلة تحصيله.⁽³⁾

"أن فردية الطفل مقدسة"،⁽⁴⁾ حيث يؤكد باستالوتزي على هذه الفكرة بصفته مربيا نفسيا، حيث يرى ضرورة اعتماد الطفل على نفسه، لكن لا يمكن أن يكون ذلك في كل حالات الأطفال، فالأطفال المعوقون لا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم، فهم بحاجة إلى من يرافقهم، إلا في بعض حالات الإعاقة الخفيفة، حسية كانت أم عقلية أم حركية، وهنا يتضح جليا دور التربية الخاصة والرعاية النفسية والتعليمية والتكوينية والاجتماعية للأطفال

(1) المرجع نفسه، ص. 425.

(2) المرجع نفسه، ص. 425.

(3) عبد الرحمن بن خلدون: المقدمة، ج2، الفصل 29، دار إحياء التراث العربي، بيروت، دون تاريخ، ص. 537.

(4) عبد الله عبد الدايم، مرجع سابق، ص. 426.

المعوقين، والتي تهدف بذلك إلى الوصول بهم إلى درجة أعلى ما يمكن من الاعتماد على النفس ومن الاستقلالية الذاتية. هذا هو الهدف الذي تحدده الوزارة الوصية، من إعداد المنهج التربوي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر.

"يجب أن تقتزن القدرة العملية بالحكمة والمعرفة، أي أن تقتزن المهارة العملية بالقدرة النظرية".⁽¹⁾

أي أن خير ما نبدأ به تربية الطفل عادي كان أو معوقا، هو تدريب حواسه على الإدراك الحسي الدقيق، لأنه عن طريق الإحساس المباشر بالأشياء والإدراك الحسي لأشكالها يمكنه من أن يكون بعض الأفكار عن خصائصها العامة

وينطبق هذا تماما على ضرورة تربية حواس الأشخاص المكفوفين، ونجد بأن المنهج التربوي للمؤسسات المتخصصة والذي سوف نتوسع فيه في فصل لاحق، يحدد ذلك من عناصر التربية لنفسية الحركية وتنمية حواس المعوقين.

"يجب أن يخضع كل فرع من فروع التعليم إلى هدف أسمى من التربية".⁽²⁾ وهذا تأكيد على ضرورة ارتباط الأهداف الخاصة للتعليم بالأهداف العامة للتربية والتي تتمثل في تنمية شخصية الفرد من مختلف جوانبها: البيولوجية، العقلية، النفسية والاجتماعية، إلى جانب أهداف المجتمع التي يرغب في تحقيقها عن طريق التربية، وهذا ما يجعل من الضروري أن تهدف السياسة الاجتماعية لرعاية المعوقين إلى تنمية هؤلاء، وتنمية قدراتهم المتبقية والكامنة من أجل أن تخلق منهم أفرادا صالحين منتجين وفعالين في المجتمع لا عالة عليه.

هذه المبادئ التي جاء بها باستالوتري تهم كثيرا هذه الدراسة التي لا تركز على الجانب الاجتماعي فحسب من سياسة رعاية المعوقين، وإنما تركز بنفس القدر من الاهتمام والأهمية على الجوانب النفسية والبيداغوجية والتكوينية فيها.

ب - أفكار فروبل F.F.A. FROBEL:

ولد (فريدريس فلهلم اوغيس فروبل) وهو عالم ألماني في 1782م، من قس بروتستاني، وقد نشأ متحمسا لبذل الخير، وقد ساعدت فكرة التطور التي استفاد منها فروبل في دراساته على نضج نظريته القائلة بوحدة الأشياء كلها وبالطبيعة العضوية للكون كله.⁽²⁾

(1) المرجع نفسه، ص. 426.

(2) عبد المجيد عبد الرحيم: قواعد التربية والتدريس، ط2، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة، مصر، 1985، ص. 41.

رغم أن فروبل لم يكن عالما نفسانيا، فإنه كان مفكرا، ذا مبادئ نفسية، يمكن تلخيص هذه المبادئ في النقاط التالية:

- أن التربية هي عملية طبيعية، حيث أن الإنسان منذ بداية حياته هو كائن عضوي وشخصيته تتكون من عدة نزعات، لا يحقق كمالها ونموها إلا عن طريق النشاط الذاتي في الطبيعة.⁽¹⁾

وهي نفس فكرة باستالوتزي، حيث يتفقان على أهمية النشاط الذاتي في تطوير الشخصية، خاصة من جانبها العقلي والنفسي.

- أن الطفل كيان عضوي متكامل، ينمو من خلال النشاط الذاتي، ووفق قوانين طبيعية عفوية، وهذا يعني بأن التربية تهدف عملية النمو العضوي الكامل لكل جوانب الشخصية وقوى الطفل الجسمية والعقلية والخلقية، ويكون ذلك بترك الحرية في أداء النشاطات بصفة ذاتية، وحسب ميوله واهتماماته، وهنا توفيق بين مبدأ الميل والاهتمام، ومبدأ بذل الجهد.⁽²⁾

لكن بالنسبة للأطفال المعوقين، فإن الجهد الأكبر يجب أن يبذل من طرف المعلمين والمربين المختصين والمؤطرين والمكونين من أجل تحقيق أهداف تربيتهم الخاصة، وسياسة إدماجهم، والوصول بهم إلى أعلى درجة من الكسب والتكيف الشخصي.

- "أن الفرد هو جزء عضوي من الجماعة"⁽³⁾ وهنا يقصد فروبل بأن الطفل لا يمكنه أن يتربى بمفرده، ولا يمكننا أن نربيه دون أن نأخذ بعين الاعتبار البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، فهي تؤثر فيه تتأثر به، وهذا ما ينطبق على الأطفال المعوقين، فهم يتأثرون بمحيطهم الاجتماعي، الأسري والمدرسي وغيره.

فيحملون بعض المعاني والأحاسيس الايجابية أو السلبية عن مفهوم الذات، حسب ايجابية أو سلبية ذلك المحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه، ومدى وعي أفرادهم بدورهم اتجاههم، كما أن الأشخاص المعوقين يؤثرون في بيئتهم وخاصة الأسرية والمدرسية، وفي

(1) عبد الله عبد الدايم: مرجع سابق، ص. 449.

(2) نبيل السمالوطي: التنظيم المدرسي والتحديث التربوي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، جدة، 1980، ص. 146.

(3) عبد الله عبد الدايم: مرجع سابق، ص. 450.

العلاقات الاجتماعية السائدة فيها، ويتجلى ذلك واضحا في العلاقات الأسرية بالتحديد، حيث تتغير حسب اتجاهات ومواقف الوالدين وأفراد الأسرة من ابنهم المعوق.

وهذا ما نحاول كشفه في ميدان الدراسة، من خلال أسئلة الاستمارة الموجهة للمتربصين المعوقين، والتي تدور حول معاملة أفراد الأسرة لهم.

كما أن هذا المبدأ يتضمن فكرة المشاركة الاجتماعية للفرد، أي أن النشاط الذاتي من خلال المشاركة الاجتماعية هو أساس التربية لدى فروبل، والذي من خلال هذا يكون متناقضا مع معلمه باستالوتزي، الذي يقدر مبدأ فردية الطفل، ويتلاقى مع توجهنا الاجتماعي في هذه الدراسة.

"الكون كله كيان عضوي تنضوي تحته سائر الكائنات الجزئية، كما أن اليد أو العين عضوان من أعضاء الجسد، فالفرد عضو في الجنس البشري، والجنس البشري عضو في الوعي الكوني الشامل".⁽¹⁾

هذه الفكرة هي مقاربة لفكرة الوظيفيين ضمن التفكير الاجتماعي العام، حيث يؤكدون على أن المجتمع كنسق اجتماعي يتكون من أجزاء وهم الأفراد، الذين يؤدون وظائفهم بالتكامل والتناسق فيما بينهم لأجل تحقيق أهدافه، كما تتكامل في المجتمع أنظمته الاجتماعية ومؤسساته الاجتماعية كذلك.

وهذا ما نؤكد في هذه الدراسة التي نتناول فيها مؤسسة الرعاية للمعوقين، كنسق اجتماعي يتكون من أجزاء، وسياسة وبرامج الرعاية كنسق اجتماعي كذلك يتكون من أجزاء، وشخصية الفرد المعوق كنسق يتكون من أجزاء، وكل هذا سوف نفصل فيه خلال تطرقنا للنظرية البنائية الوظيفية لاحقا.

ج- أفكار جون فردرك هيربرت J.F.HERBERT:

لقد تأثر هيربرت بعدد من المفكرين، ومن بينهم جون لوك، الذي يرى بأن جميع الأفكار تأتي عن طريق التجربة الحسية، وأنه لا وجود للأفكار الفطرية، وكان يقرر بأن عقل الطفل الوليد هو صفحة بيضاء تنقش عليها التجربة وحدها آثارها.⁽²⁾

(1) المرجع نفسه، ص. 450.

(2) المرجع نفسه، ص. 456.

يؤكد هربرت أن التربية هي عملية بناء الأخلاق وتكوين شخصية متكاملة النمو.⁽¹⁾ وهذا ما يعني بأن الإنسان هو مرن وقابل للتشكيل، وذلك حسب ثقافة مجتمعه، والتي سيستدمجها بفضل بالتربية، تلك التربية يجب أن تعمل كذلك على تنمية جوانب شخصية نفسيا، عقليا وأخلاقيا، حيث يؤكد هذا المفكر كذلك على أن الجانب الأخلاقي والفضيلة، هما الهدف الأساسي من التربية إلى جانب المعرفة، فالعلم بدون أخلاق كالشجرة بدون أوراق. وإذا ما انطلقنا من هذه الفكرة، فإننا نقول بأنه من الضروري أن تعمل مناهج التربية الخاصة وبرامج الرعاية للأشخاص المعوقين، من الأهداف والوسائل، ما يمكن من تنمية الشخصية من كل جوانبها وخاصة، الجانب الأخلاقي وجانب القيم والأنماط السلوكية الايجابية والمرغوبة في المجتمع.

وقد ذهب هربرت "إلى تحقيق الشخصية الخلقية ذات النمو الكامل، والاهتمام المتعدد الجوانب تقتضي توسيع مجال المنهج المدرسي حتى يتصل بمختلف الميول والاهتمامات المراد تنميتها".⁽²⁾

يعني هذا أن المناهج التربوية يجب أن تتأسس على الأخلاق، وان تستهدف تنمية الميول والاهتمامات لدى الأشخاص، كل حسب خصوصياته الشخصية، وقدراته التي ينبغي أن تستثمر في سبيل تنميتها وتوجيهها ايجابيا.

ويرى هربرت، بأن الأفكار هي قوى حركية وهي فعالة نشيطة،⁽³⁾ ومعنى هذا أن التعلم هو التطور الحاصل للأفكار، وتمثلها حيث أن هذه الأخيرة هي غير ثابتة، وهي في تفاعل مستمر فيما بينها، وهذا ما يؤدي إلى تطورها وتحولها من الأبسط إلى الأعقد، ومن الضيق إلى الأوسع، وإلى أفكار أشمل وأعمق وأدق من سابقتها قبل تفاعلها وترباطها، وقد دعى هربرت هذه العملية بعملية التشابك.

يرى هربرت بأن أساس العلاقات التي تتكون بين الأفكار في العقل، هي الواردة والانفعال.⁽⁴⁾ فبدون هذين العاملين الهامين لا يمكن أن تتفاعل الأفكار وتتطور، كما أنها نتيجتين حتميتين لهذا التفاعل.

(1) نبيل السمالوطي: مرجع سابق، ص. 146، 149.

(2) عبد الله عبد الدايم، مرجع سابق، ص. 149.

(3) المرجع نفسه، ص. 458، 459.

(4) المرجع نفسه، ص. 458، 459.

وهذا ما يعني، بأنه بدون توفر عامل الإرادة لدى الفرد في التعلم أو التدريب أو التكون، لا يتمكن من الحصول على الأفكار والمعارف المرتبطة بموضوع التعليم والتدريب أو التكوين، وحتى إن حصل عليها، لا يمكنه أن يطورها.

ذلك ما يجعل من دور المعلم المختص أو المكون في بعث الإرادة لدى المتكويين المعوقين دوراً أساسياً وضرورياً، إلى جانب استثارة دوافعهم واهتماماتهم للتعلم والتكوين. ويعتبر العقل في نظر هربرت في أصله وجوهره، مجرد ميدان تجرى عليه الأفكار نشاطها، وتحقق فعاليتها.⁽¹⁾ حيث تعتبر الأفكار قوى فعالة، والعقل هو الجهاز المحرك لمثل هذه القوى، كما أنه وفي نفس الوقت يتكون عن طريق الأفكار التي يطبعها فيه العالم الخارجي، وبذلك تصبح التربية أهم عامل يقدم مثل هذه الأفكار، فهي إذن التي تصنع العقل وتكونه، وتطبعه وتدرجه على معالجة الأفكار وانتقائها، تفاعلها، تنميتها وتوسيعها، وهذه هي التربية الحديثة التي تستهدف تنمية قدرات الفرد على التفكير واستخدام عقله الاستخدام الفعال، لا تنمية قدراته على حفظ الأفكار، كما كانت تهدف التربية التقليدية.

وهذا ما يبرر أهمية تكيف البرامج والمناهج الدراسية والتكوينية الموجهة لفئة الأشخاص المعوقين، بما يتوافق وقدراتهم العقلية، الحسية والبدنية. كما يرى هربرت بأن للتربية مراحل ثلاث، وهي مرحلة القيادة، مرحلة التعليم، مرحلة التدريب.⁽²⁾

وبهذا فهو يقرر أن التربية هي أولاً وقبل كل شيء قيادة وليست مجرد تعليم وتلقين، حيث أن الأطفال هم كائنات مرنة قابلة للتشكيل، وبالتالي فلا بدّ من تشكيلها على النحو المرغوب والسوي، وأن يجعلهم المربي المختص منهمكين في النشاطات التي يميلون إليها دون ضبط وعنف شديدين، ثم تأتي بعد ذلك مرحلة التعليم التي يتوقف نجاحها على عمليتين أساسيتين، هما:

عملية الامتصاص: وفيها يستوعب الأفراد الأفكار المراد تعلمها، ثم عملية الربط وتحقيق التكامل بين الأفكار الجديدة والأفكار السابقة الموجودة في العقل، ولا يكون هذا عن طريق التلقين، وإنما يكون عن طريق المناقشة والحوار.

(1) المرجع نفسه، ص. 459، 460.

(2) المرجع نفسه، ص. 463.

وبالتالي فالقيادة والتعليم هي ادوار من الضروري أن يؤديها المربي أو المكون الصالح والمنتج المتكيف نفسيا واجتماعيا ومهنيا.

كما يطالب هربرت دائما بالتعليم المثقف،⁽¹⁾ حيث يؤكد على ضرورة المشاركة الفعالة للمتعلم، وضرورة إثارة اهتمامه وانتباهه من طرف المعلم، وان تتضمن المناهج التربوية والبرامج التكوينية، المادة والمواضيع التي تستلهم وتستثير اهتمام المتعلمين ورغبتهم في التعليم والتكوين.

لقد تعلم هربرت من باستالوتزي أهمية المشاهدة والتجربة المباشرة، ولا بد عنده من استخدام الصور والنماذج وضروب الوصف، إذ لم يكن للمتعلمين قدر كاف من التجربة، وهذا ما يجعل من الضروري أن تتضمن المناهج التربوية والبرامج التكوينية، تحديدا جيدا لوسائل التعليم والتكوين، وتوجيهات في كيفية استغلالها الاستغلال الأمثل من طرف المعلم والمكون، مع ضرورة توفر هذا الأخير على روح الخيال والمبادرة والإبداع في انجاز أو خلق وسائل دعم إضافية من المحيط العادي.

وهذه التوجيهات يشير إليها المنهج التربوي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر، حيث بحث المؤطرين على ضرورة ذلك، في سبيل دعم التعليم والتكوين، وجعله ينبع من الواقع ومن المحيط العادي والقريب.

د - أفكار ومبادئ جون ديوي J. DEWEY في التربية:

إن من ابرز الاتجاهات التربوية التي ظهرت في أمريكا في القرن العشرين، الاتجاه البراجماتي (النفعي)، "الذي يقوم على أساس الفلسفة العملية النفعية التي تؤمن بالتطور المستمر، في جميع مظاهر الحياة، وبوحدة العالم، ووحدة الشخصية الإنسانية، وتحترم الإنسان وتؤمن بقيمته وقيمة ذكائه، وقيمة العمل الإنساني، وتؤكد أهمية الخبرة والتجربة كمصدر للمعرفة، والأهمية النفعية للمعرفة والأخلاق".⁽²⁾

وهذه هي المبادئ التي تتركز عليها سياسة رعاية المعوقين في العالم الحديث، كما سبق أن تطرقنا إلى ذلك في العنصر الأول من هذا الفصل.

(1) عبد الله عبد الدايم، مرجع سابق، ص. 463، 464.

(2) نبيل السمالوطي، مرجع سابق، ص. 165، 166.

من رواد الاتجاه البراجماتي في التربية، المفكر التربوي الأمريكي جون ديوي، والذي ولد سنة 1859 ونوفي سنة 1952 بأمريكا.

وقد ألف جون ديوي عدة كتب، أشهرها: (المدرسة والمجتمع)، (الطفل والمنهج)، (الديمقراطية والتربية)، (الخبرة والتربية)، (الطبيعة البشرية والتربية)، (كيف نفكر)... الخ، وقد ضمن هذه المؤلفات أفكاره ومبادئه التربوية، والتي نلخص أهمها فيما يلي:

يرى ديوي أن "التربية ليست إعداد للحياة، ولكنها الحياة نفسها"،⁽¹⁾ وهنا يتفق مع ادوارد كلاباراد الذي يختم كتابه المعنون ب: التربية الوطنية، بهذه العبارة: "إنه تماما للتحضير للحياة، يجب أن تكون التربية حياة، وإذا افترضت التربية كإعداد للحياة دون أن تكون هي بذاتها حياة... لا تعد للحياة".⁽²⁾

وكل ذلك يعني بأن الأسرة والمدرسة أو مؤسسة تربوية أو اجتماعية مهما كانت يجب أن تكون مجتمعا صغيرا، ضمن المجتمع الكبير، يعيش فيها الأفراد حياتهم الاجتماعية، ويكتسبون ثقافتها وقيمها ومعاييرها، والأنماط السلوكية والفكرية والمعاني المرغوبة، ويكتسبون فيها أدوارهم التي تملئها عليهم المراكز الاجتماعية المختلفة التي يحتلها الفرد.

كما يجب أن تكون التربية، حياة يستفيد منها الأفراد من كل المواقف التي يتعرضون إليها، سواء الايجابية منها أم السلبية، وذلك بطبيعة الحال بتوجيه وإرشاد وتنظيم من طرف المربي الذي يستخدم في ذلك كل الوسائل التربوية والضرورية.

كما يرى ديوي ضرورة جعل الطفل في المركز، عند وضع المناهج والخطط والبرامج التربوية، حيث يقول: "إن المدرسة التقليدية هي التي يقع مركز ثقلها خارج الطفل، إنه في المعلم أو في الكتاب أو في أي مكان شئت، عدى الغرائز المباشرة للطفل نفسه، وعدى نشاطاته الذاتية".⁽³⁾

كما يرى أنه "علينا أن ننطلق من الطفل وأن نتخذ هاديا ومرشدا، فالطفل هو المنطلق وهو المحور وهو الغاية".⁽⁴⁾

(1) محمد الناصف: مرجع سابق، ص. 104.

(2) CLAPAREDE. E: *L'éducation fonctionnelle*, 6^{ème}, édition, Decachaux et neistlé, Suisse, 1973, p.206

(3) عبد الله عبد الدايم، مرجع سابق، ص. 513.

(4) المرجع نفسه ص. 513.

ويقصد بأن التربية التقليدية كانت تجعل مركز العملية التربوية هو المربي، حيث أنه هو الذي يلقي المعرفة للتلاميذ، الذين يستقبلونها دون بذل أي جهد ذاتي للحصول عليها. أما التربية الحديثة فهي التي تجعل التلاميذ يحتكون مباشرة بالمعرفة التي يكتسبونها بجهدهم الذاتي.

كما أننا من خلال فكرة ديوي هذه، نستنتج ضرورة أن يأخذ المخططون للتربية الخاصة بالأشخاص المعوقين، وللبرامج التكوينية لهم، الخصائص الذاتية والنفسية والبيولوجية والاجتماعية لهم، وذلك من خلال تكييف المناهج التربوية والبرامج التكوينية العادية، حسب ما تمليه خصوصياتهم الشخصية.

ويوافق كلايرايدي ديوي في هذه الفكرة، حيث يؤكد بأنه لتكمل المدرسة مهمتها على الوجه اللائق، لا بد من اعتمادها على مفهوم وظيفي للتربية والتعليم، وهذا المفهوم يجعل مركز البرامج والمناهج المدرسية، واعتبار التربية بذاتها كتكييف تدريجي للعقل (العمليات العقلية)، مع بعض الأفعال والسلوكات المحددة ببعض الحاجات (الرغبات).⁽¹⁾

أي جعل الأطفال يمارسون نشاطات نحقق لهم رغباتهم وميولاتهم، عن طريق استغلال تفكيرهم وجهدهم العقلي الذاتي.

وكل ذلك لا ينقص من أهمية دور المربي أو المكون، في اختيار الأنشطة وتكييفها مع قدرات وخصوصيات الأطفال، مع توجيههم، ومتابعتهم عند أدائها، وتنظيم المعرفة.

كما أنه "من المستحيل بسلوكولوجيا أن نبعث نشاطا دون أية منفعة ترجى منه".⁽²⁾ كذلك فإن ديوي يؤكد على ضرورة "تمكين الطفل من التعرف على وسطه بفضل الاختبار والاكتشاف وتركيز التعليم حول اهتماماته".⁽³⁾

ومعنى ذلك أن الطفل يتعلم من خلال ممارسة كل ما يحيط به من أشياء، بفضل الاختبار أو التجربة، التي يستغل فيها حواسه وفكره، لاكتشاف ما يدور حوله من ظواهر. وبالتالي فإن التربية تعني بتكييف نشاطاتها مع حاجات الطفل، ولا تطلب منه التمرينات والأعمال إلا ما يفسح المجال أمام وظائفه النفسية، التي تتطلب أن تستخدم، وفي الوقت الذي تتجلى فيه هذه الحاجة إلى استخدامها.

(1) CLAPAREDE: Op.Cit., P. 183

(2) Idem., P.P. 25, 26.

(3) محمد الناصف: مرجع سابق، ص. 104.

وتجدر الإشارة إلى أن وزارة العمل والحماية الاجتماعية التي نصبت لجنة وطنية لإعداد المنهج التربوي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر، في جويلية من عام 2002، (انظر الاشكالية)، كانت قد أشركت عضوين من المعوقين، وهما مؤطرين بمدرسة صغار المكفوفين بالعاشور في صياغة المنهج.

هذا رغم أننا نرى بأن هناك مغالاة في هذا الطرح، الذي يعطي الطفل الذي لا يعرف حتى كيف يفكر، أو حتى كيف يختار مأكله وملبسه، الحرية في اختيار النشاطات حسب اهتماماته وميولاته، فهذا غير ممكن إلا مع فئات أخرى من الأفراد المعوقين، وهم البالغين سواء في الثانويات أو الجامعات أو بمراكز التكوين المهني.

يرى جون ديوي ضرورة "احترام شخصية الطفل وإعداده للحياة الاجتماعية".⁽¹⁾ ويتفق مع كلابريد، حيث يرى بأنه: "ما دامت الحياة التي تنتظر الطفل عند خروجه من المدرسة، هي حياة ضمن بيئة اجتماعية، فإن تقديم العمل وفروع الدراسة على شكل، هو أيضا تقديمها على شكلهم الاجتماعي، كوسائل للسلوك الاجتماعي".⁽²⁾ وهذا يعني أنه ينبغي أن يتضمن التعليم قيما اجتماعية، يكسبها للتلاميذ، وذلك لكي يستطيعوا أن يتكيفوا مع الحياة الاجتماعية.

ويؤمن ديوي بأن المدرسة لها عدة وظائف، أهمها تنمية الفرد، ونقل الثقافة الاجتماعية إليه، وإعداده لتطوير الثقافة وتنمية المجتمع، فالمدرسة عنده تعد من أهم وسائل الإصلاح الاجتماعي.⁽³⁾

وذلك من أهداف النظام التربوي الجزائري، ومن أهداف رعاية المعوقين والتكفل بهم، سواء داخل المؤسسات المتخصصة أم خارجها.

حيث أن التربية والتربية الخاصة تجعل الطفل العادي والطفل المعوق يتوافق اجتماعيا مع المجتمع، ويندمج فيه ايجابيا ويصبح فردا صالحا ومنتجا، من خلال استغلاله للمعارف والعلوم في سبيل تطوير وبناء المجتمع، وهذا ما يخلق تراكما ثقافيا، معنويا وماديا. ويرى ايركسون ERIKSON 1957: بأن عملية التطبع الاجتماعي تمر بثمان مراحل:

(1) محمد الناصف: مرجع سابق، ص. 104، 105.

(2) CLAPARED.E: Op.Cit., P. 184.

(3) نبيل السمالوطي: مرجع سابق، ص. 167.

- تعلم الثقة في مقابل عدم الثقة.
- تعلم الذاتية والاستقلالية في مقابل الشعور بالعار.
- تعلم المباداة في مقابل الشعور بالذنب.
- تعلم الاجتهاد في مقابل الشعور بالنقص.
- تعلم الهوية في مقابل اضطرابات الهوية.
- تعلم الإنتاجية في مقابل الإغراق في الذاتية.
- تعلم الألفة في مقابل العزلة.
- تعالم التكامل في مقابل اليأس.⁽¹⁾

وهذا ما يوافق تماما الهدف النهائي من رعاية المعوقين في الجزائر، وهو الإدماج الاجتماعي والمهني، والتكيف الذاتي والنفسي والاجتماعي، والاستقلالية الذاتية. كما يرى ديوي ضرورة مراعاة الفروق الفردية بين الأفراد، وهذا ما ينطبق على فئة الأشخاص المعوقين الذين توجد بينهم اختلافات وفروق في نوع ودرجة الإعاقة، وفي حالاتهم النفسية وتنشئتهم الاجتماعية وظروفهم الأسرية، والتي يؤكد المنهج التربوي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر على ضرورة أخذها بعين الاعتبار، من خلال تحديد لمبادئ التدخل، وخصوصا مبدأ فردية العلاج أو التدخل، أي لكل شخص معوق مشروع (خطة) علاجي خاص به يتوافق مع مميزاته الشخصية.

هـ - نظرية التعديل (العلاج) السلوكي:

من بين النظريات النفسية التي تركز على الجانب النفسي من شخصية الفرد نظرية "التعديل السلوكي" أو "العلاج السلوكي"، وقد تم تناول هذه النظرية كونها تمس جانبا هاما من جوانب موضوع الدراسة والمتعلق بشخصية المعوق، وأنماطه السلوكية المختلفة، وكيفية تعديله، وهي نظرية عملية، إذ يعتمد عليها في تعديل وعلاج السلوك غير السوي للطفل على أساس جملة من المبادئ، وباستخدام طرق متنوعة حسب نمط السلوك المراد تعديله، وخاصة في مجال تربية وتعليم الطفل المعوق.

إذ "تعرف هذه النظرية بأنها التطبيق المخطط والمنظم لمبادئ التعلم التي قامت على التجريب، والخاصة بتعديل السلوك اللا توافقي، وبصفة خاصة لتقليل أنماط السلوك غير

⁽¹⁾ محي الدين توك، عبد الرحمن عدس: مرجع سابق، ص. 128، 129.

المرغوبة، وزيادة أنماط السلوك المرغوبة".⁽¹⁾ وذلك باستخدام أساليب العلاج السلوكي أو ما يشار إليها عادة بعملية تعديل السلوك، ومنه فالهدف من وضع المنهج التربوي للمؤسسات المتخصصة، هو تعديل سلوك الطفل المعوق بما يحقق له التكيف الذاتي والاجتماعي عن طريق البرامج التي تضمنها.

"وتعديل السلوك يركز بشكل واضح على السلوك المشاهد، حيث أن السمات الأخرى والخصائص غير المشاهدة مثل الذكاء وإصابات المخ وغيرها لا تخضع للملاحظة، وإنما فقط اختبار من خلال ما يصحبها من سلوكات يمكن مشاهدتها".⁽²⁾ وهذا ما تؤكد عليه النظرية السلوكية في دراسة سلوك الفرد.

وتهدف برامج التعديل السلوكي للأطفال بصفة عامة والأطفال المعوقين بصفة خاصة إلى:

- تكوين سلوكات جديدة مثل التدريب على المهارات الاجتماعية، وجوانب السلوك التكيفي.

- زيادة وتدعيم سلوكات موجودة وتكون مرغوبة.

- الإنقاص والحد من السلوكات غير المرغوبة لدى الأطفال.⁽³⁾

وخاصة منهم الأطفال المعوقين الذين نتيجة لفقدانهم وظيفة عضو أو حاسة، نجم عنها صعوبة في التكيف، فهم يعانون من صعوبة التواصل والتفاهم مع الآخرين، وبالتالي التفاعل معهم، وتكوين علاقات اجتماعية تمكنهم من تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي، هذا ما يجعلهم يشعرون بالعزلة والضجر والدونية، وعدم فهم الغير لهم خاصة في الأسرة والشارع، ما يدفعهم إلى انتهاج بعض السلوكات غير السوية، محاولة منهم إثبات وجودهم وتعويض النقص الذي يشعرون به، وقد أثبتت الدراسات ومنها دراسة محمد السيد حلاوة،⁽⁴⁾ أن الأطفال

(1) رشيد زرواتي: مرجع سابق، ص. 128.

(2) محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن: العلاج السيكولوجي الحديث، أسسه وتطبيقاته، دار قباء، القاهرة، مصر، 1998، ص. 241.

(3) المرجع نفسه، ص. 243.

(4) محمد السيد حلاوة: الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1999، ص.

المعوقين سمعياً تنتشر بينهم مجموعة من الأنماط السلوكية السلبية وهي العدوان كالضرب والشجار، الكذب، السرقة، الشذوذ الجنسي، وعدم النظام والتمرد.

ومنه، فأهمية نظرية التعديل السلوكي تكمن في كونها وضعت المبادئ والأسس الذي تقوم عليها عملية علاج السلوك الشاذ أو غير السوي، وتهدف إلى زيادة قدرة الفرد على أداء وظائفه الاجتماعية.

ويعتبر مجال المشكلات السلوكية النفسية للأطفال من أهم المجالات التي تطبق فيها أساليب العلاج السلوكي، إذ يستخدم هذا النوع من العلاج العديد من المختصين العاملين مع الأطفال، خاصة منهم غير الأسوياء كالوالدين، المرشدين، أخصائيو النطق والكلام، الممرضات، معلمو التربية الخاصة والأطباء النفسيين،⁽¹⁾ والأخصائيون الاجتماعيون وذلك باستخدام مختلف الأساليب التالية:

أولاً: أسلوب التعزيز:

التعزيز الإيجابي: والهدف من استخدامه هو تدعيم السلوك المرغوب لدى الطفل، أو تكوين سلوك مرغوب لديه، ويعتمد على تقديم المعززات في أعقاب الاستجابة المرغوبة كتقديم الحلويات، أو عن طريق الاستحسان كالمدح والثناء الذي يعبر عن الرضا، وهو ما يعرف بالتعزيز الإيجابي.

التعزيز السلبي: ويقوم على استبعاد حادث منفر بعد القيام بالاستجابة المرغوبة أو السلوك المرغوب، غير أن إدخال الأحداث المنفرة والتي تحاول من خلالها تعديل سلوك الطفل قد يوقعه في مشكلات أخلاقية، قد لا تنتج في حالة استخدام أسلوب التعزيز الإيجابي كالتوعد بالضرب مثلاً، الذي يدفع الطفل إلى الكذب أو التمرد.

ثانياً: أسلوب العقاب:

ويستخدم هذا الأسلوب بهدف إنقاص السلوكات السلبية لدى الأطفال، إذ يشمل على تقويم وإبعاد حادث ما- في أعقاب الاستجابة، مما يترتب عليه نقص احتمال حدوثها، وهناك نوعان من العقاب:

العقاب باستخدام الأحداث المنفرة (غير المرغوبة)، كالتوبيخ والتأنيب وهو ما يعرف بالعقاب الإيجابي.

⁽¹⁾ محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن: مرجع سابق، ص. 241.

وهناك العقاب السلبي: الذي يعتمد على استبعاد الأحداث المرغوبة في أعقاب السلوك غير المرغوب، الأمر الذي يترتب عليه نقصان هذا الأسلوب، ومن أساليب العقاب السلبي المستخدمة أسلوب الحرمان لبعض الوقت من التعزيز وأسلوب ثمن الخطأ.

ثالثا: أسلوب الانطفاء:

ويعني عدم تقديم التعزيز عقب حدوث الاستجابة مما ينقص منها.

رابعا: أسلوب النمذجة (التقليد):

والذي يعتمد على الإعادة والتكرار وتمثيل الأدوار، ويهدف هذا الأسلوب إلى اكتساب الطفل سلوكات جديدة، إذ يستخدم مثلا تعليم الطفل أساليب العناية بنفسه، وبنظافته عن طريق تقليد الآخرين فيما يقومون به أمامه.

كما يستخدم اخصائيو النطق ومعلموا التربية الخاصة، هذا الأسلوب في تعليم الطفل المعوق سمعيا نطق الحروف، وكذا تعلم لغة الإشارة أو قراءة الشفاه، وذلك عن طريق تقليد معلمه أو الأرتفوني الذي ينطق أمامه بالحروف وتكرار ذلك عدة مرات.⁽¹⁾

وهناك مجموعة من الاعتبارات الواجب مراعاتها في استخدام أسلوب تعديل السلوك

وهي:

- استخدام الأساليب الايجابية قبل السلبية واستخدام الأساليب الأكثر ترغيبا.
- مراعاة القواعد الأخلاقية المناسبة والمستخدم في مجال العلاج السلوكي وعلى المبادئ التي يتفق عليها الممارسون للعلاج والإرشاد.
- مراعاة أن لا يترتب على إلغاء سلوك غير مرغوب فيه أن تزول معه سلوكات أخرى كانت مرغوبة.
- الاطمئنان إلى نقل أثر التعليم من بيئة العلاج إلى البيئة التي يعيش فيها الطفل، أي الاستفادة مما يتعلمه الطفل في حياته اليومية سواء في الأسرة أو في الشارع مع الأصدقاء ورفقاء اللعب.⁽²⁾
- استخدام العمل مع الجماعات، أي العلاج الجمعي عندما يكون ذلك مناسبا.

(1) المرجع نفسه، ص. 328، 344.

(2) المرجع نفسه، ص. 329، 334.

- أن يقوم بتعديل أشخاص مدربون تدريباً جيداً ولديهم معرفة كافية بالسلوك الإنساني.

مراعاة تقويم البرنامج بعد فترة مناسبة، مقارنة النتائج مع جدية العلاج.⁽¹⁾

المجالات التي تستخدم فيها أساليب تعديل السلوك مع الطفل المعوق:

تستخدم أساليب تعديل السلوك سابقة الذكر لعلاج سلوك الطفل المعوق في عدة مجالات، نذكر منها ما يلي:

- التدريب على الاعتماد على النفس، وتحقيق الاستقلال الذاتي للطفل المعوق عن طريق تعلم مجموعة من الخبرات التي تساعد على الأداء الاستقلالي، كقضاء الحاجة، تناول الطعام، ارتداء الملابس، النظافة الشخصية، الاهتمام بالصحة، وذلك باستخدام أسلوب التعزيز وأسلوب النمذجة والتقليد، أي إعادة السلوك أمام الطفل بشكل متكرر واستخدام النماذج السلوكية.

- تعديل السلوكات المنحرفة واللااخلاقية، وذلك باستخدام أسلوب العقاب كعلاج السلوك العدواني، الكذب، السرقة.

- مجال السلوك الاجتماعي، وذلك بتدريب الطفل على الكلام مع الآخرين، إلقاء التحية والرد عليها، مشاركة الآخرين في الأنشطة كاللعب والعمل والتعاون مع الغير ومساعدتهم، بالإضافة إلى إكسابهم مختلف القيم والمعايير الاجتماعية، وذلك باستخدام أسلوب التعزيز وأسلوب النمذجة المصحوب بأداء الأدوار الاجتماعية المطلوبة والمراد تعلمها من طرف الطفل.⁽²⁾

- ويعتبر مجال التربية والتعليم من أهم المجالات التي تستخدم فيها أساليب تعديل السلوك، خاصة من طرف المعلم المختص والمربي، وهما الأكثر تعاملًا مع الطفل المعوق، خاصة أسلوب التعزيز والعقاب.

ومن أكثر أساليب التعزيز استخداماً الثناء، والتوبيخ هو من أكثر أساليب العقاب استخداماً، وكلاهما عبارة عن استجابة لفظية من طرف المعلم لسلوك التلميذ المعوق، فمثلاً موافقة المعلم على سلوك الطفل هي شكل من أشكال الثناء، والتي تعمل على تقوية ذلك

(1) المرجع نفسه، ص. 346، 349.

(2) المرجع نفسه، ص. 349، 350.

السلوك، أما عدم الموافقة اللفظية وانتقاده لسلوك الطفل، فهي شكل من أشكال التوبيخ والتي تعمل على إضعاف سلوكه.

غير أن الثناء لا يكون تعزيزاً إلا إذا عمل على تقوية السلوك الذي تبعه مباشرة، ولا يكون التوبيخ عقاباً إلا إذا عمل على إضعاف السلوك الذي تبعه.

وفي دراسة قام جمال الخطيب من الجامعة الأردنية حول معدلات استخدام المعلمين للثناء والتوبيخ في تعديل سلوك الأطفال المعوقين والعاديين،⁽¹⁾ أثبتت النتائج أن المعدل العام لاستخدام المعلمين باختلاف فئات الأطفال (العاديين، المكفوفين، الصم، المتخلفين عقلياً)، للثناء أعلى من معدلات استخدامهم للتوبيخ، خاصة الثناء على السلوك الإيجابي، أما معدل الثناء على السلوك غير الإيجابي كان الأقل حتى بمقارنته بمعدل التوبيخ على السلوك الإيجابي وغير الإيجابي.

إذا أثبتت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين من حيث معدل الثناء على السلوك الإيجابي داخل القسم.

غير أن فروقا ذات دلالة إحصائية بين المعلمين من حيث معدل توبيخ السلوك الإيجابي في القسم، وقد اتضح أن معدل توبيخ الأطفال الصم للسلوك الإيجابي أعلى من معدل توبيخ معلمي الأطفال المتخلفين عقلياً هذا السلوك، وإن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المعلمين من حيث معدل الثناء على السلوك غير الإيجابي في القسم، إذ اتضح أن معدلات ثناء معلمي الأطفال المتخلفين عقلياً على السلوك غير الإيجابي أعلى من معدلات ثناء معلمي الأطفال العاديين ومعلمي الأطفال الصم على هذا السلوك.

كما أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المعلمين من حيث معدل التوبيخ على السلوك غير الإيجابي في القسم، إذ تبين توبيخ معلمي الأطفال الصم للسلوك غير الإيجابي أقل من معدلات توبيخ كل من معلمي الأطفال العاديين والأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال المكفوفين لهذا السلوك.

(1) جمال الخطيب: معدلات استخدام المعلمين للثناء والتوبيخ في تعديل سلوك الأطفال المعوقين والعاديين، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد التاسع، العدد الثاني، منشورات جامعة اليرموك، الأردن، 1993، ص. 39، 56.

ومنه يمكن القول أن معدل توبيخ معلمي الأطفال الصم للسلوك الايجابي أعلى من معدل توبيخهم للسلوك غير الايجابي، وأن المعلم بوجه عام يثني على السلوك الايجابي من السلوك غير الايجابي، وأنه يوبخ السلوك غير الايجابي أكثر من توبيخه السلوك الايجابي. وتعتبر نظرية التعديل السلوكي من أهم الأطر النظرية التي ينبغي أن تقوم عليها الخدمة الاجتماعية في خدمة الأفراد وذلك للأسباب التالية:

أ- وحدة الهدف: فالهدف في كل من التعديل السلوكي وخدمة الأفراد، هو زيادة قدرة الفرد على أداء وظائفه الاجتماعية، والقضاء على ما قد يوجد من مشكلات تعوق ذلك.

ب- يسهم التعديل السلوكي في بناء التصنيفات التشخيصية والعلاجية في خدمة الفرد، حيث يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يختار ما يناسب طبيعة العميل ونوعية المشكلة، وخصائص الموقف.

ج- العلاج السلوكي: يزيد من قدرة خدمة الفرد في التعامل مع العملاء والمشكلات، إذ ثبت صلاحية الأساليب السلوكية للتطبيق مع عملاء من مختلف الطبقات الاجتماعية ومختلف المستويات الاقتصادية.

د- التعديل السلوكي: يدعم التعديل البيئي في خدمة الفرد، حيث أن التعديل السلوكي يقوم على مبادئ اجتماعية بيئية، ويسعى إلى إجراء تعديلات محددة لا تشمل العمل فحسب، بل أيضا تمتد إلى بيئته المادية والاجتماعية، لا سيما الأشخاص المحيطين به.

كما يمكن تطبيق نظرية التعديل السلوكي على جميع طرق الخدمة الاجتماعية الفردية والجماعية والمجتمعية.

هـ - تحقق الأساليب السلوكية وفرا اقتصاديا لمؤسسات الخدمة الاجتماعية، إذ لا تحتاج هذه الأساليب لوقت طويل لتطبيقها، وفي نفس الوقت هناك إمكانية إشراك أفراد من البيئة في علاج العملاء أو علاج أنفسهم.

و- استثمار الأساليب السلوكية في عملية التشخيص في الخدمة الاجتماعية، إذ يمكن لأخصائي خدمة الفرد مثلا استخدام بعض الأساليب السلوكية في فهم وتقدير مشكلة عملية، كأن يسأل عن:

- الشروط المعنية التي تسبق السلوك المشكل على وضعه الراهن.

- الوقائع المعنية التي تسبق وقوع السلوك المشكل.

- نتائج السلوك وما يلقاه هذا السلوك من تدعيم أو تثبيط.
- ما هي العوامل البيئية التي يمكن استثمارها في إلغاء سلوك معين؟
- ز- الاستفادة من الأساليب السلوكية في تطوير خدمة الفرد الوقائية، إذ يمكن استخدامها في تعليم وتدريب فئات معينة من الآباء والمدرسين والمربين والقادة على استخدام الإجراءات التربوية السليمة والمشتقة من النظرية السلوكية، بحيث يمكن لهم وقاية الأبناء والطلاب من المشكلات والانحرافات النفسية والاجتماعية، كما يمكن تدريب العملاء أنفسهم على كيفية إحداث التغيير الذاتي عن طريق تعليمهم الشروط والإجراءات التي تؤثر على سلوكهم في مواقف حياتهم الفعلية بعيدا عن المؤسسات المهنية.
- ح- استخدام الأساليب السلوكية في تقويم نتائج العمل مع الحالات، إذ يمكن تطبيق أسلوب العلاج المناسب عن طريق إعادة قياس معدل وقوع السلوك المشكل لتقوية مدى فعاليته، ويوضع العلاج على أساس المقارنة بين النتائج القياسية القبلية والبعدية.⁽¹⁾

3- دراسات نفسية امبريقية حول المعوقين:

أ- دراسة حول: الاستعداد للتعلم والتوافق النفسي لدى المعوقين سمعيا، لعبد الوهاب كامل، 1985.⁽²⁾

أولا: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

- طرح الباحث أربعة تساؤلات حاول الاستفسار عنها على حد قوله، وكانت كالتالي:
- 1- هل يمكن التنبؤ بالعمر التعليمي (يوازي مفهوم العمر العقلي بالنسبة للأسيوياء) من خلال الدرجات الخام المباشرة التي نحصل عليها من الاختبارات الفرعية؟
- 2- هل يمكن التنبؤ بالتفوق النفسي (التفوق الذاتي، المنزلي، الاجتماعي، المدرسي والجسمي)؟
- 3- هل توجد علاقات ارتباطية بين متغيرات التوافق النفسي ومتغيرات الأداء على الاحتياجات الفرعية للتعلم؟

⁽¹⁾ رشيد زرواتي: مرجع سابق، ص. 128، 129.

⁽²⁾ عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، (الأساليب التربوية والبرامج التعليمية)، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2001، ج4، ص. 124، 126.

4- هل يوجد تأثير متبادل بين العمر التعليمي كمؤشر للاستعداد للتعلم ومتغيرات التوافق المختلفة، وإلى أي مدى تؤثر في الأداء على الاختبارات غير اللفظية؟
عينة الدراسة:

حصل الباحث على عينة دراسته من مدارس الصم في أربعة مدن بجمهورية مصر العربية، وهي: طنطا، دمنهور، أسيوط وسوهاج، حيث بلغ عدد الأطفال الذين قاموا بإجراء جميع الاختبارات 124 طفلاً أصم، تراوحت أعمارهم ما بين 10 سنوات ونصف وخمسة عشر عاماً، من الجنسين، وجميعهم ممن يستخدمون اليد اليمنى في تناولهم للأشياء وفي الكتابة، فقد تمت مقارنة بعض نتائج الأطفال الأسوياء في نفس الفئة العمرية والذين بلغ عددهم 110 أطفال من الجنسين.

أدوات الدراسة:

استخدم الباحث أداتين رئيسيتين هما:

- 1- اختبار (هيسكي - نيراسكا) القياس الاستعداد العام للتعليم 1982.
- 2- مقياس الرتب لتقدير سلوك الأطفال CBRS والذي وضعه راسل. ن. كاسيل 1962.

نتائج الدراسة:

ناقش الباحث نتائجه في ضوء التساؤلات المطروحة، وتحقق صدق تساؤلاته، والتي كان من بينها وجود تفاعل إحصائي دال بين العمر التعليمي ومتغيرات التوافق الخمسة. ومنه يتضح أن أفضل أداء نحصل عليه هو ارتفاع العمر التعليمي، وارتفاع درجات التوافق في مجالاته المختلفة، حيث تتجلى أهمية الملاحظة السلوكية وتقنياتها في الكشف عن أحد أسباب انخفاض الأداء العقلي، وبالتالي التحصيلي، فكل من التوافق الذاتي والمنزلي والمدرسي يكتسي أهمية خاصة بالنسبة لجوانب الإعاقة الانفعالية التي تؤثر على الأداء بصفة عامة، كما كشف لنا هذا الباحث عن وجود أطفال معاقين سمعياً، ولكنهم متفوقون حيث يجب أن نعتني بهم.

ثانياً: أهمية هذه الدراسة في الدراسة الحالية:

لقد تطرق صاحب هذه الدراسة إلى جانب هام من جوانب (أبعاد) الرعاية والتكفل للمعوقين، وهو الرعاية التعليمية، وأكد على أهمية التكيف الذاتي والأسري والمدرسي، في

تحقيق التكيف النفسي للمعوقين، وهو ضروري لكي تنجح المدرسة الخاصة في تعليمهم، وتنمية قدراتهم العقلية، لأن الأداء العقلي يتأثر بالظروف الذاتية والبيئية للمعوق، وهذا ما يؤكد عليه كل من جون ديوي وفروبل.

كما تؤكد هذه الدراسة، ضرورة مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال المعوقين (وجود أطفال معاقين سمعيا ولكنهم متفوقون...)، وهي تتفق في ذلك مع أفكار الاتجاه النفسي في الرعاية التربوية للمعوقين، حيث يؤكدون على ضرورة مراعاة المربين للفروق بين المعوقين.

وهذه الدراسة تتقاسم مع الدراسة الحالية، في جوانب عدة، حيث أن أمور التكيف النفسي والذاتي والتكيف الاجتماعي والمدرسي، هي من أهم الأمور التي تهتم بها دراستنا نظريا وميدانيا، وقد ساعدتنا هذه الدراسة في تحديد بعض جوانب الإشكالية، وفهم الموضوع أكثر.

ب- دراسة حول: اثر الرعاية الخاصة على القدرات العقلية عند المتخلفين ذهنيا بدور التربية بالجيزة، لكمال إبراهيم مرسى، 1968.⁽¹⁾
أولا: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

تدور حول اثر الرعاية الخاصة في تنمية قدرات ومهارات المتخلفين ذهنيا.

فروض الدراسة:

لم تذكر فروض الدراسة ولا المنهج.

مجال الدراسة:

أجريت بدور التربية بالجيزة، بجمهورية مصر العربية، سنة 1968، واستغرقت 18 شهرا.

⁽¹⁾ كمال إبراهيم مرسى: مرجع في علم التخلف العقلي، ط1، دار النشر للجامعة المصرية، القاهرة، دار القلم، الكويت، 1996، ص. 195.

عينة الدراسة:

ضمت 67 حدثاً منحرفاً من المتخلفين ذهنياً، قسموا إلى مجموعتين، كالتالي:

المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية
<ul style="list-style-type: none"> - تكونت من 25 حدثاً. - أعمارهم الزمنية بين 8 و 20 سنة، بمتوسط قدره 14 سنة. - نسب ذكائهم بين 30 و 65 درجة، بمتوسط قدره 50.5 درجة. - تعرضت لبرنامج الرعاية التي يتعرض لها الأحداث غير المتخلفين ذهنياً. 	<ul style="list-style-type: none"> - تكونت من 42 حدثاً. - أعمارهم الزمنية بين 18 و 19 سنة، بمتوسط قدره 13.4 سنة. - نسب ذكائهم بين 30 و 65 درجة، بمتوسط قدره 47 درجة. - تعرضت هذه المجموعة لبرنامج رعاية خاصة لمدة 18 شهراً.

بعد 18 شهراً، أعيد اختبار المجموعتين بمقاييس: "ستانفورد"، "بنيه"، للذكاء، و"وكسلر" لذكاء الأطفال، ومهارة اليدين ومهارة الأصابع.

نتائج الدراسة:

تحسنت قدرات ومهارات المجموعة التجريبية أكثر من المجموعة الضابطة— وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية
<ul style="list-style-type: none"> - زاد متوسط الأعمار العقلية بشهرين فقط، وبدون دلالة إحصائية للفروق. - نقص متوسط نسب الذكاء بدرجة ونصف، وبدون إحصائية للفروق. - زادت متوسطات الدرجات الخام على مقياس وكسلر للذكاء: العملي: 15.9 درجة. اللفظي: 7 درجات. الكلي: 22.6 درجة. 	<ul style="list-style-type: none"> - زاد متوسط الأعمار العقلية ب 16.5 شهراً بدلالة إحصائية للفروق عند مستوى 0.01 - زاد متوسط نسب الذكاء ب 7 درجات، وبدلالة إحصائية للفروق عند مستوى 0.01. - زادت متوسطات الدرجات الخام على مقياس وكسلر للذكاء: العملي: 29.3 درجة. اللفظي: 25.4 درجة. الكلي: 55.5 درجة.

وبدون دلالة للفروق.	وبدلالة للفروق عند مستوى 0.01.
- نقص متوسط الزمن ب 8.7 ثانية، بدلالة الفروق عند مستوى 0.05.	- نقص متوسط الزمن في أداء اختبار المهارة اليدوية بحوالي 15 ثانية، بدلالة الفروق عند مستوى 0.01.

كذلك من نتائج هذه الدراسة أن بعض أفراد المجموعة التجريبية نجح في تحصيل منهاج الصف الأول الابتدائي، وبعضهم اكتسب جملة من الخبرات المدرسية البسيطة في القراءة والكتابة والحساب.

كما اكتسب معظمهم القدرة على رعاية أنفسهم من تناول الطعام واللبس والنظافة والحمام، ونجحوا في استعمال المواصلات العامة داخل مدينة القاهرة، وتعلموا كيف ينفقون مصروفهم اليومي، ونجح الكبار منهم في تحمل بعض المسؤوليات داخل المؤسسة التي يعيشون فيها وخارجها.

كما استفاد المتخلفون ذهنيا الصغار دون سن الثانية عشر من برامج الرعاية الخاصة أكثر من المتخلفين ذهنيا الكبار -أكبر من 12 سنة- وظهر هذا في تحسين نسب الذكاء والعمر العقلي والمهارات الحركية والنضج الاجتماعي والتحصيل الدراسي عند الصغار، بمعدل أكبر من تحسنا عند الكبار.

النتيجة العامة:

لهذه الدراسة تتمثل في أن توفير الرعاية والتعليم، والتأهيل للمتخلفين ذهنيا في سن مبكرة يقي قدراتهم الذهنية من التدهور، ويحميهم من تنمية الاستعدادات السلوكية للتوافق السيئ في الرشد، وفي الوقت نفسه يساعد على تحسين نموهم العقلي والحركي والاجتماعي والدراسي، وبالتالي تحسين توافقهم مع أنفسهم ومع المجتمع.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

لقد أكدت هذه الدراسة أهمية الرعاية الخاصة في تنمية قدرات ومهارات وشخصيات الأفراد المعوقين، حيث أن هؤلاء لهم قدرات كامنة، يجب إيقاظها واستثمارها، وتمييزها من أجل الوصول بهم إلى أقصى قدر من التكيف الذاتي والاجتماعي.

لقد اهتمت هذه الدراسة بالمتخلفين ذهنياً، وكما نعلم، فإن التخلف الذهني هو أصعب أنواع الإعاقات تشخيصاً ورعاية، لأن إذا أصيب العقل فإن كل جوانب الشخصية تصاب، وعليه تتعقد عملية التكفل متعددة الأبعاد.

وعليه، وبعد تأكيد هذه الدراسة على فعالية الرعاية الخاصة في تنمية المتخلفين ذهنياً، فإن التعميم هنا مسموح ومؤكد على باقي أصناف الإعاقات.

من خلال ذلك، فإن هذه الدراسة تدعم الدراسة الحالية، نظرياً (الفصول النظرية)، وفي شقها الميداني، حيث أن هذه الأخيرة، تحاول الكشف عن مدى فعالية (واقع) رعاية المعوقين في المركز المهني للمعاقين بدنياً، وعليه يمكن مقارنة نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة الحالية.

كما أن هذه الدراسة أكدت أهمية الرعاية التربوية والتعليمية في نم (زيادة) العمر العقلي والتعليمي للمعوقين ذهنياً، وزيادة التكيف النفسي والقدرة على الاعتماد على الذات.

ج- دراسة حول: إستراتيجية تدريس الهندسة العلمية للتلميذ الكفيف في المرحلة الابتدائية، لبروكمير، 1993.⁽¹⁾

أولاً: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

وتمحورت إشكالية الدراسة حول الأسس التربوية العامة، التي يفضل مراعاتها عند تدريس الكفيف، والأدوات الهندسية التي يمكن أن يستخدمها في أداء الرسم الهندسي، بالإضافة إلى الخطوات الإجرائية لتطبيق الإستراتيجية المقترحة عند تدريس الهندسة العلمية للتلميذ الكفيف.

فروض الدراسة:

اعتمد الباحث الفروض التالية:

- 1- دراسة الهندسة بوجه عام لها فوائد علمية وتربوية لا يجب إهمالها.
- 2- الكفيف يمكنه أداء معظم الأعمال التي يؤديها المبصر إذا توفرت له الأدوات المناسبة لإعاقته والإستراتيجية المناسبة له.

(1) احمد سعيد يونس وآخرون: رعاية الطفل المعوق طبياً ونفسياً واجتماعياً، دار الفكر العربية، القاهرة، مصر، 1999،

عينة الدراسة:

استخدم الباحث عينة اشتملت على 28 طالبا كفيفا، و14 طالبا مبصرا، وقد استعمل الباحث عددا من المتغيرات هي: درجة الإبصار، الجنس، عدد سنوات الدراسة، الألفة في التعامل، وقد أجرى الباحث دراسة ميدانية.

أدوات الدراسة:

اعتمد الباحث على المقابلة الفردية.

نتائج الدراسة:

- التأكيد والتركيز على نشاط وفعالية الكفيف أثناء التعليم.
- عند تدريس الحساب للكفيف بفضل استخدام أصابع اليد في العد.
- لكل من الكفيف وضعيف البصر والمبصر احتياجاته الخاصة له.
- بفضل أن لا يزيد عدد الطلاب فضل المكفوفين عن 15 طالبا.
- لا توجد فروق بين الكفيف والمبصر في التصور الهندسي لبعض العلاقات المكانية.
- إن استخدام الألمنيوم وقلم برايل يساعد الكفيف في أداء الرسم بسهولة.

ثانيا: أهمية هذه الدراسة في الدراسة الحالية:

بالنظر إلى النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، فإننا نجد لها جد هامة، خاصة في تدعيم الأفكار التي جاء بها أصحاب الاتجاه النفسي في التربية، وخاصة منها ما يتعلق بضرورة إشراك المتعلم في العملية التعليمية، وضرورة فعاليته في التعلم، من خلال ممارسة مختلف النشاطات التي تتوافق مع قدراته، ومع ميولاته واهتماماته (جون هنري باستالوتري) وكذلك ما يتعلق من الأفكار بضرورة أن ترتبط اللغة بالحدس الحسي (استخدام أصابع اليد في العد)، مع ضرورة مراعاة الحاجات الخاصة للأشخاص المعوقين، وضرورة مراعاة الفروق بين أصناف المعوقين في الحاجات.

واهم فكرة أفادتنا في هذه الدراسة، هي فكرة الوسائل التعليمية المعنية (وسائل الدعم)، حيث أكد صاحبها على أهمية الألمنيوم وقلم برايل في أداء الكفيف للرسم، وهنا تأكيد على الفكرة التي جاء بها هربرت والمتضمنة ضرورة احترام شخصية الفرد (الطفل)، فالطفل

الكفيف بتوفير الوسائل الضرورية لتعليمه نكون قد احترماناه، وكذا مختلف المعوقين (سمعيًا، حركيًا، ذهنيًا).

مع ضرورة تكييف الوسائل المهنية العادية، وتوفير الوسائل الخاصة، وبالتالي فإن هذه الدراسة قد أفادتنا نظريًا، وتفيدنا ميدانيًا، من خلال تحديد مؤشر الوسائل التعويضية ضمن مؤشرات الفرضية الفرعية الثانية.

د - دراسة حول: الأعصية النفسية، لرشاد علي عبد العزيز موسى (1).

أولاً: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

مدى ارتباط ظهور الاعصية النفسية وتفاعلها مع متغيرات الجنس والإعاقة.

فروض الدراسة:

افترض الباحث الفروض التالية:

- 1- وجود أثر دال إحصائي لمتغير الإعاقة في الاعصية النفسية.
 - 2- وجود أثر دال إحصائي لمتغير الجنس في الاعصية النفسية.
 - 3- وجود أثر دال إحصائي لتفاعل متغيري الإعاقة والجنس في الاعصية النفسية.
- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات، بحيث تكونت الأولى من ثلاثين كفيفا (المتوسط الحسابي للأعمار = 16.58 سنة، الانحراف المعياري = 2.37)، والثانية من ثلاثين كفيفا (المتوسط الحسابي لأعمارهم = 17.02 سنة، الانحراف المعياري = 3.40)، والثالثة من ثلاثين مبصرا (المتوسط الحسابي لأعمارهم = 18.41 سنة، الانحراف المعياري = 7.41) والرابعة من ثلاثين مبصرا (المتوسط الحسابي لأعمارهم = 18.89 سنة، الانحراف المعياري = 2.59).

مع الإشارة إلى أن الباحث لم يشر إلى الأدوات المستخدمة في دراسته.

نتائج الدراسة:

بينت النتائج أن المعاقات بصريا اكثر قلقا وشعورا بالرهبة والوسواس القهري، والأعراض السيكوسوماتية والاكتئاب، وتم تفسير النتائج وفقا للإطار النظري، نتائج

(1) رشاد عبد العزيز موسى: بحوث في سيكولوجيا المعاق، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1994، ص. 14، 15.

الدراسات الامبريقية في مجال الإعاقة، وانتهى البحث إلى تقديم بعض التوصيات مثل إجراء دراسات أخرى للكشف عن الاعصبة النفسية لبعض الإعاقات الأخرى.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية

لقد وضعت هذه الدراسة، أكثر فكرة تميز الشخص المعوق عن باقي الأفراد العاديين ببعض الحالات النفسية السلبية، كانهخفاض الثقة في النفس، والإحساس بالدونية، والخوف، والقلق، والتي تطرقنا إليها في احد عناصر الفصل الأول من الدراسة.

وقد أكدت هذه الدراسة بأن هنا فرق بين الجنسين فيما يخص درجة الإصابة بالأعصبة النفسية، وتوصلت إلى أن الفتيات المعوقات بصريا أكثر قلقا وشعورا بالرهبة والوسواس القهري من الذكور.

وهذا ما يدعم الفكرة التي تطرقنا إليها ضمن أفكار الاتجاه النفسي، وهي ضرورة مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال، في تخطيط عملية تعليمهم والتكفل بهم ورعايتهم التربوية والمهنية، مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار الحالات الخاصة التي يعاني منها الأشخاص المعوقون عند التعامل معهم، والتفاعل بينهم وبين بيئتهم الاجتماعية.

وبالتالي فإن هذه الدراسة تفيدنا في تدعيم الإطار النظري للدراسة الحالية، وتفيدنا ميدانيا، عند تحديد مؤشرات الفروض، وخاصة الفرضية الفرعية الثانية والتي نحاول من خلالها الكشف عن بعض الحالات التي يعاني منها المعوقون أفراد عينة الدراسة، ومدى تمكنهم من تجاوز بعض الحالات السلبية بعد عملية التكفل والرعاية المعيشية والاجتماعية، ومدى تكيفهم الذاتي والنفسى والاجتماعي.

هـ - دراسة حول دور الخدمة الاجتماعية في دعم وتطور السلوك الايجابي عند المعاقين، لمحمد سيد فهمي.(1)

أولا: عرض الدراسة:

هي رسالة دبلوم غير منشورة، معهد العلوم الاجتماعية، جامعة الإسكندرية، 1981.

(1) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص. 43، 44، نقلا عن محمد سيد فهمي: دور الخدمة الاجتماعية في دعم وتطور السلوك الايجابي عند المعاقين، رسالة دبلوم غير منشورة، معهد العلوم الاجتماعية، جامعة الإسكندرية، 1981.

مشكلة الدراسة:

اهتم الباحث في هذه الدراسة بإلقاء الضوء على بعض الظواهر النفسية والاجتماعية المتصلة بالمعاقين جسميا، والمشكلات المترتبة على تلك الإصابات، وإبراز أهمية دور الخدمة الاجتماعية في دعم وتطوير السلوك الايجابي عند المعاقين جسميا والتصدي للمشكلات المترتبة على تلك الإعاقة، أيضا توضيح بعض الجوانب المتصلة بتطبيق الخدمة الاجتماعية مع المعاقين.

فروض الدراسة:

تقوم الدراسة على فرض مؤداه أن ممارسة الخدمة الاجتماعية تؤدي إلى دعم وتطوير السلوك الايجابي عند المعاقين جسميا، بالإضافة إلى فروض أخرى فرعية مؤداهها:

- 1- نوع الإعاقة الجسمية، ومدة الإقامة بالمؤسسة يلعبان دورا في توجيه سلوك المعاق.

- 2- للإعاقة تأثير على علاقة المعاق بأسرته.

- 3- التدريب يساعد على تدريب المعاق مهنيا.

- 4- تؤدي برامج وأنشطة المؤسسة إلى تدعيم وتطوير السلوك الايجابي.

عينة الدراسة:

هم جميع المعاقين جسميا المقيمين داخل مؤسسة التأهيل المهني للمعاقين بالإسكندرية.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على منهج الوصف التحليلي.

أدوات الدراسة:

استخدم الباحث أداة الاستبيان عن طريق المقابلة.

مجال الدراسة:

مؤسسة التأهيل المهني للمعاقين بالإسكندرية.

نتائج الدراسة:

انتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- 1- للأخصائي دور تطوير السلوك الايجابي لدى المعاقين.

- 2- للخدمة الاجتماعية دور فعال في تطوير وتعديل سلوك المعاقين.

3- جماعات النشاط في المؤسسة لها دور ايجابي في تعديل وتغيير اتجاهات المعاق.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

تؤكد هذه الدراسة أهمية ممارسة الخدمة الاجتماعية في تعديل سلوك المعاقين بدنيا، إلى جانب أهمية التكوين والتدريب (الرعاية المهنية التكوينية)، في تدريب المعاقين على ممارسة المهنة التي يختارونها حسب قدراتهم وميولاتهم.

وتعتبر هذه الدراسة في غاية الأهمية بالنسبة للدراسة الحالية، حيث تتقاسمان في الاهتمام، بجانب أساسي من جوانب الإشكالية المحددة، ألا وهو جانب خدمات الرعاية التكوينية المهنية، ودوره في التكيف الاجتماعي والمهني للمعاق، وفي تحقيق استقلالته الذاتية، مع الاهتمام بأسرة المعوق، واثر الإعاقة على العلاقات الأسرية والمعاملة الودية. وسيتم استغلال نتائج هذه الدراسة، بمقارنتها مع نتائج الدراسة الحالية، وخاصة فيما يتعلق بواقع خدمات الرعاية التكوينية ودورها في تنمية قدرات المتربصين المعوقين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخمستي ولاية تيبازة (ميدان الدراسة).

4- مقارنة بنائية وظيفية لموضوع رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي:

قبل التطرق إلى أهم الأفكار التي جاء بها أصحاب الاتجاه الوظيفي في علم الاجتماع التربوي، الخدمة الاجتماعية، لا بد من إعطاء لمحة وجيزة عن هذا الاتجاه في علم الاجتماع من أجل فهم الإسهامات الوظيفية في التربية والرعاية.

لقد حدد تيماشيف مفهوم الاتجاه الوظيفي، ولخص على حد تعبيره القضية التي تدور حولها كتابات الوظيفيين على النحو الآتي:

"أن النسق الاجتماعي يمثل نسقا حقيقيا، تؤدي أجزاؤه فيه وظائف أساسية لتأكيد الكل وتنشيطه وأحيانا، لاتساع نطاقه وتقويته، ومن ثم تصبح الأجزاء متساندة ومتكاملة على نحو ما..."⁽¹⁾

نفهم من ذلك بأن الوظيفيين يرون بأن كل نسق اجتماعي يتكون من انساق (أنظمة) اجتماعية فرعية متساندة، والتي بدورها تتكون من أجزاء، يؤدي كل جزء وظيفته الاجتماعية

(1) نيقولا تيماشيف: النظرية الاجتماعية المعاصرة، في معالم الفكر السوسيولوجي المعاصر، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1982، ص. 143، 144.

في إطار من التكامل والتساند الوظيفي، وذلك من أجل الحفاظ على توازن واستمرار النسق الاجتماعي الكبير.

"ولهذا يرتبط الاتجاه الوظيفي بالتنظيم الاجتماعي، الذي يتميز بنشاط معين واستخدام خاص، وما ينطوي عليه عمل التنظيم من عمليات تقوم بدور التكامل".⁽¹⁾

أي أن الاتجاه الوظيفي يهتم بدراسة التنظيمات الاجتماعية من حيث بنيتها والأدوار المناطة بها، والتي تمارسها من أجل الوصول إلى تحقيق أهدافها.

ويرى بارسونز، بأن الأنساق الاجتماعية هي انساق للتفاعل الاجتماعي بين جمع من البشر، والذين يعملون على تحقيق الأهداف المشتركة.⁽²⁾

فالأنساق الاجتماعية حسبه تتغير وتستمر من خلال عملية اجتماعية أساسية، وهي التفاعل الاجتماعي، الذي يعني العلاقات متبادلة التأثير بين أجزائه، والتي تهدف إلى تحقيق نتائج مشتركة للحفاظ على استمرار واستقرار البناء الاجتماعي.

ويشير البناء الاجتماعي إلى: "مجموعة من العلاقات الاجتماعية المتبادلة التي تتكامل وتتناسق من خلال الأدوار الاجتماعية".⁽³⁾

كما يرى بارسونز بأن الأنساق، ومن ثم المجتمعات من الممكن أن تحلل وظيفتها في أربع متطلبات وهي كما يلي:

وظيفة المحافظة على النمط، وهذه الوظيفة تتعلق بالارتباط بين المجتمع كنسق اجتماعي، والنسق الثقافي الفرعي للفعل، ويكون ذلك باستدماج الأجزاء لثقافة المجتمع، هذه الأخيرة تضبط وتحدد أفعالهم.

وظيفة التكامل، وتتضمن هذه الوظيفة تأمين التعاون النظامي بين وحدات أو أجزاء النسق الاجتماعي، وبصفة خاصة تكامل الوحدات أو أجزاء النسق المختلفة، وإسهامهم في التنظيم أو الوظيفة الكلية، ويكون بتأدية كل جزء لوظائفه، بالتناسق مع وظائف الأجزاء الأخرى.

(1) المرجع نفسه، ص. 143، 144.

(2) مصطفى زايد: التنمية الاجتماعية ونظام التعليم الرسمي في الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986، ص. 27، 29.

(3) عبد الباسط عبد المعطي: اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999، ص. 133.

وظيفة تحقيق الأهداف، وهي تتمثل في العلاقة بين المجتمع كنسق اجتماعي، والشخصية الفرعية للفعل، وهي معنية بتحقيق الأهداف وثيقة الصلة بالهدف العام للمجتمع العام، وهذا طبعاً بعد تحديدها، كما تعني تعبئة قوى المجتمع من أجل انجاز هذه الأهداف، وهذا ما ينطبق على النظام التربوي، وعلى نظام الرعاية الاجتماعية، فأهدافها المحددة هي نابعة من الأهداف العامة للمجتمع، ومن مبادئه وفلسفته.

وظيفة التكيف، حيث تتعلق هذه الوظيفة بالعلاقة ما بين المجتمع كنسق اجتماعي، والتنظيم السلوكي الفرعي للفعل، أي تحقيق التكيف لأجزاء النسق الاجتماعي، من أجل الاندماج في ثقافة المجتمع ككل، التي تحمل قيماً ومعايير تحكم وتضبط سلوكياتهم، من أجل تحقيق التوازن والاستقرار.⁽¹⁾

لقد ميز أوغست كونت "بين ثلاثة مستويات موجودة في المجتمع: الفرد والأسرة والاتحادات الاجتماعية، وهذه المستويات الثلاثة تمثل البناء، وأما الوظيفة، أي وظيفة البناء فتشير إلى الإسهام الذي يقدمه الجزء إلى الكل، وهذا الكل قد يكون متمثلاً في المجتمع أو ثقافته، كما تشير الوظيفة أيضاً إلى الإسهامات التي يقدمها الكل للجزء، كالإسهامات التي يقدمها المجتمع الكبير للجماعات الصغيرة التي يضمها، أو الإسهامات التي تقدمها الأسرة من أجل بقاء أفرادها والمحافظة عليهم."⁽²⁾

وتستخدم النظرية البنائية والوظيفية في الخدمة الاجتماعية كإطار لفهم موضوعات الأسرة، والتأثيرات المستمدة من الأنساق الاجتماعية الأخرى في المجتمع، فالتفكك أو التوتر الذي يحدث على مستوى الأسرة أو في أي نسق اجتماعي في المجتمع، إنما يرجع السبب إلى خلل في البناء أو في الوظيفة، وعليه فإنه على الأخصائي الاجتماعي أن يأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث هذا الخلل وتأثيره على العميل.⁽³⁾

انطلاقاً مما سبق، فإن هذه الدراسة ستتناول شخصية المعوق كنسق يتكون من أجزاء، وتتناول المؤسسات المتخصصة في الرعاية كنسق اجتماعي، له أهدافه ووظائفه، كما تتناول

(1) مصطفى زايد: مرجع سابق، ص. 28، 29.

(2) رشيد زرواتي: مرجع سابق، ص. 127، 128.

(3) المرجع نفسه، ص. 128.

نظام الرعاية والخدمات الاجتماعية، وسياسة الإدماج الاجتماعي لفئة المعوقين، كنظام اجتماعي ضمن النسق الاجتماعي العام للمجتمع، له وظائفه وله أهدافه.

حيث أنه ومن وجهة نظر الوظيفيين، فإن البناء الوظيفي للشخصية، يتكون من أبعاد ومكونات متكاملة، وهي مرتبطة ارتباطاً وظيفياً قوياً، وإذا حدث نقصاً أو اضطراب في أي بعد منها، يمكن أن يؤدي ذلك إلى اضطراب البناء العام والآداء الوظيفي للشخصية، حيث تتمثل تلك المكونات في:

المكونات الجسمية: والتي تتعلق بالمشكل العام للجسم، الوزن، الطول، إمكانيات الجسم الخاصة، العجز الجسدي الخاص، وظائف الحواس، وظائف أعضاء الجسم، كالجهاز التنفسي، الجهاز العصبي، الجهاز الهضمي، إضافة إلى القدرة الحركية والقدرة على التحريك.

المكونات العقلية والمعرفية: وتشمل الوظائف والقدرات والعمليات العقلية البسيطة والعليا، مثل الذكاء، القدرة على التفكير، الذاكرة، القدرة على الإدراك، التمييز، وغيرها من وظائف العقل، الذي في الحقيقة لا يمكن رؤيته، فهو غير ملموس ولكن يتمثل في جهاز المخ والأعصاب.

المكونات النفسية والانفعالية: والتي تتمثل في انفعالات الفرد، وحالاته المزاجية، كالخوف والقلق والفرح والسعادة والحزن، إضافة إلى أحاسيسه ومشاعره اتجاه الآخرين واتجاه الأمور الاجتماعية، كالحب والكره والحنان، يضاف إلى كل ذلك ميولاته، اهتماماته، دوافع سلوكياته، مدى ثقته بالنفس، تحقيق الذات وصورتها لديه.

المكونات الاجتماعية: وتتعلق بالنمو الاجتماعي للفرد، الذي يتحدد بحسب الظروف البيئية التي يعيش فيها، كالبيئة الأسرية، البيئة المدرسية، البيئة الخارجية، والتي تتفاعل مع الخصائص الفطرية أو المواريث الشخصية.⁽¹⁾

ويتضمن النمو الاجتماعي للفرد عناصر تتمثل في القيم، الاتجاهات، الأخلاق والثقافة المجتمعية، والتي يستدخلها (يستدمجها) الفرد بفضل تنشئته الاجتماعية.

هذه المكونات يجب أن توضع في عين الاعتبار عند دراسة وتحليل شخصية الفرد المعوق من أجل معرفة مدى توافقها وانسجامها وتكيفها البيولوجي العقلي، النفسي

(1) عبد الباسط عبد المعطي: مرجع سابق، ص. 114.

والاجتماعي، حيث تكون الشخصية سوية في حالة سلامة بناء مكون من المكونات المذكورة، ويتوقف ذلك على المكونات الفطرية والوراثية، وخاصة البيولوجية والعقلية منها، أما المكونات النفسية والاجتماعية، فهي تكون نتيجة للتفاعل بين تلك المكونات وبين البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، فهي مكتسبة، أي تتوقف سلامتها على سلامة هذه الأخيرة. ويرى الموظفون بأن أي خلل يحدث في احد تلك المكونات (بنائها أو وظيفتها) يؤثر على باقي المكونات.

لذلك فإن أداء الفرد لوظائفه وأدواره الاجتماعية -التي يكتسبها- بفضل التنشئة الاجتماعية يتوقف على مدى تكامل أبعاد الشخصية ومدى سلامة نموها.

ولما كان الفرد المعوق، سواء كانت إعاقته جسمية أو عقلية أو حسية، يعاني من قصور في احد أبعاد شخصيته أو أكثر، فإن ذلك ينعكس على وظيفته، وعلى أدائه لأدواره كفرد في المجتمع، إذ يعاني منعدم تكيف بيولوجي أو نفسي أو عقلي أو اجتماعي، وهذا ما يجعله لا يتمكن من تحقيق أهدافه في الحياة الاجتماعية، والمتمثلة في إشباع الحاجات الأولية والثانوية، والمساهمة بذلك في إشباع حاجات المجتمع، وهي الاستمرار والنمو.

وتبعا للفكرة التي جاء بها بارسونز والمتضمنة، ضرورة توفر بدائل وظيفية في النسق الاجتماعي لتعويض القصور الوظيفي لأحد أجزائه أو بعض منها، من أجل استبعاد المعوقات الوظيفية، وتحقيق أهدافه، فإن المجتمع قد أنشأ مؤسسات متخصصة لرعاية المعوقين، من أجل تعويض القصور الذي تعاني منه الأسرة، المدرسة العادية في رعاية هؤلاء الأفراد، الذين يعانون من مشكلات خاصة متعلقة بإعاقاتهم، أو هي مشكلات بيولوجية أو عقلية أو نفسية أو اجتماعية، تتسبب فيها عدم إشباع الحاجات من طرف المؤسسات الاجتماعية العادية.

تلك المؤسسات المتخصصة تتمثل في المدارس المتخصصة في تربية وتعليم مختلف فئات المعوقين، إضافة إلى المراكز الطبية البيداغوجية، ومراكز التكوين المهني للمعوقين، وكل واحدة من هذه المؤسسات تعتبر نظاما اجتماعيا قائما بذاته للعمل في إطار النسق الاجتماعي العام، وهي تتكون من أجزاء تتمثل في الهياكل والوسائل البيداغوجية والوسائل المهنية، وفي البرامج والمناهج التعليمية والتربوية والتكوينية، وفي المؤطرين من مختلف التخصصات وفي الإدارة ونسق القسم والمعايير السائدة فيها.

كما أن أي خلل في بناء أو وظيفة هذه الأجزاء يؤثر على الأجزاء الأخرى، فإذا لم تؤدي المدرسة المتخصصة دورها في تعليم وتربية ورعاية المعوقين بصريا مثلا، فإن ذلك يؤدي إلى عدم تحقيق أهدافها المتمثلة في الإدماج المدرسي لهم، وهذا ما يؤثر سلبا على تكوينهم اللاحق في الثانويات والجامعات أو مراكز التكوين وإعادة التأهيل المهني.

إن وكما سبق وأن ذكرنا فهذه المؤسسات تعمل بالتكامل والتناسق فيما بينها، ونفس الشيء بالنسبة للأسرة كبناء اجتماعي، إن لم تحقق أهدافها ولم تؤدي دورها المتمثل في التكفل والرعاية المستمرة للمعوقين، فإن هذا يحد من فعالية دور المؤسسات الأخرى، وهذا ما سنكشف عنه في الميدان، من خلال البحث عن التاريخ المدرسي والمهني والأسري للمعوقين.

كما أن نظام الخدمات الاجتماعية التي تقدم للمعوقين يتكون من عدة أنظمة (أنساق)، فرعية تتمثل في جوانب الرعاية، والتي تتمثل خدمات الرعاية الصحية (الطبية) وخدمات الرعاية النفسية، وخدمات الرعاية الاجتماعية، وخدمات الرعاية التكوينية المهنية، هذه الجوانب تتكامل وتتساند وتتناسق فيما بينها، وأي نقص في إحداها كما أو كيفا، يؤثر على فعالية الخدمات الأخرى، مهما اكتملت كما وكيفا، ومهما كان مستوى تقديمها جيدا.

وهذه هي جوانب (أبعاد) الإشكالية التي حددناها سابقا، والتي نستهدف من خلال الدراسة الميدانية الكشف عن واقعها، وتشخيص حالتها الراهنة في المركز ميدان الدراسة. حيث أن تلك الخدمات كل منها يمس جانبا من جوانب شخصية الفرد المعوق، بحيث يستهدف وقايتها، علاجها، وإنمائها، وذلك في إطار مناهج الخدمة الاجتماعية.

أما فيما يخص نظام الرعاية الاجتماعية وسياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين، فإننا وفي إطار التحليل البنائي الوظيفي له، نجد بأنه يتكون من عدة أنساق فرعية، متكاملة ومتساندة، وهي: الإدارة الوصية، مؤسسات الرعاية، برامج ومناهج الرعاية بكل جوانبها، إضافة إلى البرامج الوقائية، وبرامج التوعية والإعلام، الوسائل الضرورية، التقنية والبيداغوجية ووسائل الدعم ووسائل التعويض، المؤطرين، الموارد المالية والبشرية، نسق القيم والأهداف المسطرة والمنتظرة من سياسة التكفل، ونظام الضمان الاجتماعي، ووسائل المواصلات والاتصالات والنظام الثقافي.

حيث أن أي نقص أو قصور أو غياب لأحد أو بعض هذه الأنساق الفرعية يؤثر على مدى فعالية السياسة العامة.

فلا يمكن أن نتصور مؤسسات بدون مؤطرين أم بمستوى ضعيف للتأطير، ولا يمكن أن تعمل هذه المؤسسات بدون موارد مالية كافية، ولا يمكن مهما توفرت هذه الأخيرة أن تحقق الإدماج الاجتماعي للمعوقين في المجتمع دون تغيير الذهنيات وأنماط التعامل معهم من طرف أفراد في المجتمع، تلك الذهنيات وأنماط التعامل، ومستوى الوعي يدور كل واحد منا اتجاههم، تعتبر من ثقافة المجتمع (النسق الثقافي) وهو نسق فرعي من النسق العام للمجتمع. وعلى ضوء ما سبق، يمكن النظر إلى كل من الشخصية، الأسرة، المدرسة، ومؤسسات الرعاية الأخرى، إلى نظام الرعاية ونسق الخدمات الاجتماعية، كأنساق، وهي تمثل أنساق فرعية للنسق الأكبر وهو النسق الاجتماعي، ويعتبر تالكوت بارسونز من أبرز ممثلي الجيل الثاني من رواد البنائية الوظيفية، وهو صاحب نظرية (النسق الاجتماعي) أو هي نظرية فرعية ظهرت بتبني الجيل الثاني من رواد النظرية الكبرى -البنائية الوظيفية- ما يعرف بالمدخل السوسيولوجي للأحداث الصغرى.⁽¹⁾

والنسق الاجتماعي عند بارسونز هو كل يتشكل من الثقافة والبناء الاجتماعي والشخصية، وكل نسق من الأنساق الفرعية يعتبر نسقا كليا في حد ذاته، ويتكون بدوره من أنساق فرعية، وكل هذه الأنساق الفرعية تسعى لتحقيق مطلب من المطالب الأربعة للنسق الاجتماعي الكلي، بطريقة تكاملية، فكل نسق يخدم النسق الآخر.⁽²⁾

ولما كان النسق الثقافي يتكون من المخزون الرمزي للتفاعل (اللغة، العادات والتقاليد، القيم، المعايير) فإنه يختص بالسيطرة على المؤثر والحفاظ على النمط.⁽³⁾

ويكون ذلك باستدماج الأجزاء ثقافة المجتمع، والتي تقوم بضبط وتحديد أفعالهم في إطار من القيم والمعايير الاجتماعية، وذلك عن طريق "التنشئة الاجتماعية التي تتضمن

(1) عبد الله محمد عبد الرحمن: علم الاجتماع، النشأة والتطور، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999، ص. 119.

(2) جونتان تيرنر: بناء نظرية علم الاجتماع، (ترجمة محمد سعيد فرج)، ط1، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1999، ص. 64، 65.

(3) المرجع نفسه ص. 66.

العمليات التي عن طريقها تندمج الرموز الثقافية داخل نظام الشخصية، حيث تشترك في تكوين المهارات والدوافع المكتسبة للعب الأدوار داخل النظام الاجتماعي.⁽¹⁾

وتمثل كل من الأسرة والمدرسة انساقا فرعية للنسق الثقافي، والتي تقوم بمهمة التنشئة الاجتماعية، وفي نظر بارسونز فإن الأسرة هي أهم من يسهم في بناء شخصية الطفل، غير انه مع تغير بناء وشكل الأسرة من أسرة ممتدة إلى أسرة فرعية، صحبه تغير في وظيفتها.⁽²⁾

لقد طبق أصحاب الاتجاه الوظيفي في علم الاجتماع أفكارهم على التربية والتعليم، وقدموا إسهاماتهم في ذلك، حين اعتبروا أن التربية هي نظام اجتماعي، له ضوابطه وميكانيزماته، في سائر المجتمعات، وانه جزء من النسق الاجتماعي العام، وهو يتكون من عناصر، له أهدافه ووظائفه.

وقد أصبح من أهم ما يميز عصرنا الحالي، الاهتمام بشؤون التربية، بصفتها ضرورة حيوية لاستمرار المجتمعات وبقائها، "حتى أن عدد من رجال الفكر لم يترددوا في أن يطلقوا على القرن العشرين اسم عصر التربية".⁽³⁾

وإن من أهم المؤسسات التي يتلقى فيها الفرد التربية المقصودة هي المدرسة، والتي تمثل لدى الوظيفيين نسقا اجتماعيا، يجب أن يحافظ على مكانته في البناء الوظيفي، من خلال العلاقات القائمة بين عناصره (أجزائه)، والتي تؤدي أدوارها، بحيث تتكامل الوظائف الاجتماعية، وهو ما يساعد على نمو الوظيفة التربوية والتعليمية للمدرسة واكتمال تحقيق أهدافها.

ويؤكد دوركايم على أن "التربية قبل كل شيء وسيلة يحدد المجتمع عن طريقها باستمرار شروط حياته الخاصة".⁽⁴⁾

(1) عدلي علي أبو طاحون: النظريات الاجتماعية المعاصرة، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، بدون سنة، ص. 193.

(2) علي عبد الرزاق وآخرون: نظريات علم الاجتماع، الاتجاهات الحديثة والمعاصرة، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1998، ص. 96.

(3) طلعت إبراهيم لطفي: مرجع سابق، ص. 184.

(4) غي افانزيني: الجمود والتجديد في التربية، (ترجمة عبد الله عبد الدايم)، ط1، دار العلم للملايين، بيروت، 1981، ص. 330.

وهذا يعني بأن التربية هي نظام يحمل مبادئ، فلسفة، وثقافة المجتمع، وأن أهدافه هي أهداف المجتمع التي يود تحقيقها عن طريقه، كما أنه عن طريق التربية ستدخل الأجيال ثقافة المجتمع وتحدد مستقبلها، حيث أنها استثمار جد مهم لطاقة جد حيوية، ألا وهي الموارد البشرية.

ويرى في هذا دوركايم بأن: "التربية هي التي تستطيع أن تؤدي إلى قيام هذا التجانس، حيث تثبت لدى الأطفال منذ الصغر مظاهر التماثل الأساسية التي تتطلبها الحياة المهنية".⁽¹⁾ ولا يكون ذلك إلا من خلال تربية متكاملة الجوانب، تربية نفسية، تربية عقلية، تربية بيولوجية، تربية اجتماعية، تربية مهنية، تجعلهم ينمون نموا سليما ومتكاملا، يمكنهم من التكيف البيولوجي، العقلي، النفسي والاجتماعي والمهني في المجتمع، وذلك ما يجعلهم أفرادا صالحين منتجين ومساهمين في استمراره ونموه.

ويؤكد دوركايم في هذا الصدد على ضرورة خلق في الفرد "جملة من الحالات الحسية والذهنية والأخلاقية، يقتضيها المجتمع السياسي في مجموعه، والوسط الخاص الذي ينتمي إليه"،⁽²⁾ وهذا هو الهدف الأساسي من التربية كنظام اجتماعي، حيث أن الموظفين لا يؤكدون على أهمية نقل المعارف، بقدر ما يؤكدون على أهمية تربية الفرد وتنمية شخصيته بكل جوانبها، وخاصة الجانب الأخلاقي الذي يتضمنه النمو الاجتماعي، "ولا شك أن النظام الخلقي هو نظام ملزم، لأن الأخلاق كنظام اجتماعي هي مجموعة من الواجبات السلوكية، ولا شك أن الواجب الخلقي هو في ذاته أمر ملزم فرضته أخلاقيات المجتمع".⁽³⁾

وكل ذلك يؤكد على ضرورة أن تتضمن برامج الرعاية الاجتماعية للأشخاص المعوقين القيم والمعايير المجتمعية، والأخلاق الضرورية، لكي يعيش هؤلاء حياة إيجابية وسوية في بيئتهم الاجتماعية.

ويعتبر إميل دوركايم أول من أشار بصراحة لأهمية وجود مدخل سوسيولوجي لدراسة التربية، كما أنه في محاضراته بالسربون قد أشار إلى الارتباط الوثيق بين التربية والمجتمع، كما أنه كان حريصا على إبراز فكرة عدم وجود نمط تربوي وتعليمي وحيد

(1) محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، مرجع سابق، ص. 153.

(2) محمد الناصف: مرجع سابق، ص. 44.

(3) محمد إسماعيل قباري: أسس البناء الاجتماعي، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1989، ص. 105.

ونموذجي لكل الناس، حيث اعتبر أن اختلاف الحاجات الاجتماعية تلعب الدور الرئيسي في تشكيل محتوى البرنامج التربوي المعتمد في مختلف المجتمعات، ولمختلف الفئات في مجتمع واحد، كما أنه أشار في نفس الوقت إلى أن الظاهرة التعليمية تعتبر ظاهرة ديناميكية، وبالتالي تعتبر هذه العملية تغير.⁽¹⁾

انطلاقاً من ذلك يمكن أن نقول بأن فئة المعوقين، ونظراً للخصوصيات الشخصية التي تميزهم عن باقي الفئات في المجتمع، وما تحمله من حاجات خاصة، ومشكلات خاصة، ومميزات بيولوجية وعقلية ونفسية واجتماعية خاصة، فإنهم بحاجة إلى مناهج وبرامج تربوية وتكفلية خاصة بهم، على أن تكون خطوطها العريضة، أهدافها، مبادئها، وأسسها، هي مستوحاة من النظام التربوي المجتمعي ومن فلسفته، لكي لا تتعارض معه ولكي تساهم في تحقيق أهدافه.

تلك المناهج والبرامج التربوية والتكفلية الخاصة، يجب أن تعمل على إشباع الحاجة الخاصة لتلك الفئة الخاصة من المجتمع، وأن تعمل كذلك على علاج مشكلاتهم، وإعطائهم القدرة على النهوض بأنفسهم، واستثمار قدراتهم المتبقية، وإعطائهم كذلك الفرصة للمشاركة الفعالة في الحياة الاجتماعية.

ويقول دوركايم في هذا الصدد "لما كانت الحياة المدرسية مجرد نواة للحياة الاجتماعية فمن المستحيل ألا تكون الطرائق الأساسية التي تسيرها غير موجودة في تلك الحياة الاجتماعية".⁽²⁾

مع ضرورة تكيف البيئة المادية والفيزيائية والمعنوية للمدرسة، على حسب خصوصيات كل صنف من أصناف المعوقين، من أجل أن يتكيفوا نفسياً ومدرسياً واجتماعياً معها، ويتمكنوا فيما بعد من استيعاب الأفكار والأنماط السلوكية الضرورية للحياة. كما يرى دوركايم بأنه لا يمكن أن يفرض على عقول الأفراد طريقة محددة للتفكير، يجبرون عليها،⁽³⁾ وهذا تأكيد منه على ضرورة حرية العقل في التفكير بما يتطلبه الواقع

(1) مصطفى زايد: مرجع سابق، ص. 86.

(2) غي اقانزيني: مرجع سابق، ص 336.

(3) DURKHEIM.E; Education morale, p. 91, in: GILLET. P: Pour une pédagogie ou l'enseignant praticien, 1ère éd, France, Puf, 1987, p. 91.

الاجتماعي، وعليه لا بد من أن نعلم الفرد كيف يفكر، ويستغل عقله، دون وضع حدود له في التفكير.

كما أنه على التربية أن تلبي حاجات المجتمع، وأن تبقى مرنة، تتغير بتغير المجتمع، وأن تدعم التجديد في الأفكار والتفكير، الذي يساير كل جديد فيه، حيث أن الحاجات الجديدة تستدعي أفكاراً جديدة باستمرار، هذا ما يجعل من الضرورة أن تتغير التربية بذاتها، حيث أن ذلك يؤدي إلى تغير وتطور المجتمع.⁽¹⁾

وهذا ما يجب أن يكون في المجتمع الجزائري الذي يجب أن يغير أفكاره ونظراته حول المعوقين ورعايتهم، بحسب تغير الرؤى والنظريات التي تحلل وتفسر الإعاقة، وكيفية علاجها والوقاية منها، والحد من تضاعف مشكلاتها النفسية والاجتماعية، من خلال تغيير برامج التربية التثقيفية للأفراد والأسر والمجتمع ككل، حول دور كل واحد ومسؤوليته اتجاه هذه الفئة الخاصة من المجتمع.

فالتربية هي الفعل الذي تمارسه الأجيال الكبرى على التي لم تحضر بعد للحياة الاجتماعية.⁽²⁾

أي أن تربية الفرد العادي أو الفرد المعوق، يجب أن تستهدف إعداده وتحضيره للحياة في المجتمع، بكل ما تتطلبه من قدرات شخصية، وتكيف نفسي واجتماعي، لتجنب الانحراف والصراع الذي يعتبره الموظفون معوقاً وظيفياً، أي يعيق النسق الاجتماعي عن أداء وظائفه.

ويستخدم دوركايم مصطلح نظام التربية، ليدل على نظام رمزي، والذي يمثل في نفس الوقت صفة المجتمع التي يعطيها هذا الأخير عن نفسه، ومشروعه الذي يريد تحقيقه من خلال النظام التربوي.⁽³⁾

كما يجب أن يعمل النظام التربوي على استثمار مواهب الأفراد، وذلك من خلال جذب اهتمامهم، واستثارة قدراتهم وطاقاتهم الكامنة، دفعهم نحو الإبداع، وتعويدهم الاعتماد على النفس، وهذه أهداف الرعاية التربوية للأشخاص المعوقين بالجزائر، والمحددة في المنهج التربوي للمؤسسات المتخصصة.

⁽¹⁾ Idem., p. 92.

⁽²⁾ Idem., p. 97.

⁽³⁾ Idem., p. 99.

ويجب أن تتجه التربية نحو غرس القيم والأفكار والعادات لدى الأفراد، وتمكنهم من إبراز قدراتهم في خدمة المجتمع، حيث أن "المدرسة التي يرتادها الطفل هي قطعة من الحياة، ففي مجتمع المدرسة يتكيف الطفل ويتطبع ويتفهم معنى القيم السلوكية الأولى، حيث يلحق قواعد الضبط الاجتماعي مع مبادئ الأخلاق والدين، فالتربية هي عملية سوسولوجية تهدف في النهاية إلى التطبيع الاجتماعي والتكيف الثقافي، حيث يتلقى الدارس ويلقن تربويا (المفهوم الأولي لقيم المجتمع) ومبادئ الدين، وأنماط السلوك الخلقي".⁽¹⁾

ويؤكد كثيرا دوركايم على أن إنشاء النظام التربوي وتحديد قيمه ومبادئه وفلسفته هو من عمل المجتمع بذاته، فلا يمكن استيراد نظمه التربوية، ومحاولة تكيفها مع المجتمع، حيث أن المجتمع المستورد لها يختلف في قيمه ومبادئه وسياسته وثقافته عن المجتمع المصدر، فيحدث هناك خلل ولا توازن واضطراب ثم فشل في الأخير، وعدم القدرة على خلق الفرد الصالح لمجتمعه والتكيف معه.

وإذا رجعنا إلى المجتمع الجزائري، فإننا نجد بأن النظام التربوي الجزائري قبل وبعد الاستقلال مباشرة، لم يكن جزءا كاملا من النظام الاجتماعي، حيث أنه ورث من المستعمر الفرنسي الذي خطط سياسة تعليمية تهدف إلى خلق نخبة قليلة من المتعلمين الجزائريين الذين يحملون أفكارا مناقضة للثقافة الجزائرية، "هذه الخصائص المميزة لهذه المنظومة التربوية مثلت مدخلا هاما للسياسة التعليمية الكولونيالية بالجزائر".⁽²⁾

ورغم محاولات المستعمر الفرنسي لتغيير السياسة التعليمية والمناهج التربوية، إلا أن ذلك كان دائما في خدمة مصالحه ومخططاته الاستعمارية، لقد كان اختيار المناهج والطرق والمكونين لا يساير روح التطورات، تطورات العصر، وهو الذي أدى بالاستعمار إلى "إحاطة الإصلاح التعليمي بنوع من الغموض والالتباس في مجمل السياسة التعليمية الفرنسية في الجزائر".⁽³⁾

لقد تميزت الفترة الاستعمارية بالغياب الكامل لأي فعل أو مبادرة لصالح الأشخاص المعوقين، ما عدى إنشاء المدرسة الاستعمارية للصم البكم في الجزائر العاصمة، وذلك سنة 1886، وكانت ملحقة لمدرسة صغار البكم بشومبيري بفرنسا.

(1) محمد إسماعيل قباري: مرجع سابق، ص. 115.

(2) COLONNA FANNY: Les instituteurs Algériens (1883- 1939), O.P.U, Alger, 1975, p. 16.

(3) Idem., p. 37.

ومع استرجاع الجزائر لحريتها، وبعد الاستقلال مباشرة، بقي الأشخاص المعوقين تحت رعاية الأسرة فقط، رغم أن الجزائر حاول الاهتمام بهم، لكن بعد فترة (عشرية) انهمكت خلالها بإعادة بناء الدار التي هدمها المستعمر الفرنسي سياسيا واقتصاديا وثقافيا، حيث وفي سنة 1976م بدأ الاهتمام بالأشخاص المعوقين، حيث كانت هذه السنة ثرية بالتشريعات، ومن بينها المصادقة على الميثاق الوطني والدستور، واصدرا قانون الصحة. وإذا رجعنا إلى الميثاق الوطني نجد فيه اعتراف الدولة بفئة المعوقين، وبواجبها نحوهم، وبالتزامها بتربيتهم وتعليمهم وتكوينهم وتشغيلهم، من أجل إدماجهم اجتماعيا. وسيتم التفصيل أكثر في هذا الموضوع في الفصل الخامس من الدراسة.

وبمقارنتنا بين الاتجاه الاجتماعي، والاتجاه النفسي في تربية ورعاية المعوقين، فإننا نجد بأن أصحاب هذا الاتجاه الأخير، هم يعيرون أهمية كبرى للمكونات النفسية من شخصية الفرد، من ميولاته واهتماماته، وحالاته ومشكلاته النفسية التي تستدعي رعاية نفسية، تربوية، تسمح بتفتح واكتمال نموه النفسي والعقلي وبالعلاج مشكلاته التي تعيق نموه وتطوره وتكيفه الاجتماعي.

أما أصحاب الاتجاه الاجتماعي، فإنهم يهتمون بالجانب الاجتماعي من شخصية الفرد، والذي يتضمن قيمه، اتجاهاته، أخلاقه وعلاقاته الاجتماعية، كما يهتمون بالبيئة الاجتماعية للرعاية التربوية، وبثقافة المجتمع وسياسته الاجتماعية، ويعتبرون نظام التربية والرعاية نسقا قريبا من النسق الاجتماعي العام.

ومن الملاحظ أن المقاربة الاجتماعية للظاهرة التربوية تتعدى المستويات الظاهرة لعمل المؤسسة المدرسية، لتهتم خاصة بالعلاقات الضمنية (غير المصرح بها)، والتي تربط المدرسة بالمجتمع، مثل الأدوار الاجتماعية للمدرسة وازدواجية الدور التربوي للمدرس، وعلاقة النجاح المدرسي بالوسط العائلي للتلميذ... الخ.⁽¹⁾

كل هذا يجب أن يرى من خلال تخطيط المناهج والبرامج، التربوية والتكوينية للأشخاص المعوقين، وخلال تكوين المؤطرين المختصين في الرعاية التربوية وفي إعادة التأهيل.

(1) احمد شبشوب: علوم التربية، دار التونسية للنشر، تونس، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1991، ص. 310.

ويقول التوسر ALTHUSER: في هذا الصدد: "ماذا يتعلم المرء داخل المدرسة؟ إنه يتعلم معارف ومهارات. لكنه يتعلم بمناسبة تدريبه على هذه المعارف والمهارات نوعاً من القيم المناسبة للمنصب الذي سيشغله داخل المجتمع."⁽¹⁾

كما أن التلاميذ والمعلمين، ليسوا كائنات بلا أرواح، ليسوا آلات تعليم وتعلم، فهم جميعاً كائنات بشرية، يرتبطون معنا في عملية معقدة، فهم آدميين يعيشون سوياً، ويمارسون حياة إنسانية، وأنشطة اجتماعية.⁽²⁾

وهذا ما يدفع بنا إلى القول بضرورة أنسنة الفعل التربوي، وجعله يقدس الإنسان، ويحافظ على كرامته، وعلى استقلاليته، من خلال مراعاة خصائصه الشخصية، في تخطيط ذلك الفعل.

5- دراسات إمبريقية حول الرعاية والتنمية:

أ- دراسة حول التنمية والرعاية الاجتماعية، دراسة ميدانية لأشكال الإعاقة الجسدية في مؤسسات الرعاية الاجتماعية، لمحمد صفوح الأخرس.⁽³⁾

أولاً: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة محاولة للاطلاع على واقع فئات المعوقين جسدياً، ومعرفة تلك العوامل والحد من تأثيرها، لأجل فهمها فهماً أكثر عمقاً لفعاليتها، والحد من تأثيرها. وبالتالي محاولة تغيير نظرة المجتمع لهذه الفئة، وذلك بإدماجهم ضمن قوة العمل من خلال عمليات التأهيل المهني.

فروض الدراسة:

شملت هذه الدراسة فرضية عامة هي: للرعاية الصحية أثر في حدوث الإعاقة أو غيابها، فإذا تواجبت الرعاية على نحو إيجابي قلّ احتمال الإصابة بالإعاقة، وفي المقابل إذا حرم الإنسان من الحد الأدنى من الرعاية الصحية زاد احتمال إصابته بإعاقة.

(1) المرجع نفسه، ص. 311.

(2) حسن البيلالوي: في علم اجتماع المدرسة، عالم الكتب، القاهرة، 1993، ص. 36.

(3) محمد صفوح الأخرس: المنهج وطرائق البحث في علم الاجتماع، ط5، منشورات جامعة دمشق، سوريا، 1997، ص.

وجاءت الفرضيات الفرعية كالآتي:

1- غياب الرعاية الصحية الوقائية للأم أثناء الحمل، واحتمال إصابة الجنين بالإعاقة الجسدية.

2- ارتباط مكان وأسلوب الولادة، واحتمال علاقتهما بالإعاقة الجسدية.

3- غياب الرعاية الوقائية للطفل بعد الولادة، وعلاقتهما باحتمال الإصابة بإعاقة جسدية.

منهج الدراسة:

للتأكد من هذه الفرضيات، استخدمت هذه الدراسة عدة أدوات، نذكر منها: المقابلة والملاحظة والاستمارة والرسوم البيانية والإشكال التوضيحية والدراسة الاجتماعية للأرقام الإحصائية.

عينة الدراسة:

تناول جميل المعوقين جسديا المتواجدين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية، بدمشق، بجميع أقسامها الداخلية والخارجية.

نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى أن الرعاية الصحية للأم المعوق جسديا، قد تفيد في التخفيف من الإصابة بالإعاقة في المجتمع، كما ترتبط بمستويات أعلى في خطط التنمية من الوقاية والعلاج معا، إذ أن الفائدة لا ترجع إلى المعوقين فقط، بل لفئات المجتمع ككل على اختلاف أجناسهم.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

لقد أكدت هذه الدراسة، فكرة الوظيفيين المتضمنة، تكامل الأنساق الفرعية وتساندها، ضمن النسق العام للمجتمع، حيث أن أي خلل يصيب أحد أو بعض تلك الأنساق الفرعية يؤثر سلبا على الأنساق الفرعية الأخرى، وبالتالي على النسق الاجتماعي العام.

حيث تناول صاحب هذه الدراسة، احد أهم الأنساق الفرعية المكونة للنسق الاجتماعي العام، ألا وهو النسق (النظام) الصحي في المجتمع، فإذا اخلل هذا النسق واختلت وظائفه، يؤثر على باقي الأنساق الاجتماعية، وخاصة منها النسق الاجتماعي الفرعي والمتمثل في بناء الأسرة وصحة وسلامة أبنائها.

ويرجع صاحب هذه الدراسة الخلل الذي يصيب النظام الصحي إلى خلل في نظام التنمية العام في المجتمع، والذي يرتبط بتخطيط السياسة العامة والسياسة الاجتماعية. وبالتالي فالرعاية الصحية للأم قبل وأثناء فترة الحمل، وبذلك رعاية الطفل الوليد صحيا، هي ضرورية للتخفيف من احتمالات الإصابة بالإعاقة أو تفاقمها لدى الفرد والمجتمع.

وفي الدراسة الحالية، نركز على الرعاية الصحية والتي تعتبر خدماتها، البعد الأول من أبعاد إشكالية الدراسة، والتي نهتم بها كثيرا خاصة بميدان الدراسة، من خلال مؤشرات (أسباب الإصابة بالإعاقة، وكيفية التدخل لعلاجها).

ب - دراسة في تدعيم النسق القيمي للمعوقين بالمركز الرياضي، بمركز الشباب لمدينة أصوان، بدر الدين كمال عبده، 1999.⁽¹⁾

أولا: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

حاولت هذه الدراسة استثمار، توظيف الاستراتيجيات والنماذج والمداخل من خلال برامج العمل مع الجماعات، في تدعيم بعض القيم والأبعاد الهامة والأساسية في حياة المعوقين، وذلك لأن النسق القيمي بمثابة الموجه لكافة الأنشطة والسلوكيات التي تصدر عن الفرد، كما أن تدعيمه يساعد على الحد من الصراعات والتوترات التي يتعرض لها الأفراد في مواقفهم الاجتماعية، وتساعدهم على اتخاذ القرارات، وبالتالي هدفها هو تدعيم النسق القيمي لدى المعوقين حركيا، وتحقيق التوازن الاجتماعي.

فروض الدراسة:

لتحقيق هذه الأهداف تمت صياغة الفرضية العامة كما يلي:

تؤدي ممارسة طريقة العمل مع الجماعات إلى تدعيم النسق القيمي لدى المعوقين حركيا، وللتحقق من الفرضية العامة، انبثق منها اثنا عشرة فرضية فرعية.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على منهجين هما: المنهج الوصفي والمنهج التجريبي.

(1) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص. 29.

أدوات الدراسة:

استخدم أدوات ووسائل عدة، هي: التقارير الدورية، ومقياس القيم، والملاحظة.

عينة الدراسة:

بلغت عينة الدراسة 30 عضواً، تم اختيارهم بطريقة عمدية، وقسمت العينة إلى جماعتين متماثلتين، إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة، أي كل جماعة بها 15 عضواً.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج التحليل الإحصائي إلى ثبوت الفرضيات (1، 2، 4، 5، 7، 9، 10، 12) وتأكدت صحة الفرضيات (3، 8، 11) وعدم ثبوت الفرضية السادسة، وبالتالي تأكدت صحة الفرضية العامة للدراسة، وهي أن ممارسة طريقة العمل مع الجماعات تؤدي إلى تدعيم النسق القيمي للمعوقين، بمعنى فعالية برامج التدخل المهني في تدعيم القيم الاجتماعية والقيم الاقتصادية والدينية، وقيم الانتماء، أما بالنسبة للحد من المظاهر السلوكية غير المرغوبة أثبتت فعالية برامج التدخل المعنى، وكذلك زيادة المظاهر السلوكية في تدعيم العلاقات الاجتماعية المطلوبة والمقبولة.

ثانياً: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

تتناول هذه الدراسة النسق القيمي، كأهم الأنساق الفرعية للنسق الاجتماعي العام، وكأهم الأنساق الفرعية لنسق مؤسسة الرعاية، باعتباره الموجه لكافة سلوكيات الأفراد، وخاصة فيما يتعلق بالتكوين والآداء، وبطبيعة العلاقات الاجتماعية السائدة في المجتمع (مجتمع المؤسسة، أو المجتمع الكبير).

وقد أكدت هذه الدراسة على أهمية طريقة خدمة الجماعة (العمل مع الجماعات) في تدعيم السن القيمي لدى المعوقين، وهذا ما يدعم الأفكار التي جاءت في الفصل الرابع من الدراسة الحالية، ولذلك فإن هذه الدراسة تفيدينا كثيراً في الدراسة الحالية، حيث أن هذه الأخيرة، يهتم فيها الباحث باتجاهات المعوقين المتربصين نحو التكوين والعمل، وبطبيعة العلاقات السائدة بمركز التكوين، وبأسرهم ومع أصدقائهم، وخاصة مع مكونيهم.

وسيتم توظيف نتائج هذه الدراسة في مقارنتها مع النتائج التي ستتوصل إليها الدراسة الحالية.

ج- دراسة حول: القيم وعلاقتها بالإنتاجية لدى المكفوفين في مرحلة التدريب المهني، لقدرية الكيلاني.⁽¹⁾

أولا- عرض الدراسة:

هي رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر 1988.
مشكلة الدراسة:

حاولت الباحثة في هذه الدراسة معرفة مدى كفاءة الكفيف في المهن أو الحرف التي يتدرب عليها، وقدرته على الإنتاج كما وكيفا، فتضمن ثلاث جوانب:
أ- كمية الإنتاج. ب- السلوك أثناء العمل. ج- الرضا عن العمل.
أهداف الدراسة:

يهدف هذا البحث إلى دراسة القيم لدى هذه الفئة من المعوقين، وخاصة من هم في مرحلة التدريب المهني.
فروض الدراسة:

افتترضت الباحثة الفروض التالية:

- 1- هناك فروق في النسق القيمي بين كل من المكفوفين والمكفوفات.
- 2- وجود فروق ذات دلالة في الإنتاجية بين المكفوفين والمكفوفات.
- 3- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القيم الايجابية الإنتاجية لدى كل من المكفوفين والمكفوفات.
- 4- وجود تفاعل بين القيم الإنتاجية لدى كل من المكفوفين والمكفوفات.
- 5- وجود عوامل تميز البيئة الإنتاجية لدى الكفيف والكفيفة في مرحلة التدريب المهني.

عينة الدراسة:

استخدمت الباحثة عينة مكونة من 80 كفيفا وكفيفة، وقد ثبتت الباحثة عددا من المتغيرات هي: السن، المستوى التعليمي، نسبة الذكاء، المستوى الاقتصادي والاجتماعي، مع قصور البصر وزمن فقدانه.

(1) المرجع نفسه، ص. 32.

أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأدوات هي: استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي مقياس القيم الفارق، مقياس وكسلر للذكاء، وقد تضمن مقياس القيم مجموعة من القيم النظرية والسياسية والدينية والاجتماعية والاقتصادية، وأخرى مثل الردع والمساعدة والإنجاز إضافة إلى الجنس والقيمة الصحية.

نتائج الدراسة:

انتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- 1- أن هناك اختلاف قيمي بين كل من المكفوفين والمكفوفات في الترتيب، حيث احتلت قيمة الترويح الصدارة بالنسبة للكفيف، في حين احتلت مكان الصدارة بالنسبة للكفيفات قيمة المساعدة، وقد اتفق كلاهما على ترتيب القيمة الدينية كقيمة ثانية.
- 2- لا توجد فروقا ذات دلالة بالنسبة للمكفوفين والمكفوفات في العملية الإنتاجية.
- 3- وجود دلالة بين بعض القيم وأحد مؤشرات الإنتاج.
- 4- وجود علاقة بين كل من القيمة الاقتصادية والسياسية وأحد مؤشرات الإنتاج.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

هذه الدراسة كسابقتها، اهتمت بتوضيح أهمية القيم في توجيه سلوكيات المعوقين، وخاصة سلوكياتهم في التدريب وفي العمل، والسلوك الإنتاجي. لكن رغم أن هذه الدراسة اهتمت بمتغير الجنس، وجعلته المنطلق في طرح الفروض، فإنها أفادت الدراسة الحالية في تدعيم النظرية الوظيفية، بالتأكيد على أهمية النسق القيمي، وكيفية تأثيره على الأنساق الأخرى.

د- دراسة حول: الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم - دراسة في الخدمة الاجتماعية،

لمحمد السيد حلاوة.⁽¹⁾

أولا: عرض الدراسة:

تساؤلات وفروض الدراسة:

- 1- ما هي طبيعة برامج الرعاية الاجتماعية للأطفال المعوقين سمعيا؟

(1) محمد السيد حلاوة: الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم - دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب العالمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1999، ص. 253، 265.

- 2- ما مدى مقابلة تلك البرامج لحاجات الأطفال المعوقين سمعياً؟
- 3- ما هو دور الأخصائي الاجتماعي مع الأطفال المعوقين سمعياً؟

أهداف الدراسة:

- هدف عام، تقويم برامج الرعاية الاجتماعية للأطفال المعوقين سمعياً في مدارس وفصول التربية الخاصة، ومحاولة زيادة كفاءتها وترشيدها، وذلك من خلال:
- الوقوف على مشكلات والمعوقات التي تحول دون الاستفادة من البرامج.
- إبراز أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع الطفل المعوق سمعياً بمدارس التربية الخاصة.
- التأكيد على أهمية هذه البرامج في دمج الطفل المعوق سمعياً في المجتمع.

فروض الدراسة:

هي نفسها التساؤلات (صيغة استفسارية).

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على فئة المستفيدين من البرامج، وهم التلاميذ المعوقين سمعياً، بمدارس تعليم الصم وضعاف السمع بالحضرة وجناكليس، إذ قام الباحث بإجراء دراسته على جميع التلاميذ المقيمين بالقسم الداخلي بالمدرستين، والذين تتعدى أعمارهم 12 سنة، وقد حصرهم في التلاميذ مواليد 1978م فما فوق، مع استبعاد تلاميذ الفرق الأولى والثانية نظراً لصعوبة التفاهم معهم، إلى جانب حداثتهم في الاستفادة من البرامج المتاحة بالمدارس، ومنه اشتملت عينة الدراسة على 77 تلميذاً بالقسم الداخلي، منهم 43 تلميذاً من مدرسة البنين و34 تلميذة من مدرسة البنات.

كما اشتملت العينة على القائمين والمشرفين على تنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية للتلاميذ المعوقين سمعياً بالمدرستين، والذين يبلغ عددهم 66 مدرساً، هذا بالإضافة إلى الفنيين والموظفين، ولذلك قدرت عينة المشرفين بـ 100 مشرفاً أي 50 مشرفاً بكل مدرسة.

منهج الدراسة:

لما كان الهدف الرئيسي من هذا البحث هو تقييم واقع برامج الرعاية الاجتماعية للأطفال المعوقين سمعياً بمدارس التربية الخاصة، فهو ينتمي إلى نوع الدراسات التقييمية

التي تعتمد على المنهج التجريبي أحيانا والمنهج الوصفي أحيانا أخرى، لذلك فإن هذه الدراسة اعتمدت على نموذج البحث الوصفي.

أدوات جمع البيانات:

الملاحظة، واستخدامها في ملاحظة التجهيزات المتوفرة واللائمة للمدرستين، وكذا المظهر العام لسلوك وتصرفات الأطفال والعلاقات بينهم، وكذلك بينهم والمشرفين. الاستبانة، وتم توزيعها على فئتي الدراسة، التلاميذ والمشرفين، حيث أنها وزعت على التلاميذ لمعرفة آرائهم في طبيعة برامج الرعاية الاجتماعية التي تقدم لهم بالمدارس، ومدى ملائمتها لإشباع حاجاتهم، وقد تضمنت 67 سؤالاً ضمن أربعة محاور أساسية تدور حول جوانب الرعاية الاجتماعية، ومدى إشباعها للحاجات.

كما وزعت استبانة تتضمن 55 سؤالاً على المشرفين، تدخل ضمن أربعة محاور كذلك، إلا أن المحور الأول يهتم بظروف العمل في مجال رعاية الأطفال المعوقين.

نتائج الدراسة:

لقد توصلت الدراسة إلى ما يلي:

أن طبيعة برامج الرعاية الاجتماعية للأطفال المعوقين سمعياً تتوقف على طبيعة احتياجاته التي تختلف من احتياجات أولية، كالغذاء والملبس والمأكل والصحة واحتياجاته النفسية والاجتماعية.

وأخرى ذات طابع خاص بهذه الفئة كاحتياجات التعليمية، التدريسية والمهنية، وعلى أساس ذلك هناك:

- البرامج التي تشبع الاحتياجات الأولية للطفل المعوق سمعياً.
 - البرامج التي تشبع الاحتياجات النفسية والاجتماعية للطفل المعوق سمعياً.
 - البرامج المعنية ذات الطابع الخاص بالطفل المعوق سمعياً.
- أما مدى مقابلة هذه البرامج والخدمات لاحتياجات الأطفال المعوقين سمعياً بمدرستي الأمل للصم وضعاف السمع، فإن الباحث توصل إلى أن هناك نقصاً ملحوظاً في مستوى الخدمات والبرامج المقدمة ومدى تلبيتها لاحتياجات التلاميذ.
- أما عن دور الأخصائي الاجتماعي، فقد انتهى الباحث إلى وضع تصور له، وقد تمثل في ثلاث أدوار أساسية وهي:

الدور الوقائي، الدور الإنمائي، الدور العلاجي.

ثانياً: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

تعتبر هذه الدراسة من أكثر الدراسات مشابهة وقرباً للدراسة الحالية، حيث أن أبعاد الإشكالية التي دارت حولها هي مقارنة لأبعاد إشكالية الدراسة الحالية، وخاصة فيما يخص البعد الأول المتعلق بواقع الخدمات الرعاية بمركز ميدان الدراسة، والبعد الثاني المتعلق بمدى إشباع تلك الخدمات لحاجات المعوقين الصحية والنفسية والاجتماعية والتكوينية والمهنية.

وهذا ما يجعل منها دراسة جد هامة في الدراسة الحالية، وسنستغلها من خلال مقارنة نتائجها بنتائج الدراسة الميدانية التي ستجرى بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنياً بتيبازة.

فرغم أن الميدان يختلف بين الدراستين، إلا أن أهدافها وأبعاد المشكلة هي متقاربة إلى حد بعيد.

كما أن هذه الدراسة تؤكد فكرة بارسونز الرامية إلى أن كل نسق فرعي يتكون من انساق فرعية، حيث أن نسق الشخصية يتكون كذلك كنسق فرعي من عدة أنساق فرعية أخرى، ومنها نسق الحاجات (الأولية والثانوية)، والتي تترابط فيما بينها، وإن أي خلل يحدث في إشباع إحدى الحاجات يؤدي إلى خلل في إشباع حاجات أخرى، فإذا لم تشبع الحاجة النفسية التي هي تحقيق الذات مثلاً، لا يمكن إشباع الحاجة الاجتماعية التي هي التقدير الاجتماعي.

وإن لم تشبع الحاجة الأولية التي هي المأكل أو النظافة، فإن الحاجة النفسية لا تشبع ألا وهي الحاجة إلى الإحساس بالأمان والراحة النفسية.

كما أن نسق الخدمات الرعاية الاجتماعية يعتبر نسق فرعي يتكون من انساق فرعية أخرى تتمثل في أبعاد تلك الخدمات (رعاية صحية، نفسية، اجتماعية، تكوينية ومهنية)، والتي تترابط وتتساند وظيفياً، فلا يمكن تجاوز أي منها، لأن كل واحد منها تشبع نوعاً من الحاجات المذكورة سابقاً.

6- نظريات التعلم الاجتماعي والنمو المهني للمعوقين:

من النظريات التي جاء بها أصحابها لتفسير بعض الجوانب المتعلقة بالأشخاص المعوقين، إلى جانب النظريات المذكورة سابقاً، نجد نظريتين جد هامتين في تفسير التعلم الاجتماعي والنمو المهني لهم، وهما على التوالي:

- نظرية التعلم الاجتماعي (روتر)، التي ساهمت في التعلم لدى المعوقين.
- نظرية النمو المهني لأصحابها (بيرت بيرج)، (سوبر)، (هولاند)، حيث حاول هؤلاء تفسير عملية اختيار المهن والتكيف المهني لأشخاص المعوقين، وكلا النظريتين هما هامتين في هذه الدراسة، والتي تتناول باهتمام وتركيز كبيرين على الحالة المهنية والرعاية التكوينية والتأهيلية للأشخاص المعوقين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنياً بتيبازة، وهو ميدان الدراسة.

أ- نظرية التعلم الاجتماعي:

وضع روتر ROTTER سنة 1954م نظرية التعلم الاجتماعي، وقد ركز فيها على دور الوالدين، المدرسين والأقران في نمو شخصية الفرد المعوق، وفي اكتسابه المعارف والمهارات والعادات، واهتم فيها بالتفاعل الاجتماعي بينه وأقرانه، وبينه والمدرسين، أكثر من اهتمامه بطريقة التعلم ونظامه.⁽¹⁾

وقد شبه والار الموقف الذي يدخل فيه المربون والأطفال في تفاعل متبادل، وهو موقف اجتماعي بلعبة التنس، أين يحتاج اللاعب دائماً للاعب آخر ليرد إليه الكرة.⁽²⁾ وقد استخدم كرومويل نظرية التعلم الاجتماعي في تعليم المتخلفين ذهنياً، وأشار إلى أهمية تفاعل الطفل المعوق مع الأشخاص المهمين بالنسبة له في البيت والمدرسة والورشة، فمن خلال هذا التفاعل تنمو شخصيته، من مرحلة البحث عن اللذة، وتجنب الألم، إلى السعي لإثبات الكفاءة والجدارة، أو إلى تجنب الفشل، وذلك بحسب خبراته مع الآخرين، فإن أدرك التقبل والتشجيع على الانجاز وقع النجاح وسعى لإثبات كفاءته وجدارته، وإن أدرك النبذ والإهانة توقع الفشل.

(1) كمال إبراهيم مرسى: مرجع في علم التخلف العقلي، ط1، دار النشر للجامعة المصرية، القاهرة، دار القلم، الكويت، 1996، ص. 19.

(2) حسن البيلوي: مرجع سابق، ص. 38.

وهذا ما يدفع بنا إلى الاهتمام باتجاهات الأفراد المحيطين بالمعوق، من الوالدين والأخوة والأقران والمدرسين، بمواقفهم ومشاعرهم اتجاههم، حيث أن ذلك يؤثر على شخصياتهم، نفسيا، واجتماعيا، ويؤثر على ردود أفعالهم وتصرفاتهم وأنماطهم السلوكية بالإيجاب أو بالسلب، حسب طبيعة تلك الاتجاهات والمواقف والمشاعر.

فالطفل المعوق يسلك ويتصرف في بيئته وفي مختلف المواقف الاجتماعية حسب ما ينتظره أو ما يتوقعه من ردود أفعال من طرف المحيطين به.

وأكدت دراسة سوزان واسبرن حول المشاعر التي يتعرض لها الوالدين عند ولادة طفل معوق، بأنها خليط من اليأس والغضب والحزن والرفض.⁽¹⁾

ومن الملاحظ أن المتخلفين ذهنيا يميلون تعميم خبرات الفشل على مواقف كثيرة، في حين لا يميلون إلى تعميم خبرات النجاح بسبب توقعهم الفشل، وهذا التوقع يجعلهم يتجنبون الإقدام خوفا من الفشل، وقد أشارت الدراسات إلى أن المعوق يعترف بالفشل بسرعة، وتنبط إرادته عند أول محاولة فاشلة.⁽²⁾

كما أكدت دراسة إيهاب عبد العزيز البيلالي سنة 1995، حول العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والسلوك العدواني لذوي الإعاقات السمعية، أن هناك علاقة بين أسلوب الرفض الأبوي وبين السلوك العدواني من جانب الطفل، كما أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب القسوة وظهور السلوك العدواني.

وكذلك فقد أكدت الدراسة بأنه توجد فروقا ذات دلالة إحصائية بين البنين والبنات الصم في بعض مظاهر السلوك العدواني، حيث كان البنين أكثر عدوانا بالعدوان البدني المباشر نحو الآخرين.

وأنه يوجد اختلاف في السلوك العدواني باختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وأنه لا يوجد اختلاف في أبعاد السلوك العدواني المباشر وغير المباشر نحو البنات، وإنما ترجع الفروق فيه حسب المستوى، فالتلاميذ ذوي المستوى المنخفض أكثر عدوانا.

(1) إيمان فؤاد محمد كاشف: الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة 2001 ص.

(2) كمال إبراهيم مرسى: مرجع سابق، ص. 344.

كما انه لا يوجد تفاعل بين متغيري الجنس والمستوى الاقتصادي والاجتماعي على السلوك العدواني، أكدت النتائج أن التوافق النفسي لدى الأصم يتأثر بمتغيرات الجنس والسن ودرجة الإعاقة والتفاعل بين هذه المتغيرات، ويتأثر كذلك كل من الأصم، الوالدين ومدرسة الصم بهذه المتغيرات.⁽¹⁾

وإذا قمنا بمقارنة بسيطة بين الطفل المعوق والطفل العادي، نجد بأن هذا الأخير على العكس من الأول، يجاهد من أجل النجاح، ويثابر للتغلب على المعوقات التي تعترض نجاحه، لذا كان على الآباء والمدرسين أن يكونوا متفائلين بالنسبة للأطفال المعوقين، بأن يتقوا في قدراتهم على النجاح في المدرسة وفي الورشة، وان يوفر لهم ظروف النجاح، ويأخذوا بأيديهم إذا فشلوا، وأن يشجعوهم على المثابرة في بذل الجهد من أجل النجاح، ويتبع في ذلك ما يلي:

تكليف الطفل بالأعمال التي يحتمل نجاحه فيها بسهولة، ثم التدرج إلى الأعمال التي ينجح فيها ببذل الجهد والمثابرة.

الثقة في قدرات الأطفال المعوقين على العمل، وتشجيعهم على الأداء معتمدين على أنفسهم، فلا تقدم لهم المساعدة إلا إذا توفرت الأدلة على احتمال فشلهم، على أن تكون المساعدة بالقدر المناسب.

توفير الأنشطة التي يرغب فيها الطفل، وتهيئته لها، وتبصيره بالعمل، وتشجيعه على النجاح، وعدم ذمه على الفشل، فذلك يثبط من عزيمته، وينقص من إرادته.⁽²⁾

وهذا ما يؤكد ما جاء من أفكار في نظرية العلاج السلوكي، وخاصة فيما يتعلق بأسلوب التعزيز، الذي يعتبر أسلوباً أساسياً في تعديل سلوكيات الأفراد من السلبية إلى الإيجابية، وفي تثبيت السلوكيات المرغوبة.

وقد قام محمد ماهر محمود سنة 1987، بدراسة تحليلية تتناول بالوصف والتحليل دور كل من التوجيه والإرشاد النفسي في مجال الأطفال غير القادرين، بتوضيح أهمية كل منهما في رعايتهم، وإعادة تأهيلهم من أجل توافقه النفسي والاجتماعي، كذلك تهدف إلى

(1) سهير كامل احمد: أساليب تربية الطفل، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 1995، ص. 408، 409.

(2) كمال إبراهيم مرسى: مرجع سابق، ص. 344.

التعرف على الاضطرابات في التفاعلات الشخصية التي قد تطرأ على الوالدين نتيجة وجود طفل غير عادي، أو تحديد الاتجاهات المختلفة التي تكونها الأسرة نحو طفلها المعوق. وقد حددت الدراسة خمسة خدمات أساسية يتكون منها برنامج التوجيه والإرشاد النفسي في نطاق التربية الخاصة وهي:

خدمات الإرشاد النفسي، خدمات المعلومات، خدمة التقويم، خدمة الاستبيان الشخصي، خدمات التكوين والمتابعة، في ضوء عدة اعتبارات هامة منها: حاجة الأفراد المستفيدين منها، الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، الوسائل والموارد اللازمة لتنفيذها، الطاقات البشرية المستثمرة في تطبيقها، ثم التقويم.

كما تنطرق الدراسة إلى الاستراتيجيات الأساسية التي يضعها المرشد النفسي، وينفذها في مجال التربية الخاصة مع كل من الطفل والوالدين والمدرسين.

وتؤكد نتائج الدراسة على أهميتها في التركيز على التنظيم وإدارة خدمات التوجيه والإرشاد النفسي والاهتمام بتنظيم وإدارة البرامج التدريبية للمدرسين أثناء الخدمة، والتوسيع في برنامج الإرشاد النفسي لأولياء الأمور، وتوفير التسهيلات المكانية، والطاقة البشرية، والموارد اللازمة لتدعيم برامج الإرشاد والاهتمام بعمليات التقويم المستمرة، والاهتمام بتشجيع الدراسات والبحوث حول اختيار نوعية البرامج المقدمة لكل من المدرسين وأولياء الأمور، كما اهتمت الدراسة المشجعة لأولياء الأمور على الانتظام في برنامج الإرشاد النفسي.⁽¹⁾

وستفيدنا نظرية التعليم الاجتماعي في هذه الدراسة، من خلال أخذها كإطار مرجعي مكمل للنظريات السابقة الذكر، والتي تدور ضمنها دراسة الإشكالية من مختلف أبعادها المحددة، حيث أن هذه النظرية تطرقت إلى أهم بعد وهو البعد الاجتماعي والعلائقي والمعرفي والسلوكي الذي نحاول الكشف عنه بالمركز ميدان الدراسة.

ب - نظريات النمو المهني (نظرية جيتير بيرج - نظرية سوبر):

يعتبر العمل بالنسبة للفرد في المجتمع، غاية ووسيلة في نفس الوقت، حيث يعتبر غاية يهدف أي فرد الوصول إليها بإتباع مراحل الحياة الاجتماعية، ابتداء من الحياة

(1) إيمان فؤاد محمد الكاشف: مرجع سابق، ص. 102.

الأسرية، ثم المدرسية، وحتى التكوين والتأهيل بمؤسسات التعليم العالي أو مراكز التكوين المهني.

ويعتبر وسيلة، وذلك على عدة مستويات، على مستوى الفرد وعلى مستوى الجماعة وعلى مستوى المجتمع.

فأما على مستوى الفرد، فإن هذا الأخير يعمل لكي يرتزق، ويعيش حياة كريمة ومستقلة في المجتمع، ينتج ويبدع ويكون فعالا نشطا ذا فائدة، لا عالة عليه.

وأما على مستوى الجماعة، فإن الفرد يعمل لكي يعيل أسرة، ويربي أبناء هم في امس الحاجة إلى عمله، لكي ينمو نموا سليما وفي شتى مناحي الشخصية، وخاصة النمو الصحي والنفسي والعقلي، فتعيش أسرته في حالة من الاستقرار الاجتماعي والمادي، وتتمكن بذلك من أداء وظائفها المناطة بها، ضمن النسق الاجتماعي العام، فتخلف أفرادا صالحين في المجتمع، وتحد من انتشار أسباب الانحراف.

وأخيرا وعلى مستوى المجتمع، فإن هذا الأخير يستفيد من عمل الأفراد، فينمو اقتصاديا واجتماعيا وفي شتى المجالات، فالمجتمع الذي لا يعمل أفراد، لسبب أو لآخر (اقتصادي، سياسي...) أو لعدم تأهيلهم، أو لعد توفر فرص التشغيل، يكون مهددا بالتفكك والزوال.

لذا فإن التأهيل المهني يعتبر أكثر أنواع التأهيل أهمية، وأكثرها اهتماما من طرف معاهد البحث العلمي، وأجهزة الخدمات الاجتماعية بالمجتمعات.⁽¹⁾

لكن ليس لكل الأفراد في المجتمع نفس الفكرة أو الاتجاه نحو العمل، فمنهم من يرى بأن العمل هو ضرورة للحياة، ومنهم من يرى بأن العمل شيء مقرف، ومنهم من يرى بأن العمل أمر مقدس، وتختلف النظرة نحو العمل باختلاف التنشئة الاجتماعية للأفراد والقيم والمبادئ التي يؤمنون بها.

ولما نتكلم عن التنشئة الاجتماعية، فإن ذلك يؤدي بنا إلى الكلام عن دور الأسرة ومن ذلك دور المدرسة ووسائل الإعلام، ومختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية وما يحمله النظام التربوي من قيم وفلسفة وأهداف.

وقد افترض أصحاب نظريات النمو المهني أن فكرة الإنسان عن العمل تنمو معه تدريجيا من الطفولة إلى الرشد. وأن الاختيار المهني عملية مستمرة مع الفرد، وتخضع لنموه

(1) إسماعيل شرف: مرجع سابق، ص. 21.

الاجتماعي، وتتأثر بنموه العقلي والنفسي، وبظروفه الأسرية والاجتماعية والثقافية، وأن مهمة الإرشاد المهني هي مساعدة الفرد على اختيار المهنة التي تناسب فكرته عن نفسه، وتشبع حاجاته وميولاته.⁽¹⁾

والفرد المعوق، ككل أفراد المجتمع، هو بحاجة إلى من يرشده إلى المهنة التي تتوافق مع قدراته، ومع خصائصه الشخصية والبيولوجية والعقلية والنفسية والاجتماعية، حيث يجب الاهتمام بمستقبله في المهنة التي يدخلها، وينبغي التنبيه بنجاحه أو فشله في مهمة معينة قبل الدخول فيها، لأن دخول الفرد في مهنة لا تناسبه تسبب له مشكلات في حياته الاجتماعية، أما إذا وجه لمهنة تناسبه فإنه يتكيف معها، ومن المعروف أن تكيف الفرد مع مهنته يساعده على أن يصبح أكثر تكيفا في جميع مظاهر حياته الاجتماعية والأسرية والاقتصادية والنفسية.⁽²⁾

وقد جاءت عدة نظريات حاول أصحابها طرح فروض حول كفايات ومراحل الاختيار المهني بالنسبة للأشخاص المعوقين، ومن بين هؤلاء نذكر (جيتير بيرج) و(سوبر).

أولاً: نظرية جيتير بيرج G. BEERGE:

حيث افترض هذا المفكر أن عملية الاختيار المهني تستغرق وقتاً طويلاً من حياة الإنسان، حيث تمر بالمراحل التالية:

مرحلة الاختيار التخيلي: حيث تستغرق مرحلة الطفولة، وتنقسم إلى مرحلتين فرعيتين: مرحلة اللذة، وتدوم حتى سن السابعة، ومرحلة الإرضاء، وتدوم من سن الثامنة إلى سن الثانية عشرة، حيث يبدأ تفكير الطفل في المهنة بالحدس والتخيل والتخمين، فيختار المهنة التي يعتقد بأنها ممتعة لمن يعمل فيها، ثم تتغير هذه الفكرة في سن الثامنة تقريباً، إلى أن يختار المهنة يكون لإرضاء الكبار المهمين في حياته، كالأب والأخ الأكبر، أو أي شخص قريب له.

مرحلة الاختيار المبدئي: وتستغرق سنوات المراهقة، من سن الثانية عشر إلى حوالي سن التاسعة عشر، وتنقسم إلى ثلاث مراحل فرعية:

(1) كمال إبراهيم مرسى: مرجع سابق، ص. 395.

(2) عبد الرحمن العيسوي: سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية، مرجع سابق، ص. 183.

مرحلة الميول: حيث يكون اختيار المراهق للمهنة على أساس الأنشطة التي يرغب فيها ويميل إليها.

مرحلة القدرات: حيث يتحول المراهق فيها إلى اختيار المهنة التي تتفق مع قدراته، مستواه الدراسي، وفكرته عن نفسه.

مرحلة القيم: ويتحول فيها الفرد إلى اختيار المهنة التي تحقق له مكانة اجتماعية، ودخلا مناسباً، وتعطيه الحرية في العمل.

مرحلة الاختيار الواقعي: حيث تستغرق مرحلة المراهقة المتأخرة وبداية الرشد، أي من سن التاسعة عشر حتى سن الرابعة والعشرين، وفيها ترتبط أفكار الشخص المهنية بقدراته وميولاته وظروف مجتمعه، وامكانات العمل فيه. فيختار العمل على أساس اعتبارات موضوعية وواقعية، ويجتهد في اكتساب الخبرات والمهارات التي تؤهله لهذا العمل، وتجعله متخصصاً فيه، وتساعد على الاستقرار فيه، وتحقق له النضج والتوافق المهني.⁽¹⁾

وتجدر الإشارة إلى أن المرحلة الأخيرة، يجب أن يتدخل فيها عمل المرشد والموجه المهني والمدرسي، حيث يقوم بتعريف الفرد المعوق بقدراته وبسماته الشخصية، وبمتطلبات التخصص الدراسي، ومتطلبات المهنة، بعد قيامه بطبيعة الحال بدراسة شخصية وبدراسة المهنة، حيث "يتم توجيه المعوق إلى مهنة أو عدة مهن تتفق مع قدراته البدنية (خطوة 2) وظروفه الاجتماعية (خطوة 3)، وإمكانياته وقدراته النفسية (خطوة 4)، وهذه الخطوة تتم بمعرفة مستشار التأهيل، وفيها يراعى أن تكون المهنة أو المهن المقترحة للمعوق متفقة مع رغباته، ومع حالته البدنية والنفسية، ومن الأمور المهمة في هذه الخطوة أن يتقبل المعوق المهنة التي يرغب في التدريب عليها".⁽²⁾

وذلك ما سنحاول الكشف عنه، من خلال الدراسة الميدانية بالمركز الوطني للمعاقين بدنيا بخميسي -تيازة- بحيث أن أسئلة الاستمارة الأولى الموجهة لعينة المتربصين المعوقين، تتضمن محورا حول التاريخ الدراسي والمهني لهم، مع كفايات اختيار المهنة،

(1) كمال إبراهيم مرسى: مرجع سابق، ص. 395، 396.

(2) علي الدين سيد محمد، محمد محمود إبراهيم عويس: التدريب العملي في الخدمة الاجتماعية، بل برنت، القاهرة، 1996-1997، ص. 244.

ومدى ملائمتها لقدراتهم، واهتماماتهم وميولاتهم، وذلك من أجل معرفة مدى فعالية عملية الاختيار والتوجيه المهني للأشخاص المعاقين بالجزائر.

ثانيا: نظرية (سوبر SUPER):

افترض سوبر بأن النمو المهني يمر بحسب نمو الذات بالمراحل التالية:

مرحلة النمو: حيث تستمر من الولادة إلى سن الرابعة عشر، يتكون فيها مفهوم الطفل عن نفسه، وفكرته عن قدراته وميوله، ويبدأ الاختيار فيها على أساس الحدس والتخمين واللعب، ثم ينمو بعد ذلك يختار الأنشطة التي يحبها ويرغب فيها، ونهاية المرحلة يختار الأنشطة المهنية التي يقدر عليها وتناسب قدراته واستعداداته الخاصة.

مرحلة الاستكشاف: تستغرق مرحلة المراهقة وبداية الرشد من سن الخامسة عشر وحتى سن الرابعة والعشرين، وتتبلور فيها قدرات الشخص، وتتضح ميوله المهنية من خلال الدراسة والخبرات التي يكتسبها، ويجمع المعلومات والخبرات عن المهن المختلفة المتوفرة في المجتمع، مما يجعل اختياره لمهنة في هذه الفترة أكثر واقعية وموضوعية، ويستطيع تعديل قراراته المهنية حيث تتلاءم مع قدراته وظروف مجتمعه.

مرحلة التأسيس: يتم فيها اكتساب المهارات والخبرات المهنية التي تساعد على الاستقرار في العمل، والترقي فيه، وتستغرق هذه المرحلة سنوات الرشد المتوسطة، أي من سن الخامسة والعشرين حتى سن الرابعة والأربعين.

مرحلة الاحتفاظ: وتمتد من سن الخامسة والأربعين حتى سن الخامسة والستين، وفيها يحافظ الشخص على عمله، ويسعى إلى استمرار عطائه فيه، والارتقاء به.⁽¹⁾

لكن يبقى على عاتق الهيئات المشرفة على الاختيار والتوجيه المهني للمعوقين، توفير فرص للتدريب والتكوين المهني، على التخصصات المهنية التي يقبل عليها هؤلاء ويختارونها، لأنهم يرون (بمساعدة الموجه المهني) تناسب قدراتهم واستعداداتهم وسماتهم الشخصية، حيث يتم التدريب في مراكز خاصة بالمعوقين، وبعده تأتي مرحلة المتابعة، وهي الخطوة الأخيرة من خطوات التأهيل، ويقوم بها أيضا الأخصائي الاجتماعي لمتابعة المعوق، سواء في مجال عمله الجديد، أو في محيط أسرته ومساعدته على حل أي مشاكل طارئة قد

(1) كمال إبراهيم مرسي: مرجع سابق، ص. 395، 396.

تواجهه".⁽¹⁾ إن تدخل الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال أو أخصائي التوجيه المهني هو أساسي، وذلك لكي يكون تأهيل الأشخاص المعوقين سليماً، ومتفقاً مع الاتجاهات الحديثة لمعاملة ذوي الحاجات الخاصة، ومسايراً في نفس الوقت لأهداف الخدمة الاجتماعية، التي تتضمن مساعدة هؤلاء على مساعدة أنفسهم بأنفسهم.

ومع علمنا بعدم تواجد الأخصائي الاجتماعي بمراكز التكوين المهني للأشخاص المعوقين بالجزائر، فإننا نقول، بأنه من الضروري أن يستند عمل الموجه المهني، وجهوده في توجيه وإرشاد الأشخاص المعوقين على مبدئين أساسيين وهما:

- معرفة مدى الاختلاف بين الشخص المعوق المراد تأهيله وبين الشخص العادي.
- تحديد وتوفير الوسائل التي يستطيع بها سد النقص أو تعويضه، وعبارة تعويض النقص ليس المقصود بها: زيادة الحواس الأخرى في القوة والحدة، إذ الواقع هذه الحواس تكون موجودة بنفس مستواها واستعداداتها قبل حدوث الإعاقة، لكنها كانت غير مستغلة تماماً، إذن فالذي يحدث هو استبدال وظيفي في الحواس وليس تعويضاً فزيولوجياً، نتيجة لفقدان حاسة أخرى.⁽²⁾

وهذا ما يتفق مع فكرة البدائل الوظيفية التي طرحها (تالكوت بارسونز).

7- دراسات امبريقية حول التعلم الاجتماعي والنمو المهني للمعوقين:

أ- دراسة حول: خدمات التأهيل واستعادة القدرة على الإنتاج لمبتوري الأطراف، لزوينب أبو العلا، 1974.⁽³⁾

أولاً: عرض الدراسة:

هي رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

مشكلة الدراسة:

اهتمت الباحثة في هذه الدراسة، بدراسة العلاقة بين خدمات التأهيل واستعادة المعاقين من مبتوري الأطراف للقدرة على الإنتاج.

(1) المرجع نفسه، ص. 245.

(2) محمد عبد المنعم نور: الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دون اسم الناشر، 1971، ص. 169، 171.

(3) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص. 37. نقلاً عن زوينب أبو العلا: التأهيل واستعادة القدرة على الإنتاج لمبتوري الأطراف، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1974.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة للوصول إلى الحقيقة التي يعيشها مبتوري الأطراف قبل وبعد التأهيل.

عينة الدراسة:

استخدمت الباحثة عينة مكونة من 100 حالة، قسمت إلى مجموعتين، عدد كل منها 50 حالة، المجموعة الأولى التي يتم تأهيلها، والثانية تم تأهيلها مهنيًا.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة منهج دراسة الحالة في دراستها.

أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأدوات وهي: الملاحظة والمقابلة واستمارة البحث وسجلت العملاء كأدوات للبحث.

مجال الدراسة:

استغرقت الدراسة حوالي 18 شهرا، وكانت بمؤسسة يوم المستشفيات بالقاهرة.

نتائج الدراسة:

انتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- 1- استطاعت الأجهزة التعويضية أن تحل محل الأطراف المبتورة إلى حد كبير.
- 2- نجحت الأجهزة التعويضية في عمليات التأهيل المهني وفي استعادة مقدرة العمل الوظيفية على الأداء.
- 3- أن من أهم أدوات التأهيل المهني تدريب العامل مهنيًا لكي يجيد مهنة تتفق وقدراته.
- 4- هناك دور أساسي وهام لأخصائي في هذا المجال في التأثير على سلوك المعاق، وتقبله للواقع.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

لقد أكدت هذه الدراسة على أهمية التأهيل الصحي، وتوفير أجهزة التعويض للمعوقين، في تأهيلهم صحيا ومهنيًا، وعلى أهمية التكوين والتدريب المهني في تأهيلهم مهنيًا، وإعادة إدماجهم الاجتماعي.

كما وضحت أهمية الأخصائي الاجتماعي في ذلك من خلال تنمية معارف المعوق حول نفسه وحول محيطه وحول متطلبات الحياة الاجتماعية في المجتمع، وتوجيه سلوكه توجيهها ايجابيا، من أجل الوصول به إلى أقصى قدر من التكيف الذاتي الاجتماعي والمهني. وهذا ما يفيد الدراسة الحالية التي نحاول من خلال الكشف عن الدور الذي تلعبه خدمات الرعاية بكل أبعادها بالمركز ميدان الدراسة، في النمو الاجتماعي والمهني للمتربصين المعوقين.

لذلك سنستغل نتائج هذه الدراسة في مقارنتها بنتائج الدراسة الحالية.

ب - دراسة حول: استعمال لغة الإشارة لدى الأطفال الصم فوق السن التاسعة، لإسماعيل حسن حسين عبد القادر، 1986.

أولاً: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

تم وضع الصور التي تمثل كل كلمة (مفهوم) من المفاهيم، المفردات الواردة في الدراسة على بطاقاته من الكرتون المقوى قياس (20x10)، بحيث تكون الصورة والى جانبها المفهوم الدال عليها، وتمت إجراءات الدراسة بعرض هذه البطاقة على الطفل بشكل فردي ليعطي إشارتها، في الوقت الذي يتم فيه تسجيل جميع الإشارات من جميع المفحوصين ككل المؤسسات، ثم جمعت على شريط الفيديو، وجرى فرزها وتصنيفها حسب اتفاق اختلاف المفحوص على الإشارات.

عينة الدراسة:

تتألف عينة الدراسة من 25 مفحوصاً من الصم فوق السن التاسعة، وتم اختيارهم من المؤسسات الخاصة بالصم في الأردن، بمعدل خمسة أفراد من كل مؤسسة: ثلاثة من الذكور واثنين من الإناث.

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود مدلولات إشارية خاصة بالمفاهيم التي استخدمت في هذه الدراسة، وظهر من النتائج نسبة اختلاف بين أفراد العينة حول إشارة المفهوم الواحد.

كما اتفق كل المفحوصين على إشارة واحدة لثلاثة عشر كلمة، ما نسبته 12 % من عدد الكلمات المستخدمة في الدراسة، أما اقل اتفاق بين المفحوصين فكان سبعة مفحوصين على كلمتين.

كما أشارت النتائج أيضا إلى أن اكبر اتفاق بين المفحوصين على عدد كلمات الدراسة كان ثلاثة وعشرين كلمة (مفهوم)، وعدد الذين اتفقوا عليها من المفحوصين كان خمسة عشر مفحوصا أي ما نسبته 60 %.

أما اكبر نسبة للذين اختلفوا في إعطاء الإشارات الخاصة بالكلمة الواحدة، كانت خمس إشارات وسبع كلمات في جميع المؤسسات.⁽¹⁾

ثانيا: أهمية هذه الدراسة في الدراسة الحالية:

لقد تناولت هذه الدراسة، موضوعا هاما، وهو الإدراك المعرفي للمدلولات باستخدام لغة الإشارة، من طرف المعوقين سمعيا.

وبالتالي، توصلت هذه الدراسة من خلال النتائج، إلى أن استخدام لغة الإشارة له دور في النمو المعرفي والاقبالي للمعوقين سمعيا.

وذلك تدعيم لأفكار نظرية النمو الاجتماعي، بحيث أن على المحيطين بالأطفال المعوقين سمعيا اكتساب لغة الإشارة لكي يكون هناك تفاعل اجتماعي ايجابي بينهم، ولكي لا يحصل إحباط ويأس لدى هؤلاء الصم، يرجع لعدم القدرة على التفاهم مع المحيط.

8- نظرية الذات:

حيث يتناول أصحاب هذه النظرية بالدراسة والتحليل والتفسير الصورة التي يكونها الفرد لنفسه بنفسه، ويقصد بالصورة، ذلك الإدراك الشعوري واللاشعوري لدى الشخص لسماته الشخصية، بيولوجيا، عقليا، نفسيا، اجتماعيا، ولقدراته ومكانته الاجتماعية في أسرته ومجتمعه، وفي مكان عمله ومع أقرانه، "فهي مجموعة منتظمة من الصفات والاتجاهات والقيم".⁽²⁾

(1) فاروق روسان: دراسات وبحوث في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر، 2000، ص. 120.

(2) رشيد زرواتي: مرجع سابق، ص. 129.

تلك الصورة التي يكونها الفرد عن ذاته، هي نتيجة لعدة عوامل تتفاعل فيما بينها، فمنها العوامل النفسية الداخلية، ومنها العوامل الاجتماعية، المتعلقة بمتغيرات وعناصر البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، (الأسرة، المدرسة، الأقران...).

حيث أن الفرد يتأثر بردود أفعال المحيطين به -من والدين وإخوة، مدرسين، زملاء، وخاصة الأشخاص الذين هم في سنه أو أكبر منه- اتجاه السلوكات والتصرفات التي تصدر منه، والمبادرات والنشاطات التي يقوم بها، فكلما كانت ردود الأفعال ايجابية وتحصل على تقدير الآخرين، كلما زادت ثقته بنفسه، وزاد تقبله لذاته وإعجابه بها، وزادت قيمة ذاته لديه، وبالتالي يزيد حماسه للمبادرات أخرى ونشاطات بهدف تلقي نفس الردود ونفس التقدير ونفس الإحساس بالتقبل والتقدير الاجتماعي، والعكس، فكلما كانت ردود أفعال المحيطين بالفرد (وخاصة الفرد المعوق)، سلبية اتجاه ممارساته وأفعاله وسلوكاته وتصرفاته، كلما زاد إحساسه بالفشل والخوف منه، وكلما نقصت ثقته بنفسه حتى فقدان، وكلما زاد إحساسه بالدونية وعدم القدرة، وبالتالي ينقص تقديره لذاته، وتتشوه صورة ذاته في نفسه، فيحس بالقلق والخوف واليأس، وعدم الأمان، وعدم تقبل الآخرين له، وهذا ما يعقد من مشكلاته النفسية والذهنية والاجتماعية، وبالتالي يعقد أو ينقص من إمكانية تعديل سلوكه، وتحسين صورة الذات لديه. وهذا ما يتفق مع ما جاء به أصحاب النظرة العلاجية السلوكية حول ضرورة التعزيز كأسلوب في التعامل مع الأشخاص مهما كانوا عاديين أم معوقين، من أجل تثبيت السلوك الايجابي لديهم، وإزالة أو تعديل السلوك السلبي.

كما يتفق مع ما جاء به أصحاب الاتجاه النفسي في تربية ورعاية المعوقين حول ضرورة التعامل مع هؤلاء بطريقة مرنة، ومع التأكيد على ضرورة تفهمهم ومراعاة خصائصهم الشخصية بمختلف الجوانب البيولوجية، النفسية، العقلية، والاجتماعية.

"وتستفيد الخدمة الاجتماعية من هذه النظرية كمدخل علاجي، وما يسمى باستخدام العلاج المعقود (هكذا)، على العميل، يتلخص هذا العلاج في إعادة تنظيم الذات للعميل، وذلك باكتشاف عناصر ايجابية في ذات العميل، وامتصاص اتجاهات نفسية سلبية، مما يؤدي بالعميل إلى تغيير وجهة نظره وشعوره نحو نفسه (ذاته)، ونحو العالم. وهذا يساعده على التكيف رؤية العالم من زاوية سليمة يجد فيها راحته وسعادته، وهنا يعني العلاج زيادة قدرة الذات، أي زيادة قدرة الشخصية وتماسكها، فبعد أن يكون المريض (العميل) يظن انه عاجزاً

أو فاشلاً أو منبؤ أو مسلوب الإرادة أو لا يصلح لشيء، يصبح أكثر ثقة بنفسه واعتماداً عليها وأقل خوفاً".⁽¹⁾

نستنتج من خلال ذلك بأن مفهوم الذات لدى الأفراد يتأثر بالبيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، وهذا ما يدفعنا إلى القول بأنه لو كان يعاني الفرد من مفهوم خاطئ (سلبى لذاته) فالمشكل لا ينحصر فيه، وإنما في بيئته، وبالتالي فلا بد من التدخل بتغيير بيئى قبل التغيير الذاتى، وهو ما ينطبق على مفهوم الذات لدى الأشخاص المعوقين، فكلما لمسنا بأن هؤلاء لديهم مفهوم سلبى عن الذات في أي مجتمع، نستنتج مباشرة بأن المشكلة تقع في المجتمع بذاته، وليس في الشخص المعوق.

وبناء على ذلك، فإن هناك خطوتين للعلاج، هما:

أ- "معاودة المريض إلى الكشف عن ذاته الواقعية وتقبلها في جو لا يشعر فيه بأي تهديد للذات.

ب- محاولة تنمية الذات (الشخصية) في ضوء قدراتها".⁽²⁾

وإنه من معايير التكيف في العمل نجد الشعور بالاعتماد على الذات والقدرة على تحمل الفشل والإحباط، ونزعة أقل نحو تدمير الذات أو العدوان على الذات، وقليل من الشعور بالنبذ.⁽³⁾

9- دراسات امبريقية حول صورة الذات لدى المعوقين:

أ- دراسة حول: اثر ممارسة الخدمة الاجتماعية في تقبل المصاب بالبتير لذاته، لزينب أبو العلا.⁽⁴⁾

أولاً: عرض الدراسة:

هي رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1978.

(1) المرجع نفسه، ص. 129، 130.

(2) المرجع نفسه، ص. 130.

(3) عبد الرحمن العيسوي: سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية: مرجع سابق، ص. 204، 205.

(4) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص. 40، 41. نقلاً عن زينب أبو العلا: اثر ممارسة الخدمة الاجتماعية في تقبل المصاب بالبتير لذاته، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1978.

مشكلة الدراسة:

اهتمت الباحثة في هذه الدراسة، بدراسة اثر الخدمة الاجتماعية بالنسبة للمبتورين حديثي الإصابة في تقبل ذاتهم.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة لإبراز أهمية الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة، للتصدي للمشكلات المترتبة عن الإصابة بالبتير.

فروض الدراسة:

تقوم الدراسة على مجموعة من الفروض وهي:

1- البتر يؤثر على إدراك الفرد لكفاءته في القيام بادوار اجتماعية من ناحية دوره كأب، كزوج، كعامل وكمريض.

2- البتر يؤدي إلى انخفاض مفهوم الذات.

3- ممارسة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة مع المصاب بالبتر يؤدي إلى تعديل مدركاته بالنسبة لكفاءته الاجتماعية في القيام بأدواره الاجتماعية.

4- ممارسة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة يؤدي إلى تحسين مفهوم الذات لدى المصاب بالبتر.

عينة الدراسة:

استخدمت الباحثة عينة مكونة من خمسين (50) حالة وكلهم ذكور، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين، إحداها تجريبية والأخرى ضابطة، وحجم المجموعة 25 عضواً، وهم مبتورون الأطراف العليا والسفلى، والبتر المزدوج، وكلها حالات حديثي الإصابة، ويقعون في المرحلة العمرية من 18 إلى 45 عاماً.

منهج الدراسة:

الدراسة وصفية تحليلية مقارنة، واعتمدت الباحثة على المنهج المقارن.

أدوات الدراسة:

اعتمدت الباحثة في دراستها على مجموعة من الأدوات، هي:

اختبار مفهوم الذات، المقابلة، استمارة المقابلة، الملاحظة، الاطلاع على السجلات.

مجال الدراسة:

مستشفى المنيل الجامعي.

نتائج الدراسة:

انتهت الدراسة إلى نتيجة مفادها التحسين في جميع الأبعاد والمقاييس الخاصة باختبار مفهوم الذات لدى مجموعة التجريبية.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

تكمن أهمية هذه الدراسة في الدراسة الحالية، في أنها أوضحت أهمية ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المعوقين، في تغيير سلوكياتهم، وتحسين صورة الذات لديهم، والتي تختلف حسب زمن الإصابة بالإعاقة، بحيث أن المصابين بإعاقة منذ الصغر، يعانون من مشكلات نفسية، لكن لا تؤثر عليهم بنسبة كبيرة، عكس المصابين بإعاقة حديثا (في سن كبيرة)، فهم متأثرون تأثيرا جد سلبيا، ومن ثمة وجب إيجاد حلول ووسائل علاجية ووقائية من أجل منحهم فرصة التكيف والحياة بصفة طبيعية في المجتمع.

ب - دراسة حول: التكيف النفسي الاجتماعي للفتاة المعوقة حركيا في الجزائر، لدافية زيتوني، 1989.⁽¹⁾

أولا: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

كان محور دراستها عن الفتاة المعوقة حركيا، لأن هذه الأخيرة معرضة إلى جانب إعاقاتها الجسمية إلى عوائق نفسية واجتماعية تعوق تكيفها، وتحقيق التوازن النفسي والاندماج الاجتماعي، رغم رغبتها ورغبة عائلتها في تحقيق هذا التوازن، رغم جهود الدولة المبذولة لإدماج هذه الفئة في المجتمع، فموقف الفتاة معقدا جدا، فهي قاصرة وعاجزة في وسط اجتماعي واقتصادي يتميز بالتغير السريع، والتحديات الكثيرة، فأن لها أن تحقق التكيف الذي يحفظ توازنها الاجتماعي.

فروض الدراسة:

ومن الفروض التي وضعت لبحث هذه المشكلة، نذكر:

(1) دافية زيتوني: التكيف النفسي الاجتماعي للفتاة المعوقة حركيا في الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، إشراف مصطفى عشوي، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، 1988-1989.

1- هناك علاقة بين موقف المجتمع من الفتاة المعوقة، وتقبلها لإعاقتها، وبالتالي تكيفها.

2- هناك علاقة بين أنواع الإعاقة الحركية ومستويات التكيف.
عينة الدراسة:

ولكي تستقي هذه لباحثة المعلومات من الواقع، قامت باختيار مجموعة من الفتيات المعوقات حركيا في الجزائر العاصمة، ضمن المرحلة العمرية من 18 إلى 30 سنة- غير متزوجات، وكان اختيارهن قصديا، من واقع سجلات المراكز المتخصصة، مثل المركز الطبي التربوي للمعوقين حركيا بالحراش، ومستشفى إعادة التربية الوظيفية للأعضاء الكائن بين عكنون.

منهج الدراسة:

للتحقق من الفرضيات التي صيغت من أجل الدراسة ميدانيا، اعتمدت الباحثة إلى استعمال مناهج عدة، منها المنهج الإحصائي قصد إعطائها البحث طابعا كميا، بالإضافة إلى منهج تحليل المحتوى (المضمون).

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة المقابلة مع بعض الفتيات من أجل جمع المعلومات القيمة حول الموضوع، كما اختير رسم الشخص، وهي وسيلة لإسقاط الفتاة لتصوراتها المتعلقة بالإعاقة.

نتائج الدراسة:

توصلت هذه الدراسة إلى تأكيد الفرضية الأولى، حيث تبين مدى تأثير موقف المجتمع ونظرته إلى الإعاقة في نفسية المعوقة، وتبين لنا ذلك من خلال الرسوم الخاصة بالاختبار الاسقاطي.

كما أوضحت النتائج صحة الفرضية الثانية، والتي دعمت نتائج الفرضية الأولى التي ترى أن للمجتمع تأثير في تصرفات الفتاة المعوقة حركيا، أيا كان نوع إعاقتها، والتي تأتي إلى تأكيد قول "ادلر" الذي يرى ضرورة إعطاء والحماية الكافية للشخص الذي يراه أساس تقدم البشرية.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

لقد أكدت هذه الدراسة ما جاء من أفكار في نظرية الذات، حيث توصلت صاحبة الدراسة إلى أن نظرة المجتمع وموقفه من المعوقين، يؤثران كثيرا على نفسية المعوق أو المعوقين بصفة عامة.

وعليه تبرز أهمية التوعية عن طريق الإعلام للمجتمع ككل، بدوره اتجاه المعاقين، وبمسؤولية كل فرد في رعايتهم وحمايتهم والتكفل بهم، دون إفراط في العطف والشفقة، لأنه إذا زاد الشيء عن حده انقلب إلى ضده.

فالمجتمع الذي ينظر بنظرة سلبية للمعوق، هو المعوق في حد ذاته، وليس الشخص الذي يعاني من قصور بدني أو حسي، معوق فكريا وثقافيا ومعنويا.

ج- دراسة حول: طبيعة القلق لدى الأطفال والشباب المعاقين بصريا، لماستون، 1986. (1)

أولا: عرض الدراسة:

مشكلة الدراسة:

معرفة تأثير الإعاقة البصرية في زيادة حدة القلق وارتباطها بعامل الجنس (ذكر، أنثى) لدى المعوقين بصريا.

أهداف الدراسة:

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن طبيعة القلق لدى الأطفال والشباب المعاقين بصريا.

عينة الدراسة:

استخدم الباحث عينة مكونة من 29 أنثى و 48 ذكرا، من الأطفال والشباب المعاقين بصريا، تمتد أعمارهم من 9 إلى 22 سنة، وعينة أخرى مكونة من 40 أنثى و 80 ذكرا من الشباب والأطفال المبصرين، والذين تتراوح أعمارهم ما بين 9 إلى 22 سنة.

أدوات الدراسة:

استخدم الباحث مقياس القلق للكشف عن طبيعته لدى الأطفال والشباب.

نتائج الدراسة:

(1) رشاد عبد العزيز موسى: مرجع سابق، ص. 25.

أسفرت النتائج على أن عينة المعاقين بصريا أكثر قلقا من عينة العاديين، كما بينت أن الإناث المعاقات بصريا أكثر قلقا من بقية المجموعات.

ثانيا: أهمية الدراسة في الدراسة الحالية:

تبرز أهمية هذه الدراسة من خلال تأكيدها على طبيعة القلق لدى المعوقين، وعلاقتها بالإعاقة، حيث أن هذه الحالة هي نتيجة لعدم فهم الذات أو لبناء صورة خاطئة عن الذات، وذلك ما يستحق تدخل الخدمة الاجتماعية من خلال الخدمة الاجتماعية التعريفية، التي تعرف الفرد، بقدراته وتساعد على فهم نفسه بنفسه، وعلى تجاوز تلك المشكلات، باعتماده أكثر على نفسه أو تشجيع من المحيطين به.

خلاصة الفصل:

لقد إتضح لنا بأن ظاهرة الإعاقة هي ظاهرة عالمية، وقديمة قدم الإنسان، فهي من الخصوصيات التي تميز هذا الأخير عن غيره من الكائنات الحية، وهذا ما يجعلنا نقول على وزن "الإنسان حيواني اجتماعي"، "الإنسان حيوان يتأثر بالإعاقة".

إن النظرة إلى المعوقين، قد شهدت تغيرا جذريا، حيث تغيرت من النبذ، مروراً بالإحسان والشفقة، إلى نظرة عدم التميز والكرامة والحرية والاستقلالية، وتكافؤ الفرص، وحقوق الإنسان ككل التي أعلنت عنها جمعية الأمم المتحدة.

كما أن الجهود الدولية قد تطورت وأصبحت أكثر تنظيماً مما كانت عليه سابقاً، لقد كانت جهوداً ومبادرات فردية وأحادية، وأصبحت مبادرات تعاونية وتنسيقية عالمية، تحت إشراف الأمم المتحدة، أو إقليمية جهوية تحت إشراف المنظمات الإقليمية، كالاتحاد الإفريقي أو جامعة الدول العربية. والهدف من توحيد الرؤى والجهود وتنسيقها، هو الاستفادة من الخبرات المتبادلة ومن الموارد المالية والبشرية المشتركة ضمن هذه المنظمات.

أما فيما يخص الجهود التنظيرية، فقد جاءت عدة نظريات، حاول من خلالها أصحابها تفسير وتحليل شخصية الطفل وتربيته وتعليمه وتعديل سلوكه. ولقد اهتم المفكرون السيكولوجيون والتربيون والسلوكيون بذلك، وركزوا الاهتمام كثيراً على الجانب النفسي السلوكي، وأكدوا على ضرورة مراعاة اهتمامات، ميولات، قدرات الطفل العقلية والشخصية والنمائية خلال تخطيط العملية التربوية، مع ضرورة مراعاة الفروق الفردية النفسية والعقلية بين المتعلمين.

كما أكدوا على أن الطفل (الشخص) المعوق، يعاني من حالات ومشاعر نفسية سلبية، تتطلب التدخل بعلاج نفسي، من أجل تمكينه من التخلص منها وتحسين حالته وتعديل سلوكياته.

أما أصحاب الفكر الاجتماعي فقد اهتموا بالبيئة الاجتماعية للطفل المعوق، وبنسق الرعاية وعلاقته بالأنساق الاجتماعية الأخرى وبالبنسق الاجتماعي العام. كما أكدوا على ضرورة تساند وتكامل تلك الأنساق، وعلى ضرورة تحقيقها للهدف الذي يتمثل في التكيف والمحافظة على النمط والاستقرار، من خلال إزالة المعوقات الوظيفية.

وقد ركزت الدراسات في هذا المجال على نسق القيم وعلاقته بتكوين ورعاية المعوقين وكذلك على علاقة هذه الأخيرة بالتنمية الاجتماعية. وكل ذلك سوف يتضح لنا أكثر في الفصل اللاحق، الذي يهتم بتحليل نسق الرعاية وسياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين.

الفصل

الثالث

تمهيد:

بعد تحديد الإطار الفكري النظري والامبريقي الذي تدور فيه هذه الدراسة، سوف يتم في هذا الفصل، التطرق إلى الموضوع في شقين، حيث سيتم تناول الموضوع من جانبه الفكري، من خلال توضيح تصنيفات المعوقين وأسباب الإصابة بالإعاقة، التي تنقسم إلى أسباب وراثية وأخرى بيئية.

ثم سيتم تحديد حاجات المعوقين، مع توضيح أهم المشكلات التي يعاني منها هؤلاء والتي ترجع إلى ظروفهم الصحية والنفسية والاجتماعية، وطبعاً سوف يتم التطرق إلى حقوقهم من خلال إعلان الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 1975، لحقوق المعوقين في العالم.

بعد ذلك سوف يتم التعرض إلى أهم أبعاد وأهداف خدمات رعاية المعوقين، ثم سيتم تحليل سياسة الإدماج الاجتماعي لهم، وأهم أدوار الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المعوقين، مع توضيح الطرق الثلاثة التي يعمل بها.

بعد كل ذلك سيتم تناول الموضوع في شقه الثاني في الجزائر، من خلال التشريع الجزائري، حيث سنبدأ ذلك بعرض مدخل إحصائي تحليلي لحجم مشكلة المعوقين في الجزائر، بفضل الإحصائيات التي تحصلنا عليها من الديوان الوطني للإحصاء والتي كانت بفضل الإحصاء العام للسكان والسكنات لعام 1998م.

ثم سيتم بعد ذلك تحليل تطور التشريع الجزائري لفائدة الأشخاص المعوقين على عدة مستويات، مع الاستفادة من نتائج المقابلة الموجهة مع بعض مسؤولي القطاع.

وفي الأخير سيتم تحليل المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر، والذي شارك في انجازه الباحث، سنة 2000م بوزارة العمل والحماية الاجتماعية آنذاك، حين سنوضح دوافع إعدادة، أهميته، أهدافه، مضمونه، ومدى كفايته.

ويعتبر هذا الفصل كمدخل للفصل اللاحق الذي يتناول رعاية المعوقين بميدان الدراسة.

1 - تصنيفات المعوقين وأسباب الإصابة بالإعاقة:

أ - تصنيفات المعوقين:

بما أن الإعاقة ضرراً أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز، فإنها تحده وتمنعه من أداء دورة التعليمي والاجتماعي والمهني، وتختلف الإعاقة من فرد إلى آخر، حيث تعددت تصنيفاتها التي تساعد على التشخيص لحالة المعوق، وتمكن من إتباع أسلوب واضح لتقديم الرعاية الاجتماعية.

وفيما يلي تصنيفاتها التي تتغير تبعاً لموضوع المناقشة باعتبار أن كل حالة تمثل وحدة مستقلة.⁽¹⁾

أولاً: وفق أسبابها وأعراضها:

توجد على اعتبار هذا الأساس عدة أنواع، منها:⁽²⁾

الإعاقة دون تأثير البناءات العصبية: تتمثل في كل ما هو عصبي ومفصلي، أو الأماكن الرخوية وآثار الأمراض المعدية.

الإعاقة ذات التأثير العصبي: الناتجة عن إصابة الجهاز العصبي عند الولادة والمتمثلة في الشلل بأنواعه والإعاقات الناتجة عن الخدوش أو الأمراض الخلقية.

الإعاقة ذات التأثير العصبي: الناتجة عن الجهاز العصبي، وتكثر في مرحلة الطفولة، كأمراض الدماغية والأورام.⁽³⁾

يوجد في هذا التصنيف صنفين من الإعاقات، الأولى تترك أثر على البناء العصبي والثانية لا تترك أثر عليه، وتتجم عن أمراض أثناء الولادة، وأساس هذا التصنيف يكمن في تركيبية الإنسان في حد ذاتها، وبالأخص الجهاز العصبي ومدى تأثره بالإعاقة، ومن خلاله اتضح أن هذا التصنيف ضروري لكن غير كافي للقيام بتصنيف دقيق للمعوقين، وهذا ما يفتح المجال لذكر تصنيفات أخرى.

(1) السيد رمضان: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، مرجع سابق، ص. 143، 145.

(2) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص. 218.

(3) سعيد حسني العزة: التربية الخاصة بذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001، ص. 287.

ثانيا: تصنيف بحسب عامل الزمن والثبات.⁽¹⁾

يتضح من هذا التصنيف مدى قابلية المعوق للشفاء من إعاقته وإمكانياته في ذلك حيث يوجد نوعين من الإعاقات حسب هذا الأساس.

المعوقين ذوي العاهات المزمنة التي لا يرجى شفائها.

المعوقين ذوي العجز الطارئ المائل للشفاء.

والمعوقين بصريا ينقسمون تبعا لهذا التصنيف إلى فئة ذات كف كلي لا يرجى شفائها، أو فئة ضعاف البصر وبإمكانها التماثل للشفاء عن طريق عمليات جراحية، وقد تؤدي إلى تحسين حدة البصر، مما يستوجب تقديم نوعين من عمليات التأهيل ككل فئة.

ثالثا: التصنيف بحسب التكيف المهني.⁽²⁾

طبقا لهذا الأساس يمكن تقسيم المعوقين إلى ثلاث فئات، من حيث كم وكيف، الإنتاج فيوجد:

فئة منتجة: وهي الفئة التي يمكن عن طريق توفير برامج الرعاية الخاصة بها الإنتاج مثل الأفراد العاديين.

فئة منتجة جزئيا: وهي الفئة التي يمكن لها التوافق مع أمثالها في العمل، وعليه يجب توفير ظروف خاصة تعد لهذا النوع، كتوفير المصانع المحمية مثلا، التي لا تكون خاضعة للضريبة ولا للمنافسة من طرف مؤسسات أخرى.

الفئة غير المنتجة: هي الفئة التي تكون طلباتها وحاجاتها كثيرة، بصفتها لا تعتمد على نفسها أبدا، لذا يجب القيام بتدريب ما بقي لأفرادها من طاقات لإعالة أنفسهم بالقدر الممكن.

يوضح هذا التصنيف أن لدرجة الإعاقة دور كبير في تحديد مدى إنتاج الفرد المعوق في مهمة ما، والمرتبطة مباشرة ببرامج التأهيل المهني والخبرة المكتسبة لدى المعوق.

رابعا: تصنيف حسب مجال العجز.⁽³⁾

(1) محمد السيد فهمي: مرجع سابق، ص. 162.

(2) السيد رمضان: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، مرجع سابق، ص. 145.

(3) محمد السيد فهمي: مرجع سابق، ص. 44.

يعد من أهم التصنيفات الشائعة بين العلماء، لأنهم فصلوا أنواع الإعاقة بدقة إلى التصنيفات التالية:

الإعاقة الجسدية: تتضمن المعوق جسمياً، وهو من لديهم قصور بدني أو حركي كالكسور والبتير وأصحاب الأمراض المزمنة.⁽¹⁾

الإعاقة الحسية: المصاب بهذا النوع من الإعاقة لديه عجز في الجهاز الحسي، كالصم والبكم والمكفوفين، وفي هذا الصدد تقول المؤلفة إقبال إبراهيم في كتابها الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين: "تتكون لدينا عن طريق الحواس والمعلومات الكثيرة عن ملايين الانعكاسات والمؤثرات، من رصيد المنظورات والمسموعات والمشمومات والملموسات والمتذوقات، على ذلك إن المعوق حسيًا هو الذي لديه في أحد هذه الحواس، وتكون قدراته فيها أقل بالنسبة للشخص العادي"

المعوقون عقلياً: وهم مرضى العقول وضعافها، وتحدث لهم اضطرابات تؤدي إلى اختلال العقل.⁽²⁾

المعوقون نفسياً: ويحدث نتيجة اصطدامهم بعقبات تؤثر في البناء النفسي لهم، ولا يتقبلونها فيترتب على ذلك سلوكيات غير ملائمة.

ولم تبق الإعاقة على شكلها المعتاد، بل تطور بتطور الحياة الاجتماعية، أصبح ينظر للفرد العاقل عن العمل أنه معوق من الناحية المهنية، كما أن الشخص الذي يعجز عن التفاعل الاجتماعي السليم مع نفسه ومجتمعه أصبح يشار إليه على أنه معاق اجتماعياً.⁽³⁾

خامساً التصنيف الإجرائي لفئات المعوقين:

يمكن تبني تصنيف وزارة العمل والحماية الاجتماعية كتصنيف إجرائي للمعوقين، حيث تتكفل المؤسسات المتخصصة في الجرائر بأربع فئات من المعوقين، تتمثل في:

الإعاقة الذهنية: هي حالة نقص أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي فطرياً كان أو مكتسباً، نتيجة لعوامل وراثية أو نفسية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد مما يؤدي إلى ضعف الذكاء وانخفاض مستوى الأداء والإدراك في المجالات المرتبطة بالنضج والتعليم

(1) سعيد حسني العزة: مرجع سابق، ص. 390، 391.

(2) إيمان محمد كاشف: مرجع سابق، ص. 17، 18.

(3) عبد المحي محمود حسن صالح: مرجع سابق، ص. 87، 88.

والتدريب والتوافق الشخصي والاجتماعي والبيئي، ويمكن تحديد أربعة مستويات مندرجة من البساطة إلى التعقيد وهي:

x الإعاقة الذهنية الخفيفة.

x الإعاقة الذهنية المتوسطة.

x الإعاقة الذهنية الشديدة.

x الإعاقة الذهنية العميقة.

الإعاقة البصرية: يعتبر فاقد البصر من قلت قدرة بصره عن 20/1، وهناك درجات ومستويات إعاقة يمكن مراعاتها عند المتدربين⁽¹⁾.

الإعاقة السمعية: وهي الخلل الوظيفي الجزئي أو الكلي الذي يمس حاسة السمع ولها مستويات عدة:

x القصور السمعي الجزئي ما بين 22 إلى 25 ديسبال.

x القصور السمعي المتوسط ما بين 25 إلى 30 ديسبال.

x القصور السمعي العميق ما بين 50 إلى 70 ديسبال.

x القصور السمعي الحاد ما بين 70 إلى غاية 90 ديسبال⁽²⁾.

الإعاقة الحركية: هي حالة عجز حركي ووظيفي جزئي أو كلي لأحد أو أكثر من عضو ناجمة عن أسباب وراثية (فطرية) أو مكتسبة⁽³⁾.

ب - أسباب الإصابة بالإعاقة: لقد أثبتت الدراسات والبحوث العلمية أن وراء حدوث الإعاقات عدة أسباب، منها ما هو وراثي، وآخر مكتسب، وسيتم تناولها فيما يلي:

الأسباب الوراثية:

إن العوامل الوراثية هي المحدد النهائي لطبيعة العمليات التي يخضع لها الجنين، والتي تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الجينات الموجودة على الكروموزومات في

(1) منى صبحي الحريري: رعاية وتأهيل المكفوفين، ط5، سلسلة الدراسات الاجتماعية في التدريب الاجتماعي، القاهرة، 1996، ص. 11.

(2) وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني، المديرية العامة للتنمية الاجتماعية، دائرة الدراسات والإحصاء، دليل واقع خدمات المعوقين ورعايتهم بالسلطنة، عمان، 1999، ص. 63.

(3) وزارة العمل والحماية الاجتماعية، مديرية المؤسسات المتخصصة: المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة، مرجع سابق، ص. 1، 2.

الخلايا، ويحمل كل كروموزم عددا من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية، وتعرف بالمورثات، وأن أي خلل يؤثر على التكوين الجيني للجنين من شأنه أن يعرضه إلى إعاقة⁽¹⁾⁽²⁾.

الأسباب البيئية: هي حصيلة المؤثرات الخارجية التي بدأت تلعب دورها منذ الحمل حتى الوفاة، وتتفاعل مع الأسباب الوراثية، وتتضمن المؤثرات التالية:

مؤثرات ما قبل الولادة: تعتبر فترة الحمل بالنسبة للجنين في غاية الأهمية، وحدث أي إصابة أو مرض للأم الحامل يعرض الجنين لخطر الإصابة بالإعاقة، ومن بين الإصابات التي تتعرض لها الأم الحامل والتي قد تزيد من نسبة إعاقة المولود، نجد انفصام المشيمة، ووجود بعض العيوب بالحوض لدى الأمهات اللواتي قد يقل أعمارهن عن 17 سنة أو يزيد عن 35 سنة، وكذلك الحمل المتعاقب والمتكرر، والإصابة بالنزيف أثناء الحمل يؤدي إلى حدوث إعاقة للمولود، أما بالنسبة للأمراض فقد نجد من بينها:⁽³⁾

المرض الكلوي المزمن: الذي يؤدي إلى عدم العمل الجيد لمشيمة التي تعتبر قناة تعمل على نقل الغذاء للجنين، وفي هذه الحالة لا يمكن للجنين أن ينمو نموا طبيعيا، ويكون المولود اصغر حجما مقارنة بالأطفال العاديين.

الداء السكري: تظهر عن الإصابة بهذا المرض صعوبة الحمل، ويكون المولود عرضة للكثير من الإصابات.

الحصبة المائية: يسبب هذا المرض فيروسا معديا، وتكمن خطورته عند ما يصيب الأم الحامل خلال الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، وهنا يتعرض الجنين للخطر المتمثل في صغر حجمه وقصر قامته عند الولادة.

سوء التغذية: ينتج عن قلة تناول الوجبات الغذائية السليمة للحامل، أطفال ناقصي النمو، ومن الأسباب المؤدية لهذه الإعاقة قلة الوعي الاجتماعي والصحي والزواج المبكر وكثرة الإنجاب.

(1) محمد السيد فهمي: مرجع سابق، ص. 166.

(2) فتحي عبدو السيد: سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط1، دار القلم، الكويت، 1980، ص. 92.

(3) محمد السيد فهمي، مرجع سابق، ص. 45.

الأمراض النفسية والعقلية: إن للحالة الانفعالية للأم الحامل وأثرها في سريان الهرمونات المختلفة في الدم بنسب تختلف عن نسبها العادية وتؤثر على الجنين في نقص نمو عظامه أو ضعفه العقلي.⁽¹⁾

مؤثرات أثناء الولادة:

نجد أن من بينها الولادة قبل الموعد الطبيعي، حيث يتعرض الجنين لأمراض كثيرة بسبب انخفاض نسبة السكر في الدم، وعملية الوضع التي تتم بطريقة غير صحيحة وغير حذرة، فإنها تشكل خطراً على المولود، والولادة للتوأم تشكل أيضاً خطراً مباشراً عليهم، فيمكن أن يصاب أحدهما بنقص في الوزن أو قصر أحد أطرافه أو إعوجاجها.⁽²⁾

مؤثرات بعد الولادة "عوامل مكتسبة":

ويمكن حصرها في مجموعة من المسببات التي يتعرض لها الفرد في حياته كالأضرار التي من أهمها أمراض الطفولة، التي تسبب عجزاً مباشراً، ومنها ما يكون العجز نتيجة مضاعفات المرض والحوادث، حيث ترتبط زيادة معدلات الإصابة بالإعاقة نظراً لدرجة التحضر والتصنيع والوضع الاقتصادي لكل مجتمع، وتعتبر حوادث العمل من أهم الحوادث المساهمة في زيادة معدلات الإعاقة بسبب غياب الظروف الملائمة للعمل التي قد تسبب في كثير من الأحيان عجزاً دائماً.⁽³⁾

فبالإضافة إلى مؤثرات أخرى نذكر منها:

حوادث المرور التي تكثر في البلدان النامية، حيث شبكة الطرقات غير صالحة، أو السيادة في حالة غير طبيعية، وعدم الامتثال لقوانين المرور، وقد تؤدي هذه الحوادث إلى إصابة الدماغ، الذي ينتج عنه الشلل السفلي، وفقدان أحد الأطراف نتيجة البتر، إضافة إلى حوادث المنازل والحروب وغيرها.

الإدمان على المسكرات والمخدرات عن طريق التعاطي المستمر للعقاقير، بحيث لا يمكن الاستغناء عنها، وله علامات تظهر على الشخص المدمن حسب نوع كل مخدر، وهناك تفاوت بين دول العالم حول معدلات الإدمان وأثرها على الإعاقة، وترجع طبيعة هذا

(1) عبد المحي محمود الصالح: مرجع سابق، ص. 72.

(2) فتحي عبده السيد: مرجع سابق، ص. 118.

(3) محمود حسن: الخدمة الاجتماعية في الجمهورية العربية المتحدة، ط1، دار المعارف، مصر، 1967، ص. 214.

التفاوت بين الدول النامية والمتقدمة إلى نوعية القوانين والتشريعات والبيئة الاجتماعية والاقتصادية.⁽¹⁾

كبر السن يعد من المشكلات التي تواجه معظم الدول المتقدمة والنامية، وتحتاج إلى مزيد من الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية. أخيراً سيتم ذكر الأمراض الأخرى التي تنجم عنها الإعاقة، فتكون بيولوجية ومهنية وبيئية، كحالات الولادة المتعسرة أو الناقصة، وحالات التسمم من الطعام والحرائق.

2- حاجات المعوقين، مشكلاتهم وحقوقهم:

أ- حاجات المعوقين:

المعوق إنسان له حاجاته التي يجب إشباعها، كغيره من الأفراد الآخرين، هذه الحاجات التي أحدثتها إعاقته، فطبيعي أن تكون لهذه الفئة متطلبات تربوية ونفسية وجسمية واجتماعية، تختلف عن متطلبات العاديين، وتختلف تبعاً لنوع الإعاقة، وما يترتب عنها من مؤثرات، ولو تركت هذه الفئة دون تكفل بها أو الاهتمام بمشكلاتها، وتذليل الصعوبات التي تواجهها، قد تحول البعض إلى وجهات إنحرافية، وتعوق تقدمهم في العلاج، فالاستفادة من هذه الفئة بعد رعايتها والتكفل بها هو في حد ذاته توفير لطاقت إنتاجية في المجتمع، وفيما يلي مجموعة من الحاجات التي يسعى المجتمع إلى توفيرها لهذه الفئة:

أولاً: حاجات فردية:

هي تلك المتطلبات التي يحتاجها المعاق كفرد وتتمثل في: الرغبة في استعادة اللياقة البدنية، بتوفير الأجهزة التعويضية في حالة المعاق حركياً عن طريق برمجة تمارين تساعد الشخص المعوق على تحسين حالته الجسدية. الحاجة إلى التوجيه والإرشاد، مثل الاهتمام بالعوامل النفسية المساعدة على التكيف وتنمية قدراته عن طريق الاستشارات الشخصية والعلاج النفسي والتدعيم الإيجابي.⁽²⁾⁽³⁾ الحاجة إلى توفير فرص التعليم المتكافئ لجميع الأفراد: مع اختلاف مستوياتهم النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية، فيجب إعداد طرق تعليمية تربوية منظمة وفعالة.

(1) احمد مجدي محمود حجازي: المخدرات والواقع المصري المعاصر، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1994، ص. 32.

(2) محمد سيد فهمي: مرجع سابق، ص. 118.

(3) إقبال إبراهيم مخلوف: مرجع سابق، ص. 90.

الحاجة إلى التدريب: تبعا لمستوى المهارة والإعداد المهني للعمل المناسب والملائم له، لأنه بتحصله على ذلك يعتبر يد عاملة مؤهلة تساهم في زيادة الإنتاج وبالتالي المحافظة على المعايير الاقتصادية.⁽¹⁾

ثانيا: حاجات اجتماعية:

وتتمثل في توثيق صلات المعوق بمجتمعه من جانب وتعديل نظرة المجتمع إليه من جانب آخر، وذلك بتوفير فرص الاحتكاك والتفاعل مع بقية الأفراد الأسوياء والعمل على إدماجه في المجتمع، يمكن تلخيصها فيما يلي:⁽²⁾

الحاجة إلى الاندماج في المجتمع وتوثيق صلات المعوق به كإشارة إلى سبل الاتصال مع الغير ليتمكن من مسايرة ومعايشة الأفراد الآخرين في المجتمع. حاجات تدعيمية مثل خدمات المساعدة التربوية والمادية واستثمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات... الخ، وكذا تشجيع وتحفيز المعاق على أداء أي عمل له قيمة يفيد في حياته.

توفير الوسائل التثقيفية في المجتمع، لأن هذا الجانب غالبا ما تفتقر إليه هذه الفئة، لذا يتبين أنه من الضروري العمل على توسيع مجالات المعرفة لدى المعوقين بتوفير مختلف الوسائل الثقافية.

تمكين المعاق من الحياة الأسرية المستقرة، وذلك بتوعية الأسر بكيفية التعامل مع أبنائها المعوقين لكي لا يحسوا بالاغتراب بين أهلهم.⁽³⁾

ثالثا: حاجات مهنية وتوجيهية:

مثل تهيئة سبل التوجيه المهني المبكر والاستمرارية لحين الانتهاء من العملية التأهيلية وإصدار التشريعات في محيط تشغيلهم وتوفير فرص العمل التي تتناسب مع قدراتهم، ويمكن تلخيص هذه الحاجات فيما يلي:

حاجات توجيهية مثل: تهيئة سبل التوجيه المهني، أي توجيه أولئك الأفراد غير العاديين توجيهها مهنيا من أجل الحصول على عمل يلائمهم وفقا لإمكاناتهم وقدراتهم.

(1) احمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، القاهرة، 2000، ص. 248.

(2) إبراهيم عبد الهادي المليجي: الممارسة المهنية في المجال الطبي والتأهيلي، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، مصر، 1997، ص. 282.

(3) احمد فايز النماس، مرجع سابق، ص. 248.

حاجات تشريعية: كإصدار تشريعات في محيط تشغيلهم تؤكد وجوب حصول المعوق على عمل والمحافظة عليه وفق شروط موضوعه، كإنشاء مصانع محمية لهم.⁽¹⁾
حاجات اندماجية مثل: توفير فرص الاحتكاك والتفاعل مع الآخرين في الوسط المهني والاجتماعي.⁽²⁾

لذلك فإن كل الرعايات الاجتماعية هي مرتبطة ارتباطا وثيقا بكل هذه الحاجات في مدى إشباعها وكفايتها، وهذا يظهر من خلال مجموعة الخدمات العامة في برامجها الخاصة بالأفراد المعوقين.

رابعا: التصنيف الإجرائي لحاجات المعوقين:

يمكن تبني تصنيف وزارة العمل والحماية الاجتماعية، كتصنيف إجرائي لحاجات المعوقين، حيث قدمتها على النحو التالي:
الحاجات الفيزيولوجية الصحية: تتمثل في البنية العضوية التي تستوجب نظاما غذائيا وصحيا متوازنا وتمارين رياضية.

الحاجة النفسية: تتمثل في الحاجة إلى الأمن والحماية والعطف غير المفرط، لتحقيق واثبات الذات والتكيف النفسي، والاندماج الاجتماعي بالمشاركة في النشاطات في حدود القدرة.

الحاجات المعرفية: تتمثل في الحاجة إلى اكتساب المعارف والعلوم وحب الاطلاع.
الحاجات الاجتماعية: تتمثل في الحاجة إلى الانتماء والتقدير الاجتماعي والتواصل والإدماج واكتساب القيم والاتجاهات والأنماط السلوكية المرغوبة، التنشئة الاجتماعية والرعاية الأسرية والتدريب واكتساب المهارات.

الحاجات الترفيهية: تتمثل في الحاجة إلى اللعب وممارسة الفنون والترويح عن النفس.

(1) بدر الدين كمال عبده: مرجع سابق، ص. 262. عن إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991، ص. 90.

(2) إقبال محمد بشير: الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، مصر، ص. 56.

الحاجة إلى المرافقة والتوجيه: تتمثل في تهيئة سبل التوجيه المهني والتشريعات في مجال تشغيلهم، والاحتكاك والتفاعل مع الآخرين، والاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وفهم مشكلاتهم وقدراتهم واستعداداتهم بتجاوزها.⁽¹⁾

ب - مشكلات المعوقين:

إن شخصية الفرد في تفاعل ديناميكي بين مختلف القوى النفسية والعقلية والاجتماعية، ومن غير المستبعد أن يحدث له مشكل معين، لذا سيتم من خلال هذا العنصر عرض مختصر للآثار الناجمة عن الإعاقة والتي تعكس المشكلات التي يعاني منها المعوقين سواء على مستوى الفرد المعوق، أو أسرته أو المجتمع الذي يعيش فيه وذلك على النحو التالي:

أولاً: مشكلات طبية (صحية):

باعتبار الفرد المعوق أحوال الأفراد إلى رعاية طبية خاصة، فإن هناك بعض المعوقات تحول دون حصوله عليها، تجعله عرضة لأنواع مختلفة من المشكلات، وذلك راجع لعدم معرفة ذوي الاختصاص الأسباب الخاصة لبعض أشكال الإعاقة وعدم تأهيلهم مما يؤدي إلى طول فترة العلاج الطبي، وارتفاع تكاليفه،⁽²⁾ وأيضاً عدم توافر مراكز خاصة وكافية للعلاج المتميز للمعوق، ومستشفيات تراعي ظروفهم ومشكلاتهم وقلة الأجهزة الملائمة لعلاج فئة المعوقين.⁽³⁾

ثانياً: مشكلات نفسية:

اهتم علماء النفس بالمعوقين بالمعوق وتحديد سماته، من أجل التعرف على مشكلاته النفسية، فخلصوا إلى أنه ينتابه شعور زائد بالنقص، يؤدي به إلى التقليل من تقدير ذاته ورفضها. إن صورة الذات لدى المعوق تتأثر بشدة ودرجة الإعاقة، كما تتأثر بالمحيط. لذلك فإن محدودية استقلاليته وزيادة تبعيته، تحتاج إلى استماع أكثر من طرف المحيطين به، وإلى مزيد من الاهتمام به من طرفهم، من أجل أن تتحسن لديه صورة ذاته ونظرته لنفسه وللآخرين. كما يتولد لدى المعوق شعور بالعجز، بحيث يستسلم للإعاقة ويحس بالضعف، وتنقص ثقته في نفسه، وتصبح لديه رغبة إنسحابية شبه دائمة. ويسلك المعوق في كلتا

(1) وزارة العمل والحماية الاجتماعية، مديرية المؤسسات المتخصصة، المنهج التربوي التجريبي، مرجع سابق، ص. 3، 4.

(2) محمد سيد فهمي: مرجع سابق، ص. 155.

(3) مختار حمزة: سيكولوجية ذوي العاهات، ط1، مؤسسة التأهيل، القاهرة، مصر، 1955، ص. 49، 55.

الحالتين سلوكا سلبيا اعتماديا إراديا، وعند ذلك يشعر بعدم الأمان والقلق والخوف من المجهول، ومن أعراض هذا الشعور التوتر وعدم الاتزان والانفعال والسمة الدفاعية إلى تكون بمثابة حماية لذاته المهددة من طرف الآخرين، سواء بصورة مباشرة كالسخرية الواضحة، أو بصورة غير مباشرة كعدم إعارته الاهتمام الكافي.⁽¹⁾⁽²⁾

ثالثا: المشكلات الاجتماعية:

يقصد بها المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد المعوق بمحيطه داخل الأسرة وخارجها، عند قيامه بالدور الاجتماعي، أو ما يعرف بسوء التكيف مع البيئة الاجتماعية، ومن المتعارف عليه أن إعاقة أي فرد هي إعاقة في نفس الوقت لأسرته، مهما بلغت درجاتها ومهما كان نوعها، كون الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة العلاقات الاجتماعية الايجابية التي تتميز بالتآزر والاستمرار، والمعاق في الأسرة يؤثر على التنشئة الاجتماعية لبقية إخوانه، حيث يتمتع باهتمام اكبر أو ما يسمى (الحماية الزائدة) وقد تخلق الإعاقة مشكلات بين الأسرة والمحيطين بها.

فإذا كان سبب الإعاقة وراثيا فهذا يشكل عقبات أمام المتقدم لمصاهرتها، كما يسبب اضطرابا بين الوالدين خاصة إذا كان الابن الوحيد الذي انتظراه طويلا، لهذا غالبا ما يحمل أحد الوالدين المسؤولية للأخر، مما يزيد من مشاعر الذنب والاكتئاب.⁽³⁾ ومن صور المشكلات الاجتماعية أيضا:⁽⁴⁾

مشكلات الأصدقاء:

تحمل جماعة الرفقاء أهمية بالغة في حياة المعوق، لأن شعورهم بعدم الاندماج مع الآخرين يؤدي به إلى الانعزال والانطواء، وقد يلجأ في سبيل كسب رضا الأصدقاء إلى السرقة، الكذب والارتباط بجماعات ذات آراء متطرفة كمخرج من هجرة الآخرين له.⁽⁵⁾

(1) إبراهيم عبد الهادي المليجي: الممارسة المهنية في المجال الطبي والتأهيلي، مرجع سابق، ص. 305.

(2) محمد سلامة غباري: رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، مصر، 2003، ص. 111.

(3) عبد المحي محمود حسن صالح: مرجع سابق، ص. 208، 209.

(4) المرجع نفسه، ص. 208، 209.

(5) محمد سيد فهمي: مرجع سابق، ص. 152.

مشكلات ترويحية:

تؤثر الإعاقة على قدرة المعوق في الاستمتاع بوقت فراغه كونه يجد نفسه عاجزا لنقص طاقاته في استخدام أجهزة الترويح العامة، وبالتالي لا يحقق النشاط الترويحي الذاتي والكافي، وتصادفه صعوبات عند ذهابه لأماكن اللهو والحدائق العامة، نظرا للاتجاهات السلبية التي يبديها الأفراد اتجاهه.⁽¹⁾

ومن هذا المنطلق استلزم على الأخصائيين في مجال رعاية الفئات الخاصة المطالبة بوضع أجهزة ترويح خاصة بهم، ونشر الوعي بين أفراد المجتمع لجعلهم أكثر قابلية للتعامل مع هذه الفئة.

مشكلات العمل:

قد تؤدي العاهة إلى ترك المعوق لعمله أو تغيير دوره، فضلا عن المشكلات التي تنترتب في علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات أمنه وسلامته.⁽²⁾

مشكلات التعليم:

من أهم المشكلات التعليمية، عدم توفر مدارس خاصة وكافية للمعوقين على اختلاف أنواعهم، لما يترتب عن ذلك إلحاقهم بمدارس الأطفال الأسوياء. وبالتالي قد تحدث آثار نفسية سلبية نتيجة الرهبة و الخوف الذي ينتاب بعض الأطفال عند رؤية المعوق، مما يؤثر على ردود أفعاله، كما قد يكون للإعاقة تأثير على قدرة استيعاب الطفل للدروس، من جانب، وصعوبة الانتقال إلى مقر الدراسة من جانب آخر، أو رفض المعوق للدراسة إطلاقا، ومقاومته لها خجلا من مواجهة أقرانه بعاهته من جانب ثالث،⁽³⁾ وكلها أمور تعرقل من استمرار المعوق في مزاولة وتحصيل العلم.

خامسا: المشكلات الاقتصادية:

تتسبب الإعاقة في كثير من المشكلات الاقتصادية، ويمكن حصرها على شكل نقاط على النحو التالي:

(1) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في المحيط الاجتماعي، ط2، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، مصر، 2003، ص. 265.

(2) محمد سيد فهمي: مرجع سابق، ص. 152.

(3) إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991، ص. 88.

- تحمل الكثير من نفقات العلاج.
- انقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعوق هو العائل الوحيد للأسرة، حيث أن الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها.
- قد تكون الحالة الاقتصادية من عدم وجود دافع أو رغبة لدى المعوق في العمل لعدم وجود طموحات لديه، مما يقلل من أهمية القيمة الاقتصادية.⁽¹⁾

ج- حقوق المعوقين من خلال إعلان الجمعية العامة للأمم المتحدة

رقم 3447 (د-30) المؤرخ في 9 ديسمبر 1975

إن الجمعية العامة، إذ تذكر العهد الذي قطعه الدول الأعضاء في الأمم المتحدة علي أنفسها، بموجب الميثاق، بالعمل جماعة وفرادى، وبالتعاون مع المنظمة، علي تشجيع رفع مستويات المعيشة وتحقيق العمالة الكاملة وتهيئة ظروف تتيح التقدم والنماء في الميدان الاقتصادي الاجتماعي.

وإذ تؤكد من جديد إيمانها بحقوق الإنسان والحريات الأساسية، وبمبادئ السلم، وكرامة الشخص البشري وقيمه، والعدالة الاجتماعية، المعلنه في الميثاق وإذ تشير إلي مبادئ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهدين الدوليين الخاصين بحقوق الإنسان، وإعلان حقوق الطفل، والإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا، وكذلك المعايير التي سبق إقرارها للتقدم الاجتماعي في دساتير واتفاقيات وتوصيات وقرارات منظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة ومنظمة الصحة العالمية ومؤسسة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة وغيرها من المنظمات المعنية، وإذ تشير كذلك إلي قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي 1921 (د-58) المؤرخ في 6 أيار/مايو 1975 بشأن الوقاية من التعويق وتأهيل المعوقين، وإذ تنوه بأن إعلان التقدم والإنماء في المجال الاجتماعي نادي بضرورة حماية المعوقين، جسمانيا وعقليا وتأمين رفاهيتهم وتأهيلهم.

وإذ تضع نصب عينها ضرورة الوقاية من التعويق الجسماني والعقلي وضرورة مساعدة المعوقين على إنماء قدراتهم في أكبر عدد من ميادين النشاط المتنوعة، وضرورة العمل قدر المستطاع علي إدماجهم في الحياة العادية، وإذ تدرك أن بلدانا معينة لا تستطيع،

(1) محمد سيد فهمي، السيد رمضان: الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية، (مجرمين ومعوقين)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984، ص. 156.

في المرحلة الحاضرة من نموها، أن تخصص لهذه الغاية سوى جهود محدودة، تصدر رسميا هذا الإعلان بشأن حقوق المعوقين، وتدعو إلي العمل، علي الصعيدين القومي والدولي، كما يصبح هذا الإعلان أساسا مشتركا لحماية هذه الحقوق ومرجعا موحدا لذلك.

1- يقصد بكلمة "المعوق" أي شخص عاجز عن أن يؤمن بنفسه، بصورة كلية أو جزئية، ضرورات حياته الفردية و/أو الاجتماعية العادية بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمية أو العقلية.

2- يتمتع المعوق بجميع الحقوق الواردة في هذا الإعلان، ويعترف بهذه الحقوق لجميع المعوقين دون أي استثناء وبلا تفرقة أو تمييز علي أساس العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين، أو الرأي سياسيا أو غير سياسي، أو الأصل الوطني أو الاجتماعي، أو الثروة، أو المولد، أو بسبب أي وضع آخر ينطبق علي المعوق نفسه أو علي أسرته.

3- للمعوق حق أصيل في أن تحترم كرامته الإنسانية وله، أيا كان منشأ وطبيعة وخطورة أوجه التعويق والقصور التي يعاني منها، نفس الحقوق الأساسية التي تكون لمواطنيه الذين هم في سنه، الأمر الذي يعني أولا وقبل كل شيء أن له الحق في التمتع بحياة لائقة، تكون طبيعية وغنية قدر المستطاع.

4- للمعوق نفس الحقوق المدنية والسياسية التي يتمتع بها سواه من البشر، وتتنطبق الفقرة 7 من الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا علي أي تقييد أو إلغاء للحقوق المذكورة يمكن أن يمس المعوقين عقليا.

5- للمعوق الحق في التدابير التي تستهدف تمكينه من بلوغ أكبر قدر ممكن من الاستقلال الذاتي.

6- للمعوق الحق في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي بما في ذلك الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم، وفي التأهيل الطبي والاجتماعي، وفي التعليم، وفي التدريب والتأهيل المهنيين، وفي المساعدة، والمشورة، وفي خدمات التوظيف وغيرها من الخدمات التي تمكنه من إنماء قدراته ومهاراته إلي أقصى الحدود وتعجل بعملية إدماجه أو إعادة إدماجه في المجتمع.

- 7- للمعوق الحق في الأمن الاقتصادي والاجتماعي وفي مستوى معيشة لائق، وله الحق، حسب قدرته، في الحصول علي عمل والاحتفاظ به أو في مزاولة مهنة مفيدة ومربحة ومجزية، وفي الانتماء إلي نقابات العمال.
 - 8- للمعوقين الحق في أن تؤخذ حاجاتهم الخاصة بعين الاعتبار في كافة مراحل التخطيط الاقتصادي والاجتماعي.
 - 9- للمعوق الحق في الإقامة مع أسرته ذاتها أو مع أسرة بديلة، وفي المشاركة في جميع الأنشطة الاجتماعية أو الإبداعية أو الترفيهية. ولا يجوز إخضاع أي معوق، فيما يتعلق بالإقامة، لمعاملة مميزة غير تلك التي تقتضيها حالته أو يقتضيها التحسن المرجو له من هذه المعاملة. فإذا حتمت الضرورة أن يبقى المعوق في مؤسسة متخصصة، ويجب أن تكون بيئة هذه المؤسسة وظروف الحياة فيها علي أقرب ما يستطاع من بيئة وظروف الحياة العادية للأشخاص الذين هم في سنه.
 - 10- يجب أن يحمي المعوق من أي استغلال ومن أية أنظمة أو معاملة ذات طبيعة تمييزية أو متعسفة أو حاطة بالكرامة.
 - 11- يجب أن يمكن المعوق من الاستعانة بمساعدة قانونية من ذوي الاختصاص حين يتبين أن مثل هذه المساعدة لا غني عنها لحماية شخصه أو ماله. وإذا أقيمت ضد المعوق دعوى قضائية وجب أن تراعي الإجراءات القانونية المطبقة حالته البدنية أو العقلية مراعاة تامة.
 - 12- من المفيد استشارة منظمات المعوقين في كل الأمور المتعلقة بحقوقهم.
 - 13- يتوجب إعلام المعوق وأسرته ومجتمعه المحلي، بكل الوسائل المناسبة، إعلاما كاملا بالحقوق التي يتضمنها هذا الإعلان.⁽¹⁾
- ومن خلال هذا الإعلان تتضح المساواة بين الشخص المعوق والإنسان العادي في الحقوق سواء المدنية أو السياسية، ما يعني توافر خدمات اجتماعية متنوعة، منها المأوى والأكل والضمان الاجتماعي والتعليم والعلاج المجاني وإمكانية استغلال المرافق العامة، علاوة على تحقيق الأمن النفسي والاقتصادي وحرية الرأي، هذا ما يدفع به إلى إشباع بعض

(1) facilorator@worldnabole.netcopyright(c)2003.

حاجياته، خاصة منها إثبات الوجود واحترام كرامته الإنسانية، وبذلك فإن الإعلان ضم مجموعة من الحقوق، اهتمت بمختلف الجوانب الحساسة التي يعاني منها الأشخاص المعوقين، لأجل هذا يمكن اعتباره قاعدة أو مرجع مشترك بين الدول لحماية حقوقهم، ويبقى فقط تطبيق هذه القوانين ومدى مراعاتها لضمان تحقيقها في كل بلد مرتبط بإمكانياته وقدراته المادية والبشرية المسخرة لذلك الهدف الأسمى هو تطبيق برامج الرعاية الاجتماعية اتجاه فئة المعوقين.

ولقد ساهم هذا الإعلان في تحرير الأشخاص المعوقين من الفكرة القائلة بأن البقاء للأصلح والأقوى فقط، إذا هم كذلك لهم الحق في العيش والتمتع بالحياة التي وهبها الله للجميع كغيرهم من العاديين.

3- خدمات رعاية المعوقين:

أ - أبعادها:

إن المعوق معرض للإحباط في تلبية حاجاته، وهذا العجز ينتج عنه بالتأكيد مشكلات تهدد المعوق في حاضره ومستقبله، وتؤدي إلى اضطراب قدراته، ولهذا تلعب الخدمة الاجتماعية دورا كبيرا في عملية إشباع هذه الحاجيات، وهذا يتضح من خلال برامج الرعاية الاجتماعية للمعوقين عن طريق برامج منظمة وهادفة ويمكن إنجاز هذه الخدمات فيما يلي:

أولاً: الخدمات الوقائية:

وهي مجموعة من الخدمات التي تعمل على الحد من تفاقم مشكلة الإعاقة بمختلف جوانبها، وذلك بالحد من مصادرها ومسبباتها، والعمل على محاربة هذه المسببات، وباعتبار أن الوقاية خير من العلاج، فتتمحور هذه الخدمات الوقائية في مجموعة من التشريعات واللوائح والقوانين التي يجب على الدول أن تسنها من أجل حماية أفراد المجتمع من أخطار الصناعة، وحوادث المرور، كذلك يجب على الدول أن تقوم بإجراءات تدعيم الصحة التي تعتبر إجراءات غير مباشرة وتتمثل في:

- التوعية بأساليب التغذية السليمة.
- حماية ورعاية الحوامل.
- حماية أطفال المجتمع من الأمراض، وذلك بالتطعيم المنظم وفي مواعيده.

- الاكتشاف المبكر للأمراض وعلاجها للوقاية من عجز ينتج عنها.⁽¹⁾

ثانياً: خدمات الحصر والتسجيل:

إن خدمات الحصر والتسجيل، تساعد الدولة على تحديد حجم مشكلة المعوقين من جانب، والتخطيط لمواجهتها من جانب آخر، ويقوم بهذه العملية مجموعة من الخبراء والمختصين في هذا المجال.

وتكمن أهميتها في الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة وتحويلها في الوقت المناسب إلى الجهات الطبية والتأهيلية المختصة.⁽²⁾

ثالثاً: الخدمات الطبية والصحية:

ويقصد بها الإشراف الصحي العام على المعوقين ويكون هذا الإشراف بالمتابعة والاستمرارية، ومن أجل علاج العاهة بتوفير الأجهزة التعويضية اللازمة لذلك، مثل الأطراف الاصطناعية، وتوفير العلاج الطبي، والتركيز عليه، لأنه ذو فائدة كبيرة للمعوق الحركي لعلاج عاهته مثل الشلل، وأيضاً علاج الأمراض التي قد يتعرض لها المعوق.⁽³⁾⁽⁴⁾

رابعاً: الخدمات النفسية:

المعوق بحاجة إلى خدمات نفسية، لأنه عرضة لاضطرابات نفسية مهما كانت قوة بنائه النفسي، لأنه نادراً ما ينجح المعوق بنفسه في استعادة تكيفه مع بيئته باكتشاف الإمكانيات الباقية لديه، ولذا فإن الخدمات النفسية المقدمة للمعوق تساعد على اكتشاف ما تبقى لديه من إمكانيات وتعبير نظرته النفسية، لاستعادة ثقته في ذاته وإعادة توازنه الانفعالي حتى يمكنه الاستفادة من إمكانياته المتاحة.

ولا ينجح الأخصائي الاجتماعي والنفسي في ذلك إلا بعد دراسة دقيقة لشخصية المعوق وسلوكاته ومدى تأثير الإعاقة فيهما، وقياس مستوى ذكائه واستعداداته العقلية والنفسية للاستفادة من برامج الرعاية التي سوف يتلقاها.⁽⁵⁾

(1) إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، مرجع سابق، ص. 91.

(2) المرجع نفسه، ص. 94.

(3) إبراهيم عبد الهادي المليجي: مرجع سابق، ص. 198.

(4) إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991، ص.

(5) محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي للمعوقين، مرجع سابق، ص. 120.

خامسا: الخدمات الاجتماعية:

الأخصائي الاجتماعي يقوم بدراسة كل ما يتعلق بالظروف الاجتماعية للمعوق، سواء كانت ظروف بيئية أو أسرية أو مهنية أو تاريخية، وذلك باستخدام الأساليب المهنية للخدمة الاجتماعية، لمساعدته كي يتغلب على المشكلات التي تواجهه أو تواجه أسرته وتقوم باستغلال كل إمكانيات المؤسسة لمساعدة المعوق على التكيف الحسن مع بيئته الجديدة (المؤسسة)، وترسيخ العادات الاجتماعية والخلقية السوية في المعوق من خلال البرامج الاجتماعية التي يشترك فيها سواء كانت على مستوى الفرد أو الجماعة أو مجتمع المؤسسة التأهيلية.

فضلا عن اعتنائها بالمؤتمرات والندوات والبحوث العلمية وذلك لتوعية الجماهير بأساليب علاج مشكلات المعوقين وتحسين اتجاهاتهم نحو هذه الفئة.⁽¹⁾

سادسا: الخدمات التعليمية:

وتتمثل في توفير أقسام خاصة بالمعوقين مدمجة في المؤسسات التعليمية الخاصة بالعادين، أو إذا أمكن توفير مؤسسات تعليمية خاصة بهم ومدرسين متخصصين في تعليمهم وفقا لنوع العاهة، مع مراعاة تكيف مناهج وطرق التدريس مع إمكانيات وقدرات المعوقين وطبيعة الإعاقة.⁽²⁾

سابعا: الخدمات المهنية:

تتمثل في تأهيل المعوقين مهنيا، أي تدريبهم على مهن معينة تناسب إعاقاتهم من خلال برامج يشرف عليها فريق من المختصين في عملية التأهيل المهني، ويهدف هذا التأهيل إلى: "إعداد المعوق للعمل الملائم له، في حدود ما تبقى له من قدرات بقصد مساعدته على تحسين أحواله المادية والنفسية".⁽³⁾

وتتمثل هذه الخدمات أيضا في توفير فرص العمل لهؤلاء المعوقين الذين تم تأهيلهم مهنيا، وذلك بإنشاء مصانع محمية من المنافسة لفئات المعوقين الذين يتعذر إجادتهم عمل لهم مع الأسوياء، وسن تشريعات في محيط تشغيل المعوقين القادرين على العمل مع الأسوياء

(1) إبراهيم عبد الهادي المليجي، مرجع سابق، ص. 285.

(2) أحمد بوزراع: مرجع سابق، ص. 41.

(3) إبراهيم عبد الهادي المليجي: مرجع سابق، ص. 286.

كإلزام أصحاب العمل بتشغيل المعوقين في حدود نسب معينة من مجموع العاملين لديهم على الأقل نسبة 2 %.

ب - أهداف خدمات الرعاية الاجتماعية للمعوقين:

كون المعوق إنسان قبل كل شيء، فأهداف رعايته الاجتماعية لا تختلف أساساً عن أهداف رعاية غيره من الأفراد العاديين، بل يستحق المزيد من الرعاية والعون لعدم استطاعته التكفل بنفسه وتعثره في إنجاز بعض شؤونه.

وعلى أي حال فأهداف الرعاية الاجتماعية للمعوقين يمكن تمييزها على النحو التالي: (1)

- 1- إيقاف تيار العجز بالاكشاف المبكر لحالات الإعاقة، ومساعدتها حتى يصل إلى أقصى ما تسمح به قدراتها وإمكانياتها.
- 2- توفير فرص العلاج الطبي والنفسي لهم.
- 3- توفير الخدمات الاجتماعية التي يحتاجونها عن طريق الأخصائي الاجتماعي بحيث تمتد هذه الخدمات إلى ذويهم إذا تطلب الأمر ذلك.
- 4- الاعتراف بإنسانيتهم وحفظ كرامتهم وصون حقوقهم، كي يحيا حياة كريمة.
- 5- توفير الفرص المناسبة لهم للتعليم، سواء في فصول خاصة أو مدارس خاصة بهم تتناسب قدراتهم واستعداداتهم.
- 6- توفير فرص التشغيل المناسبة لهم، وتعتبر ذلك استكمالاً للجهود التأهيلية التي بذلت لهم.
- 7- توفير فرص التأهيل والتوجيه المهني بما يتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم الخاصة.
- 8- تنوير الرأي العام بمشكلاتهم، وحثه على بذل الجهود لتقبلهم ومساعدتهم.
- 9- تشجيع البحوث العلمية في مجال رعاية المعوقين لتطوير أسسها وأساليبها.
- 10- تهيئة المؤسسات والطرق والمواصلات وغيرها كي يمارس حقه في استخدامها والاستفادة منها، بما يتضمن سلامته وعدم تعرضه للأخطار. (2)

(1) عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون: الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر، 1969، ص 185، 186.

(2) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في المحيط الاجتماعي، مرجع سابق، ص. 276.

ج - التربية الخاصة بالمعوقين:

ما يميز التربية الخاصة أنها نوع متخصص من الخدمات التربوية غير المعتادة التي تستخدم في إطار العملية التعليمية والمتضمن بعض التعديلات على المنهج التعليمي العادي ليلاءم طبيعة كل فئة وتمكين ذوي الاختصاص من تأدية أدوارهم بفعالية وذلك باستخدام أساليب ووسائل خاصة بها.

ويدرج بعض الباحثين (كانقمان وهالبان) خدمات أخرى غير تعليمية خاصة ولكن مكملة لها، منها وسائل الانتقال الخاصة بالمعوقين الخدمات الطبية الصحية النفسية والإرشادية والتأهيلية.⁽¹⁾

استنادا على ما سبق، فالتربية الخاصة تعد إحدى وسائل الرعاية، بتوفير أساليب تتلاءم مع طبيعة العجز، من أجل تلبية حاجات المعوقين وتحقيق خدمة تجعلهم متكيفين مع الإعاقة التي يعانون منها، على سبيل المثال، الطفل المكفوف يمكنه تعلم القراءة والكتابة وفق المنهج الدراسي العادي، ولكن استخدام وسائل وأساليب تربوية خاصة تتفق مع طبيعة إعاقته وحاجاته مثل طريقة (برايل)، تجعله أكثر تكيفا مع المجتمع، كما أن الطفل الضعيف الإبصار يمكنه استخدام كتب ومواد تعليمية خاصة مطبوعة بأحرف كبيرة الحجم.

الأهداف التربوية:⁽²⁾

• تحقيق الكفاءة الشخصية:

ويقصد بها مساعدة الفرد ذو الاحتياج الخاص على الحياة المستقلة والاكتفاء بالتوجيه الذاتي والاعتماد على النفس، وتمكينه من تصريف شؤونه الشخصية والعناية الذاتية بدرجة تتناسب وظروفه الخاصة، بحيث لا يكون عالة على الآخرين وتنمية إمكانياته الشخصية، واستعداداته العقلية، الجسمية، الوجدانية، والاجتماعية.

• تحقيق الكفاءة الاجتماعية:

وتعني غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية للتفاعل، وتحقيق التوافق الاجتماعي لدى ذوي الحاجات الخاصة، وإكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشيطة، والاندماج في المجتمع والتي بذلك تمنحهم شعورا بالاحترام والتقدير الاجتماعي،

(1) عبد المطلب أمين القريطي: مرجع سابق، ص. 35.

(2) المرجع نفسه، ص. 37، 38.

وتحسن في مكانتهم الاجتماعية وإشباع حاجاتهم إلى الأمن والحب والتفهم والثقة بالنفس والتقليل من شعورهم بالنقص والعجز.⁽¹⁾

• تحقيق الكفاءة المهنية:

وتتعلق بإكساب ذوي الحاجات الخاصة لا سيما المعوقين بعض المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناسبة لطبيعة إعاقاتهم واستعداداتهم، ولقد أنشئت لهذا الغرض مدارس إعدادية مهنية يلتحق بها التلاميذ ويمنحون بعد إكمال تأهيلهم شهادة تخول لهم العمل ببعض المصانع والمؤسسات، وبذلك الشعور بقيمتهم وفاعلتهم، ويقلل شعورهم بالعجز.⁽²⁾ ويستلزم مزج الجوانب الأكاديمية المعرفية والخبرات المكتسبة، بحيث يتكامل التأهيل التربوي، النفسي، الاجتماعي، والمهني للمعوقين.

ومن خلال ما سبق ذكره حول التربية الخاصة والجوانب الثلاثة للكفاءة، فإن مناهج التربية الخاصة، تشمل على مجموعة متكاملة من المواد الدراسية والأنشطة المهنية، ويشارك في عملية التربية الخاصة ذوي الاختصاص، وذلك حسب طبيعة العجز ودرجته على سبيل المثال أخصائي علاج عيوب النطق والكلام، وأخصائي سمعي بصري، وأخصائي في التأهيل المهني، وذلك بالتنسيق مع أخصائي نفسي واجتماعي.

4- سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين:

الإدماج الاجتماعي للمعوق هو عملية نتجت عن المعاناة التي يعيشها المعوقون، ولقد جاءت لكي تجعله فردا من المجتمع، له حقوقه وعليه واجبات كغيره من الأفراد العاديين في المجتمع، وللإدماج الاجتماعي أهمية تكمن في أنه يقتصر على الفرد المعوق فقط، فالإدماج الاجتماعي نتيجة طبيعية للتفاعل الذي يتم بين الفرد ومحيطه الاجتماعي.

لذلك فإن نوع الإدماج الذي أصبح شائعا ومستحسنا في العالم، هو إعادة التكييف المتبادل (تكييف الشخص المعوق مع إعاقته ومع مجتمعه، وتكييف هذا الأخير معه). ويتضمن هذا النوع تعويض النقص (القصور) الذي يعاني منه المعوق، من أجل استيعابه من طرف النظام المنتج.⁽³⁾

(1) كمال إبراهيم مرسى، مرجع سابق، ص. 219، 200.

(2) المرجع نفسه، ص. 219، 200.

(3) STIKER.H-J: Corps infirmes et sociétés, Paris, Aubier Montaigne, 1982. p.107.

كما أن أهميته الثانية تتمثل في أن عملية الإدماج الاجتماعي تتسع دائرة انتشارها من أسرة الفرد إلى جماعة رفاقه، ثم إلى المدرسة، فتشمل المحيطين به ككل ويكون هذا خلال حياته. وتكمن أهمية الإدماج الاجتماعي الثالثة، في أنها عملية لا تقتصر على فترة واحدة من حياة الفرد، بل هي مستمرة ويتم فيها الأخذ بقواعد المجتمع ونظمه، وتعلم كل أشكال السلوك وطرق التفكير. كما أن الإدماج الاجتماعي يساهم في اكتساب الفرد المعوق ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا لبناء جزء من شخصية الفرد المعوق عن طريق الإدماج الاجتماعي، ويتم التكيف الاجتماعي. والتكيف يعني استدخال النماذج القيم التي توجد في محيطه، وإدماجها في تربية شخصيته، وبالتالي يستطيع الاتصال والاشتراك بسهولة مع أعضاء الجماعات التي ينتهي إليها.⁽¹⁾

أ- استراتيجيات الدمج الاجتماعي:

إن عملية دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية واجب تفرضه القيم الاجتماعية والأخلاقية والدينية، فهو يعتبر حق من حقوق المعوق. ولقد ظهر مفهوم الإدماج الاجتماعي خلال العام الدولي للمعوقين سنة 1981، أين أعلنت الأمم المتحدة المساواة والمشاركة الكاملة ومسؤولية المجتمع تجاه أفراد المعوقين بإدماجهم في الحياة الاجتماعية والمساهمة في عملية التنمية وتأمين حاجيات المعوق، وتقديم الرعاية والخدمات الخاصة والتأهيل وإعدادهم لممارسة عمل ما. ولقد تغير مفهوم إدماج المعوقين وتحول من إدماج مهني، إلى إدماج اجتماعي شامل. بحيث تراعى فيه عوامل البيئة الاجتماعية، كما تحول النظرة إلى التعامل مع الإعاقة من نظرة تكييفية (تقنية) إلى نظرة اجتماعية (إنسانية).⁽²⁾

فهذا يستدعي وضع سياسات وخطط اجتماعية تهدف لإدماج المعوقين، ويمكن تحقيقها على مديين من التدخل المبكر والمتأخر. والأول يقصد به التدخل في مجال معين ومحدد، ويكون العجز أو القصور محدد في ميدان، ويمكن التغلب عليه، وأما الثاني فيقصد به التدخل ضمن مجال العجز والقصور ويشملان ميادين أخرى.⁽³⁾

(1) علل بن العزيمة: دور التدخل المبكر في إدماج الأشخاص المعاقين، مجلة عالم فكر، المجلد 28، العدد 01، المجلس

الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ص. 321.

(2) EBERSOLD.S : La notion de handicap : de L'inadaptation à l'exclusion, Op.Cit., p. 38.

(3) المرجع نفسه، ص. 341.

المستوى الأول: التخطيط على مستوى المعوق:

يتضمن هذا التخطيط عدة نقاط هدفها تنمية الذات لدى الفرد المعوق وابتعاده عن التبعية واستعادة الثقة بنفسه وتغيير اتجاهات المعوق نحو قدراته، والعمل على تنميتها، فهنا نقوم بالكشف عن قدراته الكامنة أو الخفية التي لم يقم باستخدامها، وهذا لشعوره بالنقص والعجز، ويقوم باستخدامها تعويضا للنقص الذي يحس به، وتغيير اتجاهات المعوق نحو الآخرين، فهنا تتغير نظرة المعوق بأن الآخرين أحسن منه، بأنهم لا يحبونه، وبأنهم ينظرون إليه بأنه شخص غير مرغوب فيه، توسيع العلاقات الاجتماعية للمعوق بين أسرته ومجتمعه وجماعة رفاقه بالمدرسة والمؤسسات المتخصصة والمجتمع.

المستوى الثاني: التخطيط الاجتماعي نحو مشكلة الإعاقة على مستوى الفئات الاجتماعية والجماعات:

ففي هذا المستوى يكون التركيز على محاولة تغيير الأفكار والذهنيات المنتشرة في المجتمع ونظرته إلى المعوق بأنه فرد جدير بالعطف والحنان وتجوز فيه الصدقة، وبأنه خطير يجب الاحتياط منه، وبأنه شخص لا يفهم ولن يتعلم العمل، يمكنه التسول فقط، ويكون هذا بتوعية المجتمع بأن المعوق كفرد مثله مثل أفراد المجتمع العاديين، أدت به أسباب وراثية أو مكتسبة إلى الإعاقة، فهذه الإعاقة ليست بشئ يعاب. كما يقوم بترشيد الأسر بمعاملة الطفل المعوق معاملة عادية كأنه طفل عادي، وهذا كي لا تحسسه بأنه غير مرغوب فيه، وإدخاله مدارس عادية إذا كانت الإعاقة بسيطة لا تستدعي الدخول في مدارس خاصة، وإذا كانت الإعاقة شديدة فيتم إدخاله إلى مؤسسات متخصصة لكي يتعلم، وهذا حق من حقوقه كفرد في المجتمع وتقدم له رعاية خاصة تجعله مستقلا بذاته (يمارس دوره الاقتصادي ودوره الاجتماعي).

المستوى الثالث: التخطيط الاجتماعي على مستوى المجتمع:

وهنا نقصد به الاهتمام بالمؤسسات التي تقدم الرعاية الاجتماعية للمعوقين، فإذا كان المعوق بمدرسة عادية، فتقدم له خدمات بهذه المدرسة من طرف عمال عاديين، مع استشارة المختصين، وإذا كانت في مؤسسة خاصة تقوم بتقديم رعاية خاصة للمعوقين والعمل على تحسين وتطوير الخدمات وتوفير حاجيات المعوقين والسهر على إشباعها، وتحسين طرق التكفل بهذه الفئة، وتغيير التشريعات الاجتماعية والقانونية حتى تضمن جميع الحقوق

والواجبات الأساسية للمعوقين بصفة عامة، وتوفير فرص العمل والكسب وخدمات التربية والثقافة والترفيه، والخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية.

وتعتبر عمليات التأهيل بمختلف أنواعها: الصحية والنفسية والمهنية والاجتماعية، ذات أهمية بالغة، حيث انه إذا تم تجسيدها فدون شك ستمكن من توفير أحسن الظروف الملائمة لإدماج المعاق في المجتمع.⁽¹⁾

ب - المراحل والخطوات المتبعة للإدماج الاجتماعي للمعوقين:

تتم كل أنواع الرعاية التأهيلية للمعوقين وفق عدة مراحل وخطوات هامة، يحتاج إليها المعوقين لتأهيلهم صحيا، ونفسيا واجتماعيا وتعليميا ومهنيا، وهذه المراحل والخطوات يمكن حصرها بصفة عامة فيما يلي:

أولاً: التشخيص التقويمي الشامل للمعوقين:

من حق المعوق أن يحصل على الرعاية التي يحتاج إليها في اقرب وقت من أجل إعادة تكيفه وإدماجه من جديد في المجتمع الذي يعيش فيه، وأول خطوة في سبيل تحقيق ذلك، وهي تشخيص ودراسة حالة المعوق دراسة شاملة، وهذا ما نعبر عنه بالتشخيص التقويمي الشامل.

ولهذا التشخيص عدة أهداف أهمها:⁽²⁾⁽³⁾

- تشخيص الحالة: أي معوق حركيا أو بصريا، أو سمعيا... الخ ودراسة أسبابها.
- تحديد مدى العجز الذي تعاني منه الحالة ودرجته.
- قياس مدى تأثير الإعاقة على تكوين المعوق وتشخيصه.
- تقدير مستقبل الحالة بناء على مدى العجز وشدته وإمكانية المعوق واستعداداته ومدى توفير الخدمات لرعايته.
- تقدير الحاجات المباشرة للمعوق وأسرته سواء كانت حاجات طبية أو النفسية أو اجتماعية أو مهنية.
- وضع خطة الرعاية والمقترحات المتعلقة بذلك.

(1) عبد الله محمد: سياسات الرعاية الاجتماعية النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1995، ص. 188.

(2) السيد رمضان: إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، مرجع سابق، ص. 230.

(3) عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي الإكلينيكي، ج1، دار العلم للملايين، ط1، لبنان، بيروت، 1981، ص. 123.

هذا ويتكون التشخيص التقويمي الشامل لحالة المعوق من عدة عناصر وعمليات محددة أيا كانت طبيعية الإعاقة ودرجتها، ولكن تختلف أهمية كل عملية من هذه العمليات بين حالة وأخرى وفقا للمشكلات النوعية للحالات وهذه العمليات والعناصر هي:

- التقويم الطبي والصحي العام لحالة المعوق.

- التقويم الاجتماعي للمعوق.

- التقويم النفسي للمعوق.

- التقويم المهني للمعوق.⁽¹⁾

ثانيا: الرعاية الشاملة للمعوق:

وهي المرحلة الثانية بعد التشخيص التقويمي الشامل، حيث يتم وضع برامجها بواسطة فريق متكامل يعمل معهم الأخصائي الاجتماعي بصفة عامة، وهذا الفريق متكون من أطباء، هيئة التمريض، وأخصائيين نفسانيين، أخصائيين في تعليم المعوقين، أخصائيين في التقويم المهني، وأخصائيين في التوجيه، أي مستشار التوجيه والإرشاد، الأطباء الجراحين، وأخصائيين في العلاج الطبيعي وأخصائيين في التدريب البدني وغيرهم، وذلك بهدف.⁽²⁾

- إيضاح خطة الرعاية سواء كانت قصيرة الأجل أو طويلة الأجل.

- تأكيد الطريقة العملية لتأكيد استمرارية الرعاية ومتابعتها.

- تحديد طرق التقويم الدوري لبرنامج رعاية المعوق ومدى نجاح هذا البرنامج.

ويحتوي برنامج الرعاية الشاملة للمعوق على عدة مكونات أهمها:

- الرعاية الصحية والطبية للمعوق.

- الرعاية النفسية للمعوق.

- الرعاية الاجتماعية للمعوق.

- الرعاية المهنية للمعوق.

⁽¹⁾ سامية محمد فهمي: المشكلات الاجتماعية منظور، الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص. 269.

⁽²⁾ عبد المحي محمد حسن صالح، والسيد رمضان: أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، مصر، 1999، ص. 337.

ثالثا: التتبع والرعاية اللاحقة للمعوق:

وهي المرحلة الثالثة بعدة خطوة الرعاية الشاملة، وتنحصر أهمية هذه العملية وأهدافها فيما يلي:⁽¹⁾

- التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية خاصة مع الذين يعانون من مشكلات صحية أو نفسية.
- تجنب المعوق أية انتكاسة قد يتعرض لها أو مواجهة ظروف طارئة لم تكن في الحسبان، خاصة مع الذين يعودون إلى بيوتهم الطبيعية.
- وسيلة هامة لاستقرار بعض المعوقين في حياتهم الجديدة، وخاصة ذوي النزعات الاعتمادية أو المضطربين نفسيا.
- من أهم الأساليب المفيدة لتقييم ممارسة خدمة الفرد أو خدمات المؤسسة تقييما علميا وإحصائيا، دراسة حالات خاصة لمدى تطبيق الطرق المهنية في الخدمة الاجتماعية لمعاونة هؤلاء العملاء، من ثم فهي عملية ذات طبيعة خاصة تتشكل حسب ظروف كل حاجة، وكل جديد يطرأ على الموقف كما أن مكان المقابلات البيئية ذاتها منزلا كان أو عملا أو مؤسسة يحدد بدوره قواعدها التنظيمية وزمنها وما إلى ذلك.

ج- الرعايات التأهيلية للمعوقين:

أولاً: التأهيل الصحي للمعوق: يقصد به تلك الخدمات الصحية والطبية التي يحتاجها المعوق من أجل إعدادة لتمكينه من التغلب على الآثار التي تخلفت عن عجزه، والتي يشترك في تقديمها الأخصائي الاجتماعي مع طبيب مختص بمعاونة الممرضة، وهذا التأهيل يكون سواء من الناحية العلاجية للعاهة أو من أي مرض يصاحب العاهة، يجب أن يستمر هذا التأهيل إلى غاية التأكد من أن حالة العجز أصبحت مستقرة وثابتة إلى حد كبير، وتقام هذه العملية في مؤسسة طبية.

ويمر هذه التأهيل بمراحل وخطوات وهي كالتالي:

* التقويم الصحي والطبي لحالة المعوق، ويهدف إلى:

- قياس المستوى الصحي العام للمعوق لاكتشاف الحالات المرضية الأخرى للمعوق التي قد يكون المعوق مصابا بها بجانب العجز الأصلي، فقد يكون مريضا بفقر الدم أو

(1) السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 185.

غيره،⁽¹⁾ مما يضيف مشكلات صحية على العجز الأصلي، وهذه العملية تهتم بصفة خاصة بما يلي:

- تاريخ الحمل والولادة وعلاقته بالأمراض التي أصيب بها المعوق والعجز.
- مستوى التغذية للمعوق ويعرف عن طريق مستوى دخل الأسرة وظروفها الاجتماعية.

- التاريخ المرضي وما قد أصيب به المعوق من أمراض وحوادث.
- العمليات الجراحية التي أجريت له إن وجد.
- الكشف الصحي العام للمعوق.
- التحاليل الطبية والأعمال المعملية الأخرى.⁽²⁾
- * الكشف الطبي الكامل على العجز أو العاهة التي أصيب بها المعوق، ويحتاج هذا لطبيعة الحال طبيب أخصائي في نوع الإعاقة لتشخيصها التشخيص الدقيق فمثلا إذا كانت الإعاقة ناتجة عن خلل في الجهاز العصبي فإنه يقوم بالتقييم الطبي أخصائي في الأعصاب ويشمل التقويم الطبي:

- دراسة حالة العجز ودرجته ومداه.
- دراسة أسباب التعويق.
- تقرير مستقبل الحالة، بناء على مدى العجز وشدته ومدى توفير الخدمات لرعايته.
- * الرعاية الصحية والطبية للمعوق:

وتعتبر الخطوة الثانية بعد عملية التقويم الصحي والطبي، ولهذه الرعاية عدة أهداف أهمها:⁽³⁾

- تقوية صحة المعوق والوقاية النوعية له من الأمراض.
- علاج ومتابعة الحالات المرضية أيا كان نوعها.

(1) عبد المحي محمد حسن صالح، السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 316.

(2) سامية محمد فهمي: المشكلات الاجتماعية، منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص.

270، 271.

(3) السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 179، 180.

* التتبع والرعاية اللاحقة للمعوق بعد خروجه من المؤسسة الطبية:

وتعتبر الخطوة الثالثة ويشرف عليها الأخصائي الاجتماعي، حيث يقوم بإعداد البيئة الطبيعية لاستقبال المعوق، بعد خروجه من المؤسسة الطبية، ويستدعى ذلك منه العمل مع أسرة المعوق التي لها دور هام في فترة ما بعد خروجه من المؤسسة الطبية، فهي تساهم في تنفيذ الخطة العلاجية التي قد تتطلب برنامج غذائي خاص، ورعاية طبية دقيقة بتنفيذ تعليمات الطبيب، وأيضا حاجة المريض إلى معاملة خالية من المواقف الانفعالية.

ويشمل دور الأخصائي الاجتماعي اتجاه المعوق بعد خروجه من المؤسسة الطبية فيما يلي: (1)

- إعداد التقارير والملخصات التي يحتاجها المعوق والتي يجب أن تكتب بعناية حتى تفي بالغرض، وترسل إلى الجهات الأخرى المختصة، ليحصل منها المعوق على خدمات خاصة كمؤسسات الإعانات الاقتصادية، أو مؤسسة الضمان الاجتماعي، الاتصال بالبيئة المحيطة بالمعوق، كموقع عمله والمدرسة إذا ما استدعى الأمر ذلك لمراعاة تناسب العمل الذي يكلف به مع حالته.

- متابعة حالة المعوق، وزيارته بعد خروجه من المؤسسة الطبية للاطمئنان على تنفيذه لتعليمات الطبيب المعالج والخطة العلاجية الموضوعة، ومدى استعداده للعودة إلى نشاطه.

وعموما يكمن دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة المعوق على تقبل إعاقته، وفي حل مشكلاته الاجتماعية والاقتصادية والأسرية، بالاتصال بأسر المعوق ومحاولة تعريفهم بطبيعة الإعاقة وكيفية التعامل مع المعوق، لتشريع تكيفه مع إعاقته أو بعبارة أخرى تكيفه مع حالته الجديدة.

ثانيا: التأهيل النفسي للمعوق:

يقصد بها تلك الخدمات النفسية التي يحتاجها المعوق، من أجل مساعدته على التوافق مع البيئة المحيطة به بشكل طبيعي عن طريق تقبل إعاقته، والتفكير بشكل واقعي في كيفية العيش معها. (2)

(1) إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، مرجع سابق، ص. 166، 167.

(2) رمضان محمد الفذافي: سيكولوجية الإعاقة، الدار العربية للكتاب، ليبيا، 1988، ص. 68.

فالمعوق معرض للشعور بالنقص والاختلاف عن الآخرين (الأفراد العاديين) وما يصاحبها من الشعور بالقلق والحيرة والحزن واليأس وغيرها من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يتعرض لها، مما تستدعي حالته إلى إحالتها على العيادات النفسية الخاصة أو المتواجدة على مستوى مركز التأهيل المتواجد فيها، لعلاج الاضطرابات السلوكية ومشكلاته النفسية، وأول خطوة يجريها الأخصائي النفسي بمعاونة أخصائي اجتماعي هي:

* التقويم النفسي للمعوق:

ويهدف التقويم النفسي إلى قياس ودراسة الحالة النفسية للمعوق وخاصة أثر إعاقته على شخصيته، ويكون ذلك عن طريق ثلاثة عمليات، الفحص ثم التشخيص ثم المآل وعموما يهتم التقويم النفسي للمعوق بدراسة ما يلي:

- مستوى ذكاء المعوق واستعداداته العقلية.
- مدى أثر الإعاقة على شخصيته وسلوكه.
- دراسة ميوله الخاصة وقدراته المهنية.
- مدى استعداداته للتعاون والاستفادة من برنامج الرعاية.
- تحديد ما إذا كانت الإعاقة ناتجة عن إصابة عضوية أم انه انحراف وظيفي أي سلوكي فقط.⁽¹⁾
- وضع تقرير بالنصائح والإرشادات والأوضاع التي يجب على المعوق والمسؤولين عن تأهيله مراعاتها في اختيار المهن، وفي التدريب المهني والتشغيل، وكذلك بالنسبة للتكيف البيئي في محيط الأسرة وخارجها.
- ويقوم بعملية التقويم النفسي الأخصائي النفسي، ويعتمد في عمله على المقابلة والملاحظة وإجراء الاختبارات والمقاييس النفسية المختلفة.

* الرعاية النفسية للمعوق:

وتعتبر الخطوة التي يجريها الأخصائي النفسي بعد خطوة التقويم النفسي، ولهذه الرعاية عدة أهداف:⁽²⁾

(1) السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 174.

(2) حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، مصر، 1997، ص. 186.

- تهيئة المناخ العلاجي المناسب لحالة المعوق، والعلاقة الحسنة بين المعوق والأخصائي
 - إزالة العوامل والأسباب التي أدت إلى المرض.
 - علاج أعراض المرض.
 - حل المشكلات ومواجهتها تحويلها من مشكلات مُسيطرٍة إلى مشكلات مُسيطرٍ عليها.
 - تعديل السلوك غير السوي، وتعلم السلوك السوي الناضج.
 - تعزيز الدوافع التي تكمن وراء السلوك السوي الناضج.
 - التخلص من نواحي الضعف والعجز بإبعاد تفكير المعوق عنها، وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات والإمكانات المكتوبة وتنميتها.
 - تغيير المفهوم السلبي للذات، وتنمية مفهوم الذات الإيجابي.
 - تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة.
 - زيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية القوية وتحقيق تكاملها.
 - تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.
 - تعلم أساليب أكثر فعالية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصور واقعية.
 - زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه.
 - العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة.
- * التتبع والرعاية اللاحقة للمعوق:**

وتعتبر الخطوة الثالثة في عملية التأهيل النفسي للمعوق، حيث تحتاج عملية العلاج النفسي أو التوجيه والإرشاد النفسي بعد إتمامها إلى متابعة منظمة، وتهدف المتابعة إلى التأكد من استمرار تقدم حالة المعوق للمساعدة وتحديد مدى وأثر قيمة عملية العلاج أو الإرشاد، وتحديد نسبة النجاح ومدى استفادة المعوق من الخبرات العلاجية أو الإرشادية في مواقف الحياة العامة، والتحقق من مدى تحقيق العملية العلاجية أو الإرشادية لحاجات المعوق كما يعيشها في الواقع، ومما يؤكد أهمية وضرورة المتابعة، أن الشفاء قد يتم تماما، ويصبح المعوق أكثر قدرة على تحقيق التوافق النفسي، ولكنه إذا عاد إلى المجتمع الذي سبب اضطرابه ليجده جامدا محبطا مليئا بالصراعات كما كان، فإن الموقف يكون صعبا وقد

تحدث نكسة، هذا وقد يكون التحسن الذي طرأ على حالة المعوق سطحياً أو ظاهرياً أو مؤقتاً.

وتحتاج المتابعة المنظمة المحافظة على الاتصال بالفرد بعد شفائه لفترة محددة، بحيث تزداد الفترة بين كل اتصال وآخر إلى أن ينتهي الاتصال بعد التأكد من إتمام الشفاء، وقد يتم الاتصال بعد شهر، ثم ثلاثة أشهر ثم سنة، وحسب موافقة المعوق وقد تمتد المتابعة إلى الأسرة أو المدرسة أو مركز التكوين أو مكان العمل.⁽¹⁾

ثالثاً: التأهيل الاجتماعي للمعوق:

التأهيل الاجتماعي، "ذلك الجانب من عملية التأهيل الذي يرمي إلى مساعدة الشخص المعوق على التكيف مع متطلبات الأسرة والمجتمع، وتخفيف أية أعباء اجتماعية أو اقتصادية قد تعوق عملية التأهيل الشامل، وبالتالي تسهيل وإعادة إدماجه في المجتمع الذي يعيش فيه".⁽²⁾

إذا كانت الظروف الأسرية للمعوق أو ظروف عمله أو علاقاته الاجتماعية في بيئته هي السبب في عدم تكيفه لمواجهة هذه الظروف، وهو ما يطلق عليه (التأهيل الاجتماعي)، ومن ثم يتجه هذا النوع من التأهيل نحو التعامل مع البيئة الاجتماعية للمعوق وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقل المعوق إما مؤقتاً أو بصفة مستديمة من البيئة الاجتماعية التي أدت إلى اختلاله أو اضطرابه النفسي إلى بيئة اجتماعية أخرى بما يتيح له ويحقق التوافق النفسي السوي المنشود.

وهكذا نجد أنه يندرج تحت هذا النوع من التأهيل ما يسمى بالعلاج البيئي وعلاج المحيط البيئي، ولتحقيق ذلك فهناك عدة أساليب يستعين بها الأخصائي الاجتماعي لعل أهمها ما يلي:⁽³⁾

- الاستعانة بجميع أفراد أسرة المعوق في تهيئة جو أسري هادئ.
- في أضيق الحدود يتم إيداع المعوق في مؤسسة داخلية، بعيداً عن أسرته المهددة غير الآمنة، وبشرط أن يكون الإيداع بالمؤسسة أفضل من البقاء في المنزل كآخر حل.

(1) المرجع نفسه، ص. 199.

(2) ماجدة السيد عبيد: مقدمة في تأهيل المعاقين، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص. 64.

(3) عبد المحي محمود صالح، السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 318، 319.

- تهيئة بيئة اجتماعية صحية متوفرة فيها جميع الشروط للتأهيل الصحي، النفسي، التعليمي أو المهني. وعلى العموم فإن التأهيل كذلك يمر بمراحل وخطوات، وهي:

* التقويم الاجتماعي للمعوق:

وتهدف هذه العملية إلى دراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي يكون لها أثر على حالة المعوق ورعايته، وذلك تمهيدا لتشخيص الدقيق للمعوق ووضع العلاج المناسب له، ويمكن أن نبين اتجاهات الأسرة نحو الشخص المعوق في العناصر التالية:

- اتجاهات الأسرة نحو المعوق، وعجزه، وعاهته، وشعور أفراد الأسرة نحوه.
- مدى استعداد ورغبة الأسرة في رعاية المعوق.
- الإمكانيات المادية والاقتصادية للأسرة.
- الاستعداد للرعاية المنزلية للمعوق.
- دراسة علاقة المعوق بأفراد الأسرة.
- المشكلات الاجتماعية والنفسية التي نجمت عن العاهة.
- دراسة شخصية المعوق من ناحية الاعتماد على النفس أو الإتكالية والانطواء والميولات العدوانية وأثر سلوكه في علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها.
- رأي المعوق في الأعمال التي يرغب في التدرب عليها، كذلك استعداداته وإمكانياته التي يمكن الاستفادة منها في عمليات التأهيل، إلى غير ذلك من المعلومات.

ويقوم بهذه الدراسة الأخصائي الاجتماعي ويعتمد في دراسته لحالة المعوق على عدة مصادر يمكننا رصدها بصفة عامة في النواحي التالية:⁽¹⁾

- المعوق ذاته، الأسرة والأقارب، مصادر البيئة (المدرسة والمستشفى والرفاق)، الخبرة في المجالات الخاصة (ذوي الخبرة)، الوثائق والملفات والسجلات المختلفة، إلى جانب نتائج الاختبارات والفحوص الطبية والصحية والنفسية.

(1) السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 175.

ولحصول الأخصائي الاجتماعي على كافة المعلومات والحقائق الدراسية، الذاتية، البيئية المرتبطة بحالة المعوق من هذه المصادر فإنه يستعين في ذلك بعدة أساليب دراسية أهمها: (1)

- المقابلات بأنواعها المختلفة، سواء مقابلة المعوق ذاته أو المحيطين به أو الخبراء
- الزيارات المنزلية أو المؤسسية.
- المكاتبات أو الاتصالات الهاتفية.

هذا ويتوقف استخدام الأخصائي لوسيلة دون أخرى على طبيعة الحقائق ذاتها ومصادرها، فالمقابلات الشخصية تكشف عن حقائق لا تكشفها المكاتب أو الاتصالات الهاتفية، كما أن الزيارة المنزلية قد توضح أمور لا تكشفها المقابلة الشخصية، وهكذا. (2)

* الرعاية الاجتماعية للمعوق:

تختلف أساليب ونظم الرعاية الاجتماعية للمعوقين حسب نوع ودرجة الإعاقة، بل وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بالفرد المعوق وأسرته، وعموماً يمكن تصنيفها كما يلي: (3)

- **الرعاية المنزلية:** وهي رعاية تتم في إطار الأسرة وبيئة المعوق لتسهيل اندماجه ومساهمته في المجتمع، أو إزالة العوائق والحواجز دون عزله في مؤسسات خاصة، حيث تقدم كافة الخدمات والمساعدات اللازمة لهم في منازلهم لرفع مستواهم المادي والمعنوي، ويؤدي هذا النوع من الخدمات أخصائيون اجتماعيون دربوا تدريباً خاصاً للقيام بهذه المهمة. وعموماً تتلخص هذه الخدمات بصفة عامة فيما يلي: (4)

- وضع خطة علاجية والإعداد السليم للمعوق حسب حاجاته وظروفه وأحواله الاجتماعية.

- مساعدة المعوق وأسرته في الحصول على الخدمات من الأجهزة الموجودة في المجتمع وأولها وزارة العمل والحماية الاجتماعية.

(1) عبد المحي محمود صالح، السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 333.

(2) سامية محمد فهمي: المشكلات الاجتماعية، منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص. 273.

(3) عبد المحي محمود حسن صالح، السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 325.

(4) المرجع نفسه، ص. 326.

- إحداث التغييرات المطلوبة في اتجاهات أسرة المعوق نحو كيفية معاملتهم وتقبلهم له.

- **الرعاية النهارية:** ويتم هذا النوع من الرعاية في مؤسسات خاصة (مثل مركز التكوين المهني الخاص بالمعوقين) أو فصول خاصة (المؤسسات الخاصة بالأفراد العاديين) يلتحق بها المعوق أثناء النهار ويعود يوميا إلى أسرته، ويعتبر هذا الأسلوب من الرعاية من أفضل الأساليب والنظم المتبعة في العمل مع المعوق، وذلك نظرا للأسباب التالية:⁽¹⁾

- قلة التكاليف.

- عدم عزل المعوق في بيئته الطبيعية.

- إتمام عمل التأهيل في مدة قصيرة، حيث لوحظ أن المعوقين الملتحقين بمراكز التأهيل مثل المؤسسات الطبية، كثيرا ما يحاولون إطالة مدة إقامتهم بالمراكز، حيث يتمتعون بالرعاية الكاملة ووسائل الترفيه والبعد عن المتاعب النفسية لشعورهم بالنقص في البيئة الخارجية.

- **الخدمات الاجتماعية:**

خدمات غذائية:

يجب أن يكون لكل مركز تأهيلي مطعم تقدم به وجبات غذائية منتظمة، صحية وفق الشروط الضرورية من حيث النظافة والكيف والكم.

خدمات الإيواء:

ويتبع أسلوب خدمات الإيواء الكاملة، خاصة مع حالات المعوقين شديدي الإعاقة، حيث يثبت البحث الاجتماعي والفحص الطبي والنفسي أن حالتهم تتطلب خدمات الإيواء، أو المعوقين الذين تبعد مساكنهم عن مراكز التأهيل ولا يستطيعون التنقل يوميا.

ويجب أن تكون أماكن الإيواء تتوفر فيها جميع الخدمات التي يحتاجها المعوق من أجل تعويض بيئته الطبيعية، رغم أنه لا يمكن في أي حال من الأحوال تعويضها، وهذه الخدمات نوجزها فيما يلي:

(1) المرجع نفسه، ص. 327.

خدمات صحية نفسية:

أن يتوفر المركز على عيادة طبية تتوفر على طبيب وممرض، وعيادة نفسية تتوفر على طبيب نفسي، من أجل مواجهة أية نكسة صحية أو نفسية قد يتعرض لها معوق فجأة.

خدمات خاصة بالمرقد:

ويجب أن يكون المرقد منفصل عن أقسام الدراسة أو التكوين، وأن يتوفر على جميع المستلزمات من أسرة وأغطية، سواء كانت شتوية أو صيفية، وأن تتوفر على جميع الشروط الصحية من تدفئة ونظافة وتهوية، بالإضافة إلى شروط أمنية.

خدمات النقل:

تتمثل وجود سيارة إسعاف لنقل المعوق إلى المستشفى إذا تطلب الأمر ذلك، وحافلة لنقل المعوقين الذين لا يقيمون في المركز ونقل عمال وموظفي المركز.

خدمات ثقافية:

وتتمثل في مكتبة للمطالعة والقراءة ولمراجعة الدروس في النهار، وتنظيم منافسات ثقافية وندوات وملتقيات علمية وغيرها من النشاطات الثقافية.

خدمات روحية:

وتتمثل في وجود أماكن العبادة وقراءة القرآن الكريم.

خدمات تنظيم أوقات الفراغ:

تتمثل في وجود نادي بالمركز يتوفر على تلفزيون وأدوات الترفيه كالشطرنج وكرة الطاولة والألعاب الالكترونية، وغيرها من الأدوات، بشرط أن تكون مفيدة للمعوق، بالإضافة إلى ذلك يجب تنظيم رحلات سياحية من أجل الترفيه على المعوق، وكذلك توفير أماكن لممارسة الرياضة من ملاعب، وكذلك مربين للإشراف على تدريبهم، وكل الخدمات التي من شأنها شغل وقت المعوق بما يفيد من أجل صرف تفكيره عن إعاقته للقضاء على قلقه ومخاوفه وكل مشكلاته التي تنجم عن العاهة.

* التتبع والرعاية اللاحقة للمعوق:

ويتبع هذا الأسلوب بعد انتهاء برنامج التأهيل المعوق، سواء تأهيل صحي، طبي، نفسي، مهني، ويقضي هذا النظام توفير ما يلي: (1)

(1) السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 171.

- يمنح للمعوق شهادة يبين بها على الأخص المهنة التي تم تأهيله له، وبيانات أخرى مقل فحص طالبي التأهيل المهني، وتقرير صلاحيتهم للتأهيل، ومنحهم شهادات التأهيل.
- يكون تخرج المعوق من المؤسسة بناء على تقرير تضعه المؤسسة بواسطة الأخصائي الاجتماعي، يوضح مدى إمكان تكيفه مع البيئة الخارجية وتوافق عليه الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين.
- تقديم تقرير على حاجات المعوق للاستفادة من تليبيتها له من طرف الهيئات الموجودة في المجتمع.
- لقد اتجهت مطالب الجمعيات الممثلة للمعوقين في العالم الآن، نحو المناداة بضرورة تدعيم التضامن مع فئاتهم، وتقديم المساعدات الاجتماعية لهم، أكثر من محاولة توفير فرص للتوظيف.⁽¹⁾

رابعاً: التأهيل المهني للمعوق:

ويقصد به تلك الخدمات التي تهدف إلى إعداد المعوقين للعمل في مهنة تناسب قدراتهم وتمكنهم من الاندماج في الوسط الذي يعملون فيه، ثم تزودهم بالمهارات والعادات التي يتطلبها العمل مما يساعدهم على التكيف النفسي والاجتماعي والاقتصادي، ويمر التأهيل المهني بنفس خطوات عمليات التأهيل الأخرى وهذه الخطوات كالتالي:⁽²⁾

* التقويم المهني للمعوق:

هي عملية تحاول تقييم قدرات المعوق ومهاراته البدنية والعقلية وسلوكاته الشخصية، في محاولة لتحديد إمكانيات عمله في الحاضر والمستقبل، ونوع العمل الذي يناسب إمكانياته، ويقوم بهذه أخصائي التقويم، ويتمثل الوسائل المستخدمة في القيام بهذه العملية التقييمية فيما يلي:

- **المواقف الفعلية:** وسائل للتقويم المهني للمعوق، تنقسم هذه المواقف إلى ثلاث أقسام، الأول وهو التقييم أثناء العمل، حيث يعتبر أكثر الطرق الواقعية في القياس باستخدام المواقف الفعلية للعمل داخل وخارج المؤسسة، ويتيح مدى واسع من مواقف التقسيم.

(1) STIKER, H-J, Op.Cit., p. 108.

(2) يوسف مصطفى القاضي وآخران: الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، ط1، دار المريخ، المملكة العربية السعودية،

- **عينات العمل:** التي تُعنى بنشاط عمل معروف تماماً، يتضمن واجبات ومواد خاصة وأدوات مطابقة لتلك المستخدمة في العمل. وهي تستخدم لتقدير الاستعدادات المهنية للفرد، وخاصة العامة والميول المهنية. وكعينة للعمل مصممة على أساس تحليل العمل، فإن هذه العينة تقرّب وظائف الحياة الواقعية بطريقة أقرب كثيراً مما تفعله الاختبارات النفسية، ويمكن أن تكون عينة العمل:

- وظيفة فعلية في حد ذاتها منقولة إلى وحدة التقييم.
 - تقليد لعملية حقيقية.
 - عينة لمجموعة من السمات تقيس هذه المجموعة.⁽¹⁾⁽²⁾
- ويجب أن تمثل كل عينة عمل المدى الكامل للأنشطة والمكونات التي يضمنها عمل واقعي.

- **القياس النفسي:** وهي وسائل للقياس تستخدم واجبات مجردة. وعادة تستخدم الورقة والقلم وبعض الجوانب المعرفية والحركية والنفسية. وهي كذلك تستخدم في التقويم المهني كمكمل لعينات العمل وغيرها من أساليب التقويم.

- **الموارد:** تنظم هذه الوسائل كل المعلومات التي يمكن استخدامها لتقديم العون والإيضاح في عملية التقييم المهني، ويمكن تقسيم هذه الموارد إلى مجموعات:

- المعلومات المهنية: هي بيانات تصف بيئة العمل ويمكن أن تكون معلومات عامة.
 - معلومات عن العميل: بيانات تتصل بالعميل.
 - تحليل العمل: هو دراسة المنهجية عن المهنة والخصائص المطلوبة في العامل ليقوم بها.
 - المواد السمعية والبصرية: وهي وسائل مكتوبة سواء كانت مطبوعة، مرئية، أو مسموعة، مثل الفيديو والأفلام.
- وكل هذه الموارد يمكن أن تستخدم لإسراع تقييم العميل نفسه وتشجيع الاستكشاف المهني.

(1) السيد رمضان: مرجع سابق، ص. 186، 187.

(2) سامية محمد فهمي: المشكلات الاجتماعية من منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص.

ومن الوسائل التي يستخدمها أخصائي التقييم لجمع هذه المعلومات نجد المقابلة والملاحظة والاستبيان وغيرها من الوسائل.

وأخيرا يقوم أخصائي التقييم بإعداد تقريراً يحتوي على المعلومات التي توصل إليها في هذا التقييم.

* الرعاية المهنية للمعوق:

بعد إجراء التقييم، تأتي خطوات الرعاية المهنية التي تتضمن:

- **التوجيه المهني:** وتهدف إلى توجيه المعوق حركياً إلى أنسب المهن التي تتفق واستعداداته وقدراته وإمكاناته وطبيعة عجزه وحالته الصحية التي قومها أخصائي التقييم في خطوات التقييم المهني، بشرط أن تكون هذه المهنة ضمن المهن التي تتوافر فيها فرص العمل في المجتمع ويقوم بها أخصائي التوجيه والمهني.⁽¹⁾⁽²⁾
- **التدريب المهني:** يهدف إلى تدريب المعوق على المهارات اللازمة لتأدية العمل أو المهنة التي اختيرت له، وتم توجيهه إليها، ويتطلب هذا التدريب وجود عمل وعامل ومقدرة فنية للتدريب، ومكان يتم التدريب فيه، ونظام لهذا التدريب، وقد يحتاج المعوق إلى بعض المساعدات والخدمات خصوصاً في فترة التدريب، وتقتصر موارده المالية على مواجهة نفقات المعيشة ومصاريف الإقامة والانتقال، واستخراج الرخص، فضلاً عن ثمن الأدوات والكتب التي يحتاج إليها أثناء فترة التدريب المهني لفترة قد تطول أو تقصر حسب طبيعة العجز وعمقه ومداه، إذ بهذه الخدمات والمساعدات يتمكن المعوق من مواصلة تدريبه حتى لا يؤدي النقص منها إلى إفساد عملية التدريب.⁽³⁾
- **التشغيل:** وتهدف هذه العملية إلى توجيه المعوق بعد استكمال عمليات التدريب المهني نحو العمل الذي يتفق مع ما حصل عليه من التدريب، سواء في المصانع أو الشركات أو الورش أو العمل لحسابه الخاص في المنزل أو خارج المنزل، وبطبيعة الحال تتوقف عملية التشغيل على درجة الوعي في المجتمع، وتنفيذ الاعتقادات السائدة عند أصحاب المصانع والشركات حول المعوقين من أنهم أقل كفاءة من الأسوياء.⁽⁴⁾

(1) عبد المحي محمود حسن صالح: متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص. 234.

(2) عبد الرحمن العيسوي: سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية، مرجع سابق، ص. 138.

(3) عبد المحي محمود حسن صالح: متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص. 235، 236.

(4) سامية محمد فهمي: مرجع سابق، ص. 270.

* التتبع والرعاية اللاحقة للمعوقين:

وهي الخطوة الثالثة بعد عملية الرعاية تتضمن التوجيه، ثم التدريب والتشغيل، حيث بعد هذه الأخيرة تأتي مرحلة تتبع نشاط المعوق في عمله الجديد للتأكد من تكيفه واستقراره، وذلك عن طريق دراسة درجة تكيفه مع العمل، وفي علاقاته الاجتماعية مع زملائه في مجال العمل، والتعرف على المشكلات التي قد تعترضه في مجال عمله أو في أسرته أو بيئته المحلية عند بدأ ظهورها، حيث انه في بعض الحالات يجد المعوق بعض الصعوبات في القيام بالعمل المدرب عليه فينتابه الإحباط، أو قد تسوء علاقاته بصاحب العمل، أو قد لا يكون الأجر مجزيا، أو يكون العمل مجهداً، ولذلك فإن وجود الأخصائي الاجتماعي إلى جانب المعوق في هذه المرحلة هام ليساعده في التغلب على هذه المشكلات أولاً بأول.⁽¹⁾

د - أهمية العمل بالنسبة للمعاق:

العمل هو طريقة تؤمن للفرد الحصول على استقلالية مادية ومعنوية، ومن خلاله يدخل الإنسان حياة عملية يبرهن بإمكاناته عن قدراته على الإنتاج واثبات ذاته ووجوده. ويتيح له فرصة تفجير طاقاته وإمكاناته. فالعمل هو تأكيد للذات ووجود الإنسان وقيمه. والعمل من الوجهة النفسية للمعاق، ليس مجرد مجهودات أو طاقة يبذل من أجل تحقيق منفعة مادية فحسب. وهو ليس مجرد مصدر للرزق أو مكسب مادي فقط، لكنه يعني تحقيقه لذاته وتمكنه من فرض نفسه بنفسه في المجتمع. ويجعل حياة المعاق مليئة بما يفيد ويساعده على تجنب الملل والقلق، كما أنه يخرج من دائرة التفكير في إعاقته، ويشغل تفكيره بأشياء مفيدة، ويشعره بأنه فرد منتج، وهذا ما يؤدي إلى رفع روحه المعنوية وثقته بنفسه. فالفرد المعاق بعد تأهيله صحيا ونفسيا ومهنيا هو بحاجة ماسة إلى الاتصال بالعالم الخارجي ويمكن تحقيق ذلك بواسطة العمل الذي يتيح له فرصة التواصل مع الآخرين.

لقد ظهر حديثا مفهوم جديد يتمثل في **إعاقة الموقف**، وهو يعني الحالة التي يكون عليها المعاق عندما يتعرض لمواقف في حياته الاجتماعية (كعدم الحصول على عمل). بحيث تؤثر عليه نفسيا واجتماعيا وحتى بيولوجيا، ذلك ما يزيد من شدة إعاقته ومن الآثار الناجمة عنها ويعقدها. وعليه يجب أن نوفر للشخص المعوق فرص الاندماج الاجتماعي من

(1) عبد المحي محمود حسن صالح: مرجع سابق، ص. 237.

أجل تحقيق سعادته النفسية ورضاه عن النفس وتقبله لذاته وحصوله على التقدير الاجتماعي وتقبل الآخرين له.⁽¹⁾

5- طرق الخدمة الاجتماعية ودوار الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المعوقين:

أ- طرق الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين:

من الطبيعي أن الخدمة الاجتماعية أكثر المهن الإنسانية التصاقاً بالإنسان، حيث تسعى إلى إيجاد طرق تمكنها من أن تكون أكثر تجاوباً والتقاء به في مختلف نواحي حياته. ومن الحقائق العلمية أن حياة الإنسان ثلاثة أوجه، أولها فرد له شخصيته المستقلة، وثانيها أنه عضو في جماعة أو أكثر، وثالثها عضو في المجتمع، ومنه قسمت هذه الطرق إلى ثلاثة أقسام، طريقة خدمة الفرد، وطريقة خدمة الجماعة، وطريقة تنظيم المجتمع، ويتبع الأخصائي الاجتماعي في عمله مع المعوقين على الطرق الثلاثة:

أولاً: طريقة خدمة الفرد:

* مفهومها:

يقصد بطريقة خدمة الفرد المعوق تلك الجهود التي يبذلها أخصائي الخدمة الاجتماعية لمساعدة الفرد المعوق على التكيف مع إعاقته وفهم ذاته وإمكانياته.

* خطوات طريقة خدمة الفرد المعوق بالمركز:

يتبع الأخصائي الاجتماعي في حله لمشكلة ما يعاني منها الشخص المعوق بالمركز للخطوات التالية: الدراسة، التشخيص، العلاج، التنفيذ والمتابعة.⁽²⁾

- الدراسة:

تعتبر أهم خطوة يقوم بها الأخصائي الاجتماعي، ففيها يقوم بجمع المعلومات حول العميل من الناحية الجسمية، العقلية، النفسية والاجتماعية، قصد التعرف على الأسباب التي أدت بالفرد المعوق للوقوع في المشكلات.

⁽¹⁾ MINAIRE. P : Proposition d'une nouvelle méthodologie d'évaluation du handicap, **Medias et handicapés**, ADEP-documentation, Paris, France, 1980 p.p. 68, 69.

⁽²⁾ عبد المحي محمود حسن صالح: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص. 66.

المعلومات المتعلقة بـماضي المعوق:

تتمثل في تاريخ ومكان ازدياد الشخص المعوق وعدد أفراد أسرته الأحياء والمتوفين منهم، تاريخ وفاتهم، أسباب الوفاة. تاريخ إصابتهم بالإعاقة، هل سبب الإعاقة وراثي؟ أو أنه تعرض لحادث ما؟ فيما يتمثل هذا الحادث؟ ومعلومات عن المستوى الثقافي لأفراد أسرته.

المعلومات المتعلقة بحاضر المعوق:

وتتمثل في علاقته بأبويه وأخواته وزملائه بالمركز والمكونين والمربين بالمركز، والناحية الاقتصادية لأسرته، هل أبوه يعمل أم لا؟ وطبيعة المسكن الذي يسكنه، هل يتوفر على الشروط الصحية أم لا؟

كما يجب معرفة الأماكن التي يزورها بعد انتهائه من الدراسة بالمركز مساء إن كان خارجيا، والرفاق الذين يتعامل معهم، ومعرفة المستوى الذهني للفرد المعوق ووضعه النفسي، وذلك بمساعدة أخصائي نفسي، الذي يخضعه لاختبارات ومقاييس الذكاء والشخصية ليتمكن من معرفة ميوله وطموحاته.

كما يتعرف على سلوكياته سواء كانت داخل المركز أو خارجه، هل يمارس سلوكيات انحرافية أم لا؟ كالتدخين، شرب الخمر، مصاحبة رفاق سوء. هل يقوم بأعمال الشغب داخل المركز؟ هل يقوم بسلوكيات عدوانية اتجاه الآخرين؟

- التشخيص:

ويعني "تحديد طبيعة المشكلة ونوعيتها الخاصة، مع محاولة علمية لتفسير أسبابها بصورة توضح أكثر العوامل طوعية للعلاج".⁽¹⁾

والتشخيص هو الخطوة الثانية بعد الدراسة، وفي يقوم الأخصائي الاجتماعي بتشخيص المشكلة التي يعاني منها الطالب المعاق، وذلك بتحليل المعلومات وتصنيفها وترتيبها حسب الأولوية، ليصل في الأخير إلى معرفة الأسباب الحقيقية التي أدت بالطالب المعوق إلى الوقوع في المشكلة. ويتوقف نجاح هذا التشخيص على الأخصائي وكفاءته المهنية، حيث يقوم بالإجابة على الأسئلة التالية: ما هي المشكلة؟ ما هي العوامل المسببة؟ ما علاقة تلك العوامل بعضها ببعض؟ إلى غير ذلك من الأسئلة.

(1) المرجع نفسه، ص. 66.

- العلاج:

بعد التشخيص يقوم الأخصائي الاجتماعي بمباشرة العلاج المناسب للمشكلة واقتراح الحلول المناسبة لها، ويكون هذا العلاج.

علاج ذاتي، وهو: "نوع من العلاج يوجه مباشرة إلى العميل بمكونات شخصيته الجسمية والنفسية، والعقلية، لإزالة ما فيها من عوامل معطلة ومعوقة بتكيف العميل".⁽¹⁾ ويكون بإحداث التغيير المقصود على شخصية الفرد المعوق، كأن يصحح له بعض السلوكات اللا أخلاقية بإكسابه بعض القيم والمعايير الأخلاقية.

علاج بيئي: وهو: "العلاج الذي يوجه للظروف المحيطة بالعميل والمسبب للمشكلة"⁽²⁾ ويكون ذلك بإحداث التغيير المقصود على بعض عناصر البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها أو تغييرها كلها إذا كانت هي السبب في حدوث مشكلاته التي تعيقه على اندماجه اجتماعيا، كأن يبعده عن جماعة رفاقاء السوء التي كانت سببا في مشكلاته.

- التنفيذ:

وهذه الخطوة التالية بعد العلاج يقوم بها الأخصائي الاجتماعي بتطبيق الحل المناسب لعلاج مشكلة الفرد المعوق.

- المتابعة:

يستمر دور الأخصائي الاجتماعي في متابعة العلاج المطبق على الحالة والتغيرات الحاصلة، لمعرفة مدى ملائمة الحل المنفذ على الحالة وتكيفها معها، وهذا تقاديا لحدوث تغيرات غير مرغوب فيها، ومن شأنها تعقيد الحالة.

ثانيا: طريقة خدمة الجماعة:

* مفهومها:

هي طريقة يستخدمها الأخصائي الاجتماعي للعمل مع الأفراد المعوقين في الجماعات التي ينتمون إليها، بغرض توجيه جماعة المعوقين لتصبح قادرة على تنشئة افرادها ليصبحوا مواطنين صالحين.

(1) محمد سيد فهمي: أسس الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص. 118.

(2) المرجع نفسه، ص. 119.

* خطوات طريقة خدمة الجماعة للمعوقين:

يتبع الأخصائي الاجتماعي في خدمة جماعة المعوقين نفس خطوات طريقة خدمة الفرد المعوق، وهي باختصار:

- الدراسة:

ويقوم فيها الأخصائي الاجتماعي بدراسة الطلبة المعوقين في حالة الستاتيكا (السكون) وفي حالة الديناميكا (الحركة).

في حالة الستاتيكا (السكون):

ويدرس الأخصائي الاجتماعي تكوين جماعة الطلبة المعوقين، ونظامها ومناهج عملها وأهدافها، ويبحث عن السبب، فقد يكمن سبب المشكل الذي تعاني منه جماعة الطلبة المعوقين بمركز التكوين المهني للمعوقين في البرنامج الذي تسير عليه.

في حالة الديناميكا (الحركة):

ويدرس هنا الأخصائي الاجتماعي تفاعل الجماعة مع المنهج والبرنامج والنظم والإمكانيات، فقد يكون الخلل الذي تعاني منه جماعة المعوقين بالمركز ناتج عن سوء تفاعل أفراد الجماعة مع المنهج أو البرامج أو سوء استغلالها للإمكانيات المتاحة لها.⁽¹⁾

- التشخيص والعلاج والتنفيذ والمتابعة:

بعد الدراسة تأتي عملية التشخيص للمشكلة التي تعاني منها جماعة الطلبة المعوقين وإيجاد الحل المناسب لها وتنفيذه، ويشرف على متابعة العلاج المطبق عليها لمعرفة مدى تكيفها معه.

* أهداف الخدمة الجماعة مع المعوقين:

- تهدف خدمة الجماعة مع المعوقين إلى عدة أهداف منها:
- المساعدة في التغلب على الإعاقة والتحرك نحو الشفاء.
- تأهيل المعوق اجتماعيا حتى يعود إلى مجتمعه، وقد استعداد مقدرته على إقامة علاقات اجتماعية عادية مع الآخرين.
- توكيد ثقة المعوق في نفسه وقدراته.

(1) عبد المحي محمود حسن صالح: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية مرجع سابق، ص. 66.

- مساعدة المعوق على تغيير اتجاهاته نحو إعاقته حتى لا يستسلم لها، أو يكتسب اتجاهات معينة نتيجة لمرضة تلازمه بعد الشفاء.
- مساعدة المعوق على الاحتفاظ باتجاهاته الايجابية السليمة وعدم اختلالها نتيجة الإعاقة.
- عدم تعطيل طاقات المعوق واستغلالها حسب قدرته، ورأي الطبيب بقدر الإمكان.⁽¹⁾

ثالثاً: طريقة تنظيم المجتمع:

* مفهومها:

يعرفها احمد كمال بأنها: "طريقة أخرى للخدمة الاجتماعية يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون والمتعاونون معهم لتنظيم الجهود المشتركة حكومية وشعبية وفي مختلف المستويات لتعبئة الموارد الموجودة أو التي يمكن إيجادها لمواجهة الحاجات الضرورية، وفقاً لخطط مرسومة في حدود السياسة العامة".⁽²⁾

وتعرف طريقة تنظيم المجتمع على أنها الأسلوب الذي يتبعه أخصائي الخدمة الاجتماعية لمساعدة مجتمع المعوقين بالمركز وخارجه، على التكيف مع إعاقاتهم والاندماج بالمجتمع.

* خطوات وعمليات تنظيم المجتمع:

ويقوم بهذه العملية مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين مع مختصين معاونين وتتبع هذه عدة خطوات والتي حددها عبد المحي محمود حسن صالح كالآتي:⁽³⁾

- دراسة المجتمع:

وتتم الدراسة لجميع مكونات مجتمع المعوقين داخل المركز من حيث عددهم والتوزيع العمري لهم، الجوانب التعليمية لهم والموارد المتاحة في المركز، والتي يمكن استثمارها وتنظيمات التي يتبعها المركز، كذلك دراسة المسيرين للمركز، ودراسة خبرة المركز في مواجهة مشكلاتهم التي يواجهها مجتمع المعوقين، كذلك دراسة المحاولات التي تمت

(1) المرجع نفسه، ص. 76.

(2) المرجع نفسه، ص. 84.

(3) المرجع نفسه، ص. 86.

لمواجهة احتياجات المعوقين في أسرهم ودراسة كل ما يخص مجتمع المعوقين داخل المركز.

- إقامة علاقة مهنية:

تعتبر هذه العملية من أهم عمليات تنظيم المجتمع لما لها من أهمية في فتح قنوات الاتصال بين المسيرين والمؤطرين والمربين والعاملين على تأهيل المعوقين.

- جمع وتحليل البيانات:

وتأتي هذه الخطوات مكمل للخطوات السابقة بعد عملية الدراسة المستفيضة للمجتمع، ومعرفة الأولويات لمواجهة هذه الاحتياجات بهدف رسم المخطط وضع البرامج لمواجهة هذه الاحتياجات.

- خلق موارد وتنظيمات جديدة:

وتكمن أهمية هذه العملية في التعرف على الإمكانيات المادية والبشرية للمركز.

- مرحلة التنفيذ:

وتأتي هذه المرحلة بعد المراحل السابقة في ضوء اختيار البديل المناسب والاتفاق على البدء في الأعمال التي لها الأولوية الكبرى لخدمة المعوقين داخل المركز، وفقا للموارد المتاحة والخبرات المتوفرة.

- مرحلة التقويم:

وتأتي هذه المرحلة للتأكد من وصول الأهداف التي قامت من أجلها تلك الأعمال، للتعرف على أسباب النجاح أو الفشل، وكيفية تحسين ذلك وتفاذي المشكلات المتجربة عنها في أعمال أخرى في المستقبل.

* أهداف طريقة تنظيم المجتمع:

- التعرف على إمكانيات واحتياجات ومشكلات المعوقين، وذلك من خلال تشجيع الباحثين على القيام بإحصائيات وبحوث ميدانية حول احتياجات وموارد فئة المعوقين.
- العمل على تحقيق التوازن في توزيع الخدمات الاجتماعية حسب الاحتياجات الواقعية لفئة المعوقين، فلا يعقل أن يهتم بتوفير الخدمات الاجتماعية في المجال الاجتماعي وإهمالها في بقية المجالات.

- توفير الخدمات الاجتماعية للمعوقين أينما وجدوا، واستغلال واستثمار الإمكانيات والموارد المتاحة لإشباع حاجاتهم.

وعلى العموم فإنه تتلخص أهداف طريقة تنظيم المجتمع في مساعدة مجتمع المعوقين على إحداث التغيير الاجتماعي المقصود والمرغوب، بتنميته بما يؤدي إلى تحسين أحواله، وذلك من خلال العمل وإيجاد توازن بين موارد المجتمع والاحتياجات القائمة فيه.⁽¹⁾

ب- أدوار الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المعوقين:

إن الأخصائي الاجتماعي هو: "من أعدّ خصيصا للعمل مع الإعاقة علميا ومهاريا وسلوكيا ونفسيا"⁽²⁾ ولكي يستطيع القيام بمهمته لا بد أن تتوفر فيه الميزات الخاصة، والمتمثلة في المعرفة العلمية التي تساعده على فهم ودراسة سلوك المعوق، ودوافعه والعوامل التي تؤثر فيه، بما تعينه على توجيهه نحو الغايات التي تهدف إليها، وكذلك المهارة التي تساعده على العمل، وأيضا القدرة على التقويم لمشكلة المعوق.

أما الأدوار التي يقوم بها فهي متكاملة ومشاركة في دور واحد فقط، وتكمن أهميتها في تحقيق التكيف الذاتي والاجتماعي للمعوق من أجل الاندماج في المجتمع الذي يعيش فيه.

دور الأخصائي الاجتماعي مع المعوقين:

يكمن دوره فيما يلي:⁽³⁾

- مساعدتهم على التكيف السليم مع أنفسهم ومع مجتمعهم، وذلك من خلال مساعدتهم على تأكيد ذواتهم وإقامة علاقات طيبة وإيجابية مع من حولهم وتحمل الشدائد والصعاب.

- مساعدتهم على تقبل إعاقاتهم والتخلص من المشاعر السلبية التي تحد من ظهور قدراتهم واكتشاف القدرات المتبقية وتنميتها.

- التفكير العلمي في مشكلاتهم وتهيئة أفضل الظروف لتنشئتهم تنشئة اجتماعية صالحة.

(1) محمد سيد فهمي: مرجع سابق، ص. 148.

(2) عبد المحي محمود حسن صالح، متحدو الإعاقة: مرجع سابق، ص. 248.

(3) سامية محمد فهمي وآخرون: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، (الإعاقة السمعية والحركية)، دار المعرفة، مصر، ص. 74، 75.

- توفير الترويج الهادف لهم وما يترتب عليه من إمكانيات سواء داخل أو خارج المؤسسة التأهيلية.
- مساعدة المعوقين على تنظيم أنفسهم وتجديد إمكانياتهم ومناقشة أمورهم، لأن بإمكانهم التعبير عن حاجاتهم ومتابعة خدماتهم وتقييمها.
- عرض أهم النشاطات والخدمات التي تم إنتاجها من طرف بعض المعوقين، وذلك بقصد تقديمهم كنماذج حية في المجتمع، كي يكونوا قدوة لفئة أخرى من المعوقين الذين يرون أنفسهم عالة على المجتمع.
- تنمية استبصار المعوق بذاته، ويشير الاستبصار إلى قدرة المعوق على تقييم نفسه تقييما واقعيا بما يتطلبه ذلك من الكشف المبكر لدى الفرد المعوق من إمكانياته.
- معاونة المعوق على اكتساب الضمير الاجتماعي، بحيث يتبنى لنفسه ضوابط ذاتية للسلوك حتى يتجنب رفض المجتمع له، أو نبذه نتيجة الخروج على قيم المجتمع وعاداته وتقاليده.
- تسهيل انفتاح المعوق على الخبرة والتدرج فيها، ويتطلب ذلك ضرورة اتخاذ مواقف تتسم بالإيجابية والقبول في مواجهة ما قد يعمد إليه المعوق من نشاط حر، طالما أنها تتيح له بالمرور في خبرات مأمونة العواقب بالإضافة إلى التدرج تلقائيا لمواقف الإحساس بالفشل والإحباط.
- تشجيع المعوق على الاستقلالية، وذلك على مستوى التفكير والسلوك مع مراعاة التدرج.

ويضيف آخرون إلى ما سبق، تنمية سلوكيات المعوق. كما يتوقف نجاح وتحقيق دور الأخصائي الاجتماعي على قدرته في تحليل ومعرفة أسباب المشكلة وإعطاء العلاج المناسب للمشكلة التي يعاني منها المعوقين، وعلى أحسن تدريب، وعلى المعرفة العلمية التي يجب أن تتوفر لديه، وهذا النجاح يجعل المعوق أكثر قدرة على الاندماج في المجتمع.

دور الأخصائي الاجتماعي مع أسر المعوقين:

يعمل الأخصائي الاجتماعي مع أسر المعوقين كذلك، لأن الأسر تتعرض للعديد من المشكلات التي تواجهها، مثل كيفية مواجهة الأشكال المستخدمة مع سلوك الابن، واستجابة الأشخاص الآخرين تجاه الأسرة، ويكمن دور الأخصائي الاجتماعي في مواجهة الإحباطات

التي تمر بها الأسرة في مجالات الحصول على الخدمات والمساعدات، وزيادة على هذا الدور هناك ادوار ضرورية للأخصائي الاجتماعي مع أسر المعوقين ويمكن تحديدها فيما يلي:⁽¹⁾

- تعديل مفهوم الأسرة نحو الإعاقة التي قد ترتبط في ذهن الكثيرين بالنقص والعجز ودونية الأسرة عن غيرها من الأسر.
- توسيع دائرة الاتصال بين الهيئات المعنية بتقييم خدمات وبرامج المعوقين وبين أسرهم، لأن ذلك من شأنه زيادة الاهتمام بهذه الفئات والتعرف على الاحتياجات والمشكلات.
- دعم أسرة المعوق حتى تتمكن من تحمل مسؤولية تنشئة ابنها اجتماعيا وتربويا ونفسيا.
- مساعدة أفراد الأسرة على تقبل المعوق واحترامه، وعلى إكسابه الثقة في نفسه، وعدم تحسيسه بالنقص والدونية والنبد.
- مساعدة الأسرة على تقييم وتفهم طبيعة الإعاقة وتأثيرها ومساعدتهم أيضا على تطوير استراتيجيات أكثر فاعلية في معالجة آثار الإعاقة

6- حجم مشكلة المعوقين في الجزائر (مدخل إحصائي):

تفيد المعطيات المستقاة من الإحصاء العام للسكان والسكنات لعام 1998 (RGPH98) بأن عدد المعاقين على اختلاف نوع الإعاقة، وجنس المصاب (إناث، ذكور)، أو سنه قد بلغ 1590466 معاقا، يتوزعون عبر كامل ولايات الوطن، لكن بنسب متفاوتة، كما تبينه الجداول من 01 إلى 10 (في الملاحق). حيث نتضح لنا من خلال البيانات الإحصائية المتضمنة في تلك الجداول كيفية توزيع أعداد المعاقين عبر ولايات الوطن، حسب نوع الإعاقة، جنس المعوق، ومنطقة الإقامة (عاصمة الولاية، تجمع ثانوي، منطقة معزولة).

يبين الجدول رقم 01 توزيع السكان المقيمين المعوقين في الأسر العادية والجماعية عبر ولايات الوطن، حسب طبيعة الإعاقة، حيث يوجد أكبر عدد للمعوقين بالجزائر العاصمة، أما اصغر عدد فهو في ولاية تندوف، وذلك أمر يعود إلى الحجم الإجمالي لسكان كلتا الولايتين.

(1) سامية محمد فهمي وآخرون: مرجع سابق، ص. 72، 73.

أما فيما يخص توزيع المعاقين حسب طبيعة الإعاقة، فقد تبين أن أكبر نسبة للمعاقين هي في فئة المصابين بالأمراض المزمنة (32.25 %) أما أصغر نسبة فهي تعود للمصابين بإعاقة سمعية (04.02 %) أو مصابين بإعاقات متعددة (04.48 %).

فيما يخص عواصم الولايات، فإن التوزيع مماثل للمعطيات السابقة، سواء بالنسبة للإناث أو للذكور، (الجدول 02، 03، 04) غير أن أصغر عدد للمعاقين موجود بمدينة إليزي.

كما أن الجداول من 05 إلى 10 (دائما في الملاحق)، تؤيد المعطيات السابقة من حيث توزيع المعاقين حسب طبيعة الإعاقة والولاية. وهذا سواء في التجمعات السكنية الثانوية أو المناطق المعزولة، سواء تعلق الأمر بالإناث أو بالذكور. غير أن الأعداد الصغرى للمعاقين حسب الولايات تتوزع بين تندوف إليزي وغرداية.

كما تبين الجداول من 01 إلى 10 كذلك وجود نسبة مهمة تتراوح بين 20 و 31 % لم يتم تحديد طبيعة إعاقتهما.

بالنسبة لتوزيع المعوقين حسب السن، فإن ذلك يكشف عدة حقائق جديرة بالدراسة والمتابعة، حيث يتوزع المعوقون في فئات عمرية خماسية، تبدأ بفئة الأطفال الأقل من خمس سنوات (0 - 4)، وتنتهي عند فئة المعاقين البالغين 80 سنة أو أكثر (80 +).

غير أنه لتبسيط هذه المعطيات وتسهيل قراءتها ودلالاتها الاجتماعية والاقتصادية لجأنا إلى تصنيف هذه الفئات في ثلاث (03) فئات كبرى:

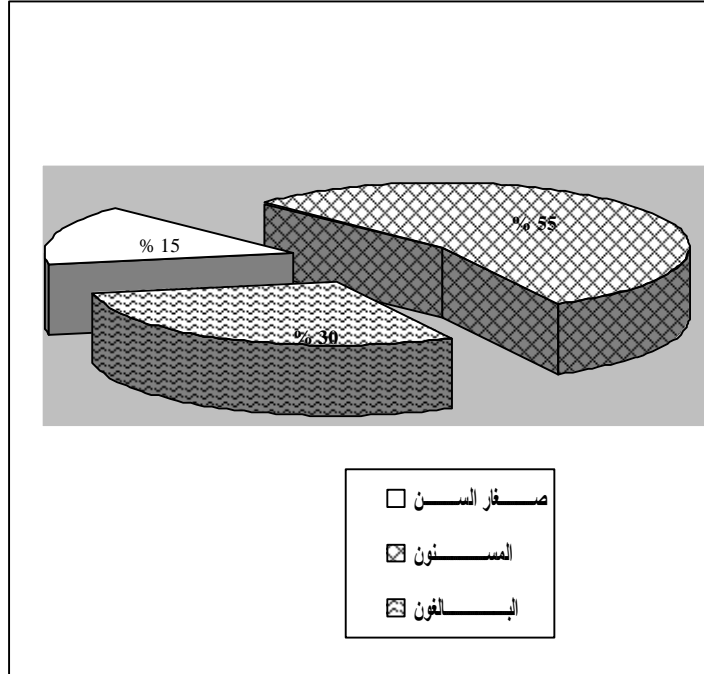
- فئة صغار السن (لأقل من 15 سنة).
- فئة البالغين أو القوة العاملة النظرية (15 - 60 سنة).
- فئة المسنين (أكبر من 60 سنة).

تبين الجداول من 11 إلى 14 (في الملاحق)، أن أغلبية المعاقين ينتمون إلى فئة البالغين، أي فئة السكان النشطين. وهي الفئة التي يقع على عاتقها مسؤولية إعالة الفئتين الأخيرتين (صغار السن والمسنين).

وتبقى هذه الحقيقة سائدة مهما اختلفت منطقة الإعاقة، وهي تبلغ 55 % من إجمالي المعوقين، سواء بالنسبة لجملة المناطق السكنية، أو بالنسبة لعواصم الولايات أو المناطق السكنية الثانوية.

غير أن هذه النسبة تنخفض قليلا عندما يتعلق الأمر بالمناطق السكنية المعزولة (48%). كما لا يفوتنا أن نشير إلى أن هناك نسبة معتبرة من المعوقين تنتمي إلى فئة الأطفال (أقل من 15 سنة)، وتقدر هذه النسبة بحوالي 15 %، باختلاف منطقة الإقامة، وترتفع في المناطق المعزولة إلى حوالي 18 %.

شكل رقم (06): توزيع المعوقين حسب فئات السن، الكبرى بالنسبة لجملة المناطق السكنية من القطر الجزائري ككل.



المصدر: إعداد شخصي مبني على معطيات الإحصاء العام للسكان والسكن لعام 1998، المبينة في الجداول من 01 إلى 14 في الملاحق.

لإثراء المعطيات السابقة، إرتأينا تدعيمها بأهم المعطيات التي وردت في نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة (EASF2002)، والتي خلصت إلى أن 2.34 % من أفراد العينة المبحوثة مصابون بإعاقة تمنعهم من مزاولة نشاطهم اليومي بصفة عادية. وكشفت أن هذه النسبة تختلف باختلاف محل الإقامة (ريف، مدينة)، أو باختلاف الجنس (ذكور، إناث). ففي صفوف سكان المدن تبلغ هذه النسبة 2.36 %، أما في صفوف سكان الأرياف فتبلغ 2.31 %.

كما تبلغ هذه النسبة 3.57 % في صفوف الذكور و 1.09 % فقط بين الإناث، وهذا يرجع لكونهن أقل عرضة لأسباب الإعاقة (حوادث عمل، حوادث مرور...الخ).

فيما يخص أسباب الإعاقة، كشف المسح أن 30.8 % من الإعاقات سببها تناسلي أو وراثي، 18.5 % سببها حدوث إصابة عند الولادة، 18 % بسبب الشيخوخة، والبقية لأسباب صحية ونفسية متعددة ومختلفة.

مع الإشارة أنه في هذا المسح لم يدرج المصابون بأمراض مزمنة ضمن فئة المعوقين على عكس إحصاء سنة 1998.

وإذا استندنا إلى تقارير منظمة الصحة العالمية التي تذهب إلى أن نسبة المعوقين تتراوح بين 10 و 15 % من مجموع سكان أي بلد، فإننا نصل إلى أن عدد المعوقين في الجزائر حالياً، يمكن أن يتجاوز الثلاث ملايين شخصاً معوقاً، استناداً إلى المجموع العام للسكان الذي يتجاوز الثلاثين مليون نسمة.

7- تنظيم السياسة العامة لرعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي في

الجزائر:

إن المنظومة التشريعية والقانونية الخاصة برعاية وحماية الأشخاص المعوقين وبإدماجهم الاجتماعي، في أي بلد من البلدان، تعكس مدى وعي الدولة بدورها وواجبها في التكفل بهذه الفئة الخاصة في المجتمع ومدى إحساسها بمسؤولياتها اتجاهها، وعن نيتها في ترقية وحمايتها، من كل أنواع التمييز والتفريق على أساس الإعاقة، الذي يقف عائقاً في سبيل تكريس مبادئ الديمقراطية، من كرامة وحرية واستقلالية وتكافؤ الفرص.

والجزائر بدورها، ومنذ الاستقلال لم تتأخر في سن التشريعات والقوانين الكفيلة برعاية المعوقين، وبإدماجهم الاجتماعي، رغم أن هذه الأخيرة كانت تنحصر في مواد ضمن قوانين خاصة بالصحة، بالتربية، بالتشغيل وبالمساعدة الاجتماعية والتضامن.

لكن لم تنفطن الدولة إلى ضرورة سن قانون خاص بحماية وترقية الأشخاص المعوقين حتى سنة 2002، وكان ذلك بصدور القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002، والذي يتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم.

وقد عرفت النصوص التشريعية الخاصة بهذه الفئة تطورا من خلال خمس فترات مختلفة.

- الفترة الأولى: ممتدة بين 1962 و 1980م، وقد تميزت بوضع النصوص الأساسية لسياسة المساعدة الاجتماعية.

- الفترة الثانية: ممتدة بين 1981 و 1987م، وقد سعت إلى وضع نظام جديد لإعادة التأهيل والإدماج الاجتماعي والمهني للمعوقين.
 - الفترة الثالثة: ممتدة بين 1988 و 1992م، وتميزت بالركود والتجاهل، وذلك لغياب سياسة توسيع وإثراء النصوص السابقة.⁽¹⁾
 - الفترة الرابعة: ممتدة بين 1993 و 1999م، تميزت بمواجهة المسألة الوطنية.
 - الفترة الخامسة: ممتدة من 2000 وحتى 2002م، وتميزت بالانتعاش الفكري، ونمو الوعي والاستيقاظ من الركود إلى فترة العمل الجاد في سبيل ترقية الأشخاص المعوقين وحمايتهم على عدة مستويات الوقاية، التربية والتكوين، الإدماج والاندماج الاجتماعيان في الحياة الاجتماعية للمعوقين ورفاهيتهم. وسيتم فيما يلي التفصيل في الجهود الجزائرية المبذولة، في سبيل كل ذلك وعلة مختلف المستويات.
- أ- الوقاية من الإعاقة:**

تتوزع أسباب الإصابة بالإعاقة في المجتمع الجزائري، بين ثلاثة أسباب كما يلي:

45 % من الحالات تعود أسبابها إلى الأمراض، 30 % من الحالات تعود أسبابها إلى الأسباب الوراثية الفطرية، أما 25 % تعود أسبابها إلى الحوادث المختلفة (حوادث العمل، الحوادث المنزلية، حوادث المرور...).

وهذا ما يسمح لنا بالقول بأن الوقاية من الإعاقة هي عملية ضرورية، من أجل الحد من شدتها ومن شدة انتشارها في المجتمع، ويكون ذلك بالحد من الأسباب المؤدية إلى الإصابة بها.

لذلك فقد أولت الدولة الجزائرية اهتماما بالغا بالوراثة الطبية وبطب النساء، وبحماية الأمومة والطفولة، ويتجلى هذا من خلال القوانين المنظمة لهذه المجالات الوقائية الصحية، وخاصة في قانون الصحة الذي صدر سنة 1976م، والذي يؤكد على حق الطفل في التطعيمات ضد الأمراض المعدية، وضد الأمراض المتنتقلة، وعلى حق الأم في الرعاية والمتابعة الطبية، خلال فترة الحمل، وعند الولادة وبعدها.

(1) محمود بوسنة: أسس سيروية إعادة تأهيل ذوي العجز، المجلة الجزائرية لعلم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، العدد السادس، 1995.

وقد صدر بعد ذلك قانون 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بالحماية والترقية الصحية.⁽¹⁾

وقد جاء في المادة 01 منه: بأن الهدف من هذا القانون هو تكريس الحقوق والواجبات المرتبطة بالحماية والترقية الصحية للمواطنين.

كما نصت المادة 02 منه: على أن الحماية والترقية الصحية تتضمن الحياة الجسمية والمعنوية السليمة للإنسان من أجل أن يعيش حياة عادية في المجتمع، وذلك عامل أساسي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد.

وتؤكد المادة 03 منه: على أن الأهداف الصحية تتضمن حماية الإنسان ضد الأمراض و الأخطار، وكذا تحسين ظروف الحياة والعمل وخاصة ب:

- تنمية الوقاية.
 - توزيع العلاج الذي يقابل حاجات المواطنين.
 - الحماية الصحية للفئات المعرضة للأخطار.
 - تعميم ممارسة التربية الرياضية والرياضات والتسلية.
 - التربية الصحية.
- أما المادة 08 منه، فقد حددت مضمون العلاج الصحي الكامل في:
- الوقاية من الأمراض على كل المستويات.
 - تشخيص وعلاج المرض.
 - إعادة تكييف المرضى.
 - التربية الصحية.

وقد جاء في المادة 09 منه: بأن إنشاء مختلف الهياكل الصحية، يتم حسب الحاجات الصحية للمواطنين، وحسب الطبيعة السوسيو-اقتصادية لمختلف المناطق في الوطن، وحسب المعايير المحددة في الخريطة الصحية.

⁽¹⁾ Ministère du Travail et de la Protection Sociale, Direction de l'aide et de l'action sociale, Sous direction des programmes sociaux : **Dispositif législatif et réglementaire relatif à l'aide sociale**, Algérie, 2001.

كما تم التأكيد في المادة 11 منه: على ضرورة أن تكون الهياكل الصحية سهلة الوصول والتنقل لكل المواطنين، مع أقصى حد من الفعالية والسهولة، في إطار احترام الكرامة الإنسانية.

وقد أكدت المادة 22: بأن كل خدمات العلاج، التشخيص والاستشفاء المقدمة للمرضى في الهياكل الصحية العمومية، هي مجانية.

كما حددت المادة 27: مهام الوقاية العامة في:

- التنبؤ بالأمراض والإصابات والحوادث والوقاية منها.
- تشخيص الأعراض في الوقت، من أجل منع حدوث المرض.
- منع تطور (تضاعف) المرض، عندما يحدث، من أجل تجنب الانعكاسات المزمنة، وتحقيق إعادة تكوين سليم.

أما المادة 55: فقد أكدت على أنه من أجل الوقاية من الأمراض المعدية، والمتنقلة، فإن السكان يخضعون إلى التطعيم الإجباري والمجاني.

كما جاء في المادة 61: بأنه يتعين على الهياكل الصحية والمستخدمين، تنظيم حملات ضد الأمراض غير المتنقلة والآفات الاجتماعية، وذلك بمشاركة السلطات والهيئات العمومية. ويقصد بالآفات الاجتماعية، التدخين، الإدمان على المخدرات، تناول الحول والعلاقات الجنسية غير الشرعية، والتي كلها تمثل عوامل أساسية للإصابة بالإعاقة وانتشارها، إلى جانب حوادث المرور.

وقد جاء في المادة 68: بأن حماية الأمومة والطفولة، تتمثل في جملة الإجراءات الطبية الاجتماعية التي تهدف إلى:

- حماية صحة الأم، من خلال ضمان أحسن الظروف الطبية والاجتماعية، قبل، أثناء وبعد الحمل.

- توفير أحسن الظروف الصحية للنمو البسيكو-حركي للطفل.

وفيما يخص التكفل بالأطفال، فقد أكدت المادة 74: أن الأطفال لهم الحق في الرقابة الطبية، الوقاية، التطعيم، التربية الصحية والعلاج.

أما فيما يخص الحماية الصحية في ميدان العمل، فقد أكدت **المادة 76**: بأنها تهدف إلى رفع مستوى قدرات العمل والإنتاج، والتنبيه والوقاية من الإصابات المرضية الناتجة عن العمل، وتقليل حالات العجز، والحد من العوامل المضرة بصحة المواطنين.

وقد أكدت على **المادة 73**: من القانون رقم 83-13 المؤرخ في 02 جويلية 1983، والمتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، على ضرورة تحديد سياسة وقائية من طرف هيئة خاصة.

كما جاء في **المادة 19**: من القانون رقم 88-07، المؤرخ في 26 جانفي 1988، والمتعلق بالنظافة، الأمن وطب العمل، بأن التعليم، الإعلام والتكوين المتعلق بالأخطار المهنية، هي واجب (إجبارية) على كل مهنة مستخدمة، وأن ممثلي العمال يشركون إجباريا في هذه النشاطات، وهي تمثل في نفس الوقت حق وواجب لكل العمال، وتتكفل بها المؤسسات والمصالح والهيئات العمومية المعنية.

وفيما يخص الحماية الصحية في الوسط المدرسي، فقد نصت **المادة 77**، من القانون رقم 85-05 المؤرخ 16 فيفري 1985 والمتعلق بالحماية والترقية الصحية، على أنها تهدف إلى التكفل بصحة التلاميذ والطلبة والمدرسين في وسطهم التربوي، المدرسي، الجامعي، أو المهني من خلال:

- مراقبة حالة الصحية لكل تلميذ أو طالب أو مدرس، ولكل شخص آخر ذا صلة مباشرة أو غير مباشرة بهم.
- نشاطات التربية الصحية.
- مراقبة شروط الصحة في مختلف مقرات مؤسسات التعليم والتكوين.

أما فيما يخص الأشخاص العاجزين، فقد أكد نفس القانون، **المادة 90**: بأن هؤلاء لهم الحق في الحماية الصحية والاجتماعية.

وقد جاء في **المادة 92**، من نفس القانون بأن الأشخاص العاجزين، يستفيدون من العلاجات الخاصة والضرورية، ومن إعادة التربية الحركية، ومن الأجهزة الاصطناعية.

أما القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002، والمتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم،⁽¹⁾ فقد جاء في المادة 08 منه ما يلي: "تتم الوقاية من الإعاقة بواسطة أعمال الكشف وبرامج الوقاية الطبية، وحملات الإعلام والتحسيس تجاه المواطنين حول العوامل المسببة للإعاقة أو في تشديدها".

وتتمة لذلك فقد نصت **المادة 12** منه على ما يلي: زيادة على تدابير الوقاية من الإعاقة وكشفها، المتعلقة بالحماية الصحية وترقيتها، والمنصوص عليها في التشريع، يتم الكشف بواسطة أعمال طبية-اجتماعية مبكرة، وتحاليل واختبارات، وفحوص طبية بهدف التعرف على الإعاقة وتشخيصها، قصد التكفل بها وتقليل أسبابها وحدتها".

كما أكدت **المادة 13** منه على أن "التصريح بالإعاقة إلزامي لدى المصالح الولائية المكلفة بالحماية الاجتماعية".

"يجب على أولياء الأشخاص المعوقين أو من ينوب عنهم قانونا أو مستخدمى الصحة أثناء ممارسة وظائفهم، وكذا كل شخص معني، التصريح بالإعاقة فور ظهورها، أو كشفها، لتمكين الجهات المعنية من التكفل بها في حينها".

ب - التربية والتكوين المهني وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكيف:

إن عملية التكفل المؤسساتي بالأشخاص المعوقين، تتطلب وضع برامج تربوية علاجية مكيفة حسب الحالات، مع السهر على توفير الشروط الصحية والاجتماعية الضرورية لتحقيق الخدمات المطلوبة على أحسن وجه ممكن.

وهذا ما يسعى إليه قطاعنا الوزاري كل يوم، وتبقى الغاية من كل هذا هي الوصول إلى إدماج اجتماعي ومهني للأشخاص المعوقين في المجتمع.⁽²⁾

يتمتع قطاع التشغيل والتضامن الوطني بشبكة هيكلية تتكون من 220 مؤسسة متخصصة في التكفل الإقامي بالأشخاص المعوقين، والأشخاص الذين يعانون من صعوبات اجتماعية، هذه المؤسسات هي موزعة على 46 ولاية، بقدرة استيعاب تفوق 22000

(1) القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002، والمتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، في: وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين: النصوص التشريعية التنظيمية، الجزائر، مارس 2004.

(2) تصريح السيد: **لخلف مسعود**، مدير المؤسسات المتخصصة بوزارة التشغيل والتضامن الوطني، خلال المقابلة التي أجريت معه في سنة 2002.

شخصاً، والعدد الفعلي لأشخاص الذين يستفيدون من التكفل داخل هذه المؤسسات يقدر بـ 17456 شخصاً.

إن تصنيف المراكز المتخصصة التابعة لقطاع التشغيل والتضامن الوطني منظم حسب مجالات التدخل وأنماط التكفل، وهي مجسدة في الميدان كما يلي:

أولاً: في مجال التربية والتعليم المتخصص:

توجد المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنياً، مدارس صغار المكفوفين، مدارس صغار الصم، مراكز ذوي نقص التنفس، المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال المعوقين حركياً.

هذه المؤسسات مدعمة بمركزين وطنيين لتكوين المؤطرين التقنيين والبيداغوجيين والتكوين المهني للأشخاص المعوقين.

ثانياً: المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنياً:

أن عدد هذه المراكز يقدر بـ 72 مركزاً، موزعة على 45 ولاية، وتقدر طاقة الاستيعاب لهذه المؤسسات بـ 5600 مقعداً بيداغوجياً، وعدد الأطفال المتكفل بهم على مستوى هذه المراكز يفوق 6000 طفلاً، وعدد العمال الساهرين على التكفل المباشر بالأطفال المعوقين ذهنياً يقارب 2700 عاملاً، منهم 1466 إداريين و 1211 مؤطرين تقنيين وبيداغوجيين.

إن التكفل التربوي المنتهج بهذه المراكز يعتمد على تطبيق منهجية المشروع المؤسساتي، وهذا طبقاً للبرامج المسطرة لهذا الغرض من قبل المراكز الوطنية للتكوين، والتي تسهر على تقديم الدعم البيداغوجي للمراكز المتخصصة حسب مجالات التخصص.

ثالثاً: مدارس صغار الصم:

عدد المدارس المستقبلية لصغار الصم وهو ثلاثة وثلاثون (33) مؤسسة، موزعة على 31 ولاية، بقدرة استيعاب تفوق 4300 مقعداً بيداغوجياً، وعدد الأطفال المتكفل بهم يفوق 3400 طفلاً مسجلاً في مختلف أطوار التعليم الأساسي.

البرامج المطبقة للتدريس في هذه المدارس هي نفس البرامج المطبقة في المدارس التابعة لقطاع التربية الوطنية، بطرق بيداغوجية وسائل مكيّفة.

والهدف المنشود هو إيصال صغار الصم المتدرسين إلى أعلى مستوى ممكن، مع الحرس على الإدماج المهني والاجتماعي لهذه الشريحة من المجتمع. وعدد العمال الساهرين على التكفل المباشر لصغار الصم هو 1643 عاملا، منهم 857 عون إداري و786 مؤطرا تقنيا وبيداغوجيا.

رابعاً: مدارس صغار المكفوفين:

عدد المدارس المستقبلية لصغار المكفوفين هو ستة عشرة (16) مؤسسة، موزعة على 16 ولاية، بقدرة استيعاب تقدر ب 2100 مقعدا بيداغوجيا، وعدد الأطفال المتكفل بهم يفوق 1214 طفلا متمدرسا بهذه المدارس في مختلف الأطوار التعليمية، في هذه المؤسسة المتخصصة تطبق البرامج الرسمية للتربية الوطنية، مع استعمال الوسائل والطرق البيداغوجية المكيفة.

وعدد العمال الساهرين على التكفل المباشر لصغار المكفوفين هو يقارب 744 عاملا، منهم 407 إداريين و337 مؤطرين تقنيين وبيداغوجيين.

إضافة إلى التكفل الاقامي بالمعوقين حسيا داخل المؤسسات المتخصصة التابعة للقطاع، هناك تنظيم جديد تم وضعه لتحسين التكفل بهذه الفئة بالاشتراك مع المصالح المختصة لوزارة التربية الوطنية، ويتمثل في فتح أقسام مدمجة داخل المدارس العادية التابعة لقطاع التربية الوطنية، الهدف المنشود لهذا التنظيم الجديد هو السماح للأطفال المعوقين حسيا الإدماج في المدارس العادية على غرار الأطفال الآخرين.

وقد سجلت هذه التجربة الرائدة نجاحا كبيرا وقبولا على مستوى ولايات الوسط، وسيتم تعميم هذه التجربة تدريجيا في مختلف الولايات، وهذا حسب الإمكانيات المتوفرة لدى القطاعين الوزاريين المعنيين.

خامساً: مراكز ذوي النقص التنفسي:

يبلغ عدد المراكز التي تتكفل بالأطفال ذوي النقص التنفسي ستة (06) مؤسسات، موزعة على 06 ولايات، بقدرة استيعاب تقدر ب550 مكانا بيداغوجيا، وعدد الأطفال المتكفل بهم يقارب 300 طفلا، يزاولون دراستهم على مستوى هذه المؤسسات، على غرار التلاميذ المتدرسين في المؤسسات التعليمية التابعة لوزارة التربية الوطنية، ويتم هذا التكفل المدرسي تحت المراقبة الطبية الدائمة.

وعدد العمال الساهرين على التكفل المباشر وغير المباشر لهذه الشريحة من الأطفال يقدر ب 229 عاملا، منهم 146 عون إداري و83 مؤطرا تقنيا وبيداغوجيا.

سادسا: المراكز البيداغوجية للأطفال المعوقين حركيا:

عدد المراكز الطبية البيداغوجية للأطفال المعوقين حركيا هو 03 مؤسسات، موزعة على 03 ولايات، بقدرة استيعاب تفوق 300 مكانا بيداغوجيا، وعدد الأطفال المتكفل بهم على مستوى هذه المؤسسات يقدر ب 231 طفلا.

وعدد العمال الساهرين على التكفل المباشر وغير المباشر لهذه الشريحة من الأطفال يقدر ب 125 عاملا، منهم 67 إداريا و56 مؤطرا تقنيا وبيداغوجيا.

تبين قراءة هذه الأرقام ما يلي:

- يتمتع القطاع بشبكة هيكلية جد معتبرة، للتكفل بالأشخاص المعوقين، والأشخاص الذين يعانون من صعوبات اجتماعية.
- أن عدد الأشخاص المتكفل بهم داخل هذه المؤسسات ضئيل، بحيث نسجل في كل الولايات وبدون استثناء عدد كبير من الأشخاص المتواجدين في وضع اجتماعي صعب، ولم يستفيدوا من أية خدمة كانت من طرف المؤسسات المتخصصة المتواجدة على مستوى ولاياتهم، وفي كثير من الأحيان نجدهم مسجلين في قوائم الانتظار.
- لمعالجة هذا الإشكال، وبطلب من مديرية المؤسسات المتخصصة، قامت مديرية الدراسات والتخطيط بتسجيل دراسة ميدانية لوضع خريطة اجتماعية للمؤسسات المتخصصة حسب متطلبات الواقع.
- وهذه الدراسة تهدف إلى تحديد الطلب ومراجعة التوزيع الجغرافي الحالي للمؤسسات المتخصصة، مع مراعاة الشروط الضرورية لإعادة تنشيط وتفعيل هذه المؤسسات باعتبار كل الشرائح المعنية بالتكفل المؤسساتاتي.

"واعتقد أن التكفل الجوّاري يبقى من أحسن وأنجع الحلول الممكن اللجوء إليها في هذا المجال، وهذا لا يمكن إنجازَه إلا بمشاركة الحركة الجمعوية النشطة في هذا مجال".⁽¹⁾

(1) تصريح السيد: لخلف مسعود، مدير المؤسسات المتخصصة بوزارة التشغيل والتضامن الوطني، خلال المقابلة التي أجريت معه في سنة 2002.

سابعاً: في مجال التكوين المهني والتمهين:

على غرار المراكز التابعة لقطاع التكوين المهني، يسهر المركز الوطني للتكوين المهني للمعوقين، الكائن بخميسي على تطوير التكوين المهني والتمهين لفائدة الأشخاص المعوقين، وصفة خاصة تجاه الأشخاص المعوقين جسدياً، ونعني بهذا المعوقين حركياً والمعوقين حسياً (المكفوفين والصم البكم).

في مجال التأطير وتكوين المستخدمين:

إن التأطير التقني والبيداغوجي للمؤسسات المتخصصة، يبقى من صلاحيات المراكز الوطنية للتكوين التابعة للقطاع، كل حسب اختصاصه، وهذا طبقاً للقوانين المنشئة والمحددة لمهامهم وهي:

- المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين بمؤسسات المعوقين المتواجد في عاصمة الشرق الجزائري (قسنطينة).
 - المركز الوطني لتكوين المستخدمين المختصين ببئر خادم والمختص في مجال رعاية السباب والطفولة المسعفة والأشخاص المسنين.
 - المركز الوطني للتكوين المهني للأشخاص المعوقين جسدياً الكائن بولاية تيبازة.
- إن هذه المراكز تسهر على إعداد البرامج والوسائل البيداغوجية اللازمة للتكفل المؤسساتي من جهة، ومن جهة أخرى تنظم العمليات الخاصة بتكوين المؤطرين، وهذا حسب مجال التدخل لكل مركز.
- المجال القانوني الخاص بحماية ورعاية الأشخاص المعوقين، لا سيما التكفل المؤسساتي بهذه الشرائح من المجتمع:**

المراسيم القاعدية المتعلقة بتنظيم وتسيير المراكز المتخصصة هي:

- * المرسوم التنفيذي رقم 59-80 المؤرخ في 08 مارس 1980، والمتضمن إحداث المراكز الطبية التربوية والمراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعوقين حسياً، وتنظيمها وسيرها.

- * مرسوم رقم 87-257 مؤرخ في أول ديسمبر 1987، يتضمن إنشاء مركز وطني لتكوين الموظفين الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين.

* المرسوم التنفيذي 87-228 المؤرخ في 27 أكتوبر 1987، المتضمن إحداث المراكز لاستقبال الأطفال ذوي النقص التنفسي.

* مرسوم رقم 81-397 مؤرخ في 26 ديسمبر 1981، يتضمن إنشاء مركز وطني للتكوين المهني للمعوقين جسدياً.

"في النهاية، أود أن ابلغ بأن برنامج مديريةية المؤسسات المتخصصة (على المديين القصير والمتوسط)، يهدف إلى معالجة النقائص المستدركة، مع تدعيم المؤسسات بالوسائل البشرية والمادية حتى نرفع ونحسن نوعية التكفل".⁽¹⁾

وقد حدد القانون رقم 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002، حقوق الأشخاص المعوقين في التربية والتعليم والتكوين، وإعادة التكيف في المواد من 14 إلى 22، كما يلي:

المادة 14: يجب ضمان التكفل المبكر للأطفال المعوقين، يبقى التكفل المدرسي مضمونا بغض النظر عن مدة التمدرس أو السن، طالما بقيت حالة الشخص المعوق تبرر ذلك.

المادة 15: يخضع الأطفال والمراهقين المعوقون إلى التمدرس الإجباري في مؤسسات التعليم والتكوين المهني.

تهياً عند الحاجة، أقسام وفروع خاصة لهذا الغرض، لا سيما في الوسط المدرسي والمهني والوسط الإستشفائي.

يستفيد الأشخاص المعوقون المتمدرسون عند اجتيازهم للامتحانات ظروف مادية ملائمة تسمح لهم بإجرائها في إطار عادي.

المادة 16: يتم التعليم والتكوين المهني لأشخاص المعوقين في مؤسسات متخصصة عندما تتطلب طبيعة الإعاقة ودرجتها ذلك.

تضمن المؤسسات المتخصصة، زيادة على التعليم والتكوين المهني، وعند الاقتضاء إيواء المتعلمين والمكونين، أعمالاً نفسية، اجتماعية وطبية، تقتضيها الحالة الصحية للشخص المعوق داخل هذه المؤسسات وخارجها، وذلك بالتنسيق مع الأولياء ومع كل شخص أو هيكل معني.

(1) تصريح السيد: **لخلف مسعود**، مدير المؤسسات المتخصصة بوزارة التشغيل والتضامن الوطني، خلال المقابلة التي أجريت معه في سنة 2002.

تتكفل الدولة بالأعباء المتعلقة بالتعليم والتكوين المهني والإقامة والنقل في المؤسسات العمومية.

كما جاء في المادة 17 ما يلي: تسهر الدولة على مساعدة الأشخاص المعوقين والجمعيات ذات الطابع الاجتماعي والإنساني، بتوفير تأطير متخصص ومؤهل، لا سيما عبر تشجيع تكوين المكونين في هذا المجال، ووضع نظام خاص يحكم هذه الفئة من العاملين. كما تسهر على تدعيم الجمعيات والمؤسسات المعتمدة ذات الطابع الإنساني والاجتماعي، التي تتكفل برعاية المعوقين وتعليمهم وتكوينهم وإعادة تأهيلهم بالإمكانات اللازمة.

وفيما يخص التربية الخاصة والتوجيه المهني، فقد أكدت المادة 19 من القانون على ما يلي: تتكفل اللجنة الولائية للتربية الخاصة والتوجيه المهني المنصوص عليها في المادة 18 على الخصوص بما يأتي:

- العمل على قبول الأشخاص المعوقين في مؤسسات التعليم والتكوين المهني والمؤسسات المتخصصة وتوجيههم حسب الحاجات المعبر عنها، وطبيعة الإعاقة ودرجتها طبقا لشروط وكيفيات الالتحاق المتعلقة بالأشخاص المعوقين والمطبقة في مجال التربية والتكوين.

- تعيين المؤسسات والمصالح التي يجب عليها القيام بالتربية والتكوين والتأكد من التأطير، والبرامج المعتمدة من الوزارات المعنية، والإدماج النفسي والاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين.

- العمل على الاعتراف للمعوق بصفة العامل وتوجيهه وإعادة تصنيفه، وتعيين المؤسسات والمصالح التي تساهم في استقبال الأشخاص المعوقين وإدماجهم مهنيًا.

- العمل على البحث عن مناصب عمل ووظائف ملائمة، يمكن أن يشغلها الأشخاص المعوقون واقتراحها.

كما تنص المادة 22: زيادة على التدابير المنصوص عليها في التشريع المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، يستفيد الشخص المعوق من أعمال وبرامج إعادة التدريب الوظيفي، وإعادة التكييف الملائمة.

وتبقى الرقابة والمتابعة ضروريتان من أجل السهر على تطبيق هذه القوانين التشريعية، والتي يمكن مقارنتها مع ما هو حاصل في المجتمعات المتقدمة دون أي حرج. ومن خلال التقرير الذي أعده السيد مدير المؤسسات المتخصصة، حول سير عمل المؤسسات المتخصصة في رعاية وتربية وتكوين المعوقين، وحول المشكلات والنقائص التي تعاني منها، اتضح ما يلي:

- غياب أو نقص برامج رسمية مصادق عليها من طرف الهيئات الوصية.
- اختلاف الممارسات البيداغوجية المعدة على مستوى مؤسسات التكفل.
- عدم انسجام النصوص المنظمة لوظائف ومهام مؤسسات التكفل.
- نقص الوسائل البيداغوجية والتعليمية والمهنية الخاصة.
- نقص التكوين البيداغوجي لدى العاملين الاجتماعيين المكلفين برعاية فئة المعوقين.
- الاستغلال غير العقلاني للمستخدمين.
- غياب العلاقة (الارتباط)، بين مؤسسات التعليم المتخصص والمؤسسات التابعة لقطاع التربية الوطنية، يمثل عائقا في سبيل إدماج الأطفال المعوقين بإعاقه حسية في الوسط العادي.
- التكفل المتأخر بالأطفال يمثل عائقا في نموهم.
- نقص الوسائل الخاصة بتدريس مختلف المواد العلمية، يحد من النجاح لدى الأطفال المعوقين حسيا (سمعيا، بصريا).
- صعوبة تطبيق واستكمال الحجم الساعي الأسبوعي من طرف المستخدمين المختصين.
- عدم تكيف البرامج البيداغوجية المطبقة في مؤسسات التربية الخاصة، مع مستوى هذه المؤسسات الخاصة برعاية المعوقين ذهنيا.
- نقص التكوين لدى المستخدمين التقنيين المكلفين بتأطير الأفواج البيداغوجية.
- نقص في التأطير المختص، وخاصة في مناطق الغرب والجنوب.
- عدم تواجد مراكز خاصة باستقبال المعوقين ذهنيا البالغين أكثر من 18 سنة. (1)

(1) تصريح السيد: **لخلف مسعود**، مدير المؤسسات المتخصصة بوزارة التشغيل والتضامن الوطني، خلال المقابلة التي أجريت معه في سنة 2002.

هذا إلى جانب معوقات أخرى، تعقد من التدخلات البيداغوجية والتربوية، ومن أجل مواجهة هذه الوضعية، فقد عمدت مديرية المؤسسات المتخصصة، في إطار برنامج النشاطات لسنة 2002، إلى فتح ورشات بإشراك مدراء المؤسسات المتخصصة والمتخصصين في الميدان من أجل إعداد ومعاينة للميدان، مدعمة باقتراحات تتجه نحو إصلاح الوضع.

وبعد إجراء التحقيق في الميدان من طرف مجموعات العمل التي نصبت لهذا الغرض، تم التوصل إلى الاقتراحات التالية:

- تزويد المؤسسات المتخصصة برعاية تربية وتكوين المعوقين بالوسائل التقنية والتعليمية، وبوسائل المرافقة من أجل أداء مهامها على أحسن وجه، من تكفل وإيواء وتربية وإعادة التربية، التعليم المتخصص والرعاية النفسية، والرعاية النفسية-العلاجية.
- تحويل المؤسسات المتخصصة التي لا فائدة منها في بعض المناطق، حيث أن هذه الأخيرة في حاجة إلى نوع من المؤسسات حسب نوع الإعاقة المنتشرة فيها أكثر.
- وأما فيما يخص بعض الاعتبارات الخاصة بكل نوع من الإعاقات، فقد تم اقتراح ما يلي:

بالنسبة لفئة المعوقين ذهنيا:

- فتح أقسام تحضيرية على مستوى رياض الأطفال، وذلك بإشراك الجمعيات وأولياء الأطفال المعوقين.
- تصنيف المراكز حسب شدة الإعاقة الذهنية والسن.
- إنشاء نوع جديد من المؤسسات والتي تختص في استقبال الأشخاص المعوقين ذهنيا الذين يبلغون أكثر من 18 سنة.
- إنشاء ملحقات لها، من أجل تطوير رعاية جوارية بإشراك الحركة الجمعوية.
- بالنسبة لفئة المعوقين حسيا (الصم البكم والمكفوفين):
- فتح أقسام تحضيرية على مستوى رياض الأطفال والمؤسسات المتخصصة المعنية.
- تعميم فتح الأقسام المدمجة، بعد تقييم التجربة في هذا المجال.

- إنشاء ملحقات للمؤسسات المتخصصة في رعاية هذه الفئة، من أجل تطوير رعاية جوارية، بإشراك الحركة الجمعوية.
- مراجعة التنظيم البيداغوجي للمدارس المتخصصة، وانسجام الممارسات والتدخلات والعمل على أساس المعايير البيداغوجية المحددة لها.
- التكوين البيداغوجي للمدرسين المختصين، المربين والمختصين النفسيين بالتعاون مع الجامعة، والمؤسسات المتخصصة في ذلك (وطنية ودولية).
- تدعيم دور المفتشين البيداغوجيين (التخصصية)، والمستشارين البيداغوجيين والأساتذة المطبقين.
- ضرورة تدعيم قطاع التربية، للمؤسسات المتخصصة في رعاية تربية وتكوين المعوقين بالبرامج وبالكتب المدرسية، وبالتكوين المستمر للمدرسين المختصين من أجل تجديد وتوسيع معارفهم.
- ضرورة التنسيق بين قطاع الرعاية وقطاع الصحة، وخاصة فيما يخص تدعيم هذه الأخيرة الأولى بتوفير أنواع من العلاج داخل المؤسسات المتخصصة، كالعلاج بالدلك، والفحوصات النفسية والعقلية والطب العام، وذلك يكون بفضل إعداد إطار تنظيمي بين القطاعين.

ج - الإدماج والاندماج الاجتماعيان:

إن القانون رقم 90-11 المتعلق بعلاقات العمل، يلزم المستخدمين بتخصيص مناصب عمل مكيفة للمعوقين، وذلك محاولة من الدولة لتخفيض نسبة 76 % من الأشخاص المعوقين بدون عمل.

كما تم إنشاء المؤسسة العمومية لإدماج المعوقين، في الجزائر العاصمة (EPIH) سنة 1991، وقد كلفت بتطوير الشغل للأشخاص المعوقين، من خلال إعداد الدراسات والأبحاث المتعلقة بالإدماج الاجتماعي والمهني لهم، مع البحث في كفايات تهيئة وتكييف مناصب العمل. كما كلفت كذلك باستقبال وتسويق المنتجات التي ينتجها المعوقون في إطار الجمعيات التي تنظمهم.

كما اتخذت إجراءات تحفيزية لفائدة المعوقين، من خلال إعفاء أرباب العمل وأصحاب المصانع، الذين يوظفون في الغالب أشخاصا معوقين، من الضريبة على الفائدة الصناعية والتجارية (BIC).⁽¹⁾

وقد صدر القانون 02-09 المؤرخ في 08 ماي 2002، والمتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، ليحدد أكثر، سبل وكيفيات الإدماج والاندماج الاجتماعيان لهذه الفئة الخاصة من المجتمع، حيث أكد في المادة 23 أن "يتم إدماج الأشخاص المعوقين واندماجهم، لا سيما من خلال ممارسة نشاط مهني مناسب، أو مكيف يسمح لهم بضمان استقلالية بدنية واقتصادية".⁽²⁾

وقد جاء في المادة 24 أنه "لا يجوز إقصاء أي مترشح بسبب إعاقته من مسابقة أو اختبار أو امتحان مهني يتيح الالتحاق بوظيفة عمومية أو غيرها، إذا ما أقرت اللجنة المنصوص عليها في المادة 18 أعلاه عدم تنافي إعاقته مع هذه الوظيفة".⁽³⁾

كما جاء في المادة 25 بأنه "يتم ترسيم وتثبيت العمال المعوقين ضمن نفس الشروط المطبقة على العمال الآخرين، طبقا للتشريع المعمول به".⁽⁴⁾

وأكدت المادة 26 أنه "يتعين على المستخدم إعادة تصنيف أي عامل أو موظف أصيب بإعاقة مهما كان سببها بعد فترة إعادة التدريب، من أجل تولي منصب عمل آخر لديه".⁽⁵⁾

أما المادة 27 فقد أكدت أنه "يجب على كل مستخدم أن يخصص نسبة واحد بالمائة (1 %) على الأقل من مناصب العمل للأشخاص المعوقين المعترف لهم بصفة عامل.

وعند استحالة ذلك يتعين عليه دفع اشتراك مالي تحدد قيمته عن طريق التنظيم، يرصد في حساب صندوق خاص لتمويل نشاط حماية المعوقين وترقيتهم".⁽⁶⁾

وجاء في المادة 28 أنه "يستفيد المستخدمون الذين يقومون بتهيئة وتجهيز مناصب عمل للأشخاص المعوقين بما في ذلك التجهيزات، من تدابير تحفيزية حسب الحالة، طبقا للتشريع المعمول به.

(¹)RAIS Mohamed Elhadi: **Evaluation de L'action Sociale de L'état en Faveur des Personnes Handicapées**, In, CNFPH, Op.Cit., p. 45.

(2)(3)(4)(5)(6) وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين، النصوص

التشريعية، مرجع سابق.

كما يمكن أن يتلقى المستخدمون إعانات في إطار الاتفاقيات التي تبرمها الدولة والجماعات الإقليمية وهيئات الضمان الاجتماعي".⁽¹⁾

وأخيرا فقد جاء في المادة 29 ما يلي: "من أجل ترقية وتشغيل الأشخاص المعوقين وتشجيع إدماجهم واندماجهم الاجتماعي والمهني، يمكن إنشاء أشكال تنظيم عمل مكيفة مع طبيعة إعاقاتهم ودرجتها وقدراتهم الذهنية والبدنية، لا سيما عبر الورشات المحمية ومراكز توزيع العمل فقي المنزل أو مراكز المساعدة عن طريق العمل".⁽²⁾

من خلال هذا العرض لمجمل المواد المتضمنة في القانون الأخير لحماية وترقية الأشخاص المعوقين، نستنتج بأن الدولة الجزائرية، لم تدخر جهدا (خاصة في الآونة الأخيرة) في سبيل تشجيع إدماج المعوقين اجتماعيا ومهنيا.

لكن يبقى أن نغير الذهنيات السائدة لدى أرباب العمل والمستخدمين، والرفع من مستوى وعيهم وفهمهم لواجباتهم ومسؤولياتهم اتجاه فئة هامة في المجتمع، قادرة على العمل وعلى الإنتاج، وعلى المساهمة في كل مجالات الحياة المجتمعية الاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية.^(*)

د - الحياة الاجتماعية للأشخاص المعوقين ورفاهيتهم:

لقد جاء في المادة 05 من القانون الأخير المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، بأنه "يستفيد الأشخاص المعوقون بدون دخل مساعدة اجتماعية تتمثل في التكفل بهم، أو في منحة مالية".⁽³⁾

وجاء في المادة 06 "تؤول المنحة المالية للشخص المعوق بعد وفاته إلى أبنائه القصر، وإلى أرملته غير المتزوجة، ودون دخل طبقا للنسب المنصوص عليها في التشريع المعمول به".⁽⁴⁾

(1) وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين، النصوص التشريعية، مرجع سابق.

(*) تصريح السيدة: مديرة فرعية للدعم البيداغوجي، بمديرية المؤسسات المتخصصة، بوزارة التشغيل والتضامن الوطني، خلال المقابلة التي أجراها الباحث معها في سنة 2002.

(3)(4) وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين، النصوص التشريعية، مرجع سابق.

وتضيف **المادة 07** "تمنح المساعدة الاجتماعية المنصوص عليها في المادة 05 أعلاه إلى الأشخاص المعوقين بدون دخل لا سيما:

- الأشخاص الذين تقدر نسبة عجزهم ب100 %.
- الأشخاص المصابون بأكثر من إعاقة.
- الأسر التي تتكفل بشخص واحد أو عدة أشخاص معوقين، مهما كان سنهم.
- الأشخاص ذوو العاهات والمرضى بداء عضال، الذين يبلغ سنهم ثماني عشرة سنة (18) على الأقل، والمصابون بمرض مزمن ومعجز طبقا للتعريف المنصوص عليه في المادة 02 من هذا القانون.

يجب ألا يقل مبلغ المنحة المالية الممنوحة إلى الأشخاص المعوقين بنسبة عجز تقدر 100 %، عن ثلاثة آلاف (3.000 د ج) شهريا⁽¹⁾.

أما فيما يخص تعريف المعوقين في المادة 02، من هذا القانون فقد جاء كما يلي:
"تشمل حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون، كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني إعاقة أو أكثر، وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية، نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية الحسية"⁽²⁾.

وقد جاء في **المادة 08** بأنه "يستفيد الأشخاص المعوقون، حسب الحالة من مجانية النقل أو التخفيض في تسعيرات النقل البري الداخلي، ويستفيد الأشخاص المعوقون بنسبة عجز قدرها 100 % تخفيضا في تسعيرات النقل العمومي الداخلي.

كما يستفيد بنفس التدابير المرافقون للأشخاص المعوقين المنصوص عليهم أعلاه، بمعدل مرافق واحد لكل شخص معوق. تتكفل الدولة بالتبعات الناجمة عن مجانية النقل أو التخفيض في تسعيراته"⁽³⁾.

وجاء في **المادة 09** "تخص الاستفادة من أعمال حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم الممنوحة تطبيقا لهذا القانون، الأشخاص المعوقين الحاملين لبطاقة تبين طبيعة الإعاقة

(1)(2)(3) وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين، النصوص التشريعية،

مرجع سابق.

ودرجتها، تسلمها إياهم مصالح الوزارة المعنية بناء على مقررة من لجنة طبية ولائية متخصصة منصوص عليها في المادة 10 أدناه.⁽¹⁾ (انظر الملاحق).

أما المادة 30 من نفس القانون، فقد جاء فيها التأكيد على أنه "من أجل تشجيع إدماج واندماج الأشخاص المعوقين في الحياة الاجتماعية، وتسهيل تنقلهم وتحسين ظروف معيشتهم ورفاهيتهم، تطبق تدابير من شأنها القضاء على الحواجز التي تعيق الحياة اليومية لهؤلاء الأشخاص، لا سيما في مجال:

- التقييس المعماري وتهيئة المحلات السكنية والمدرسية والجامعية والتكوينية والدينية والعلاجية والأماكن المخصصة لنشاطات الثقافية والرياضية والترفيهية.

- تسهيل الحصول على الأجهزة الاصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية التي تمكن الاستقلالية البدنية وتسهيل استبدالها.

- تسهيل الوصول إلى الأماكن العمومية.

- تسهيل استعمال وسائل النقل.

- تسهيل استعمال وسائل الاتصال والإعلام.

- تسهيل الحصول للراغبين في ذلك، على السكن الواقع في المستوى الأول من البنايات بالنسبة إلى الأشخاص المعوقين أو المكلفين بهم عند الاستفادة من مقرر منح السكن طبقا لتشريع والتنظيم المعمول بهما".⁽²⁾

وتتضمن المادة 31 أنه "بغض النظر عن الأحكام التشريعية والتنظيمية المعمول بها، يستفيد الأشخاص المعوقون الذين تقدر نسبة عجزهم ب (100 %) تخفيضا في مبلغ إيجار وشراء السكنات الاجتماعية التابعة للدولة أو الجماعات الإقليمية".⁽³⁾

وقد جاء في المادة 32 لتحديد الأولويات التي يستفيد منها الأشخاص المعوقون بحيث نقرأ ما يلي: "يستفيد الأشخاص المعوقون حاملون بطاقة معوق تحمل إشارة "أولوية" على الخصوص ما يأتي:

- حق أولوية الاستقبال على مستوى الإدارات العمومية والخاصة.

- الأماكن المخصصة في وسائل النقل العمومي.

(1)(2)(3) وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين، النصوص التشريعية، مرجع سابق.

- الإعفاء من تكاليف نقل الأجهزة الفردية للتنقل.
- تخصيص نسبة 4 % من أماكن التوقف في المواقف العمومية للشخص المعوق أو مرافقه⁽¹⁾.

من خلال قراءتنا لهذه المواد، نخلص إلى القول بأن هذا القانون الأخير والأول الذي يتعلق بحماية المعوقين وترقيتهم في الجزائر، هو جد ثري فيما يتعلق بالمزايا والمساعدات الاجتماعية الممنوحة لهذه الفئة الهشة في المجتمع، ويبقى فقط التطبيق الذي يستدعي تحلي الهيئات المعنية والسلطات المحلية والمركزية بروح المسؤولية، وكذلك تحلي المجتمع بصفة عامة بوعي اجتماعي عال، وبدوره في التكفل بهذه الشريحة كواجب لا كسلوك تضامني فحسب.

هـ - الهيئات:

- تنص المادة 33 من نفس القانون على ما يلي "ينشأ لدى الوزير المكلف بالحماية الاجتماعية مجلس وطني للأشخاص المعوقين يضم على الخصوص:
- ممثلين عن الحركة الجمعوية للأشخاص المعوقين.
 - أولياء الأطفال والمراهقين المعوقين.
- يكلف بالدراسة وإبداء الرأي في كل المسائل المتعلقة بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وإدماجهم الاجتماعي والمهني واندماجهم⁽²⁾.
- وجاء في إعادة المادة 34 "تنشأ لجنة وطنية للطعن لدى الوزارة المعنية تتشكل من سبعة (7) إلى أحد عشر (11) عضواً، وتضم:
- أطباء مختصين في مجال الإعاقة المعرفة في المادة 2 من هذا القانون.
 - ممثلين عن قطاع التربية والتكوين المهني.
 - ممثلاً واحداً عن الوزارة المكلفة بالحماية الاجتماعية.
 - ممثلاً واحداً عن أولياء التلاميذ المعوقين كملاحظ.
 - ممثلاً واحداً عن الجمعيات أو الاتحاديات أو المنظمات الممثلة لكل صنف من الإعاقة المعرفة في المادة 2 من هذا القانون، كملاحظ.

(1) وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين، النصوص التشريعية، مرجع سابق.

تكلف هذه اللجنة بالنظر في قرارات اللجان المنصوص عليها في المادتين 10 و 18 من هذا القانون والبت فيها، في مدة أقصاها ثلاثة (03) أشهر من تاريخ إيداع الطعن.⁽¹⁾ وتحدد المادة 37 "يوم 14 مارس من كل سنة، يوما وطنيا للشخص المعوق".⁽²⁾ من خلال كل ذلك، نستخلص أن الهدف من وضع هذا القانون، هو تعريف الأشخاص المعوقين وتحديد المبادئ والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم، وهذا كما جاء في المادة الأولى منه.

وقد جاء في المادة 03 "تهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى ما يأتي:

- الكشف المبكر للإعاقة والوقاية منها من مضاعفاتها.
- ضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكييف.
- ضمان الأجهزة الاصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية الضرورية لفائدة الأشخاص المعوقين، وكذا الأجهزة والوسائل المكيفة مع الإعاقة، وضمان استبدالها عن الحاجة.
- ضمان تعليم إجباري وتكوين مهني للأطفال والمراهقين المعوقين.
- ضمان إدماج الأشخاص المعوقين واندماجهم على الصعيدين الاجتماعي والمهني، لا سيما بتوفير مناصب عمل.
- ضمان الحد الأدنى من الدخل.
- توفير الشروط التي تسمح للأشخاص المعوقين بالمساهمة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية.
- توفير الشروط التي تسمح بترقية الأشخاص المعوقين وتفتح شخصيتهم، لا سيما المتصلة بالرياضة والترقية والتكيف مع المحيط.
- تشجيع الحركة الجمعوية ذات الطابع الإنساني والاجتماعي في مجال حماية المعوقين وترقيتهم.
- يجب أن تتم حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وتطوير استقلاليتهم في إطار حياة عادية".⁽³⁾

(1)(2)(3) وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين، النصوص التشريعية، مرجع سابق.

وقد جاء في **المادة 4:** "يعتبر تجسيد الأهداف المنصوص عليها في المادة 03 أعلاه التزاما وطنيا، تتظافر جهود وتدخلات الأسرة ومن ينوب عن المعوقين قانونا، والدولة والجماعات الإقليمية والمؤسسات العمومية وهيئات الضمان الاجتماعي والجمعيات والتجمعات وهيئات العمومية والخاصة، والأشخاص الطبيعيين، لتجسيد هذا الالتزام قصد ضمان الحماية للأشخاص المعوقين وترقيتهم، لا سيما الاستقلالية التي هم قادرين عليها، والاندماج الاجتماعي والمهني الملائم.

تضمن الدولة تنسيق تدخلات الجهات المعنية في هذا الميدان طبقا لهذا القانون، عبر الوزارة المكلف بالحماية الاجتماعية، وتسهر على توفير كل الوسائل والأدوات الضرورية لتجسيد الأهداف المذكورة أعلاه".⁽¹⁾

إن هذا القانون يكرس مبدأ التكفل التام بالصعوبات والمشكلات التي يعيشها الشخص المعوق في الحياة اليومية الشخصية والاجتماعية، مهما كان سنه، مهما كان جنسه، ومهما كانت طبيعة إعاقته ودرجتها ومسبباتها، ومع التأكيد على نوعية التدخلات على مستويات عدة وخاصة منها:

- التشخيص المبكر للإعاقة.
- التربية والتعليم.
- إعادة التربية الوظيفية.
- إعادة التكييف.
- التكوين المهني المكيف.
- الشغل في وسط عادي أو محمي.

إن وزارة التشغيل والتضامن الوطني، تضمن تطبيق برامج حماية وترقية الأشخاص المعوقين.

إن الهدف المحدد من ذلك هو ضمان برامج مكيفة للأشخاص المعوقين، والتي تسمح لهم بإدماجهم أو إعادة إدماجهم المهني الفعلي في وسط عادي، أو في وسط محمي، حسب طبيعة ودرجة الإعاقة والقصور.

⁽¹⁾ وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين، النصوص التشريعية، مرجع سابق.

لذلك فإن الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين، أصبح أولوية في البرنامج الحكومي.

إن الجهود المبذولة من طرف الدولة، لصالح الأشخاص المعوقين أصبحت تسمح لهم أكثر من أي وقت مضى، بالمشاركة في الحياة الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية، وحتى السياسية، من أجل التعريف بحاجاتهم ومشكلاتهم، وممارسة حقوقهم وواجباتهم.

إن أوضاع المعوقين في الجزائر تحتل مكانة بارزة ضمن العقد الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الذي بادر به رئيس الجمهورية، والذي يجعل لكل مواطن مكانا في المجتمع، لذلك فإن دور الحركة الجمعوية في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلاد لا يحتاج إلى التعريف به.

إن إشراك الحركة الجمعوية في عمليات التخطيط، التنفيذ والتقييم لسياسة تكفيلية بالأشخاص المعوقين في الجزائر، أصبح أكثر من ضرورة، إنه التزام وواجب، وخاصة من خلال التحاور، التنسيق والمتابعة.

يجب تشجيع الحركة الجمعوية، من أجل المشاركة في معركة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وفي حل المشكلات التي تعاني منها فئة المعوقين في المجتمع.

ذلك رغم ما تعاني منه تلك الجمعيات في حد ذاتها من نقائص في تنظيم وتنفيذ برامج التدخل وتقييمها، وفي أداء دورها كشريك اجتماعي ومهني.^(*)

وفيما يخص أهم الجمعيات الوطنية التي تنشط في مجال رعاية الفئات الخاصة في المجتمع الجزائري، فقد حددت الوزارة الوصية قائمة إسمية بها وبعناوينها. (انظر الملاحق).

8- المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر:

يتميز الفرد المعوق بخصائص جسمية، عقلية ونفسية واجتماعية تختلف عن خصائص الفرد العادي، الأمر الذي يتطلب ضرورة توفير الرعاية الخاصة والشاملة له، فهو في حاجة إلى رعاية متكاملة الجوانب تتوافق مع أبعاد نموه الجسمي، العقلي والنفسي، والاجتماعي.

حيث أكدت نتائج عدة دراسات وأبحاث في الميدان إمكانية تحسن الفرد المعوق بعد نقله إلى وسط أو بيئة سيكو-اجتماعية وتربوية وصحية مكيفة، مع الاهتمام به بأساليب

(*) تصريح السيد: لخلف مسعود: مدير المؤسسات المتخصصة السابق، ومدير الحركة الجمعوية، الاتصال الاجتماعي والتنشيط الإنساني، بوزارة التشغيل والتضامن الوطني، خلال المقابلة التي أجراها الباحث معه يوم: 2005.04.12.

وطرق ومناهج علمية خاصة، من شأنها أن تحسن من نموه متعدد الجوانب، بهدف الارتقاء به إلى مستوى يستطيع التكيف مع نفسه ومجتمعه والاندماج فيه اجتماعيا.

وتعتبر المؤسسات المتخصصة هي المجال المكاني الذي يوفر بيئات خاصة بمختلف أنواع المعوقين، والتي تقدم لهم عملية التكفل. هذه الأخيرة تتمثل في توفير مختلف أنواع الرعاية المتعلقة بالجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والتعليمية والمهنية. وتتضمن كذلك عملية التكفل خلق وسط اجتماعي تربوي متجانس ومتوافق مع إمكانيات الشخص المعوق وقدراته. حيث تراعى فيه مواطن العجز والقوة وميولاته واستعداداته من أجل الوصول به إلى نمو متكامل ومتوازن، يردُّ له الثقة في نفسه ويشعره بأهميته في المجتمع، مع تحقيق استقلاليته الذاتية، وذلك في الوقت المناسب وبالقدر المناسب كذلك، للحد من شدة الإعاقة والوقاية من مضاعفاتها وتعقيداتها. حيث انه كلما اشتدت الإعاقة أو تأخر زمن التكفل بها كان تأثيرها على المشاركة في الحياة الاجتماعية سلبا أوضعا، وكان أثرها في نفسية المعوق وفي نموه الاجتماعي وفي نظرة المحيطين به أعمقا وأعظم ضررا.

كما أثبتت الأبحاث والدراسات الخاصة بسلوكيات النمو والتعلم، أن إمكانيات (حظوظ) التحسن المبكر للطفل المعوق تكون أوفر كلما كان التشخيص مبكرا وعمليات الرعاية والتكفل أسرع.

هذا يعني أن عملية التكفل بما تتضمنه من أنواع الرعاية بهذه الفئات الخاصة، داخل المؤسسات المتخصصة تعمل على وتستهدف تنمية قدراتهم ومهاراتهم الجسمية ونضجهم الاجتماعي وتحسن حالاتهم الانفعالية إلى أقصى درجة تمكنهم من الخروج من دائرة عدم القدرة التامة، ومن تعويض النقص والقصور الحاصل في نمو أو وظيفة احد الأعضاء أو الحواس أو عدد منها، ومن الاستفادة الكاملة من القدرات والحواس المتبقية، وهذا ما يجعلهم يشبعون مختلف حاجاتهم ويحقق لهم التكيف الذاتي، النفسي، الاجتماعي، وبالتالي تحقيق الاستقلالية الذاتية ولو بصفة نسبية، وتحقيق الهدف العام من عملية التكفل، وهو دمج الشخص المعوق مهنيا واجتماعيا، وذلك من خلال وعيه بذاته وتواصله الاجتماعي مع الآخرين.

لقد بذلت الدولة الجزائرية جهودا معتبرة لحماية وترقية الأشخاص المعوقين، عن طريق إنشاء المؤسسات المتخصصة (يبلغ عددها حاليا أكثر من 185 م.م، يؤطرها أكثر من

3500 إطار، ويستفيد من خدماتها أكثر من 20.000 ممتعنا)، وكذا إنشاء مصالح الخدمة الاجتماعية وتكوين مختلف الإطارات والمتدخلين في الحقل الاجتماعي، التربوي، للتكفل بهذه الشريحة الهشة والهامة في نفس الوقت في المجتمع.

إلا أن الحصيلة المرجوة في مجال الإدماج الاجتماعي والتأهيل المهني للمعوقين لم تبلغ الأهداف المنشودة بسبب نقائص كبيرة مثل:

- سوء التوزيع الجغرافي لهذه المؤسسات، حيث أن إنشائها لم يخضع لأيّة دراسة سكانية مسبقة.

- تركز هذه المؤسسات في المدن الكبرى، وهذا ما يحرم أطفال المناطق النائية من الالتحاق بها.

- افتقاد هذه المؤسسات في أغلبها إلى مشاريع بيداغوجية وبرامج تكفلية واضحة المعالم وموحدة، تسمح بتوحيد النظرة حول عملية التكفل، وحول الأهداف المتوخاة من هذه الأخيرة، وهذا ما يجعل كثيرا من هذه المؤسسات تبتعد عن أهدافها.^(*)

لغرض تجاوز وتدارك هذا النقص، وتحسين المردودية البيداغوجية لهذه المؤسسات وتنمية شخصيات المعوقين، نصب السيد وزير العمل والحماية الاجتماعية لجنة كلفت بإعداد منهج تربوي تجريبي للمؤسسات المتخصصة، اعتمد بداية من الموسم 2001/2000.

- فما هي دوافع إعداد هذا المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة؟

- ما هي أهمية هذا المنهج التربوي التجريبي؟

- ما هي أهداف هذا المنهج التربوي التجريبي؟

- ما مضمون هذا المنهج التربوي التجريبي؟

- وإلى أي مدى يمكن أن يغطي النقص الفادح في البرامج التكفلية الخاصة بالمعوقين؟

وستتم الإجابة عن هذه الأسئلة من خلال تحليل المنهج التربوي التجريبي فيما يلي:

(*) تصريح السيد ابوجرة سلطاني، وزير العمل والحماية الاجتماعية خلال الكلمة الافتتاحية للملتقى الوطني حول المناهج التربوية للمعوقين الذي انعقد في 16، 17 جويلية 2000 بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسني بولاية تيبازة.

أ- دوافع إعداد المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة:

إن من أهم الدوافع لإعداد المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة هي: أن السيد وزير العمل والحماية الاجتماعية، ومن خلال زيارته المتعددة لبعض المراكز والمؤسسات المتخصصة، كان قد لمس نقصا فادحا في عمليات التكفل بفئة المعوقين، وفي تأطيرها، حيث أن ذلك لا يضمن تحقيق الأهداف. كما اشتكى الكثير من المؤطرين البيداغوجيين من نقصان برنامج أو منهاج تربوي موحد، مما يجعل المربي يجتهد كل عام لوضع برنامج خاص. وبالتالي فإن المؤسسات المتخصصة في الجزائر كانت تفتقد إلى منهج تربوي واضح المعالم محدد الأبعاد، مما جعل الاجتهادات الفردية لكل مرة تغطي على العملية التربوية، وتصبغها بصيغة المربي نفسه، ومعنى ذلك أن عدد البرامج يساوي عدد المؤطرين أنفسهم. هذه هي إذن أهم الدوافع التي شجعت إعداد المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة.

ب - أهمية المنهج التربوي التجريبي:

تتضح أهمية المنهج التربوي التجريبي، من خلال أهمية الفئات الأربع من المعوقين، وهم الموقين ذهنيا، المعوقين سمعيا، المعوقين بصريا والمعوقين حركيا، التي اهتم بها هذا المنهج، من خلال تحديد الخطوط العريضة لبرنامج التكفل الخاص بكل إعاقة. كذلك تتضح أهمية هذا المنهج من خلال أهمية مضمونه والذي يشمل الخطوط العريضة لبرنامج عملي تكفلي، موجه لمختلف أنواع الإعاقات، ابتداء من مرحلة التشخيص إلى غاية التقييم والإدماج بمختلف الطرق والوسائل. كما تكمن أهميته في انه يضمن إشارة صريحة وواضحة لأهمية إشراك الأسرة والمجتمع في عملية التكفل والإدماج الاجتماعي، وإلى أساليب الوقاية من انتشار ظاهرة الإعاقة في المجتمع. كما تكمن أهميته في انه تم إعداده والانتهاؤه منه مباشرة قبل الموسم الدراسي، وبالتالي يتمكن مختلف المتدخلين من الحصول عليه والتمعن فيه وفهمه لبداية تطبيقه في سبتمبر 2000.

إن هذا المنهج التربوي التجريبي موجه للمتدخلين والمربين العاملين داخل المؤسسات المتخصصة، وهو دون شك جهد إضافي يسمح لهم ببناء مشروع مؤسساتي يندرج ضمنه المشروع البيداغوجي والمشروع الفردي لكل طفل حسب حاجاته وقدراته وخصائص شخصيته.

ج - أهداف المنهج التربوي التجريبي:

إن الهدف السامي من إعداد المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة، هو الوصول إلى توحيد خطة العمل المعمول بها على مستوى هذه الأخيرة، ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن يعتبر بديلاً للمناهج المدرسية للمنظومة التربوية، حيث أنه مستوحى منها، ومكمل لها في الجوانب الخاصة بالإعاقة، وأهدافه هي أهداف النظام التربوي الجزائري، مع مراعاة الخصوصيات لكل إعاقة، عقلية، عضوية، نفسية، اجتماعية، لا سيما الإعاقة الذهنية التي تستوجب عناية خاصة.

كما أن هذا المنهج التربوي التجريبي، يهدف إلى توحيد الرؤى والتصورات حول المحاور الكبرى التي يتضمنها برنامج التكفل، بتنظيم فعلي لمجهودات المتدخلين. وكذلك فإن الهدف من إعداد هذا المنهج هو استثارة مختلف الإطارات والمتدخلين في مجال رعاية المعوقين للإبداء بآرائهم واقتراحاتهم حول سبل تحسين العملية التكيفية، وسبل تجاوز النقص المسجل فيها، وذلك للتمكن في النهاية من بناء منهج تربوي متكامل للتدخل داخل المؤسسات المتخصصة.

د - مضمون المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة:

يتضمن المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة ستة محاور أساسية، وتدخل ضمن كل محور جملة من العناصر الهامة، تلك المحاور الستة هي كما يلي:

I - تحديد وتشخيص الفئات المعنية:

ويتضمن هذا المحور ثلاثة عناصر أساسية هي:

1- تحديد الفئة: حيث حددت على أساس تصنيف (O.M.S) - أربع فئات للمعوقين،

وهي:

أ- الإعاقة الذهنية، ب- الإعاقة البصرية، ج- الإعاقة السمعية، د- الإعاقة الحركية.

2- التشخيص: وقد تم تعريفه بأنه الجهد المبذول بهدف تحديد شكل ودرجة الاضطرابات، وقد صنف نوعيا إلى: تشخيص نفسي، تشخيص اجتماعي، تشخيص طبي. أما من حيث أشكاله المرحلية، فهناك التشخيص المبكر، التشخيص الفارقي، التشخيص النهائي. أما من أدواته فقد تم ذكر: الطبية، المقابلات، الملاحظة، الاختبارات السيكومترية والسيكوتقنية.

وقد تم تحديد الهدف من التشخيص في معرفة الحالات المرضية من خلال الحصول على معطيات من أجل تحديد العلاج المطلوب.

3- أما العنصر الثالث ضمن هذا المحور الأول، فقد تضمن حاجات الأشخاص حاجات المعوقين، وقد تم تحديد ست حاجات أساسية وهي كما يلي: الحاجات الفيزيولوجية، الحاجات السيكولوجية، الحاجات الاجتماعية والمهنية، الحاجات المعرفية، الحاجات الترفيهية والحاجة إلى المرافقة والتوجيه.

II - أهداف التكفل:

حيث تم تحديد الهدف العام من التكفل وهو تحقيق دمج الشخص المعوق مهنيًا واجتماعيًا، وتحقيق استقلاليتة الذاتية.

أما الأهداف الخاصة فقد حددت في:

تحقيق التكيف الذاتي، تحقيق التكيف النفسي، تحقيق التكيف الاجتماعي.

III - عرض المحاور الأساسية لبرامج التكفل الخاصة بكل فئة:

قبل تفصيل البرامج تم التأكيد على المبادئ الثلاثة التالية في التدخل:

- التعامل مع الشخص المعوق كفرد وكحالة.
 - فردية التدخل (حسب خصوصيات شخصية كل معوق).
 - واقعية التدخل، أي عدم الطموح الزائد في نتائج التكفل والعلاج.
- إضافة إلى مبدأ أساسي وهو استبعاد التربية الانعزالية.

1) برنامج التكفل بالأشخاص المعوقين ذهنيًا:

ولأن فئة المعوقين ذهنيًا هي فئة جد خاصة، حيث أن الصعوبات التي يواجهها المعوق ذهنيًا تمنعه من الشعور بالذات والتفكير، وانتهاج السلوكات السوية، والقيام بجميع

الأعمال المتصلة بالحياة اليومية كباقي الأشخاص، فإن ذلك يستدعي اللجوء إلى تدخل نوعي سواء عن طريق: التكفل داخل المؤسسات، التكفل خارج المؤسسات، أو الشكّلين مع من التكفل.

تبنى البرامج البيداغوجية على أساس أن تكون المعلومات التي يتلقاها الشخص المعوق ذهنيا، ذات فائدة عملية في حياته اليومية داخل المؤسسة أو خارجها، وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

- أ- الاستقلالية الذاتية، ب- الاستقلالية الاجتماعية، ج- تحقيق وإثبات الذات، د- التنشئة الاجتماعية السوية، هـ- اعتماد سياسة التأهيل الاجتماعي، و- التدريب على التفكير والعمليات العقلية، ز- التزود بالخبرات المعرفية وبالمفاهيم الاجتماعية.
- وتتضمن عملية التكفل بالأطفال المعوقين ذهنيا المراحل التالية:
- مرحلة الفحص.

- مرحلة الملاحظة، والتي من خلال نتائجها يوجه الطفل إلى احد الأقسام التالية حسب درجة إعاقته:

- التقطين بمختلف مستوياته، الاستثارة، التكيف والتحصيل المدرسي، ما قبل التكوين المهني، ثم يسطر برنامج علاجي متكامل الجوانب يتضمن ما يلي:
- البرامج التربوية النفسية-الحركية.
- برامج تصحيح عيوب النطق والكلام.
- العلاج النفسي والطبي.
- المرافقة والتوجيه للشخص المعوق ذهنيا ولأسرته.
- مرحلة التقطين، مرحلة التكيف والتحصيل الدراسي، ما قبل التكوين المهني والتمهين، التكوين المهني والتمهين، ثم الإدماج المهني والاجتماعي.

(2) برامج التكفل بالمعوقين بصريا:

يشمل منهاج التربية للأشخاص المكفوفين مجموعة من برامج مستمدة من برامج المنظومة التربوية الجزائرية، مع تكييف طرق ووسائل تقديمها، وتتعلق برعاية من الناحية النفسية والحركية وبتكوين العادات الصحية والتربوية التي تعني بحالة المكفوف، قصد تحقيق الأهداف العملية التالية:

أ- إعادة التربية النفسية الحركية، ب- تنمية الحواس الباقية لتعويض حاسة البصر، ج- تنمية القدرة على التنقل، د- تعلم كتابة وقراءة "البراي"، ه- تحضير الشخص المكفوف للتفاعل مع المحيط الخارجي، و- اكتشاف المواهب والعناية بها عناية خاصة، ز- تنمية جانب الأشغال اليدوية والتفطينية.

ويتضمن برنامج التكفل بالأطفال المكفوفين الجوانب التالية:

التربية النفسية والحركية، تنمية الجانب العلائقي والاجتماعي، تنظيم الحياة اليومية، توضيح الوسائل والطرق البيداغوجية لتطبيق البرامج، حيث تنقسم الوسائل إلى قسمين: وسائل تربوية كالألعاب اللمسية والألعاب السمعية.

والوسائل التعليمية كلوحة "البراي" والرسوم بالخط البراز (الناتئ)، والآلات الموسيقية والكتاب بالبراي والمجسمات.

ومن أهم الطرق التعليمية المنهج الفردي قبل الجماعي، مجموعات صغيرة لا تزيد عن 10، الحوار، والابتعاد عن التجريد قدر الإمكان.

التكوين المهني للأطفال المكفوفين الذين لم يوفقوا في متابعة الدراسة، ويتضمن الفروع التالية: التدليك، الإعلام الآلي، الموزع الهاتفي، تسيير الموارد البشرية. وهناك إشارة إلى أهمية النشاطات المدرسية والفنية والترفيهية، وإلى أساليب التقييم من أجل التقويم، وهي مرتبطة بأساليب التقييم المدرسية.

(3) برامج التكفل بالمعوقين سمعياً:

تحدد الأهداف العملية للتكفل بالأطفال المعوقين سمعياً في النقاط التالية:

أ- إعادة التربية اللفظية (التنطق المبكر)، ب- الاهتمام بالجانب النفسي لفاقد السمع، ج- الإدماج المدرسي المكيف تدريجياً في الوسط العادي بالإضافة إلى مدارس صغار الصم، د- تشجيع الاتصال باستعمال كل الوسائل والطرق الممكنة، والوصول بالمعوق السمعى إلى اكتساب مهارات مهنية تتماشى والتكنولوجيا الحديثة، ه- رفع المستوى الدراسي للمعوق السمعى إلى أقصى درجة ممكنة، و- تدعيم التحصيل الدراسي.

ولتحقيق تلك الأهداف العملية، فإن برنامج التكفل بالمعوقين سمعياً يحتوي على مجموعة من النشاطات التدريبية والتعليمية، مستمدة من برامج التعليم الأساسي، تسمح للطفل

الأصم باكتساب قدرات لا بأس بها من التحصيل المدرسي والتوافق النفسي-الاجتماعي، وتتضمن هذه البرامج المحاور التالية:

التطبيق: الذي من الضروري أن يكون مبكراً، ولا يكون إلا بعد عملية التقييم الدقيق لمعرفة درجة الإعاقة ونسبة ما تبقى من السمع، ويعتبر الإيقاع الجسدي عملية أساسية في التطبيق، وكذلك قراءة الشفاه، ويشترك في هذه العملية كل من معلم التعليم المتخصص والأخصائي الارطوفوني باستخدام الأجهزة الخاصة بذلك.

التربية النفسية الحركية: لتنمية الثقة بالنفس وتقبل الإعاقة، مع الاعتماد على حصص الاسترخاء.

تنمية الجانب العلائقي والاجتماعي: وتتضمن الاتصال بالآخرين والاندماج في الجماعات.

تنظيم الحياة اليومية: تعلم النظافة وتنظيم واستعمال الأدوات اليومية. الطرق البيداغوجية في التطبيق: وخاصة ضرورة الجمع بين الطريقتين الجماعية والفردية في التطبيق، واستعمال طريقة الحوار من خلال إثارة مواقف اجتماعية من الحياة اليومية.

مرحلة التمدرس: حيث تستمد برامجها من برامج التعليم الأساسي، وتتميز باستخدام المحسوسات ووسائل الإيضاح المجسمة والصور.

الأقسام المدمجة: إضافة إلى برامج المدرسة الأساسية، تتضمن هذه المرحلة جملة من النشاطات شبه المدرسية، لتدعيم التحصيل الدراسي لدى الطفل الأصم وللترويح، منها: نشاطات يدوية، فنية، فكرية، بدنية ورياضية.

مرحلة ما قبل التكوين والتمهين: حيث أنه بالتوازي مع برنامج الدراسة، فإن المعوقين سمعياً يتلقون شبه تكوين في ورشات داخل المدارس الخاصة، وذلك في أوقات الفراغ، من بين تلك الورشات نذكر: الطرز، الرسم، الطبخ...

مرحلة التكوين المهني: حيث يوجد الأطفال المعوقين سمعياً الذين لم يوفقوا في متابعة الدراسة إلى مراكز التكوين المهني حسب قدراتهم واستعداداتهم ومؤهلاتهم.

كما أنه توجد إشارة إلى طرق التقييم، وهي مماثلة للطرق المطبقة في المدارس العادية، مع ضرورة تقييم الخطة العلاجية بمختلف جوانبها (طبية، نفسية، ارطوفونية)، من أجل التقويم.

(4) برنامج التكفل بالأشخاص المعوقين حركيا:

إن برامج التعليم الأساسي هي نفسها المتبعة مع المعوقين حركيا الذين يتمتعون بمستوى عقلي عادي، وتحاول هذه البرامج تحقيق الأهداف العلمية التالية:

- أ- الاهتمام بالجانب النفسي للمعوقين حركيا.
 - ب- إعادة التربية النفسية-الحركية عن طريق تنمية الجهاز الحسي- الحركي للعضلات وخاصة عضلات الأطراف، واكتساب ارتباطات عضلية عصبية سليمة.
 - ج- مساعدة المعوق حركيا على الاهتمام بنفسه ومحيطه.
 - د- تنمية المهارات الحركية العامة والدقيقة من خلال الأنشطة الحركية الفردية والجماعية والنشاطات الرياضية.
 - هـ- تنمية الإدراك للمفاهيم الحياتية اليومية.
 - و- تعليمهم بعض المهارات العضوية وتدريبهم على بعض المهن.
- ويتضمن برنامج التكفل بالأشخاص المعوقين حركيا المراحل التالية:
- الفحص: حيث يكون متكامل الجوانب (طبي متخصص، نفسي عيادي، بيداغوجي، ارطوفوني)، وذلك لضبط الخطة العلاجية التي تجعل المعوق حركيا أكثر استقلالية وأكثر تكيفا نفسيا واجتماعيا..

التربية النفسية: بهدف اكتساب الثقة بالنفس وتقبل الإعاقة والتفاعل مع المحيط.

التربية النفسية الحركية: لتجاوز مرحلة اللاتمايز بين الذات والمحيط وتحقيق التوازن.

ما قبل التمدرس: تضم مجموعة نشاطات تهدف إلى التقطين وتعويض النقص.

التمدرس: يعتمد على التعليم الأساسي العادي المعمول به في المدارس.

التربية الخاصة لمتعددي الإعاقة (حركية، ذهنية): حيث تشمل مختلف البرامج المتبعة مع الأطفال المتخلفين ذهنيا.

العلاج النفسي وعلاج عيوب النطق والكلام: ويتضمن أنواع من العلاج، منها:

أ- العلاج عن طريق اللعب، ب- العلاج النفسي السلوكي، ج- عن طريق الموسيقى، د- العلاج الجماعي، ه- العلاج باستخدام تقنيات تحفيزية تهدف إلى التخلص من الاضطرابات والتوتر أثناء الكلام.

العلاج عن طريق التدريب الحركي والتدليك: باستخدام أجهزة التدريب الحركي والعلاج عن طريق الاسترخاء العضلي، عن طريق الماء، وعن طريق الدلك.

نشاطات الدعم البيداغوجي والترويح: يتضمن نشاطات فكرية، يدوية، نشاطات فنية، ألعاب، رياضية...

مرحلة ما قبل التكوين المهني: حيث يتلقى الأطفال المعوقين حركيا وبالتوازي مع برامج الدراسة والعلاج، شبه تكوين في ورشات داخل المدارس الخاصة، وذلك في أوقات الفراغ، ومن بين الورشات نذكر: الطرز، الرسم، النقش على الخشب... الخ، وبعض الورشات حسب مستوى التحصيل، حيث يتطلب مستوى جيد كالإعلام الآلي وتصلح الأجهزة الالكترونية.

مرحلة التكوين المهني: حيث يوجه الأطفال المعوقين حركيا، الذين لم يوفقوا في متابعة الدراسة إلى مراكز التكوين المهني، نحو مختلف التخصصات حسب قدراتهم واستعداداتهم ومؤهلاتهم المعرفية، قصد الحصول على شهادات مهنية مؤهلة مثل: شهادة الكفاءة المهنية درجة 1، درجة 2، شهادة تقني سامي في مختلف التخصصات، على سبيل المثال: تسيير الموارد البشرية، الرسم المعماري، إعلام آلي، محاسبة.

كما أن هناك إشارة إلى أساليب التقييم الذي ينبغي أن يكون شاملا ومتكاملا (معرفيا- حركيا- نفسيا ولغويا)، من أجل إتمام الخطة العلاجية أو تعديلها، وتتمثل أساليب التقييم في ما يلي:

التمارين اليومية، سلم الاستعدادات والقدرات، شبكة التحصيل للاختبارات الفصلية.

IV- الوسائل الإضافية:

حيث أن الوسائل والتقنيات التربوية المعتمدة من قبل الفرقة البيداغوجية للقيام بمهامها التربوية والعلاجية، قد لا تكون كافية، ولذلك يجب استعمال وسائل إضافية مكمل للوسائل الأولى ومنبثقة من واقع الطفل المعاش، ومن المحيط الذي يعيش فيه.

ويستهدف من هذا التوجيه فتح مجال الابتكار وتشجيع المبادرات الشخصية للمربي.

V - مكانة الأسرة في عملية التكفل:

إن عملية التكفل داخل المؤسسات المتخصصة، تأتي لتكمل دورا سابقا عنها هو دور الأسرة، فالمؤسسة المتخصصة لا تعوض الأسرة ولا المحيط الاجتماعي.

فالأسرة تعد تركيبة أساسية في عمليات التربية، حيث تحتل مكانة مهمة في عملية الإدماج الاجتماعي، وعلى هذا الأساس، فمن الضروري إشراكها بطريقة نشطة وإيجابية في برنامج التكفل والعمل على تحسيسها بأهمية دورها.

إن المشاركة الأسرية تتضح من خلال المراحل التالية:

- إبرام عقد معنوي بين الأسرة والمؤسسة المتخصصة.
- تحسيس الأولياء بضرورة المساهمة الفعالة في عملية التكفل ومواصلته بالمنزل.
- تقديم معالم التشخيص بصورة واضحة وبحذر كبير.

وتعتبر هذه المرحلة حاسمة بالنسبة للعلاقة الوالدية في التقبل والاعتراف المعلن والمبكر بإعاقة الطفل، كما تساهم الأسرة كشريك تربوي في بناء المشروع الفردي للتكفل.

تقديم برنامج التكفل للأسرة: من أجل الحصول على تكفل نوعي للطفل المعوق وضمان متابعة أسرية له، يجب إشراك الأسرة في كل مراحل المشروع التربوي.

تشارك الأسرة كذلك في اختيار الطرق والوسائل البيداغوجية المناسبة لطفلها، فمن حقها معرفة الأهداف المتوخاة من عمليات التربية وإعادة التربية، وإبلاغها بشكل مستمر في كل مراحل التكفل مع التركيز على مكتسبات الطفل وتحصيلاته قصد تدعيمها وتشجيعها.

إشراك الأسرة في عملية التقييم، تتم عملية التقييم بإشراك جميع الأطراف المعنية بالتكفل بحضور الأسرة قصد الإطلاع على مواطن القوة والضعف، ورسم الأهداف المستقبلية من أجل تصحيح وتعديل وتدعيم الأهداف المسطرة، ويكون هذا دوريا مستمرا.

ومن خلال كل ذلك يعاد الاعتبار لدور الأسرة في عملية التكفل الذي يختلف من أسرة إلى أخرى حسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والنفسية.

وللوصول إلى فعالية هذا الدور، يجب تنظيم حصص الإرشاد الوالدي في المؤسسة أو في المحيط الأسري.

أما في حالات الأسر المتأثرة نفسيا من شدة إعاقة طفلها، يجب اللجوء إلى العلاج النفسي، قبل إشراك الأسرة في المشروع التربوي.

مع الملاحظة أن دور الأسرة في الكشف والإعلان المبكر عن وجود معوق من بين أفرادها عملية على المؤسسات المتخصصة تحقيق أهدافها المسطرة، وهي مسؤولية يتحملها المجتمع كله.

VI - مكانة ودور المجتمع:

رغم المجهودات المبذولة من قبل الهيئات المعنية، في الإدماج الاجتماعي والمهني للأشخاص المعوقين إلا أن فعالية ذلك لا تتحقق إلا بتقبل المجتمع ككل لمبادئ حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، وبالتالي الاعتراف بحقوقهم الأساسية كاملة، وذلك ما يؤدي إلى إدماجهم في الحياة المهنية والاجتماعية.

يعبر عن المجهودات التحسيسية والإعلامية تجاه المجتمع بجملة إجراءات، وطرق ووسائل، يمكن تلخيصها كمايلي:

تلعب المؤسسات المتخصصة دورا أساسيا في إعلام وتحسيس المجتمع بمختلف شرائحه من خلال وسائل الاتصال المختلفة من أجل نشر معلومات حول المعوقين، حقوقهم، سبل التكفل بهم وإدماجهم الاجتماعي، وسبل الوقاية من انتشار الإعاقة في المجتمع. تنظم المؤسسات المتخصصة أياما إعلامية وتحسيسية وأبوابا مفتوحة لصالح مستخدمي القطاع، الأسر، الحركة الجمعوية والجماهير.

يجب إعداد ونشر مجموعة من المطبوعات المختصة في مجال الإعاقة، بغية إعلام المعوق وأسرته ومختلف شرائح المجتمع بضرورة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع وبالإدماج الاجتماعي لها.

يجب ربط المؤسسات المتخصصة بمختلف المؤسسات الاجتماعية (المدرسة، دور الشباب، مراكز التكوين المهني، الجمعيات...).

تشارك المراكز الوطنية للتكوين المتخصص للقطاع، في عملية الإعلام والتحسيس من خلال تنظيم ملتقيات وطنية ودولية، ندوات علمية، أياما دراسية، تجمع المهنيين والمهتمين بقضية المعوقين.

ضرورة إشراك مختلف القطاعات (الصحية، التربوية، التكوين المهني، الجمعيات، المؤسسات الخاصة والعامة...) في إعداد وتطبيق البرامج الوقائية وبرامج الإدماج المهني والاجتماعي.

ضرورة تشجيع الأبحاث والدراسات المتعلقة بظاهرة الإعاقة في المجتمع، عواملها، انعكاساتها وسبل الوقاية منها، وذلك بالتعاون مع مراكز البحث والجامعات والمنظمات الإقليمية والدولية العاملة في هذا المجال.

إن من الضرورة بمكان تعبئة وسائل الإعلام بمختلف أنواعها (مسموعة، مكتوبة ومرئية) من أجل تحسيس المجتمع بمشكلات المعوقين، وبضرورة الاهتمام بقدراتهم الظاهرة والكامنة، التي يمكن أن تستثمر وتشغل في سبيل إدماجهم مهنيا واجتماعيا.

ومن خلال كل ذلك يتبين الدور الأساسي للمجتمع في الوقاية وفي الإدماج المهني والاجتماعي للمعوقين، ذلك الدور الذي يتعين على المؤسسات المتخصصة والمراكز الوطنية للتكوين المتخصص دعمه والتأكيد عليه.

VII - الوقاية:

أثبتت الأبحاث والدراسات الخاصة بسلوكولوجية النمو والتعليم، أن إمكانية التحسن المبكر للطفل المعوق تكون أوفر كلما كان التشخيص مبكرا وتدخل الفرقة المكلفة بالعمل التربوي أسرع.

إضافة إلى الإجراءات الوقائية الخاصة التي يتم القيام بها قبل الزواج وأثناء فترة الحمل وأثناء الولادة وبعدها مباشرة، هناك إجراءات أخرى وهي ضرورية يتم القيام بها قبل التمدرس على مستوى حدائق ورياض الأطفال وأثناء التمدرس، على شكل فحوصات طبية ونفسية، تقوم بها الفرقة المتعددة التخصصات التابعة للصحة المدرسية، وعلى شكل مختلف التدخلات التي يمكن أن تلخص في النقاط التالية:

- التلقيح أو التطعيم بانتظام وحسب الطرق العلمية المعروفة.
- المراقبة والمتابعة للأطفال المصابين باضطرابات نفسية أو وظيفية.
- إعادة التربية اللفظية لذوي عاهات النطق والكلام.

تتضمن البرامج الوقائية المراحل التالية:

- تشخيص الإعاقة عند الولادة.
- تشخيص الإعاقة في الأشهر الأولى بعد الولادة.
- تشخيص الإعاقة الناتجة عن تأخر يطرأ على نمو الطفل عموما.

تتمثل هذه البرامج الوقائية فيمايلي:

- توجيه الشخص المعوق إلى المصالح الطبية النفسية المختصة.
- التكفل به داخل المؤسسات المختصة عن طريق وصف علاج خاص يتمثل في إعادة التربية النفسية، الحركية، بغية الحد من التوتر أو القصور أو منع تعقد الإعاقة وتطورها وربما إنتاجها إعاقات أخرى.

هـ- مدى كفاية المنهج التربوي التجريبي:

إن هذه الوثيقة تمثل الخطوط العريضة، لبرنامج شامل اعد كقاعدة عمل بالنسبة للفرقة البيداغوجية داخل المؤسسات المتخصصة.

لاشك أنها سوف تساهم في بناء المشاريع المؤسساتية وتكيف برامج التربية الخاصة المعدة للتكفل الحسن بالطفل المعوق.

كما هو ضروري للإشارة أن مثل هذه الخطوط تبقى بحاجة إلى المتابعة والتقييم المناسب بهدف إعطاء التصورات الجديدة للمناهج التربوية المتعلقة بالمؤسسات المتخصصة.

لهذا الغرض، تبقى هذه الوثيقة قابلة لكل إثراء يبني على ملاحظات رجال الميدان ويصب في عمق المشروع المؤسساتي والبيداغوجي الذي يخدم الأهداف الأساسية للحماية الاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة والتنمية الاجتماعية للمجتمع كله.

إن نجاح تطبيق هذه الوثيقة يتوقف على القدرة الإبداعية للمربين، وكذا توفير الوسائل والإمكانيات اللازمة لذلك، مع التأكيد على المشاركة في دورات تحسين المستوى المنظمة دوريا من قبل المراكز الوطنية للتكوين المتخصص يدعمها تدخل المفتشين البيداغوجيين.

خلاصة الفصل:

لقد اتضح لنا من خلال الأفكار التي تسلسلت في هذا الفصل، بأن شخصية الفرد المعوق هي بناء يتكون من أجزاء متكاملة، تتمثل في الجانب البيولوجي، الجانب العقلي، الجانب النفسي والجانب الاجتماعي، وهي تتأثر ببعضها البعض، وتتفاعل فيما بينها لتخلق شخصية ذات سمات خاصة، حيث أن أي خلل يصيب أي جانب منها يؤثر على الأخرى بالسلب.

ذلك ما جعل من الشخص المعوق يتصف بصفات نفسية واجتماعية، تجعله يختلف عن الأشخاص غير المعوقين. تلك السمات تعتبر حصيلة التفاعل بين العوامل الفطرية والوراثية، والعوامل البيئية الاجتماعية الخارجية، من عوامل البيئة الأسرية وعوامل البيئة المدرسية وعوامل البيئة المجتمعية، بكل ما تحمله من قيم ومعاني وأفكار حول الإعاقة والمعوق والرعاية والوقاية. كل هذا جعل لهؤلاء الأشخاص المعوقين حاجات خاصة تتطلب رعاية خاصة متعددة الأبعاد والخدمات، تمس جميع جوانب شخصياتهم.

إن عدم التمكن من إشباع مختلف تلك الحاجات الخاصة، يخلق لدى المعوقين، مشكلات خاصة تستدعي تدخل متعدد التخصصات، من أجل تمكينهم من تجاوز مشكلاتهم والتخلص منها، ومن سوء التكيف الذاتي، النفسي والاجتماعي الذي يعانون منه، وليس الاعتماد على الغير، من أجل التمكن في الأخير من إدماجهم اجتماعيا، وتحقيق استقلاليتهم الذاتية، وتمكينهم من الاعتماد على أنفسهم ورعاية أنفسهم بأنفسهم.

وتتمثل أبعاد خدمات الرعاية الضرورية للأشخاص المعوقين في خدمات الرعاية الصحية، خدمات الرعاية النفسية، خدمات الرعاية الاجتماعية، وخدمات الرعاية التأهيلية والمهنية.

وفيما يخص الخدمة الاجتماعية، فإنها تفيد ذلك بطرقها الثلاثة، خدمة الفرد، خدمة الجماعة وتنظيم مجتمع المعوقين ومجتمع مؤسسات الرعاية والمجتمع العام، وبمناهجها الثلاثة: الإنمائية، العلاجية والوقائية.

وقد تطور التشريع الجزائري لفائدة الأشخاص المعوقين من عدم الاهتمام التام، نتيجة للاهتمام بعد الاستقلال مباشرة بإصلاح البيت الذي دمره المستعمر الفرنسي، إلى الاندماج في النظرة العالمية الجديدة لرعاية المعوقين وتأهيلهم، ضمن مبادئ الديمقراطية وحقوق

الإنسان، من كرامة وعدم التمييز، وضمان الحرية والحقوق الأولية من رعاية تربوية ورعاية مهنية وتشغيل، وقاية من الإعاقة، وتنظيم للسياسة التكفلية العامة للأشخاص المعوقين الذين كان عددهم يفوق المليون والنصف المليون في سنة 1998م، وهو يقارب الآن الثلاثة ملايين.

الفصل

الرابع

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل من الدراسة، تبويب وتحليل وتفسير البيانات المجمعة من الميدان، والخاصة بالتاريخ المرضي، التاريخ الدراسي والمهني للمعوقين المتربصين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي بولاية تيبازة، حيث تعتبر هذه البيانات نتيجة الأسئلة المتضمنة في استمارة الاستبيان الموجهة لهم، والتي تدخل ضمن المحور الأول والذي عنون ب: **بيانات عامة عن المعوق، إعاقته وأسرته.**

كما يتضمن هذا الفصل تبويب وتحليل وتفسير البيانات المجمعة من الميدان، والخاصة بالفرضية الفرعية الأولى، والتي مفادها: **طبيعة خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تتمثل في:**

- خدمات الرعاية الصحية الطبية.

- خدمات الرعاية النفسية.

- خدمات الرعاية الاجتماعية.

- خدمات الرعاية التكوينية والمهنية.

كما يتضمن هذا الفصل، تبويب وتحليل وتفسير البيانات المجمعة من الميدان، والخاصة بالفرضية الفرعية الثانية والتي مفادها: **خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة تؤدي إلى إشباع حاجاتهم.**

حيث يندرج تحت هذه الفرضية الفرعية الثانية أربعة مؤشرات، تمثل مختلف الحاجات المحددة ضمن أبعاد المشكلة، بحيث أن كل مؤشر تم تحليله، وطرحته حوله مجموعة من الأسئلة على كل من المعوقين والمؤطرين أفراد مجتمعي الدراسة، وبالإجابة على تلك الأسئلة يتمكن الباحث من معرفة مدى صحة أو خطأ المؤشرات، وبالتالي معرفة صحة أو خطأ الفرضية.

لذلك فقد خصص لبعض الأسئلة جداولاً بسيطة ولللبعض الآخر جداولاً مركبة من متغيرين، وذلك للارتباط بين الأسئلة.

لكل ذلك فإن هذا الفصل يتضمن تحليل النتائج المتضمنة في الجداول التي أرقامها من

06 إلى 47 وتفسيرها للوصول إلى استنتاجات جزئية من كل جدول، مع الحرص الشديد

على الارتباط بين الجداول، وبين النتائج الميدانية وما جاء في الفصول النظرية من الدراسة، ومقارنة بعض الجداول من أجل الوصول إلى استنتاجات علمية.

كما أن هناك من الجداول من لم يحسب فيها المجموع، وعوّض بحساب المتوسط الحسابي. وذلك يرجع إلى أن هذه الجداول تتضمن احتمالات، ما يهمنا فيها هو عدد مرات تكرارها، وليس مجموع إجابات المبحوثين عن كل الاحتمالات، حيث أنه تركت الحرية للمبحوثين للإجابة على أكثر من احتمال.

ونلاحظ بأنه تم الربط بين فرضيتين في محور واحد في الاستمارة، وهو: **خدمات الرعاية بالمركز وإشباع حاجات المعوقين**، وذلك للحاجة والضرورة العلمية، حيث لا يمكن أن تفصل بين الخدمة وإشباع الحاجة.

1- التاريخ المرضي، الدراسي والمهني للمعوقين:

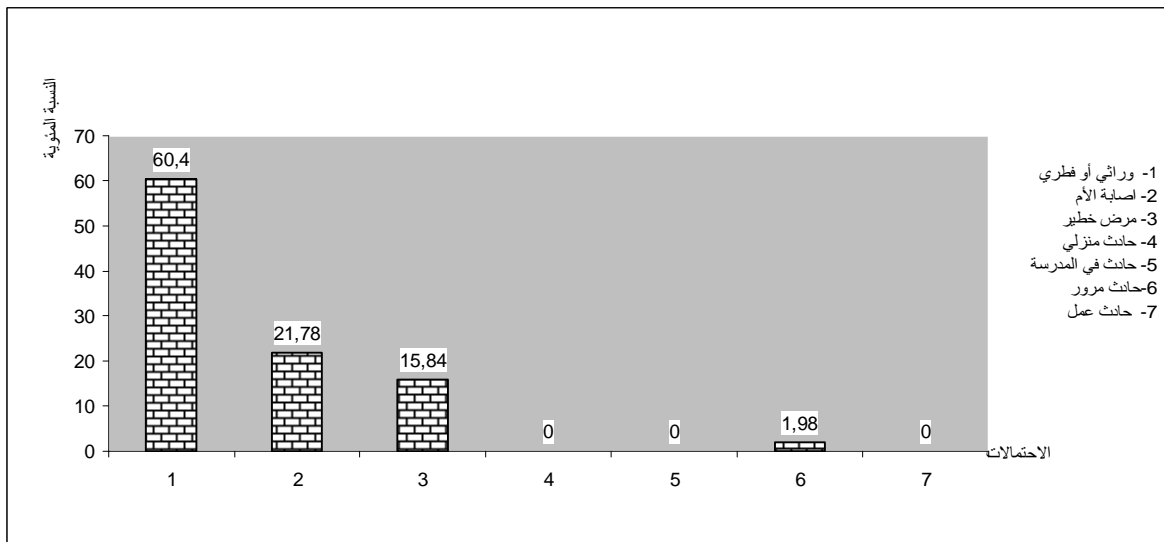
أ- التاريخ المرضي للمعوقين ودور الأسرة في رعايتهم:

جدول رقم (06)، يوضح توزيع المعوقين المتربصين

بالمركز ميدان الدراسة حسب سبب الإصابة بالإعاقة

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
سبب وراثي أو فطري	61	% 60.40
إصابة الأم أثناء الحمل	22	% 21.78
مرض خطير في مرحلة الطفولة المبكرة	16	% 15.84
حادث منزلي	-	-
حادث في المدرسة	-	-
حادث مرور	02	% 01.98
حادث عمل	-	-
المجموع	101	% 100

شكل رقم (07): سبب الإصابة بالإعاقة



تتعدد أسباب الإصابة بالإعاقة، فمنها ما هو وراثي، ومنها ما هو فطري (خلقي)، ومنها ما هو مكتسب في مختلف مراحل الحياة منذ الولادة إلى الممات (ارجع إلى الفصل الثالث).

ومهما تعددت الأسباب أو اختلفت فالنتيجة هي واحدة، وهي الإعاقة، باختلاف أصنافها ودرجاتها.

لكن تختلف الانعكاسات البيولوجية، العقلية، النفسية والاجتماعية للإعاقة على شخصية الفرد المعاق، حسب السبب وفترة الإصابة بالإعاقة.

فالفرد الذي يلد بإعاقة لا يتأثر نفسيا كالفرد الذي يكتسبها في مراحل حياته المختلفة، وخاصة إذا كانت متأخرة (ارجع إلى الفصل الثالث).

ويتضح من النتائج المتضمنة في الجدول بأن نسبة كبيرة تقدر ب 60.40 %، من المعوقين المبحوثين كان السبب في إصابتهم بالإعاقة وراثيا أو فطريا، وذلك يمكن أن يرجع إلى زواج الأقارب، أو إلى عدم توافق فصيلة الدم لكلا الوالدين.

أما من كان السبب في إصابتهم بالإعاقة يتمثل في إصابة الأم أثناء الحمل، فقد قدرت نسبتهم ب 21.78 % من المعوقين المبحوثين، ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم تلقي الأم الرعاية الصحية الوقائية الضرورية، لحفظ سلامة الجنين.

في حين نجد بأن نسبة ضئيلة تقدر ب 15.84 % من المعوقين المبحوثين كان السبب في إصابتهم بالإعاقة هو مرض خطير أصيبوا به في مرحلة الطفولة المبكرة.

ولا نجد من المعوقين المبحوثين من أصيب بإعاقة بسبب حادث منزلي، رغم أننا نعلم بانتشار مثل هذه الحوادث في الأسر الجزائرية، نظرا لنقص الوعي حول هذا النوع من الحوادث وكيفية الوقاية منها.

كما أن نسبة ضئيلة قدرت ب 01.98 % من مجموع أفراد مجتمع الدراسة كان السبب في إصابتهم بإعاقة هو حادث مرور، وهذا لا يعني بأن هذه الأخيرة هي قليلة في بلادنا، ونحن نعلم بأن العكس هو السائد.

في حين لا نجد من المعوقين من كان السبب في إصابتهم بإعاقة هو حادث عمل، أو حادث مدرسي، وذلك يرجع إلى عدم ممارسة عمل من قبل من طرف أغلبهم (انظر: الجدول رقم 14).

وعليه، نستنتج بأن أغلب المعوقين المبحوثين بالمركز ميدان الدراسة، كان السبب في إصابتهم بالإعاقة هو وراثي أو فطري.

وهذا ما يدفع بنا للقول بضرورة توفير وسائل الوقاية للأمومة والطفولة والتخطيط لذلك جيداً، على عدة مستويات، وخاصة على مستوى الإعلام والتوعية الصحية للأم قبل وأثناء الحمل، وعند الولادة يجب توفير وسائل النظافة والصحة للوليد في مراكز الأمومة والطفولة.

جدول رقم (07)، يوضح وقت اكتشاف الإصابة بالإعاقة لدى المتربصين بالمركز ميدان الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	اكتشاف الإصابة بالإعاقة
67.33 %	68	مباشرة عند الإصابة
19.80 %	20	بعد فترة قصيرة
10.89 %	11	بعد فترة متوسطة
01.98 %	02	بعد فترة طويلة
100 %	101	المجموع

كلما كان اكتشاف الإعاقة مبكراً، كلما كانت حظوظ العلاج أوفراً، وكلما سهلت عملية التدخل، حيث أن الإعاقة تكون في مراحلها الأولى. وكلما طال الأمر وتأخر اكتشاف الإصابة بالإعاقة، كلما تضاعفت هذه الأخيرة، واشتدت انعكاساتها البيولوجية، العقلية، النفسية، الاجتماعية السلبية على شخصية المصاب بها، وهذا ما يصعب من عملية التدخل التشخيصي والعلاجي، وما يعقد من عملية التكفل والرعاية والإدماج الاجتماعي للشخص المعاق (انظر: الفصل الثالث).

ويتضح من خلال النتائج المتضمنة في الجدول أعلاه، بأن نسبة كبيرة تقدر ب 67.33 % من مجموع المعوقين المبحوثين، قد صرّحوا بأن اكتشاف إصابتهم بالإعاقة كان مبكراً، (مباشرة عند الإصابة).

أما نسبة متوسطة تقدر ب 19.80 %، من المتربصين أجابوا بأن ذلك كان بعد فترة قصيرة. في حين نجد بأن نسبة قليلة من المعوقين تقدر ب 10.89 %، صرّحوا بأن اكتشاف إصابتهم بالإعاقة كان بعد فترة متوسطة.

وأخيرا فإن نسبة جد ضئيلة تقدر ب 01.98 %، أي ما يمثل فردين من بين مجموع أفراد مجتمع الدراسة، أكدا بأن اكتشاف إصابتهم بالإعاقة كان متأخرا. (بعد فترة طويلة).

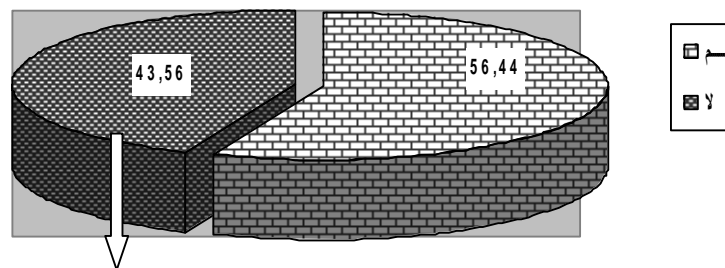
ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم وضوح أعراض الإعاقة عليهما منذ الإصابة بها، أو إلى عدم فعالية التشخيص التي تمت معهما.

ومن خلال هذه النتائج، نستنتج بأن تشخيص واكتشاف الإعاقة لدى المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة، كان على العموم مبكرا، (منذ الإصابة بها)، وهذا ما يحدّ من المضاعفات والانعكاسات السلبية على شخصياتهم.

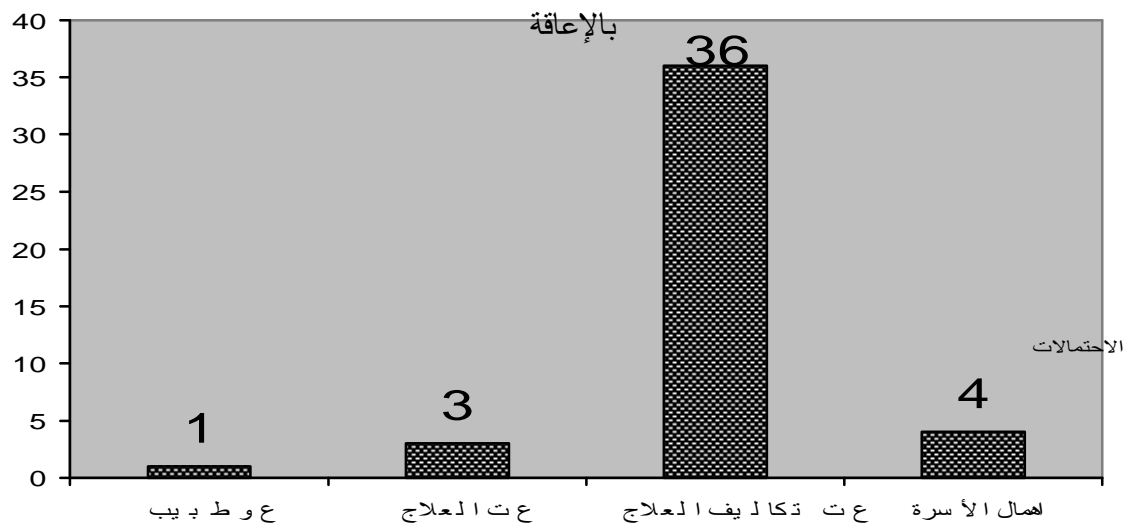
جدول رقم (08)، يوضح مباشرة أسر المعوقين بعلاجهم منذ اكتشاف الإصابة بالإعاقة

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
عدم وجود طبيب	01	% 0.99
عدم توفر العلاج	03	% 02.97
عدم توفر تكاليف العلاج	36	% 35.64
إهمال الأسرة	04	% 03.96
المجموع	44	% 43.56
نعم	57	% 56.44
المجموع الكلي	101	% 100

شكل رقم (08): مباشرة أسر المعوقين بعلاجهم منذ اكتشاف الإصابة بالإعاقة



شكل رقم (09): أسباب عدم مباشرة أسر المعوقين بعلاجهم منذ اكتشاف الإصابة



كلما كان التدخل لعلاج الإعاقة مبكراً، كلما زادت احتمالات الشفاء والتحسين، أو على الأقل الحد من تضاعفاتها البيولوجية وانعكاساتها السلبية على نفسية الشخص المعوق، وعلى نموه الاجتماعي، وكلما كانت عملية العلاج أسرع، ولا تتطلب موارد علاجية مادية وبشرية كثيرة (انظر: المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة في الجزائر، في الفصل الثالث).

ويقف وقت التدخل على مدى توفر أسرة المعوق على الموارد المالية الكافية، وعلى مدى وعيها بضرورة الإسراع بالعلاج وعدم التأخر في ذلك، وعلى مدى إحساسها بمسؤولياتها ودورها اتجاه ابنها، في التكفل الطبي والنفسي به.

ويتضح من خلال البيانات الإحصائية، بأن نسبة كبيرة من المعوقين المبحوثين، تقدر بـ 56.44 %، تم التدخل بعلاجهم من الإعاقة مبكراً. (مباشرة بعد اكتشاف الإصابة بالإعاقة).

أما نسبة متوسطة تقدر بـ 43.56 %، من أفراد مجتمع المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، صرّحوا بأن أسرهم لم تباشر بعلاجهم من الإعاقة منذ اكتشاف الإصابة بها، وهم يتوزعون حسب أسباب ذلك، كما يأتي:

0.99 % من المعوقين (فرداً واحداً)، صرّح بأن تأخر المباشرة بعلاجه من طرف أسرته يرجع إلى عدم وجود طبيب، وهذا ما يؤكد نقص المختصين من الأطباء في مجال الإعاقة، خاصة في المدن الصغيرة أو المناطق المعزولة.

2.97 % من المعوقين، أكدوا بأن أسرهم لم تباشر بعلاجهم عند اكتشاف الإصابة بالإعاقة بسبب عدم توفر العلاج، حيث أننا نعلم بأن الجزائر مرت بفترات أين حدثت أزمات في توفير الدواء على مستوى الصيدليات، وخاصة في فترة عدم حرية الاقتصاد والسوق.

35.64 % من المعوقين المبحوثين، أرجعوا تأخر أسرهم في مباشرة علاجهم إلى عدم توفر تكاليف العلاج، خاصة ونحن نعلم بغلاء أسعار الأدوية، وبالحالة الميسورة للأسر الجزائرية في ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تمر بها الجزائر.

أما من أرجعوا عدم مباشرة أسرهم بعلاجهم منذ اكتشاف الإصابة بالإعاقة إلى إهمال هذه الأخيرة، فنسبتهم ضئيلة، وهي تقدر بـ 03.96 %. وهذا ما يؤكد النتائج المتضمنة في

الجدول رقم 11، والتي أجاب فيها المعوقون وبنسبة (01.98 %) بأن أسرهم غير واعية بدورها في التكفل بهم أو لا يدرون.

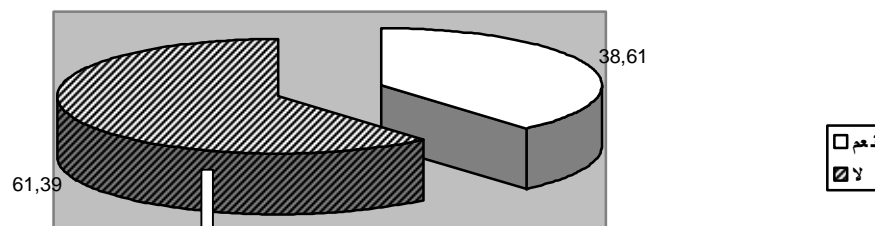
لذلك تتضح أهمية الإعلام والتوعية للأسرة في سبيل رفع مستوى وعيها وإحساسها بالمسؤولية اتجاه أبنائها المعوقين.

ونستنتج من خلال نتائج الجدول، بأن المعوقين في المركز ميدان الدراسة بنسبة متوسطة، لم تتم مباشرة علاجهم من الإعاقة منذ اكتشاف إصابتهم بها. وذلك يرجع أساساً لغلاء تكاليف العلاج، وهذا ما يدعو بنا إلى القول بضرورة تعميم مجانية العلاج بالنسبة لكل المعوقين مهما كانت درجة إعاقتهم.

جدول رقم (09)، يوضح تواجد بين أقارب المبحوثين من المتربصين أفرادا معوقين، نوع القرابة ونوع الإعاقة.

نوع الإعاقة		إعاقة حركية		إعاقة بصرية		إعاقة سمعية		إعاقة ذهنية		المجموع	
تواجد فرد معوق ونوع القرابة		ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	الأجداد من الأب	-	-	-	-	07	06.93	06	05.94	13	12.87
	الأجداد من الأم	-	-	02	01.98	05	04.95	03	02.97	10	09.90
	الأخوال	05	04.95	-	-	04	03.96	03	02.97	12	11.88
	الأعمام	02	01.98	-	-	01	00.99	01	00.99	04	03.96
المجموع		07	06.93	02	01.98	17	16.83	13	12.87	39	38.61
لا										62	61.39
المجموع الكلي										101	100

شكل رقم (10): تواجد بين أقارب المتربصين أفرادا معوقين



شكل رقم (11): نوع القرابة ونوع الإعاقة



تعتبر العوامل الوراثية من الأسباب التي تنتج عنها الإعاقة، وتتمثل في حالة انتقال الصفة من جيل إلى جيل آخر، أي من الأب إلى الأبناء عبر الجينات الموجودة على الكروموزومات في الخلايا. فإن كانت هناك صفة وهي غير ظاهرة (متنحية) فقد تظهر عند أحد الأبناء، وهذا راجع إلى المورثات، أي أن هذه الصفة موجودة في أحد الأجداد وغير موجودة عند الأبوين، ولكنها يمكن أن تظهر عند الأبناء (ارجع إلى أسباب الإصابة بالإعاقة في الفصل الثالث).

والنتائج المتضمنة في الجدول أعلاه، توضح بأن العامل الوراثي، يعتبر من العوامل الأكثر تسببا في الإصابة بالإعاقة، حيث أن نسبة معتبرة تقدر بـ 38.61 % من أفراد مجتمع الدراسة يتواجد بين أقاربهم فردا معوقا، وهي تنقسم حسب درجة القرابة ونوع الإعاقة كما يلي:

نسبة 12.87 % منهم لهم قريب من أجداد الأب معوق، وهي تنقسم بين معوق بصريا، ذهنيا، أو سمعيا.

نسبة 09.90 % منهم لهم قريب من أجداد الأم معوق، وهي تنقسم بين معوق بصريا، ذهنيا، أو سمعيا.

نسبة 03.96 % منهم لهم قريب من الأعمام معوق، وهي تنقسم بين معوق حركيا، ذهنيا، أو سمعيا.

نسبة 11.88 % منهم لهم قريب من الأخوال معوق، وهي تنقسم بين معوق حركيا، ذهنيا، أو سمعيا كذلك.

ويمكن تفسير هذه النتائج بأن الوراثة تنتقل كثيرا من جانب الأم، وهي تنتقل أكثر في نوعين من الإعاقات، وهي الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية، نظرا لتوفر المسببات، وانتقال المورثات أكثر في هذين النوعين من الإعاقات.

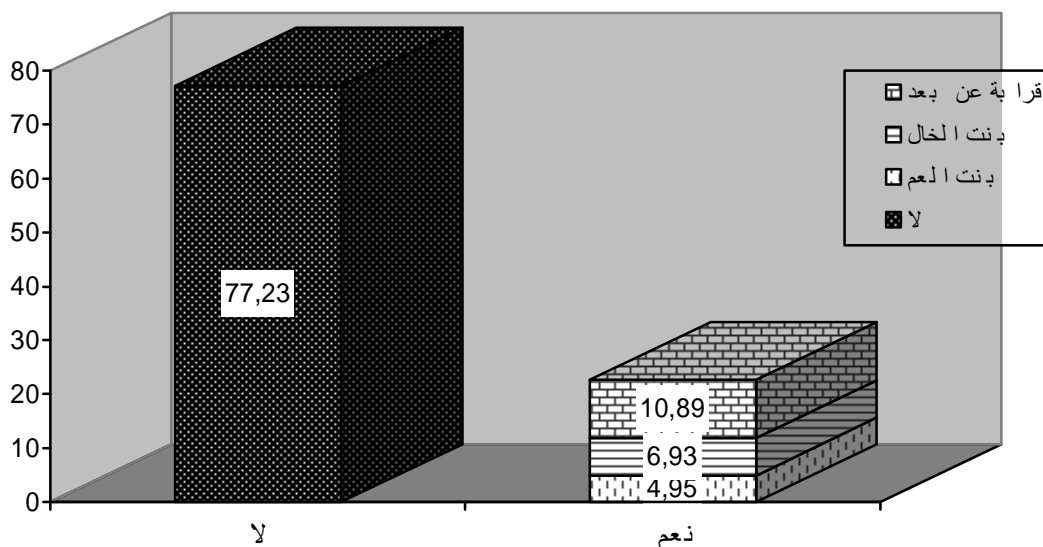
ونستنتج من هذا الجدول بأن العامل الوراثي في الجزائر يلعب دورا كبيرا في انتقال الإعاقة من جيل إلى جيل آخر، وذلك لا يرجع إلى خصوصية فزيولوجية أو بيولوجية للفرد الجزائري، وإنما يرجع إلى أن العوامل البيئية المتسببة في الإعاقة (إصابة الأم أثناء الحمل، الرعاية الصحية لها وللوليد وللأطفال)، التي تتفاعل مع العوامل الوراثية والفطرية، تكثر في بلادنا، نظرا للظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمع الجزائري. وهذا ما يؤكد ما

جاء في الجدول رقم 06، من نتائج متعلقة بمرحلة الإصاية بالإعاقة ومسبباتها، وراثية وفطرية، أم مكتسبة، حيث أن أكبر نسبة من المعوقين المبحوثين، توزعت أسباب إعاقاتهم بين: الأسباب الوراثية والفطرية، إصابة الأم أثناء الحمل، مرض خطير في مرحلة الطفولة المبكرة.

جدول رقم (10)، يوضح تواجد علاقة قرابة بين الوالدين، ونوعها؟

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	بنت العم	05
	بنت الخال	07
	قرابة عن بعد	11
	المجموع	23
لا	78	77.23
المجموع الكلي	101	100

شكل رقم (12): القرابة بين الوالدين



تعتبر علاقة القرابة بين الوالدين، من بين الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى إنجاب طفل معوق، خاصة وإن كانت العلاقة جد قريبة.

لكن من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه، يتضح بأن علاقة القرابة بين الوالدين، لا تعتبر من بين الأسباب القوية في إصابة المعوقين أفراد مجتمع الدراسة بالإعاقة.

حيث نجد بأن أغلب هؤلاء وبنسبة 77.23 % صرّحوا بأنه لا توجد أية علاقة قرابة بين والديهم. وبالتالي فإن أسباب إعاقتهم يمكن أن تعود إلى الأسباب المحددة في الجدول رقم 06 من أسباب وراثية أو فطرية أو مكتسبة.

في حين نجد بأن نسبة قليلة تقدر ب 22.23 % من مجموع المعوقين المبحوثين صرّحوا بأنه توجد علاقة قرابة بين والديهم، وهذه النسبة تتوزع على نوع القرابة كالآتي:

4.95 % صرّحوا بأن الأم هي بنت عم الأب.

6.93 % صرّحوا بأن الأم هي بن خال الأب.

أما من نسبتهم 10.89 % فقد أكدوا بأنه توجد علاقة قرابة عن بعد بين الوالدين.

وهذا ما يجعلنا نستنتج بأن علاقة القرابة بين الوالدين لا تعتبر من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة لدى الأبناء، على الأقل في مجتمع الدراسة.

جدول رقم (11) يوضح شعور المعوقين بأن بعض أفراد أسرهم يعاملونهم معاملة خاصة، طبيعتها، ومدى وعي الأسرة بدورها في التكفل بهم.

المجموع		لا أدري		غير واعية تماما		غير واعية		واعية		واعية تماما		وعى الأسرة بدورها في التكفل بالطفل الشعور بمعاملة خاصة وطبيعتها	
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت		
5.94	06	-	-	-	-	-	-	1.98	02	3.96	04	التدليل الزائد	نعم
3.96	04	-	-	-	-	-	-	0.99	01	2.97	03	العطف الزائد	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	القسوة	
2.97	03	0.99	01	1.98	02	-	-	-	-	-	-	اللامبالاة	
12.87	13	0.99	01	1.98	02	-	-	2.97	03	6.93	07	المجموع	
87.13	88	0.99	01	-	-	-	-	24.75	25	61.39	62	لا	المجموع الكلي
100	101	1.98	2	1.98	02	-	-	27.72	28	68.32	69		

تعتبر الأسرة عنصرا هاما من عناصر البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المعوق، بل وتعتبر أهم عناصرها، لما تلعبه من دور أساسي في بناء صورة الذات لديه، وفي بناء شخصيته ككل، وخاصة من جانبها النفسي والاجتماعي (ارجع إلى نظرية الذات في الفصل الثاني). حيث يتأثر النمو النفسي الاجتماعي للشخص المعوق، ببيئة الأسرة التي يعيش فيها، فكلما وفرت هذه الأخيرة بيئة بسيكو-اجتماعية ايجابية وملائمة، كلما وفقت في تعديل سلوكات ابنها المعوق وتوجيهها وجهة ايجابية، والعكس. فأفراد الأسرة الواعية بدورها اتجاهه، عليها أن تعامله معاملة عادية كباقي الأطفال، مع توفير رعاية خاصة (مادية ومعنوية)، من أجل إشباع الحاجات الخاصة لابنها المعوق، ولمواجهة مشكلاته البيولوجية، النفسية والاجتماعية والتعليمية والتكوينية الخاصة.

ومن خلال تحليل النتائج المتضمنة في الجدول، يتضح لنا بأن أغلب المعوقين المبحوثين ونسبتهم تقدر ب 87.13 %، لا يتلقون معاملة خاصة من طرف أسرهم. كما أن أغلب أسرهم بنسبة تقدر ب 68.32 %، هي واعية تماما بدورها في التكفل بهم.

ويمكن أن نرجع ذلك إلى طبيعة الأسرة الجزائرية التي تتسم بوعيتها اتجاه تربية ورعاية أبنائها، رغم أن التعميم هنا يصعب، ويكون بحذر علمي وموضوعي كبير.

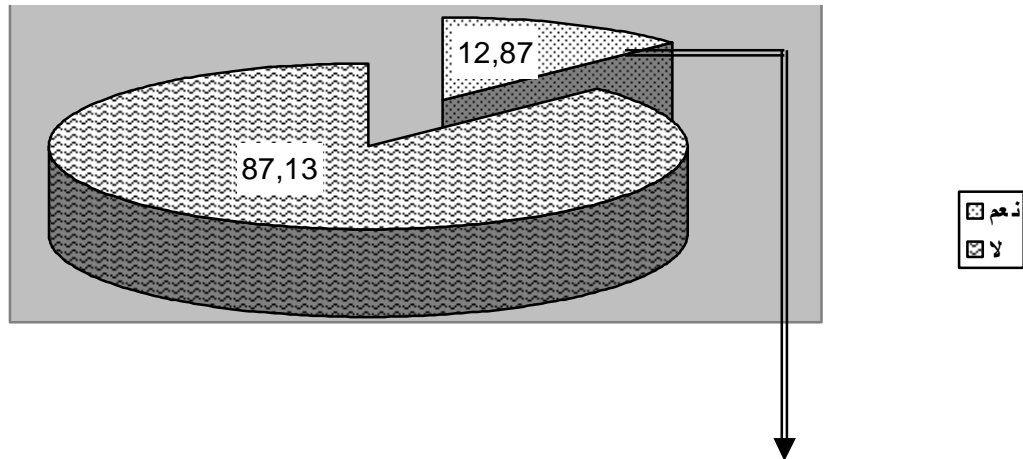
كما أننا لا يمكن أن نهمل النسبة المقدرة بـ 02.97 %، من المعوقين المبحوثين الذين يتلقون لا مبالاة في المعاملة من طرف أسرهم، حيث أنهم يرون أن هذه الأخيرة غير واعية تماما بدورها في التكفل بهم، بنسبة 01.98 % منهم. وآخرون لم يستطيعوا أن يفهموا مدى وعي أسرهم (لا ادري) ونسبتهم 0.99 % من مجموع المعوقين المبحوثين، وهذا عامل سلبي ومعوق وظيفي لنسق الرعاية والإدماج الاجتماعي للأشخاص المعوقين بالجزائر (انظر: المقاربة الوظيفية في الفصل الثاني)، لأنه مهما حاولت الدولة توفير الوسائل والمؤسسات والبرامج والموارد المادية والبشرية في سبيل ذلك، دون مساهمة الأسرة، وتضافر الجهود لا يمكن أن تحقق الفعالية للسياسة التكيفية، ولا يمكن تحقيق أهدافها.

والنسبة القليلة من المعوقين المبحوثين المقدرة بـ 03.96 %، تهمنا كثيرا كمحallين اجتماعيين، لأن هؤلاء الذين يتلقون عطا زائدا من طرف أسرهم، أو الذين يتلقون تدليلا زائدا ونسبتهم 05.94 %، سيؤثر ذلك على صورة الذات لديهم، حيث يمكن أن يعتبروا أنفسهم أشخاصا ضعفاء، يستحقون الشفقة والعطف. كما أن ذلك يؤثر على توازنهم الشخصي، حيث أنهم سيخرجون من أسرهم وسيتوجهون إلى مؤسسات المجتمع وإلى الشارع (البيئة الخارجية)، فلا يتلقون ذلك العطف الزائد، وهذا ما يشعرهم بالإحباط، ويخلق لديهم صراعا نفسيا، وسوء تكيف اجتماعي يمكن أن يؤثر على نموهم الشخصي.

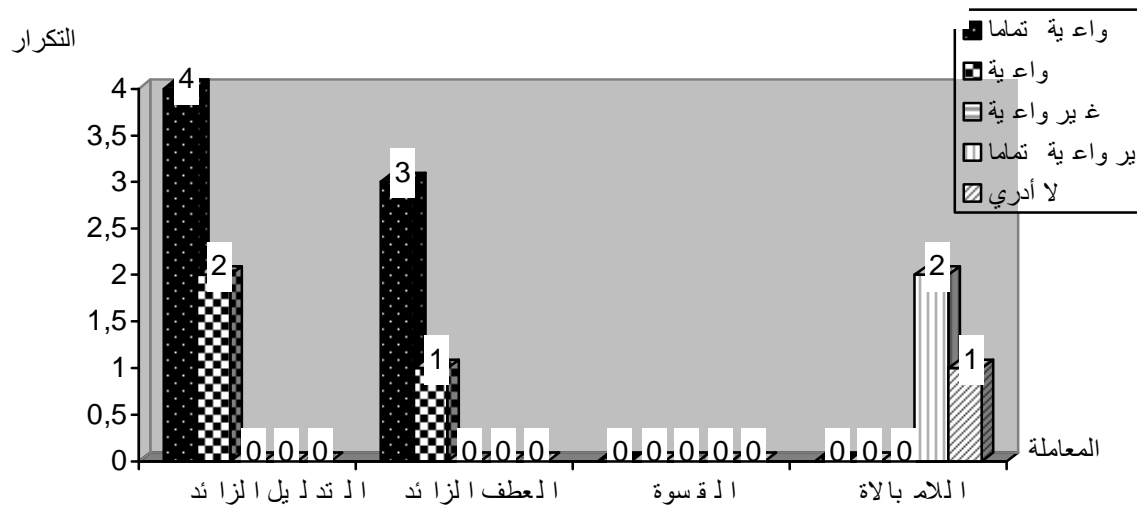
وتجدر الإشارة إلى أن أحدا من المعوقين المبحوثين لم يجب بأنه يتلقى معاملة بالقسوة في أسرته، وهذا مؤشر ايجابي، يؤكد عاطفية الأسرة الجزائرية، وإيمانها بقيم المحبة، والمساعدة والرعاية لأبنائها.

وكاستنتاج لهذا الجدول، فإننا نقول بأن أغلب الأشخاص المعوقين، لا يتلقون معاملة خاصة من طرف أسرهم، والتي تعتبر أغلبها واعية بدورها في التكفل بهم نفسيا واجتماعيا، وهذا ما يؤثر ايجابيا في السياسة العامة لرعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي في الجزائر.

شكل رقم (13): شعور المعوقين بأن بعض أفراد أسرهم يعاملونهم معاملة خاصة



شكل رقم (14): طبيعة المعاملة ومدى وعي الأسرة

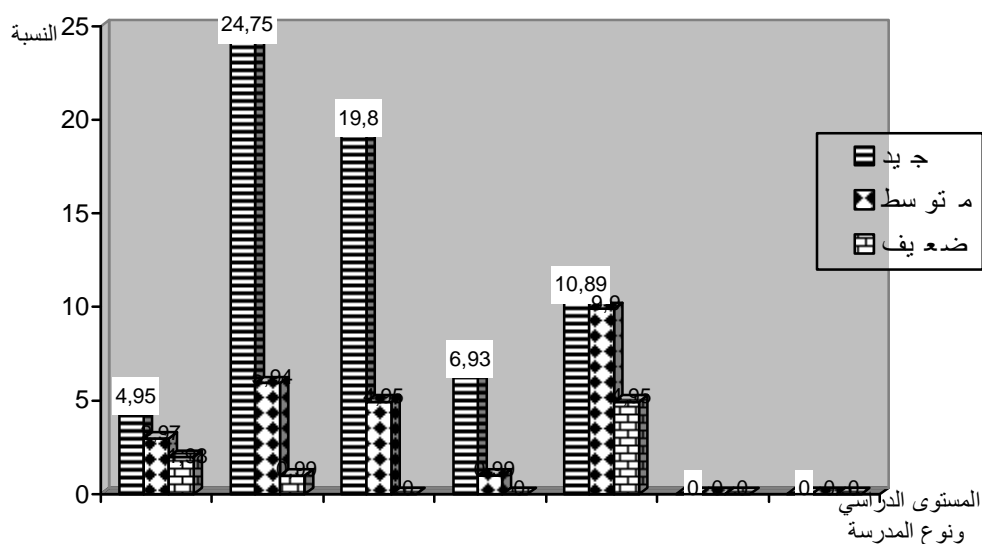


ب - التاريخ الدراسي والمهني للمعوقين :

جدول رقم (12)، يوضح المستوى الدراسي للمعوقين ونوع المدرسة التي زاولوا فيها الدراسة، مع تقييمهم لمستوى التعليم والرعاية.

المجموع		متخصصة						عادية						نوع المدرسة	
		ضعيف		متوسط		جيد		ضعيف		متوسط		جيد		المستوى الدراسي	مستوى التعليم والرعاية
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت		
41.58	42	0.99	01	5.94	06	24.75	25	1.98	02	02.97	03	04.95	05	ابتدائي	
32.67	33	00	00	0.99	01	06.93	07	00	00	04.95	05	19.80	20	متوسط	
25.74	26	00	00	00	00	00	00	4.95	05	09.90	10	10.89	11	ثانوي	
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	جامعي	
100	101	0.99	01	6.93	07	31.68	32	6.93	07	17.82	18	35.64	36	المجموع	

شكل رقم (15): المستوى الدراسي، نوع المدرسة ومستوى التعليم والرعاية بها



لا يعتبر المستوى الدراسي للمتشحين، من الشروط التي يطلبها نظام المركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي بولاية تيبازة. وهو عكس نظام مراكز التكوين المهني العادية عبر الوطن، حيث أن أدنى مستوى يمكن أن يلتحق به الشخص العادي بها هو مستوى التعليم المتوسط، وذلك طبعاً من أجل أن يستطيع هؤلاء التكيف مع برامج التكوين والذي يشترط مستواها أدنى حد من التحصيل العلمي والمعرفي.

ومن خلال الجدول أعلاه، يتضح لنا بأن أغلب المعوقين، قد التحقوا بالمركز بمستوى التعليم الابتدائي، وتقدر نسبتهم ب 41.58 %.

أما نسبة متوسطة منهم، ف لديهم مستوى التعليم المتوسط وتقدر ب 32.67 %، من مجموع المعوقين المبحوثين. في حين نجد بأن من التحقوا بالمركز بمستوى التعليم الثانوي فنسبتهم تزيد بقليل عن ربع حجم المجتمع المدروس (25.74 %).

وتفسير كل ذلك، هو أن إدارة المركز تعمل على تشجيع كل الأشخاص المعوقين، مهما كان مستواهم الدراسي، للالتحاق بالتكوين. حيث أن الأشخاص المعوقين لا يتمكنون من إتمام مراحل الدراسة. وهذا دليل على فشل المنظومة التعليمية الخاصة بهذه الفئة الهشة في المجتمع، سواء أكانت في الأقسام المدمجة أو في المدارس المتخصصة.

كما أثبتت النتائج بأن أغلب المبحوثين قد زاولوا دراستهم بمدرسة عادية، وهذا ليس بالصدفة، وإنما يرجع إلى أن أغلب المبحوثين يحملون إعاقة حركية (انظر: الجدول رقم 01). وهؤلاء بعد إعادة تربيتهم النفسية-الحركية، بالمراكز المتخصصة، ينتقلون مباشرة إلى مزاولة التعليم في المدارس العادية. أما المعوقين بإعاقة بصرية أو إعاقة سمعية، فإنهم لا يستطيعون مزاولة الدراسة في المدارس العادية، وإنما يدرسون حتى التعليم المتوسط بالمدارس الخاصة بتعليم المكفوفين، والمدارس الخاصة بتعليم الصم البكم، لأن خصوصياتهم الشخصية تستوجب تربية خاصة بهم، لكن هي مستوحاة من النظام التربوي العام الوطني (انظر: المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة بالجزائر، في الفصل الثالث).

وفيما يخص تقييم المعوقين لمستوى التعليم والرعاية بالمدارس التي زاولوا فيها تعليمهم بكل مراحله، فإننا نجد بأن نسبة قليلة من الذين زاولوا دراستهم في مدرسة عادية، يقيمون مستوى التعليم والرعاية بها بالمتوسط، حيث تقدر نسبتهم بـ 17.82 % من مجموع المعوقين المبحوثين، وهو أمر عادي، فذلك حال المدرسة الجزائرية، قبل الإصلاحات التي أجريت على المنظومة التربوية والتي ما زالت في بداية تطبيقها.

أما المعوقين المبحوثين الذين زاولوا تعليمهم في مدرسة متخصصة، فإننا نجدهم بأغلبية تقدر نسبتها بـ 31.68 %، قد أجابوا بأن مستوى التعليم والرعاية بها كان جيدا. وذلك دليل على فعالية البرامج التربوية الخاصة بهم، وعلى مستوى المؤطرين المختصين، والوسائل الموفرة لذلك، والخاصة بكل نوع من الإعاقات، والجدول التالي رقم 13 يوضح أسباب توقف هؤلاء عن الدراسة، وعدم تمكنهم من إكمال الدراسة في مراحل التعليم (الثانوية والجامعة).

جدول رقم (13)، يوضح أسباب التوقف عن الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	الاحتمالات
0.99 %	01	ضعف التركيز
08.91 %	09	عدم توافق البرامج مع قدراتك
06.93 %	07	عدم القدرة على التوافق مع بيئة التعليم
56.44 %	57	نظرة المحيطين بك من زملاء
22.77 %	23	الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة
03.96 %	04	أسباب أخرى
100 %	101	المجموع

يتأثر التحصيل الدراسي، ومستوى التعليم للأطفال، بعدة متغيرات وعوامل، فمنها ما هو ذاتي داخلي، ومنها ما هو خارجي بيئي، ومنها ما هو متعلق بالبرامج والمناهج التربوية. فالعوامل الذاتية الداخلية، تتمثل في القدرات الشخصية العقلية والنفسية للطفل، إضافة إلى بعض العوامل الفطرية الوراثية، والتي تتفاعل كلها مع عوامل البيئة الخارجية الاجتماعية التي يتربى فيها، والتي تتمثل في عوامل البيئة الأسرية، بما تحمله من عناصر،

كالمعاملة الوالدية والعلاقات الأسرية، والظروف الاجتماعية، والثقافية والأخلاقية للأسرة. إضافة إلى عوامل البيئة المدرسية، من دور المعلم وجماعة القسم الدراسي والبرامج التربوية. وإلى عوامل متعلقة بجماعة الرفاق والشارع (انظر: الأصول النظرية الإمبريقية للدراسة في الفصل الثاني).

كل تلك العوامل الداخلية إلى جانب العوامل البيئية والبرامج والمناهج والوسائل التربوية، تتفاعل فيما بينها، لتؤثر بالإيجاب أو بالسلب على تعليم الطفل وتحصيله الدراسي، حسب إيجابيتها أو سلبيتها.

ويؤكد الجدول، بأن العامل الاجتماعي، هو أكثر العوامل تأثيراً على المستوى التعليمي والتحصيلي للأفراد المعوقين. حيث أكد أغلب المعوقين المبحوثين بأن نظرة المحيطين بهم من زملاء الدراسة، هي أهم عامل أثر سلباً على تدرّسهم، واستمرارهم في التعليم، حيث قدرت نسبة هؤلاء بـ 56.44 % من مجموع أفراد مجتمع البحث.

وهذا مؤشر على نقص الوعي لدى الأطفال في المجتمع الجزائري، وخاصة فيما يتعلق بدورهم اتجاه الفرد المعاق، وكيفية معاملته. مع العلم بأن دور التوعية يعود للأسرة والتي يعود دور توعيتها لوسائل الإعلام والاتصال، ولبرامج التوعية المجتمعية التي يمكن أن ينظمها الأخصائي الاجتماعي بتطبيقه لطريقة تنظيم المجتمع (انظر: الفصل الثالث).

أما نسبة متوسطة تقدر بـ 22.77 % من مجموع المعوقين المبحوثين، فقد أجابوا بأن الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة هي التي لعبت دوراً سلبياً في تدرّسهم، خاصة ونحن نعلم بأن الأسر الجزائرية تعاني في أغلبها من ظروف اجتماعية واقتصادية سيئة، تعود للظروف العامة للبلاد. مع الإشارة إلى أن تدرّس التلاميذ المعوقين، يحتاج إلى موارد مالية ورعاية مادية ومعنوية أكثر من تدرّس التلاميذ غير المعوقين.

كما أننا نلاحظ من خلال النتائج المتضمنة في الجدول الأخير بأن عوامل ضعف التركيز، عدم توافق البرامج مع القدرات، عدم القدرة على التوافق مع بيئة التعليم، لم تتكرر كثيراً، وبعض المبحوثين ذكروا أسباباً أخرى لذلك كانهدام الثقة في النفس واليأس.

وبالتالي نستنتج بأن العوامل الأكثر تأثيراً على تعليم ورعاية الأبناء المعوقين هي العوامل الاجتماعية البيئية، أكثر منها العوامل الذاتية.

وعليه وجب على المجتمع تغيير نظرته للمعوقين، وتحسين معاملته لهم، فالمشكل يقع فيه وليس في المعوقين في حد ذاتهم، ولا في البرامج الرسمية للرعاية والتكفل بهم. وهنا نجد بأن على الخدمة الاجتماعية أن تعمل على تغيير الذهنيات، وعلى توعية المجتمع، من أجل تحقيق الفعالية لسياسة رعاية هؤلاء المعوقين، وبالتالي تحقيق أهدافها وهي الإدماج الاجتماعي والمهني لهم، وكل ذلك يكون بطريقة تنظيم المجتمع، وبإتباع المنهجين العلاجي والإنمائي لشخصية الفرد الجزائري. أما فيما يخص الحالة النفسية لبعض المبحوثين، وصورة الذات لديهم فسنعرف تطوراتها بعد التحاقهم بالمركز، في الجداول من رقم 24 إلى 27.

**جدول رقم (14)، يوضح ممارسة المعوقين عملا قبل التحاقهم بالمركز الحالي،
نوعه، وأسباب التوقف عنه.**

أسباب التوقف عنه		بسبب الإصابة بالإعاقة		لأسباب خاصة		المجموع	
ممارسة عمل ونوعه		ت	%	ت	%	ت	%
نعم	تجارة	05	4.95	33	32.67	38	37.62
	عامل يومي	01	0.99	12	11.88	13	12.87
	أعمال مختلفة	02	1.98	14	13.86	16	15.84
	المجموع	08	7.92	59	58.42	67	66.34
لا						34	33.66
المجموع الكلي						101	100

يعتبر العمل بالنسبة لأي فرد في المجتمع، هدفا ووسيلة في غاية الأهمية، حيث أن الفرد الذي يعمل يتمكن من العيش حياة سليمة وكريمة، نفسيا واجتماعيا واقتصاديا. فهو وسيلته في تحقيق وإثبات ذاته، وإشباع حاجاته الأولية من مأكّل وملبس ومأوى، وصحة، وحاجاته الثانوية من حاجات نفسية، اجتماعية، كما أنه وسيلته في المشاركة والمساهمة بفعالية في تنمية نفسه وأسرته ومجتمعه، وفي وقايتة من الوقوع في الانحراف، وبالتالي وقاية أسرته من التفكك، ومجتمعه من الزوال.

وكل ذلك ينطبق على الفرد المعوق، وأكثر من ذلك فإن هذا الأخير له حاجات خاصة أولية (مادية وصحية)، وثنائية (تكيف نفسي، ذاتي واجتماعي)، تستدعي وجوب عمله وضرورته أكثر من أي فرد آخر (ارجع إلى الفصل الثالث).

وكما لاحظنا في الجداول السابقة أرقام 03، 04 و 12، فإن المعوقين المبحوثين تتراوح أعمارهم ما بين 16 و 36 سنة، ولهم أدنى مستوى دراسي، يتمكنون من خلاله ممارسة أي عمل يتفق وذلك المستوى ويتفق وقدراتهم وخصائصهم الشخصية، كما أن أغلبهم من الذكور الذين يتميزون عن الإناث بالاهتمام أكثر بالعمل والتمهين.

وذلك ما يرتبط بالنتائج المتضمنة في الجدول الأخير، حيث نجد أن أغلب المعوقين المبحوثين قد صرّحوا بأنهم مارسوا أعمالا قبل التحاقهم بالمركز الحالي وتقدر نسبتهم ب 66.34 %. وقد توزعوا حسب نوع العمل الذي مارسوه كما يلي:

نسبة 37.62 % منهم مارسوا التجارة، وقد صرح هؤلاء من خلال المقابلات التي أجريت معهم عند تطبيق الاستمارة، بأن ذلك كان مع احد من أقاربهم (الأب، الأخ الأكبر، الخال..)، وأغلبهم كان من المعوقين حركيا، وكانت ممارستهم لذلك على شكل مساعدة مدفوعة الأجر.

أما نسبة 12.87 % من هؤلاء مارسوا أعمالا يومية، وكان أغلبهم من المعوقين سمعيا، حيث كان أغلبهم يشارك في حمل البضائع (عمل لا يتطلب السمع والكلام). وأما نسبة 15.84 % فقد مارسوا أعمالا مختلفة، كبيع السجائر والحلويات على الأرصفة، وكان أغلبهم كذلك من المعوقين حركيا.

وقد صرح هؤلاء الذين مارسوا أعمالا قبل التحاقهم بالمركز، بأنهم توقفوا عن تلك الأعمال لأسباب شخصية، وكثيرا منهم صرّحوا لنا من خلال المقابلات التي أجريناها معهم، بأن السبب الرئيسي هو حسب عبارتهم "الغاشي ما يرحمش"، وهذا ما يؤكد النظرة السلبية لبعض أفراد المجتمع نحو المعوقين، والتي يلزمها الاحتقار واللامبالاة. وكانت نسبة هؤلاء تقدر ب 58.42 % من مجموع المبحوثين. كذلك فإن هذا يؤكد ما جاء في الجدول السابق رقم 13، والذي يتضمن سبب توقف هؤلاء المبحوثين عن الدراسة، والذي اجمع حوله المبحوثون بأنه يتمثل في نظرة المحيطين. لذلك نقول بأنه لا بد من تغيير النظرة المجتمعية لهؤلاء المعوقين الذين لا ذنب لهم سوى أنهم يحملون عاهة أو نقصا حسيا أو حركيا أو

ذهنيا. وإلا سيصبح المجتمع هو المعوق وليس هؤلاء الذين يعتبرون بعد تأهيلهم أفرادا أسوياء وعاديين عكس المجتمع.

جدول رقم (15)، يوضح علم المتربصين بوجود المركز الوطني، والسبب في التحاقهم به.

المجموع		آخر		جمعية أو منظمة		المتربصون السابقين		الوالدين		من كان السبب في التحاقهم به
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	هل يعلم المتربصون بوجود المركز
18	17.82	-	-	05	4.95	02	1.98	11	10.89	نعم
83	82.18	-	-	23	22.77	05	4.95	55	54.46	لا
101	100	-	-	28	27.72	07	6.93	66	65.35	المجموع

لقد أنشئ المركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي بولاية تيبازة، في سنة 1981م، وعليه فقد مرت أكثر من عشرين سنة عن ذلك. وهذا ما يجعلنا نتوقع بأن كل الأشخاص المعوقين أو على الأقل أغلبهم يعلمون بوجود هذا المركز الوحيد على المستوى الوطني، وذلك لأنه يهتم كثيرا في بناء حياتهم المهنية والاجتماعية، مع العلم بأن دور الإعلام بتواجد هذا المركز، وبأهدافه ومهامه ونظامه وشروط الالتحاق به، يعود لإدارة المركز وللإدارة المركزية التي تتولاه وتنظم مهامه وبناءه (انظر: ميدان الدراسة، الفصل الأول).

لكن على العكس من ذلك، فلقد اتضح لنا من خلال الدراسة الميدانية، والتي تضمن نتائجها الجدول أعلاه، بأن أغلب (إن لم نقل كل المعوقين) لم يكونوا على علم بوجود هذا المركز، قبل التحاقهم به، حيث تقدر نسبتهم بـ 82.18 % من مجموع المعوقين المبحوثين. كما أن المعوقين بأصناف أخرى من الإعاقات غير الإعاقة الحركية (سمعيًا، بصريًا) لم يكونوا على علم بأن هذا المركز يعرض هذا النوع من التكوين لفئاتهم، حيث أن ذلك جديد ولم يتمكن المركز من إعلام هؤلاء جيدا.

أما فيما يخص من كان السبب في التحاقهم بالمركز الحالي، فلقد أجاب أغلب المعوقين بأن ذلك يعود للوالدين بنسبة 65.35 %، ثم إلى جمعية ينتمون إليها بنسبة 27.72 % من مجموع المبحوثين.

هذا ما يؤكد النتائج المتضمنة في الجدول رقم 11، والذي أكد فيه أغلب المبحوثين بوعي أسرهم في التكفل بهم، وما يؤكد النتائج المتضمنة في الجدول رقم 62 الذي سيأتي لاحقا والذي يتضمن نتائج سؤال حول انضمام المعوقين للجمعيات.

لذلك نستنتج بأن المركز والإدارة المركزية لم يلعبا دور الإعلام جيدا، وهو يعتبر دورا أساسيا في سبيل توعية المعوقين بحقوقهم في المجتمع، من رعاية، تربية وتكوين، وبفرص ذلك التي تمنحها لهم الدولة. لأننا كما نعلم بأن طاقة استيعاب المركز هي أكثر من 350 متربصا، لكن نجده يستقبل اقل من ثلث هذا العدد فقط، فلما يعود ذلك؟ هل لسوء الإعلام؟ أو لعوامل أخرى إلى جانب هذا العامل؟.

كما نحث من خلال هذه الدراسة المعوقين إلى الاحتكاك ببعضهم البعض، حيث أن النتائج، توضح بأن بعض المعوقين، علموا بوجود المركز من زملائهم المتربصين السابقين، حيث كانوا السبب في التحاقهم به.

كما نحثهم على ضرورة الانضمام إلى جمعيات مدنية خاصة بهم من أجل توعيتهم بحقوقهم والاستفادة منها، وقبل ذلك من أجل الاستفادة من حق معرفة الحقوق. كما تجدر الإشارة إلى أن الخدمة الاجتماعية تساهم في مجال الإعلام كثيرا من خلال طريقة تنظيم المجتمع، (مجتمع المعوقين، مجتمع أسر المعوقين، المجتمع العام)، والتي يطبقها الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية هذه الفئة الخاصة (ارجع إلى الفصل الثالث).

2- خدمات الرعاية الصحية وإشباع الحاجات الصحية للمعوقين:

جدول رقم (16)، يوضح تلقي المتربصين فحصا طبيا

عند التحاقهم بالمركز.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	95	% 94.06
لا	06	% 5.94
المجموع	101	% 100

من بين الخدمات الصحية والطبية التي يحتاجها المعوق، من أجل إعداداته وتأهيله جسميا، ولتمكنه من التغلب على الآثار التي تخلفت عن عجزه، الفحص الطبي الذي يجب أن يتلقاه عند التحاقه بمركز الرعاية.

ويتضمن هذا الفحص (كما سبق وأن ذكرنا في عنصر التأهيل الصحي للمعوق، في الفصل الثالث من الدراسة)، التقويم الصحي والطبي لحالة المعوق، (من خلال قياس المستوى الصحي العام له)، والتحاليل الطبية، ودراسة التاريخ المرضي له، وما قد يكون أصيب به المعوق من أمراض وحوادث سابقا.

وكل ذلك من أجل أن يكون نسق الرعاية للمعوقين، ونسق الخدمات المقدمة لهم، متكاملًا ومتساندا وظيفيا (ارجع إلى المقاربة البنائية الوظيفية في الفصل الثاني من الدراسة)، حيث انه إذا نقصت الرعاية الصحية اختل نظام الرعاية، ونقصت بالتالي فعاليته في تحقيق أهدافه.

ويوضح الجدول أعلاه، بأن نسبة كبيرة تقدر ب % 94.06 من أفراد مجتمع الدراسة، تم فحصهم من طرف طبيب المركز، أما نسبة ضئيلة وهي تقدر ب % 05.94 من المعوقين المبحوثين لم يتم فحصهم طبيا. ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم كفاءة نظام المتابعة الإدارية للمهام المناطة بكل مصلحة بالمركز.

وبناء على ما جاء في مقابلتنا مع بعض مسؤولي المركز، فإنه يتم الفحص من طرف طبيب المركز، وهو طبيب عام، كما يقوم بدراسة ملف خاص بكل معوق، يحتوي على جميع

المعلومات الطبية الخاصة به، ونوع الإعاقة ودرجتها، والمستوى الاقتصادي لأسرته وظروفه الاجتماعية.

وعليه نستنتج من نتائج الجدول بأن المركز ميدان الدراسة، يقدم خدمة الفحص الطبي الشامل، للمتربصين عند التحاقهم بالمركز، وهي خدمة أساسية لا يمكن الاستغناء عنها، لأنه كما نعلم فإن العقل السليم في الجسم السليم. لكن نوصي إدارة المركز بالحرص أكثر على متابعة المصالح في أدائها لأدوارها ومهامها، لأن ذلك أساسي في سبيل تفعيل مهام المركز وتحقيق أهدافه التكفلية والتكوينية بصفة كاملة.

جدول رقم (17)، يوضح استفادة المتربصين من أجهزة تعويضية، والجهة التي استفادوا منها.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
من طرف المركز	-	-
من طرف جمعية	18	17.82 %
من طرف الأسرة	76	75.25 %
من طرف آخر	05	04.95 %
المجموع	99	98.02 %
لا	02	01.98 %
المجموع الكلي	101	100 %

تعتبر الأجهزة التعويضية (كالأطراف الاصطناعية، أو الكراسي المتحركة، أو وسائل الارتكاز، أو العصي البيضاء، أو أجهزة تقوية السمع، أو مختلف الأجهزة المعوّضة للقصور البنائي أو الوظيفي أو الحسي للأفراد المعوقين)، جد هامة في سبيل تحقيق التكيف الذاتي، النفسي والاجتماعي لهم، مع تحقيق استقلاليتهم الذاتية، واعتمادهم على أنفسهم، والحد من تبعيتهم للغير. ذلك أنها تجعلهم يتقبلون إعاقاتهم ويتعرفون على قدراتهم وإمكاناتهم المتبقية والمتاحة، في سبيل آدائهم لأدوارهم الاجتماعية على أحسن وجه مرغوب في المجتمع، وتزيد بذلك ثقتهم بأنفسهم وتقديرهم للذات ويتلقون التقدير الاجتماعي (ارجع إلى الفصل الثاني "دراسات امبريقية" والفصل الثالث "خدمات المعوقين").

والنتائج المبينة في الجدول، تؤكد بأن أغلب المعوقين قد استفادوا من الأجهزة التعويضية، وتقدر نسبتهم بـ 98.02 %، من مجموع المبحوثين. وقد صرح أغلبهم 75.25 % بأن ذلك كان بفضل أسرهم التي لم تتوانى في تعويضهم عن النقص الجسدي أو الحسي الذي يعانون منه، وهذا ما يؤكد كذلك النتائج التي جاءت في الجدول رقم 11، والذي صرح فيه المعوقون بأن أسرهم واعية تماما بدورها في التكفل بهم.

أما نسبة 17.82 % من المعوقين المبحوثين فقد صرّحوا، بأن استفادتهم من أجهزة تعويضية تعود إلى جمعية هم منخرطون فيها، وهذا ما ستؤكدته النتائج في الجدول رقم 62 لاحقا، والذي يتضمن انخراط المعوقين في جمعيات أو منظمات مدنية خاصة بهم.

كما تجدر الإشارة إلى أن نسبة ضئيلة تقدر بـ 04.95 % صرحت بأن الاستفادة من الأجهزة التعويضية يعود الفضل فيها إلى طرف آخر، حيث توزعت بين هبة من المحسنين أو إفادة ذاتية. (من الذين مارسوا أعمالا سابقا).

وفيما يخص الذين أجابوا بأنهم لم يستفيدوا من أجهزة تعويضية، فهم يكادوا أن يندموا، حيث يوجد شخصان فقط من المعوقين المبحوثين. وقد ارجعوا ذلك إلى عدم العدل في توزيع الإعانات والتجهيزات من طرف الجمعيات، وأن أسرهم فقيرة ولا تستطيع توفير ذلك لهم.

مع العلم بأن أسر المعوقين المعوزة، تستفيد من منحة من طرف الدولة (ارجع إلى عنصر تنظيم السياسة العامة لرعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي في الجزائر).

ونستنتج من بيانات الجدول بأن أغلب المعوقين استفادوا من أجهزة تعويضية، وهذا ما يساعد على تكيفهم الذاتي واستقلاليتهم، واندماجهم الاجتماعي.

كما أن سياسة الدولة قد لعبت دورا أساسيا في ذلك، من خلال برامج ونشاطات التضامن الوطني، الذي تخصص الوزارة الوصية مبالغ مالية باهظة في سبيل توسيع دائرة المستفيدين من برامجهم.

جدول رقم (18)، يوضح إصابة المتربصين داخل المركز بمرض أو حادث، نوعه، وهل تكفل المركز بعلاجهم؟

المجموع		لا		نعم		تكفل المركز
						الإصابة بمرض أو حادث ونوعه
						بالعلاج
%	ت	%	ت	%	ت	
-	-	-	-	-	-	تسمم غذائي
-	-	-	-	-	-	مرض معدي
-	-	-	-	-	-	حادث خلال التكوين
6.93	07	-	-	6.93	07	مرض عابر
6.93	07	-	-	6.93	07	المجموع
93.07	94	لا				
100	101	المجموع الكلي				

جدول رقم (19)، يوضح رأي المؤطرين حول طبيعة خدمات "الرعاية الصحية" بالمركز.

الاحتمالات (الخدمات)	التكرار	النسبة المئوية
فحص المعاق طبيا عند التحاقه بالمركز	24	% 100
دراسة ملفه الطبي لمعرفة أسباب الإعاقة	23	% 95.83
الاستفادة من الأجهزة التعويضية	03	% 12.50
الوقاية من التعرض للحوادث والأمراض	22	% 91.67
المتوسط الحسابي	18	% 75.0

تعتبر البيئة الصحية التي تتوفر على شروط الصحة والأمان والنظافة من الشروط التي يجب أن توفرها أية مؤسسة اجتماعية كانت في المجتمع لأفرادها، وذلك من أجل نجاحها في رعايتهم والتكفل بهم. فكما سبق وإن قلنا فإن العقل السليم في الجسم السليم. ولا يمكن أن يستقر المتربصون في تكوينهم، إذا لم يكونوا في صحة جيدة أو إن كانوا عرضة

للأمراض والأخطار، كما أن التكفل بالأشخاص الذين يصابون بمختلف أنواع الأمراض أو الحوادث واجب أساسي على المركز أدائه بكل أمانة وبكل مسؤولية، لأنه في نفس الوقت حق أساسي للمعوقين، لا يمكن الاستغناء عنه.

إن الرعاية التكوينية والنفسية والاجتماعية التي تكون مصدرا للأمراض والإصابات لا فائدة منها مادامت تعالج جانبا من شخصية الفرد، وتقسد جانبا آخر، وليس أي جانب إنه الجانب الصحي.

والجدول رقم 18 يؤكد بأن المركز ميدان الدراسة يوفر شروطا صحية مقبولة. حيث نجد بأن أغلب المعوقين المبحوثين، تقدر نسبتهم ب 93.07 % صرّحوا بأنهم لم يصابوا بأي مرض أو حادث داخل المركز، وهم يرجعون ذلك حسب المقابلات التي أجريناها معهم إلى توفر البيئة الصحية وشروط السلامة والأمان في المركز.

وهذا أمر يجب أن نشجع عليه إدارة المركز، لأنها تؤكد على وعيها بأهمية الاعتناء بصحة المترددين عليه.

أما نسبة ضئيلة وتقدر ب 06.93 % فقد صرح أصحابها بأنهم أصيبوا بمرض عابر فقط، وقد تكفلت عيادة المركز بعلاجهم.

ولا نجد أي احد من المعاقين المبحوثين قد أصيب بتسمم غذائي أو بحادث خلال التكوين ولا بمرض معدي، وهذا أمر يدعو للثقة في مدى إحساس إدارة المركز بمسؤوليتها اتجاه المتربصين، وضرورة حماية صحتهم.

أما فيما يخص السؤال الذي طرح على المؤطرين بالمركز، حول طبيعة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لفئة المتربصين المعوقين، فقد أجاب كلهم (100 %)، بأن خدمات الرعاية الصحية تتضمن فحص المعاق طبيا عند التحاقه بالمركز، وهذا ما يتفق مع ما أجاب به المتربصون المعوقون.

كما أجاب أغلب المؤطرين المبحوثين بنسبة 95.83 %، بأن دراسة الملف الطبي للمتربصين، تدخل ضمن الخدمات الصحية المقدمة بالمركز، إلى جانب الوقاية من تعرضهم للحوادث والأمراض، حيث قدرت نسبة من صرّحوا بذلك ب 91.67 %، وهذا ما يتفق مع إجابات المتربصين.

أما فيما يخص الاستفادة من الأجهزة التعويضية، فقد اعتبرها المؤطرون، خدمة لا تدخل ضمن خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمتربصين المعوقين، وهي من مسؤولية جهات أخرى غير المركز، وقدرت نسبة هؤلاء بـ 87.50 %، من مجموع المؤطرين المبحوثين، ونجد بأنهم يتفقون كذلك مع تصريحات المتربصين المعوقين.

جدول رقم (20)، يوضح تقييم المتربصين لمستوى الخدمات الصحية بالمركز، وبماذا تجعلهم يشعرون؟

خدمات المركز تجعلك تشعر بأنك		في أمن صحي		عرضة للخطر		المجموع	
مستوى الخدمات الصحية بالمركز	ت	%	ت	%	ت	%	ت
ممتاز	-	-	-	-	-	-	-
جيد	97	96.04	-	-	97	96.04	-
متوسط	04	03.96	-	-	04	03.96	-
رديء	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	101	100	-	-	101	100	-

جدول رقم (21)، يوضح تقييم المؤطرين لمستوى الخدمات الصحية بالمركز، وكيف تجعل المتربصين يشعرون؟

الخدمات الصحية تجعل المتربصون يشعرون بأنهم		في أمن صحي		عرضة للخطر		المجموع	
مستوى الخدمات الصحية	ت	%	ت	%	ت	%	ت
ممتاز	-	-	-	-	-	-	-
جيد	22	91.67	-	-	22	91.67	-
متوسط	-	-	-	-	-	-	-
رديء	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	22	91.67	-	-	22	91.67	-

كما سبق وان ذكرنا، فإن خدمات الرعاية الصحية، هي نسق فرعي ضمن النسق العام لخدمات الرعاية الاجتماعية للمعوقين، والتي بدورها تدخل كنسق فرعي ضمن النسق

العام لنظام الرعاية وسياسة الإدماج الاجتماعي لهم (المقاربة البنائية الوظيفية لرعاية المعوقين).

كلما كانت خدمات الرعاية الصحية ذات مستوى جيد أو ممتاز، كلما كانت الفعالية في علاج المعوقين وتنمية قدراتهم، ووقايتهم من مضاعفات إعاقاتهم، البيولوجية، النفسية، العقلية والاجتماعية. وكلما أحس هؤلاء بالأمن الصحي، زادت قدراتهم الجسمية والحركية، وبالتالي تزيد فعالية الأنساق الفرعية الأخرى، من نسق الرعاية النفسية، ونسق الرعاية الاجتماعية، ونسق الرعاية التكوينية المهنية، لأنها كلها تؤدي وظائفها بتساند وتكامل، من أجل تحقيق الهدف النهائي من نظام الرعاية وهو الإدماج الاجتماعي والمهني للمعوقين (ارجع إلى الفصل الثالث).

ويتضح من خلال الجدولين رقمي 20 و 21، واللذان يتضمنان على التوالي نتائج الاستجواب الذي أجري مع المتربصين المعوقين، والاستجواب الذي أجري مع المؤطرين بالمركز ميدان الدراسة، بأن هناك اتفاق بينهم، حول تقييم مستوى خدمات الرعاية الصحية التي يتلقاها المعوقون بالمركز المعني، وحول شعور هؤلاء، وفكرتهم عن صحتهم. حيث أكد أغلب المعوقين المبحوثين بأن مستوى خدمات الرعاية الصحية بالمركز هو جيد، وقد قدرت نسبة هؤلاء بـ 96.04 %، ويتفق معهم المؤطرون المبحوثون، حيث أجاب أغلبهم ونسبتهم 91.67 %، بأن مستوى خدمات الرعاية الصحية بالمركز هو جيد. كما أن كل هؤلاء الذين يقيمون المستوى بالجيد، فإنهم يصرحون من جانب المعوقين بأن تلك الخدمات الصحية تجعلهم يشعرون بأنهم في أمن صحي.

أما من جانب المؤطرين فإن نسبة عالية قدرت بـ 91.67 %، صرّحوا بأن خدمات الرعاية الصحية بالمركز تجعل المعوقين يشعرون بأنهم في أمن صحي كذلك. ونسبة قليلة منهم لم يجيبوا على السؤال، لأنهم وحسب رأيهم لا يمكن أن يعرفوا الإجابة عليه. وهذا ما يدفعنا للقول بأن هؤلاء المؤطرين الذين لم يجيبوا عن السؤال لا يتعاملون كثيرا مع المعوقين وأن العلاقات الاجتماعية السائدة بينهم هي علاقات ميكانيكية أكثر منها عضوية (دوركايم). كذلك فإن نسبة قليلة جدا، تقدر بـ 03.96 % من المتربصين المعوقين صرّحوا بأن مستوى خدمات الرعاية الصحية بالمركز هو متوسط، ويمكن أن يكون هؤلاء من بين الذين تعرضوا

لمرض عابر (الجدول السابق رقم 18). ويمكن أن يكونوا غير راضين عن الدور الذي أدته عيادة المركز في علاجهم.

لكن كلهم أجابوا بأن خدمات الرعاية الصحية بالمركز تجعلهم يشعرون بأنهم في أمن صحي. وهو ما يدعونا للقول بأن إدارة المركز والعاملين بالمصلحة الصحية هم يؤدون دورهم في هذا المجال جيدا.

وما تجدر الإشارة إليه هو أن أحدا من أفراد كلا مجتمعي الدراسة لم يجب بأن مستوى الخدمات الصحية بالمركز هو ممتاز، أو رديء. فكما قال احد المتربصين المعوقين خلال مقابلته لتطبيق الاستمارة معه وعلى حد تعبيره "الممتاز ما هو في بلادنا، والرديء الله يبعد بلادنا على بلادو".

وكنتيجة لهذين الجدولين، فإن خدمات الرعاية الصحية بالمركز، تتضمن خدمات أساسية في سبيل ضمان الرعاية الصحية الجيدة للمعوقين، ومستواها هو جيد وتجعل المعوقين يشعرون بالأمن الصحي، وهذا ما يؤثر ايجابيا على باقي خدمات الرعاية والتي سوف نشخصها في الجداول اللاحقة.

3- خدمات الرعاية النفسية وإشباع الحاجات النفسية للمعوقين:

جدول رقم (22)، يوضح هل تمت مقابلة مع الأخصائي النفسي عند التحاق المتربصين بالمركز؟ هل طبق معهم مقاييس نفسية؟ وكيف كانت الجلسة معه؟

المجموع		لا				نعم				هل طبق معك اختبارات ومقاييس نفسية؟
ت	%	بلا فائدة		مفيدة		بلا فائدة		مفيدة		كيف كانت الجلسة معه؟
		ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	هل تمت المقابلة مع الأخصائي النفسي؟
99	98.02	-	-	87	86.14	-	-	12	11.88	نعم
02	01.98	لا								
101	100	المجموع								

جدول رقم (23)، يوضح هل تتم مقابلة المتربصين مع الأخصائي النفسي؟ وهل يطبق معهم اختبارات نفسية عند التحاقهم بالمركز؟

المجموع		لا		نعم		تطبيق الاختبارات المقابلة مع الأخصائي النفسي
ت	%	ت	%	ت	%	
24	100	1	4.16	23	95.83	نعم
-	-	-	-	-	-	لا
24	100	1	4.16	23	95.83	المجموع

تعتبر المقابلة مع الأخصائي النفسي، العملية والمرحلة الأولى من العمليات والمراحل التي تتضمنها الرعاية النفسية للأشخاص المعوقين، بأية مؤسسة متخصصة في رعاية هذه الفئة الخاصة من المجتمع. (ارجع إلى التأهيل النفسي للمعوقين في الفصل الثالث).

حيث أن الهدف من المقابلات التي يجريها الأخصائي النفسي مع المعوقين، هو إجراء تقييم بسلوكي شامل، والذي يهدف بدوره إلى القيام بقياس ودراسة الحالة النفسية لهؤلاء،

وخاصة معرفة الآثار الناتجة عن إعاقته على شخصياتهم، ويكون ذلك عن طريق ثلاثة عمليات أساسية، وهي الفحص، ثم التشخيص، ثم المآل، واقتراح خطة علاجية (تدخلية) نفسية، حسب حالات المعوقين (فردية الخطة) (ارجع إلى الاتجاه النظري النفسي في تربية وتعليم المعوقين). مع العلم بأن عملية الفحص والتشخيص تتم بتطبيق وسائل ضرورية لذلك، وخاصة منها المقابلة، الاختبارات، المقاييس النفس - تقنية.

ومن خلال الجدولين الأخيرين، يتضح لنا بأن الواقع غير ذلك، حيث نجد بأن أغلب المعوقين المبحوثين أجابوا بأنه حقيقة تمت مقابلة مع الأخصائي النفسي عند الالتحاق بالمركز، وتقدر نسبة هؤلاء ب 98.02 %. ويتفق معهم المؤطرون، حيث أن كلهم (100 %) أجابوا بأن مثل تلك المقابلات تتم، لكن نجد وعلى العكس مما يجب أن يكون فإن الأخصائي النفسي لا يطبق مع هؤلاء المعوقين الاختبارات والمقاييس النفسية، وهذا رأي أغلب المعوقين المبحوثين، بنسبة تقدر ب 87.13 %، رغم أن أغلب المؤطرين المبحوثين أجابوا عكس ذلك، حيث صرّحوا بأن الأخصائي النفسي يطبق الاختبارات النفسية خلال مقابلاته مع المتربصين المعوقين، وتقدر نسبة هؤلاء ب 95.83 %.

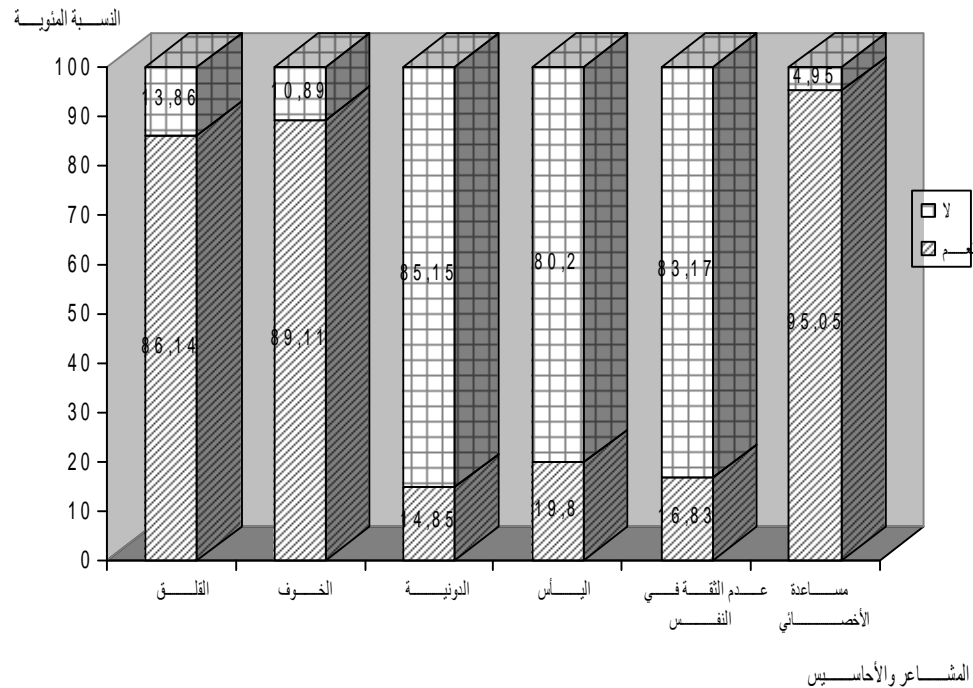
كما أن أغلب المعوقين المبحوثين ونسبتهم 98.02 % الذين أجابوا بأن الأخصائي النفسي أجرى معهم مقابلات، ولم يطبق عليهم الاختبارات والمقاييس النفسية، صرّحوا بأن الجلسة معه كانت مفيدة، ويمكن أن نرجع ذلك إلى تنفيسهم الانفعالي خلال المقابلة، واستفادتهم بالتوجيهات والإرشادات النفسية التي أفادهم بها الأخصائي النفسي.

وكنتيجة لهذين الجدولين، فإن الأخصائي النفسي بالمركز ميدان الدراسة يجري مقابلات مع المتربصين المعوقين، رغم أنه لا يطبق معهم اختبارات ومقاييس نفسية، إلا أن الجلسة هي مفيدة نفسياً لهؤلاء الذين يعانون من بعض المشكلات والحالات النفسية السلبية. (انظر: الجدول رقم 24).

جدول رقم (24)، يوضح معاناة المتربصين من بعض الأحاسيس أو المشاعر والحالات النفسية، ومساعدة الأخصائي النفسي لهم على تجاوزها أو التخلص منها.

المجموع		لا		نعم		الاحتمالات
		%	ت	%	ت	
100	101	13.86	14	86.14	87	القلق
100	101	10.89	11	89.11	90	الخوف
100	101	85.15	86	14.85	15	الدونية
100	101	80.20	81	19.80	20	اليأس
100	101	83.17	84	16.83	17	عدم الثقة في النفس
100	101	4.95	05	95.05	96	هل ساعدك الأخصائي النفسي على تجاوزها والتخلص منها؟

شكل رقم (16): معاناة المتربصين من بعض الأحاسيس والحالات النفسية ومساعدة الأخصائي النفسي.



جدول رقم (25)، يوضح شعور المؤطرين بأن المتربصين في بداية التكوين يحملون بعض الأحاسيس والحالات النفسية.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
القلق	24	100
الخوف	24	100
الدونية	23	95.83
اليأس	02	08.33
عدم الثقة في النفس	21	87.50
المتوسط الحسابي =	19	78.33

جدول رقم (26)، يوضح اعتقاد المؤطرون بأن المتربصين الذين يحملون تلك الأحاسيس هم.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
كثيرون جدا	03	12.50 %
كثيرون	17	70.83 %
قليلون	03	12.50 %
قليلون جدا	01	04.17 %
المجموع:	24	100 %

جدول رقم (27)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن المتربصين يتخلصون من تلك الأحاسيس.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
نعم، بعد فترة قصيرة	05	20.83 %
نعم، بعد فترة متوسطة	14	58.33 %
نعم، بعد فترة طويلة	03	12.50 %
لا	02	08.33 %
المجموع	24	100 %

كما سبق وأن قلنا في فصول سابقة، فإن الشخص المعوق، ونظرا لظروف ذاتية، وأخرى بيئية (عوامل البيئة المحيطة)، يعاني من بعض الحالات النفسية، وبعض المشاعر والأحاسيس السلبية، كالدونية والقلق والخوف واليأس وانعدام الثقة في النفس، وخاصة إذا فشل في بعض مراحل حياته (وخاصة مرحلة الدراسة). يضاف إليها نظرة المحيطين له ومعاملتهم له. (نظرية الذات).

لذلك وجب تدخل الرعاية النفسية، والتي تهدف إلى تحسين الحالة النفسية للمعوق، بإزالة تلك المشكلات والمشاعر والأحاسيس السلبية، وتعويضها بعكسها من الحالات النفسية والأحاسيس الايجابية، وصورة الذات الحقيقية والايجابية كذلك لديه.

ويتم ذلك من خلال تهيئة المناخ العلاجي المناسب أو إزالة العوامل والأسباب التي أدت لمثل تلك الحالات، وبطرق أخرى، تم التطرق إليها في الفصل الثالث من الدراسة. ومن خلال الجداول أرقام 24، 25، 26 و 27 يتبين لنا حقيقة بأن أغلب المتربصين المعوقين كانوا يعانون عند التحاقهم بالمركز من مشاعر وحالات نفسية سلبية. حيث أجاب من نسبتهم 86.14 %، من مجموع المعوقين المبحوثين، بأنهم كانوا يحسّون بالقلق. ويرجع ذلك إلى الخوف من المستقبل، وقلقهم على حالتهم وعلى قدراتهم في اكتساب المهنة والتمكن من التكوين والتدرّب عليها.

وقد أكد كل المؤطرين المبحوثين (100 %)، بأنه حقيقة يحمل المعوقون عند التحاقهم بالمركز لأول مرة إحساسا بالقلق على المستقبل المهني والتكويني.

كذلك فإن أغلب المعوقين، صرّحوا بأنهم كانوا يعانون من خوف، وكانت نسبة هؤلاء 89.11 % من مجتمع البحث. وكان مصدر (سبب) الخوف، هو توجههم نحو بيئة جديدة لا يعرفونها ولا يعرفون من يعمل فيها، وكيف ستكون معاملتهم لهم. ويتفق معهم في ذلك كل المؤطرون (100 %).

وفيما يخص الإحساس بالدونية وبالليأس وبانعدام الثقة بالنفس، فقد أجابت أغلب مفردات البحث من المعوقين بأنهم لم يكونوا يعانون من مثل هذه الحالات والأحاسيس، قبل التحاقهم بالمركز مباشرة، وإنما كان ذلك في المراحل الأولى من الإصابة بالإعاقة. حيث نجد بأن المؤطرين يتفقون معهم فيما يخص الإحساس باليأس، ويختلفون معهم فيما يخص الإحساس بالدونية، والذي يرى أغلبهم 95.83 % من المؤطرين المبحوثين بأن المعوقين

بالمركز يعانون من هذا الإحساس بشكل كبير، وهم يخفون ذلك أمام مؤطريهم. ونفس النسبة تقريبا منهم 87.50 %، يذكرون نفس الشيء عن الإحساس بانعدام الثقة في النفس.

كما نجد بأن نسبة عالية من المعوقين المبحوثين تقدر ب 95.05 % يرون بأن الأخصائي النفسي قد ساعدهم على التخلص من تلك الحالات النفسية وتلك الأحاسيس والمشاعر السلبية، وهذا ما يؤكد ما جاء في الجدول رقم 22، حيث صرح أغلبهم بأن الجلسة مع الأخصائي النفسي كانت مفيدة.

وفيما يخص تكرار الحالات الثلاث الأخرى (الإحساس بالدونية، باليأس، وبانعدام الثقة بالنفس)، والذي يعتبر ضئيلا، إلا أنه يهتما في هذه الدراسة، حيث يبحث بنا ذلك إلى التفكير في أن حالات بعض المعوقين معقدة نوعا ما، وتستدعي تدخلا أكثر مكثفا و منظما من طرف الأخصائي النفسي ومن طرف العاملين بالمؤسسة.

وعن سؤال وجه للمؤطرين، حول مدى كثرة هؤلاء المعوقين الذين يحملون تلك الأحاسيس عند التحاقهم بالمركز، فقد أجاب أغلبهم ونسبة 70.83 % من مجموع المؤطرين المبحوثين، بأن المعوقين الذين يحملون تلك الأحاسيس هم كثيرون. ونفس النسبة تقريبا يرون بأن هؤلاء المتربصين يتخلصون من تلك الأحاسيس بعد فترة متوسطة من التحاقهم بالمركز، وتقدر نسبة هؤلاء ب 58.33 % من المؤطرين المبحوثين.

في حين نجد بأن نسبة قليلة تقدر ب 08.33 %، أجاب أصحابها من المؤطرين بأن المعوقين المتربصين لا يتخلصون من تلك الأحاسيس، ويمكن أن يكون هذا صحيح بالنسبة لهؤلاء الذين يعانون من حدة مشكلاتهم النفسية وأحاسيسهم ومشاعرهم السلبية.

وكنتيجة لهذا الجدول، فإن أغلب المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، هم يعانون من أحاسيس ومشاعر القلق والخوف، عند التحاقهم بالمركز ويتخلصون منها بعد فترة متوسطة من ذلك، بمساعدة الأخصائي النفسي (انظر: الجدول رقم 24) وبمساعدة مختلف العاملين بالمركز طبعا (انظر: الجدول رقم 28)

وهذا ما يؤكد أهمية الرعاية النفسية، كخدمة أساسية من خدمات الرعاية للمعوقين لا يمكن إهمالها أو الاستغناء عنها.

جدول رقم (28) يوضح طبيعة معاملة العاملين بالمركز للمتربصين.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
جيدة	79	% 78.22
عادية	17	% 16.83
سيئة	05	% 04.95
المجموع	101	% 100

تعتبر طبيعة معاملة المحيطين بالفرد المعوق، عنصرا هاما من عناصر الرعاية النفسية، وخدمة أساسية من خدماتها المعنية، لهذا الأخير.

حيث كلما كانت المعاملة جيدة أو عادية كلما أثر ذلك ايجابيا على معنويات الأشخاص المعوقين، وعلى حالاتهم النفسية، العامل الذي يمكنهم من التخلص من المشاعر والأحاسيس السلبية، ويمكنهم من تحسين صورة الذات لديهم. (نظرية الذات).

كما يعتبر نظام التعامل داخل المركز نظاما (نسقا) فرعيا، ضمن النسق العام لمؤسسة الرعاية، وعليه إذا اختلّت المعاملة اختلّ نظام المؤسسة، ونقصت فعالية البرامج والمناهج التكوينية، والوسائل المستخدمة في ذلك، وهو ما يؤثر سلبا على تحقيق الأهداف المسطرة، والتي تنتهي إلى إدماج الشخص المعوق اجتماعيا ومهنيا، وتكيفه ذاتيا ونفسيا.

ويتبين من خلال الجدول أعلاه، بأن المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة، يتلقون معاملة جيدة، حيث أجاب أغلبهم ونسبة 78.22 % بذلك. وهذا ما يجعلهم يتكيفون نفسيا مع بيئة التكوين.

كما أن نسبة متوسطة تقدر ب 16.83 % من المعوقين المبحوثين، أكدوا بأنهم يتلقون معاملة عادية، من قبل العاملين بالمركز ميدان الدراسة، وذلك عامل ايجابي في سبيل تحقيق أهداف العملية التكوينية والتكيفية بصفة عامة.

غير أننا نجد بأن نسبة ضئيلة جدا تقدر ب 04.95 % من أفراد مجتمع الدراسة صرّحوا بأنهم يتلقون معاملة سيئة، ويمكن أن يرجع ذلك إلى سوء تفاهم واقع بينهم، يمكن أن تعالجه إدارة المركز، بتدخل من الأخصائي النفسي، أو المساعد الاجتماعي، في غياب الأخصائي الاجتماعي، الذي يمكن أن يلعب دورا هاما في سبيل تنظيم مجتمع المركز،

وخدمة جماعة العاملين، وجماعة المتربصين. (ارجع إلى ادوار الأخصائي الاجتماعي في الفصل الثالث).

كما يمكن أن يرجع ذلك إلى النظام الداخلي المفروض بالمركز، وخاصة خلال الليل، حيث يتعامل المتربصون مع المربين الليليين، الذين يفرضون عليهم نظاما لا يتقبله كل المعوقين.

**جدول رقم (29) يوضح استفادة المتربصين في المركز
من فترات ترويحوية عن النفس.**

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
دائما	85	% 84.16
أحيانا	11	% 10.89
نادرا	05	% 04.95
أبدا	00	% 00
المجموع	101	% 100

**جدول رقم (30) يوضح تقييم المؤطرين لمستوى خدمات "الرعاية
النفسية" التي يستفيد منها المتربصون بالمركز.**

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
مستوى ممتاز	19	% 79.17
مستوى جيد	03	% 12.50
مستوى متوسط	01	% 04.17
مستوى رديء	01	% 04.17
المجموع	24	% 100

يعتبر الترويح عن النفس عنصرا هاما من عناصر الرعاية النفسية، وخدمة أساسية من خدمات الرعاية للمعوقين، حيث أننا نعلم بأن فترات الترويح عن النفس هي ضرورية للأفراد العاديين (غير المعوقين)، من أجل تغيير أجواء العمل والجد، إلى أجواء المتعة

والمرح النفسي، وذلك مفيد في سبيل إعادة شحن الطاقات ونسيان المشكلات التي يعاني منها الأفراد. (انظر: الحاجة إلى الترويح، في الفصل الثالث).

وما دامت هي كذلك بالنسبة للأفراد العاديين، فهي إذن أكثر من ذلك بالنسبة للأفراد المعوقين، حيث أن هؤلاء يتميزون بتفكيرهم المستمر عن إعاقاتهم، وعن مستقبلهم وعن حالتهم الاجتماعية والعلائقية، الأمر الذي يجعلهم في شرود مستمر، وقلق دائم، خاصة في الأوقات الحرجة، كأوقات الامتحانات مثلاً.

لذلك يتوجب على إدارة المؤسسة التي تتكفل بهذه الشريحة من المجتمع، أن تبرمج فترات للترويح عن النفس، وتغيير الأجواء الاجتماعية الرسمية والمضبوطة، إلى أجواء المرح والتفريغ النفسيين. (انظر: نشاطات المركز، في الفصل الأول).

ومن خلال الجدولين الأخيرين، يتضح بأن المتربصين المعوقين المتواجدين بالمركز ميدان الدراسة، هم يستفيدون من فترات ترويحية عن النفس. حيث أجاب أغلب المبحوثين من المعوقين بأنهم يستفيدون في المركز من فترات ترويحية عن النفس دائماً، وقد قدرت نسبة هؤلاء 84.16% من مجتمع الدراسة. حيث تكون هذه الفترات بعد أوقات الدراسة والتكوين، خاصة في النادي أو في قاعة الرياضة المكيفة حسب خصوصياتهم، أو في قاعة الشطرنج، حيث وفرت إدارة المركز كل ذلك في سبيل توفير جو من الراحة النفسية والمتعة لهؤلاء المتربصين الذين هم في أمس الحاجة لمثل هذه الفترات من الترويح عن النفس. (ارجع إلى هياكل المركز، في الفصل الأول).

ونجد بأن نسبة قليلة تقدر ب 10.89 % من مجموع المعوقين المبحوثين أجابوا بأنهم يستفيدون من فترات للترويح عن النفس أحياناً، وآخرون تقدر نسبتهم ب 04.95 % أجابوا بأنهم نادراً ما يستفيدون منها.

ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم تكيفهم مع بيئة المركز، ويلعب عامل الوقت في ذلك دوراً أساسياً. ولا نجد أي أحد من المعوقين المبحوثين، يجيب بأنه لا يستفيد من فترات الترويح عن النفس، وهذا دليل على اهتمام المركز بهذا العنصر الأساسي من عناصر الرعاية النفسية للمعوقين.

وعن سؤال طرح على المؤطرين بالمركز، حول تقييمهم لمستوى الرعاية النفسية بالمركز، والتي يتلقاها المتربصون المعوقون، أجاب هؤلاء بأغلبية بأن المستوى هو ممتاز،

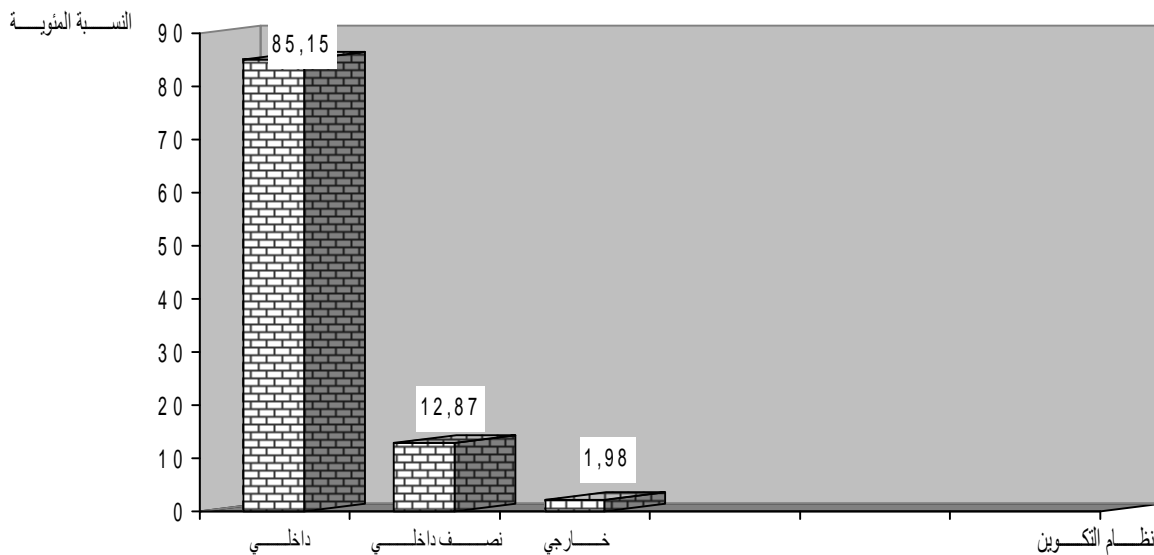
حيث قدرت نسبتهم ب 79.17 %. وهم يرجعون ذلك -ويتفق معهم الباحث- إلى وعي العاملين بالمركز بدورهم في التكفل النفسي بهذه الفئة الهشة نفسيا واجتماعيا. (انظر: الجدول رقم 28). وهذا ما جعل العلاقات الاجتماعية السائدة بالمركز تتجه وجهة ايجابية، وجهة التضامن والتآزر، والمحبة والعطف، والتفهم المتبادل، وهذا عامل ايجابي في سبيل تحقيق التكيف النفسي والذاتي للمعوقين، من أجل إدماجهم اجتماعيا ومهنيا.

4- خدمات الرعاية الاجتماعية وإشباع الحاجات الاجتماعية للمعوقين:

جدول رقم (31)، يوضح نظام تكوين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
داخلي	86	% 85.15
نصف داخلي	13	% 12.87
خارجي	02	% 01.98
المجموع	101	% 100

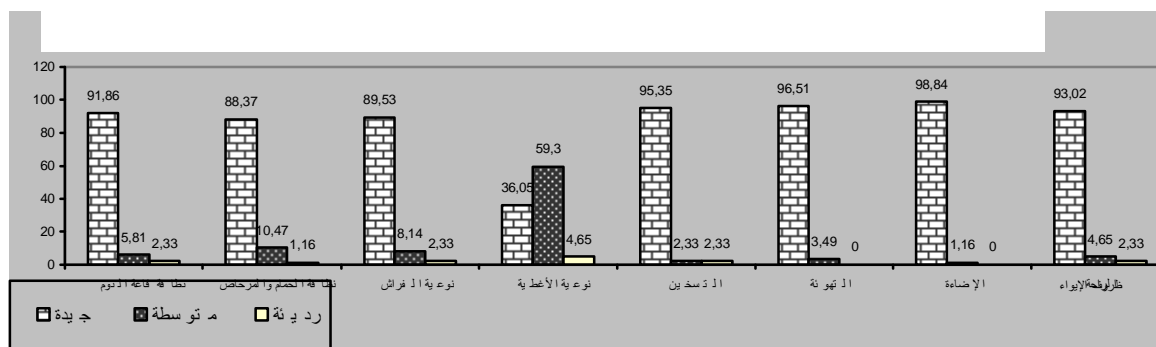
شكل رقم (17): نظام التكوين



جدول رقم (32) يوضح ظروف إيواء المتربصين بالمركز.

ظروف الإيواء		جيدة		متوسطة		رديئة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت
نظافة قاعة النوم	79	91.86	05	05.81	02	2.33	86	100	
نظافة الحمام والمرحاض	76	88.37	09	10.47	01	1.16	86	100	
نوعية الفراش	77	89.53	07	8.14	02	2.33	86	100	
نوعية الأغذية	31	36.05	51	59.30	04	4.65	86	100	
التدفئة	82	95.35	02	02.33	02	2.33	86	100	
التهوية	83	96.51	03	03.49	00	00	86	100	
الإضاءة	85	98.84	01	01.16	00	00	86	100	
الراحة	80	93.02	04	04.65	02	2.33	86	100	
المتوسط الحسابي =	74	86.05	10	11.63	02	2.33	86	100	

شكل رقم (18): ظروف الإيواء بالمركز



إن من أهم العوامل تأثيراً على إقبال المتربصين على المركز، وعلى مدى حبهم للتكوين به، هي ظروف الإيواء، بما تتضمنه من عناصر مادية وفيزيائية أولية لا يجب إهمالها، وتجب العناية بها كثيراً.

فالمرقد والحمام والتدفئة والإضاءة والراحة، هي أمور يهتم بها أي فرد مهما كان، لكن بالنسبة للأشخاص المعوقين فهي أكثر من ضرورة، نظراً لظروفهم الصحية،

ولخصوصيات إعاقاتهم، وعليه وجب تهيئة كل ذلك حسب ما يتميز به كل معوق من ظروف وقدرات حركية وحسية.

ومن خلال نتائج الجدول رقم 31، يتضح بأن نسبة كبيرة من المتربصين المعوقين المتواجدين بالمركز ميدان الدراسة، وهي تقدر ب 85.15 % هم يتبعون النظام الداخلي. أما نسبة 12.87 % من مجموع مفردات مجتمع البحث يتبعون نظام نصف الداخلي. وأخيرا فإن من يتبعون النظام الخارجي، نسبتهم جد ضئيلة، وهي تقدر ب 01.98 %، من مجموع المعوقين المبحوثين. وذلك راجع إلى أن أغلب المعوقين يقطنون مناطق بعيدة عن المركز، الذي يعتبر مركزا وطنيا، ويقصده (يقبل عليه) المتربصون من مختلف ولايات الوطن. الأمر الذي يجعلهم يتبعون النظام الداخلي، وبالتالي يخضعون لظروف الإيواء بالمركز لمدة طويلة خلال فترة التكوين.

وتبين النتائج المتضمنة في الجدول رقم (32)، بأن نسبة معتبرة من المعوقين المبحوثين الداخليين، وهي تقدر ب 91.86 %، صرّحوا بأن نظافة قاعة النوم هي جيدة. وهذا ما رصده الباحث في الواقع بفضل زيارته وملاحظته لقاعات النوم. في حين نجد بأن نسبة 05.81 % صرّحوا بأن نظافة قاعة النوم هي متوسطة. أما من نسبتهم 02.33 % من مجموع المبحوثين الداخليين -وهي نسبة ضئيلة جدا- فقد صرّحوا بأن نظافة قاعة النوم هي رديئة. ويرجع بعض المؤطرين الذين أجرينا معهم مقابلات غير مقننة، ذلك إلى الظروف الصحية والحركية والتحركية لهؤلاء المعوقين، والتي لا تسمح لهم بالاعتناء دائما بقاعات النوم، رغم مرور المنظفات كل يوم عليها من أجل تنظيفها.

وفيما يخص نظافة الحمام والمرحاض، فقد أكد أغلب المستجوبين الداخليين وبنسبة تقدر ب 88.37 % بأنها جيدة، وذلك راجع إلى الاعتناء الدائم بها من طرف المنظفات. وقد لاحظ الباحث بنفسه ذلك في الميدان.

أما فيما يخص نوعية الفراش، فقد أكد أغلب المستجوبين بأنها جيدة، وتقدر نسبة هؤلاء ب 89.53 %. ويرجع ذلك إلى تجديد الأفرشة مؤخرا في كل قاعات النوم، وهذا عامل ايجابي يساهم في التكيف النفسي والفيزيقي للمعوق. ولقد تأكدنا من ذلك ميدانيا بفضل استخدام الملاحظة.

كما يؤكد أغلب المبحوثين الداخليين وبنسبة عالية (59.30 %) بأن نوعية الأغذية هي متوسطة، ويرجع ذلك إلى قدمها، وعدم تجديدها. وفيما يخص التدفئة، فإن أغلب المبحوثين الداخليين، أكدوا بأنها جيدة، حيث قدرت نسبة هؤلاء بـ 95.35 %.

أما فيما يخص التهوية، فيرى كذلك أغلب المبحوثين بأنها جيدة، وتقدر نسبة هؤلاء بـ 96.51 % من المعوقين الداخليين، حيث تتوفر النوافذ في كل القاعات، ويحبذ هؤلاء لو توفرت المكيفات الهوائية في فصل الصيف، لكن الأمر أحسن.

كذلك فإن أغلب المبحوثين من المتربصين المعوقين الداخليين، أكدوا بأن الإضاءة هي جيدة، وقد قدرت نسبة هؤلاء بـ 98.84 %.

وأخيرا وفيما يخص الراحة، فإن أغلب المعوقين أكدوا بأنها جيدة، رغم إزعاج بعض الزملاء في الليل، وقد قدرت نسبة هؤلاء بـ 93.02 %.

وكنتيجة لهذا الجدول فإن أغلب المبحوثين أكدوا بأن الظروف الفيزيكية لإيوائهم بالمركز ميدان الدراسة هي جيدة، وتساعدهم بالتالي على متابعة تكوينهم بصفة عادية، وهذا ما يساعدهم كذلك على تكيفهم النفسي والاجتماعي مع بيئة التكوين، حيث أن المتوسط الحسابي للتقييم (جيدة) هو مرتفع حيث بلغ 86.05 %. وتؤكد ذلك نتائج الملاحظة التي طبقها الباحث في الميدان.

جدول رقم (33)، يوضح تقييم المتربصين لظروف الإطعام بالمركز.

ظروف الإطعام بالمركز		جيدة		متوسطة		رديئة		المجموع	
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
38	37.62	63	62.38	00	00	101	100		
88	87.13	13	12.87	00	00	101	100		
42	41.58	59	58.42	00	00	101	100		
44	43.56	57	56.44	00	00	101	100		
53	52.48	48	47.52	00	00	101	100		

يجب أن يتوفر كل مركز متخصص في رعاية وتأهيل الأشخاص المعوقين، على مطعم، هذا الأخير يجب أن يتوفر على شروط النظافة والصحة، وان يقدم وجبات للمتربصين، تكون كافية من حيث الكم والكيف، ومن حيث القيمة الغذائية، التي يجب أن تتوافق كذلك مع الخصوصيات الجسمية للمعوقين. كذلك فإن المأكّل والمشرب، يعتبران من الحاجات الأولية لأي شخص، سواء أكان معوقاً أو غير معوق، وإذا تم إشباعها بصفة عادية ومقبولة، فإن ذلك يؤثر إيجابياً في إشباع بعض الحاجات الثانوية النفسية والاجتماعية، حيث يحسّ الشخص بالأمان وبالراحة وبقوة الجسم. (ارجع إلى خدمات المعوقين، في الفصل الثالث).

من خلال نتائج الجدول، يتضح بأن، مستوى المطعم على العموم بالمركز متوسط، حيث أكد الكثير من المعوقين المبحوثين، بنسبة 62.38 %، بأن النظافة العامة للمطعم هي متوسطة، وهم يرجعون ذلك إلى ثقافة اللامبالاة السائدة في المجتمع ككل.

وفيما يخص كمية الوجبة، فإن أغلب المتربصين المبحوثين، وبنسبة 87.13 %، قد أكدوا على أنها جيدة، رغم أن نسبة معتبرة، وهي تقدر بـ 58.42 %، أكد أصحابها بأن نوعية الوجبة هي متوسطة، ونفس النسبة تقريبا (56.44) % من المعوقين المبحوثين، أكدوا كذلك بأن القيمة الغذائية للوجبة هي متوسطة. ذلك راجع لتكرار وجبات العجائن كثيرا، وهي غير مفيدة كثيرا لجسم الإنسان.

ولا نجد أي احد من المبحوثين، يجيب بأن ظروف الإطعام هي رديئة، وهذا عامل إيجابي، يساهم في إقبال المتربصين على المركز، وحبهم للتكوين فيه، وفي تكيفهم النفسي والاجتماعي. رغم ذلك فإننا ندعو إدارة المركز إلى تحسين نوعية الوجبات الغذائية المقدمة للمعوقين، وتحسين النظافة العامة للمطعم، لأن ذلك يدخل في إطار الرعاية النفسية والاجتماعية والرعاية التكوينية للمعوقين.

وبحساب المتوسط الحسابي لتكرار التقييم لكل عنصر من العناصر المحددة ضمن ظروف الإطعام، فإننا نجده معتبرا في قيمة (متوسطة) حيث بلغ 47.52 %. وقد تأكد الباحث بنفسه من ذلك في الميدان من خلال تناول وجبات لمرات عديدة بالمركز، حيث تمت معاينة حالة المطعم ومستوى الإطعام.

**جدول رقم (34)، يوضح هل يجد المتربصون بأن مكتبة المركز
ثرية بالمراجع والكتب؟ ومدى استفادتهم منها؟**

هل يستفيدون من المكتبة المكتبة ثرية بالمراجع والكتب.		دائماً		أحياناً		نادرًا		أبداً		المجموع	
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
67	66.34	12	11.88	09	8.91	00	00	00	00	88	87.13
07	06.93	04	03.96	02	01.98	00	00	00	00	13	12.87
74	73.27	16	15.84	11	10.89	00	00	00	00	101	100

تعتبر المكتبة من بين خدمات الرعاية الاجتماعية التي يجب أن تتوفر للمعوقين المتربصين بالمركز. حيث أن هؤلاء بحاجة إلى الإطلاع على الكتب والمراجع المتوفرة بها، من أجل إشباع الفضول العلمي والمعرفي، والتمكن من توسيع المعارف المكتسبة وتنميتها، وبالتالي توسيع الثقافة العامة لهم. إلى جانب تدعيم المعارف النظرية والتطبيقية التي يكتسبونها خلال عملية التعليم والتكوين. لأنه وكما نعلم فإنه مهما كانت تلك المعارف مفيدة وواسعة، لا يمكن أن تكون كافية من أجل تكوين جيد وفعال للمعوقين المتربصين.

إلى جانب كل ذلك فإن المكتبة تعتبر فضاء واسعا لقضاء وقت الفراغ والترويح عن النفس، وتنمية المواهب. (ارجع إلى الحاجات المعرفية في الفصل الثالث). فكلما كانت ثرية بالمراجع والكتب، كلما تمكن المتربصون من الاستفادة منها بصورة جيدة وفعالة.

والجدول الأخير يوضح بأن مكتبة المركز هي ثرية بالمراجع والكتب. حيث نجد بأن نسبة جد معتبرة من المعوقين المبحوثين وتقدر ب 87.13 % أجابوا بأن ذلك موجود في الواقع. أما النسبة القليلة (12.87 %) منهم فهم يرون غير ذلك. ويمكن أن يرجع ذلك إلى تطلعاتهم الواسعة إلى مكتبة أكثر ثراء بالمراجع والكتب، ويمكن كذلك أن يكونوا من الذين لم يجدوا ضالتهم من مراجع متخصصة (مرتبطة بتخصصهم) بالمكتبة، وهذا ما يجب أن تأخذه بعين الاعتبار إدارة المركز.

وفيما يخص مدى استفادة المتربصين من المكتبة، فإن نسبة من أجابوا بـ "نعم" هي 66.34%، بينما 33.66% من المتربصين أجابوا بـ "لا". وتوزع بين من يستفيدون دائماً من خدماتها، وبين من يستفيدون أحياناً، وآخرون نادراً ما يستفيدون منها.

حيث أن نسبة 66.34% من المتربصين المبحوثين يؤكدون بأنهم يستفيدون دائماً من المكتبة، وهم من الذين أجابوا بـ "نعم" هذه الأخيرة.

أما نسبة 11.88% من هؤلاء، فهم يستفيدون أحياناً فقط من المكتبة، وأخيراً فإن نسبة 8.91% منهم نادراً ما يستفيدون من المكتبة.

وفيما يخص من أجابوا بعدم ثراء المكتبة بالمراجع والكتب، فإنهم يتوزعون كما يلي: نسبة 6.93%، هم يستفيدون دائماً من خدمات المكتبة. أما نسبة 3.96% فهم يستفيدون أحياناً.

وأخيراً فإن من لا يستفيدون من خدمات المكتبة إلا نادراً، فإن نسبتهم 1.98% من مجموع المتربصين المبحوثين الذين أجابوا بعدم ثراء المكتبة.

وإذا قمنا بقراءة الجدول عمودياً، فإننا نجد بأن المتربصين المعوقين المبحوثين، يتوزعون حسب مدى استفادتهم من المكتبة، كما يلي:

نسبة كبيرة تقدر بـ 73.27% منهم، يستفيدون دائماً من خدمات المكتبة. ونسبة صغيرة تقدر بـ 15.84%، يستفيدون أحياناً فقط. وأخيراً فإن نسبة ضئيلة جداً تقدر بـ 10.89% من مجموع أفراد مجتمع الدراسة، لا يستفيدون من خدمات المكتبة إلا نادراً.

ولا نجد أي متربص مبحوث لا يستفيد أبداً من خدمات المكتبة. وكل ذلك يدل على وعي المبحوثين (المعوقين) بأهمية التردد على المكتبة والاستفادة من خدماتها، وبأهمية المطالعة والتثقيف والتكوين الذاتي. كما يدل على طموحهم في الترقى العلمي والنمو المعرفي، وهذا ما يؤكد تفهمهم الذاتي والمهني والاجتماعي.

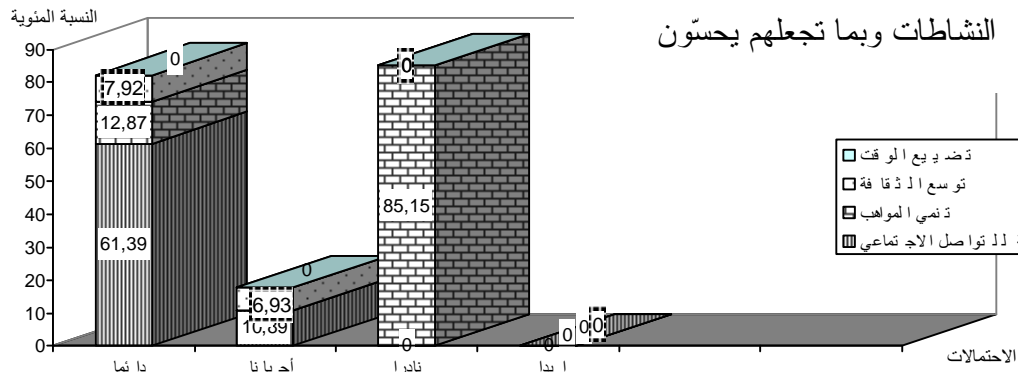
وبالتالي يجب تشجيعهم، من خلال توفير مراجع وكتب أكثر حداثة وأكثر تخصصاً، لتكون الاستفادة كاملة وشاملة لجميع المعوقين، وفي جميع التخصصات التكوينية.

وقد عاين الباحث ميدانياً مكتبة المركز، حيث طبق الملاحظة وتأكد بفضلها من ثرائها بالمراجع وفي شتى التخصصات. كما تمت معاينة قاعة الأبحاث التي تتوفر على عدد معتبر من أجهزة الإعلام الآلي الموصلة بشبكة الانترنت، وهي مفتوحة للمتربصين وللمؤطرين.

جدول رقم (35)، يوضح مشاركة المتربصين في النشاطات الثقافية والترفيهية والرياضية التي ينظمها المركز. وبما تجعلهم تلك النشاطات يحسّون؟(*)

النشاطات تجعلك تحس بأنها المشاركة في النشاطات		فرصة للتواصل الاجتماعي		تنمي مواهبك		توسع ثقافتك		تضييع وقتك دون فائدة		المجموع	
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
دائما	62	61.39	13	12.87	08	7.92	-	-	83	82.18	
أحيانا	11	10.89	00	00	07	6.93	-	-	18	17.82	
نادرا	00	00	00	00	00	00	-	-	00	00	
أبدا	00	00	00	00	00	00	-	-	00	00	
المجموع	73	72.28	13	12.87	15	14.85	-	-	101	100	

شكل رقم (19): مشاركة المتربصين في النشاطات وبما تجعلهم يحسّون



تعتبر النشاطات الثقافية والترفيهية والرياضية، على جانب كبير من الأهمية، كخدمة من خدمات الرعاية الاجتماعية، التي يقدمها المركز للمعوقين المتربصين به. وذلك يرجع لأثرها الايجابي في تنمية شخصية هؤلاء، وخاصة من جانبها البيولوجي والنفسي والاجتماعي. حيث أنها تعتبر فرصة لهؤلاء المعوقين، ينمون من خلالها قدراتهم الحركية

(*) تم اختزال وحصر مختلف النشاطات التي طرحت حولها الأسئلة الفرعية للسؤال رقم 32، في جدول واحد نظرا إلى أن إجابات المعوقين كانت متماثلة في مختلف النشاطات (ثقافية - ترفيهية - رياضية)، فيما يتعلق بالمشاركة أو بالاحساس.

والحسية، وقدراتهم العقلية والمعرفية، إلى جانب نموهم النفسي، من خلال التخلص من بعض الحالات النفسية السلبية التي يحملونها (انظر: الجدول رقم 24)، كالخوف والقلق وانعدام الثقة في النفس والانطواء والعزلة. كما أنها تعتبر فرصة لهم من أجل الاحتكاك ببعضهم البعض والمشاركة في تفاعل اجتماعي ايجابي وهاذف إلى تنمية روح التواصل وحب التفاعل مع الغير. وبالتالي تنمية روحهم الاجتماعية، والجانب العلائقي من شخصياتهم. (انظر: الحاجات الاجتماعية للمعوقين في الفصل الثالث).

ويتضح من الجدول بأن أغلب المعوقين المتربصين المبحوثين، ونسبتهم 82.18 % هم يشاركون دائماً في النشاطات التي ينظمها المركز، وهذه النسبة تتوزع كما يلي:

نسبة 61.39 % تجعلهم تلك النشاطات يحسّون بأنها فرصة للتواصل الاجتماعي، أما نسبة 12.87 % تجعلهم تلك النشاطات يحسّون بأنها تنمي مواهبهم. في حين نجد بأن من نسبته 07.92 %، تعمل تلك النشاطات التي ينظمها المركز على توسيع ثقافتهم.

أما المتربصون الذين يشاركون في النشاطات المنظمة من طرف المركز أحياناً، فنسبتهم صغيرة، وهي تقدر ب 17.82 % من مجموع المعوقين المبحوثين، ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم اهتمامهم بمثل هذه النشاطات، وعدم ميلهم لها، أو يمكن أن يرجع ذلك لعدم أهمية تلك النشاطات بالذات في نظرهم. ونجد بأنهم يتوزعون كما يلي حسب ما تجعلهم تلك النشاطات يشعرون به:

نسبة 10.89 % تجعلهم تلك النشاطات يشعرون بأنها فرصة للتواصل الاجتماعي، في حين أن من توسع ثقافتهم فنسبتهم 06.93 %. ولا نجد من يرى بأن تلك النشاطات تنمي مواهبه، أو أنها تضيع وقته دون فائدة.

ولا نجد من بين المعوقين المبحوثين من لا يشارك في النشاطات التي ينظمها المركز إلا نادراً، أو أبداً. وهذا مؤشر ايجابي عن مدى اهتمام هؤلاء بمثل تلك النشاطات، ومدى وعيهم بأهميتها التنموية لشخصياتهم بيولوجياً، حسياً، نفسياً واجتماعياً.

وإذا ما قرأنا الجدول عمودياً، فإننا نجد، بأن نسبة من أجابوا بأن تلك النشاطات تجعلهم يشعرون بأنها فرصة للتواصل الاجتماعي هي مرتفعة، حيث بلغت 72.28 % من مجموع المبحوثين.

في حين نجد بأن نسبة من تنتمي تلك النشاطات مواهبهم، هي قليلة نوعاً ما، حيث بلغت 12.87 %، وهذا يرجع احتمالاً إلى عدم تضمن البرامج لما ينمي المواهب. أما من توسع تلك النشاطات ثقافتهم، فقد بلغت نسبتهم 14.85 %، ويمكن أن يرجع ذلك إلى المسابقات الثقافية التي ينظمها المركز.

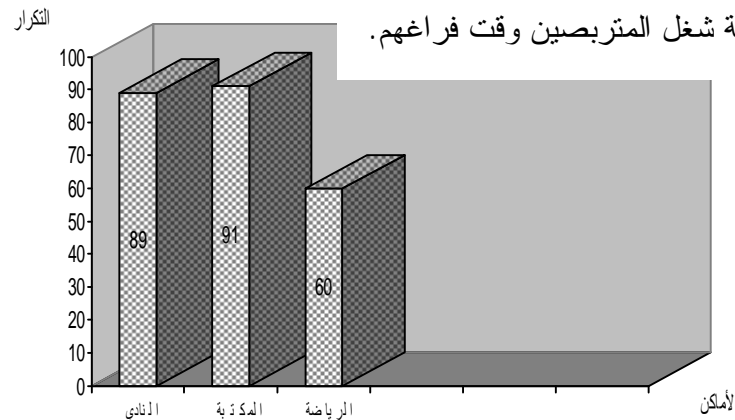
في حين نجد أن من تضيع تلك النشاطات وقتهم بدون فائدة، هم منعدمون، وذلك دليل على مدى أهمية تلك النشاطات المنظمة من طرف المركز، وفائدتها.

وكنتيجة لهذا الجدول، فإننا نقول بأن أغلب المعوقين المبحوثين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة، يشاركون دائماً أو أحياناً في النشاطات التي ينظمها هذا الأخير، وهم يستفيدون منها نفسياً، وتنمي ثقافتهم. وعلى إدارة المركز تنظيم نشاطات تهدف إلى كشف المواهب وتنميتها واستثمارها.

جدول رقم (36)، يوضح كيفية شغل المتربصين وقت فراغهم.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
في النادي	89	88.12 %
في المكتبة	91	90.10 %
في الرياضة	60	59.41 %
المتوسط الحسابي	80	79.21 %
لا تعرف كيف تشغله	08	07.92 %

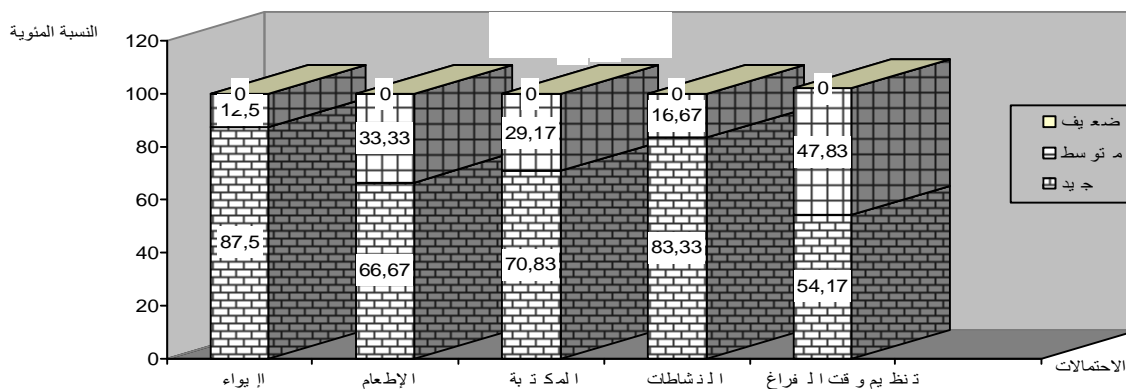
شكل رقم (20): كيفية شغل المتربصين وقت فراغهم.



جدول رقم (37)، يوضح تقييم المؤطرين لمستوى خدمات "الرعاية الاجتماعية" المقدمة للمتربصين بالمركز.

المجموع	ضعيف		متوسط		جيد		
	ت	%	ت	%	ت	%	
الإيواء	24	100	00	12.50	03	87.50	21
الإطعام	24	100	00	33.33	08	66.67	16
المكتبة	24	100	00	29.17	07	70.83	17
النشاطات	24	100	00	16.67	04	83.33	20
تنظيم وقت الفراغ	24	100	00	45.83	11	54.17	13
المتوسط الحسابي	24	100	00	25.00	06	75.00	18

شكل رقم (21): تقييم المؤطرين لمستوى خدمات الرعاية الاجتماعية



إن تنظيم وقت الفراغ، هو أساسي لأي فرد في المجتمع، ذلك أن الوقت من ذهب ويجب بالتالي استثماره في سبيل الاستفادة القصوى منه، التي يجب أن تمس جميع جوانب شخصيته، بيولوجيا بممارسة الرياضة، نفسيا بالترويح عن النفس والإحساس بالثقة في النفس عند النجاح في مختلف النشاطات التي يمارسها، واجتماعيا من خلال التواصل الاجتماعي الايجابي مع الآخرين والاحتكاك بهم وتبادل الخبرات بينهم (ارجع إلى الفصل الثالث).

وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للأفراد العاديين، فإنه أهم من ذلك بالنسبة للأفراد المعوقين. حيث أن هؤلاء يحسّون بالعزلة، ويعانون من بعض المشاعر والحالات النفسية السلبية، التي تزيد حدّتها كلما كانوا منعزلين، خلال وقت الفراغ خارج الدراسة والتكوين. لذلك وجب تنظيم أوقات فراغهم، وجعلهم يعيشون حياة مفيدة في كل مراحلها وأوقاتها (جون ديوي) والتخلص من التفكير في الإعاقة وفي المستقبل المهني والاجتماعي. والنتائج المتضمنة في الجدول، تؤكد بأن أغلب المعوقين، يعرفون كيف يشغلون أوقات فراغهم. حيث نجد بأن المتوسط الحسابي لهؤلاء هو كبير حيث بلغ (80) أي بنسبة 79.21%.

إن قضاء وقت الفراغ في النادي تكرر 89 مرة، أي بنسبة 88.12 % من المعوقين المبحوثين، لما يوفره من فرص متابعة البرامج التلفزيونية، ولعبة الشطرنج، التي تنمي الذكاء، وفرص الاحتكاك والتواصل بالآخرين. وقد تكرر قضاء وقت الفراغ في المكتبة، بنسبة 90.10 % من المعوقين المبحوثين، وذلك جد مهم في سبيل تنمية ثقافتهم وتوسيع معارفهم. وهي تقارب النسبة من الذين أجابوا في الجدول السابق رقم 34، بأنهم يستفيدون دائما من خدمات المكتبة.

في حين نجد بأن قضاء وقت الفراغ في الرياضة قد تكرر بنسبة متوسطة قدرها 59.41 % من المعوقين المبحوثين، وذلك يمكن أن يرجع لعدم قدرة هؤلاء على ممارسة الرياضة يوميا، وفي أي وقت، نظرا لخصوصيات قدراتهم البيولوجية والحركية والحسية، مع العلم بأن المركز يوفر فرصا كبيرة لممارسة الرياضة لكل أنواع الإعاقات (حركية، سمعية، بصرية).

وتجدر الإشارة إلى أننا لا نجد كثيرا من المعوقين من لا يعرفون كيف يقضون أوقات فراغهم، حيث قدرت نسبة هؤلاء ب 07.92 من مجموع المبحوثين. ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم توجيههم وإرشادهم إلى سبل وكيفيات قضاء وقت الفراغ، أو عدم الاهتمام بهم (عدم تشخيصهم) من طرف الأخصائي النفسي بالمركز، في غياب الأخصائي الاجتماعي، الذي يمكن أن يؤدي هذا الدور بتطبيقه لطرق خدمة الفرد والجماعة، في مجال تنظيم وقت الفراغ، الذي يعتبر خدمة اجتماعية في بالغ الأهمية (ارجع إلى طرق الخدمة الاجتماعية وادوار الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المعوقين، في الفصل الثالث).

وعن سؤال طرح على المؤطرين بالمركز، حول تقييمهم لمستوى خدمات "الرعاية الاجتماعية" التي يقدمها المركز للمتربصين المعوقين، فقد أجاب أغلبهم بأن المستوى هو جيد وقد قدرت نسبة هؤلاء بـ 75 % من مجموع المؤطرين المبحوثين. في حين نجد أن من يقيمون مستوى خدمات الرعاية الاجتماعية بالمتوسط، نسبتهم صغيرة حيث قدرت بـ 25 %، ولا نجد من يقيم المستوى بالضعيف. وهذا ما يؤكد بأن المركز ميدان الدراسة، يقدم خدمات رعاية اجتماعية بمستوى مقبول، يمكن أن يساهم في التكيف النفسي والاجتماعي والمهني للمعوقين المتربصين، هذا رغم تسجيل النقص في النظافة العامة للمطعم، وفي تنظيم وقت الفراغ لبعض هؤلاء. وذلك ما يؤكد النتائج التي تضمنتها الجدولين رقمي 33 و36 والخاصة بإجابات المعوقين.

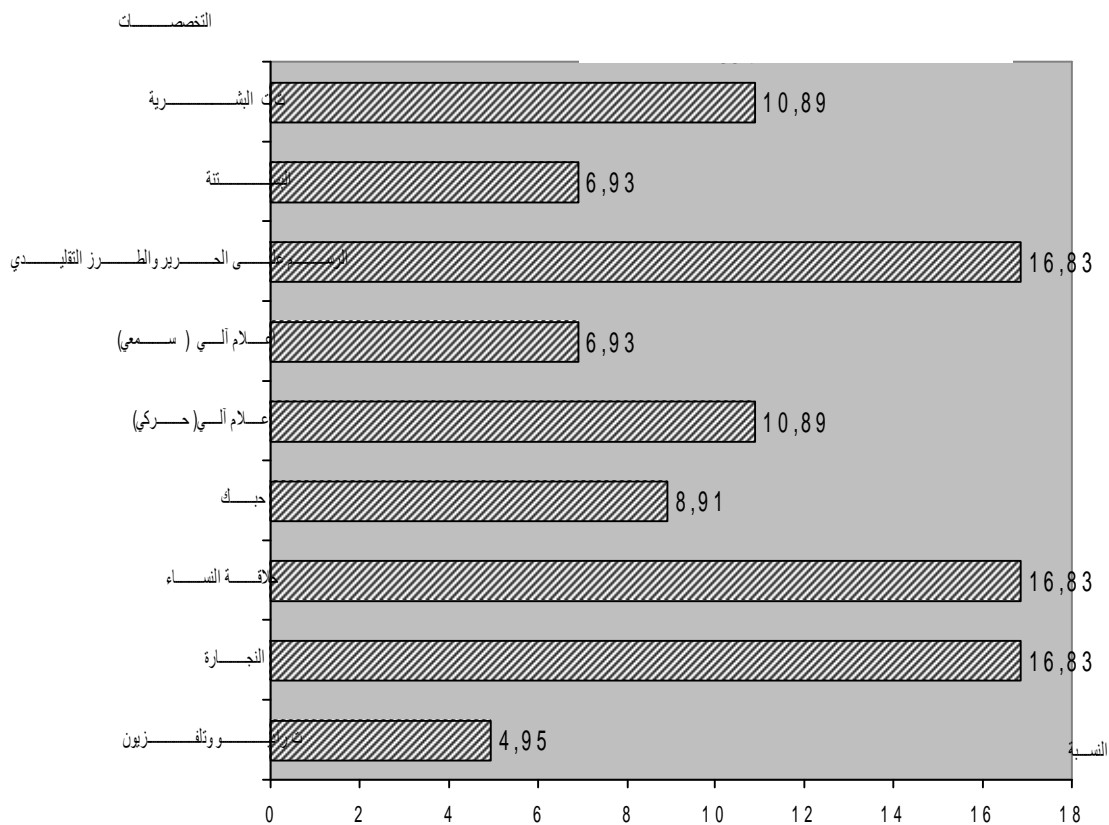
5- خدمات الرعاية التكوينية المهنية وإشباع الحاجات التكوينية للمعوقين:

أ- الاختيار والتوجيه المهني:

جدول رقم (38)، يوضح فرع التكوين (التخصص) الذي يزاوله المتربصون بالمركز.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
تصليح وتركيب الراديو والتلفزة	05	04.95 %
النجارة التأثيثية	17	16.83 %
حلاقة النساء	17	16.83 %
حبك	09	08.91 %
إعلام آلي (حركي)	11	10.89 %
إعلام آلي (سمعي)	07	06.93 %
الرسم على الحرير والطرز التقليدي	17	16.83 %
البستنة التزيينية	07	06.93 %
تسيير الموارد البشرية	11	10.89 %
المجموع	101	100 %

شكل رقم (22): التكوين (التخصص) الذي يزاوله المتربصون



إن نوع المهنة (التخصص المهني) التي يتكون فيها الشخص، يجب أن تتوافق ونوع ودرجة إعاقته. فهناك من التخصصات ما يصلح للمعوقين حركيا، ولا يصلح للمعوقين بصريا أو سمعيا، وكذلك هناك من التخصصات ما يصلح لهؤلاء، ولا يصلح لغيرهم. كما يجب أن تتوافق المهنة مع ميولات واهتمامات المعوق، ومع قدراته الجسمية، الحركية، الحسية والعقلية. (انظر: الاتجاه النفسي، ونظرية النمو المهني).

ولا يمكن أن يكون ذلك، دون توجيه مهني مؤسس على أسس علمية وموضوعية. (انظر: الجدولين رقمي 39 و40).

ويتضح من خلال النتائج المتضمنة في الجدول الأخير، بأن المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة، هم يتوزعون على عدد من التخصصات المهنية، وهو ما يزيد من احتمالات توافق تلك التخصصات مع إعاقاتهم ومع قدراتهم الجسمية والشخصية ككل. (انظر: الجدولين رقمي 39 و40).

فلقد أفصحت البيانات الإحصائية بأن المهن التي يقبل عليها المعوقون أكثر تتمثل في: النجارة التأثيثية، حلاقة النساء والرسم على الحرير والطرز التقليدي. ولقد تساوت نسبة هؤلاء الذين يزاولون التكوين في هذه التخصصات حيث بلغت 16.83 % في كل منهم. وتفسير ذلك هو أن التخصيصين الأخيرين يقبل عليهما الإناث أكثر من الذكور، نظرا إلى خصوصيات هذه المهن، وإلى ثقافة المجتمع الجزائري، رغم أن ذلك لا يمنع من توجه بعض الذكور إلى التكوين في مثل هذه المهن.

أما الذين يتبعون التكوين في تخصص تصليح وتركيب الراديو والتلفزة، فنسبتهم جد ضئيلة، وقد بلغت 04.95 % من مجموع المعوقين المبحوثين. وقد ارجع ذلك بعض المؤطرين الذين أجرينا معهم مقابلات، إلى ما يتطلبه هذا التخصص من دقة حركية وعقلية، وهذا ما لا يتوفر لدى الكثير من المعوقين.

أما من يزاولون التكوين في تخصص الحبك (النسيج بالصوف)، فقد كانت نسبتهم كذلك ضئيلة، حيث بلغت 8.91 % من أفراد مجتمع الدراسة. حيث أن هذا التخصص، يهتم به أكثر الإناث، على عكس الذكور الذين يتوجهون بكثرة إلى تخصصات أخرى، كالإعلام الآلي، حيث بلغت نسبة هؤلاء من المعوقين حركيا 10.89 %، ومن المعوقين سمعيا 06.93 %. وتجدر الإشارة إلى أن طرق التكوين وأساليبه تختلف في هذا التخصص حسب نوع الإعاقة، وحتى فيما يخص الوسائل، حيث يتوفر المركز على خمسة أجهزة للإعلام الآلي بالبرائل، مخصصة لتكوين المعوقين بصريا، والذين لا يتواجدون بكثرة هذه السنة بالمركز. وهذا ما جعل الإدارة توقف مؤقتا هذا التخصص.

وفيما يخص تخصص البستنة التزينية، فقد توجه إليها 06.93 % كذلك من مجموع المتربصين المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، وهم يتكونون نظريا، ويتدربون تطبيقيا في حدائق المركز ومساحاته الخضراء، حيث لاحظ الباحث بأن مستوى التكوين في هذا التخصص هو جيد، من خلال ملاحظة الاعتناء الجيد بهذه الأخيرة.

وأخيرا فإن البيانات الإحصائية قد أثبتت بأن نسبة متوسطة تقدر ب 10.89 % من المتربصين، هم يزاولون التكوين في تخصص تسيير الموارد البشرية، وهو تخصص يصلح لمختلف المعوقين باختلاف جنسهم، وطبيعة إعاقاتهم، عدى الإعاقة البصرية، لأن هذا النوع

من المهن يتطلب القراءة والكتابة العادية في الإدارة، التي لا توفر نوع الوثائق المكتوبة بالبرائل.

وكننتيجة لهذا الجدول، فإن المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة، هم يتوزعون على مختلف التخصصات التي يعرض فيها هذا الأخير التكوين، وهذا ما يزيد من احتمالات رضا المتربصين عن تخصصاتهم، ومن توافق هذه الأخيرة مع قدراتهم العقلية والجسمية والشخصية. وهذا ما ستؤكدته نتائج الجدولين اللاحقين.

جدول رقم (39)، يوضح تقييم قدرات المعوقين الجسمية والعقلية، قبل قبولهم في التخصص الذي يتكونون فيه. وتوافق التخصص المهني مع نوع إعاقاتهم.

المجموع		لا ادري		لا تتوافق تماما		لا تتوافق		تتوافق		تتوافق تماما		توافق التخصص المهني مع نوع الإعاقة	تقييم قدرات المعوقين الجسمية والعقلية
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت		
61.39	62	-	-	-	-	18.81	19	-	-	42.57	43	نعم	
38.61	39	-	-	-	-	06.93	07	-	-	31.68	32	لا	
100	101	-	-	-	-	25.74	26	-	-	74.26	75	المجموع	

جدول رقم (40)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن أنواع المهن (التخصصات) التي يتكون عليها المتربصون تتوافق وأنواع ودرجات إعاقاتهم. وأسس عملية التوجيه.

المجموع		الصدفة والارتجالية		أسس ومعايير علمية		أسس التوجيه المهني
%	ت	%	ت	%	ت	توافق التخصصات مع نوع ودرجة الإعاقة
62.50	15	-	-	62.50	15	تتوافق تماما
16.67	04	-	-	16.67	04	تتوافق
20.83	05	20.83	05	-	-	لا تتوافق
-	-	-	-	-	-	لا تتوافق تماما
-	-	-	-	-	-	لا ادري
100	24	20.83	05	79.17	19	المجموع

إن عملية تقييم قدرات المعوق الجسمية والعقلية، هي عملية أساسية وحاسمة قبل توجيهه لأية مهنة. لأن ذلك يُمكن من تشخيص إمكانياته الحاضرة، والتي يمكن أن يكتسبها

أو يُنمّيها في المستقبل (بعد التكوين)، مع معرفة نوع العمل الذي يناسب تلك الإمكانيات، من خلال دراسة شخصية المعوق بتطبيق مختلف المقاييس والاختبارات البسيكو-تقنية، الكمية والكيفية (الذكاء، القدرات الحسية والحركية، سمات الشخصية، ميولات واهتمامات)، ومن خلال دراسة المهنة أو التخصص الذي يرغب في الالتحاق به.

ويقوم بهذا الدور كل من الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي الغائب عن منصبه الافتراضي (ارجع إلى التقييم النفسي في الفصل الثالث).

ومن خلال الجدولين يتضح لنا، بأن عملية تقييم قدرات المعوقين المترشحين للالتحاق بالمركز المعني، لا تتم بصفة جيدة. حيث نجد بأن نسبة متوسطة فقط من المبحوثين المعوقين وهي تقدر ب 61.39 %، أجابوا بأنه تم تقييم قدراتهم، أما نسبة 38.61 % فقد صرّحوا بأن هذه العملية لم تتم معهم.

ونجد بأن نسبة الذين أجابوا بالإيجاب هي تتوزع كما يلي:

نسبة 42.57 % من المعوقين المبحوثين أجابوا بأن التخصص المهني الذي يتكونون فيه هو يتوافق تماما مع نوع إعاقاتهم.

في حين نجد بأن نسبة 18.81 % صرّحوا بأن التخصص المهني لا يتوافق مع نوع إعاقاتهم. ولا نجد أي احد منهم يصرح بأن التخصص المهني يتوافق فقط أو لا يتوافق تماما مع نوع إعاقته أو لا يدري.

أما نسبة الذين أجابوا بأنه لا يتم تقييم قدراتهم الجسمية والعقلية قبل توجيههم إلى التخصص المهني الذين هم بصدد التكوين فيه هي تتوزع كما يلي:

نسبة 31.68 % منهم صرّحوا بأن التخصص المهني يتوافق تماما مع نوع إعاقاتهم. ونسبة 06.93 % أجابوا بأن التخصص المهني لا يتوافق مع نوع إعاقاتهم، ولا نجد من يجيب بالتوافق أو بعدم التوافق التام، أو بلا أدري.

وقراءة الجدول عموديا، تؤكد بأن نسبة عالية جدا، تقدر ب 74.26 % من المعوقين المبحوثين أجابوا بأن التخصص الذي يتكونون فيه هو يتوافق تماما مع قدراتهم الجسمية والعقلية (نوع الإعاقة).

في حين نجد أن نسبة ضئيلة تقدر ب 25.74 %، أجاب أصحابها بأن التخصص المهني الذي وجهوا إليه هو لا يتوافق مع قدراتهم الجسمية والعقلية.

كما أننا نجد بأن عدم التوافق التام وعدم دراية المتربصين بذلك، هو منعدم تماماً، وهذا مؤشر إيجابي عن مدى صدق عملية التوجيه والاختيار المهني للمتربصين المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

رغم أن فئة لا بأس بها منهم، أكدوا بأن عملية تقييم قدراتهم الجسمية والعقلية قبل توجيههم للمهنة لم تتم. وهذا أمر يجب أن تأخذه إدارة المركز بعين الاهتمام والاعتبار في إطار المتابعة الإدارية لمهام مصلحة التوجيه والاختيار المهني. وهذا ما أكد عليه مدير المركز، حيث صرح لنا بأن عملية التقييم تمت إعادة النظر فيها، وقد تم تخطيط أسس وخطة جديدة لعملية التقييم، سوف يشرع في تطبيقها الموسم التكويني المهني القادم.

وعن سؤالين طرحا على المؤطرين، حول أسس التوجيه المهني للمعوقين المتربصين بالمركز، وعن مدى توافق المهنة مع نوع الإعاقة، فقد أكد أغلبهم بأن التوجيه المهني يتم على أسس ومعايير علمية بنسبة 79.17%. أما نسبة ضئيلة تقدر بـ 20.83%، فقد أجاب أصحابها بأن التوجيه المهني يتم على أساس الصدفة والارتجالية (ملاً الفراغات في التخصصات غير المرغوبة). وهذا يؤثر سلباً على التكيف النفسي والمهني للمعوقين، وعلى مستقبلهم المهني كذلك. ونجد أن هذه النسبة ممن أجابوا بأن التوجيه يتم على أساس الصدفة والارتجالية هي تؤكد كذلك على أن التخصصات المهنية لا تتوافق مع نوع الإعاقة.

أما من أجابوا بأن التوجيه المهني يتم على أسس ومعايير علمية، فهم يتوزعون ما بين التوافق التام للمهنة مع نوع الإعاقة بنسبة 62.50%، والتوافق بين المهنة ونوع الإعاقة بنسبة 16.67%.

ونستنتج من الجدولين، بأن عملية التوجيه والاختيار المهني، وعملية تقييم قدرات المعوقين المترشحين الجسمية والعقلية، هي تتم في غالب الأحيان بصفة عادية، وأن التخصصات المهنية التي يوجه إليها المتربصون تتوافق ونوع إعاقاتهم، مع ضرورة الاهتمام أكثر من طرف إدارة المركز، بمتابعة هذه العملية عن قرب، وهذا ما أكدت عليه هذه الأخيرة.

ب - البرامج التكوينية:

جدول رقم (41)، يوضح التكامل بين الدروس النظرية والتطبيقية

في برامج التكوين. وتماشيها ومتطلبات المهنة في الواقع.

المجموع		لا ادري		البعض منها		اغلبها		كلها		تتماشى مع متطلبات المهنة في الواقع
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	التكامل بين الدروس النظرية والتطبيقية
93	92.08	-	-	-	-	05	04.95	88	87.13	تكامل كبير
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تكامل ضعيف
08	07.92	-	-	08	07.92	-	-	-	-	لا يوجد تكامل
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لا ادري
101	100	-	-	08	07.92	05	04.95	88	87.13	المجموع

جدول رقم (42)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن هناك على العموم تكامل بين الدروس

النظرية والتطبيقية في برامج التكوين. وهل تتماشى ومتطلبات المهنة في الواقع؟

المجموع		لا		نعم		تتماشى مع متطلبات المهنة في الواقع
ت	%	ت	%	ت	%	التكامل بين الدروس النظرية والتطبيقية
21	87.50	02	08.33	19	79.17	نعم
03	12.50	03	12.50	00	00	لا
24	100	05	20.83	19	79.17	المجموع

تتضمن برامج التكوين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بديا، جانبين، فمنها البرامج النظرية، ومنها البرامج التطبيقية. وعلى هذا الأساس، فإن الهدف من تلك البرامج

هو تنمية معارف المعوق حول مهنته، إلى جانب تنمية قدراته العقلية ومهاراته البدنية التطبيقية حول المهنة التي هو بصدد التكوين فيها.

لذلك يجب أن تتماشى الدروس التطبيقية مع الدروس النظرية في برامج التكوين، من أجل أن تحقق الهدف منها، وهو اكتساب المعوق مهنة يستطيع أن يمارسها بكل كفاءة في المستقبل.

ويعتبر مدى الارتباط والتكامل بين المعارف النظرية والممارسات التطبيقية في برامج التكوين، نقطة هامة وحساسة في نفس الوقت، وذلك يعود إلى أنه ليس من المهم أن يتلقى المتربص المعارف النظرية دون أن يتمكن من تطبيقها في الواقع، أو أن يتدرب على تطبيق النشاطات المتصلة بالمهنة وممارستها في الواقع، دون معرفة أساسها النظري والمعرفي. وهذا ما يجعل من الضروري كذلك أن تتماشى تلك البرامج ومتطلبات المهنة في الواقع، لأن ممارستها في الميدان العملي، ليست كممارستها خلال فترة التكوين في ورشة التدريب عليها. وهذا ما نجده في واقع التكوين بالمركز ميدان الدراسة، حيث أن الجدولين الأخيرين، تؤكد نتائجهما بأن أغلب المبحوثين من فئتي المعوقين والمؤطرين، اتفقوا على أن هناك تكاملاً بين الدروس النظرية والتطبيقية في برامج التكوين.

حيث نجد بأن نسبة عالية من المعوقين المبحوثين تقدر ب 92.08 %، أكدوا ذلك، (تكامل كبير). وهي تتوزع بين تماشي وعدم تماشي تلك البرامج مع متطلبات المهنة في الواقع كما يلي:

نسبة عالية كذلك تقدر ب 87.13 %، أكد أصحابها بأن هناك تماشي بين كل البرامج ومتطلبات المهنة في الواقع. أما نسبة منخفضة تقدر ب 04.95، صرّحوا بأن ذلك موجود في أغلبها.

ونجد بأن نسبة جد ضئيلة من المعوقين المبحوثين تقدر ب 07.92 %، يرى أصحابها بأنه لا يوجد تكامل بين الدروس النظرية والتطبيقية في برامج التكوين. ونفس النسبة أكدت بأن تلك البرامج لا تتماشى ومتطلبات المهنة في الواقع إلا في بعضها.

أما فيما يخص المؤطرين، فقد أجاب أغلبهم (87.50 %) بأنه على العموم هناك تكامل بين الدروس النظرية والدروس التطبيقية في برامج تكوين المتربصين المعوقين، وهذه النسبة تتوزع كما يلي:

نسبة جد عالية تقدر ب 79.17 %، أكد أصحابها من المؤطرين، بأنه على العموم تلك البرامج تتماشى ومتطلبات المهنة في الواقع. أما من أجابوا بأن ذلك غير موجود فتقدر نسبتهم ب 08.33 %، وهي بالطبع نسبة ضئيلة جدا.

وفيما يخص من أجاب من المؤطرين بعدم تكامل الدروس النظرية والدروس التطبيقية في برامج التكوين، فتقدر نسبتهم ب 12.50 % من مجتمع البحث، ونفسهم أكدوا عدم تماشي البرامج مع متطلبات المهنة في الواقع. وعليه نستنتج بأن هناك تكامل في برامج التكوين بين الدروس النظرية والدروس التطبيقية، وأن تلك البرامج تتماشى مع متطلبات المهنة في الواقع وذلك بالمركز ميدان الدراسة. وذلك ما يزيد من فعالية خدمات "الرعاية التكوينية-المهنية" المقدمة للمعوقين.

ج - المكونون:

جدول رقم (43)، يوضح وصف المتربصين للمكونين.^(*)

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
ذوي مستوى عال	91	90.10 %
لهم قدرات علمية	94	93.07 %
متمكنين من التخصص	95	94.06 %
واقفين من أنفسهم	93	92.08 %
متواضعين	96	95.05 %
يحبون المتربصين	98	97.01 %
يتفهمونكم	98	97.01 %
لا يتفهمونكم	-	-
لا يتفقهون معكم	-	-

(*) لم يتم حساب المجموع نظرا لأن هناك من المعوقين من أجاب على أكثر من احتمال، وما يهمننا في هذا الجدول هو تكرار كل صفة.

تعتبر صورة المكونين والمؤطرين لدى المتربصين المعوقين، على جانب كبير من الأهمية. ويجب أن تأخذ بعين الاعتبار في تقييم مستوى وطبيعة العلاقات الاجتماعية في المؤسسة من أجل توجيهها وجهة ايجابية، في صالح تحقيق أهداف العملية التكيفية.

حيث أن الصورة التي يكونها المعوق عن مكونيه ومؤطريه، تعبّر إلى حد كبير عن نمط المعاملة التي يتعامل بها هؤلاء معهم، وهذا (كما سبق وأن ذكرنا في الجدول رقم 28) ما يؤثر على صورة الذات لديهم، وعلى مدى تكييفهم النفسي والاجتماعي. وما يهمنا في الجدول الأخير، هو تكرار كل صفة من الصفات المحددة، ولا يهمنا المجموع الكلي، لأن هناك من الصفات من تتكرر لمرات عديدة، ومن المعوقين من يختار أكثر من صفة.

ويتضح لنا بأن الصفة التي تكررت كثيرا هي **يحبون المتربصين**، حيث أكد أغلب المعوقين المبحوثين عليها بنسبة 97.01 %، وهذا ما يدل على طبيعة المعاملة الحسنة التي يتلقونها من قبلهم. وكذلك ما يؤكد ما جاء في الجدول رقم 28. وكذا صفة **يتفهمونكم** فقد تكررت بنسبة مرتفعة 97.01 %، من مجموع المعوقين المبحوثين. وذلك ما يجعل المتربصين يقبلون على التكوين بالمركز، ويحبونه ويتكيفون معه.

وفيما يخص صفة **متواضعين**، فقد تكررت هي بدورها بنسبة عالية، حيث أكد عليها 95.05 % من المعوقين المبحوثين.

أما الصفات التي لم تتكرر تماما هي صفة **لا يفهمونكم** وصفة **لا يتفقون معكم**. وهذا مؤشر ايجابي عن المستوى الجيد لهؤلاء المؤطرين، خاصة في المعاملة، وتنظيم العلاقات الاجتماعية. خاصة ونحن نعلم بأهمية ذلك في مؤسسة متخصصة في رعاية فئة خاصة، وتحمل خصائص نفسية واجتماعية وشخصية بصفة عامة جد خاصة.

أما الصفات الأخرى وهي **نوي مستوى عال**، **لهم قدرة علمية**، **متمكنين من التخصص**، **واثقين من أنفسهم**، فقد تكررت بنسبة كبيرة، لكن اقل من تكرار صفة **يحبون المتربصين**، كما هو موضح في الجدول.

وعليه يمكن أن نستنتج بأن المعاملة الحسنة التي يتعامل به المؤطرين مع المتربصين المعوقين، جعلت هؤلاء يحسون بحبهم لهم، وهذا أهم بكثير من جوانب أخرى تقنية، لأن الشخص المعوق يحتاج إلى رعاية نفسية، اجتماعية، أكثر من الرعاية التقنية، دون أن ننقص من أهمية هذه الأخيرة في تأهيلهم مهنيا، وفي تحديد مستقبلهم العملي والمهني. وقد تأكد

الباحث من ذلك من خلال ملاحظته بالمعايشة لبعض أقسام التكوين لمرات عديدة، حيث لمس نوعا من الانسجام والتفاهم بين المكونين والمتربصين.

جدول رقم (44)، يوضح هل يسمح المكونون للمتربصين بأن يعبروا عن آرائهم؟ وهل يطبقون أسلوب المناقشة والحوار خلال الحصص التكوينية؟

هل يطبقون أسلوب المناقشة والحوار		هل يسمح المكونون للمتربصين بأن يعبروا عن آرائهم		دائما		غالبا		أحيانا		نادرا		أبدا		المجموع	
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
95	94.06	02	1.98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96.04
03	02.97	01	0.99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	03.96
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
98	97.03	03	2.97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101	100

جدول رقم (45)، يوضح هل يطبق المكونون أسلوب المناقشة والحوار مع المتربصين؟

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
دائما	23	95.83 %
غالبا	01	04.17 %
أحيانا	-	-
نادرا	-	-
أبدا	-	-
المجموع	24	100 %

لقد عمدنا إلى تركيب هذين المتغيرين في جدول واحد (رقم 44)، لما بينهما من ارتباط. حيث أن المكون الذي يسمح للمتربصين بأن يعبروا عن آرائهم، من المفروض أن يكون مستوعبا لأهمية تطبيق أسلوب المناقشة والحوار خلال العملية التكوينية. حيث يعتبر هذا الأسلوب من أهم ما يدعو إليه أصحاب الفكر الاجتماعي في التربية والتعليم، لما له من فائدة في إشراك المتعلم في العملية التعليمية، وتنمية قدراته على التفكير وروح المبادرة لديه، وزيادة ثقته في نفسه وتحقيقه وتأكيد ذاته. (ارجع إلى الأصول النظرية والامبريقية للدراسة).

وبتضح من خلال الجدولين بأن هناك اتفاق بين كل من المكونين والمتربصين. حيث نجد أن نسبة مرتفعة من المعوقين المبحوثين، وهي تقدر ب 96.04 %، أكدوا بأن المكونين يسمحون لهم دائما بالتعبير عن آرائهم خلال العملية التكوينية. وذلك عامل ايجابي في سبيل تنميتهم معرفيا ونفسيا، وتنمية روح المبادرة وروح الحوار والثقة في النفس لديهم. ونجد بأن أغلبهم 94.06 % يؤكدون بأن المؤطرين يطبقون أسلوب المناقشة والحوار دائما. وفيما يخص المؤطرين، فإننا نجد بأن نسبة 95.83 % منهم، أكدوا بأنهم يطبقون أسلوب المناقشة والحوار دائما، خلال آدائهم العملية التكوينية.

وهذا ما يدفعنا للقول، بأن المكونين والمؤطرين بالمركز ميدان الدراسة، هم واعون تماما بدورهم الاجتماعي والقيادي خلال آدائهم للعملية التكوينية. وهذا ايجابي في صالح تحقيق أهداف هذه الأخيرة، وهي خلق فرد مبادر وفعال ومحاور، متخلص من العزلة والخوف وعدم الثقة في النفس، ومن الإحساس بالإعاقة وبعدم القدرة.

جدول رقم (46)، يوضح هل يأخذ المكونون، الخصوصيات الشخصية (الإعاقة) للمتربصين بعين الاعتبار، خلال عملية التكوين؟

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
دائما	96	% 95.05
غالبا	05	% 04.95
أحيانا	-	-
نادرا	-	-
أبدا	-	-
المجموع	101	% 100

جدول رقم (47)، يوضح مراعاة المكونين الخصوصيات والفروق الفردية بين المتربصين.

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	24	% 100
لا	-	-
المجموع	24	% 100

كما سبق وأن تطرقنا إليه في الجانب النظري (الاتجاه النفسي)، فإن الأشخاص المعوقين بينهم فروقات فردية، تجعلهم يختلفون حسب نوع ودرجة الإعاقة، من عدة جوانب، وخاصة من جانب القدرات العقلية والحسية والحركية، ومن جانب الحالة النفسية والميولات والاهتمامات. وذلك لا ينحصر فقط بين أنواع الإعاقات، وإنما يتعدى إلى الإعاقة الواحدة، حيث توجد فروقا فردية بين مختلف الأشخاص المعوقين بنفس الإعاقة، فروقا في مختلف مناحي الشخصية. وعليه يجب على المؤطرين أن يأخذوا بعين الاعتبار تلك الاختلافات والفروقات في تعاملهم معهم، خلال آدائهم للعملية التكوينية، من أجل أن يأخذ كل واحد منهم نصيبه من الرعاية والاهتمام وبالقدر الذي يحتاج إليه.

وقد أكد كل من المعوقين المبحوثين، والمؤطرين ذلك، حيث يتضح لنا من النتائج المتضمنة في الجدولين بأن، هناك اتفاق بين أفراد كل من المؤطرين والمتربصين. حيث صرّح أغلب المبحوثين من المعوقين بأن المؤطرين يأخذون بعين الاعتبار دائماً خصوصياتهم الشخصية خلال العملية التكوينية، وكانت نسبة هؤلاء 95.05%. في حين نجد بأن من صرّحوا بأن المؤطرين يأخذون ذلك بعين الاعتبار غالباً، هم قليلون، وقد قدرت نسبتهم بـ 04.95 %، من مجموع المعوقين المبحوثين. إلا أننا لا نجد من هؤلاء من يصرح بأن ذلك يكون أحياناً أو نادراً أو أبداً. ويتفق معهم المؤطرون، حيث أكدوا بنسبة (100 %) بأنهم يراعون الخصوصيات الشخصية والفروق الفردية بين المتربصين المعوقين.

وهذا ما يجعلنا نقول بأن المؤطرين هم واعون تمام الوعي، بما تحمله الفئة التي يتعاملون معها، من مميزات وخصوصيات تجعلهم يختلفون عن الأفراد غير المعوقين وتجعلهم كذلك يستحقون معاملة حسب تلك الخصوصيات.

خلاصة الفصل:

يتضح لنا من خلال النتائج المتضمنة في هذا الفصل من الدراسة، بأن الدراسة البيانات الإحصائية الميدانية قد أفصحت على أن أغلب المعوقين المبحوثين، كان سبب إصابتهم بالإعاقة هو وراثي أو فطري. وهذا ما يستدعي التفكير بجد في سياسة الوقاية الصحية المنتهجة من طرف الدولة الجزائرية.

كما أن الدراسة الميدانية أثبتت بأن هناك وعي لا بأس به لدى أسر المعوقين بضرورة التكفل الطبي والنفسي بأبنائهم في سبيل الحد من مضاعفات الإعاقة، وهذا ما يجب تشجيعه وتدعيمه ماديا ومعنويا من طرف الهيئات الوصية.

وقد أكدت النتائج، بأن خدمات الرعاية المقدمة للمعوقين في المركز، تتمثل في خدمات الرعاية الصحية، خدمات الرعاية النفسية، خدمات الرعاية الاجتماعية، وخدمات الرعاية التكوينية والمهنية، وهي ذات مستوى جيد، حيث أنها تلعب دورا فعالا في إشباع حاجات هؤلاء، من حاجات صحية، حاجات نفسية، حاجات اجتماعية وحاجات تكوينية.

رغم ذلك فإن بعض المعوقين أكدوا على عدم النظافة الجيدة للمطعم، وعلى عدم تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية عليهم، خلال التحاقهم بالمركز ميدان الدراسة. وهذا ما يجب أن تنظر إليه إدارة المركز والإدارة المركزية بعين الجد والاهتمام.

الفصل

الخامس

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل من الدراسة، تبويب وتحليل وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الفرعية الثالثة، والتي مفادها: بما أنه تتوفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، مما يؤدي إلى إشباع حاجاتهم، فإن ذلك يساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

حيث نجد أن هذه الفرضية تندرج تحتها أربع مؤشرات، تدور كلها حول أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر، والمتمثلة في:

- تحقيق الاستقلالية الذاتية.
- تحقيق التكيف الذاتي.
- تحقيق التكيف النفسي.
- تحقيق التكيف الاجتماعي.

وكما سبق وأن أشرنا إليه في الفصول السابقة، فإن هذه الأهداف هي أساسية في سبيل إدماج الشخص المعاق في المجتمع، مع ضرورة توفر عوامل أخرى من عوامل البيئة والمحيط.

لذلك فقد تضمن هذا الفصل بيانات حول المشكلات التي تعترض المعوقين في المركز وفي المنزل وخارج المنزل، وذلك يعود إلى أن المعوق هو فرد في علاقة مع المجتمع. لقد تضمن هذا الفصل الجداول من رقم 48 إلى رقم 65، منها البسيطة، ومنها المركبة، من نتائج سؤالي، وذلك لارتباطهما.

ويعتبر الجدول الأخير رقم 65 جدولا عاما، يوضح علاقة الشخص المعاق مع المجتمع، ويوضح كذلك مدى الوعي المجتمعي بدوره اتجاه الأفراد المعوقين. وتجدر الإشارة كذلك إلى أننا توخينا الربط بين الجداول وبين النتائج الميدانية وما جاء من أفكار في الفصول النظرية.

1- رعاية المعوقين والاستقلالية الذاتية والتكيف الذاتي والنفسي:
جدول رقم (48)، يوضح شعور المتربصين بتغير
محسوس في قدراتهم.

النسبة المئوية	التكرار	الاحتمالات
97.03 %	98	زادت قدراتك الجسمية
99.01 %	100	تفتحت قدراتك العقلية
98.02 %	99	زادت قدراتك على فهم واستيعاب المهنة
94.06 %	95	أصبحت لك القدرة على تطوير نفسك
97.03 %	98	المتوسط الحسابي =
0.99 %	01	لا

إن رعاية المعوقين، هي الوسيلة التي من خلالها تحقق سياسة إدماجهم الاجتماعي أهدافها، بفضل مختلف أنواع الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية والتكوينية التي تقدم لهم في المؤسسات المتخصصة. تلك الأهداف -التي تتمثل في تحقيق تكيفهم الذاتي، النفسي والاجتماعي واستقلاليتهم الذاتية، بتطبيق مختلف البرامج التكيفية- لا يمكن أن تتحقق دون تكامل وتساند مختلف أبعاد الخدمة، وخاصة البعد التكويني المهني، الذي يجعل المعوق قادرا على تطوير نفسه، وتزويد قدراته الجسمية والعقلية، ومن خلال الاستيعاب النظري والتطبيقي للمهنة (انظر الجدول رقم 41).

والنتائج المتضمنة في الجدول، تؤكد بأن برامج الرعاية والتكوين بالمركز ميدان الدراسة، تساهم بشكل فعال في كل ذلك، وقد أكد أغلب المبحوثين هذا. حيث أن نسبة عالية من المعوقين تقدر ب 97.03 % صرّحوا بأنهم شعروا بتغير محسوس في قدراتهم، حيث زادت قدراتهم الجسمية.

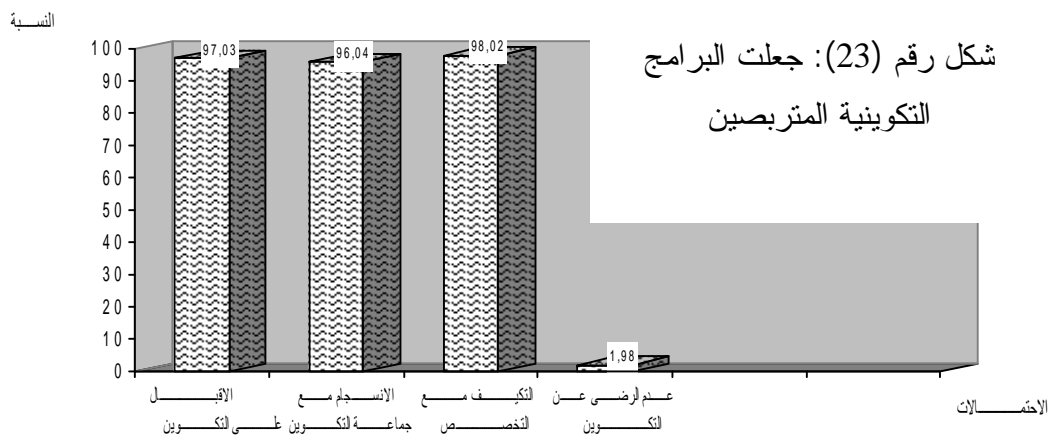
كما أن نسبة مرتفعة تقدر ب 99.01 % من المعوقين المبحوثين، أكدوا أن قدراتهم العقلية قد تفتحت، بفضل برامج التكوين والرعاية بالمركز.

وفيما يخص قدرات المعوقين على فهم واستيعاب المهنة، فقد صرّح أغلبهم، بأنها

زادت، وقد قدرت نسبة هؤلاء ب 98.02 %. كذلك فقد أكدت نسبة عالية من المعوقين المتربصين تقدر ب 94.06 % بأنهم أصبحت لهم القدرة على تطوير أنفسهم. وهذا ما يجعلنا نقول بأن لبرامج التكوين بالمركز ميدان الدراسة، فعالية في تغيير قدرات المعوقين المتربصين واستثمارها، وهذا من أهداف سياسة التكفل والرعاية التي تخططها الدولة الجزائرية، في إطار السياسة الاجتماعية العامة. حيث أن المتوسط الحسابي لمن أجابوا بالإيجاب عن دور برامج التكوين في تطويرهم وتنمية قدراتهم، هو مرتفع جدا، وقد بلغ 97.03 %.

جدول رقم (49)، يوضح هل جعلت البرامج التكوينية المتربصين؟

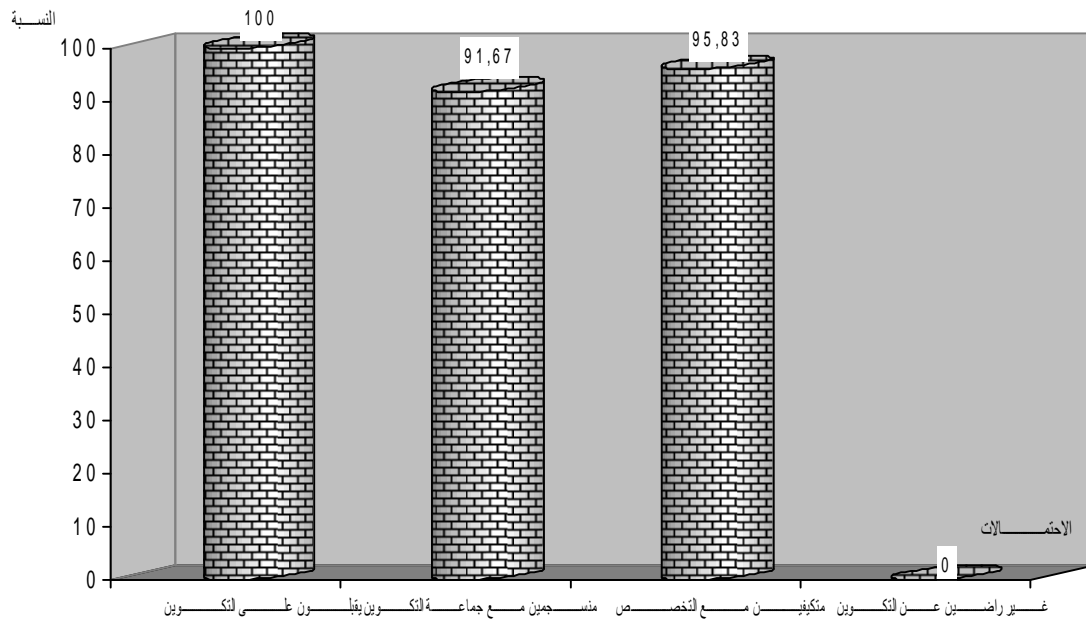
الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
يقبلون على التكوين	98	97.03 %
منسجمين مع جماعة التكوين	97	96.04 %
متكيفين مع التخصص	99	98.02 %
المتوسط الحسابي	98	97.03 %
غير راضين عن التكوين	02	01.98 %



جدول رقم (50)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن نوعية برامج الرعاية والتكوين تجعل المتربصين:

الاحتمالات	التكرار	النسبة المئوية
يقبلون على التكوين	24	% 100
منسجمين مع جماعة التكوين	22	% 91.67
متكيفون مع التخصص	23	% 95.83
المتوسط الحسابي =	23	% 95.83
غير راضين عن التكوين	-	-

شكل رقم 24: يعتقد المؤطرون بأن نوعية برامج الرعاية والتكوين تجعل المتربصين



من خدمات "الرعاية التكوينية المهنية" التي يقدمها المركز للمتربصين المعوقين، نذكر البرامج التكوينية، المكونين، الوسائل المعينة، والنشاطات التكميلية. حيث انه من بين كل هذه العناصر والخدمات، تعتبر البرامج التكوينية أهم خدمة. حيث أنه مهما كانت الوسائل التكوينية ذات فعالية، والمكونين ذوي مستوى عال، لكن البرامج التكوينية غير متطورة

وغير منسجمة مع الواقع، ولا تشبع حاجات المتكونين المعرفية النظرية والتطبيقية، (انظر الجدول رقم 41)، فإنه لا تصبح لتلك الوسائل ولا لهؤلاء المتكونين أهمية في تطوير قدرات المعوقين، وهو ما يجعلهم ينفرون من التكوين، ولا ينسجمون مع جماعة التكوين، ولا يتكيفون مع التخصص.

لكن على العكس من ذلك، فإن الواقع أكد بأن للبرامج التكوينية دورا هاما في إقبال المتربصين المعوقين على التكوين. وقد صرح بذلك أغلبهم، وكانت نسبتهم 97.03 %. كما اتفق معهم في ذلك المؤطرون، حيث أن كلهم (100 %) أكدوا بأن برامج التكوين تجعل المتربصين يقبلون على التكوين.

وفيما يخص الانسجام مع جماعة التكوين، فقد صرح أغلب المعوقين المبحوثين وبنسبة 96.04 %، بأن للبرامج التكوينية دورا في ذلك.

ومن جانب المؤطرين، فإننا سجلنا أن أغلب هؤلاء أكدوا ذلك بنسبة 91.67 %. وأخيرا فإن نسبة مرتفعة من المعوقين المبحوثين، تقدر ب 98.02 %، أكدوا بأن البرامج التكوينية قد جعلتهم متكيفين مع التخصص. ووافقهم في ذلك أغلب المؤطرين المستجوبين بنسبة 95.83 %.

وهذا ما يؤكد ما جاء في الجداول أرقام: 41 و 42، والتي تضمنت الارتباط بين الدروس النظرية والتطبيقية، ومدى تماشيها مع متطلبات المهنة في الواقع.

أما من أجاب من المعوقين بأن البرامج التكوينية تجعلهم غير راضين عن التكوين، فنسبتهم ضعيفة، حيث قدرت ب 01.98 % من مجموع المعوقين المبحوثين، ويمكن أن يرجع ذلك إلى اكتسابهم السابق لمعرفة تطبيقية في التخصص الذي يتكونون فيه، وبالتالي فقد تجلّى مستوى التكوين وبرامجه ضعيف بالنسبة لهم. ولا يوجد من يوافقهم في ذلك من المؤطرين المبحوثين.

وكنتيجة لهذين الجدولين، فإننا نقول بأن برامج التكوين، تجعل المتربصين المعوقين يقبلون على التكوين، وينسجمون مع جماعة التكوين ومتكيفين مع التخصص، وهذا عامل ايجابي في سبيل إدماجهم الاجتماعي والمهني.

وقد بلغ المتوسط الحسابي لمن أجابوا بالإيجاب عما أثرت فيهم برامج التكوين، نسبة عالية جدا، حيث قدرت ب 97.03 % من مجموع المعوقين المبحوثين. كذلك بالنسبة

للمؤطرين، حيث بلغ 95.83 %.

جدول رقم (51)، يوضح تفضيل المتربصين أن تطول فترة التكوين بالمركز.

النسبة المئوية	التكرار	الاحتمالات
73.27 %	74	قصر مدة التكوين
86.14 %	87	كفاءة التكوين بالمركز
83.17 %	84	الظروف العامة للمركز
85.15 %	86	علاقاتك مع المكونين
86.14 %	87	علاقاتك مع الزملاء
83.17 %	84	المتوسط الحسابي
86.14 %	87	المجموع (نعم)
13.86 %	14	لا
100 %	101	المجموع الكلي

يعتبر هذا الجدول، جدولا خلاصة لما جاء من جداول في محور خدمات "الرعاية التكوينية المهنية"، حيث أننا حاولنا من خلاله التأكد من النتائج التي تضمنتها الجداول السابقة، من خلال طرح سؤال على المعوقين المبحوثين، يعتبر كسؤال تأكيدى، مفاده: هل تفضل أن تطول فترة التكوين بالمركز؟ ولماذا؟ إضافة إلى اعتباره سؤالاً افتتاحياً للمحور الجديد.

وقد أجاب عدد كبير من المعوقين المبحوثين بنسبة 86.14 % بأنهم يفضلون أن تطول فترة التكوين بالمركز. وقد أرجعوا ذلك لعدة أسباب، فمنهم من أرجع رغبته في ذلك إلى قصر مدة التكوين، وكانت نسبتهم 73.27 %.

أما آخرون فقد أرجعوا ذلك إلى كفاءة التكوين بالمركز، وكانت نسبتهم 86.14 %. وأما من أرجعوا ذلك إلى الظروف العامة للمركز، فقد قدرت نسبتهم بـ 83.17 %. كذلك فإن نسبة معتبرة من المعوقين الذين أبدوا رغبته في أن تطول فترة التكوين، قد أجابوا بأن ذلك يرجع إلى علاقتهم مع المكونين، وقدرت تلك النسبة بـ 85.15 %. وأخيرا فإن نسبة

جد عالية قدرت ب 86.14 % من المعوقين المبحوثين، أرجعوا رغبتهم في أن تطول فترة التكوين إلى علاقاتهم بزملائهم.

ومهما اختلفت الأسباب في ذلك، إلا أن ما يهمننا في هذا، هو الرغبة التي أبداه المتربصون المعوقون في أن تطول فترة التكوين. وهذه الرغبة تحمل أكثر من دلالة، أهمها أن التكوين بالمركز والرعاية، جعل المتربصين يتكيفون نفسيا واجتماعيا مع البيئة، مما جعلهم يحسّون بأهميتها، في سبيل إدماجهم الاجتماعي والمهني.

أما من أجابوا بعدم الرغبة في أن تطول فترة التكوين أكثر في المركز، فقد كانت نسبتهم قليلة، حيث قدرت ب 13.86 %، من مجموع المعوقين المبحوثين. وقد أرجعوا ذلك إلى تعجلهم الخروج إلى عالم الشغل، وإلى المجتمع الكبير. وهذا جد هام، حيث أن دلالة التعجل، هو استعادة القدرات الجسمية ونمو قدراتهم الحسية والعقلية (انظر الجدول رقم 48)، إلى جانب تكيفهم النفسي والذاتي والاجتماعي، واسترجاع الثقة في النفس. وإن دل هذا على شيء، إنما يدل على فعالية برامج التكوين والرعاية بالمركز، في تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين، وهذا ما سيتضح أكثر من خلال الجداول اللاحقة.

جدول رقم (52)، يوضح إفادة التكوين المتربصين في بناء علاقات اجتماعية ايجابية. وشعورهم بتغير محسوس في حالاتهم النفسية.

تغير محسوس في الحالة النفسية		نعم		لا		المجموع	
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
96	95.05	00	00	96	95.05	101	100
05	04.95	00	00	05	04.95	101	100
101	100	00	00	101	100	101	100

جدول رقم (53)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين قد أفادت المتربصين في بناء علاقات اجتماعية ايجابية وفي تغيير حالتهم النفسية.

تغير محسوس في الحالة النفسية		كلهم		أغلبهم		البعض منهم		لا احد منهم		المجموع	
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
02	8.33	03	12.50	01	4.17	00	0	06	25.0	101	100
03	12.5	07	29.17	03	12.5	00	0	13	54.17	101	100
00	00	04	16.67	01	4.17	00	0	05	20.83	101	100
00	00	00	00	00	00	00	0	0	00	101	100
05	20.83	14	58.33	05	20.83	00	0	24	100	101	100

من بين معايير التكيف النفسي والاجتماعي للأشخاص المعوقين، هو التمكن من بناء علاقات اجتماعية ايجابية مع الأفراد المحيطين بهم، إضافة إلى التخلص من الحالة النفسية السيئة التي كانوا يعانون منها، قبل عملية التكفل بهم ورعايتهم، والتي كانت تحمل مشاعرا

وأحاسيسا سلبية، وصورة خاطئة عن الذات لديهم. (ارجع إلى مشكلات المعوقين في الفصل الثالث والجداول أرقام من 24 إلى 27).

والجدولين يؤكدان ذلك. حيث أن نسبة كبيرة جدا تقدر ب 95.05 % من المعوقين المبحوثين، أكدوا بأن فترة التكوين قد أفادتهم في بناء علاقات اجتماعية ايجابية، وخاصة مع الزملاء من المتربصين، ومع المؤطرين، ونفس النسبة نجد أن أصحابها قد صرّحوا بأن فترة التكوين قد جعلتهم يشعرون بتغير محسوس في حالتهم النفسية.

أما من أجابوا بأنهم لم يستفيدوا خلال فترة التكوين من بناء علاقات اجتماعية ايجابية، فنسبتهم جد ضئيلة، وقد قدرت ب 04.95 % من مجموع المعوقين. ويمكن أن يرجع ذلك إلى أنهم من المتربصين الجدد، ما زالوا لم يندمجوا جيدا في جماعة التكوين. لكن رغم ذلك فقد اقرّوا وب نفس النسبة بأن التكوين بالمركز قد جعلهم يشعرون بتغير محسوس في حالاتهم النفسية، وهذا راجع إلى فعالية خدمات الرعاية النفسية والتي أكدت نتائج الجدول رقم 30.

وفيما يخص المؤطرين، فقد أكد أغلبهم، وب نسبة 54.17 %، بأن التكوين في المركز قد أفاد المتربصين المعوقين في بناء علاقات اجتماعية ايجابية، وهذه النسبة تتوزع كما يلي: 12.50 % من المؤطرين المبحوثين أكدوا بأن كل المتربصين المعوقين تغيرت حالتهم النفسية تغيرا محسوسا، مقارنة مع ما كانت عليه عند التحاقهم بالمركز.

أما 29.17 % من المؤطرين، فقد صرّحوا بأن أغلب المتربصين تغيرت حالتهم النفسية تغيرا محسوسا. في حين نجد بأن 12.50 % من المؤطرين اقرّوا بذلك. ولا نجد أيا من المؤطرين المبحوثين يصرح بعدم لمساهمتهم لتغير في الحالة النفسية للمعوقين بالمركز.

وفيما يخص الذين أجابوا من المؤطرين بأن التكوين قد أفاد كل المعوقين المتربصين في بناء علاقات ايجابية، فقد قدرت نسبتهم ب 25 %، وهي تقارب نسبة من أجابوا بأن ذلك قد أفاد البعض فقط من المعوقين، حيث بلغت 20.83 %. وهذه النسب هي تتوزع حسب درجات التغير في الحالة النفسية للمعوقين، كما هو مبين في الجدول.

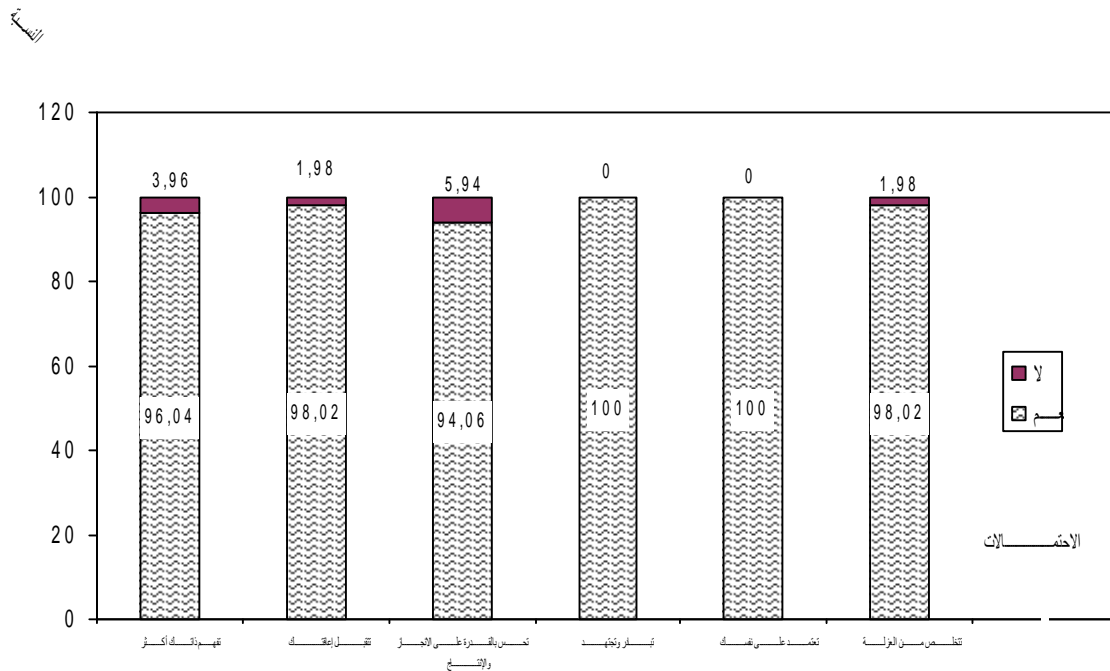
وتجدر الإشارة إلى أننا لا نجد أيا من المؤطرين يجيب بالسلب عن المتغيرين المحددين في الجدول. وذلك يعتبر مؤشرا ايجابيا عن مدى اهتمام القائمين على المركز بالجانب العلائقي والنفسي للمعوقين، في عملية التكفل بهم. وهذا ما أكدته مديرة التكوين بالمركز، حيث صرحت من خلال المقابلة التي أجريت معها، بأن المركز في بداية انطلاقه،

كان يهتم بالتكوين المهني أكثر من الرعاية النفسية للمتربصين. وكان يهتم كذلك بكمّ التكوين وليس بكيفه ونوعه. وهذا ما تسبب في كثير من الأحيان في نقص فعالية برامج التكوين، مما نبه القائمين على المركز بضرورة الاهتمام بالرعاية النفسية قبل الرعاية التكوينية، وبالتوازي معها وجعلها جانبيين أو وجهين لعملة واحدة لا يمكن فصل واحدة عن الأخرى. وكننتيجة لهذين الجدولين، فإن التكوين بالمركز ميدان الدراسة، يفيد المتربصين المعوقين في بناء علاقات اجتماعية ايجابية، ويغير من حالاتهم النفسية، بفضل التخلص من المشاعر والأحاسيس السلبية وتعويضها بالإيجابية (انظر الجدول اللاحق).

جدول رقم (54)، يوضح هل يجعل التكوين بالمركز المتربصين المعوقين؟

المجموع		لا		نعم		الاحتمالات
%	ت	%	ت	%	ت	هل يجعلك التكوين بالمركز تفهم ذاتك أكثر
100	101	03.96	04	96.04	97	تفهم ذاتك أكثر
100	101	01.98	02	98.02	99	تتقبل إعاقتك
100	101	05.94	06	94.06	95	تحس بالقدرة على الانجاز والإنتاج
100	101	00	00	100	101	تبادر وتجتهد
100	101	00	00	100	101	تعتمد على نفسك
100	101	01.98	02	98.02	99	تتخلص من العزلة
100	101	01.98	02	98.02	99	المتوسط الحسابي

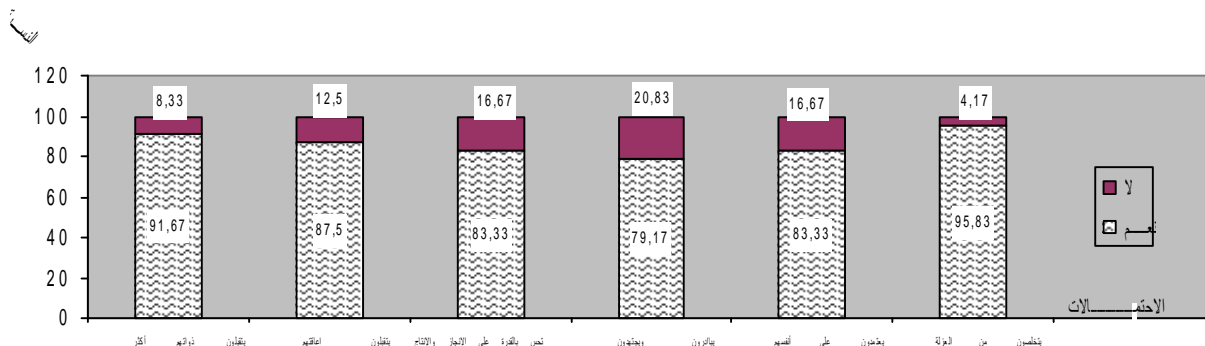
شكل رقم (25): يجعل التكوين بالمركز المتربصين المعوقين



جدول رقم (55)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين
والرعاية بالمركز قد جعلت المتربصين:

المجموع		لا		نعم		الاحتمالات
%	ت	%	ت	%	ت	
100	24	08.33	02	91.67	22	يتفهمون ذواتهم أكثر
100	24	12.50	03	87.50	21	يتقبلون إعاقته
100	24	16.67	04	83.33	20	يحسّون بالقدرة على الانجاز والإنتاج
100	24	20.83	05	79.17	19	يبادرون ويجتهدون
100	24	16.67	04	83.33	20	يعتمدون على أنفسهم
100	24	04.17	01	95.83	23	يتخلصون من العزلة
100	24	13.20	03	86.80	21	المتوسط الحسابي

شكل رقم (26): يعتقد المؤطرون بأن التكوين والرعاية
بالمركز تجعل المتربصين



كذلك فإن من معايير التكيف الذاتي والنفسي والاستقلالية الذاتية، فهم الذات وتقبل الإعاقة، الإحساس بالقدرة على الانجاز والإنتاج، المبادرة والاجتهاد، الاعتماد على النفس والتخلص من العزلة. حيث إذا تمكن الفرد من اكتساب هذه الخصائص والسمات الشخصية بفضل تكوينه ورعايته، يمكن أن نقول عنه بأنه فردا متكيفا ذاتيا ونفسيا ويمكن إدماجه اجتماعيا،

وبأن عملية رعايته هي ناجحة وفعالة.

والجدولين يوضحان بأن ذلك هو موجود في واقع رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي والمهني بالمركز ميدان الدراسة.

حيث تؤكد نتائج الجدول الخاص بإجابات المعوقين، بأن نسبة كبيرة تقدر ب 96.04 % من مجموع المتربصين المبحوثين، صرّحوا بأن التكوين بالمركز قد جعلهم يفهمون نواتهم. في حين نجد أن نسبة قليلة تقدر ب 03.96 % صرّحوا غير ذلك، ويمكن أن نرجع ذلك إلى عدم وصول برامج الرعاية بعد إلى تحقيق ذلك في كل المتربصين، نظرا لأن بعضا منهم ما زال في المراحل الأولى من فترة التكوين.

كما أن نسبة مرتفعة جدا، تقدر ب 98.02 % من المعوقين المبحوثين، أجابوا بأن تكوينهم بالمركز، قد جعلهم يتقبلون إعاقاتهم.

وبعكس ذلك أجابت نسبة قليلة، قدرت ب 01.98 % من المعوقين المبحوثين. ويمكن أن يعود ذلك إلى شدة إعاقاتهم، أو إلى أنها مكتسبة في مراحل متأخرة (انظر الجدول رقم 7). وفيما يخص الإحساس بالقدرة على الإنجاز والإنتاج، فقد أجاب أغلب المبحوثين من المعوقين بأن تكوينهم قد جعلهم يشعرون بذلك. وقد قدرت نسبة هؤلاء ب 94.06 %، وهذا دليل على تحمس المتربصين إلى العمل، والدخول لعالم الشغل والاندماج فيه.

أما نسبة قليلة، قدرت ب 05.94 %، فقد أجاب أصحابها عكس ذلك، ويرجع هذا إلى حداثة التحاقهم بالمركز، وأن قدراتهم على الإنجاز ما زالت لم تنمو.

وقد أجاب كل المعوقين المبحوثين (100 %) بأن تكوينهم بالمركز قد جعلهم يبادرون ويجتهدون، وهذا دليل على إحساسهم بالثقة في النفس، وبالأمل في النمو بمختلف جوانبه. كما أجاب كذلك كل المعوقين (100 %) بأن التكوين قد جعلهم يعتمدون على أنفسهم، وهذا دليل كذلك على تطور شخصياتهم التي اكتسبت أكثر الاستقلالية الذاتية.

وقد أجاب أغلب المبحوثين من المعوقين وبنسبة 98.02 % بأن تكوينهم بالمركز، قد جعلهم يتخلصون من العزلة.

أما النسبة الصغيرة جدا والمقدرة ب 01.98 % والتي أجاب أصحابها بعدم تمكنهم من التخلص من العزلة، فيمكن أن يرجع السبب في ذلك إلى عدم اهتمام الأخصائي النفسي بمثل هذه الحالات المنعزلة، نظرا لعدم تشخيصها وتحديدها.

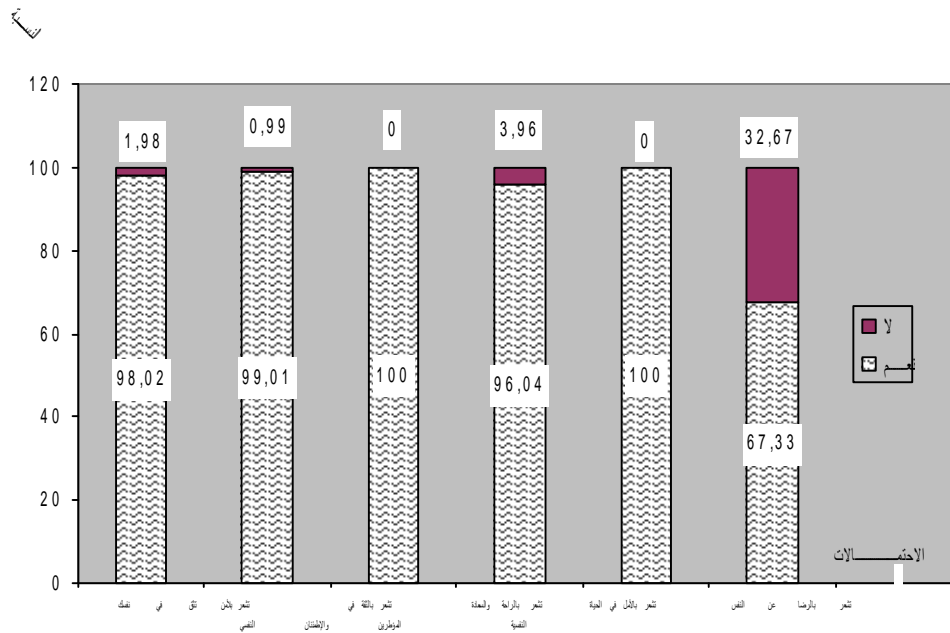
وإذا قرأنا الجدول عموديا، فإننا نجد بأن المتوسط الحسابي، لمن أجابوا بالإيجاب عن كل الحالات، هو جد مرتفع (97.69 %)، وذلك ما يدل على نجاح برامج الرعاية والتكوين بالمركز في تحقيق كل ذلك.

وبمقارنة نتائج الجدولين (معوقين-مؤطرين)، نجدها متقاربة جدا، وذلك ما يؤكد صحة ودقة المعلومات، حيث أن المتوسط الحسابي لمن أجابوا بالإيجاب من المؤطرين المبحوثين قدر ب 86.80 %.

جدول رقم (56)، يوضح هل أن التكوين بالمركز قد جعل المتربصين:

المجموع		لا		نعم		الاحتمالات
%	ت	%	ت	%	ت	هل جعلك التكوين بالمركز؟
100	101	01.98	02	98.02	99	تثق في نفسك؟
100	101	0.99	01	99.01	100	تشعر بالأمن والاطمئنان النفسي؟
100	101	00	00	100	101	تشعر بالثقة في المؤطرين؟
100	101	03.96	04	96.04	97	تشعر بالراحة والسعادة النفسية؟
100	101	00	00	100	101	تشعر بالأمل في الحياة؟
100	101	32.67	33	67.33	68	تشعر بالرضا عن النفس؟
100	101	06.60	07	93.40	94	المتوسط الحسابي

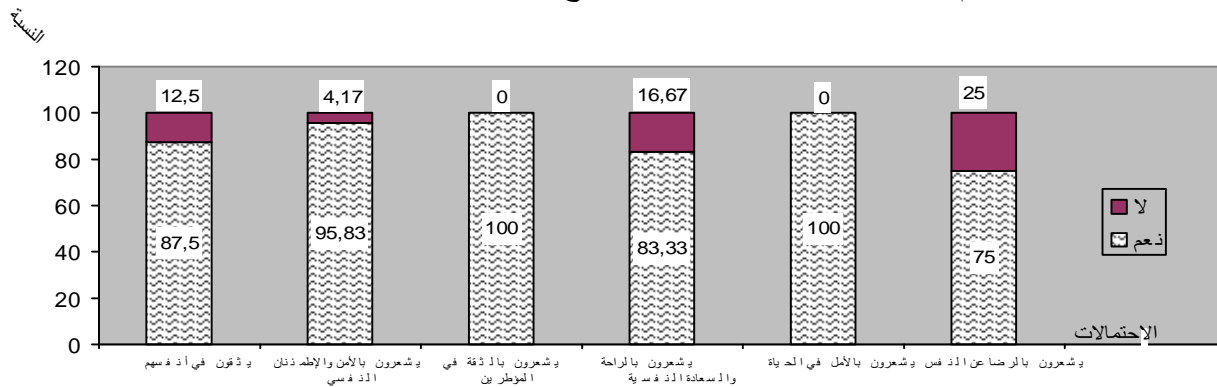
شكل رقم (27): التكوين بالمركز جعل المتربصين



جدول رقم (57)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين والرعاية تجعل المتربصين:

المجموع		لا		نعم		الاحتمالات
%	ت	%	ت	%	ت	
100	24	12.50	03	87.50	21	يتقون في أنفسهم؟
100	24	04.17	01	95.83	23	يشعرون بالأمن ولاطمئنان النفسي؟
100	24	00	00	100	24	يشعرون بالثقة في المؤطرين؟
100	24	16.67	04	83.33	20	يشعرون بالراحة والسعادة النفسية؟
100	24	00	00	100	24	يشعرون بالأمل في الحياة؟
100	24	25	06	75	18	يشعرون بالرضا عن النفس؟
100	24	08.33	02	91.66	22	المتوسط الحسابي ~

شكل رقم (28): يعتقد المؤطرون بأن برامج التكوين والرعاية تجعل المتربصين



كذلك فإن من معايير التكيف النفسي والذاتي، الثقة في النفس والشعور بالأمن والاطمئنان النفسي، والشعور بالثقة في الآخرين (المؤطرين)، الشعور بالراحة والسعادة النفسية، الشعور بالأمل في الحياة، والشعور بالرضا عن النفس. وهذه الخصائص هي من

سمات الشخصية السوية، بغض النظر عن العاهة أو القصور الذي تحمله وتعاين منه. ويوضح الجدولين بأن رعاية المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، قد تمكن من تحقيق ذلك في شخصياتهم. حيث نجد بأنه فيما يخص المعوقين المتربصين، فقد أجاب أغلبهم بالإيجاب عن كل ذلك. بحيث أكد من نسبتهم 98.02 % بأن تكوينهم في المركز قد جعلهم يثقون في أنفسهم، وهذا ما يؤكد ما جاء في الجدول رقم 27 من نتائج. كذلك فإن الأغلبية من المعوقين المبحوثين (99.01 %) أكدوا بأنهم يشعرون بالأمن والاطمئنان النفسي.

وفيما يخص الثقة في المؤطرين، فإن كل المعوقين المبحوثين (100 %) أجابوا بأن تكوينهم بالمركز أكسبهم ذلك. وهذا ما يؤكد ما جاء من نتائج في الجدول رقم 48. كذلك فإن نسبة مرتفعة جدا تقدر ب 96.04 % من مجموع المعوقين المبحوثين صرّحوا بأن تكوينهم في المركز جعلهم يشعرون بالراحة والسعادة النفسية. وفيما يخص الشعور بالأمل في الحياة، فقد أكد كل المعوقين المبحوثين (100 %)، بأن تكوينهم قد اكسبهم ذلك. وأخيرا، فإن نسبة متوسطة فقط تقدر ب 67.33 % من المعوقين المبحوثين، أكدوا بأن تكوينهم في المركز جعلهم يشعرون بالرضا عن النفس. ويمكن أن يرجع ذلك إلى الطموح الذي يحمله المتربصون في حياة أفضل، وقدرات أحسن. وإذا ما قرأنا الجدول عموديا، فإننا نجد بأن المتوسط الحسابي لمن أجابوا بالإيجاب، عما جعلهم التكوين بالمركز يشعرون به، هو مرتفع، حيث قدر ب 93.40 % وهذا ما يدل على الدور الايجابي الذي يلعبه كل من التكوين والرعاية النفسية والاجتماعية بالمركز، للمعوقين في تكييفهم نفسيا ذاتيا.

وبمقارنة إجابات المعوقين المبحوثين مع إجابات المؤطرين، فإننا نجد بأنها متقاربة جدا. حيث أن المتوسط الحسابي لمن أجابوا بالإيجاب من المؤطرين المبحوثين حول ما جعل التكوين بالمركز المعوقين يشعرون، هو مرتفع، وقد قدر ب 91.66 %، وهذا ما يدل على صدق المعلومات السابقة.

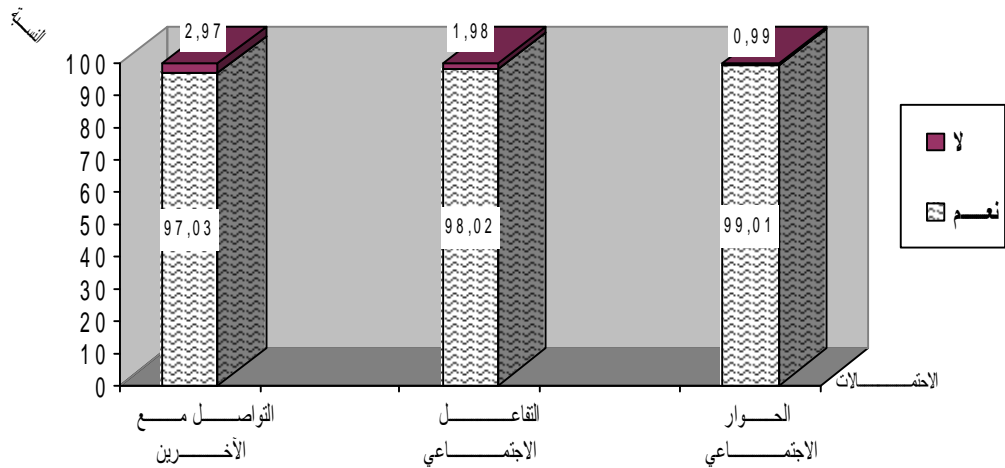
2- رعاية المعوقين والتكيف الاجتماعي:

جدول رقم (58)، يوضح هل أن التكوين بالمركز

قد جعل المتربصين يحبون:

المجموع		لا		نعم		الاحتمالات
%	ت	%	ت	%	ت	التكوين جعل المتربصين يحبون
100	101	02.97	03	97.03	98	التواصل مع الآخرين؟
100	101	01.98	02	98.02	99	التفاعل الاجتماعي؟
100	101	00.99	01	99.01	100	الحوار الاجتماعي؟
100	101	01.98	02	98.02	99	المتوسط الحسابي

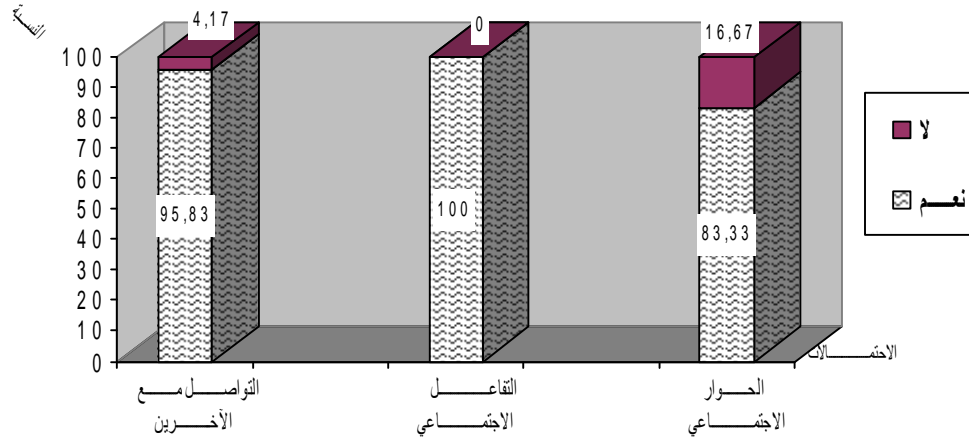
شكل رقم (29): التكوين بالمركز جعل المتربصين يحبون



جدول رقم (59)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين والرعاية بالمركز تجعل المتربصين يحبون:

الاحتمالات	نعم		لا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
التواصل مع الآخرين؟	23	95.83	01	04.17	24	100
التفاعل الاجتماعي؟	24	100	-	-	24	100
الحوار الاجتماعي؟	20	83.33	04	16.67	24	100
المتوسط الحسابي	22	91.67	02	08.33	24	100

شكل رقم (30): يعتقد المؤطرون بأن برامج التكوين والرعاية بالمركز تجعل المتربصين يحبون



من معايير التكيف الاجتماعي للشخص المعوق، حب التواصل مع الآخرين وحب التفاعل الاجتماعي والحوار الاجتماعي مع الأفراد المحيطين به. وإذا توصلت عملية الرعاية والتكفل به، إلى إكسابه تلك الخصائص، يمكننا أن نقول عنها بأنها عملية ناجحة، وتساهم كثيرا في تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي والمهني للمعوقين بالجزائر. ومن خلال النتائج المتضمنة في الجدولين، يتضح بأن أغلب المعوقين المبحوثين قد جعلهم تكوينهم بالمركز ميدان الدراسة يكتسبون الخصائص والسمات والمعايير المذكورة

سابقاً.

حيث أنه وفيما يخص إجابات المعوقين، فإننا نجد بأن نسبة عالية تقدر ب 97.03 % قد جعلهم تكوينهم بالمركز يحبون التواصل مع الآخرين. ويمكن أن يرجع ذلك إلى التكوين في جماعات، وإلى تنظيم أوقات الفراغ، من خلال برمجة نشاطات جماعية، يتمكن من خلالها هؤلاء من التواصل والاحتكاك ببعضهم البعض. وذلك ما جعل نسبة كبيرة منهم كذلك تقدر ب 98.02 % يؤكدون على أن تكوينهم بالمركز جعلهم يحبون التفاعل الاجتماعي. وكذلك الحوار الاجتماعي بنسبة 99.01 % من مجموع المبحوثين.

وإذا قرأنا الجدول عمودياً، فإننا نجد بأن المتوسط الحسابي لمن أجابوا بالإيجاب على تلك السمات التي جعلهم تكوينهم بالمركز يكتسبونها، هو مرتفع جداً، حيث قدر ب 98.02 % من مجموع المعوقين. وهذا دليل على فعالية برامج الرعاية الاجتماعية بالمركز، والتي تمكن بذلك من تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين.

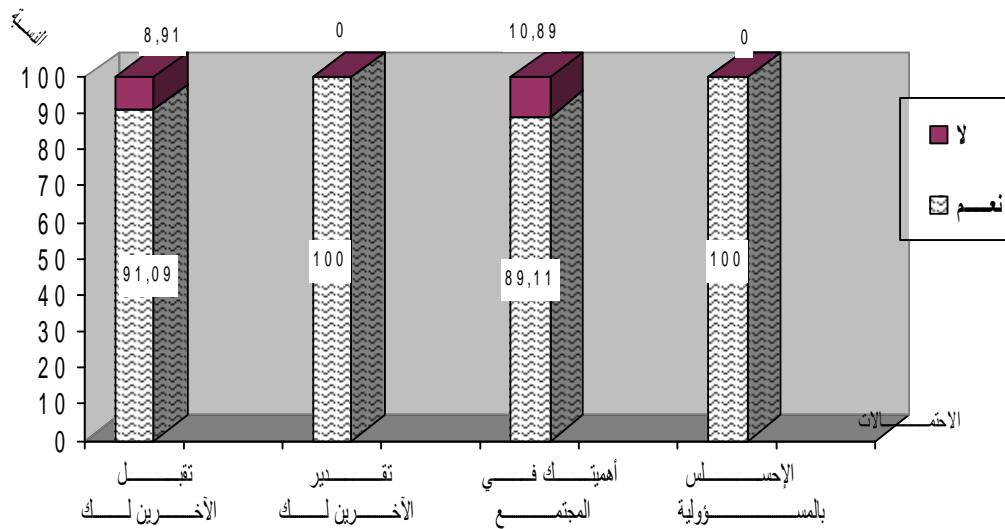
وبمقارنة نتائج الجدول الخاص بإجابات المعوقين، مع نتائج الجدول الخاص بإجابات المؤطرين، نستنتج بأن هناك اتفاق كبير بين المؤطرين والمتربصين. حيث نجد بأن المتوسط الحسابي، لمن أجابوا بالإيجاب من طرف المؤطرين، حول مدى اكتساب المعوقين المتربصين للخصائص الاجتماعية المحددة، هو مرتفع، حيث قدر ب 91.67 %، من مجموع المبحوثين.

ونستنتج من خلال كل ما سبق بأن برامج الرعاية والتكوين بالمركز ميدان الدراسة، تجعل المعوقين يحبون التواصل مع الآخرين، والتفاعل الاجتماعي والحوار الاجتماعي، وهي من معايير التكيف الاجتماعي.

**جدول رقم (60)، يوضح هل أن التكوين بالمركز، قد جعل
المتربصين يشعرون ب:**

المجموع		لا		نعم		الاحتمالات
%	ت	%	ت	%	ت	
100	101	08.91	09	91.09	92	التكوين جعلك تشعر ب
100	101	-	-	100	101	تقبل الآخرين لك؟
100	101	-	-	100	101	تقدير الآخرين لك؟
100	101	10.89	11	89.11	90	أهميتك في المجتمع؟
100	101	-	-	100	101	الإحساس بالمسؤولية؟
100	101	04.95	05	95.05	96	المتوسط الحسابي

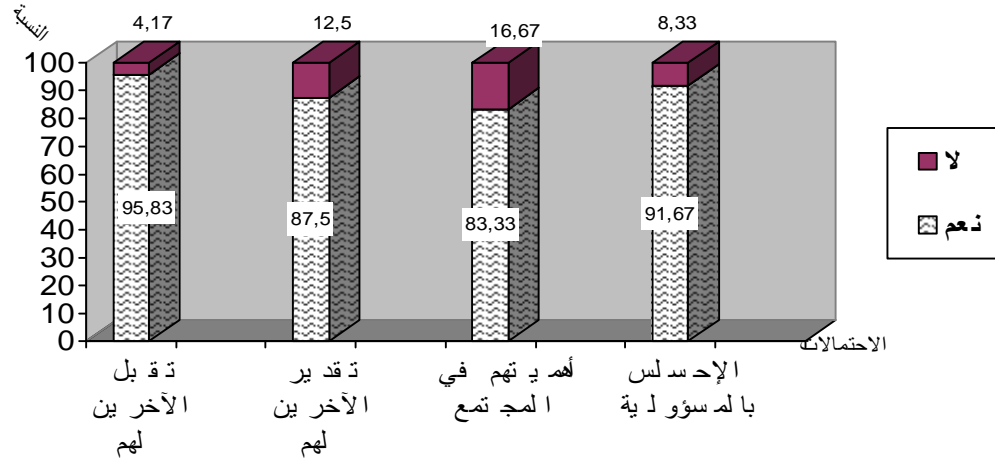
شكل رقم (31): التكوين بالمركز جعل المتربصين يشعرون ب:



**جدول رقم (61)، يوضح اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين
والرعاية بالمركز، تجعل المتربصين يشعرون ب:**

الاحتمالات	نعم		لا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
تقبل الآخرين لهم؟	23	95.83	01	04.17	24	100
تقدير الآخرين لهم؟	21	87.50	03	12.50	24	100
أهميتهم في المجتمع؟	20	83.33	04	16.67	24	100
الإحساس بالمسؤولية؟	22	91.67	02	08.33	24	100
المتوسط الحسابي	22	91.67	02	08.33	24	100

**شكل رقم (32): يعتقد المؤطرون بأن برامج التكوين
والرعاية بالمركز تجعل المتربصين يشعرون ب:**



إلى جانب المعايير المحددة في الجدولين السابقين، فإنه من معايير التكيف الاجتماعي للشخص المعوق كذلك، الشعور بتقبل الآخرين وبتقديرهم له، والشعور بأهميته في المجتمع، والإحساس بالمسؤولية. وهي من أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر. (ارجع إلى المنهج التربوي التجريبي في المؤسسات المتخصصة في الفصل الثالث).

ويتضح من النتائج المتضمنة في الجدول، بأن عملية الرعاية والتكفل بالمعوقين في

المركز ميدان الدراسة، قد لعبت دورا هاما في ذلك.

حيث أجاب أغلب المعوقين المبحوثين، وبنسبة مرتفعة جدا تقدر ب 91.09 % بأن تكوينهم بالمركز قد جعلهم يشعرون بتقبل الآخرين لهم، من خلال القدرات التي اكتسبوها، بفضل رعايتهم التكوينية، وتخلصهم من الإحساس والمشاعر السلبية بفضل رعايتهم النفسية. (انظر الجداول أرقام 24، 25، 26، 27، 52 و 53).

كما أكد كل أفراد مجتمع المعوقين (100 %)، بأن تكوينهم جعلهم يشعرون بتقدير الآخرين لهم، من خلال روح المبادرة، التي اكتسبوها إلى جانب ثقتهم في أنفسهم، بفضل رعايتهم النفسية والاجتماعية والتكوينية التي تلقوها في المركز. (انظر الجداول أرقام 48، 49، 52 و 53).

وفيما يخص الأهمية في المجتمع، فقد أكد كذلك أغلب المعوقين المبحوثين ونسبتهم تقدر ب 89.11 % بأن تكوينهم بالمركز قد جعلهم يشعرون بها. أما النسبة الضئيلة منهم والمقدرة ب 10.89 % والذين أجابوا بالسلب، فيمكن أن يرجع ذلك إلى عدم معرفتهم لقدراتهم وإمكاناتهم الحقيقية، وهنا تلعب الخدمة الاجتماعية، دورا هاما في ذلك بفضل مجال الخدمة التعريفية.

كما أجاب كل المعوقين المبحوثين (100 %)، بأن تكوينهم بالمركز جعلهم يحسّون بالمسؤولية، وهذا ضروري في سبيل إدماجهم اجتماعيا ومهنيا ويرجع ذلك إلى مختلف المواقف التي يتعرضون إليها خلال فترة التكوين (امتحانات، نشاطات، مسابقات...)، والتي تحتم عليهم تحمل مسؤولياتهم.

وإذا قرأنا الجدول عموديا، نجد بأن المتوسط الحسابي لمن أجابوا بالإيجاب حول ما جعلهم تكوينهم بالمركز يشعرون به من المعوقين، هو جد مرتفع، حيث بلغ 95.05 %. وهذا ما يدل على أهمية الدور الذي يلعبه المركز في كل ذلك. وهو يقارب المتوسط الحسابي لمن أجابوا بالإيجاب من المؤطرين المبحوثين حول ذلك حيث قدر ب 91.67 %.

وكنتيجة لهذين الجدولين، فإننا نقول بأن برامج الرعاية الاجتماعية والتكوين وخدمات الرعاية الاجتماعية بالمركز، تجعل المتربصين المعوقين يشعرون بتقبل الآخرين لهم، وبتقديرهم لهم كذلك، وبأهميتهم في المجتمع، وبالإحساس بالمسؤولية. وهذه معايير التكيف الاجتماعي والشخصية السوية.

**جدول رقم (62)، يوضح انخراط المتربصين في جمعيات
أو نوادي أو منظمات مدنية، وما هي؟**

النسبة المئوية	التكرار	الاحتمالات
27.72 %	28	الفيدرالية الوطنية للمعوقين حركيا
17.82 %	18	الفدرالية الرياضية للصم بالجزائر
12.87 %	13	الجمعية الوطنية الخيرية لإدماج المعوقين حسيا
58.41 %	59	المجموع
41.59 %	42	لا
100 %	101	المجموع الكلي

إن الجمعيات والمنظمات المدنية ذات الطابع الثقافي والاجتماعي أو الرياضي أو الفني، هي الإطار الاجتماعي (النظام الاجتماعي) الذي ينظم فيه الأشخاص المعوقين وغيرهم أنفسهم، من أجل حماية حقوقهم ورعاية أنفسهم بأنفسهم، رعاية متعددة الجوانب ثقافيا، بيولوجيا، عقليا ومعرفيا، نفسيا واجتماعيا.

كما أن الجمعيات كنظام اجتماعي، تعتبر جماعة اجتماعية، يشبع من خلالها الشخص المعوق حاجاته المختلفة، وخاصة الحاجات النفسية، من: تحقيق وتأكيد للذات وتحسين صورتها لديه، وزيادة الثقة في النفس، والشعور بالأمان والحماية...، والحاجات الاجتماعية، من الشعور بالانتماء، وروح المسؤولية والتواصل والحوار الاجتماعيين، واكتساب القيم والأنماط السلوكية، وبناء الاتجاهات والاعتماد على النفس، والاستقلالية الذاتية. (ارجع إلى حاجات المعوقين في الفصل الثالث).

وعليه فإن انضمام هؤلاء الأشخاص إلى جمعيات هو جد ضروري لاستكمال الرعاية وسياسة الإدماج الاجتماعي التي بدأتها الأسرة والدولة (من خلال مؤسساتها المتخصصة في ذلك)، برعاية ذاتية، لتحقيق الإدماج الاجتماعي الكامل لهم.

والجدول أعلاه يوضح بأن نسبة معتبرة (58.17 %) من المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة، هم منخرطون في جمعيات مدنية. وهذه النسبة تتوزع على طبيعة

الجمعيات أو المنظمات كما يلي:

27.72 % من المعوقين المبحوثين هم منخرطون في الفيدرالية الوطنية للمعوقين حركيا، وهم طبعا من فئة المعوقين حركيا.

17.82 % من مجتمع البحث هم منخرطون في الفيدرالية الرياضية للصم بالجزائر.

12.87 % من مجموع المبحوثين هم منخرطون في الجمعية الوطنية الخيرية لإدماج المعوقين حسيا.

وذلك ما يدل على مستوى الوعي الاجتماعي لهؤلاء المعوقين، وإدراكهم بأهمية تنظيم أنفسهم في جمعيات. كما أن ذلك دليل على روح المسؤولية التي يتمتعون بها اتجاه أنفسهم واتجاه فئة المعوقين بصفة عامة (انظر الجدولين رقمي 60، 61) واتجاه المجتمع. حيث أنهم واعون بضرورة أن يكونوا فعالين في المجتمع، شركاء فيه، لا أن يكونوا عالة عليه، وهذا ما يسهل عملية إدماجهم الاجتماعي.

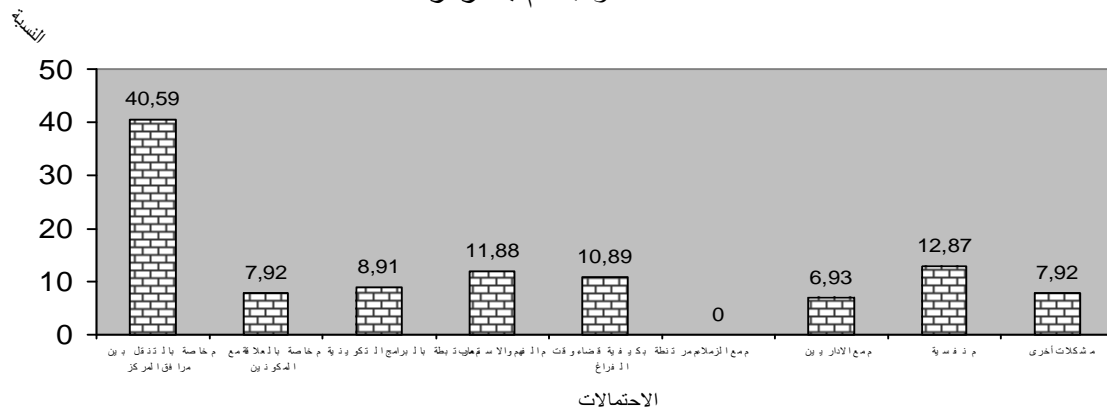
ولقد أكد هؤلاء بأن انضمامهم إلى مثل تلك الجمعيات يعود إلى طموحهم في تحقيق أهدافهم الإدماجية، ومن أجل المطالبة بحقوقهم في الحماية والشغل والمشاركة الاجتماعية، رغم ذلك، فإننا نجد فئة متوسطة من المعوقين المبحوثين تقدر نسبتهم ب 41.58 % صرّحوا بعدم انضمامهم لأية جمعية أو منظمة مدنية خاصة بهم، ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم اهتمامهم بمثل هذه الجمعيات، حيث أكد بعضهم بأن تلك المنظمات هي ميسسة ولا يتقون فيها، ولا تحقق لهم طموحاتهم.

3- رعاية المعوقين ومشكلات المحيط:

جدول رقم (63)، يوضح المشكلات التي تعترض المتربصين خلال تواجدهم بالمركز.

النسبة المئوية	التكرار	المشكلات
40.59 %	41	مشكلات خاصة بالتنقل بين مرافق المركز
07.92 %	08	مشكلات خاصة بالعلاقة مع المكونين
08.91 %	09	مشكلات مرتبطة بالبرامج التكوينية
11.88 %	12	مشكلات الفهم والاستيعاب
10.89 %	11	مشكلات مرتبطة بكيفية قضاء وقت الفراغ
-	-	مشكلات مع الزملاء
06.93 %	07	مشكلات مع الإداريين
12.87 %	13	مشكلات نفسية
07.92 %	08	مشكلات أخرى
11.88 %	12	المتوسط الحسابي

شكل رقم (33): المشكلات التي تعترض المتربصين خلال تواجدهم بالمركز



يعتبر هذا الجدول كجدول خلاصة وتأكيدي لما جاء في مختلف الجداول السابقة من نتائج. حيث أن طبيعة المشكلات التي يعاني منها الأشخاص المعوقين في المركز، تعبر وبشكل كبير عن مستوى الرعاية الاجتماعية، بمختلف خدماتها الصحية والنفسية والاجتماعية والتكوينية المهنية، وعن مستوى اهتمام إدارة المركز والإدارة المركزية للقطاع، بتوفير بيئة فيزيقية، وبسيكو-اجتماعية ملائمة لتكفل أحسن ولرعاية أرقى مستوى من أجل تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي لهذه الفئة، من تحقيق التكيف الذاتي والتكيف النفسي والتكيف الاجتماعي، والاستقلالية الذاتية لها. كما أن طبيعة المشكلات التي يعاني منها المعوقون في المركز تعبر عن مدى تكيفهم مختلف الأبعاد.

وما يهمنا في الجدول أعلاه، ليس المجموع العام، وإنما هو تكرار كل نوع من المشكلات. ويتضح لنا منه، بأن أغلب المشكلات المحددة في الجدول، لم تتكرر كثيرا، حيث نجد بأن المشكلات التي تكررت هي: مشكلات خاصة بالتنقل بين مرافق المركز، حيث نجد بأن نسبة 40.59 % من المعوقين المبحوثين صرّحوا بتعرضهم لها. ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم تهيئة مرافق وممرات وهياكل وطرق وأروقة المركز جيدا، بما يوافق أنواع الإعاقات ودرجاتها، (حركية، بصرية، سمعية).

أما من صرّحوا بأنهم يتعرضون لمشكلات خاصة بالعلاقة مع المكونين، فنسبتهم ضئيلة، حيث قدرت ب 07.92 % من مجموع المعوقين المبحوثين، وهذا ما يؤكد ما جاء في الجدول رقم 28 والجدول رقم 43 من نتائج حول طبيعة المعاملة ووصف المتربصين للمكونين.

وفيما يخص المشكلات المرتبطة بالبرامج التكوينية، فنجد بأنها تكررت بنسبة ضئيلة كذلك، حيث نجد نسبة 08.91 % من المعوقين المبحوثين، قد صرّحوا بتعرضهم لها، وهذا ما يؤكد ما جاء في الجداول أرقام 41، 42، 49 و 50.

وأما فيما يتعلق بمشكلات الفهم والاستيعاب، فقد تكررت بنسبة قليلة، حيث صرح 11.88 % من المتربصين المبحوثين بأنهم يعانون منها. ويمكن أن يرجع ذلك إلى صعوبة البرامج التكوينية بالنسبة لهم. أو يمكن أن يعود ذلك إلى طرق التكوين، ويمكن أن يتدخل في هذا المجال الأخصائي النفسي، في غياب الأخصائي الاجتماعي، لعلاج مثل هذه المشكلات، بعد دراستها وتشخيص أسبابها، من خلال طرق الخدمة الاجتماعية (خدمة الفرد، خدمة

الجماعة).

وقد تكررت المشكلات المرتبطة بكيفية قضاء وقت الفراغ، بنسبة قليلة، حيث أجاب 10.89 % من أفراد مجتمع الدراسة بأنهم يعانون منها. وعليه وجب تشخيص هؤلاء من أجل توجيههم وإرشادهم لكيفيات قضاء أوقات الفراغ، لكي لا تهدر هذه الأخيرة دون أية فائدة، أو أكثر من ذلك، بانعكاسات سلبية على الحالة النفسية لهذه الفئة من المعوقين.

أما المشكلات مع الزملاء، فلم تتكرر نهائيا، حيث لم يصرح أي معوق بمحوث بتعرضه لمثل هذه المشكلات، وهذا مؤشر ايجابي على طبيعة العلاقات الاجتماعية السائدة بين المعوقين المبحوثين، ونمط التفاعل الاجتماعي المنتشر بالمركز. (انظر الجداول أرقام 28، 35 و 51)

أما المشكلات مع الإداريين فقد تكررت بنسبة صغيرة، حيث أكد 06.93 % من المعوقين المبحوثين بأنهم يتعرضون لها، ويمكن أن يرجع ذلك إلى بعض المشكلات المتعلقة باستخراج بعض الوثائق، أو تسوية بعض الوضعيات البيداغوجية، (غياب، عدم احترام الوقت، أو عدم احترام النظام الداخلي للمركز في الورشة أو في الليل). وهذه مشكلات عادية يمكن أن تتعرض لها أية فئة تخضع إلى قوانين وإلى نظام اجتماعي ضابط.

وأخيرا وفيما يخص المشكلات النفسية، فقد صرحت فئة قليلة، قدرت نسبتها ب 12.87 % من المعوقين المبحوثين، بأنهم يتعرضون لها خلال تواجدهم بالمركز. وهذا ما يؤكد ما جاء في الجدول رقم 27، ويمكن أن تتمثل تلك المشكلات في الملل أو الخوف من الامتحان، أو الخوف من الفشل.

ويجب أن يلعب الأخصائي النفسي دورا هاما في سبيل تحديد هؤلاء الذين يعانون من مثل هذه المشكلات، وأن يشخصها ويقترح العلاج لها، بتوجيه وإرشاد نفسي فردي أو جماعي.

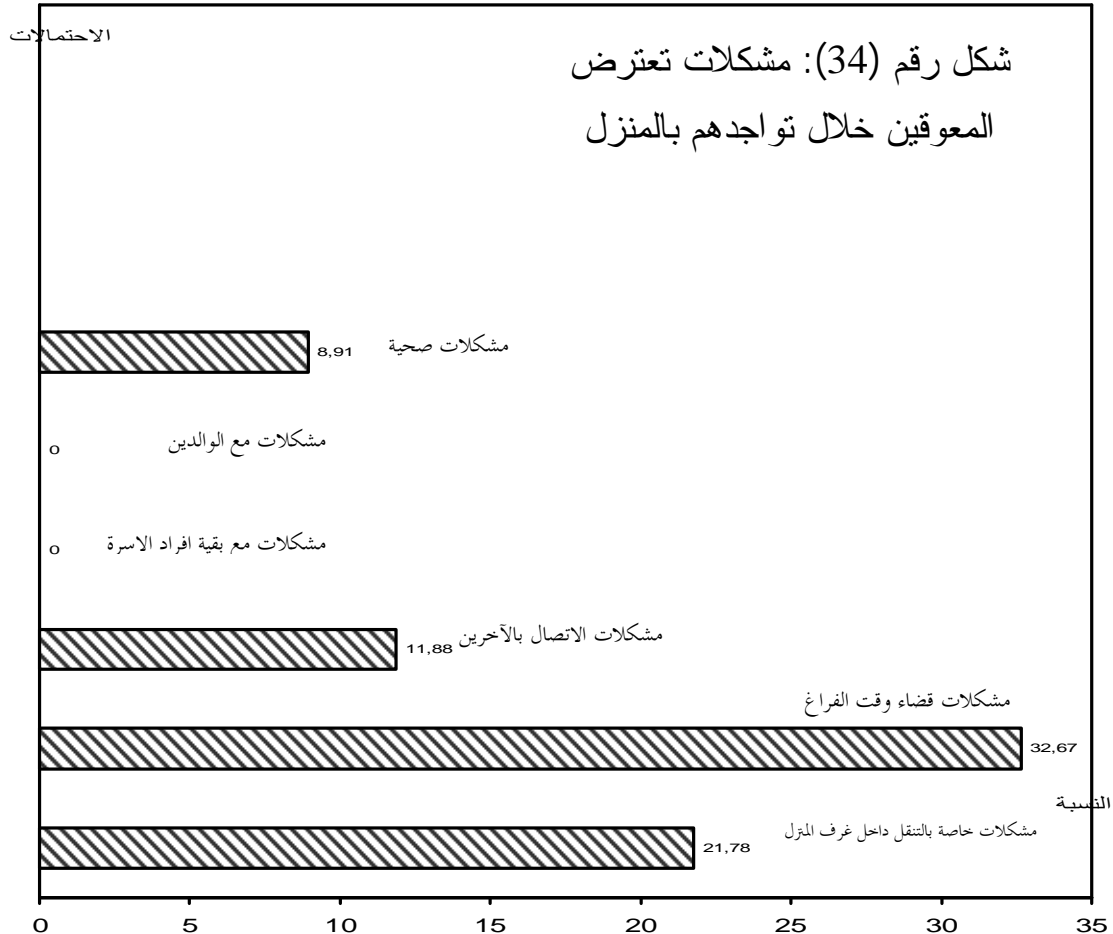
وقد صرحت فئة قليلة جدا من المعوقين المبحوثين، تقدر نسبتها ب 07.92 % بأنهم يتعرضون لمشكلات أخرى، خلال تواجدهم بالمركز. وقد ذكروا مشكلة الإزعاج في قاعات النوم، مشكلة بعد المركز عن وسط المدينة (خميسي المدينة وخميسي الشاطئ).

والمتوسط الحسابي لتكرار المشكلات المحددة في الجدول، هو جد صغير، حيث قدر

ب 11.88 %. وهذا ما يدل على أن عددا قليلا من المعوقين المبحوثين، من يتعرضون على الأقل لنوع من تلك المشكلات خلال تواجدهم بالمركز. ونستنتج من خلال النتائج السابقة، بأن المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة، لا يتعرضون لمشكلات كثيرة، وهذا ما يدل على المستوى الجيد لخدمات الرعاية البيولوجية والنفسية والاجتماعية والتكوينية المهنية التي يتلقاها هؤلاء بالمركز، والتي تساهم بشكل كبير بذلك في تحقيق أهداف وسياسة إدماجهم الاجتماعي، المتمثلة في: التكيف النفسي، التكيف الذاتي، التكيف الاجتماعي، والاستقلالية الذاتية.

**جدول رقم (64)، يوضح المشكلات التي تعترض
المعوقين خلال تواجدهم في المنزل.**

النسبة المئوية	التكرار	المشكلات
% 21.78	22	مشكلات خاصة بالتنقل بين غرف المنزل
% 32.67	33	مشكلات قضاء وقت الفراغ
% 11.88	12	مشكلات الاتصال بالآخرين
-	-	مشكلات مع الوالدين
-	-	مشكلات مع بقية أفراد الأسرة
% 08.91	09	مشكلات صحية
% 12.87	13	المتوسط الحسابي



هذا الجدول كسابقه، يوضح نوع المشكلات التي تعترض المعوقين، لكن ليس ببيئة المركز، إنما بالبيئة الأسرية المنزلية.

إن طبيعة المشكلات التي يعاني منها الشخص المعوق، داخل أسرته، وفي المنزل، تعبر إلى حد بعيد عن مستوى الرعاية الصحية، النفسية، والاجتماعية التي تقدمها له هذه الأخيرة، وعن مستوى الوعي لدى أفرادها، بأهمية تلك الرعاية، وبأهمية دورها في التكفل بابنها المعوق، من أجل الوصول به إلى أقصى قدر من التكيف الذاتي والتكيف النفسي والاجتماعي.

من خلال تحليلنا للبيانات التي يتضمنها الجدول أعلاه، يتضح بأن المشكلات الأكثر تعرضا لها من طرف المعوق خلال تواجده بالمنزل، هي مشكلات قضاء وقت الفراغ، حيث تكررت بنسبة 32.67%. ويمكن أن يعود ذلك إلى أن المنزل لا يوفر فرصا لقضاء أوقات الفراغ بكيفيات مفيدة، مثلما يوفرها المركز. (انظر الجداول أرقام 29، 35 و 36). وإذ عرفنا بأن المعوقين بصريا لا يمكنهم متابعة البرامج التلفزيونية بالصورة إلا بالسمع. والمعوقين سمعيا لا يمكنهم ذلك بالسمع إلا بالصورة، ولا يمكنهم الاتصال بالآخرين إلا بلغة الإشارة. وأن المعوقين حركيا، يصعب تنقلهم من مكان إلى آخر، فإننا نعرف حجم المشكلة التي يعانون منها في قضاء أوقات الفراغ، خاصة في فترات العطل، وهذا ما يمكن أن يؤثر على حالتهم النفسية سلبا، إذا لم تتدخل الأسرة لتوفير فرص أكثر من التلفزيون والراديو، لقضاء أوقات الفراغ لأبنائهم المعوقين، لكي يساهموا في تحسين حالتهم النفسية، وتتميتهم نفسيا واجتماعيا، ولكي يساهموا في تخليص هؤلاء من "الديقوتاج" (الملل) على حد تعبير أحدهم.

وفيما يخص المشكلات الخاصة بالتنقل بين غرف البيت، فلم تتكرر كثيرا، حيث صرح من نسبتهم 21.78% من المعوقين المبحوثين، بأنهم يعانون منها. ويمكن أن يرجع ذلك، ليس إلى تهيئة المنازل حسب خصوصيات الإعاقات (لأننا نعلم الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة الجزائرية وأزمة السكن)، وإنما يعود إلى تعود هؤلاء على حجات وزوايا ومرافق المنزل، وبالتالي سهل عليهم التنقل بينها.

وكما أكد بعض المعوقين حركيا بأن حمامات منازلهم، هي مكيفة (مهيأة) حسب ما يمكنهم من الراحة فيها.

أما مشكلات الاتصال بالآخرين، فقد تكررت بنسبة ضئيلة جدا، حيث صرح من

نسبتهم 11.88 % من المعوقين المبحوثين بأنهم يعانون منها. ويمكن أن يكونوا من المصابين بإعاقة سمعية. حيث أننا نعلم بأن أغلب الأسر الجزائرية لا تتقن لغة الصم (الإشارة)، وبالتالي ندعو أسر المعوقين سمعياً إلى محو أميتهم المرتبطة بلغة الإشارة، وأكثر من ذلك ندعو المجتمع الجزائري ككل لذلك، لأن أي أحد منا يمكن أن يصاب بإعاقة، وفي أي مرحلة من مراحل حياته، مهما تأخرت، كما يمكن أن يرزق بابن أو بأخ أو أخت معوقة سمعية، أو يكون صديقه معوقاً سمعياً، الأمر الذي يحتم علينا اكتساب لغة الإشارة لتسهيل اندماج هؤلاء في المجتمع.

وفيما يخص المشكلات مع الوالدين ومشكلات مع بقية أفراد الأسرة، فلم تتكرر تماماً. وهذا ما يدل على أهمية وعي الأسرة بكيفيات معاملة ابنها المعوق، وبطبيعة الرعاية النفسية والاجتماعية التي يجب أن توفرها له وهذا عامل إيجابي في سبيل إنجاح السياسة العامة للتكفل بالمعوقين، لرعايتهم وإدماجهم الاجتماعي، وهذا ما يؤكد نتائج الجدول رقم 11. وأخيراً فإن المشكلات الصحية تكررت بدرجة صغيرة، حيث صرح 08.91 % من المعوقين المبحوثين بأنهم يعانون منها في المنزل، حيث أكد لنا البعض بأنها مشكلات صحية متعلقة بالإعاقة، تتطلب رعاية صحية خاصة من طرف الأسرة. والبعض الآخر أكد لنا بأنها مشكلات صحية عابرة وعادية، يعاني منها أي فرد في المجتمع. (ارجع إلى المشكلات الصحية للمعوقين في الفصل الثالث).

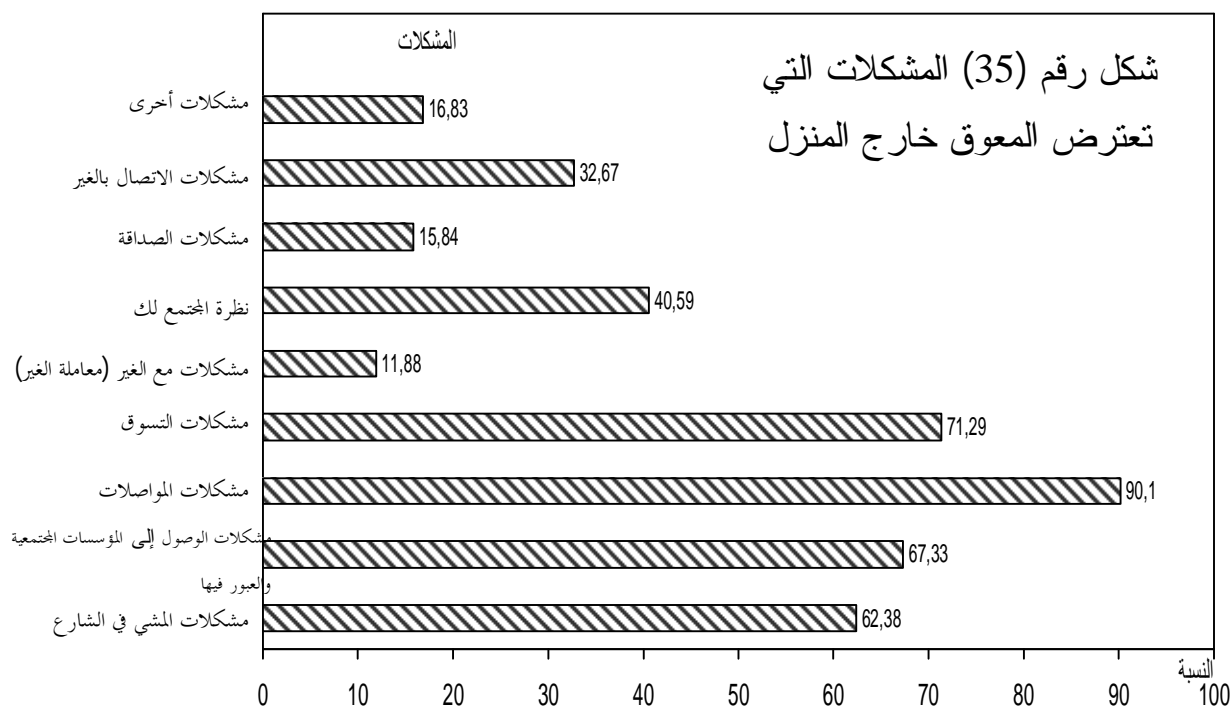
وعليه يجب التكفل بالصحة العامة للشخص المعوق، لكي لا تتضاعف إعاقته، ولا تتضافر مع مشكلات صحية أخرى، فتؤثر سلباً على الحالة النفسية للمعوق، لأنها وكما أثبتت الدراسات، مهما حاولنا تحسينها، إلا أنها تبقى هشة.

يبين لنا المتوسط الحسابي والذي كان منخفضاً جداً 12.87 %، لتكرارات المشكلات التي يتعرض لها المعوقون خلال تواجدهم بالمنزل، بأن فئة قليلة جداً منهم من يتعرضون لإحدى تلك المشكلات على الأقل.

وهذا ما يؤكد الدور الذي تلعبه الأسرة في التكفل والرعاية النفسية والاجتماعية والصحية لابنها المعاق. ويجب أن تشجع الدولة مثل هذه الأسر الواعية مادياً ومعنوياً، من أجل مواصلة اهتمامها بالأفراد المعوقين.

جدول رقم (65)، يوضح المشكلات التي تعترض المعوقين خلال تواجدهم خارج المنزل

النسبة المئوية	التكرار	المشكلات
62.38 %	63	مشكلات المشي في الشارع
67.33 %	68	مشكلات الوصول إلى المؤسسات المجتمعية والعبور فيها
90.10 %	91	مشكلات المواصلات
71.29 %	72	مشكلات التسوق
11.88 %	12	مشكلات مع الغير (معاملة الغير)
40.59 %	41	نظرة المجتمع لك
15.84 %	16	مشكلات الصداقة
32.67 %	33	مشكلات الاتصال بالغير
16.83 %	17	مشكلات أخرى
45.54 %	46	المتوسط الحسابي



يوضح هذا الجدول أهم المشكلات التي تعترض الأشخاص المعوقين خلال تواجدهم خارج المنزل وخارج المركز، أي في الشارع، في المؤسسات المجتمعية، في البيئة العامة للمدينة، في السوق...

إن المشكلات المحددة تعبر -حسب مدى تعرض المعوقين لها- عن مستوى الرعاية التي يوفرها المجتمع العام لهم، وعن مستوى وعي هذا الأخير بدوره في التكفل بهم، وفي رعايتهم حق رعاية، وفي نيته في إدماجهم الكامل. كما تعبر تلك المشكلات عن وعي المجتمع والدولة بضرورة حفظ كرامة المعوق وصونها، وضمان حريته في التنقل والاتصال، وفي العيش حياة عادية كاملة الحقوق غير منقوصة، حسب ما تنص عليه قوانين الدولة والإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وإعلان الأمم المتحدة لحقوق المعوقين. إن تقدم المجتمعات يقاس حسب ما تقدمه هذه الأخيرة لأفرادها عموماً، وأفرادها المعوقين خاصة، من رعاية متعددة الجوانب (صحية، نفسية، اجتماعية، مهنية)، ومن فرص للعيش الكريم فيه.

كما أن طبيعة المشكلات التي يتعرض لها المعوقون في المجتمع العام، تعبر وتعكس المستوى الذي وصل إليه المجتمع والدولة في سياسة الإدماج الاجتماعي لهم، ومدى فعاليتها. من خلال البيانات المتضمنة في الجدول، يتضح بأن هناك مشكل حقيقي في البيئة المجتمعية، في سياسة الإدماج الاجتماعي، في التخطيط، في البرمجة، في تطبيق القوانين التي لم يتوانى مسؤولو القطاع في سنّها وفي تنظيمها (ارجع إلى الفصل الثالث). حيث نجد بأن مشكلات كثيرة من بين المحددة في الجدول قد تكررت وبنسب مرتفعة.

إنه مهما كانت سياسة وبرامج الرعاية والتكفل المؤسساتي والأسري فعالة، دون أن تتماشى معها سياسة الرعاية والتكفل المجتمعي، لن تتجح الأولى ولن تتمكن من تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر.

إن المعوقين يعانون من مشكلات المشي (التنقل)، في الشارع، يعانون من مشكلات الوصول إلى المؤسسات المجتمعية، والعبور فيها، يعانون من مشكلات المواصلات والاتصالات، مشكلات التسوق، مشكلات نظرة المجتمع السلبية ومشكلات أخرى.

لقد حان الوقت لإعادة النظر في السياسة العامة لإدماج المعوقين، حان الوقت لأن ندق الجرس المنبه، من أجل الاستيقاظ من النوم، من أجل مراجعة الذات وإصلاحها.

إن النتائج المتضمنة في الجدول توضح بأن نسبة جد عالية، تقدر ب 62.38 % من المعوقين المبحوثين، **يعانون من مشكلة المشي في الشارع**. فالأرصفة غير مهيأة لهم، وهي مليئة بالمعوقات، تمسّ وتعترض حتى الأشخاص العاديين، مليئة بالحفر، مليئة بالأعمدة، وبالمدرجات وبطاولات السجائر. لا يمكن أن يقطع (يعبر) الطريق أي معوق مهما كان دون مساعدة أو مرافقة أحد، وفي بعض الأحيان لا يجد من يساعده أو من يرافقه.

كذلك فقد أكد أغلب المعوقين المبحوثين، وبنسبة 67.33 %، بأنهم **يعانون من مشكلة الوصول والعبور في المؤسسات المجتمعية**، الإدارية منها والخدماتية (البلدية، الدائرة، الولاية، المديرية المختلفة، المدرسة، مؤسسة العمل...)، فكلها غير مجهزة وغير مهيأة، حسب خصوصياتهم الحركية والحسية، رغم وجود بعض المبادرات المحتشمة، في تخصيص مدخل للمعوقين حركيا، الذين يستعملون الكراسي المتحركة، في بعض المؤسسات.

أما مشكلة المواصلات فقد اتفق أغلب المبحوثين (90.10 %)، بأن هذه هي أكبر وأخطر مشكلة يعانون منها، فالحافلات غير مهيأة، لعبور المعوق الحركي، ولا البصري، مع العلم بأنها الوسيلة الجماعية الوحيدة للتنقل الحضري.

وفيما يخص **مشكلة التسوق**، فلقد أكدت نسبة عالية قدرت ب 71.29 % من المعوقين المبحوثين، على معاناتهم منها، رغم أنها ترجع إلى ثقافة مجتمع السوق والفوضى. أما فيما يتعلق **بالمشكلات مع الغير**، فقد تكررت بنسبة ضئيلة (11.88 %) حيث أن هؤلاء الذين يعانون منها يؤكدون على ثقافة "الحقرة" التي يحملها البعض في المجتمع، وهي غير عامة، يمكن معالجتها بتطبيق القانون العقابي على كل من يحتقر شخصا معوقا، أو لا يقدم له المساعدة، وهو في حاجة إليها.

أما نسبة متوسطة تقدر ب 40.59 % من المعوقين المبحوثين، فقد أكدوا بأنهم يتعرضون **لمشكلة النظرة السلبية للمجتمع لهم**، سواء نظرة احتقار، أو نظرة الشفقة، وكلاهما حسب المعوقين المستجوبين نظرتان سلبيتان يجب أن تتغيرا في سبيل تكيف وإدماج اجتماعيين أحسن لهم.

وفيما يخص **مشكلة الصداقة**، فلم تتكرر كثيرا، نظرا لتكيف المعوقين المستجوبين ذاتيا ونفسيا، وقدرتهم على ربط صداقة مع الآخرين من المعوقين أو غيرهم. إلى جانب اكتسابهم الثقة في النفس، وتقدير الذات. وقد قُدرت نسبة من يعانون من مشكلة الصداقة ب

15.84 % من المعوقين المبحوثين.

وأخيرا وفيما يخص مشكلة الاتصال بالغير، فقد تكررت بنسبة متوسطة قدرت ب 32.67 % من مجموع المعوقين المبحوثين، ويمكن أن تعود معاناة هؤلاء إلى عدم تهيئة الهاتف العمومي حسب أنواع الإعاقات، فنجد في الدول المتقدمة حجات هاتف خاصة بالمعوقين حركيا، وأخرى خاصة بالمكفوفين، (هاتف بالبرايل)، وكمبيوتر هاتف الصورة للمعوقين سمعيا.

كما يمكن أن يرجع عدم التصريح بمعاناة الفئة الأخرى من المعوقين المبحوثين، من هذه المشكلة إلى عدم الاهتمام بها كثيرا، إلى جانب المشكلات الخطيرة الأخرى التي يعانون منها.

وقد ذكر بعض المعوقين المبحوثين مشكلات أخرى يعانون منها، حيث ركزوا وبنسبة 16.83 % على مشكلة نظرة الجنس الآخر والعلاقة معه، وإلى مشكلة تهيئة المراحيض العمومية، حسب ما يمكنهم الاستفادة منها.

ومن خلال حساب المتوسط الحسابي لتكرار تلك المشكلات المحددة في الجدول، نجد بأنه مرتفع جدا، حيث قدر ب 45.54 %. وهذا ما يدل على معاناة فئة كبيرة من المعوقين، من تلك المشكلات المحددة.

خلاصة الفصل:

لقد أكدت النتائج الميدانية بأن الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، -التي تلعب دورا مهما في إشباع حاجاتهم- تساهم كثيرا في تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين بالجزائر.

حيث نجد بأن أغلب المعوقين المبحوثين، تتوفر فيهم معايير الاستقلالية الذاتية، وخاصة فيما يتعلق بالاعتماد على النفس، والإحساس بالمسؤولية، والمبادرة والاجتهاد. كما نجد بأن أغلب المعوقين تتوفر فيهم معايير التكيف الذاتي، من تقبل الإعاقة وفهم الذات وتقبلها، واكتساب الأمل في الحياة، والثقة في النفس.

إلى جانب ذلك فإن النتائج الميدانية أكدت بأن أغلب المعوقين المبحوثين تتوفر فيهم معايير التكيف النفسي والتي تتمثل خصوصا في الإحساس بالسعادة والراحة النفسية، التخلص من العزلة، التخلص من الحالات والمشاعر والأحاسيس السلبية، التي كانوا يعانون منها، من دونية، يأس، خوف وقلق.

وأخيرا فإن البيانات الإحصائية، أكدت بأن أغلب المعوقين تتوفر فيهم معايير التكيف الاجتماعي، وخاصة فيما يتعلق بالشعور بالتقدير الاجتماعي، (تقدير الآخرين)، وبتقبل الآخرين، والإحساس بأهميتهم في المجتمع، وبحب التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وبناء علاقات اجتماعية إيجابية مع حب التفاعل الاجتماعي.

رغم ذلك فإن الدراسة الميدانية كشفت بأن سياسة الإدماج الاجتماعي للمعوقين في الجزائر، لن تكون لها فعالية دون مرافقتها بسياسة تغيير ثقافية، وتغيير نظرة المجتمع للمعوقين، ووعيه بدوره في التكفل بهم، مع سياسة تغيير بيئية محيطية من أجل تهيئة وتكييف المحيط، بما يسهل تنقل وانتقال المعوقين بين مرافق البيئة العمرانية.

الفصل

السادس

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات المطروحة ومؤشراتها، بتفصيل دقيق، حيث تذكر النسب المئوية المعبرة، والجداول التي تتضمن هذه الأخيرة.

كما يتضمن هذا الفصل النتيجة العامة والتي تجيب عن التساؤل الرئيسي للدراسة، والتي جاءت بفضل التأكد من صحة أو خطأ الفرضيات.

وبعد ذلك سيتم مقارنة نتائج الدراسة الحالية، بنتائج بعض الدراسات المشابهة والتي مست كل منها جانبا من جوانب الإشكالية.

وفي الأخير سيتم طرح بعض الاقتراحات العملية من أجل تحسين رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، والتي بنيت على أساس استنتاجات الدراسة، هذه الأخيرة توصلنا إليها من خلال ما سجل في الميدان من نتائج، تبين جوانب القصور وجوانب الإيجاب في السياسة الجزائرية مقارنة مع ما يجب أن يكون ومع ما هو حاصل في الدول المتطورة، والتي سجلت تقدما لا بأس به في هذا المجال.

1- نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات:

تحاول هذه الدراسة الوصول إلى استنتاجات عامة، مبنية على حقائق علمية وموضوعية، مستقاة من الواقع الاجتماعي، حيث تبين هذه الأخيرة مدى صحة أو خطأ الفرضيات المطروحة.

وبالتالي فإن مصادر هذه الاستنتاجات، مأخوذة من النتائج المتوصل إليها عن طريق تفريغ البيانات المجمعة من الميدان، في الجداول التي تم تحليلها وتفسيرها، وربطها ببعضها، وبالإطار النظري الفكري، وذلك حفاظا على الترابط لخدمة أغراض الدراسة (أهدافها) المحددة بدقة، بغية الوقوف على واقع رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالمركز ميدان الدراسة، وبالتالي في الجزائر.

وعلى ضوء ذلك فقد توصلت الدراسة الميدانية إلى جملة من النتائج، سيأتي ذكرها فيما يلي، حسب كل فرضية، وحسب كل مؤشر من مؤشرات المحددة، ثم التوصل في الأخير إلى النتيجة العامة والتي تجيب عن التساؤل الرئيسي للدراسة.

أ- نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

التي مفادها: تتوفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

- خدمات الرعاية الصحية.
- خدمات الرعاية النفسية.
- خدمات الرعاية الاجتماعية.
- خدمات الرعاية التكوينية.

ومن خلالها يحاول الباحث الكشف عن طبيعة ومستوى الخدمات المقدمة للمعوقين المتربصين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بـدنيا.

ويظهر ذلك من خلال جملة المؤشرات التي تمحورت حولها أسئلة استمارة الاستبيان الخاص بالمعوقين المتربصين بالمركز من رقم 19 حتى رقم 44، وكذلك أسئلة استمارة الاستبيان الخاص بالمؤطرين بالمركز، من رقم 05 حتى رقم 20، وبالتالي فقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أولاً: خدمات الرعاية الصحية:

تبين بعد تفريغ وتحليل البيانات، بأن نسبة كبيرة (94.06 %) من المعوقين المبحوثين، تم فحصهم من طرف طبيب المركز، عند التحاقهم به (انظر الجدول رقم 16). وقد أكدت المقابلات التي أجريناها مع بعض مسؤولي المركز، بأن طبيب المركز، وهو طبيب عام، يقوم بدراسة ملف خاص بكل معوق، و يحتوي على جميع المعلومات الطبية الخاصة به، نوع الإعاقة ودرجتها والمستوى الاقتصادي لأسرته، وظروفه الاجتماعية.

إن النتائج المتضمنة في الجدول رقم 17، تؤكد بأن اغلب المعوقين قد استفادوا من الأجهزة التعويضية، حيث قدرت ب 98.02 %. وقد صرح اغلبهم بأن ذلك كان بفضل أسرهم، التي لم تتأخر في تعويضهم عن النقص الجسدي أو الحسي الذي يعانون منه. وهذا ما يؤكد النتائج التي جاءت في الجدول رقم 11، حيث صرح فيه المعوقون بأن أسرهم واعية تماماً بدورها في التكفل بهم.

لقد أكد اغلب المعوقين المبحوثين بنسبة 93.07 %، بأنهم لم يصابوا بأي مرض أو حادث داخل المركز، وذلك يرجع إلى توفر البيئة الصحية وشروط السلامة والأمان داخل المركز (انظر الجدول رقم 18).

كما أكدت نسبة عالية قدرت ب 96.04 %، من المعوقين المبحوثين، بأن مستوى الخدمات الصحية بالمركز هو جيد (انظر الجدول رقم 20)، وقد صرحوا وبنفس النسبة وفي نفس الجدول بأن تلك الخدمات الصحية تجعلهم يشعرون بأنهم في امن صحي، وقد وافقهم في ذلك المؤطرون بنسبة 91.67 %، في الجدول رقم 21.

ومن خلال كل ذلك نستنتج بأن خدمات الرعاية الصحية هي متوفرة بالمركز ميدان الدراسة وبمستوى جيد.

ثانياً: خدمات الرعاية النفسية:

لقد اتضح بعد تفريغ وتحليل البيانات، بأن اغلب المبحوثين من المعوقين وبنسبة 98.02 % أكدوا بأنه تمت مقابلتهم مع الأخصائي النفسي عند التحاقهم بالمركز (انظر الجدول رقم 22). ويتفق معهم المؤطرون، حيث أكدوا ذلك بنسبة 100 % (انظر الجدول رقم 23).

لكن نجد وعلى العكس مما يجب أن يكون، فإن الأخصائي النفسي لا يطبق مع هؤلاء المعوقين الاختبارات والمقاييس النفسية، وهذا رأي اغلب المعوقين المبحوثين، حيث بلغت

نسبتهم 86.14 % (انظر الجدول رقم 22). وهذا ما يؤثر سلبا على عملية تشخيص الحالة النفسية والقدرات العقلية والجسمية لهؤلاء المعوقين المتربصين، والتي على أساسها تحدد خطة التدخل العلاجي معهم.

بناء على البيانات الخاصة بطبيعة المعاملة التي يتلقاها المعوقون من طرف العاملين بالمركز، فقد أكد أغلب المبحوثين ونسبة 78.22 % (انظر الجدول رقم 28) بأنهم يتلقون معاملة جيدة، وهذا ما يؤثر ايجابيا على تكيفهم النفسي والاجتماعي مع بيئة التكوين والرعاية ويجعلهم يقبلون على المركز.

فيما يخص فترات الترويح عن النفس، فقد أكدت نسبة عالية قدرت ب 84.16 % من المعوقين المبحوثين بأنهم يستفيدون منها دائما. وهذا عامل ايجابي في سبيل تخلصهم من الحالات النفسية السلبية، وتعويضها بالراحة النفسية (انظر الجدول رقم 29). حيث وفرت إدارة المركز مرافقا لذلك، من: نادي، قاعة الرياضة، قاعة الشطرنج والتنس ومساحات خضراء.

وقد قيم المؤطرون المبحوثون بنسبة 79.17 % مستوى خدمات الرعاية النفسية التي يقدمها المركز للمعوقين المتربصين بالامتاز، (انظر الجدول رقم 30).

وقد ارجعوا ذلك إلى وعي العاملين بالمركز بدورهم في التكفل النفسي بهذه الفئة الخاصة من المجتمع، وهذا عامل ايجابي في سبيل تحقيق التكيف النفسي للمعوقين من أجل إدماجهم اجتماعيا.

ثالثا: خدمات الرعاية الاجتماعية:

لقد كشفت البيانات الإحصائية الخاصة بظروف الإيواء بالمركز، بالنسبة للمعوقين المتربصين الداخليين، بأن أغلب هؤلاء وبمتوسط حسابي قدره 86.05 %، قد أكدوا على أنها جيدة وذلك في الجدول رقم 32. وقد لاحظ ذلك الباحث في الميدان، خلال زيارته لقاعات النوم.

رغم أن نسبة معتبرة منهم قدرت ب 59.30 % أكدوا بأن نوعية الأغذية هي كذلك متوسطة، وذلك يعود إلى قدمها، وذلك في نفس الجدول.

وفيما يخص ظروف الإطعام في المركز، بالنسبة لكل المعوقين الداخليين ونصف الداخليين والخارجيين، فقد أكد أغلب هؤلاء وبمتوسط حسابي قدره 47.52 % على أنها متوسطة، وذلك في الجدول رقم 33.

حيث أكدوا على أن مستوى النظافة العامة للمطعم هي متوسطة، وأن نوعية الوجبات المقدمة لهم والقيمة الغذائية لها هي متوسطة كذلك، رغم أن الكمية هي جيدة. وهذا ما أكدته معطيات الملاحظة بالمشاركة التي طبقها الباحث في الميدان، من خلال تناوله لوجبات في المطعم.

وقد أكد اغلب المعوقين المبحوثين بنسبة 87.13 % بأن مكتبة المركز هي ثرية بالكتب والمراجع، وأنهم وبنسبة 73.27 % يستفيدون دائماً من خدماتها، وذلك في الجدول رقم 34

تفصح البيانات الميدانية الخاصة بكيفية قضاء أوقات الفراغ، من طرف المعوقين المتربصين بالمركز، بأن هؤلاء وبمتوسط حسابي قدره 79.21 % يعرفون كيف يقضون وقت فراغهم بين النادي، المكتبة، الرياضة، وذلك في الجدول رقم 36.

وقد قيم المؤطرون المبحوثون مستوى خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة بالمركز للمعوقين المتربصين بالجيد، وذلك بمتوسط حسابي بلغ 75 %، وهذا ما تؤكدته النتائج المتضمنة في الجدول رقم 37

رابعا: خدمات الرعاية التكوينية المهنية:

لقد أفصحت البيانات الإحصائية، بأن عملية تقييم قدرات المعوقين المترشحين للالتحاق بمركز التكوين المهني، لا تتم بصفة جيدة، حيث نجد بأن نسبة متوسطة فقط من المعوقين المبحوثين تقدر ب 61.39 % أجابوا بالإيجاب، والباقي فقد أجابوا بأن العملية لم تتم معهم. (انظر الجدول رقم 39).

وقد أكد اغلب المعوقين المبحوثين، بأن التخصص المهني الذي يتكونون فيه هو يتوافق تماما مع نوع الإعاقة ومع قدراتهم الجسمية والعقلية، وبلغت نسبة هؤلاء 74.26 % في الجدول رقم 39.

كما أن نسبة معتبرة قدرت ب 79.17 % من المؤطرين المبحوثين، أكدوا بأن عملية التوجيه المهني للمعوقين تتم على أسس ومعايير علمية، وذلك في الجدول رقم 40.

كما أن اغلب المعوقين المبحوثين وبنسبة 92.08 %، في الجدول رقم 41، أكدوا بأن هناك تكامل كبير بين الدروس النظرية والتطبيقية في برامج التكوين. ونسبة تقاربها قدرت ب 87.13 %، منهم صرحوا بأن تلك البرامج تتماشى كلها مع متطلبات المهنة في الواقع. وقد أكد ذلك المؤطرون في الجدول رقم 42 بنسبة عالية قدرت ب 87.50 % بالنسبة

للتكامل بين الدروس النظرية والتطبيقية، وبنسبة 79.17 % فيما يخص تماشي تلك البرامج مع متطلبات المهنة في الواقع.

وفيما يخص وصف المتربصين المعوقين لمكونهم في الجدول رقم 43، نجد بأن الصفة التي تكررت كثيرا وبنسبة 97.01 %، هي صفة **يحبون المتربصين**، وهذا ما يدل على طبيعة المعاملة التي يتلقونها من قبلهم، وما يؤكد ما جاء في الجدول رقم 28 من نتائج. وتؤكد ذلك معطيات الملاحظة التي طبقها الباحث خلال حضوره بعض الحصص التكوينية. كذلك فإن صفة **يتفهمونكم** قد تكررت بنسبة مرتفعة قدرت ب 97.01 %، في نفس الجدول، وذلك ما يجعل المتربصين يتقنون في مؤطريهم ويقبلون على التكوين بالمركز ويحبونه.

ما يمكن تسجيله من خلال البيانات الإحصائية المتضمنة في الجدول رقم 44، هو أن نسبة مرتفعة من المعوقين المبحوثين، وهي تقدر ب 96.04 %، أكدوا بأن المكونين **يسمحون** لهم بالتعبير عن آرائهم دائما، خلال العملية التكوينية. وذلك عامل ايجابي في سبيل تنمية روح المبادرة وروح الحوار لديهم، وزيادة ثقتهم في النفس.

ونجد بأن نسبة تقاربها (97.03 %) أكد أصحابها بأن المؤطرين يطبقون أسلوب المناقشة والحوار دائما، وقد أكد المؤطرون ذلك، وبنسبة عالية قدرت ب 95.83 % منهم في الجدول رقم 45، وهذا ايجابي في صالح تحقيق أهداف العملية التكوينية، وهي خلق فرد فعال ومبادر وخلاق.

وفيما يخص الخصوصيات الشخصية للمعوقين، فقد أكدت نسبة مرتفعة جدا قدرت ب 95.05 % منهم بأن المكونين يأخذونها بعين الاعتبار خلال عملية التكوين دائما، وذلك في الجدول رقم 46. وقد أكد ذلك المؤطرون بنسبة (100 %)، وذلك في الجدول رقم 47، إلى جانب أخذهم للفروق الفردية بين المعوقين المتربصين بعين الاعتبار.

ومن خلال كل ما سبق نستنتج بأن طبيعة خدمات الرعاية للمعوقين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي بولاية تيبازة، تتمثل في:

§ خدمات الرعاية الصحية وتتضمن:

- فحص المعوقين المتربصين من طرف طبيب المركز، عند التحاقهم، مع دراسة ملف خاص بكل معوق، يتضمن جميع المعلومات الطبية الخاصة به، نوع الإعاقة ودرجتها وظروفه الاجتماعية.

- تتوفر البيئة الصحية وشروط السلامة والأمان بالمركز
- مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمعوقين هو جيد.
- أما الأجهزة التعويضية، فإن المعوقين يستفيدون منها من طرف أسرهم، أو الجمعيات، ولا يتكفل المركز بها.

§ خدمات الرعاية النفسية وتتضمن:

- مقابلة مع الأخصائي النفسي، عند التحاق المعوقين بالمركز.
- رغم ذلك فإن الأخصائي النفسي لا يطبق الاختبارات والمقاييس النفسية مع المعوقين المتربصين عند التحاقهم بالمركز.
- يتلقى المعوقون معاملة حسنة من طرف العاملين بالمركز.
- يستفيد المعوقون من فترات للترويح عن النفس (نادي، قاعة رياضة، ملعب، قاعة شطرنج وتنس).

- مستوى خدمات الرعاية النفسية المقدمة للمعوقين بالمركز هو ممتاز.

§ خدمات الرعاية الاجتماعية وتتضمن:

- ظروف الإيواء جيدة.
- ظروف الإطعام هي متوسطة، حيث أن النظافة العامة للمطعم هي متوسطة وكذا نوعية الوجبات.
- مكتبة المركز هي ثرية بالكتب والمراجع، حيث يستفيد منها المعوقون دائماً.
- تنظيم وقت الفراغ للمعوقين في المركز، يجعلهم يعرفون كيفية قضاءه.
- خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمعوقين المتربصين بالمركز، هي ذات مستوى جيد.

§ خدمات الرعاية التكوينية المهنية، وتتضمن:

- التخصص المهني الذي يتكون فيه المعوق المتربص بالمركز، يتوافق تماماً مع نوع إعاقته ومع قدراته الجسمية والعقلية، رغم أن عملية تقييم قدراته لا تتم بصفة جيدة.
- عملية التوجيه المهني (حسب المؤشرين) تتم على أسس ومعايير علمية.
- تكامل كبير بين الدروس النظرية والتطبيقية في برامج التكوين.
- تماشي كل برامج التكوين مع متطلبات المهنة في الواقع.

- حب المؤطرين للمتربصين المعوقين وتفهمهم.
 - تطبيق أسلوب المناقشة والحوار من طرف المؤطرين خلال العملية التكوينية بالمركز.
 - مراعاة الخصوصيات الشخصية للمعوقين، والفروق الفردية بينهم من طرف المؤطرين خلال عملية التكوين.
- ومن خلال كل ذلك يمكن أن نقول بأن الفرضية الفرعية الأولى قد تحققت.
- ب - نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الثانية:
- التي مفادها: خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تؤدي إلى إشباع حاجاتهم.
- ومن خلالها يحاول الباحث الكشف عن دور خدمات الرعاية في إشباع مختلف حاجات المعوقين، في أبعادها البيولوجية، النفسية، الاجتماعية والتكوينية المهنية.
- ويظهر ذلك من خلال جملة المؤشرات التي تمحورت حولها أسئلة استمارة الاستبيان الخاص بالمعوقين المتربصين بالمركز من رقم 19 حتى رقم 44، وكذلك أسئلة استمارة الاستبيان الخاص بالمؤطرين بالمركز من رقم 05 حتى رقم 20، وبالتالي فقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- أولاً: خدمات "الرعاية الصحية" وإشباع الحاجات الصحية:
- من خلال النتائج المتضمنة في الجدول رقم 20، اتضح بأن اغلب المعوقين المتربصين، وبنسبة 96.04 %، أكدوا بأن مستوى الخدمات الصحية بالمركز هو جيد، وقد وافقهم في ذلك اغلب المؤطرين وبنسبة 91.67 %، في الجدول رقم 21.
- لقد أكد كل المعوقين المبحوثين وبنسبة 100 %، بأن خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم بالمركز تجعلهم يشعرون بأنهم في أمن صحي، (انظر الجدول رقم 20) وهذا ما يخلق لديهم تكيفاً صحياً بيولوجياً، بحيث أن البيئة الصحية، وشروط السلامة والأمان في المركز، تساهم في ذلك كثيراً، وقد وافقهم في ذلك المؤطرون وبنسبة عالية (91.67 %)، في الجدول رقم 21.

ثانياً: خدمات "الرعاية النفسية" وإشباع الحاجات النفسية:

أفصحت البيانات الميدانية، وذلك في الجدول رقم 22، بأن أغلبية المعوقين المبحوثين بالمركز ميدان الدراسة (98.02 %)، أكدوا على أن الجلسات مع الأخصائي النفسي هي مفيدة، حيث تجعلهم ينفسون انفعالياً، ويستفيدون من توجيهاته وإرشاداته النفسية.

أكد أغلب المعوقين المبحوثين ونسبة 95.05 %، في الجدول رقم 24، بأن الأخصائي النفسي، قد ساعدهم على التخلص من بعض الحالات النفسية والمشاعر والأحاسيس السلبية التي كانوا يعانون منها قبل التحاقهم بالمركز. وقد أكد ذلك المؤطرون بنسبة 58.33 %، في الجدول رقم 27، بأن هؤلاء المعوقين يتخلصون من مثل تلك الحالات بعد فترة متوسطة من التحاقهم بالمركز.

ثالثاً: خدمات "الرعاية الاجتماعية" وإشباع الحاجات الاجتماعية:

تبين بعد تفريغ وتحليل البيانات بأن نسبة كبيرة من المعوقين المبحوثين قدرت ب 82.18 %، في الجدول رقم 35، أكدوا على أنهم يشاركون دائماً في النشاطات الثقافية والترفيهية والرياضية التي ينظمها المركز.

وقد أكد أغلب المعوقين المبحوثين، بأن تلك النشاطات التي يشاركون دائماً فيها تنمي مواهبهم، وقد كانت نسبتهم 72.28 % (انظر الجدول رقم 35).

لقد أفصحت البيانات الإحصائية، بأن نسبة مرتفعة من المعوقين المبحوثين بلغت 95.05 %، وذلك في الجدول رقم 52، أكدوا بأن التكوين في المركز قد أفادهم في بناء علاقات اجتماعية ايجابية.

كما أن المتوسط الحسابي والمقدر ب 79.21 % للمعوقين الذين أجابوا في الجدول رقم 36، بمعرفتهم كيفية قضاء وقت الفراغ، تؤكد بأنهم يشبعون الحاجة إلى ذلك.

وأن النسبة العالية والمقدرة ب 86.05 % من المعوقين المبحوثين الذين أجابوا في الجدول رقم 32، بأن مستوى الظروف العامة للإيواء هو جيد، تؤكد أنهم يشبعون الحاجة إلى الإيواء.

وفيما يخص إشباع الحاجة إلى الإطعام، فإن نسبة متوسطة قدرت ب 47.52 %، أكد أصحابها في الجدول رقم 33، بأن مستوى خدمات الإطعام هو متوسط.

أما فيما يخص إشباع الحاجة إلى المطالعة، فإن أغلب المعوقين المبحوثين، وبنسبة 87.13 % في الجدول رقم 34، أكدوا بأن المكتبة هي ثروة بالمراجع والكتب، وأنهم يستفيدون من خدماتها دائما.

رابعا: خدمات "الرعاية التكوينية المهنية" وإشباع الحاجات التكوينية:

لقد أفصحت البيانات الميدانية المتضمنة في الجدول رقم 49، بأن نسبة عالية تقدر بـ 97.03 % من المعوقين، أكدوا بأن للبرامج التكوينية دورا هاما في إقبالهم على التكوين، وقد اتفق معهم المؤطرون بنسبة 100 %، في الجدول رقم 50.

كما أكد أغلب المعوقين وبنسبة 96.04 % بأن لبرامج التكوين دورا في انسجامهم مع جماعة التكوين، وذلك في نفس الجدول، وقد اتفق معهم المؤطرون بنسبة 91.67 %، وذلك في الجدول رقم 50.

كما صرح أغلب المعوقين المبحوثين، وبنسبة 98.02 %، بأن برامج التكوين قد جعلتهم يتكيفون مع التخصص (انظر الجدول رقم 49)، وقد وافقهم أغلب المؤطرين بنسبة 95.83 % في الجدول رقم 50.

ولقد أكد 97.03 % من المعوقين، بأن برامج التكوين قد جعلتهم يشعرون بتغيير محسوس في قدراتهم، حيث زادت قدراتهم الجسمية، وذلك في الجدول رقم 48. كما أكد 99.01 % من المعوقين بأن برامج التكوين قد جعلتهم يشعرون بتفتح قدراتهم العقلية. وذلك في نفس الجدول.

وصرح (98.02 %)، من المعوقين بأن برامج التكوين زادت من قدراتهم على فهم واستيعاب المهنة وذلك في نفس الجدول.

كما اتضح من خلال النتائج المتضمنة في نفس الجدول، بأن المعوقين أصبحت لهم القدرة على تطوير أنفسهم بفضل برامج التكوين، وذلك بنسبة 94.06 %.

وقد أكد 86.14 % من المعوقين المبحوثين في الجدول رقم 51، على كفاءة التكوين بالمركز.

ومن خلال كل ما سبق نستنتج بأن خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تؤدي إلى إشباع حاجاتهم.

وهذا ما يجعلنا نقول بأن الفرضية الثانية قد تحققت، حيث نجد أن:

خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تؤدي إلى إشباع حاجاتهم الصحية، حيث تجعلهم يشعرون بالأمن الصحي.

§ خدمات الرعاية النفسية المقدمة للمعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تؤدي إلى إشباع حاجاتهم النفسية، حيث يستفيدون من التوجيهات والإرشادات النفسية التي يقدمها لهم الأخصائي النفسي، وقد ساعدهم ذلك في التخلص من بعض الحالات النفسية والمشاعر والأحاسيس السلبية، التي كانوا يعانون منها قبل التحاقهم بالمركز.

§ خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تؤدي إلى إشباع حاجاتهم الاجتماعية من إيواء وإطعام وتنظيم وقت الفراغ، والحاجة إلى المطالعة، والحاجة إلى التواصل الاجتماعي والتوسع الثقافي.

§ خدمات الرعاية التكوينية المهنية، المقدمة للمعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تؤدي إلى إشباع حاجاتهم التكوينية، حيث أن البرامج التكوينية تجعلهم يقبلون على التكوين، وينسجمون مع جماعة التكوين، ويتكيفون مع التخصص، كما تجعلهم يشعرون بتغير محسوس في قدراتهم، حيث تزيد قدراتهم الجسمية وتفتح قدراتهم العقلية، وتزيد قدرتهم على فهم واستيعاب المهنة، وتصبح لهم القدرة على تطوير أنفسهم.

ج - نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:

التي مفادها: خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة تساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

ومن خلالها يحاول الباحث الكشف عن دور خدمات الرعاية التي تشبع حاجات المعوقين، في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

ويظهر ذلك من خلال جملة المؤشرات التي تمحورت حولها أسئلة استمارة الاستبيان الخاص بالمعوقين المتربصين بالمركز، من رقم 45 حتى رقم 55، وكذا أسئلة استمارة الاستبيان الخاص بالمؤطرين بالمركز من رقم 21 حتى رقم 26.

وقد توصلت الدراسة الميدانية إلى النتائج التالية:

أولا الاستقلالية الذاتية:

لقد أجاب كل المعوقين المبحوثين (100 %)، وذلك في الجدول رقم 54، بأن تكوينهم بالمركز، جعلهم يعتمدون على أنفسهم أكثر، وهذا دليل على تطور شخصياتهم التي اكتسبت أكثر الاستقلالية الذاتية.

وقد أفصحت البيانات الإحصائية، بأن نسبة كبيرة (94.06 %)، من المعوقين المبحوثين أكدوا بأن تكوينهم قد جعلهم يحسون بالقدرة على الانجاز والإنتاج وذلك في الجدول رقم 54. وهذا ما يدل على تحمس المتربصين إلى العمل، والدخول في عالم الشغل والاندماج فيه، كما أن ذلك يدل على استقلاليتهم الذاتية.

وتبين النتائج المتضمنة في نفس الجدول، بأن كل المعوقين (100 %)، قد جعلهم التكوين في المركز يبادرون ويجهدون.

كما أكد كل المعوقين المبحوثين (100 %)، وذلك في الجدول رقم 60 بأن تكوينهم جعلهم يحسون بالمسؤولية، وقد وافقهم في ذلك اغلب المؤطرين المبحوثين، وذلك ما تؤكدته النتائج المتضمنة في الجدول رقم 61.

ثانيا: التكيف الذاتي:

إن ما يمكن تسجيله من خلال البيانات الميدانية الإحصائية، هو أن اغلب المعوقين، أكدوا ونسبة 96.04 % في الجدول رقم 54، بأن تكوينهم بالمركز ميدان الدراسة، قد جعلهم يفهمون ذواتهم أكثر. وهذا من معايير التكيف الذاتي، وقد أكد ذلك اغلب المؤطرين المبحوثين (91.67 %) في الجدول رقم 55.

كما أن نسبة عالية تقدر بـ 98.02 % من المعوقين المبحوثين، صرحوا بأن تكوينهم بالمركز، قد جعلهم يتقبلون إعاقته، وذلك من معايير التكيف الذاتي، حيث تأكدوا من أن إعاقته لا يمكن أن تمنعهم من الاندماج المهني والاجتماعي، ومن ممارسة أدوارهم بصفة عادية في المجتمع، (انظر نفس الجدول). وقد اتفق معهم المؤطرون المبحوثون بنسبة 57.50 %، في ذلك (انظر الجدول رقم 55).

كما أكد من نسبتهم 98.02 %، من المعوقين المبحوثين، وهي نسبة مرتفعة، بأن تكوينهم قد جعلهم يتقنون في أنفسهم. (انظر الجدول رقم 56). والثقة في النفس هي من مؤشرات تقبل الذات وتقبل الإعاقة، وتحسن صورة الذات لدى المعوق، وكل ذلك من

مؤشرات التكيف الذاتي. وقد وافقهم في ذلك المؤطرون المبحوثون بنسبة 87.50 % في الجدول رقم 57.

ثالثا: التكيف النفسي:

لقد أكد أغلب المعوقين المبحوثين بنسبة 98.02 % وذلك في الجدول رقم 54، بأن تكوينهم في المركز قد جعلهم يتخلصون من العزلة. حيث أن المشاركة والانتماء هي من معايير التكيف النفسي، إلى جانب التكيف الاجتماعي. وقد وافقهم في ذلك المؤطرون بنسبة 95.83 % وذلك في الجدول رقم 55.

كما أن نسبة عالية 98.02 % من المعوقين المبحوثين، أكدوا على أن تكوينهم في المركز قد جعلهم يثقون في أنفسهم. (انظر الجدول رقم 56).

ونعلم بأن الثقة في النفس من معايير التكيف النفسي، وقد وافقهم في ذلك المؤطرون بنسبة 87.50 % وذلك في الجدول رقم 57.

وقد أفصحت النتائج المتضمنة في الجدول رقم 56 بأن أغلب المعوقين المبحوثين قد جعلهم تكوينهم بالمركز يشعرون بالأمن والاطمئنان النفسي، وقد بلغت نسبة هؤلاء 99.01 %، وقد وافقهم في ذلك أغلب المؤطرين المبحوثين بنسبة 95.83 % وذلك في الجدول رقم 57.

كما صرح 96.04 % من المعوقين، بأن تكوينهم بالمركز، قد جعلهم يشعرون بالراحة والسعادة النفسية، وهي من معايير التكيف النفسي (انظر الجدول رقم 56)، وقد وافقهم في ذلك المؤطرون بنسبة 83.33 % وذلك في الجدول رقم 57.

وقد أكد كل المعوقين المبحوثين (100 %)، بأن تكوينهم بالمركز قد جعلهم يشعرون بالأمل في الحياة، وذلك في الجدول رقم 56، وقد وافقهم في ذلك المؤطرون بنسبة 100 % في الجدول رقم 57.

وأخيرا فإن ما يمكن تسجيله من خلال البيانات الميدانية المتضمنة في الجدول رقم 56 بأن أغلبية المعوقين المبحوثين (67.33 %)، أكدوا بأن تكوينهم قد جعلهم يشعرون بالرضا عن النفس، وهو من معايير التكيف الذاتي والتكيف النفسي في نفس الوقت، وقد وافقهم في ذلك أغلب المؤطرين (75 %)، وذلك في الجدول رقم 57.

رابعاً: التكيف الاجتماعي:

لقد أفصحت النتائج الميدانية المتضمنة في الجدول رقم 58 بأن نسبة عالية من المعوقين المبحوثين، تقدر ب 97.03 % أكدوا بأن تكوينهم بالمركز قد جعلهم يحبون التواصل مع الآخرين. وذلك يمكن أن يرجع إلى التكوين في الجماعة، والمشاركة في النشاطات التي ينظمها المركز، وقد وافقهم في ذلك المؤطرون بنسبة 95.83 %، وذلك في الجدول رقم 59.

ذلك ما جعل نسبة عالية كذلك تقدر ب 98.02 %، من المعوقين يصرحون بأن تكوينهم بالمركز، جعلهم يحبون التفاعل الاجتماعي، وكذلك الحوار الاجتماعي بنسبة 99.05 % (انظر نفس الجدول)، وقد وافقهم في ذلك المؤطرون في الجدول رقم 59. أجاب اغلب المعوقين المبحوثين في الجدول رقم 60، وبنسبة مرتفعة جداً تقدر ب 91.09 % بأن تكوينهم في المركز قد جعلهم يشعرون بتقبل الآخرين لهم، وذلك من خلال القدرات التي اكتسبوها بفضل رعايتهم التكوينية، وبفضل مشاركتهم الاجتماعية، وقد وافقهم في ذلك المؤطرون 95.83 %، في الجدول رقم 61.

كما أكد كل المعوقين المتربصين بالمركز (100 %)، بأن تكوينهم جعلهم يشعرون بتقدير الآخرين لهم، بفضل روح المبادرة التي اكتسبوها، إلى جانب ثقتهم في أنفسهم، وكل ذلك بفضل رعايتهم النفسية، الاجتماعية، والتكوينية التي يتلقونها في المركز. وقد وافقهم في ذلك أغلب المؤطرين بنسبة 87.50 %، في الجدول رقم 61.

وفيما يخص الأهمية في المجتمع، فقد صرح كذلك اغلب المعوقين المبحوثين، وبنسبة 89.11 % بأن تكوينهم بالمركز، قد جعلهم يشعرون بها، وذلك يرجع طبعاً إلى تحسين صورة الذات لديهم، وفهمها وثقتهم في النفس.

هذه هي أبعاد التكيف الاجتماعي أو معاييرها التي من خلالها نقيس هذا الأخير لدى أي شخص، مهما كان معاقاً أو غير ذلك.

كما نجد بأن نسبة معتبرة من الأشخاص المعوقين المبحوثين 58.41 %، صرحوا بأنهم منخرطين في جمعية، وذلك دليل على مدى إحساسهم بالمسؤولية اتجاه أنفسهم، واتجاه فئة المعوقين، واتجاه المجتمع بصفة عامة، وعلى مدى ثقتهم في أنفسهم. (انظر الجدول رقم 62).

ونجد بأن المشكلات التي حددت في استمارة الاستبيان الخاص بالمعوقين، من مشكلات علائقية، مشكلات نفسية، أو معرفية، أو بيداغوجية، لم تتكرر كثيرا، عدى مشكلة واحدة، والتي ترتبط بتنقل المعوقين بين مرافق المركز، فقد تكررت بنسبة 40.59 % (انظر الجدول رقم 63)، وهذا دليل على التكيف النفسي والاجتماعي والمهني للمعوقين المتربصين مع بيئة المركز السيكو-اجتماعية والمهنية.

من خلال كل ما سبق، نستنتج بأن خدمات الرعاية المتوفرة بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا، يؤدي إلى إشباع حاجات المعوقين، وذلك ما يساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

وهذا ما يسمح لنا بالقول: بأن الفرضية الفرعية الثالثة قد تحققت، حيث نجد أن:

§ خدمات الرعاية المقدمة للمعوقين تحقق لهم: الاستقلالية الذاتية، والتي من مؤشراتهما: الاعتماد على النفس، القدرة على الانجاز والإنتاج، المبادرة والاجتهاد، الإحساس بالمسؤولية.

§ خدمات الرعاية المقدمة للمعوقين بالمركز، تحقق لهم: التكيف الذاتي، حيث تجعل المعوقين: يفهمون ذواتهم أكثر، يتقبلون إعاقاتهم، يتقنون في أنفسهم.

§ خدمات الرعاية المقدمة للمعوقين بالمركز، تحقق لهم: التكيف النفسي، حيث تجعلهم: يتخلصون من العزلة، تزيد ثقتهم في النفس، يشعرون بالأمن والاطمئنان النفسي، يشعرون بالراحة والسعادة النفسية، يشعرون بالأمل في الحياة، ويشعرون بالرضا عن النفس.

§ خدمات الرعاية المقدمة للمعوقين بالمركز، تحقق لهم: التكيف الاجتماعي، حيث تجعلهم: يحبون التواصل الاجتماعي مع الآخرين، يحبون التفاعل الاجتماعي، يشعرون بتقبل الآخرين لهم، يشعرون بتقدير الآخرين، ويشعرون بأهميتهم في المجتمع.

2- النتيجة العامة للدراسة:

لقد اتضح بعد تفريغ البيانات المُجمّعة من الميدان، بعد تحليلها وبعد تفسيرها، وكذلك بعد عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات المطروحة، بأنه:

تتوفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا، وهذا ما يؤدي إلى إشباع حاجاتهم، ويساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

وبالتالي فإن الفرضية العامة للدراسة قد تحققت، حيث أن النتائج أوضحت بأن المركز ميدان الدراسة، يقدم خدمات رعاية صحية، نفسية، اجتماعية، تكوينية ومهنية، للمعوقين المتربصين، وذلك ما أدى إلى إشباع حاجاتهم الصحية، النفسية، الاجتماعية، التكوينية والمهنية، مما يساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي والتي تتمثل أساسا في: الاستقلالية الذاتية، التكيف الذاتي، التكيف النفسي، والتكيف الاجتماعي.

هذا هو إذن واقع رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر، من منظور الخدمة الاجتماعية، الحاضرة في المركز ميدان الدراسة، كجانب خدماتي، والغائبة كعلم وكمعرفة وكمهنة وكفن.

ويبقى أن نؤكد على بعض النقائص المسجلة في السياسة العامة للإدماج الاجتماعي للمعوقين في الجزائر، في عنصر استنتاجات الدراسة واقتراحاتها.

3- مقارنة نتائج الدراسة، بنتائج بعض الدراسات المشابهة:

بعد استعراضنا للنتائج العامة للدراسة، الخاصة بكل فرضية فرعية، من الفرضيات الفرعية الثلاث، وبمقارنتنا بينها وبين النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات المشابهة، التي مست كل واحدة منها جانباً من جوانب الإشكالية، أو مؤشراً من مؤشرات الفرضيات أو أكثر، فإننا توصلنا إلى ما يلي:

أ- فيما يخص نتائج دراسة كمال إبراهيم مرسى: "اثر الرعاية الخاصة على القدرات العقلية عند المتخلفين ذهنياً بدور التربية بالجيزة" 1968.

لقد توصلت هذه الدراسة المشابهة إلى نتيجة عامة مفادها: أن توفير الرعاية والتعليم للمتخلفين ذهنياً في سن مبكرة، يقي قدراتهم الذهنية من التدهور، ويحميهم من تنمية الاستعدادات السلوكية للتوافق السيئ في الرشد، وفي الوقت نفسه يساعد على تحسين نموهم العقلي والحركي والاجتماعي والدراسي، وبالتالي تحسين توافقهم مع أنفسهم ومع المجتمع. وهذا ما يتوافق مع النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، والتي مفادها: أن رعاية المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، يلعب دوراً هاماً في تخلصهم من بعض الحالات النفسية والأحاسيس والمشاعر السلبية، التي كانوا يحملونها ويعانون منها قبل التحاقهم بالمركز، ويساهم كذلك في نمو قدراتهم الجسمية، العقلية، الحسية والحركية، وبالتالي تحقيق تكيفهم النفسي والاجتماعي.

ب- فيما يخص نتائج دراسة محمد سيد فهمي 'دور الخدمة الاجتماعية في دعم وتطور السلوك الايجابي عند المعاقين' 1981.

حيث توصل صاحب هذه الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها:

- للأخصائي الاجتماعي دور في تطوير السلوك الايجابي لدى المعوقين.
- للخدمة الاجتماعية دور فعال في تطوير وتعديل سلوك المعوقين.
- جماعات النشاط في المؤسسة لها دور ايجابي في تعديل وتغيير اتجاهات المعوقين.

ولقد توصلنا في الدراسة الحالية إلى أنه في غياب الأخصائي الاجتماعي بالمركز ميدان الدراسة، فإن الأخصائي النفسي يلعب دوراً مهماً (لكن منقوصاً) في تطوير حالة المعاق النفسية ونظرتة إلى الذات، هذا باعتبار مشاعر وأحاسيس ونظرة المعاق لذاته سلوكيات تصدر عنه اتجاه نفسه.

كما أنه لعملية التكوين والرعاية للمعوقين (في غياب الخدمة الاجتماعية) دور في تطوير قدراتهم وسلوكياتهم الاجتماعية والمهنية.

كما أن جماعات التكوين بالمركز وجماعات النشاطات التي ينظمها المركز، تساهم في انسجام المعوق مع الجماعة، وفي بناء اتجاهات ايجابية نحو التواصل الاجتماعي بالآخرين، وبالتالي فإن كلا الدراستان تتفقان حول أهمية الرعاية والتأهيل في دعم وتطور السلوك الايجابي عند المعوقين.

ج- فيما يخص نتائج دراسة محمد صفوح الأخرس: 'التنمية والرعاية الاجتماعية- دراسة ميدانية لأشكال الإعاقة الجسدية في مؤسسات الرعاية الاجتماعية'.

لقد توصل صاحب هذه الدراسة، إلى نتيجة مفادها: أن الرعاية الصحية للأم المعوق جسدياً، قد تفيد في التخفيض من الإصابة بالإعاقة في المجتمع، كما ترتبط بمستويات أعلى في خطط التنمية لما يفيد من الوقاية والعلاج، إذ أن الفائدة لا ترجع إلى المعوقين فقط، بل لفئات المجتمع ككل على اختلاف أجناسهم.

وقد توصلنا في الدراسة الحالية إلى أن اغلب المعوقين المبحوثين، كان السبب في إعاقته هو وراثي أو فطري، وهذا ما يؤكد أهمية الوقاية للفرد قبل أن يتكون كجنين في رحم أمه، وذلك يكون بفضل التخطيط لإستراتيجية وقائية شاملة في المجتمع، للأزواج ثم الأم قبل الحمل، وأثناء الحمل، وعند الولادة وبعدها.

د- فيما يخص دراسة بدر الدين كمال عبده "دراسة في تدعيم النسق القيمي للمعوقين بالمركز الرياضي، بمركز الشباب لمدينة أصوان" 1999م.

حيث توصل من خلال هذه الدراسة إلى نتيجة عامة مفادها: أن ممارسة طريقة العمل مع الجماعات تؤدي إلى تدعيم النسق القيمي للمعوقين، بمعنى فعالية برامج التدخل المهني في تدعيم القيم الاجتماعية، والقيم الاقتصادية والدينية، وقيم الانتماء، وأن الحد من المظاهر السلوكية غير المرغوبة، أثبتت فعالية برامج التدخل المهني، وكذلك زيادة المظاهر السلوكية في تدعيم العلاقات الاجتماعية المطلوبة والمقبولة.

ولقد توصلنا في الدراسة الحالية، إلى انه في غياب طريقة العمل مع الجماعات كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية، فإن برامج الرعاية والتكفل والتكوين للمعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تساهم في تدعيم الشعور بالتقدير الاجتماعي وبتقبل الآخرين،

وبالتالي تنمية سلوك المشاركة الاجتماعية والتخلص من العزلة لدى المعوقين، الأمر الذي يجعلهم يحسون بالمسؤولية، وبأهميتهم في المجتمع.

هـ- فيما يخص دراسة: محمد السيد حلاوة: "الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم، دراسة في الخدمة الاجتماعية".

لقد توصل الباحث من خلال داسته هذه إلى جملة من النتائج، نوجزها فيما يلي:
أن طبيعة برامج الرعاية الاجتماعية للأطفال المعوقين سمعياً تتوقف على طبيعة احتياجاته التي تختلف من احتياجات أولية كالغذاء والملبس والمأكل والصحة واحتياجات نفسية واجتماعية. وأخرى ذات طابع خاص بهذه الفئة كالاحتياجات التعليمية والتدريبية والمهنية، وقد اعتبر برامج التعليم والتكوين كبرامج معنية.

أما مدى مقابلة البرامج والخدمات لاحتياجات الأطفال المعوقين سمعياً بمدرستي الأمل للصم وضعاف السمع، فإن الباحث توصل إلى أن هناك نقصاً ملحوظاً في مستوى الخدمات والبرامج المقدمة ومدى تلبيتها لاحتياجات التلاميذ.

أما عن دور الأخصائي الاجتماعي، فقد انتهى الباحث إلى وضع تصور له، وقد تمثل في ثلاثة ادوار أساسية وهي: الدور الوقائي، الدور الإنمائي، والدور العلاجي.

أما في الدراسة الحالية، فقد توصلنا إلى أن برامج (خدمات) الرعاية النفسية والاجتماعية وخدمات (برامج) الرعاية التكوينية، المهنية هي خدمات ذات أهمية بالغة في سبيل تنمية شخصيات المعوقين، ولا يمكن اعتبارها خدمات ثانوية، في حين نعتبر خدمات الرعاية الصحية والمأكل والملبس خدمات أولية.

فمهما توفرت هذه الأخيرة دون أن تتماشى مع رعاية نفسية واجتماعية، فأنها تكون بدون فعالية.

كما أن الدراسة الحالية توصلت إلى أنه تتوفر خدمات الرعاية بالمركز ميدان الدراسة، وهي على العموم ذات مستوى جيد، حيث تلعب دوراً أساسياً في إشباع حاجات المعوقين الصحية، النفسية، الاجتماعية، والتكوينية المهنية.

كما اعتبرنا في الدراسة الحالية خدمات الرعاية التكوينية، كخدمات أساسية لا يمكن الاستغناء عنها في سبيل إشباع حاجات المعوقين التكوينية المهنية، على عكس ما اعتبرها صاحب الدراسة المشابهة، كبرامج معنية.

كما توصلت الدراسة الحالية، في عدة جداول إلى أهمية خدمات الأخصائي الاجتماعي في تحديد الأشخاص ذوي المشكلات النفسية أو التكوينية، من أجل تشخيص حالاتهم، واقتراح العلاج لهم، إلى جانب أهمية الدور الإعلامي، ودور التوعية الذي يمكن أن يلعبه بفضل تطبيق طريقة تنظيم مجتمع المركز، والمجتمع الكبير بأسره وجمعياته وأفراده ومؤسساته.

و- فيما يخص نتائج دراسة زينب أبو العلا: "خدمات التأهيل واستعادة القدرة على الإنتاج لمبتوري الأطراف" 1974م.

لقد انتهت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- استطاعت الأجهزة التعويضية أن تحل محل الأطراف المبتورة إلى حد كبير.
- نجحت الأجهزة التعويضية في عمليات التأهيل المهني وفي استعادة مقدرة العمل الوظيفية على الأداء.
- أن من أهم أدوات التأهيل المهني تدريب العامل مهنيًا لكي يجيد مهنة تتفق وقدراته.
- هناك دور أساسي وهام للأخصائي في هذا المجال في التأثير على سلوك المعاق وتقبله للواقع.

أما الدراسة الحالية، فقد توصلنا فيها إلى أن التكوين المهني للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، يلعب دورًا فعالًا في إقبال المعوقين على التكوين، وفي تكييفهم مع التخصص، وفي زيادة وتنمية قدراتهم ومهاراتهم الجسمية والعقلية والحسية، وفي توافقهم مع المهنة، ورضاهم عن التكوين وعن النفس، وفي تنمية قدراتهم على تطوير أنفسهم.

كما أكدت الدراسة الحالية على أهمية دور الأخصائي النفسي وذلك في غياب الأخصائي الاجتماعي بالمركز، في التأثير على السلوك النفسي والذاتي للمعوقين، حيث يجعلهم يتقنون في أنفسهم، وينفسون انفعاليًا ويتخلصون من حالاتهم السلبية.

رغم أن الدراسة الحالية لم تهتم بدور الأجهزة التعويضية في استعادة مقدرة المعوقين على الأداء.

ز- فيما يخص نتائج دراسة زينب أبو العلا: "اثر ممارسة الخدمة الاجتماعية في تقبل المصاب بالبتير لذاته" 1978م.

حيث توصلت الباحثة في نهاية دراستها إلى نتيجة مفادها: أن جميع الأبعاد والمقاييس الخاصة باختبار مفهوم الذات تحسنت لدى مجموعة المعوقين التجريبية.

أي أن ممارسة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة، يؤدي إلى تحسين مفهوم الذات لدى المصاب بالبتير.

والدراسة الحالية، رغم أننا لم نتطرق فيها إلى دور الخدمة الاجتماعية (ميدانيا)، في تحسين صورة الذات لدى المعوقين، إلا أننا توصلنا بأنه وفي غياب الخدمة الاجتماعية كعلم وكمهنة وكفن وكممارسة بالمركز ميدان الدراسة، فإن برامج وخدمات الرعاية النفسية والاجتماعية والتكوينية المهنية، تساهم في تحسين صورة الذات لدى المعوقين، بحيث أصبحوا يشعرون بتقدير الذات، وأصبح لهم فهما لذواتهم أكثر، وتقبلوا إعاقاتهم وأصبحت لهم الثقة في النفس والرضا عنها.

4- استنتاجات الدراسة واقتراحات من أجل تحسين رعاية المعوقين وسياسة

إدماجهم الاجتماعي في الجزائر.

إن الهدف الأخير الذي حدده الباحث من هذه الدراسة هو الوصول إلى طرح اقتراحات عملية، تكون مبنية على أساس الاستنتاجات العلمية والموضوعية، التي تتوصل إليها الدراسة بناء على النتائج المتعلقة بالفرضيات، وعلى النتيجة العامة، وبناء على مقارنة هذه النتائج بنتائج بعض الدراسات المشابهة، وكذا مقارنة الجهود الجزائرية في رعاية المعوقين وإدماجهم الاجتماعي بالجهود الدولية التي تطرقنا إليها في عنصر: تطور النظرة إلى رعاية المعوقين في العالم، وخاصة في فرنسا، أوروبا وأمريكا الشمالية.

إن من أهم الاستنتاجات التي توصلنا إليها بعد كل ذلك، ما يلي:

أولاً: أظهرت هذه الدراسة أن اغلب المعوقين المبحوثين هم من العازبين، ويمكن أن يرجع ذلك إلى واقع اجتماعي يحول دون زواجهم.

ثانياً: كما أثبتت هذه الدراسة بأن اغلب المعوقين، كان السبب في إصابتهم بالإعاقة فطرياً أو وراثياً، وهذا ما يدفعنا إلى التفكير في مستوى البرامج الوقائية على المستوى الوطني.

ثالثاً: ولقد كشفت الحقائق الميدانية بأن فئة لا بأس بها من المعوقين لم يتم تشخيص إعاقاتهم مبكراً، فهل يرجع ذلك إلى عدم فعالية خطط التشخيص المبكر للحالات على المستوى المحلي؟ أو على المستوى المركزي؟

رابعاً: كما أكدت النتائج بأن كثيراً من المعوقين، لا يتم التدخل من أجل علاجهم مبكراً، فهل يعود ذلك إلى تهاون في المصالح الصحية على المستوى المحلي؟ أو على المستوى المركزي؟ أو إلى عدم وعي الأولياء بضرورة ذلك؟ أو إلى الظروف الاقتصادية لهؤلاء والتي تحد من إمكانياتهم في علاج أبنائهم؟

خامساً: كما كشفت الدراسة الميدانية على أن الأسرة الجزائرية، هي واعية بدورها في التكفل بأبنائها المعوقين، أفلا يجب تدعيم هذا الوعي؟

سادساً: وقد أكدت الحقائق الميدانية على أن عدداً كبيراً من المعوقين، قد زاولوا دراستهم في مدارس عادية. هل يعود هذا إلى إتباع الوصاية إلى سياسة الأقسام المدمجة؟ أم إلى إهمال المؤسسات المتخصصة في رعاية هذه الفئة من المجتمع؟

سابعاً: ولقد أثبتت الدراسة الميدانية، بأنه ينقص الوعي لدى الأطفال غير المعوقين، بدورهم اتجاه الأطفال المعوقين وبكيفية معاملتهم والتعامل معهم.

ثامناً: كما أوضحت الدراسة، بأن الظروف الاقتصادية لأسر المعوقين، هي من العوامل التي تحول دون إتمام هؤلاء كل مراحل التعليم.

تاسعاً: كما كشفت الدراسة عن نقص الإعلام بالمركز ميدان الدراسة، حيث أن أغلب المعوقين لم يكونوا يعلمون بتواجده، ويمكن أن ينطبق ذلك على مؤسسات متخصصة كثيرة.

عاشراً: ولقد كشفت الدراسة الميدانية بأن المعوقين بالمركز، لا تطبق عليهم الاختبارات والمقاييس البيسكو-تقنية، خلال عملية تقييم حالاتهم الشخصية بكل أبعادها. ويمكن أن ينطبق ذلك على باقي المؤسسات المتخصصة بالجزائر.

حادي عشر: ولقد أثبتت الدراسة بأن كثيراً من المعوقين، يعانون قبل رعايتهم، من مشاعر وأحاسيس سلبية، كالقلق، الخوف، الدونية، اليأس. هل يمكن أن يرجع ذلك إلى عدم التكفل النفسي المبكر بهم أسرياً، مؤسساتياً أو مجتمعياً؟

ثاني عشر: أظهرت الدراسة بأن أغلب المعوقين يشكون من صعوبة المشي (النتقل) في الشارع، وذلك لعدم تهيئة الأرصفة والطرق والساحات العمومية، ومختلف المرافق الأخرى، بما يجعلهم يتنقلون بكل يسر، دون الاعتماد على الآخرين، حسب خصوصيات إعاقاتهم (حركية -حسية).

ثالث عشر: ونفس الشيء، أثبتته الدراسة، بخصوص المؤسسات المجتمعية، الخدماتية، الإدارية، العمومية منها والخاصة، فهي غير مهيأة وغير مجهزة في مداخلها، مخارجها، مدرجاتها وأروقتها، ومكاتبها، بما يسمح في إطار حفظ وحماية حقوق الإنسان وكرامته، لهذه الفئة من قضاء حوائجها بكل سهولة أو دون أية إهانة، أو عرقلة، ودون أية انعكاسات أخرى يمكن أن تضاعف من إعاقاتهم وتزيد منها صحياً ونفسياً.

رابع عشر: وفيما يخص مشكلة المواصلات، فقد أكدت هذه الدراسة معاناة المعوقين منها. فلا حافلة مهيأة ليتمكن المعوق الحركي بأن يصعد فيها، ولا قطارا، ولا أرصفة، ولا محطات انتظار مهيأة لذلك.

خامس عشر: وكذلك بالنسبة للاتصالات، فإن المعوقين يعانون من مشكلة عدم تجهيز هواتف خاصة بالمعوقين حركياً، ولا هواتف بالبريل للمكفوفين، ولا تتوفر وسائل الإعلام

الآلي بالبرائل في مختلف المؤسسات، ولا حصص تلفزيونية خاصة بالمعوقين سمعيا إلا المناسبة.

سادس عشر: يعاني المعوقون من النظرة السلبية لهم من طرف المجتمع، سواء نظرة الاحتقار، أو نظرة الشفقة، وكلاهما حسب المعوقين، نظرتان سلبيتان يجب أن تتغيرا في سبيل تكيف وإندماج اجتماعيين أحسن لهم، فالنظرة السلبية هي معوقة أكثر من الإعاقة في حد ذاتها.

فالمجتمع إذا لم يغير نظرتة هذه يصبح هو المُعَوَّق في أفكاره وثقافته وبصره، وليس الأفراد المصابين بعاهات هم المعوقون، فهم أسوياء لأنهم ينظرون إلى المجتمع انه عادي، تلك النظرة السلبية للمعوقين، انعكست كذلك على فرص توظيفهم وتشغيلهم، وبالتالي على إدماجهم الاجتماعي التام في المجتمع.

وهذه هي الفكرة السائدة لدى المعوقين المبحوثين، والذين أجابوا بذلك عن سؤال طرح عليهم، حول ما يجب عمله من أجل تسهيل عملية إدماج الشباب المعاق مهنيا واجتماعيا. حيث أكدوا على ضرورة تغير نظرة المجتمع وأرباب العمل لهم، ولقدراتهم الجسمية والعقلية، وضرورة ثقتهم فيهم، ومعاملتهم كأشخاص عاديين، دون أي تمييز على أساس الصفات البيولوجية، لأن الشخصية هي جسم وعقل ونفس واجتماع، وليست جسما (كتلة جسمية) فقط، وبتطبيق مبادئ الإنسانية وقيم حماية كرامة الإنسان مهما كان معوقا أو غير ذلك.

سابع عشر: وبناء على مبدأ "الجوارية" الذي تتأسس عليه سياسات رعاية المعوقين في أوروبا وأمريكا الشمالية، فإننا نسجل بأن هذا المبدأ غير مأخوذ بعين الاعتبار في بلادنا، وخاصة فيما يخص (الجوارية الجغرافية أو المكانية) حيث نجد سوء توزيع جغرافي، للمؤسسات المتخصصة بالجزائر، وهذا بشهادة وزير العمل والحماية الاجتماعية (آنذاك في سنة 2000)، وعدم توفر عددا كافيا من المراكز من نوع المركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بتيبازة في الجزائر، الأمر الذي يحول دون تمكن كل الشباب المعاق الراغب والقادر على التكوين المهني من الاستفادة من خدمات هذا المركز، نظرا لبعده عن باقي ولايات الوطن.

وبناء على هذه الاستنتاجات، فإننا **نقترح** ما يلي من أجل تحسين رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر:

أ - فيما يخص المنظومة التشريعية الخاصة برعاية المعوقين:

أولاً: ضرورة تدعيم المنظومة التشريعية الخاصة برعاية المعوقين، بنصوص قانونية صارمة، تؤكد على ضرورة حماية حقوق المعوقين وحفظ كرامتهم، وحمايتهم من التمييز.

ثاني: ضرورة وضع مبادئ ومبادئ متبعة صارمة، لتطبيق النصوص التشريعية على المستوى المركزي، وعلى المستوى المحلي، وعلى مستوى مؤسسات المجتمع.

ثالثاً: ضرورة تدعيم الإجراءات والخطط الوقائية من الإصابة بالإعاقة في مصالح الأمومة والطفولة، قبل الزواج، قبل الحمل، أثناء الحمل، وبعد الولادة، وخلال مراحل الطفولة الأولى.

ب - فيما يخص التشخيص والعلاج:

رابعاً: ضرورة التشخيص المبكر للحالات، منذ الإصابة بالإعاقة وحتى قبل الإصابة بها من خلال التوقع بالإصابة، وضرورة تدعيم القوانين المنظمة لذلك في المؤسسات الصحية والمدرسية.

خامساً: ضرورة التدخل المبكر للعلاج، وتشجيع ذلك، بسن قوانين تجعل العلاج في حالات الإعاقة مجانياً، ومن مسؤولية الدولة، مهما تعقدت الحالة، مع ضرورة تدعيم أسر المعوقين مادياً، لعلاج أبنائهم المعوقين، وعدم التأخر في ذلك.

ج - فيما يخص تنظيم السياسة العامة للرعاية والإدماج الاجتماعي للمعوقين:

سادساً: تقريب هيئات تقييم قدرات المعوقين ومصادر اتخاذ القرارات الخاصة بهم منهم، وذلك يدخل في إطار مبدأ الجوارية المكانية، مع تنسيق الجهود بين مختلف الوزارات الوصية.

سابعاً: وضع فرق متعددة التخصصات (نفسية-اجتماعية-طبية...) من أجل تقييم حاجات المعوقين على المستوى الوطني، وعلى المستوى المحلي، وحتى على مستوى الأحياء والأسر، من أجل تخطيط السياسات الكفيلة بإشباع تلك الحاجات بكل فعالية.

ثامناً: إعادة تنظيم الإدارات المحلية المكلفة بالمساعدة الاجتماعية، وجعلها أكثر فعالية في الميدان.

تاسعاً: إشراك المعوقين، من خلال الجمعيات التي تمثلهم في كل عمليات التنظيم واتخاذ القرارات، مع تدعيمها وتشجيعها على التمثيل الأحسن والدفاع على حقوقهم.

د- فيما يخص تنقل الأشخاص المعوقين وتهيئة المحيط:

عاشرا: تهيئة الأرصفة والطرق والساحات العمومية، بما يسهل تنقل الأشخاص المعوقين.

حادي عشر: ضرورة أخذ خصوصيات المعوقين الحركية والحسية، بعين الاعتبار في تصميم البنايات العمومية والخاصة، وجعل ذلك واجبا، يعاقب على تركه القانون.

ثاني عشر: تهيئة وسائل النقل (حافلات، القطار...) حسب ما يسهل صعود ونزول وراحة المعوقين بمختلف أنواع الإعاقات، مع تكوين المستخدمين فيها على كفايات التعامل مع هذه الفئة الخاصة من المسافرين، أو على الأقل توعيتهم إعلاميا.

هـ- فيما يخص التعليم والتكوين:

ثالث عشر: توفير الوسائل المهنية الضرورية للتعليم والتكوين المكيفين للخصوصيات الشخصية الجسدية، العقلية والحسية والنفسية للمعوقين.

رابع عشر: ضرورة السهر على توفير وتطبيق (مع ضرورة التأكد على التطبيق) الاختبارات والمقاييس النفسية، الضرورية لتقييم قدرات الأطفال والأشخاص المعوقين، العقلية الحسية والحركية، وحالاتهم النفسية والاجتماعية.

خامس عشر: تدعيم الأقسام المدمجة أو المدارس المتخصصة ماديا، معنويا وبشريا، في سبيل تحقيق أهدافها التعليمية، التكوينية التكيفية والإدماجية للأشخاص المعوقين.

سادس عشر: وضع هيئات محلية لتقييم دور تلك المدارس المتخصصة والأقسام المدمجة ومدى تحقيق أهدافها.

سابع عشر: تدعيم أسر المعوقين بالوسائل البيداغوجية الضرورية للتعليم والمراجعة والمطالعة في المنزل.

و- فيما يخص التشغيل:

ثامن عشر: ضرورة السهر على التطبيق الصارم للقوانين التي تلزم أرباب العمل ومختلف مصالح التوظيف، بتشغيل المعوقين دون أي تمييز على أساس الإعاقة، مع إعطاء الأولوية لهم.

تاسع عشر: توفير مناصب شغل مكيفة حسب أنواع الإعاقات في مختلف مؤسسات المجتمع.

ز- فيما يخص الثقافة والإعلام:

عشرين: فتح وسائل الإعلام الجماهيرية للمعوقين، وبرمجة برامج وحصص خاصة بهؤلاء الذين لا يسمعون، أو لا يبصرون.

واحد وعشرين: توفير وسائل التوعية والإعلام، بخصوصيات الأشخاص المعوقين، بمشكلاتهم وبالصعوبات التي يعانون منها، وبكيفية الوقاية من الإعاقة.

اثنين وعشرين: تنظيم حملات توعية واسعة النطاق وعلى كل المستويات (وطني- محلي) حول كيفية التعامل مع الإعاقة ومع المعوقين، من طرف الأسرة، المدرسة، مؤسسة التكوين، الأطفال، الكبار، الإدارات ومؤسسات المجتمع بأكملها وبمختلف أصنافها من أجل تحسين نظرة المجتمع للمعوقين، وتحسين معاملتهم، وبالتالي تحقيق إدماجهم الاجتماعي الفعلي والفعال.

ح- في مجال البحث العلمي:

ثلاثة وعشرين: إنشاء مركز وطني متخصص في البحث في الإعاقة، والتكيف، والرعاية والإدماج الاجتماعي، مع إنشاء فروع جهوية له.

أربعة وعشرين: تدعيم البحث في مجال الإعاقة والتأهيل، ماديا ومعنويا.

خمس وعشرين: تنسيق الجهود العلمية بين مختلف الجامعات والتخصصات العلمية في سبيل دراسة الإعاقة من مختلف جوانبها.

ستة وعشرين: إدماج الأخصائي الاجتماعي (ليسانس خدمة اجتماعية) في المؤسسات المتخصصة من أجل اكتمال الفرقة المتدخلة في الدراسة، التشخيص والعلاج، حسب ما تم توضيحه في الفصل الثالث من الدراسة.

سبعة وعشرين: تشجيع الدراسات الوصفية والمقارنة بين سياسات الرعاية والتكفل والإدماج الاجتماعي للمعوقين في العالم، من أجل الاستفادة من تجارب الدول المتقدمة في هذا المجال، وخاصة أوروبا وأمريكا الشمالية.

ثمانية وعشرين: أخذ هذه الدراسة بنتائجها واقتراحاتها بعين الاعتبار في تخطيط السياسة العامة للتكفل ولرعاية وإدماج المعوقين في الجزائر، من طرف السلطات المركزية، لكي لا يذهب هذا الجهد سدى.

وفي الأخير نقول أن كل ما بذل وما يبذل من جهود في صالح المعوقين هو في صالح الجزائر الديمقراطية.

خاتمة

خاتمة:

تعتبر رعاية الأشخاص المعوقين، بمختلف أبعادها، التي تستهدف مختلف جوانب شخصياتهم البيولوجية (الصحية)، العقلية، النفسية، الاجتماعية والتكوينية-المهنية، ضرورة لا بد منها، من أجل الوصول بهم إلى أقصى قدر ممكن من التكيف الذاتي، النفسي والاجتماعي، ومن الاستقلالية الذاتية. وهذه هي أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر. إن العمل على تحسين وضع المعوقين في المجتمع، ينبع من إيمان هذا الأخير بالفرد، وبالأفراد جميعاً، بكرامتهم وبإنسانيتهم، وبوجوب تكافؤ الفرص بينهم.

إن تحسين وضع المعوقين في المجتمع، لا يمكن التوصل إليه من خلال الزيادة في عدد المدارس والمؤسسات المتخصصة، والمؤطرين المختصين فحسب، وإنما بنفس المستوى أو أكثر، يتطلب ذلك النوع من التغيير في ثقافة المجتمع، وفي مستوى الوعي لدى أفراد جماعاته، حول دور كل واحد ومسؤولياته اتجاه هذه الفئة الخاصة في المجتمع، في كيفية رعايتها، وكيفية معاملتها، والتكفل بها، تكفلاً كاملاً نفسياً واجتماعياً، لكي تستطيع فيما بعد أن تتكفل نفسها بنفسها.

إن العمل على تحسين حالة المعوقين في المجتمع، يجب أن ينطلق من الاهتمام بالإعاقة كيف تخلق، وبفئة المعوقين كيف تتشكل، كيف تتحرك، وكيف تعيش، وكيف تتغير. وأن تنطلق كذلك من الاعتراف بأن الشخص المعوق هو موجود كفرد في علاقة مع المجتمع.

إن العمل على تحسين حالة المعوقين في المجتمع، يجب أن ينطلق من الوعي بأن عملية تهميشهم أو إدماجهم في الحياة المجتمعية، هي سلوك اجتماعي قبل كل شيء، وأن إدماجهم يهدف إلى جعلهم يعيشون حياة اجتماعية كريمة.

إن الأشخاص المعوقين بحاجة لمن يفهمهم، لمن يفهمهم، لمن ينظر إليهم كأشخاص عاديين، ذوي حاجات ومشكلات خاصة، لا لمن يشفق عليهم.

هذا ما جعل من الضرورة بمكان أن تعتني الدولة بهذه الفئة الخاصة، إلى جانب فئات خاصة أخرى، كاليتامى، المحرومين، المتشردين، ضحايا المآسي والكوارث والشباب بصفة عامة، من أجل تكامل وتساند أجزاء النسق الاجتماعي العام، وآدائها لوظائفها بما يحقق التكيف والنمو والحفاظ على النمط.

وهذا ما تناولته هذه الدراسة، حيث أن النتائج التي توصلت إليها، هي ذات أبعاد تطبيقية بالغة الأهمية، فيما يتعلق بالوقوف على واقع رعاية المعوقين وسياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر. حيث أنه بفضلها تم رصد جوانب الإيجاب والقصور فيها، مقارنة مع ما يجب أن يكون، حسب ما جاء نظريا وحسب ما توصلت إليه الدول المتطورة من تقدم في هذا المجال، وخاصة فيما يتعلق بأنسنة عملية الرعاية والتكفل (جعلها أكثر إنسانية)، أكثر من جعلها عملية تقنية بحتة.

وهذا ما يُمكن من إعادة النظر في برامج وخطط واستراتيجيات الرعاية والإدماج الاجتماعي للأشخاص المعوقين، ومن إحداث التغييرات اللازمة على طبيعتها، وعلى طبيعة النسق العام للسياسات الاجتماعية في المجتمع.

نأمل في الأخير أن تكون هذه الدراسة، قد حققت الأهداف المسطرة منها، والمحددة في بدايتها، وخاصة فيما يتعلق بالوصول إلى طرح اقتراحات عملية من أجل تحسين سياسة الرعاية والإدماج الاجتماعي للأشخاص المعوقين بالجزائر.

تلك الاقتراحات إلى جانب النتائج والاستنتاجات، نأمل أن ينظر إليها مسؤولو القطاع بعين الاهتمام والجد، وأن يعملوا بها في سبيل رعاية أحسن وإدماج أحسن للمعوقين، في سبيل جزائر أحسن وأكثر إنسانية.

ويبقى التساؤل مطروح لمن يرغب البحث عن إجابات له:

ما هو واقع الحياة الجنسية لهؤلاء المعوقين؟ وهل يمكن أن يكتفي المعوقون بإشباع حاجاتهم الصحية، النفسية، الاجتماعية، التكوينية والمهنية، دون إشباع حاجاتهم الجنسية؟

" الحرية تبدأ عندما ينتهي الجهل la liberté commence où l'ignorance finit "

فيكتور هوغو Victor Hugo

فہرِس الجداول

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	توزيع أفراد مجتمع المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة حسب نوع الإعاقة.....	81
2	توزيع أفراد مجتمع المؤطرين بالمركز ميدان الدراسة حسب الشهادة والمستوى الدراسي.....	82
3	توزيع المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة حسب الجنس.....	84
4	توزيع المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة حسب فئات السن والحالة المدنية.....	85
5	توزيع المؤطرين بالمركز ميدان الدراسة حسب الجنس وفئات السن.....	87
6	توزيع المعوقين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة حسب سبب الإصابة بالإعاقة.....	292
7	وقت اكتشاف الإصابة بالإعاقة لدى المتربصين بالمركز ميدان الدراسة.....	294
8	مباشرة أسر المعوقين بعلاجهم منذ اكتشاف الإصابة بالإعاقة.....	296
9	تواجد بين أقارب المبحوثين من المتربصين أفرادا معوقين، نوع القرابة ونوع الإعاقة.....	299
10	تواجد علاقة قرابة بين الوالدين، ونوعها.....	301
11	شعور المعوقين بأن بعض أفراد أسرهم يعاملونهم معاملة خاصة، طبيعتها، ومدى وعي الأسرة بدورها في التكفل بهم.....	303
12	المستوى الدراسي للمعوقين ونوع المدرسة التي زاولوا فيها الدراسة، مع تقييمهم لمستوى التعليم والرعاية.....	306
13	أسباب التوقف عن الدراسة.....	308
14	ممارسة المعوقين عملا قبل التحاقهم بالمركز الحالي، نوعه، وأسباب التوقف عنه.....	310
15	علم المتربصين بوجود المركز الوطني، والسبب في التحاقهم به.....	312
16	تلقي المتربصين فحصا طبيا عند التحاقهم بالمركز.....	314
17	استفادة المتربصين من أجهزة تعويضية، والجهة التي استفادوا منها.....	315

18	إصابة المتربصين داخل المركز بمرض أو حادث، نوعه، وهل تكفل المركز بعلاجهم؟.....	317
19	رأي المؤطرين حول طبيعة خدمات "الرعاية الصحية" بالمركز.....	317
20	تقييم المتربصين لمستوى الخدمات الصحية بالمركز وبماذا تجعلهم يشعرون؟.	320
21	تقييم المؤطرين لمستوى الخدمات الصحية بالمركز وكيف تجعل المتربصين يشعرون؟.....	320
22	هل تمت مقابلة مع الأخصائي النفسي عند التحاق المتربصين بالمركز؟ وهل طبق معهم مقاييس نفسية؟ وكيف كانت الجلسة معه؟.....	323
23	هل تتم مقابلة المتربصين مع الأخصائي النفسي؟ وهل يطبق معهم اختبارات نفسية عند التحاقهم بالمركز؟.....	323
24	معاناة المتربصين من بعض الأحاسيس أو المشاعر والحالات النفسية، ومساعدة الأخصائي النفسي لهم على تجاوزها أو التخلص منها.....	325
25	شعور المؤطرين بأن المتربصين في بداية التكوين يحملون بعض الأحاسيس والحالات النفسية.....	326
26	اعتقاد المؤطرين بأن المتربصين الذين يحملون تلك الأحاسيس هم:.....	326
27	اعتقاد المؤطرين بأن المتربصين يتخلصون من تلك الأحاسيس.....	326
28	طبيعة معاملة العاملين بالمركز للمتربصين.....	329
29	استفادة المتربصين في المركز من فترات تروحية عن النفس.....	330
30	تقييم المؤطرين لمستوى خدمات "الرعاية النفسية" التي يستفيد منها المتربصون بالمركز.....	330
31	نظام تكوين المتربصين بالمركز ميدان الدراسة.....	332
32	ظروف إيواء المتربصين بالمركز.....	333
33	تقييم المتربصين لظروف الإطعام بالمركز.....	335
34	هل يجد المتربصون بأن مكتبة المركز ثرية بالمراجع والكتب؟ ومدى استفادتهم منها.....	337
35	مشاركة المتربصين في النشاطات الثقافية والترفيهية والرياضية التي ينظمها المركز، وبما تجعلهم تلك النشاطات يحسّون؟.....	339

341	36	كيفية شغل المتربصين وقت الفراغ.....
342	37	تقييم المؤطرين لمستوى خدمات "الرعاية الاجتماعية" المقدمة للمتربصين بالمركز.....
344	38	فرع التكوين (التخصص) الذي يزاوله المتربصون بالمركز.....
348	39	تقييم قدرات المعوقين الجسمية والعقلية، قبل قبولهم في التخصص الذي يتكونون فيه، وتوافق التخصص المهني مع نوع إعاقاتهم.....
348	40	اعتقاد المؤطرين بأن أنواع المهن (التخصصات) التي يتكون عليها المتربصون تتوافق وأنواع ودرجات إعاقاتهم، وأسس عملية التوجيه؟.....
351	41	التكامل بين الدروس النظرية والتطبيقية في برامج التكوين، وتماشيا ومتطلبات المهنة في الواقع.....
351	42	اعتقاد المؤطرين بأن هناك على العموم تكامل بين الدروس النظرية والتطبيقية في برامج التكوين، وهل تتماشى ومتطلبات المهنة في الواقع؟.....
353	43	وصف المتربصين للمكونين.....
355	44	هل يسمح المكونون للمتربصين بأن يعبروا عن آرائهم؟ وهل يطبقون أسلوب المناقشة والحوار خلال الحصص التكوينية؟.....
355	45	هل يطبق المكونون أسلوب المناقشة والحوار مع المتربصين؟.....
357	46	هل يأخذ المكونون، الخصوصيات الشخصية (الإعاقة) للمتربصين بعين الاعتبار، خلال عملية التكوين؟.....
357	47	مراعاة المكونين الخصوصيات والفروق الفردية بين المتربصين.....
363	48	شعور المتربصين بتغير محسوس في قدراتهم.....
364	49	هل جعلت البرامج التكوينية المتربصين؟.....
364	50	اعتقاد المؤطرين بأن نوعية برامج الرعاية والتكوين تجعل المتربصين.....
367	51	تفضيل المتربصين أن تطول فترة التكوين بالمركز.....
369	52	إفادة التكوين المتربصين في بناء علاقات اجتماعية ايجابية، وشعورهم بتغير محسوس في حالاتهم النفسية.....
369	53	اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين قد أفادت المتربصين في بناء علاقات اجتماعية ايجابية وفي تغيير حالتهم النفسية.....

372	هل يجعل التكوين بالمركز المتربصين المعوقين؟.....	54
373	اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين والرعاية بالمركز قد جعلت المتربصين..	55
376	هل أن التكوين بالمركز قد جعل المتربصين؟.....	56
377	هل يعتقد المؤطرون بأن برامج التكوين والرعاية تجعل المتربصين؟.....	57
379	هل أن التكوين بالمركز قد جعل المتربصين يحبون؟.....	58
380	اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين والرعاية بالمركز تجعل المتربصين يحبون.....	59
382	هل أن التكوين بالمركز، قد جعل المتربصين يشعرون ب:.....	60
383	اعتقاد المؤطرين بأن برامج التكوين والرعاية بالمركز، تجعل المتربصين يشعرون ب:.....	61
385	انخراط المتربصين في جمعيات أو نوادي أو منظمات مدنية، وما هي؟.....	62
387	المشكلات التي تعترض المتربصين خلال تواجدهم بالمركز.....	63
391	المشكلات التي تعترض المعوقين خلال تواجدهم في المنزل.....	64
394	المشكلات التي تعترض المعوقين خلال تواجدهم خارج المنزل.....	65

فہرِس الأشكال

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	رسم توضيحي لموضوع الدراسة.....	71
2	الهيكل التنظيمي لإدارة المركز.....	75
3	جنس المعوقين.....	84
4	فئات السن والحالة المدنية للمعوقين.....	85
5	جنس وفئات سن المؤطرين.....	87
6	توزيع المعوقين حسب فئات السن، الكبرى بالنسبة لجملة المناطق السكنية من القطر الجزائري ككل.....	248
7	سبب الإصابة بالإعاقة.....	292
8	مباشرة أسر المعوقين بعلاجهم منذ اكتشاف الإصابة بالإعاقة.....	296
9	أسباب عدم مباشرة أسر المعوقين بعلاجهم منذ اكتشاف الإصابة بالإعاقة.....	296
10	تواجد بين أقارب المتربصين أفرادا معوقين.....	299
11	نوع القرابة ونوع الإعاقة.....	299
12	القرابة بين الوالدين.....	301
13	شعور المعوقين بأن بعض أفراد أسرهم يعاملونهم معاملة خاصة.....	305
14	طبيعة المعاملة ومدى وعي الأسرة.....	305
15	المستوى الدراسي، نوع المدرسة ومستوى التعليم والرعاية بها.....	306
16	معاناة المتربصين من بعض الأحاسيس والحالات النفسية ومساعدة الأخصائي النفسي.....	325
17	نظام التكوين.....	332
18	ظروف الإيواء بالمركز.....	333
19	مشاركة المتربصين في النشاطات وبما تجعلهم يحسّون.....	339
20	كيفية شغل المتربصين وقت فراغهم.....	341
21	تقييم المؤطرين لمستوى خدمات الرعاية الاجتماعية.....	342
22	التكوين التخصص الذي يزاوله المتربصون.....	345

364	..... جعلت البرامج التكوينية المتربصين	23
365	..... يعتقد المؤطرون بأن نوعية برامج الرعاية والتكوين تجعل المتربصين	24
372	..... يجعل التكوين بالمركز المتربصين المعوقين	25
373	..... يعتقد المؤطرون بأن التكوين والرعاية بالمركز تجعل المتربصين	26
376	..... التكوين بالمركز جعل المتربصين	27
377	..... يعتقد المؤطرون بأن برامج التكوين والرعاية تجعل المتربصين	28
379	..... التكوين بالمركز جعل المتربصين يحبون	29
380	..... يعتقد المؤطرون بأن برامج التكوين والرعاية بالمركز تجعل المتربصين يحبون	30
382	..... التكوين بالمركز جعل المتربصين يشعرون ب	31
383	..... يعتقد المؤطرون بأن برامج التكوين والرعاية بالمركز تجعل المتربصين يشعرون ب	32
387	..... المشكلات التي تعترض المتربصين خلال تواجدهم بالمركز	33
391	..... مشكلات تعترض المعوقين خلال تواجدهم بالمنزل	34
394	..... المشكلات التي تعترض المعوق خارج المنزل	35

قائمة

المراجع

قائمة المراجع:

- 1- القرآن الكريم.
- I- كتب:
- 2- إبراهيم عبد الهادي المليجي: **الممارسة المهنية في المجال الطبي والتأهيلي**، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، مصر، 1997.
- 3- احمد الخشاب: **الاجتماع التربوي والإرشاد الاجتماعي**، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، مصر، 1971.
- 4- احمد مجدي محمود حجازي: **المخدرات والواقع المصري المعاصر**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1994.
- 5- احمد سعيد يونس وآخرون: **رعاية الطفل المعوق طبيا ونفسيا واجتماعيا**، دار الفكر العربية، القاهرة، مصر، 1999.
- 6- احمد فايز النماس: **الخدمة الاجتماعية الطبية**، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، القاهرة، 2000.
- 7- احمد شبشوب: **علوم التربية**، دار التونسية للنشر، تونس، المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر، 1991.
- 8- إحسان محمد الحسن: **الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي**، ط1، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1988.
- 9- إيمان فؤاد محمد كاشف: **الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه**، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة 2001.
- 10- السيد رمضان: **إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995.
- 11- إسماعيل شرف: **تأهيل المعوقين**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1982.
- 12- إقبال إبراهيم مخلوف: **العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.
- 13- -----: **الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991.
- 14- إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف: **الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي التأهيلي والنفسي**، د.إ.ن، مصر، 1980.
- 15- إقبال محمد بشير: **الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين**، المكتب الجامعي الحديث، مصر، د.ت.
- 16- باساغانا: **مبادئ في علم النفس الاجتماعي**، (ترجمة عبد الله غلام الله)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1983.
- 17- بدر الدين كمال عبده: **الإعاقة في المحيط الاجتماعي**، ط2، المكتب الجامعي الحديث، الازاريطية،

- مصر، 2003.
- 18- -----: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1999.
- 19- ----- وأحمد السيد حلاوة: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1999.
- 20- جونتان تيرنر: بناء نظرية علم الاجتماع، (ترجمة محمد سعيد فرج)، ط1، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1999.
- 21- جليل وديع شكور: معاقون لكن عظماء، "دراسة توثيقية"، ط1، الدار العربية للعلوم، لبنان، 1995.
- 22- جمعة السيد يوسف: النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، دار غريب، القاهرة، مصر، 2001.
- 23- حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي: ط3، عالم الكتب، القاهرة، مصر، 1997.
- 24- حسن البيلاوي: في علم اجتماع المدرسة، عالم الكتب، القاهرة، 1993.
- 25- طلعت إبراهيم لطفي: مدخل إلى علم الاجتماع، ط2، مكتبة غريب، القاهرة، مصر، د.ت.
- 26- يوسف مصطفى القاضي وآخران: الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، ط1، دار المريخ، المملكة العربية السعودية، 1981.
- 27- كمال إبراهيم مرسى: مرجع في علم التخلف العقلي، ط1، دار النشر للجامعة المصرية، القاهرة، دار القلم، الكويت، 1996.
- 28- لطفي بركات أحمد: تربية المعوقين في الوطن العربي، ط1، دار المريخ، المملكة العربية السعودية، 1981.
- 29- ماجدة السيد عبيد: الإعاقات الحسية والحركية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1999.
- 30- -----: مقدمة في تأهيل المعاقين، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.
- 31- محي الدين مختار: محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1982.
- 32- محي الدين توق، عبد الرحمن عدس: أساسيات علم النفس التربوي، دارجون وإيلي وأبنائه، نيويورك، 1984.
- 33- محمد إسماعيل قباري: أسس البناء الاجتماعي، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1989.
- 34- محمد الناصف: آراء في التربية، الشركة التونسية للتوزيع، تونس، د.ت.
- 35- محمد السيد حلاوة: الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم - دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب العالمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 1999.

- 36- محمد لبيب النجيجي: الأسس الاجتماعية للتربية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 1965.
- 37- محمد مصطفى احمد: الخدمة الاجتماعية ومجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997.
- 38- محمد مصطفى زيدان: الكفاية الإنتاجية للمدرس، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، جدة، 1981.
- 39- محمد مقداد وزملائه: قراءات في التقويم التربوي، ط1، جمعية الإصلاح التربوي والاجتماعي، باتنة، الجزائر، 1993.
- 40- محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
- 41- -----: الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998.
- 42- -----: أسس الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998.
- 43- -----، السيد رمضان: الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية، (مجرمين ومعوقين)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984.
- 44- محمد سلامة غباري: رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، مصر، 2003.
- 45- محمد عاطف غيث: دراسات في علم الاجتماع التطبيقي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، د.ت.
- 46- محمد عبد المؤمن حسين: سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، دار الفكر العربي، الإسكندرية، 1990.
- 47- محمد عبد المنعم نور: الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دون اسم الناشر، 1971.
- 48- محمد صفوح الأخرس: المنهج وطرائق البحث في علم الاجتماع، منشورات جامعة دمشق، ط5، سوريا، 1997.
- 49- محمود حسن: الخدمة الاجتماعية في الجمهورية العربية المتحدة، ط1، دار المعارف، مصر، 1967.
- 50- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن: العلاج السيكلولوجي الحديث، أسسه وتطبيقاته، دار قباء، القاهرة، مصر، 1998.
- 51- منى صبحي الحريري: رعاية وتأهيل المكفوفين، ط5، سلسلة الدراسات الاجتماعية في التدريب الاجتماعي، القاهرة، 1996.
- 52- مصطفى زايد: التنمية الاجتماعية ونظام التعليم الرسمي في الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986.
- 53- مختار حمزة: سيكولوجية ذوي العاهات، ط1، مؤسسة التأهيل، القاهرة، مصر، 1955.
- 54- نبيل السمالوطي: التنظيم المدرسي والتحديث التربوي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، جدة، 1980.

- 55- نيقولا تيماشيف: النظرية الاجتماعية المعاصرة، في معالم الفكر السوسيولوجي المعاصر، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1982.
- 56- سامية محمد فهمي: المشكلات الاجتماعية، منظور الممارسة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997.
- 57- ----- وآخرون: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة - الإعاقة السمعية والحركية -، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ج1، 1996.
- 58- سهير محمد سلامة شاس: التربية الخاصة للمعاقين عقليا بين العزل والدمج، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر، 2002.
- 59- سهير كامل احمد: أساليب تربية الطفل، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 1995، ص. 408.
- 60- سعد جلال: في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1985.
- 61- -----: التوجيه النفسي والتربوي والمهني، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1992.
- 62- سعيد حسني العزة: التربية الخاصة بذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، ط1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001.
- 63- عبد الباسط عبد المعطي: اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999.
- 64- عبد الهادي الجوهري: دليل الزيارات الميدانية لبعض مجالات الممارسة المهنية، المينا، أسوان، مصر، 1998.
- 65- عبد الله محمد: سياسات الرعاية الاجتماعية النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1995.
- 66- عبد الله محمد عبد الرحمن: علم الاجتماع، النشأة والتطور، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999.
- 67- عبد الله عبد الدائم: التربية عبر التاريخ، ط1، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، 1981.
- 68- عبد المجيد عبد الرحيم: قواعد التربية والتدريس، ط2، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة، مصر، 1985.
- 69- -----: تنمية الأطفال المعاقين، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، دت.
- 70- عبد المحي محمود حسن صالح: متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999.
- 71- -----: الرعاية الاجتماعية، تطورها، قضاياها، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999.
- 72- -----: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999.

- 73- -----، والسيد رمضان: أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية، مصر، 1999.
- 74- عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1996.
- 75- عبد الرحمن بن خلدون: المقدمة، ج2، الفصل 29، دار إحياء التراث العربي، بيروت، د.ت.
- 76- عبد الرحمن محمد العيسوي: دراسات في علم النفس الاجتماعي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، 1994.
- 77- -----: سيكولوجيا الإعاقة الجسمية والعقلية مع سبل العلاج والتأهيل، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، 1997.
- 78- عبد الرحمن سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، (الأساليب التربوية والبرامج التعليمية، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2001، ج4.
- 79- عدلي علي أبو طاحون: النظريات الاجتماعية المعاصرة، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، د.ت.
- 80- عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي الإكلينيكي، ج1، دار العلم للملايين، ط1، لبنان، بيروت، 1981.
- 81- عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون: الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر، 1969.
- 82- علي الدين سيد محمد، محمد محمود إبراهيم عويس: التدريب العملي في الخدمة الاجتماعية، بل برنت، القاهرة، 1996-1997.
- 83- علي عبد الرزاق وآخرون: نظريات علم الاجتماع، الاتجاهات الحديثة والمعاصرة، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1998.
- 84- عمار بوحوش، محمد الذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، 1995.
- 85- عمر محمد التومي الشيباني: مناهج البحث الاجتماعي، ط2، الشركة العامة للنشر والتوزيع والإعلان، طرابلس، 1975.
- 86- فادية عمر الجولاني: علم الاجتماع التربوي، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، 1998.
- 87- فاروق روسان: دراسات وبحوث في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر، 2000.
- 88- فؤاد البهي السيد: علم النفس الاجتماعي، ط2، دار الكتاب الحديث، الكويت، 1980.
- 89- فتحي عبدو السيد: سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط1، دار القلم، الكويت، 1980.
- 90- صالح شيخ عمر: الجوانب الطبية النفسية للتخلف العقلي في الطفولة، دار الهدى للطباعة والنشر

- والتوزيع، عين مليلة، الجزائر، 1994.
- 91- رمضان محمد القذافي: **سيكولوجية الإعاقة**، الدار العربية للكتاب، ليبيا، 1988.
- 92- رشاد عبد العزيز موسى: **بحوث في سيكولوجية المعاق**، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1994.
- 93- رشيد زرواتي: **مدخل للخدمة الاجتماعية**، مطبعة هوم، الجزائر، 2000.
- 94- خير الله عصار: **مبادئ علم النفس الاجتماعي**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984.
- 95- غي اقانزيني: **الجمود والتجديد في التربية**، (ترجمة عبد الله عبد الدايم)، ط1، دار العلم للملايين، بيروت، 1981.
- 96- غريب محمد سيد أحمد، عبد الباسط عبد المعطي: **البحث الاجتماعي (المنهج والقياس)**، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر، 1994، ج1.
- 97- غريب محمد سيد أحمد: **تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1986.
- II - معاجم، مناجد وقواميس:**
- 98- احمد زكي بدوي: **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**، ط2، مكتبة لبنان، بيروت، لبنان، 1993.
- 99- جميل صليبا: **المعجم الفلسفي**، (ط1)، دار الكتاب اللبناني، بيروت، لبنان، (ج2)، 1973.
- 100- دار الكتاب الحديث: **المعجم الوجيز (الميسر)**، ط1، الكويت، 1993.
- 101- دار المشرق: **المنجد الأبجدي**، ط1، بيروت، لبنان، 1967.
- 102- دار المشرق: **المنجد في اللغة والإعلام**، ط28، بيروت، لبنان، 1986.
- 103- محمد عاطف غيث: **قاموس علم الاجتماع**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، مصر، 1979.
- 104- سهيل إدريس: **المنهل**، دار الآداب، بيروت، لبنان، 1997.
- 105- علي بن هادية وآخرون: **القاموس المدرسي**، ط7، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر.
- 106- -----: **القاموس الجديد للطلاب**، (تقديم محمد المسعدي)، ط7، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1991.
- 107- فاخر عاقل: **معجم علم النفس**، دار العلم للملايين، بيروت، 1971.
- 108- فؤاد إكرام البستاني: **منجد الطلاب**، ط12، دار المشرق، بيروت، لبنان، 1978.
- 109- ر.بودون، ف. بوريكو: **المعجم النقدي لعلم الاجتماع**، (ترجمة سليم حداد)، ط1، ديوان المطبوعات الجامعية، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الجزائر، 1986.
- III - رسالة:**
- 110- دافية زيتوني: **التكيف النفسي الاجتماعي للفتاة المعوقة حركيا في الجزائر**، رسالة ماجستير غير منشورة، إشراف مصطفى عشوي، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، 1988-1989.

IV - مقالات:

- 111- احمد بوزراع: أسس التأهيل الاجتماعي للمعوقين من منظور خدمة الفرد والجماعة، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد الرابع، جامعة باتنة، الجزائر، 1995.
- 112- جمال الخطيب: معدلات استخدام المعلمين للثناء والتوبيخ في تعديل سلوك الأطفال المعوقين والعاديين، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد التاسع، العدد الثاني، منشورات جامعة اليرموك، الأردن، 1993.
- 113- حامد الزغل: من عوامل التنمية الإدارية، التكوين في التسيير الإداري، اندماج، مجلة مركز الدراسات والبحوث الإدارية للمغرب العربي، عدد 11، 1979.
- 114- محمود بوسنة: أسس سيرورة إعادة تأهيل ذوي العجز، المجلة الجزائرية لعلم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، العدد السادس، 1995.
- 115- علال بن العزيمة: دور التدخل المبكر في إدماج الأشخاص المعاقين، مجلة عالم فكر، المجلد 28، العدد 01، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

V - وثائق:

- 116- وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني، المديرية العامة للتنمية الاجتماعية، دائرة الدراسات والإحصاء، دليل واقع خدمات المعوقين ورعايتهم بالسلطنة، عمان، 1999.
- 117- منظمة الأمم المتحدة: تقرير اللجنة المخصصة المعنية بوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق المعوقين وكرامتهم، نيويورك، 16-27 جويلية 2003.
- 118- وزارة العمل والحماية الاجتماعية، مديريةية المؤسسات المتخصصة، المنهج التربوي التجريبي للمؤسسات المتخصصة، الجزائر، سبتمبر 2000.
- 119- وزارة التشغيل والتضامن الوطني، المديرية العامة للتضامن الوطني، الأشخاص المعوقين: النصوص التشريعية التنظيمية، الجزائر، مارس 2004.

VI - جريدة:

- 120- يومية الخبر، العدد 3031، الجزائر، 31 نوفمبر 2000.

VII - مراجع باللغة الأجنبية:

- 121- CLAPAREDE. E.: **L'éducation fonctionnelle**, 6^{ème} édition, Decachaux et neistlé, Suisse, 1973.
- 122- D.G.F.S : **Personnes handicapées : Analyse comparative et prospective du système de prise en charge**, Paris, France, 2003.
- 123- EBERSOLD.S : **La notion de handicap : de L'inadaptation à l'exclusion, Regards sociologiques**, N° 1, Paris, France, 1991.
- 124- ERIKSON.E : **Adolescence et crise, la quête de l'identité**, Flammarion, Paris, 1972.

- 125- COLONNA Fanny : **Les instituteurs Algériens (1883- 1939)**, O.P.U, Alger, 1975.
- 126- GILLET. P: **Pour une pédagogie ou l'enseignant praticien**, 1^{ère} éd, France, Puf, 1987.
- 127- GRAWITZ Madeleine : **lexique des sciences sociales**, 4eme ed, Paris, Dalloz, 1998.
- 128- ROCHER Guy : **L'action sociale**, édition H.m.h, Paris, 1968.
- 129- FAUCHE Jean-yves: **L'intégration sociale et professionnelle des handicapés, processus d'intégration des personnes handicapées** « réalités et perspectives », Acte de la 3eme rencontre internationale, C.N.F.P.H, (Constantine), 08-09 Mai 1993, Algérie.
- 130- BOUDERSA Leulmi : **Eléments d'une politique d'intégration sociale des personnes handicapées en Algérie**, acte de la 3eme rencontre internationale, C.N.F.P.H, (Constantine), 08-09 Mai 1993, Algérie.
- 131- ANGERS Maurice: **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**, Casbah édition, Alger, 1997.
- 132- MINAIRE.P : **Proposition d'une nouvelle méthodologie d'évaluation du handicap, medias et handicapés**, ADEP-documentation, Paris, 1980.
- 133- Ministère du Travail et de la Protection Sociale, direction de l'aide et de l'action sociale, sous direction des programmes sociaux : **Dispositif législatif et réglementaire relatif à l'aide sociale**, Algérie, 2001.
- 134- RAIS Mohamed Elhadi : **Evaluation de L'action Sociale de L'état en Faveur des Personnes Handicapées**, acte de la 3eme rencontre internationale, C.N.F.P.H, (Constantine), 08-09 Mai 1993, Algérie.
- 135- PAICHELER.H, BEAUFILS. B : Représentations sociales de la personne handicapée physique, in « handicap et université », université PARIS X, Nanterre, Publidix, 1989.
- 136- STIKER.H-J : **Corps infirmes et sociétés**, Paris, aubier Montaigne, 1982.
- VIII - مواقع انترنت:
- 137- <http://www.tribune.asso.fr>
- 138- <http://www.sante.gauv.fr>
- 139- facilator@worldnabole.net copyright France 2003
- 140- facilitator@worldenable.net
-

ملخص الدراسة

1- الإشكالية:

تعتبر الإعاقة بمختلف أنواعها مشكلة مست جميع المجتمعات، منذ أن وجد الإنسان، لذا فهي ظاهرة إنسانية اجتماعية. ولقد أخذت مكانة بارزة في اهتمامات الدارسين والباحثين، نظرا لتفاقمها في مختلف أنحاء العالم، سواء في البلدان المتطورة أم المتخلفة، حيث بلغت نسبة المعوقين 10 % من سكان العالم، أي ما يقارب 600 مليون معوقا، منهم 80 % في الدول النامية. ولقد أقرت وثائق الأمم المتحدة بأن عدد المعوقين بصفة عامة في كل مجتمع يتراوح ما بين 10-15 % من مجموع عدد السكان. ويتوقع الخبراء أن تزداد مشكلات المعوقين كل سنة، وذلك راجع إلى زيادة أعدادهم، والتي بدورها ترجع إلى تعدد الأسباب المؤدية للإعاقة والتي تتمثل في الأسباب الوراثية، والأسباب البيئية، وتعدد عواملها.

والجزائر من الدول التي لم تتأخر في الاهتمام بفئة المعوقين، والذين يبلغ عددهم حوالي 03 ملايين معوق، وهو ما يمثل حوالي 10 % من مجموع السكان.

وإذا علمنا بأن عددا منهم في سن الطفولة والشباب يقدر بحوالي 2.25 مليون، أي ما يعادل 75 % من مجموع المعاقين بالجزائر، يتضح لنا أكثر حجم المشكلة ببلادنا.

وقد تجسد ذلك الاهتمام من خلال توفير أكثر من 186 مؤسسة متخصصة وهذا في سنة 2000م، تضم مراكزا طبية بيداغوجية للمتخلفين ذهنيا، ومدارسا لصغار المكفوفين، ومدارسا لصغار الصم البكم، و مراكزا لرعاية المعوقين حركيا، مع مركز وطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا بخميسي بولاية تيبازة، ومركزين وطنيين لتكوين الإطارات المتخصصة واحد بقسنطينة، وآخر ببئر خادم (الجزائر العاصمة). مع العلم بأن المراكز الطبية البيداغوجية المذكورة والمدارس المتخصصة هي موزعة على كل جهات الوطن، وهناك نية في توفير مؤسسات خاصة بمختلف أنواع الإعاقات في كل ولايات الوطن. كما أن تلك المؤسسات المتخصصة يوظفها أكثرها من 3500 مؤطرا بمختلف التخصصات المهنية والعلمية، ويستفيد من خدماتها أكثر من 20000 متمهنا. من كل هذا نحس بأهمية الرعاية الاجتماعية ومدى قدرتها على مساعدة هذه الفئة على مواجهة متطلبات الحياة والاندماج داخل المجتمع.

بناء على ما سبق فإن معرفتنا بأهمية الرعاية الاجتماعية في عملية الإدماج الاجتماعي، تجعلنا في حاجة ملحة إلى معرفة مضمونها في الواقع ومدى قدرتها على تحقيق الإدماج للمعوقين مهنيا واجتماعيا. وسنحاول في هذه الدراسة، الإلمام بالخدمات الاجتماعية المقدمة للمعوقين في المركز المتخصص انطلاقا من التساؤل الرئيس:

ما هو واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالمركز ميدان الدراسة؟

2- فرضيات الدراسة:

ينطلق الباحث في دراسة هذا الموضوع من الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

إن توفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، يساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

وسيتم اختبار هذه الفرضية العامة من خلال اختبار الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية الفرعية الأولى:

طبيعة خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة تتمثل في:

الفرضية الفرعية الثانية:

خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة تؤدي إلى إشباع

حاجاتهم.

الفرضية الفرعية الثالثة:

بما أنه تتوفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، مما يؤدي إلى إشباع حاجاتهم، فإن ذلك يساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

3- ميدان الدراسة:

لقد أجريت الدراسة الميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنيا

(C.N.F.P.H.P) بمدينة خميستي بولاية تيبازة

4- مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة، يتمثل في مجتمع المعوقين المتربصين بالمركز وعددهم 101، ومجتمع

المؤطرين بالمركز وعددهم 24.

منهج الدراسة:

المنهج الوصفي.

5- أدوات جمع البيانات:

أ - الملاحظة

ب - الوثائق

ج - المقابلة غير الموجهة:

د - استمارتين استبيانيتين (عينة المعوقين، عينة المؤطرين):

6- نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات:

أ- نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

إن طبيعة خدمات الرعاية للمعوقين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بـدنيا بخميسي بولاية تيبازة، تتمثل في:

- خدمات الرعاية الصحية.
 - خدمات الرعاية النفسية.
 - خدمات الرعاية الاجتماعية.
 - خدمات الرعاية التكوينية المهنية.
- وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الأولى.

ب- نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة، تؤدي إلى إشباع حاجاتهم.

وهذا ما يجعلنا نقول بأن الفرضية الثانية قد تحققت.

ج- نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:

خدمات الرعاية المتوفرة بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بـدنيا، تؤدي إلى إشباع حاجات المعوقين، وذلك ما يساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر. وهذا ما يسمح لنا بالقول: بأن الفرضية الفرعية الثالثة قد تحققت.

7- النتيجة العامة للدراسة:

لقد اتضح بعد تفريغ البيانات المٌجمعة من الميدان، بعد تحليلها وبعد تفسيرها، وكذلك بعد عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات المطروحة، بأنه:

تتوفر خدمات الرعاية للأشخاص المعوقين بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بـدنيا، وهذا ما يؤدي إلى إشباع حاجاتهم، ويساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر.

وبالتالي فإن الفرضية العامة للدراسة قد تحققت.