الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمـة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تخصص علم اجتماع الصحة

واقع المعاقين حركيا وسبل رعايتهم اجتماعيا في الجزائر

دراسة ميدانية بمديرية النشاط الاجتماعي والتضامن -ولاية قالمة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماســـتر

إعداد

1. نزاري صليحة
2. بولبغال نورهان

لجنــة المناقشـــــة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة
حملاوي حميد	أستاذ محاضر-أ-	رئيساً
جاهمي عبد العزيز	أستاذ محاضر-أ-	مؤطراً
حواوسة جمال	أستاذ محاضر-أ-	عضواً

السنة الجامعية: 2020- 2021

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر

بســـم الله الرحمـــان الرحيـــم

عملا بقوله تعالى «لإن شكرتم لأزيدنكم» سورة إبراهيم الآية 07

وقول رسولنا عليه أفضل الصلاة والسلام «من لم يشكر الناس لم يشكر الله»

نشكر الله ونحمده حمدا كثيرا يليق بجلاله وكمال صفاته على توفيقه لنا، إذ كان لنا خير المعين على إتمام هذا البحث بحيث منحنا قوة المثابرة وعزيمة النجاح.

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف "جاهمي عبد العزيز"، لما أسهم به من توجيهات وملاحظات لإنجاز هذا العمل

كما أتقدم بالشكر إلى لجنة المناقشة لاطلاعها على عملنا المتواضع

كما لا ننسى شكر جميع أساتذة قسم علم الاجتماع

كما نشكر كل من قدم لنا المساعدة من

قريب او بعيد»

إهداء

بسم الله الرحمان الرحيم

إننا في هذه الحياة ندين لكثير من الناس الذين علمونا خلال المسار الدراسي ولعل أصغر شيء يمكننا فعله من أجلهم هو شكرهم.

أنا أتمنز هذه الفرصة لشكر كل من كان له دور في تعليمي وبلوغي هذا المستوى وأبتدأ بشكر المولى عز وجل الذي رزقني العقل وحس التوكل عليه سبحانه وتعالى وعلى نعمه الكثيرة التي رزقني إياه.

إلى سبب وجودي الذي قال فيهما الله تعالى: «وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا».

إلى والدي العزيزين أطال الله في عمرهما وحفظهما شمعة تنير دروبنا.

إلى إخوتي: "وجدان وجيهان" حفظهم الله تعالى.

إلى أعز صديقاتي: "صليحة، ميساء وسناء".

الى جميع افراد العائلة من صغيرها الى كبيرها.

نورهان

إهداء

بسم الله الرحمان الرحيم

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه سبحانك لا نحصي ثناء عليك

أنت كما أثنيت على نفسك

خلقت فأبدعت وأعطيت فأفضت فلا حصر لنعمك ولا حدود لفضلك

وصلى الله وسلم على أشرف عبادك وأكمل خلقك

خاتم المرسلين محمد صلى الله عليه وسلم على خير من علم وأفضل من نصح

وبعد

أهدي ثمرة جهدي الى الوالدين الكريمين

جميع أعضاء العائلة

الى صديقات دربي

نورهان، سناء، ميساء

صلحة

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
محتويات الدراسة	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
مقدمة	أ-ج
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
المبحث الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم	6
المبحث الثاني: أهمية وأهداف الدراسة	17
المبحث الثالث: أسباب اختيار موضوع الدراسة	18
المبحث الرابع: مجالات الدراسة	18
المبحث الخامس: مناهج الدراسة وأدواتها	20
المبحث السادس: الدراسات السابقة	24
الفصل الثاني: الإعاقة الحركية وخصائصها	
المبحث الأول: تصنيفات المعاقين حركيا	40
المبحث الثاني: أسباب الإعاقة الحركية	44
المبحث الثالث: خصائص الإعاقة الحركية	46
المبحث الرابع: احتياجات ومشكلات المعاقين حركيا	48
المبحث الخامس: آثار الإعاقة الحركية	56
المبحث السادس: طرق الوقاية من الإعاقة الحركية	59
الفصل الثالث: السياق التاريخي لتطور الرعاية الاجتماعية للمعاقين حركيا على مستوى تنظير والممارسة	
المبحث الأول: تطور الاهتمام برعاية المعاقين	64
المبحث الثاني: أهمية الرعاية الاجتماعية	71
المبحث الثالث: مبادئ الرعاية الاجتماعية	73
المبحث الرابع: خصائص الرعاية الاجتماعية	73

المبحث الخامس: أساليب ونظم الرعاية الاجتماعية	74
المبحث السادس: التخطيط العمراني والاجتماعي لرعاية المعاقين حركيا في الوسط الحضري	76
الفصل الرابع: خدمات رعاية وتأهيل المعاقين حركيا	
المبحث الأول: خدمات التأهيل الصحي	88
المبحث الثاني: خدمات التأهيل النفسي	92
المبحث الثالث: خدمات التأهيل الاجتماعي	96
المبحث الرابع: خدمات التأهيل التربوي	101
المبحث الخامس: خدمات التأهيل المهني	105
المبحث السادس: خدمات التأهيل المجتمعي	108
الفصل الخامس: الحماية القانونية للمعاقين وموقع المعاق الجزائري منها	
المبحث الأول: الحماية الدولية لذوي الإعاقة	113
المبحث الثاني: المواثيق والاتفاقات الإقليمية العربية الخاصة بحماية ذي الإعاقة	124
المبحث الثالث: الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة في ظل التشريع الجزائري	128
المبحث الرابع: مشاكل المعاقين ومعاناتهم في الجزائر	134
الفصل السادس: بعض المداخل النظرية في مجال رعاية المعاقين	
المبحث الأول: من منظور نظرية الدور	139
المبحث الثاني: من منظور نظرية اللعب	141
المبحث الثالث: من منظور العلاج الجماعي	142
المبحث الرابع: من منظور العلاج بإيحاء المعنى	143
المبحث الخامس: من منظور تصحيح القيم	145
الفصل السابع: الإطار التحليلي للدراسة	
المبحث الأول: تحليل الجداول	149
المبحث الثاني: نتائج الدراسة	197
الخاتمة	204
المراجع	207
الملاحق	

فهرس الجداول والأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	149
02	توزيع أفراد العينة حسب السن	150
03	توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	151
04	يوضح سبب عدم زواج المبحوثين	152
05	يوضح المستوى التعليمي للمبحوثين	153
06	يوضح درجة الإعاقة لدى المبحوثين	154
07	يوضح سبب الإعاقة لدى المبحوثين	155
08	يوضح التشخيص المبكر للإعاقة	156
09	يوضح استفادة المبحوثين من بطاقة المعاق	157
10	يوضح مدى استفادة المبحوثين من المنحة	158
10-أ	يوضح مدى كفاية المنحة	159
10-ب	يوضح مدى انتظام المنحة	160
11	يوضح مدى استفادة المبحوثين من السكن	161
11-أ	يوضح مكان سكن المبحوثين	162
11-ب	يوضح نوع السكن	163
11-ج	جدول ملحق يوضح رقم طابق العمارة	164
11-د	يوضح طبيعة سكن المبحوثين	165
12	يوضح مدى استفادة المبحوثين من خدمات في مجال النقل العمومي	165
13	يوضح نوع الأسرة التي يعيش فيها المبحوثين	167
14	يوضح المشكلات التي تعترض المبحوثين داخل الأسرة	168
15	يوضح نوع العلاقة مع أفراد الأسرة	169
16	يوضح مدى كفاية المساعدة التي تقدمها الأسرة لمعاقيها	170
16-أ	يوضح الأطراف التي تقدم المساعدة للمبحوثين	171
16-ب	يوضح نوع المساعدة المقدمة للمعاقين من طرف أسرهم	172
17	يوضح مدى أهمية تلبية الأسرة لاحتياجات المعاق حركياً	173

18	يوضح الوضعية المهنية للمبحوثين	174
18-أ	يوضح نوع العمل الدائم للمبحوثين	175
18-ب	يوضح مدى تناسب العمل مع الحالة الجسدية	176
18-ج	يوضح مدى تلقي المبحوثين للتدريب في مجال عملهم	177
18-د	يوضح مدى تناسب العمل مع المستوى التعليمي للمبحوثين	178
18-هـ	يوضح مدى كفاية أجر المبحوثين الذين يشتغلون في عمل دائم	179
18-و	يوضح نوع العمل بالنسبة للذين يشتغلون في أعمال مؤقتة	180
18-ز	يوضح مدى تناسب الأعمال المؤقتة مع الإمكانيات البدنية للمبحوثين	181
18-ح	يوضح مدى تغطية الأعمال المؤقتة لاحتياجات المبحوثين المادية	182
18-ط	يوضح أسباب عدم العمل للمبحوثين البطالين	183
18-ي	يوضح الأطراف التي تساعد العاطلين عن العمل على تلبية احتياجاتهم	184
18-ك	يوضح مدى كفاية المساعدة المقدمة للعاطلين عن العمل	185
19	يوضح مدى انخراط المبحوثين في جمعيات خاصة بالمعاقين حركياً	186
19-أ	يوضح مكانة المعاق المنخرط في الجمعية	187
19-ب	يوضح مدى مشاركة المعاقين حركياً المنخرطين في أنشطة الجمعية	188
19-ج	يوضح مدى تلقي المبحوثين للمساعدة من هذه الجمعيات	189
19-د	يوضح طبيعة الخدمات التي تقدمها الجمعية للمعاقين حركيا	189
20	يوضح أكثر التنظيمات التي يحظى فيها المعاق حركياً بالمساعدة	191
21	يوضح مدى دراية المعاق حركياً بحقوقه	192
22	يوضح مدى رضا المبحوثين عن مساعدة الأسر للمعاقين حركياً	193

23	**يوضح مدى رضا المبحوثين عن مساعدة تنظيمات العمل للعامل المعاق حركياً**	**194**
24	**يوضح مدى رضا المبحوثين عن مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاقين حركياً**	**195**

فهرس الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب الجنس	**149**
02	أعمدة بيانية توضح توزيع العينة حسب السن	**150**
03	أعمدة بيانية توضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	**151**
04	دائرة نسبية توضح سبب عدم زواج المبحوثين	**152**
05	أعمدة بيانية توضح المستوى التعليمي للمبحوثين	**153**
06	أعمدة بيانية توضح درجة الإعاقة لدى المبحوثين	154
07	أعمدة بيانية توضح سبب الإعاقة لدى المبحوثين	**155**
08	دائرة نسبية توضح التشخيص المبكر للإعاقة	**156**
09	دائرة نسبية توضح مدى استفادة المبحوثين من بطاقة المعاق	157
10	دائرة نسبية توضح مدى استفادة المبحوثين من المنحة	158
10-أ	دائرة نسبية توضح مدى كفاية المنحة	159
10-ب	دائرة نسبية توضح مدى انتظام المنحة	160
11	دائرة نسبية توضح مدى استفادة المبحوثين من السكن	**161**
11-أ	دائرة نسبية توضح مكان سكن المبحوثين	**162**
11-ب	دائرة نسبية توضح نوع سكن المبحوثين	**163**
11-ج	أعمدة بيانية توضح رقم طابق العمارة	**164**
11-د	أعمدة بيانية توضح طبيعة سكن المبحوثين	**165**
12	دائرة نسبية توضح مدى استفادة المبحوثين من خدمات في مجال النقل العمومي	**166**
13	دائرة نسبية توضح نوع الأسرة التي يعيش فيها المبحوثين	**167**

14	دائرة نسبية توضح المشكلات التي تعترض المبحوثين داخل الأسرة	**168**
15	دائرة نسبية توضح مدى كفاية المساعدة التي تقدمها الأسرة لمعاقيها	**170**
15-أ	أعمدة بيانية توضح الأطراف التي تقدم المساعدة للمبحوثين داخل الأسرة	**171**
15-ب	دائرة نسبية توضح نوع المساعدة المقدمة للمبحوثين من طرف أسرهم	**172**
16	أعمدة بيانية تبين أهمية تلبية الأسرة لاحتياجات المعاق حركيا	**173**
17	أعمدة بيانية توضح الوضعية المهنية للمبحوثين	**174**
17-أ	أعمدة بيانية تبين نوع العمل الدائم بالنسبة للمبحوثين	**175**
17-ب	أعمدة بيانية توضح مدى تناسب العمل الدائم مع الحالة الجسدية للمبحوثين	**176**
17-ج	أعمدة بيانية تبين مدى تلقى المبحوثين للتدريب في مجال عملهم	**177**
17-د	أعمدة بيانية تبين مدى تناسب العمل مع المستوى التعليمي للمبحوثين	**178**
17-هـ	دائرة نسبية تبين مدى كفاية اجر المبحوثين الذين يشتغلون في عمل دائم	**179**
17-و	دائرة نسبية تبين نوع عمل المبحوثين الذين يشتغلون في أعمال مؤقتة	**180**
17-ز	أعمدة بيانية تبين مدى تناسب الأعمال المؤقتة مع الحالة البدنية للمبحوثين	**181**
17-ح	أعمدة بيانية توضح مدى تغطية الأعمال المؤقتة لاحتياجات المبحوثين المادية	**182**
17-ط	أعمدة بيانية توضح أسباب عدم العمل للمبحوثين البطالين	**183**
17-ي	أعمدة بيانية تبين الأطراف التي تساعد المبحوثين العاطلين عن العمل على تلبية احتياجاتهم	**184**

17-ك	أعمدة بيانية توضح مدى كفاية المساعدة المقدمة للمبحوثين العاطلين عن العمل	**185**
18	دائرة نسبية تبين مدى انخراط المبحوثين في جمعيات خاصة بالمعاقين حركيا	**186**
18-أ	دائرة نسبية تبين مكانة المعاق المنخرط في الجمعية	**187**
18-ب	أعمدة بيانية توضح مدى مشاركة المبحوثين المنخرطين في أنشطة الجمعية	**188**
18-ج	أعمدة بيانية توضح طبيعة الخدمات التي تقدمها الجمعية للمعاقين حركياً	**190**
19	أعمدة بيانية توضح أكثر التنظيمات التي يحظى فيها المعاق حركيا بالمساعدة	**191**
20	دائرة نسبية تبين مدى دراية المعاق حركيا بحقوقه	**192**
21	أعمدة بيانية توضح مدر رضا المبحوثين عن مساعدة الأسر للمعاق حركيا	**193**
22	أعمدة بيانية توضح مدى عن مساعدة تنظيمات العمل للمعاق حركيا	**194**
23	أعمدة بيانية توضح مدى رضا المبحوثين عن مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاق حركيا	**195**

المقدمة

مقدمة:

تعتبر الإعاقة من المواضيع الاجتماعية والصحية الهامة في أغلب دول العالم بسبب زيادة عدد المعاقين، كما أنها تعد إحدى مصادر الخطر الرئيسة التي تواجه المجتمعات الصناعية منها والنامية لما تحمله من تدمير لكيان الإنسان النفسي والاجتماعي، فالبرغم من التطور العلمي في مختلف الميادين العلمية إلاّ أن معدلها يظل كما هو، وذلك لأنه في الوقت الذي يقوم به العلم بالكشف والتنبؤ والسيطرة على بعض مسبباتها، فانه هو الذي بقوم باكتشافات واختراعات أخرى يكون دافعها التحدي، ولكنها في نفس الوقت تمثل مسببات أخرى للإعاقة، وبالتالي لا يخلو أي مجتمع من الإعاقات على اختلاف أنواعها مهما بلغت درجة تطوره ومهما اتخذ من إجراءات الحماية والوقاية، ولذلك ينبغي دائماً إدراج هذه الفئة ضمن أولويات سياسات التنمية وتحسين الحياة، وتحديد أهم احتياجاتها والعمل على تداركها من اجل تحسين الحياة عليهم.

والإعاقة الحركية من الإعاقات التي يمكن أن يبتلي بها أي شخص منا أو من أسرتنا أو زملائنا، والتي قد نولد بها أو تنجر عن مرض أو حادث، تتسبب في عجز الفرد عن القيام بالأدوار الاجتماعية المعتادة داخل الأسرة، المدرسة، المجتمع وغيرها، لأنها تفرض عليه قيوداً كثيرة تحد من قدرته على التفاعل والحركة والاستفادة من مختلف الخدمات التي يمكن أن يستفيد منها الفرد العادي والمعاق هو إنسان كغيره يدرس، يعمل، يمارس حياته اليومية، ولعل أهم ما يعيق عمل هذه الفئة بالإضافة إلى إعاقتهم الحتمية هي عدم إتاحة ظروف ملائمة وآمنة ومحفزة، وكذا متكيفة مع وضعهم البدني ومع قدراتهم الخاصة، وبالتالي تتعلق إنتاجية وفعالية المعاق حركيا وراحته وفقا لظروف تكفل له حياة كريمة وتعزز اعتماده على نفسه وتنمي مشاركته في بناء مجتمعه. وتؤثر الإعاقة الحركية على علاقة الفرد بالأشخاص المحيطين به، حيث نجده لا يستطيع التكيف بسهولة مع الأفراد العاديين، نتيجة لنمو مشاعر النقص وارفض لديه بسبب إعاقته، مما يؤدي إلى بعض المشاكل النفسية لديه، ولذلك يجب توجيهه وإرشاده بطريقة تساعده على الاندماج والتكيف في المجتمع، ومعرفة أبعاد البيئة التي يعيش فيها وطبيعتها، وذلك لمواجهة مشكلاته وممارسة دوره كفرد عادي.

وقد اختلفت النظرة للمعاقين باختلاف الزمان والمكان، فقد كانت النظرة إليهم قديماً تتسم بالدونية والاستهجان والازدراء والاحتقار، باعتبارهم مصدراً للشر حيث لاقى المعاقون جراء ذلك أصنافاً من الاضطهاد ووصل الأمر إلى الخلاص منهم بالعزل أو حتى بالقتل. ثم تغيرت هذه النظرة حيث ازداد وعي

الإنسان بشكل كبير وأصبح ينظر لإنسانية الفرد قبل كل شيء، ثم ظهر وتطور الاهتمام بالمعاقين بشكل واضح وجلي بعد منتصف القرن العشرين، ليصبح اتجاهاً عالمياً يدعو لفهم وتوفير الخدمات الصحية والتربوية والاجتماعية والتأهيلية، من أجل تنمية قدراتهم وإمكانياتهم لتحقيق الكفاية الذاتية والاجتماعية والمهنية، ولعل تزايد الاهتمام بهم يرجع إلى ارتفاع حجم مشكلة الإعاقة، إذ تقدر نسبة الأفراد الذين لديهم إعاقات حوالي 10% من مجموع السكان الكلي في أي مجتمع. وتتجلى مظاهر الرعاية والاهتمام بالمعاقين في سن وتشريع عدة حقوق لهم والمحافظة عليها، حيث أولى المجتمع الدولي أهمية خاصة لهم وأبرمت في هذا الشأن العديد من الاتفاقيات والمصادقة على الكثير من المعاهدات للتكفل بهذه الشريحة ولعل أبرزها الاتفاقية الخاصة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 2006 وصادقت عليها 17 دولة. كما نصت الكثير من الدول ومنهم الدول العربية في دساتيرها على التزام الدولة برعاية و حماية المعاقين، وأصدرت التشريعات التي تحدد مسؤولية الدولة تجاه المعاقين وأوجه الرعاية والوقاية التي تكفلها لهم، ورعايتهم صحياً واجتماعياً وعدم الإنقاص من حقوقهم القانونية بأي شكل من الأشكال، والجزائر على غرار غيرها من الدول أخذت على عاتقها هذا التحدي القائم على أساس ضرورة رعاية المعاقين وترقيتهم والأخذ بعين الاعتبار التكفل بهم وإدماجهم اجتماعياً بسنها للعديد من التشريعات، ولعل أبرزها قانون02-09 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، وهو يعتبر من أهم القوانين التي جاءت لتكفل حقوق هذه الفئة المهمشة وتضعها على قدم المساواة مع فئة الأفراد العاديين في المجتمع.

وهذا ما دفعنا لدراسة هذا الموضوع، حتى نتمكن من دراسة واقع المعاقين حركيا وسبل رعايتهم اجتماعيا، وقد قمنا بدراسة نظرية ميدانية من أجل الوصول إلى النتائج المطلوبة في هذه الدراسة. وقد قسمنا دراستنا إلى بابين حيث تناولنا في الباب الأول الإطار النظري للدراسة والذي قسم بدوره إلى ستة فصول، جاء الفصل الأول تحت عنوان الإطار المنهجي للدراسة تناولنا فيه إشكالية البحث في إطارها العام وتحديد المفاهيم، بالإضافة إلى أهمية وأهداف الدراسة وأسبابها، كذلك تم تحديد مجالات الدراسة والمنهج المتبع وكذا أدوات جمع البيانات، والدراسات السابقة.

لننتقل بعد ذلك إلى الفصل الثاني الذي تحدثنا فيه عن الإعاقة الحركية، حيث أشرنا إلى تصنيفات الإعاقة وأسبابها وخصائصها، والمشكلات المترتبة عليها واحتياجات المعاقين، بالإضافة إلى آثارها وطرق الوقاية منها.

أما الفصل الثالث تحدثنا فيه عن تطور الاهتمام برعاية المعاقين، بالإضافة إلى خصائص الرعاية الاجتماعية وأهميتها ومبادئها والأساليب والنظم التي تقوم عليها، تطرقنا بعدها إلى التخطيط لرعاية المعاقين حركيا في الوسط الحضري.

تحدثنا في الفصل الرابع عن خدمات ورعاية تأهيل المعاقين حركيا، وتطرقنا إلى خدمات التأهيل الصحية، والنفسية والاجتماعية، والتربوية والتأهيلية، والمهنية.

الفصل الخامس تحدثنا فيه عن الحماية القانونية للمعاقين وموقع المعاق الجزائري منها حيث أشرنا إلى الحماية الدولية لذوي الإعاقة، والمواثيق والاتفاقيات الإقليمية العربية الخاصة بحماية ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة في التشريع الجزائري، وفي الأخير تطرقنا إلى مشاكل المعاقين ومعاناتهم في الجزائر.

الفصل السادس فقد تمحور حول بعض المداخل النظرية في مجال رعاية المعاقين حركيا.

أما الفصل السابع فهو الجانب الميداني للدراسة وقسم الى مبحثين، المبحث الأول قمنا فيه بتحليل الجداول، أما المبحث الثاني يتعلق بنتائج الدراسة، واختتمنا هذا الفصل بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات التي استخلصناها من الدراسة.

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد

المبحث الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم.

المبحث الثاني: أهمية وأهداف الدراسة.

المبحث الثالث: أسباب اختيار موضوع الدراسة.

المبحث الرابع: مجالات الدراسة.

المبحث الخامس: مناهج الدراسة وأدواتها.

المبحث السادس: الدراسات السابقة.

خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر البحث العلمي أحد الركائز التي تقوم على منهجية علمية في الدراسة، فالبحث العلمي هو مجموعة من الخطوات المنهجية التي يجب أن يمر بها الباحث والتي تبين له مساره بشكل دقيق. وانطلاقاً من ذلك فقد خضع البحث في المرحلة الأولى لصياغة الإشكالية وتحديد المفاهيم، ثم تطرقنا لأهمية الدراسة وأهدافها والأسباب التي أدت لاختيار الموضوع، ثم تم تحديد الإطار الزماني والمكاني للدراسة والمنهج المتبع فيها، كما تطرقنا إلى مجموعة من أدوات جمع البيانات التي تم استخدمها في البحث، لننهي الفصل بمجموعة من الدراسات السابقة.

المبحث الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم:

المطلب الأول: إشكالية البحث:

تعد ظاهرة الإعاقة وما يرتبط بها من مشكلات ظاهرة عالمية بامتياز إذ لا يخلو أي من المجتمعات منها، غير أن آثار هذه الظاهرة أكثر وقعاً على المجتمعات المتخلفة، وذلك لعوامل تاريخية وثقافية وسياسية واجتماعية واقتصادية، ونظراً للانعكاسات السلبية لهذه الظاهرة على الأفراد والمجتمعات أولتها هذه الأخيرة أهمية خاصة من حيث توسيع دائرة البحث في أسبابها و آثارها، حيث تصدرت موضوعاتها الفعاليات العلمية والأكاديمية (الندوات، المؤتمرات، الملتقيات...الخ)، كما اعتمدت سياسات وبرامج وخطط للحد من تداعيات هذه الظاهرة على حياة الأشخاص وتقدم المجتمعات، فخصصت المؤسسات المهنية لهذه الفئة (المعاقين)، والكفاءات والمهارات البشرية التي تقوم عليها من مختلف التخصصات (علم الاجتماع، علم النفس، الخدمة الاجتماعية...الخ)، وزودتها بمختلف البرامج والمناهج التي تمكنها من مقابلة احتياجات هذه الشريحة الهامة من المجتمعات والتي تقدر في بلادنا بنحو 4 ملايين من مجموع السكان البالغ عددهم حوالي 39 مليون نسمة.

وتمثل الإعاقة الحركية إحدى أوجه الإعاقة المنتشرة بكثرة في المجتمعات وذلك لتعدد أسبابها مقارنة بغيرها من أنواع الإعاقة الأخرى، خاصة بما يتعلق بالحوادث المختلفة (حوادث المنزل، العمل، حوادث المرور...الخ)، كما أن وقع هذا النوع من الإعاقة على حياة الأفراد والأسر والمجتمعات كبير سواء من الناحية النفسية والاجتماعية أو المادية، حيث أنها تؤثر على علاقة الفرد بالأشخاص المحيطين به وقدرته في التفاعل الاجتماعي السليم للمجتمع، كما أنها تتطلب تكاليف كبيرة لإعادة التأهيل، لذلك فلا بد من التعامل مع الإعاقات الحركية بفاعلية عالية وطرق مدروسة، وذلك لمساعدة المعاق حركياً ليكون عنصراً فعالاً وشخصاً قادراً على التعامل مع ذاته والآخرين حوله، ولتطوير مستوى حياتهم بانسجام متناسق مع المجتمع، وذلك حتى يدرك المعاق أنه يمتلك قدرات وطاقة هائلة تحتاج للتدريب والتأهيل والتوجيه ليصبح فرداً منتجاً لا يختلف عن الفرد العادي.

وعلى غرار باقي دول العالم يشكل المعاقون حركياً في بلادنا نسبة معتبرة من بين المعاقين، وأصبحت عملية إدماجهم وتأهيلهم والتكفل بهم عملية ملحة خاصة في ظل الظروف التي يمر بها مجتمعنا الجزائري، ولا تقتصر هذه العملية على مجهودات الدولة والأسرة وحسب بل تمتد إلى تنظيمات وجمعيات المجتمع المدني.

وفي ظل هذه الرؤية ومحاولة منا في تسليط الضوء على واقع هذه الشريحة المعتبرة في المجتمع، تم طرح التساؤل الرئيسي التالي:

1_ ما هو واقع المعاقين حركياً في بلادنا؟

ويندرج تحت هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

1ـ هل يحظى المعاق حركياً بالرعاية الكافية في الأسرة؟

2ـ هل يؤمن للمعاق حركياً حقه في العمل؟

3ـ ما مدى مساهمة جمعيات وتنظيمات المجتمع المدني في رعاية المعاقين حركياً؟

ومن أجل الإجابة عن هذه التساؤلات اعتمدنا الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية:

1_ أن منظومة رعاية المعاق حركياً مازالت قاصرة عن تلبية احتياجات المعاقين وحل مشكلاتهم.

الفرضيات الجزئية:

الفرضية(1): يحظى المعاق حركياً برعاية خاصة في الأسرة.

الفرضية(2): لا يحظى المعاق حركياً بالرعاية الكافية في العمل.

الفرضية(3): أن دور جمعيات وتنظيمات المجتمع المدني في التكفل بالمعاقين مازال محدوداً.

المطلب الثاني: تحديد المفاهيم:

يعد تحديد وضبط المفاهيم خطوة محورية حاسمة ومنطلقاً أساسياً في مسار البحث العلمي، وتعد المفاهيم والمصطلحات العلمية من أكثر العناصر أهمية في موضوع البحث ومن أبرز المفاهيم التي نحاول ضبطها في هذا الصدد والتي لها علاقة وظيفية بموضوع الدراسة نجد:

الفرع الأول: مفهوم الإعاقة:

أولا: المفهوم اللغوي للإعاقة:

- عرفها لسان العرب لابن منظور: رجل عوق لا خير عنده، والجمع أعواق، وعاقه عن الشيء يعوقه عوقاً: صرفه وحبسه، ومنه التعويق والاعتياق، وذلك إذا أراد أمراً فصرفه عنه صارف. وأصل عاق عوق.[1]

[1]– ابن منظور: لسان العرب، دار المعارف للنشر، 2007، ص 3173.

ثانيا: المفهوم الاصطلاحي للإعاقة:

1- تعرف الإعاقة على أنها: أذى أو ضرر جسمي أو عقلي، يمنع أو يحد من قدرة الفرد على القيام بوظائفه كالآخرين.[1]

2- وتعرف على أنها: ذلك النقص أو القصور أو العلّة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص، وسواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، فإن ذلك يحول بين الفرد والاستفادة منها، كما يحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع الأفراد العاديين في المجتمع.[2]

3- ويعرفها ميثاق الثمانينات (1980-1990) بأنها: تقييد أو تحديد لمقدرة الفرد على القيام بواحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من المكونات الأساسية للحياة اليومية مثل: القدرة على الاعتناء بالنفس، مزاولة العلاقات الاجتماعية والأنشطة الاقتصادية في المجال الطبيعي، وقد ينتج العجز نتيجة لخلل جسماني، حسي أو عقلي أو إصابة ذات طبيعة فسيولوجية أو نفسية.[3]

ثالثا: المفهوم الاجرائي للإعاقة:

- الإعاقة تعني عدم قدرة الفرد على اكتساب الطاقات الكاملة، أو انجاز المهام أو الوظائف التي تعتبر طبيعية لهذا الشخص، مما يؤدي إلى انخفاض في قدرته لأداء دوره الاجتماعي، كنتيجة للضعف أو التدريب غير الملائم لهذا الدور.

الفرع الثاني: مفهوم الإعاقة الحركية:

أولا: المفهوم الاصطلاحي للإعاقة الحركية:

1- تعرف الإعاقة الحركية على أنها حالة من عدم القدرة على استخدام الفرد لأجزاء جسمه في أداء الحركات الطبيعية، كالمشي والجري والوثب، والتنسيق بين حركات الجسم المختلفة، بسبب إصابة جسمية في العمود

---

[1]- عبد العزيز عبد الله الدخيل: معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص 50. .

[2]- حسين عبد الحميد أحمد رشوان: الإعاقة والمعوقون " دراسة في علم اجتماع الخدمة الاجتماعية"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2009، ص 28.

[3]- مروان عبد المجيد إبراهيم: الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، الوراق للنشر والتوزيع، بدون بلد، دس، ص 14

الفقري وعضلاته أو الجهاز العصبي، أو نتيجة لعوامل وراثية، وتؤثر هذه الإعاقة على نموه العقلي الانفعالي وتحد من قدرته على التكيف الاجتماعي.[1]

2- وتعرف بأنها عجز أو قصور يؤثر على قدرة الفرد على الحركة والتنقل، أو يؤثر على قدرته في تناسق حركات الجسم، كما أنها تشير إلى قصور أو عدم أداء أعضاء الجسم لوظائفها الحيوية.[2]

3- كما تعرف على أنها تلك الحالات التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤثر سلباً على مرونة الجسم، وانسيابية حركته نظراً لقصور الأداء الوظيفي لواحد أو أكثر من أعضاء الجسم، وهو الأمر الذي يمكن أن يترك أثاره السلبية على الفرد الذي يعاني من مثل هذه الإعاقة.[3]

ثانيا: المفهوم الإجرائي للإعاقة الحركية:

- الإعاقة الحركية هي عبارة عن حالة تصيب الجهاز العظمي أو العضلي للفرد قد تشل حركته كليا أو جزئيا، وتحول دون أدائه لوظائفه. مما يتطلب إخضاعه لبرامج تأهيلية (طبية وتربوية واجتماعية ونفسية ومهنية).

الفرع الثالث: مفهوم المعاق:

أولا: المفهوم الاصطلاحي للمعاق:

1- يعرف المعاق على أنه كل شخص غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، أو نقصت قدراته على ذلك نتيجة لقصور عضوي أو عقلي أو حسي أو نتيجة عجز خلقي.[4]

---

[1]. الشريف عبد الفتاح عبد المجيد: التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2011، ص 418.

[2]- علي خليل الحمد، نعيم علي العتوم: الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016، ص 121.

[3]- عادل عبد الله محمد: مقدمة في التربية الخاصة، دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2011، ص 302.

[4]- السيد عبد الحميد عطية، هناء حافظ بدوي: الخدمة الاجتماعية ومجالاتها التطبيقية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998، ص 175.

2- ويعرف عبد الفتاح عثمان المعوق بأنه: كل فرد يختلف عمن يطلق عليه سوي في النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية إلى الدرجة التي تستوجب عمليات التأهيل الخاصة، حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه.[1]

3- وتعرف منظمة العمل الدولية المعوق بأنه: كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، نقصاً فعلياً نتيجةً لعاهة جسمية أو عقلية.[2]

ثانيا: المفهوم الإجرائي للمعاق:

- هو ذلك الشخص الذي يعاني من نقص في إحدى قدراته البدنية، والنفسية والعقلية، مما يحول دون اندماجه بسهولة في المجتمع، مما يتطلب حالته رعاية خاصة.

الفرع الرابع: مفهوم المعاق حركياً:

أولا: المفهوم الاصطلاحي للمعاق حركيا:

1- المعاقون حركياً هم تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الحركية بشكل عادي، مما يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة.[3]

2- وفي تعريف آخر أورده فاروق الروسان (1989): المعاقون حركياً هم الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي مما يستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة.[4]

---

[1]. محمد سيد فهمي: الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2001، ص179.

[2]- عبد المنصف حسن رشوان: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2006، ص 5.

[3]- مصطفى نوري القمش: الإعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص 79.

[4]- فاطمة عبد الرحيم النوابسة: ذوي الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص 195.

3- ويعرف المعاق حركياً أيضاً على أنه أي شخص يعاني من فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه، بطريقة تحد من وظيفتها العادية مما يؤدي إلى الحد من نشاطهم الحيوي.[1]

ثانيا: المفهوم الإجرائي للمعاق حركيا:

- هو ذلك الشخص الذي يعاني من نقص أو عجز في إحدى الوظائف الحركية (البدنية أو الجسدية)، تحول دون إمكانية أدائه لوظائفه الاجتماعية بسهولة، مما يتطلب إخضاعه لبرامج تأهيلية وتدريبية مناسبة.

الفرع الخامس: مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة:

أولا: المفهوم الاصطلاحي:

1. تعرف فئة ذوي الاحتياجات الخاصة: بأنها أولئك الأفراد الذين يقعون في طرفي التوزيع الطبيعي بناء على السمة النفسية، أو البدنية أو الطبية التي تميزها، وقد أطلق عليهم ذوي الاحتياجات الخاصة نظرا لأن حاجاتهم النفسية والذهنية والتربوية تختلف عن حاجات الأفراد العاديين.[2]
2. كما يمكن تعريفهم: بأنهم فئات أو أفراد مختلفون فيما بينهم فيما يتعلق بخصائصهم الشخصية والانفعالية والاجتماعية، إلا أنهم يتشابهون مع أقرانهم العاديين في بعض الخصائص والحاجات العامة، ولكن هناك حاجات خاصة تفرضها الإعاقة، وبالرغم من وجود بعض الحاجات العامة بين المعوقين، إلا أنهم يمثلون فئة متجانسة، فهم يختلفون اختلافا كبيرا عن بعضهم البعض، بحيث إذا تم مراعاتها تأهلهم ليصبحوا أكثر فاعلية في المجتمع.[3]
3. ذوي الاحتياجات الخاصة تعني أيضا: فئة من الأفراد الذين يختلفون عن العامة في صفاتهم وقدراتهم العقلية أو الحسية، أو البدنية أو الانفعالية والسلوكية مما يجعلهم في حاجة الى تدخل ومساعدة من الأسرة والمجتمع لتوفير أساليب وإمكانات خاصة تعمل على دعم تكيفهم مع المجتمع، ويدخل في نطاق هذه الفئة من يطلق

---

[1]- طارق عبد الرؤوف عامر، ربيع عبد الرؤوف محمد: الإعاقة الحركية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2008، ص 67.

[2]. عصام توفيق قمرة: رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين العزل الدمج، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، مصر، 2008، ص 53.

[3]. علي عبد النبي حنفي: العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص 27.

عليهم المعاقين وكذلك من يتمتعون بقدرات وإمكانات عقلية وحسية وبدنية فائقة ومتميزة بموهبة فطرية خلاقة.[1]

ثانيا: المفهوم الاجرائي:

- تعرف على أنها: فئة أو مجموعة من الأشخاص يختلفون عن غيرهم في جانب أو أكثر من الجوانب الشخصية، نتيجة لإصابتهم بنوع من الإعاقة التي أدت إلى حرمانهم من التأقلم مع متطلبات الحياة، لذلك فهم بحاجة إلى اهتمام خاص عن طريق توفير وسائل علاجية.

الفرع الخامس: مفهوم الرعاية الاجتماعية:

أولا: التعريف اللغوي الرعاية الاجتماعية:

- الرعاية وتعني المحافظة على الشيء.[2]

ثانيا: التعريف الاصطلاحي الرعاية الاجتماعية:

1- تعرف هيئة الأمم المتحدة الرعاية الاجتماعية بأنها: النشاط المنظم الذي يهدف إلى إحداث التكيف الناضج بين الأفراد وبين بيئتهم الاجتماعية، ويتحقق هذا الغرض عن طريق استخدام الأساليب والوسائل التي تصمم من أجل تمكين الأفراد والجماعات والمجتمعات من مقابلة احتياجاتهم، وحل مشكلاتهم عن طريق العمل المتعاون لتطوير وتنمية الظروف الاقتصادية والاجتماعية.[3]

2- ويشير فريد لاندر (Freid Lander) إلى مفهوم الرعاية الاجتماعية بأنها: ذلك النسق المنظم للخدمات الاجتماعية والمنظمات المصممة بهدف مد الأفراد والجماعات بالمساعدات التي تحقق مستويات مناسبة للصحة والمعيشة، ولدعم العلاقات الاجتماعية والشخصية بينهم بما يمكنهم من تنمية قدراتهم وتطوير مستوى حياتهم بانسجام متناسق مع حاجاتهم ومجتمعاتهم.[4]

---

[1]. حسن محمد النواصرة: ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل في التأهيل البدني، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، 2006، ص، ص 22، 23.

[2]- علي بن هادية وآخرون: القاموس الجديد للطلاب، معجم عزلي ألفبائي، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط7، الجزائر، 1991، ص 392.

[3]- نضال عبد اللطيف برهم: الخدمات الاجتماعية، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن، 2004، ص 24.

[4]- سامية محمد فهمي، سمير حسن منصور: الرعاية الاجتماعية أساسيات ونماذج معاصرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص 18.

3- والتعريف الثالث للرعاية الاجتماعية يقول: يضم نظام الرعاية الاجتماعية العديد من وسائل وأنماط التدخل الاجتماعي، التي تهتم أولاً بتحسين الظروف المعيشية للأفراد والمجتمعات عن طريق العديد من المراحل والعمليات التي من شأنها أن تهدف إلى الحد أو علاج المشكلات الاجتماعية مع تنمية الموارد البشرية، وهي بذلك تتضمن العديد من برامج الخدمات الاجتماعية الموجهة للفرد والأسرة بجانب الجهود والإسهامات المتعددة، لدعم النظم الاجتماعية الأخرى في المجتمع.[1]

ثالثا: المفهوم الاجرائي للرعاية الاجتماعية:

- الرعاية الاجتماعية هي كل أساليب التدخل الاجتماعي والتي يكون هدفها الأول والمباشر هو تطوير وتحسين الظروف المعيشية للأفراد والمجتمعات ككل.

الفرع السادس: مفهوم الخدمة الاجتماعية:

أولا: التعريف الاصطلاحي الخدمة الاجتماعية:

1- تعرف الخدمة الاجتماعية على أنها: مهنة تهدف إلى السعي وراء إقرار العدالة الاجتماعية وتحسين الظروف الحياتية، ودعم كافة السبل والإمكانات التي توفر الرفاهية والرخاء لكل فرد وعائلة وجماعة في المجتمع، كما أنها تسعى جاهدة في الوقت نفسه إلى التعامل مع القضايا الاجتماعية والتوصل لحلول بشأنها وذلك على كافة مستويات المجتمع.[2]

2- ويعرفها فريد لندر (Fried Lander) بأنها: نوع من الخدمات المهنية تعتمد على قاعدة من المعرفة العلمية والمهارات المختلفة في ميدان العلاقات الإنسانية، تمارس في مؤسسات اجتماعية لمساعدة الأفراد كحالات أو كجماعات للوصول إلى مستوى من التكيف والنضج والاعتماد على أنفسهم.[3]

---

[1]- محمد سيد فهمي، نورهان منير حسن فهمي: الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1999، ص 19.

[2]- عبد الناصر سليم حامد: معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص 3.

[3]- عبد المحي محمود صالح، السيد رمضان: أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص 39.

3- كما عرفتها مادلين دلبرل بأنها: الجهود العامية العملية التي تهتم أولاً بمساعدة الفرد غير القادر على العثور على نصيبه من الخير في المجتمع، وتهتم ثانياً بمساعدة المجتمع على القيام بمهمته الوقائية نحو الأفراد.[1]

ثانيا: المفهوم الإجرائي للخدمة الاجتماعية:

- الخدمة الاجتماعية هي خدمة تهدف إلى مساعدة الناس سواء كانوا أفراد أو جماعات لتحقيق علاقات ايجابية بينهم، وللوصول بهم إلى مستوى أفضل من الحياة، وحل المشكلات التي تعترض حياتهم الاجتماعية.

الفرع السابع: مفهوم التأهيل:

أولا: المفهوم الاصطلاحي للتأهيل:

1- يعرف التأهيل في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية على أنه: مجموعة من العمليات أو الأساليب التي يقصد بها تقويم وإعادة توجيه الأشخاص نحو الحياة السوية وإثارة الحوافز الايجابية عند الشخص.[2]

2- حدد قانون التأهيل رقم 39 لسنة 1975 التأهيل على أنه: تقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية والتعليمية والمهنية، التي يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينه من التغلب على الآثار السلبية التي نتجت عن عجزه.[3]

3- والتأهيل هو عملية موجهة بالأهداف ومحددة بالزمن تهدف إلى تمكين الشخص المعاق من الوصول إلى المستوى الوظيفي، العقلي والاجتماعي، والتأهيل الكامل هو الذي تجتمع فيه خدمات متعددة للشخص المعاق وتشتمل: الخدمات الصحية، خدمات تعليمية، الرعاية الاجتماعية والتدريب المهني والتوظيف، وهذه العملية تقوم بها مؤسسات متخصصة مثل مؤسسات التأهيل الخاصة بالمعوقين، مكاتب التأهيل الاجتماعي.[4]

---

[1]- زكي بدوي: أصول الخدمة الاجتماعية، مكتبة النهضة المصرية، الإسكندرية، مصر، 1947، ص 11.

[2]- موسى نجيب موسى: التأهيل الاجتماعي لأسر المسجونين، مركز الكتاب الأكاديمي للنشر، عمان، الأردن، 2016، ص 29.

[3]- نايف بن عابد الزارع: تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن، 26،2006.

[4]- أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000، ص 12.

ثانيا: المفهوم الإجرائي للتأهيل:

- التأهيل هو مجموعة من الخدمات والوسائل والأساليب المتخصصة التي تهدف إلى تصحيح العجز الجسمي أو العقلي، كما تسعى إلى مساعدة الشخص المعوق على التكيف عن طريق الإرشاد النفسي والتوجيه المهني، بالإضافة إلى التدريب على العمل.

الفرع الثامن: مفهوم التربية الخاصة:

أولا: المفهوم الاصطلاحي للتربية الخاصة:

1- وقد عرفها فاروق الروسان على أنها: ذلك العلم الذي يهتم بفئات الأطفال غير العاديين، وذلك من خلال قياسها وتشخيصها وإعداد البرامج التربوية وأساليب التدريس المناسبة لها.[1]

2- ويشير جوفمان (Guffman) إلى أن التربية الخاصة هي: مجموعة من الإجراءات والطرائق والأساليب، التي تستخدم من أجل تقديم الخدمات التربوية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة كتعديل في المناهج العادية أو تغيير في أساليب التدريس التقليدية، أو تعديل في البيئة التعليمية لكي تناسب الطلبة الذين لا يستفيدون من المناهج والأساليب أو ظروف البيئة العادية.[2]

3- كما تعرف التربية الخاصة على أنها: مجموع الخدمات الطبية والتربوية والتعليمية، والتدريسية التي تقدم للأفراد المعاقين بكل فئاتهم على اعتبار أنهم أفراد ذو طبيعة خاصة.[3]

ثانيا: المفهوم الإجرائي للتربية الخاصة:

- التربية الخاصة هي مجموع الخدمات العامة الهادفة التي تقدم للفرد غير العادي، وذلك لتوفير ظروف مناسبة له من أجل مساعدته على تحقيق ذاته وتنمية قدراته إلى أقصى حد ممكن ومساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه.

---

[1]- ماجد محمد أبو سلامة، أديبة موسى الزين: المعاق والأسرة والمجتمع، مكتبة سمير منصور للطباعة والنشر والتوزيع، غزة، فلسطين، 2015، ص 11.

[2]- مدحت أبو النصر: رعاية وتأهيل المعاقين، الروابط العالمية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2009، ص 155.

[3]- سعيد محمد السعيد، فاطمة محمد عبد الوهاب وآخرون: برامج التربية الخاصة ومناهجها بين الفكر والتطبيق والتطوير، عالم الكتب، القاهرة، مصر، ب س، ص 12.

الفرع التاسع: مفهوم الدمج:

أولا: المفهوم الاصطلاحي للدمج.

1- عرف ستيفن ورفاقه الدمج أنه: وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في اقل البيئات تقييداً، فالدمج هو الإجراء الذي يعمل على اتخاذ القرارات التربوية والتخطيط للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في اقل البيئات التربوية تقييداً.[1]

2- ويعرف سيلور (Sailor) الدمج بأنه احد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة، وهو يعني بالنسبة له وضع الأطفال المعاقين بدرجة بسيطة في المدارس العادية، مع اتخاذ الإجراءات التي تتضمن استفادتهم من البرامج التربوية المقدمة في هذه المدارس ذلك لأن عزل المعاق عن العاديين يؤدي إلى تولد عزلة وحرمان المعاق من التفاعل السوي، وجعل العاديين يكونون صورة سلبية عن المعاق، ويزداد انعزال المعاق لأنه لم يتدرب ولم يتعلم كيف يتعامل مع السوي في بيئة مندمجة مما يفقده ثقته ويزيد من انعزاله.[2]

3_ ويقصد بالدمج الاجتماعي دمج الأفراد غير العاديين مع الأفراد العاديين في مجال السكن والعمل، ويطلق على هذا النوع من الدمج بالدمج الوظيفي ويهدف إلى توفير الفرص المناسبة للتفاعل الاجتماعي والحياة الاجتماعية الطبيعية بين الأفراد العاديين وغير العاديين.[3]

ثانيا: المفهوم الإجرائي للدمج:

- الدمج يعني حصول فئة المعاقين على جميع الحقوق التي يتحصل عليها الأفراد العاديين وذلك في جميع النواحي، مما يهيئ لهم المشاركة الفاعلة في جميع جوانب الحياة.

---

[1]- طارق عبد الرؤوف عامر: دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء التوجهات العالمية المعاصرة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن، 2015، ص 16.

[2]- إيمان فؤاد كاشف: دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين، دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2008، ص 28.

[3]- فاروق الروسان: قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن، 2009، ص 28.

المبحث الثاني: أهمية وأهداف الدراسة:

المطلب الأول: أهمية الدراسة:

1- تعد قضية المعوقين قضية إنسانية، ورعايتهم وخدمتهم تحتاج إلى وعي دقيق؛ حيث يتم من خلالها توجيههم توجيهاً سليماً، وتقديم العون والمساعدات لهم من أجل إخراج مواهبهم وقدراتهم والانتفاع منها، وهنا يبرز دور الرعاية الاجتماعية في إحداث التكيف الناضج بين المعاقين وبيئتهم الاجتماعية، وتقديم الخدمات اللازمة لهم، وحل مشكلاتهم والتغلب على الآثار السلبية التي تتركها فيهم، كما تعتبر عاملا أساسيا في المساعدة الايجابية في راحتهم النفسية والاجتماعية.

2- كما يعتبر المعاقين حركيا فئة محرومة من التمتع بالحياة الكريمة مع الأسوياء، ولا تتوفر لديهم القدرة على الاتصال الاجتماعي والمهني أو التفاعل مع البيئة المحيطة، ولذا تدعو الضرورة إلى الاهتمام بهذه الفئة وتقديم الرعاية اللازمة لهم على قدم المساواة.

المطلب الثاني: أهداف البحث:

يصبو الباحث من خلال دراسة موضوع وتقع المعاقين حركياً وسبل رعايتهم اجتماعيا في الجزائر، إلى تحقيق جملة من الأهداف والتي تتمثل في أهداف علمية وأهداف عملية وهي كما يلي:

الفرع الأول: الأهداف العلمية:

أولا: ككل دراسة علمية فإن الدراسة الحالية تهدف إلى إثراء البحث العلمي وتطويره.

ثانيا: زيادة الرصيد المعرفي والعلمي لعلم الاجتماع، وإثراء دراساته حول موضوع المعوقين.

الفرع الثاني: الأهداف العملية:

أولا: الكشف والتعرف على واقع رعاية المعوقين حركياً في الجزائر.

ثانيا: التعرف على واقع المعاق حركياً في الأسرة.

ثالثا: التعرف على واقع المعاق حركياً في العمل.

رابعا: التعرف على مدى مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاق حركياً.

المبحث الثالث: أسباب اختيار الموضوع:

من المؤكد أن لكل دراسة أسباب أدت بالباحث إلى الاهتمام بها سواء كانت هاته الأسباب ذاتية أو موضوعية ومن بين الأسباب التي دفعتني إلى اختيار هذا الموضوع ما يلي:

المطلب الأول: أسباب ذاتية: تتمثل في:

1- الرغبة في دراسة الموضوع لأنه في إطار تخصصي وهو علم اجتماع الصحة.
2- الاهتمام الشخصي بالمواضيع ذات الصلة بحقوق الإنسان عامة، وبالمعاقين خاصة.
3- إحساسنا بالمعاناة النفسية والاجتماعية التي تعاني منها هذه الفئة والصعوبات التي تواجهها، ووعينا بنظرة المجتمع غير العادلة لهذه الفئة وبأنها لا تزال فئة مهمشة رغم التقدم والتطور المشهود.

المطلب الثاني: الأسباب الموضوعية: تتمثل في:

1- إثراء الرصيد المعرفي والبيبليوغرافي بهذا البحث.
2- محاولة تحريك المجتمع للانفعال بقضايا ذوي الإعاقة.
3- تحسيس ذوي الإعاقة بمكانتهم في المجتمع.
4- محاولة لفت انتباه الدولة والسلطات المعنية بهذه الفئة بأهم المشكلات والعراقيل التي تواجههم وأنهم بحاجة إلى دعم مادي ومعنوي، وضمان حقوقهم على قدم المساواة مع الآخرين باعتبارهم جزء من المجتمع، وعدم النظر إلى الفرد المعاق كفرد غريب عن المجتمع.

المبحث الرابع: مجالات الدراسة:

المطلب الأول: المجال المكاني:

أجريت هذه الدراسة الميدانية، في "مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن – ولاية قالمة –" نهج الهادي نزار الشمال الغربي، فقد اختيرت هذه المؤسسة لتكون المجال التطبيقي للدراسة الميدانية، باعتبار أن مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتكون من أربعة مصالح تتمثل تلك المصالح في مصلحة حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم ويتكون من(2مكاتب) مكتب البرامج الاجتماعية والوقاية والإدماج وترقية الأشخاص المعوقين؛ مكتب متابعة سير لمؤسسات العمومية والخاصة

للتربية والتعليم المتخصصين، مصلحة التلاحم الاجتماعي والعائلة والطفولة والشبيبة يتكون من (2 مكاتب) مكتب حماية وترقية العائلة والمرآة والأشخاص المسنين والطفولة والمراهقة في وضع اجتماعي صعب والطفولة المحرومة من العائلة؛ مكتب الوساطة الاجتماعية والعائلية، مصلحة برامج التنمية الاجتماعية ونشاطات التضامن والاتصال الاجتماعي يتكون من(3 مكاتب) مكتب متابعة تنفيذ أجهزة الإدماج الاجتماعي وبرامج التنمية الاجتماعية؛ مكتب النشاطات التضامنية ومتابعة نشاطات الجمعيات ذات الطابع الاجتماعي والإنساني وتقييمها؛ مكتب الإحصائيات والتوجيه والاتصال الاجتماعي، مصلحة الإدارة العامة والوسائل يتكون من(2 مكاتب) مكتب المستخدمين والتكوين؛ مكتب الميزانية والوسائل ومتابعة المشاريع، وتتكون من 41 عامل منهم، 35 دائمين و 06 متعاقدين.

المطلب الثاني: المجال البشري:

أجريت هذه الدراسة على المعاقين حركيا، الذين ترددوا إلى مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، واختيرت لذلك عينة العشوائية القصدية: وهي العينة التي يتم اختيار وحداتها وفق وجهة نظر الباحث لاعتقاده أنها تعطي نتائج مرضية.[1]

شملت هذه العينة المعاقين حركيا الذين ترددوا على مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن، خلال شهري أفريل وماي حيث خصصنا ثلاثة أيام في الأسبوع؛ وكان العدد المتحصل عليه هو 34 مفردة.

المطلب الثالث: المجال الزماني:

أجريت هذه الدراسة على مدار ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: امتدت من شهر ديسمبر 2020 إلى جانفي2021، حيث تضمنت جمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالموضوع والقيام بالدراسة الاستطلاعية، وإلقاء نظرة على المراجع الخاصة ببحثنا النظري كما قمنا فيها بعدة زيارات لمديرية النشاط الاجتماعي والتضامن تمكنا من خلالها من ضبط الموضوع وتحديد الإشكالية.

[1]. عبد الحميد عبد المجيد بداوي: أساليب البحث العلمي والتحليل الإحصائي، التخطيط للبحث وجمع وتحليل البيانات يدويا وب استخدامSSPS، دار الشروق، عملن، الأردن، 2007، ص70.

المرحلة الثانية: كانت خلال شهري جانفي وفيفري2021، في هذه المرحلة شرعنا في الدراسة النظرية حيث قمنا بتقسيم الدراسة إلى مجموعة من الفصول النظرية التي لها علاقة بموضوع الدراسة.

المرحلة الثالثة: خلال شهر أفريل وماي2021، شرعنا بالدراسة الميدانية، حيث تم إعداد الاستمارة وبعد الحصول على الشكل النهائي، تم تجريبها وتوزيعها على المعاقين حركيا، وتحصلنا على بعض البيانات التي تخدم البحث؛ بعد ذلك تأتي مرحلة تحليل البيانات، حيث تمت مراجعة البيانات الموجودة في الاستمارة، وتفريغها في جداول إحصائية وتصنيفها، وتمثيلها بيانيا وتحليلها.

المبحث الخامس: مناهج الدراسة وأدواتها:

المطلب الأول: منهج الدراسة:

توجد العديد من مناهج في العلوم الاجتماعية، تختلف باختلاف الظاهرة المدروسة وطرق تناولها وطبيعة الميدان، فالمنهج المختار يكون قصد تحليل الظاهرة وإعطائها طابعا إحصائيا يزيد من دقة دراستها. ويعرف المنهج بأنه "عبارة عن أسلوب في تقصي الحقائق وتباينها، ويحتوي على عناصر التشويق التي تحفز القراء على البحث وتمكينهم من التعرف على أسراره، ولهذا لم تكن المناهج قوالب ثابتة تستوجب التقيد بها كما يعتقد البعض، بل هي أساليب تختلف بالضرورة من موضوع إلى أخر ومن باحث إلى آخر.[1]

كما يعرف المنهج على أنه عبارة عن جواب سؤال "كيف؟" نصل إلى الأهداف.[2]

ولقد تعددت أنواع المناهج وصنفت عدة تصنيفات ومن بينها المنهج الوصفي، وهو المنهج الذي تم اعتماده في دراستنا.

---

[1]. مروان عبد المجيد إبراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، عمان، الأردن، 2000، ص64.

[2]. موريس أنجرس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية . تدريبات علمية، ط2، ت: بوزيد صحراوي، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2006، ص101.

الفرع الأول: المنهج الوصفي:

هو استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها، وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر أخرى؛ والبحث الوصفي لا يقف عند حدود،[1] وصف الظاهرة وإنما يذهب إلى أبعد من ذلك، بحيث يحلل ويفسر ويقارن ويقيم بقصد الوصول إلى تقييمات ذات معنى للتبصر بتلك الظاهرة.

كما يمكن تعريفه على أنه: "أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتطويرها كميا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها لدراسة دقيقة".[2]

وقد اخترنا هذا المنهج، لأنه يتماشى مع طبيعة موضوع ميدان الدراسة، حيث سمح لنا يجمع معلومات حقيقية ومفصلة عن واقع المعاقين حركيا، والاستفادة من آرائهم للوصول إلى استنتاجات، وقد ساعدنا هذا المنهج في:

أولا: اختيار الظاهرة المراد دراستها والقيام بالدراسة الاستطلاعية حول الموضوع.

ثانيا: تحديد الإشكالية بصورة علمية دقيقة.

ثالثا: تحديد الأدوات المستخدمة في عملية جمع البيانات.

رابعا: جمع البيانات المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة.

خامسا: القيام بعرض النتائج وتصنيفها وتنظيمها وتحليلها وتفسيرها واستخلاص النتائج والاقتراحات.

---

[1]. رحيم يونس كرو العزاوي: مقدمة في منهج البحث العلمي، دار الدجلة، عمان، الأردن، 2008، ص97.

[2]. أبو القاسم عبد القادر صالح وآخرون: المرشد في إعداد البحوث والدراسات العلمية، مركز البحث العلمي والعلاقات الخارجية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2001، ص10.

المطلب الثاني: أدوات البحث الميداني:

تشكل أدوات جمع البيانات الوسائل المنهجية التي يستخدمها الباحث في جمع بياناته المتعلقة بالظاهرة المدروسة من الميدان مجال الدراسة عن طريق: الملاحظة والمقابلة والاستمارة بهدف الإحاطة بالظاهرة محل الدراسة ميدانيا.

الفرع الأول: الملاحظة:

تعتبر من الطرق المباشرة في جمع المعلومات وخاصة إذا كان موضوع الدراسة سلوكا إنسانيا معينا، أو ظاهرة اجتماعيا محددة. كما يمكن تعريف الملاحظة بأنها: عبارة عن عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته.[1]

فهي تعبر عن تفاعل وتبادا المعلومات بين شخصين أو أكثر، أحدهما الباحث والأخر المستجيب أو المبحوث، لجمع معلومات محددة حول موضوع معين، ويلاحظ الباحث أثناءها ردود فعل المبحوث.[2]

وقد تم الاستعانة بهذه التقنية لجمع المعلومات من خلال الزيارات الاستطلاعية لميدان الدراسة، حيث تم التركيز على ملاحظة تصرفات وسلوكيات المعاقين حركيا، كذلك ملاحظة سلوك العاملين بمديرية النشاط والتضامن الاجتماعي من ناحية تفاعلهم مع المعاقين حركيا، وكانت هذه الأداة ذات فاعلية كبيرة خاصة في الدراسة الاستطلاعية كونها المصدر الأساسي في البحث العلمي للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة.

---

[1]. محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي –القواعد والمراحل والتطبيقات–، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 1999، ص73.

[2]. ربحي مصطفى عليان: البحث العلمي –أسسه مناهجه وأساليبه–، بيت الأفكار الدولية، عمان، الأردن، 2001، ص115.

الفرع الثاني: المقابلة:

تعد المقابلة وسيلة فعالة في العديد من البحوث الاجتماعية، لما تمتاز به من رصد انفعالات واستجابات المبحوثين وهي أمور قد لا يكون من الممكن جمعها بطرق أخرى.

وقد عرفها موريس أنجرس: بأنها تلك التقنية المباشرة التي تستعمل لمسائلة أفراد على انفراد أو في بعض الحالات مجموعات بطريقة نصف موجهة.[1]

كما تعرف أيضا: على أنها تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول أحدهما وهو القائم بالمقابلة أن يستخير بعض المعلومات أو التعبيرات لدى المبحوث والتي تدور حول آرائه ومعتقداته.[2]

حيث قمنا بإجراء مقابلة مع المعاقين حركيا، ومع بعض أسرهم، ومع بعض العاملين في مديرية النشاط الاجتماعي، وذلك بغية الحصول على معلومات إضافية تمكننا من الفهم الجيد للموضوع وتشخيص المحاور الأساسية للاستمارة.

الفرع الثالث: الاستمارة:

هي أداة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق استمارة معينة تحتوي على عدد من الأسئلة مرتبة بأسلوب منطقي مناسب، يجري توزيعها على أشخاص معينين لتعبئتها.[3]

وكذلك تعرف: "على أنها وسيلة للحصول على إجابات على أسئلة وذلك باستعمال استمارة يقوم المجيب بتدوين الإجابات عليها حيث تعتبر وسيلة مناسبة لجمع البيانات المحددة أو الحصول على آراء واتجاهات المجيبين بخصوص متغيرات البحث.[4]

---

[1] . Maurice Angers: Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines، collections techniques de recherches، CASBAH , 1997, p140 .

[2]. محمد حسن عبد الباسط: أصول البحث الاجتماعي، مكتبة وهبة القاهرة، مصر، 1982، ص 30، 31.

[3]. ربحي مصطفى عليان: البحث العلمي «أسسه، مناهجه، أساليبه، وإجراءاته"، مرجع سابق، ص90.

[4]. حامد سوادي عطية: دليل الباحثين في الإدارة والتنظيم، دار المريخ، المملكة العربية السعودية،1993، ص94.

وقد قمنا في دراستنا بإنجاز استمارة وجهناها للمعاقين حركيا الذين ترددوا إلى مديرية النشاط والتضامن الاجتماعي بولاية قالمة وقد كانت استمارة مقابلة، وقد تضمنت 58 سؤال موزعين على خمسة محاور كبرى، حيث تضمن المحور الأول البيانات الأولية، أما المحور الثاني فتضمن البيانات المتعلقة برعاية المعاقين في الأسرة، بينما المحور الثالث فقد كان حول رعاية المعاقين في العمل، والمحور الرابع حول رعاية المعاق حركيا في الجمعيات، أما المحور الخامس فقد تعلق بالبيانات الختامية.

المبحث السادس: الدراسات السابقة:

من الخطوات الهامة عند إجراء بحث علمي هو مراجعة الدراسات البحثية السابقة التي تمت دراستها ولها علاقة بموضوع البحث، فالبحوث السابقة هي مصدر الهام لا غنى عنها بالنسبة للباحث حيث تسمح للباحث بالإحاطة بموضوع بحثه الخاص وضبطه بطريقة جيدة؛ تقوم فكرة مراجعة البحوث السابقة على أساس أن المعرفة علمية تراكمية، ونحن نتعلم مما قام به الآخرون ونبني عليه. وهنا سوف نتطرق لبعض الدراسات المشابهة لموضوع دراستنا:

المطلب الثاني: بعض الدراسات العربية:

الدراسة الأولى: للباحثة رنا محمد صبحي.

تحت عنوان: " دمج المعاقين حركياً في المجتمع المحلي بيئياً واجتماعياً، دراسة حالة على المعاقين حركياً بمنطقة نابلس"، أطروحة ماجستير(2007)، طرحت فيها الإشكالية التالية: ما الواقع البيئي والاجتماعي للمعاقين حركياً في محافظة نابلس ؟، وهدفت هذه الدراسة إلى:

التعرف على الظروف التي يعيشها المعاقون الفلسطينيون في محافظة نابلس؛ التعرف إلى الواقع البيئي للمعاق حركيا من وجهة نظر مدراء المؤسسات في محافظة نابلس؛ التعرف إلى واقع المؤسسات العاملة في تأهيل المعاقين في محافظة نابلس نحو دمج المعاقين فيزيائياً واجتماعياً.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج:

تختلف الإعاقات في أسبابها فهناك أسباب وراثية خلقية تتعلق بغياب الوعي الصحي في مرحلتي الحمل والولادة، وهناك أخرى ترجع إلى حوادث المرور بالإضافة إلى أهم عامل وهو القمع الذي يمارسه

الكيان الصهيوني إزاء الانتفاضتين الأولى والثانية؛ تدني دخل معظم المعاقين مما يؤثر سلباً على فرص دمجهم وبالتالي تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني؛ نقص الوعي في التعامل مع الأفراد المعاقين وعدم جدوى عمليات الإرشاد النفسي والاجتماعي؛ عدم توفير وتلبية احتياجات المعاقين من وجهة نظرهم لاسيما ما يتعلق بتأهيل البيئة من شوارع وأرصفة ومرافق عامة، وفي مجال صناعة الأدوات المساعدة على الحركة.

أظهرت النتائج كذلك عدم كفاية الاحتياجات التي تساعد المعاق للاندماج فيزيائياً في محافظة نابلس.

أما فيما يتعلق بالنتائج المتعلقة بواقع المؤسسات واتجاهاتها في السعي نحو دمج المعاقين فيزيائياً واجتماعياً، فقد أظهرت تناقضاً كبيراً بين الواقع المعبر عنه من قبل المعاقين والقائمين على تقديم الخدمات بالمؤسسات، فمن جهة يعبر المعاقين عن واقع مزري، في حين يعبر القائمين على تقديم هذه الخدمات عن كفايتها.

وبصفة عامة فإن زيادة أعداد المعاقين ضاعف من عبء مؤسسات التأهيل أمام ضعف مواردها، لاسيما وأنها تعتمد على التمويل الخارجي بدرجة كبيرة نتيجة للأوضاع الاستعمارية مما يجعل عملية التكيف والرعاية غاية في الصعوبة.[1]

الدراسة الثانية: للباحثة عزة نادي عبد الظاهر عبد الباقي.

تحت عنوان" دور الجمعيات الأهلية المصرية في مجال تأهيل المعاقين حركياً "، أطروحة ماجستير (2012)، طرحت فيها الإشكالية التالية: كيف يمكن تفعيل دور الجمعيات الأهلية المصرية في مجال تأهيل المعوقين حركياً في ضوء خبرات بعض الدول وبما يتناسب مع خصائص وظروف المجتمع المصري؟، وهدفت هذه الدراسة إلى:

التعرف على فلسفة عمل الجمعيات الأهلية (مفهومها، أهميتها، خصائصها، تنظيماتها)، والتعرف إلى فلسفة تأهيل المعوقين حركياً؛ الوقوف على الدور الذي تقوم به الجمعيات الأهلية في مجال تأهيل المعوقين حركياً، في كل من الولايات المتحدة الأمريكية واليابان؛ الكشف عن الجهود التي تقوم بها الجمعيات

[1]. رنا محمد صبحي: دمج المعاقين حركيا في المجتمع المحلي بيئيا واجتماعيا (دراسة حالة في محافظة نابلس)، رسالة ماجستير في التخطيط الحضري والإقليمي، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2007.

الأهلية في مجال تأهيل المعوقين حركياً بجمهورية مصر العربية؛ وضع تصور مقترح لتفعيل دور الجمعيات الأهلية المصرية العاملة في مجال تأهيل المعوقين حركياً في ضوء خبرة الولايات المتحدة الأمريكية واليابان وبما يتفق مع خصائص وظروف المجتمع المصري.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج:

أولاً بالنسبة للمحور الأول والخاص بدور الجمعيات الأهلية في مجال تأهيل المعوقين حركياً:

يوجد نظام لمتابعة ورقابة العاملين بالجمعية؛ يوجد متخصصين لتوجيه المعوق إلى المهنة التي يرغبها.

- تسمح الجمعية بإجراء الاتصالات الهاتفية بين الجمعية والمنزل إذا دعت الحاجة لذلك.
- تساعد برامج التدريب التي يحصل عليها المعوق في الحصول على فرص عمل بعد التأهيل.
- تتناسب أعداد جمعيات التأهيل مع الزيادة المستمرة في أعداد المعوقين حركياً.
- بينما أظهر أفراد العينة نسبة موافقة متدنية على العبارات التالية:
- تهتم الجمعية بنشر الوعي في المجتمع المحلي حول الاهتمام بالرعاية الصحية للحوامل والأطفال.
- يتوفر بالجمعية نظاماً للحوافز لرفع مستوى أداء العاملين بها.
- تصميم برامج التأهيل على أحدث التقنيات الموجودة حالياً.
- توفر الجمعية وسائل الانتقال للمتدربين من المناطق الريفية والبعيدة.
- تيسر الجمعية إمكانية إجراء العمليات الجراحية داخل المستشفيات إذا دعت الحاجة.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالمحور الثاني والخاص بالدور التربوي الذي تقوم به الجمعيات الأهلية في مجال تأهيل المعوقين حركياً:

- يتوفر بالجمعية مبنى مناسب لتقديم برامج تربوية وتعليمية للمعوقين حركياً،
- تنظم الجمعية ندوات ولقاءات لأمهات المعاقين حركياً لتوجيههم نحو المعاملة الصحيحة مع ابنائهم.
- يتوفر لدى الجمعية مشرفون ومعلمون مؤهلين ولديهم الرغبة في تقديم الخدمات التربوية للمعوقين حركياً.

بينما أظهر أفراد العينة نسبة موافقة متدنية على العبارات التالية:

- توفر الجمعية برامج للتعليم المنزلي لمن لا يمكنهم الحصول على التعليم داخل المدارس.
- تساهم الجمعية في تحمل نفقات التعليم للمعوقين حركيا أو جزء منها.

- تقدم الجمعية منح دراسية وجوائز للمعوقين.
- توجد برامج تأهيل للأفراد غير القابلين للتعلم أو التدريب.

ثالثاً: نتائج المحور الثالث والخاص بالمعوقات التي تقلل من فعالية أداء الجمعيات الأهلية لدورها في مجال تأهيل المعوقين حركياً: احتلت بعض المعوقات مرتبة أعلى بالنسبة لأفراد العينة وهي:

- ثقافة الأسرة تؤثر بشكل كبير في فعالية عملية التأهيل.
- توقف دور الجمعية عند مجرد الإمداد بالأدوات المساعدة والأجهزة التعويضية.
- ندرة وجود برامج تدريبية موجهة للعاملين والمهنيين المتخصصين في عمليات التأهيل داخل الجمعيات.
- غياب دور الإعلام في تشر القضايا المتعلقة بالجمعيات الأهلية وأهم احتياجاتها.
- الجمعية لا تقوم بمتابعة المعوقين المؤهلين بعد انتهاء برامج التأهيل.
- نقص التمويل اللازم للجمعية لتقوم بأنشطتها لمختلفة.
- غياب ثقافة المشاركة والتطوع لدى أفراد المجتمع المحلي.[1]

الدراسة الثالثة: للباحث حمدي أحمد سيد أبو مساعد.

تحت عنوان: "المشاركة السياسية لذوي الإعاقة الحركية دراسة ميدانية "، سنة 2012، طرح فيها الإشكالية التالية: ما مستوى المشاركة السياسية لدى المعوقين حركياً ؟، وهدفت هذه الدراسة إلى:

الوصول إلى تصور عن وضعية المشاركة السياسية لدى المعوقين حركياً.

وتوصل إلى أن هناك مستوى ضعيف بالمعرفة السياسية لدى المبحوثين، كما أوضحت الدراسة الميدانية علاقة ذات دلالة إحصائية ايجابية بين تصورات المعوقين ومطالبهم السياسية، وهي علاقة ايجابية توضح رغبة المعوقين حركياً في المطالبة بحقوقهم السياسية والتي منها الاشتراك في الاحتجاجات السياسية ضد أنظمة الحكم الظالمة وتعيين وزير للمعوقين، كما أوضحت الدراسة أن هناك مجموعة من المعوقات التي تقف حائلاً أمام المشاركة السياسية للمعوقين منها عدم تلبية مطالبهم، النظرة السلبية لهم، إبعاد الدولة المعوقين عن المشاركة في الحياة السياسية، الأمية السياسية. وانتهت الدراسة الميدانية إلى أن مستوى

[1]. عزة نادي عبد الظاهر عبد الباقي: تصور مقترح لتفعيل دور الجمعيات الأهلية المصرية في مجال تأهيل المعوقين حركيا في ضوء خبرات بعض الدول، رسالة ماجستير في التربية المقارنة، جامعة الفيوم، الاسكندرية، 2012.

المشاركة السياسية للمعوقين حركياً بلغ نسبة 0,43 %وهي تدل على أن مستوى المشاركة السياسية للمعوقين حركياً ما زال ضعيفاً في المجتمع المصري وأوصت بوضع خطة للدمج السياسي للمعوقين في الحياة العامة.[1]

الدراسة الرابعة: دراسة عضييات:

تبحث الدراسة في التطبيقات المعمارية الخاصة بالمعوقين حركيًا في التصميم المعماري في الأردن، وتهدف إلى الربط بين مشكلة الإعاقة وحاجات الفئة المصابة بها، لإضافة ل دور المعماري في التعامل معها، من خلال تطبيق المعالجات المعمارية الخاصة بالمعوقين حركيًا في العناصر المعمارية الداخلية والخارجية ضمن المتطلبات والاشتراطات لذلك، وهو بهذا يساهم في حل مشاكل المعوقين في كل نواحي حياتهم.

وحددت الدراسة مجموعة من أهم المشاكل التي يواجهها المعوقون حركيًا ف ي البيئة المبنية والتي تحد من فرص تعايشهم واندماجهم وتعلمهم وتأهيلهم وعملهم، إضافة للمشاكل المتعلقة بصعوبة الحركة والتنقل أو الوصول إلى الفعاليات المختلفة وصعوبة استخدامها وهدفت إلى توضيح الخدمات المعمارية المقدمة للمعاقين حركيا في الأردن، ولتحقيق هذا الهدف أجرت الدراسة العملية الميدانية المطبقة على مباني عامة متعددة وفراغات حضرية كالشوارع والحدائق والأرصفة وغيرها، والتي ترمي إلى تقييم هذه المعالجات اعتمادا على المتطلبات الخاصة بالمعوقين حركيًا المأخوذة من كوده البناء الوطني الأردني الخاص بالمعوقين والمقاييس والمواصفات العالمية، ومن خلال هذا التقييم يمكن قياس مدى تفاعل المعماري الأردني مع مشكلة المعوقين.

وتظهر الدراسة الصعوبات والحواجز التي يواجهها المعوقين حركيًا في البيئة العمرانية التي تجعل من حركتهم وتنقلهم واستخدامهم لها أحيانا مهمة صعبة، وفي بعض الأحيان مستحيلة، وهذا عائد إلى عدم تطبيق المتطلبات والأبعاد والمواصفات الخاصة بالمعوقين في عناصر البيئة العمرانية .وبصورة عامة فإن البيئة المبنية في الأردن لازالت تعتبر مغلقة أمام المعوقين حركيا، ولكن بوادر الحلول المستقبلية والوعي لمشكلة المعوقين وحلولها بدأت تظهر من خلال عدد قليل من المباني التي طبقت هذه المتطلبات.

وخلصت الدراسة إلى أن المعماري الأردني لا يتعامل مع هذه المتطلبات للمعوقين في مبانيه بالوعي والجدية اللازمين، ولازالت الحاجة ملحة لتفعيل أكثر لمثل هذه المتطلبات في البيئة العمرانية من خلال اهتمام العاملين في هذا الحقل، والترابط والتنسيق ب ين المؤسسات المختلفة القائمة عليه.

[1]. حمدي أحمد سيد أبو مساعد: المشاركة السياسية لذوي الإعاقة، دراسة ميدانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط، 2012.

من التوصيات التي قدمته الدراسة ضرورة العمل على تفعيل متطلبات البناء الخاص بالمعوقين حركيًا في الأردن، لتشمل المباني العامة بكل أنواعها والبيئة العمرانية المحيطة بها وإدخال التعديلات اللازمة على المباني القائمة لتأهيلها لاستخدام المعوقين، ووضع التشريعات المتعلقة برعاية المعوقين لضمان تطبيقها بصورة صحيحة وشاملة لكل الفعاليات لخلق ترابط في البيئة العمرانية من خلال هذه المعالجات للمعوقين، وتوعية أفراد المجتمع بعامة معوقين وأصحاء بمشكلة الإعاقة بكل جوانبها، والتأكيد على جديتها وضرورة تعامل الكل معها بمسؤولية وحس جماعي وقومي ووطني.[1]

الدراسة الخامسة: القصاص مهدي محمد:

تحت عنوان" التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة " دراسة ميدانية، 2010، طرح فيها الاشكالية التالية: ما الأدوار التي يمكن أن يقوم بها المجتمع بكافة نظمه ومؤسساته لإكساب ذوي الاحتياجات الخاصة المعارف والاتجاهات والقيم والمهارات التي تمكنهم من الاندماج في فعاليات الحياة الاجتماعية؟

هدفت الدراسة إلى: إلى إدماج ذوي الاحتياجات الخاصة داخل المجتمع وتغيير الثقافة السائدة عن الإعاقة، من خلال تحديد الأدوار التي يمكن أن يسهم بها أفراد المجتمع ومؤسساته لتحقيق التطبيع الاجتماعي مع هذه الفئة وقبولهم وذلك بغرض الوصول إلى وضع سياسات وآليات تعمل على إدماجهم في كافة قضايا التنمية.

توصلت إلى نتائج: تدني وضعية ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع المصري، ومعاناتهم من الكثير من المشكلات الاجتماعية والنفسية الناتجة أصلا عن نظرة المجتمع إليهم، وليست المترتبة عن الإعاقة في حد ذاتها، حيث لوحظ عدم حصول المعاقين على الكثير من الحقوق والخدمات مقارنة بأقرانهم العاديين. وضرب أمثلة لذلك بعدم توفر فرص العمل الكافية لذوي الاحتياجات الخاصة، حتى في إطار نسبة 5% من فرص العمل حسب ما ورد في القانون، وفي حال عمل هؤلاء الأفراد يلاحظ أنهم يعملون في أعمال أو وظائف لا تتناسب مع ما يرد في شهادة التأهيل الاجتماعي التي تعطى لهم، من مكاتب العمل

[1]. عضيبات خالد: التطبيقات المعمارية الخاصة بالمعوقين حركيا في التصميم المعماري في الأردن، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن، 1997

والشؤون الاجتماعية، مشيرا إلى أن العجز المادي وفقر الرعاية الصحية يزيد من معاناة ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، وينعكس ذلك على تدني مشاركتهم في الأنشطة المجتمعية المختلفة، وميلهم للعزلة[1]

المطلب الثالث: بعض الدراسات الوطنية:

الدراسة الأولى: للباحث أحمد مسعودان

تحت عنوان "رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية دراسة ميدانية بالمركز الوطني للتكوين المهني للمعاقين بدنياً خميستي، ولاية تيبازة، أطروحة دكتوراه (2005-2006)، طرح فيها الإشكالية التالية: ما هو واقع رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالمركز ميدان الدراسة؟، وهدفت هذه الدراسة إلى:

- تشخيص واقع رعاية المعاقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالمركز ميدان الدراسة.
- الكشف عن طبيعة خدمات الرعاية المقدمة للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.
- معرفة الدور الذي تلعبه خدمات الرعاية المتوفرة في تحقيق أهداف سياسة الإدماج الاجتماعي للأشخاص المعوقين بالمركز ميدان الدراسة.

وقد توصل إلى أن المركز ميدان الدراسة يقدم خدمات الرعاية الصحية، النفسية، الاجتماعية، التكوينية والمهنية للمعوقين المتربصين وذلك ما أدى إلى إشباع حاجاتهم مما يساهم في تحقيق أهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي والتي تتمثل أساساً في الاستقلالية الذاتية، التكيف الذاتي، التكيف النفسي والتكيف الاجتماعي.[2]

---

[1].. مهدي محمد القصاص: التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة المنصورة، 2010.

[2]. أحمد مسعودان: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2005، 2006.

الدراسة الثانية: للباحث لعلام عبد النور.

تحت عنوان" دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج (المعاقين اجتماعياً، دراسة ميدانية بمدينة سطيف"، أطروحة ماجستير (2008-2009)، طرح فيها الإشكالية التالية: ما هو دور سياسات الرعاية الاجتماعية للمعاقين ومدى نجاعتها في تأهيلهم ودمجهم اجتماعياً ؟، وهدفت هذه الدراسة إلى:

- الوقوف على مدى فعالية سياسات الرعاية الاجتماعية للمعاق حركياً في تحقيق التأهيل والدمج اللازم في بيئتهم الحضرية.
- تحديد مدى التأثير الذي يلعبه النسيج العمراني في تسهيل عملية استخدام المعاقين لجميع المنشآت العمرانية وبالتالي تسهيل عملية الدمج.
- الوقوف على الدور الذي تلعبه الرعاية الاجتماعية في تأهيل المعاقين والتقليل من درجة الإعاقة لديهم.
- إبراز المشكلات الحقيقية التي يعاني منها المعاق حركياً في ظل التطور السريع للبيئة الحضرية في جميع مجالاتها (النمو العمراني، الأنشطة الاقتصادية، الأنشطة الاجتماعية، السياسية...).

وقد توصل إلى معرفة واقع سياسات الرعاية الاجتماعية بأنه سيء بحكم أنها قليلة جداً وغير كافية مقارنةً بعدد وحجم المعاقين بالمدينة الجزائرية، ومعرفة واقع المعاق في ظل هذه السياسات بأنه يعاني من التهميش والعزلة.[1]

الدراسة الثالثة: للباحث العمري عيسات.

تحت عنوان "سياسة الرعاية الاجتماعية للمعاقين حركياً في الجزائر دراسة ميدانية على عينة من المعاقين حركياً بالمجتمع المحلي ببرج بوعريريج"، أطروحة دكتوراه (2014-2015)، طرح فيها الإشكالية التالية: ما هو واقع سياسة رعاية وتأهيل وإدماج المعاقين حركياً بالمجتمع المحلي ميدان الدراسة؟ هدفت هذه الدراسة إلى:

- التعرف على واقع سياسة الرعاية الاجتماعية لشريحة المعاقين حركياً بالمجتمع المحلي ميدان الدراسة. التعرف على الواقع الصحي النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئة المعاقين حركياً في أسرهم.

[1]. لعلام عبد النور: دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2008، 2009.

- الكشف عن واقع سياسة تأهيلهم في بيئتهم المحلية (ميدان الدراسة) تبعاً لحالات النقل والمواصلات، الصحة، التعليم، الوضع المهني.

كما هدفت إلى توعية الأفراد والأسر بالمجتمع المحلي بكل ما يتعلق بالإعاقة من حيث أسبابها والوقاية منها، وبالتالي تفعيل دور هاته الفئة في عملية التأهيل المجتمعي بالمجتمع المحلي.

وتوصل إلى أن سياسة الرعاية الاجتماعية للمعاقين التي تقوم بها الدولة إزاء فئة المعاقين حركياً بالمجتمع المحلي ميدان الدراسة متمثلة في مختلف الخدمات النفسية، الصحية، الاجتماعية والتأهيلية وبالرغم من الإقرار بأهمية الجهود المبذولة على مستوى التشريعات والقوانين أو حتى الهياكل إلاّ أنها لا تزال تفتقد إلى الرؤية الإستراتيجية التي تأخذ في الحسبان التخطيط العلمي والتنفيذ العملي، والمتابعة المستمرة والتجسيد الميداني لهذه السياسات ومراعاة طبيعة الاحتياجات والمتطلبات المعبر عنها والتي تعكس الخصوصية الثقافية والاجتماعية للبيئة التي يعيش فيها المعاقين.[1]

الدراسة الرابعة: قرينات بن شهرة، باهي سلامي.

تحت عنوان: المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركيا–دراسة ميدانية ببعض ولايات الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 23/مارس، جامعة عمار ثليجي، بالأغواط، الجزائر،2016. طرحت فيها الاشكالية الاتية: ما طبيعة المشكلات التي يعاني منها المعاقين حركيا في بعض الولايات الجزائرية في المجال الصحي، والاجتماعي، والنفسي؟

هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على أكثر المشكلات شيوعا لدى المعاقين حركيا وتحديد العوامل المؤدية إلى تلك المشكلات.
- محاولة وضع حلول للعوامل المؤدية إلى هذه المشكلات والتي تحد من تكيف المعاقين حركيا في مختلف الجوانب المعيشية؛ رعاية المعاقين في ضوء المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية التي تم اكتشافها سابقا عن طريق التخطيط لبرامج تقي المعاق من الوقوع في هذا النوع من المشكلات.

[1]. عيسات العمري: سياسة الرعاية الاجتماعية للمعاقين حركيا في الجزائر، رسالة دكتوراه في علم اجتماع التنظيم والعمل إدارة الموارد البشرية، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف، الجزائر، 2014، 2015.

عرض نتائج الدراسة:

أن المشكلات الصحية في المرتبة الأولى ثم المشكلات الاجتماعية وفي الأخير المشكلات النفسية.[1]

الدراسة الخامسة: كبوس فطيمة:

تحت عنوان "التربية الخاصة ودورها في التأهيل الاجتماعي للمعاق حركيا" دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعوقين حركيا"، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في(2018/2017) طرح فيها الاشكالية التالية: هل للتربية الخاصة دور في التأهيل الاجتماعي للمعاق حركيا؟

هدفت الدراسة إلى:

- التوصل إلى نتائج تخدم المجتمع وكذا البحث العلمي خاصة في مجال العلوم الاجتماعية.
- معرفة واقع التربية الخاصة ومؤسساتها في الجزائر؛ معرفة واقع الإعاقة الحركية ومدى الاهتمام بها.
- معرفة البرامج التربوية الخاصة التي تؤدي على تأهيل المعاقين اجتماعيا؛ التعرف والتعمق في التربية الخاصة.

وتوصل إلى أن برامج التربية الخاصة داخل هذه المراكز لها فاعلية كبيرة في تحقيق الدمج الاجتماعي للطفل المعاق، كما أن الخدمات التي تقدمها هذه المراكز والتي تشمل الخدمات الصحية، النفسية، التعليمية و الاجتماعية تساعد كلها في تأهيل المعاق وزيادة تكيفه في بيئته، كم نرى أن معظم النشاطات والبرامج التعليمة التي تؤكد لنا أن التربية الخاصة داخل هاته المراكز تساعد في تأهيل الأطفال المعاقين هي نشاطات تربوية ترفيهية ملموسة أي أن المعاق يحتاج إلى التعليم التطبيقي أكثر من حاجته واستيعابه للتعليم النظري، نظرا لمراعاة للفروق الفردية وكذا الفروقات الفكرية وشدة الإعاقة ونوعها ومن هذا كله يتضح لنا أن هذه الم ا ركز لها دور كبير في المجتمع فهي الأسرة الثانية للمعاق حيث يحظى فيها بكامل الحب والرعاية والحنان التي قد يفتقده داخل أسرته الحقيقية و عليه فقد تساعد هذه الأخيرة غالبا على بناء حياة كريمة و مستقبل مشرق للمعاق[2].

---

[1]. قرينات بن شهرة، باهي السلامي: المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركيا، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد23، جامعة عمار ثليجي، الأغواط، الجزائر، مارس 2016.

[2]. كبوس فطيمة: التربية الخاصة ودورها في التأهيل الاجتماعي للمعاق حركيا، رسالة ماستر في علم الاجتماع، تخصص علم اجتماع التربية، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد الصديق بن يحي، جيجل، الجزائر، 2017، 2018.

المطلب الأول: دراسات أجنبية:

الدراسة الأولى: دراسة جنين أونيل، ماري سذرلاند ((Genienne Oneill, Marie Sutherland

تحت عنوان: " تدريب وتوظيف الأفراد ذوي الإعاقات"، استراليا، 2003، هدفت الدراسة إلى التعرف على الإعاقة في استراليا، كما حاولت الدراسة جمع كافة البيانات المتعلقة بأنشطة التعليم والتدريب والتوظيف للأفراد ذوي الإعاقة في استراليا. التعرف على التشريعات والسياسات المتعلقة بالإعاقة، والتعرف على المنظمات الحكومية وغير الحكومية التي تهتم بالمعوقين وبقضايا الإعاقة في استراليا. دراسة النظام التعليمي الاسترالي والفرص التعليمية للأطفال ذوي لإعاقة، وشرح نظام التدريب والتأهيل المهني والتوظيف الخاص بالمعوقين.

وانتهت الدراسة بملخص للتغيرات التي حدثت في العقد الأخير بالنسبة للتشريعات والسياسات الخاصة بالإعاقة وما اعترضها من معوقات، وقد وضعت الدراسة خطة مستقبلية وتوصيات تتعلق بالتخطيط الحكومي والأهلي وتطوير التشريعات والسياسات المتعلقة بالمعوقين، والاهتمام بمنظمات مناصرة ذوي الإعاقة وما تقدمة من ممارسات لتطوير فرص التعليم والتدريب لهم.[1]

الدراسة الثانية: دراسة الو دوتا (Alo Dutta) روبرت جيرفي (Robert Gerey) آخرون.

بعنوان " خدمات التأهيل المهني ونتائج التشغيل للأشخاص ذوي الإعاقة"، الولايات المتحدة 2008، هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين خدمات التأهيل المهني المقدمة لذوي الإعاقة وما يترتب عليها من تشغيل للمعوقين (حسياً، حركياً، عقلياً) المؤهلين داخل وكالات التأهيل بالولايات المتحدة. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة، من أهمها: 62% من المعوقين الذين تلقوا خدمات التأهيل المهني تم توظيفهم بنجاح (75 %من المعوقين حسياً، 56من ذوي الإعاقة الحركية، 55% من ذوي الإعاقة العقلية).[2]

---

[1] -Genen ONeill, Marie sutherlandM: Training and Employment of people with Disabilities:Australia 2003, Cornell University ILR School, Gladenet Collection, 2004PP:1_73. Available In17/02/2021 at : 21.30h
http//digitalcommons,ilvcornell,edu/gladnetcollect/742_

[2] J- Alo dutta, Robert Gervey, Fong Chan, Chih-Chin Chou, Nicole Ditchman : Vocational Rehabilitation Services and Employment Outcomes For Pepole With Disabilities, A United State Study, Spring Science Business Media, LLC, 2008, pp1-9.

الدراسة الثالثة: دراسة مارثا رسك (Martha –Rask) سنة 2007:

وكان موضوعها: حقوق المعاقين، حيث رأت أن العديد من المعاقين يعيشون حياتهم اليومية بلا عمل، وذلك نتيجة لسياسة التمييز والعنصرية ضدهم من قبل المجتمع، وكذلك ترى أن هناك عوائق أخرى تقف أمام المعاقين في العمل، هي العوائق الاقتصادية، وأن المعاقين لا يعاملون بإنصاف، وأيضا لا يعاملون على أساس تكافؤ الفرص، مما يعيقهم على الالتحاق بفرص العمل.[1]

الدراسة الرابعة: دراسة هنت دوغلاس كارل (Huntt Douglas Carl) سنة 2001:

وكان موضوعها: "معيشة المعاقين حركياَ في المجتمع الأمريكي"، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على نتائج التغيرات الكبيرة التي حصلت في حياة المجتمع في تكوين التشريع عام 1990م من قانون الأمريكيين المعوقين، وترى الدراسة أن الخدمات الصحية والاجتماعية التي تقدم للمعاقين لا تلبي احتياجاتهم وتوصلت الدراسة إلى أن هناك بعض المعتقدات والقيم السائدة في نسيج الحياة الأمريكية، تقف عائقًا أمام تلبية احتياجات المعاقين الصحية والاجتماعية والاقتصادية والمهنية، وتوصي هذه الدراسة بضرورة توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والاقتصادية والمهنية للمعاقين.[2]

الدراسة الخامسة: دراسة كولينغ كايل كي (Colling Kylie ki) سنة 2001:

وكان موضوعها" :المراكز والمشاريع الصغيرة لتطوير التأهيل المهني وفتح أبواب العمل الحر للأشخاص المعاقين"، حيث هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى الخدمات المقدمة للمعاقين بالمراكز والمشاريع الصغيرة التي تقدم العمل الحر للمعاقين، وكذلك التعرف على مدى توظيف المعاقين الذين حصلوا على تأهيل مهني، حيث تم تطبيق هذه الدراسة على عينة عشوائية من المعاقين، واتضح أن 44% من هؤلاء المعاقين الذين التحقوا بالتأهيل المهني حصلوا على أعمال حرة، وبشكل عام توصلت الدراسة إلى انه يجب تحقيق التعاون لخدمة المعاقين وتوظيفهم في الأعمال التجارية، واتضح أيضا من الدراسة أن نسبة كبيرة من المسئولين ورجال الأعمال لا يفهمون دورهم تجاه المعاقين ولا يسعون إلى توظيفهم في

[1] Marth-Raske : The status of Social Work and Disability Rights Movement an Analysis of Theoretical and Political Trends, Encyclical Research on 20th on International Scientific Conference of Social Work, (Faculty of social Work, Helwan University, March, 2007

[2] - Huntt-Douglas-Carl : Living With Physical Disability in the Amish Community(The- Ohio-State- University,2001)P :157.

الأعمال التجارية لديهم، وتوصي الدراسة انه يجب التعاون مع رجال الأعمال لتوظيف المعاقين وكذلك تطوير التأهيل المهني للمعاقين وكذلك تطوير التأهيل المهني للمعاقين.[1]

وقد ساعدتنا الدراسات السابقة التي تم استعراضها على تحديد معالم دراستنا، كما أمدتنا بمعلومات حول واقع المعاقين حركيا وسبل رعايتهم اجتماعيا.

حاولنا في دراستنا التركيز على المعاقين حركيا وسبل رعايتهم اجتماعيا. بحيث تطرقنا الى مجموعة من الدراسات السابقة التب توافقت مع موضوعنا باعتبار فئة المعاقين حركيا نوع من ذوي الاحتياجات الخاصة، فمعظم هاه الدراسات تركز على كيفية دمج المعاقين حركيا، وعلى دور الجمعيات في رعاية المعاقين، كما أن معظمها عالجت المشكلات التي تعترض المعاق حركيا وكيفية رعايتهم وتأهيلهم في مختلف الجوانب من اجل دمجهم في المجتمع وهو ما يتفق مع دراستنا، ويتضح لنا من خلال الدراسات الأجنبية أن الدول الأجنبية المتقدمة تهتم بالجانب التطبيقي أكثر من الجانب النظري، حيث أنها تجسد معظم النتائج التي توصل إليها باحثيها من خلال دراساتهم على أرض الواقع، وهذا ما يدعم بشكل كبير المعاقين على اختلاف فئاتهم عكس الدراسات العربية التي تعتمد معظمها على الجانب النظري دون تطبيق النتائج المتحصل عليها في الواقع. وقد ساعدتنا هه الدراسات على تحديد معالم دراستنا، كما أمدتنا بمعلومات حول واقع المعاقين حركيا وسبل رعايتهم اجتماعيا.

[1] - Colling-Kyle-K : Small Business development Centres and Vocational Rehabilitation : Opening Doors to Enterpreneurship for Propel With Disabilities, (University- of- Northerm-Colorado, 2001) P : 157.

خلاصة

من خلال هذا الفصل، يمكننا القول أنه تم استخدام كل الخطوات وتطبيقها بالطريقة الصحيحة التي تساعدنا على إكمال دراستنا، خاصة في إتمام الجانب الميداني.

الفصل الثاني الإعاقة الحركية

وخصائصها

تمهيد

المبحث الأول: تصنيفات المعاقين حركيا.

المبحث الثاني: أسباب الإعاقة الحركية.

المبحث الثالث: خصائص الإعاقة الحركية.

المبحث الرابع: احتياجات ومشكلات المعاقين حركيا.

المبحث الخامس: آثار الإعاقة حركيا.

المبحث السادس: طرق الوقاية من الإعاقة الحركية.

خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر الإنسان الركيزة الأساسية في أي مجتمع، ويمثل أحد عناصر الإنتاج، فهو مهدد لعدة لإصابات، لهذا فقد يصاب بأحد الإعاقات التي قد تعوقه عن قيامه بأدواره الاجتماعية سواء في (الأسرة، العمل، أو المجتمع ككل)، ومن بين الإعاقات التي قد تصيب الإنسان الإعاقة الحركية والتي تعتبر أكثر الإعاقات التي زادت معدلاتها في الوقت الحاضر نتيجة لعدة أسباب سواء وراثية أو بيئية مكتسبة، وتختلف من شخص لأخر ومن بيئة لأخرى؛ وتعرف الإعاقة الحركية على أنها نقص في الوظائف الحركية الطبيعية للإنسان، وقد تؤدي بالشخص المعوق إلى عجز فيصبح غير قادر على أداء الأنشطة اللازمة للقيام بدوره الاجتماعي في المجتمع الذي يعيش فيه. وعلى هذا الأساس تناولنا في هذا الفصل العناصر التالية:

تصنيفات الإعاقة وخصائصها، والأسباب التي تنتج عنها الإعاقة الحركية، والمشكلات المترتبة عليها والاحتياجات، بالإضافة إلى أثارها وطرق الوقاية منها.

المبحث الأول: تصنيفات المعاقين حركياً:

المطلب الأول: على أساس درجة أو شدة الإعاقة:

الفرع الأول: إعاقة حركية شديدة:

هذه الإعاقة تمنع الشخص من أن يحصل على درجة كافية من الحركة، فهو دائماً بحاجة إلى مساعدة من طرف الغير لإعالته وقضاء حاجته حتى البسيطة منها، وقد تتمثل هذه الإعاقة الخطيرة في إصابة المناطق العصبية المركزية، كالنخاع الشوكي أو الممر العصبي أو مناطق، مما يؤدي إلى الشلل النصفي أو شلل الأطراف السفلى، أو شلل الأطراف الأربعة، أو شلل طرف واحد، وهذا حسب المنطقة العصبية المركزية المصابة.

كما أن هناك إعاقة خطيرة تصيب العضلات وتكون مصحوبة بضعف جسمي عام، وقد يتطور المرض حتى يقضي على صاحبه ويدعى (myopathie)، وهناك أيضاً إعاقة خطيرة تصيب نخاع العظم تدعى (Spinabifida)، وهناك إعاقة أخطر وهي الإعاقة الحركية الدماغية(IMC).

الفرع الثاني: إعاقة حركية متوسطة:

حيث تكون للشخص فرص لإعادة تكيفه المهني والاجتماعي بواسطة متخصصين، ويخص هذا النوع الأشخاص الذين يعانون من النقص في المناطق العصبية المحاطة بعصب أو عدة أعصاب، وتكون مصحوبة بانخفاض في القوة العضلية مثل: شلل الأطفال.

الفرع الثالث: إعاقة حركية بسيطة:

هنا يكون الشخص ليس بحاجة إلى مساعدة الآخرين بسبب إمكاناته الذاتية في تلبية حاجاته بمفرده، ويخص هذا النوع من الإعاقة الأشخاص الذين يعانون من الألم في العظام دون المناطق العصبية، مثل انحراف العمود الفقري وانفصال العظام، والروماتيزم المزمن.[1]

[1]– إيمان عباس الخفاف: الموسوعة التدريبية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (الإعاقة الحركية)، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2015، ص 129.

المطلب الثاني: على أساس ظهور الإعاقة للآخرين دون عدمه:

الفرع الأول: إعاقة حركية ظاهرة:

يمكن ملاحظتها ورؤيتها من جانب الآخرين، مثل الإعاقات الحركية الجسمية ومنها: شلل الأطفال والبتر وتشوه الأطراف وكسور العظام، وتشوه العمود الفقري.

الفرع الثاني: إعاقة حركية مرضية غير ظاهرة:

وتتمثل في الإعاقات الصحية مثل: إصابة الإنسان بأمراض متعددة والتي تؤثر تأثيرًا سلبياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية في المجتمع وعلى أدائه الذي يقل عن أداء الشخص العادي.

المطلب الثالث: على أساس أسباب الإعاقة:

الفرع الأول: إعاقات حركية ترجع إلى أسباب وراثية:

حيث يولد بها الشخص مثل: الشلل الدماغي والسكري الوراثي، والعيوب الخلقية.

الفرع الثاني: إعاقات حركية ترجع إلى أسباب بيئية:

ناتجة عن إصابات أو أمراض تصيب الشخص بعد الولادة مثل: بتر الأطراف، نتيجة الحوادث سواء في المنزل أو في الشارع أو في المصنع، أو في ميادين القتال.[1]

المطلب الرابع: على أساس موقع الإعاقة:

وهنا يمكن تصنيف الإعاقة الحركية إلى هذه الأنواع:

تتعدد أنواع الإعاقة الحركية وتنتج عن إصابة الأجهزة الحركية أو الإصابة العضوية مما يؤثر تأثيرا بالغا على النواحي النفسية والانفعالية أو العقلية والاجتماعية للمعاق، ومن أهم أنواع الإعاقة الحركية، المقعدين والمصابين بعاهات حركية كفقد الأيدي والأرجل أو إحداهما، وشلل الأطفال، والمصابين بأمراض مزمنة.

[1]. المرجع السابق: ص 130.

وفيما يلي عرضا لأكثر أنواع الإعاقة الحركية انتشارا:

الفرع الأول: شلل الأطفال: عبارة عن إعاقة تنتشر بين الأطفال وبصفة خاصة بين سن (1-15) وتقل نسبة الإصابة به فيما بعد هذا السن، وأثبتت الدراسات العلمية أن شلل الأطفال يرجع إلى اضطرابات نيرولوجية عصبية، ويشكل هذا المرض مشكلة تربوية وتأهيلية خطيرة، ومن علاماته عدم قدرة الطفل على الحركة بسهولة وصعوبة التآزر ويؤثر على قدراته على التوافق والتكيف النفسي والاجتماعي.

الفرع الثاني: الشلل الدماغي: وهو عبارة عن اضطراب حركي يرتبط بالتلف الدماغي، وغالبا ما يظهر على صورة شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي، والشلل الدماغي إعاقة للنمو الطبيعي ويؤثر سلبا على مختلف مظاهر النمو لدى الطفل، ونسبة انتشاره المعتمدة (3) لكل (100) طفل وتصل بالدول النامية إلى (5) لكل (100) طفل.

الفرع الثالث: العمود الفقري المفتوح: ويعتبر تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد الفتاة العصبية أثناء مراحل التخلق بشكل طبيعي، ونسبة انتشاره (2) لكل (1000) طفل.

الفرع الرابع: الاستسقاء الدماغي: تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي في الدماغ، ويؤدي إلى توسع حجيرات الدماغ، والضغط على الخلايا العصبية، وبالتالي تلف الدماغ مما يقود إلى التخلف العقلي والشلل والنوبات التشنجية.[1]

الفرع الخامس: البتر: ويقصد بالبتر إزالة أو عدم نمو الأطراف أو جزء منها، إما أن يكون ولادياً أو مكتسبا وقد يكون نتيجة لحوادث الطرق، حوادث الحرائق، حوادث الصناعة، حوادث الملاعب، حوادث السقوط، الإصابات في ميادين القتال والحروب، الكوارث الطبيعية مثل البراكين والزلازل، الأورام والأمراض الخبيثة مثل السرطان.[2]

[1]. رشاد علي عبد العزيز موسى: علم نفس الإعاقة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، ص 305.

[2]. مريم إبراهيم حنا وآخرون: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، القاهرة، مصر، 2006، ص، ص 202، 203.

الفرع السادس: الوهن العضلي: اضطراب عصبي عضلي يحدث فيه ضعف شديد في العضلات الإرادية وشعور بالتعب والإعياء وبخاصة بعد القيام بنشاط ما، ونسبة (1) لكل (10،000) فرد ولا تعرف الأسباب المسئولة عنه.

الفرع السابع: العظام الهشة: ومن أعراض المرض قابلية العظام للكسر لافتقار العظام للبروتين وهو مرض نادر يصيب واحد لكل أربعين ألف.

الفرع الثامن: انحناء العمود الفقري: هناك العديد من الانحناءات للعمود الفقري والتي قد يكون لها تأثيرات سلبية خطيرة على وظائف الجسم، وأكثر هذه الانحناءات شيوعا، الحدب والبزخ والجنف.

الفرع التاسع: إصابات النخاع الشوكي: يتعرض مئات الآلاف من الأشخاص لإصابات النخاع الشوكي التي ينجم عنها حالات الشلل السفلي أو الرباعي، ومن الملفت للانتباه أن العدد الأكبر مكن هؤلاء المصابين من المراهقين مما يكون له عواقب نفسية واجتماعية كبيرة سواء على الفرد أو المجتمع.

الفرع العاشر: اضطراب المفاصل الروماتيزمي: اضطراب عظمي مزمن يؤثر على المفاصل وخاصة الركبة والكاحل والحوض والرسغ، ويصيب الإناث أكثر من الذكور وغالبا ما يحتاج الشخص العلاج الطبيعي للوقاية من التشوهات والعقاقير المسكنة.[1]

وهناك من يصنف الإعاقة الحركية إلى:

أولا: إعاقة حركية جسمية: وهي إعاقة في الجهاز الحركي للجسم لها تأثير سلبي رئيسي وواضح على حركة الجسم واستقامته وتوازنه، ومن أمثلة هذه الإعاقة: الشلل الدماغي، تشوه الأطراف، كسور العظام، ضمور العضلات، شلل الأطفال، بتر الأطراف.

ثانيا: إعاقة حركية مرضية: وهي أي إعاقة في الجسم نتيجة إصابة الإنسان بأمراض صحية مزمنة لها مضاعفات صحية قد تؤدي إلى الوفاة المبكرة، وهذه الأمراض الصحية تؤثر تأثيراً سلبياً على ممارسة الفرد

---

[1] رشاد علي عبد العزيز موسى: علم نفس الإعاقة، مرجع سابق، ص.306

[2]. مدحت محمد أبو النصر: الإعاقة الجسمية –المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية–، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، 2005، ص، ص 57، 58.

لحياته الطبيعية في المجتمع وعلى أدائه سواء في الدراسة أو في العمل، وهذه الأمراض الخطيرة أو المزمنة هي أمراض تهدد سلامة الكيان الجسمي للإنسان بشكل يعوق أدائه لوظائفه والاستمتاع بحياته ويهدد توافقه الشخصي والاجتماعي، وتعتبر إصابة الإنسان بواحدة من هذه الأمراض تجربة مريرة وقاسية في حياته.[1]

المبحث الثاني: أسباب الإعاقة الحركية:

تتنوع أسباب الإعاقات الحركية بتنوع الإعاقات ذاتها، وبوجه عام يمكننا تقسيم الأسباب حسب المرحلة التي يمر بها الفرد إلى:

المطلب الأول: مرحلة ما قبل الحمل:

لا شك أن العوامل الوراثية تحدد قدراً كبيراً من طبيعة العمليات الإنمائية للجنين وللطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف أن المكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا (الحيوان المنوي والبويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عدداً من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالمورثات (الجينات).

وتتكون الخلية الأولى للجنين من ست وأربعين كروموسوم تنتظم في ثلاثة وعشرين زوجاً، اثنا وعشرون زوجاً من هذه الكروموسومات متشابهة تماماً ويطلق عليها (الصفات العادية)، في حين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس، احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكروموسومات ينتج عنها إعاقات متنوعة منها الإعاقة الحركية.

المطلب الثاني: مرحلة ما بعد الحمل:

بعد حدوث الحمل يكون الاهتمام في هذه المرحلة مركز حول ناحيتين هامتين:

الناحية الأولى، هي توفير الحالة الصحية السليمة للجنين؛ أما الناحية الثانية، هي وقاية الجنين من التعرض لأي تأثيرات مباشرة من شأنها الإضرار بصحته، ومن الأمثلة على ذلك حالات أمراض الأم منها: [2]

[1]–المرجع السابق: ص58.

[2]. ماجدة السيد عبيد: ذوي التحديات الحركية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص19.

1- المرض الكلوي المزمن، يكون الحمل هنا مصحوب بارتفاع ضغط الدم، وتورم القدمين وزيادة نسبة البروتين في البول، وفي معظم هذه الحالات تكون الولادة مبتسرة (أي قبل الموعد الطبيعي) وتمثل عملية الوضع خطورة بالغة على الأم، فقد تسبب هذه الأعراض تسمم الحمل وقد تهدد حياة كل من الأم والجنين في الحالات الشديدة.

2- السكري، فعندما تكون الأم مصابة بهذا الداء قد تتعرض للإجهاض وخاصة خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وفي حال استمر الحمل تحتاج الأم في الأشهر الأخيرة منه لأن تخضع لنظام غذائي صارم ودقيق.

3- عامل (RH) العامل الرايزيسي؛ سوء التغذية.

ومن الأخطار المباشرة التي يتعرض لها الجنين:

أ- العدوى منها الحصبة الألمانية، مرض الزهري، مرض السل.

ب- تعرض الأم للأشعة.

ج- العقاقير والكيماويات، ويعتبر الثاليدوميد من أكثر هذه العقاقير خطورة، وقد شاع استخدام هذا العقار في الخمسينات والستينات، وقد كان أثر استخدامه أن ولد عدد كبير من الأطفال وهم مصابون بمرض (مسخ الأطراف).

د- ترتب على استخدام هذا العقار أيضا إصابة بعض الأطفال بالصمم، أمراض القلب، المرض الكلوي أو ضيق الأمعاء بالإضافة إلى عدم تناسق حجم العينين والأذنين.

هـ- العيوب الجينية: نتيجة الشذوذ الكروموسومي (DNA).[1]

المطلب الثالث: عوامل تحدث أثناء الولادة وتسبب حالات من الإعاقة:

1. الولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي).
2. ميكانيكية عملية الوضع.
3. وضع السخد أو المشيمة.
4. العقاقير والبنج (لما له من تأثير على الجهاز العصبي المركزي للوليد).
5. الولادة المتعددة (ولادة توأم).[2]

---

[1]- المرجع السابق: ص . ص 19-21.

[2]. عصام حمدي الصفدي: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص، ص 20 ،21.

المطلب الرابع: عوامل ما بعد الولادة

هناك بعض الإعاقات التي يتعرف عليها الوالدان بعد ولادة أطفالهم، لكنها في الحقيقة حدثت قبل الولادة

إلاّ أنه لم يتم اكتشافها إلاّ بعد ولادة الطفل بفترة، ولكن هناك حالات تحدث بعد ولادة وتكون لها أثار سلبية قد تؤدي إلى فقدان حياته ومن هذه الحالات:

1. العجز الدائم نتيجة العدوى أو بعض الأمراض العصبية.
2. تعرض الطفل لبعض الحوادث خصوصاً في منطقة الرأس أو الحوادث التي تؤدي إلى بتر الأطراف.[1]
3. عدم اكتمال مرحلة الحمل أو ولادة الطفل بوزن أقل من العادي يعتبران من العوامل المسؤولة عن عدد من الإعاقات الجسمية.
4. صعوبات الولادة منها: القيصرية والولادة السريعة جداً أو البطيئة جداً، والوضع غير الطبيعي للطفل.[2]

المبحث الثالث: خصائص المعاقين حركيا:

إن تعدد مظاهر الإعاقة الحركية واختلاف أسبابها وتباين درجتها في كل نوع منها جعل من الصعب تحديد خصائص مميزة لكل فئة، لكن من الممكن تحديد خصائص عامة يشترك فيها جميع المعاقون حركيا بغض النظر عن نوع الإعاقة وأسبابها ودرجاتها.

وفيما يلي توضيح الخصائص المشتركة للمعاقين حركيا:

المطلب الأول: الخصائص الجسمية:

1. اضطراب في نمو العضلات والأعصاب والعظام التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين العمود الفقري.
2. عدم توازن في الجلوس والوقوف والحركة.
3. حدوث تغييرات غير مرغوبة في المظهر الجسمي للمعاق حركيا.
4. هشاشة العظام والتوائها والقزامة أحيانا.
5. انخفاض أو زيادة في الوزن ومشاكل في الحجم وشكل العظام والعضلات.
6. ارتخاء في العضلات وبالتالي لا يستطيع التحكم الجسد في الأشياء، عدم التآزر الحركي، الوهن العضلي

---

[1]– المرجع السابق: ص 21.

[2]– جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي: مدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن، 2009، ص 102.

7. ضعف بعض الأعضاء لدى الشخص المعاق حركياً نتيجة قلة الحركة والانتقال.
8. عدم التآزر الحركي.

المطلب الثاني: الخصائص النفسية:

1. الخجل والانطواء والاكتئاب، وعدم تقدير الذات والإحساس بالدونية، العدوان والخوف والعجز والإحساس بالاختلاف عن الآخرين.
2. التشتت والخوف من الآخرين والقلق.
3. عدم توكيد الذات وضبطها ومشاكل في الاتصال مع الآخرين، والشعور بالحرمان.
4. الشعور بالإعاقة كمصير ضاغط مؤلم.

المطلب الثالث: الخصائص الاجتماعية:

1. لديهم مشكلات في عادات الطعام والملابس وقضاء الحاجة. الانطواء الاجتماعي والعزلة وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب، نظرة المجتمع بالدونية لهذه الفئة.
2. تصاحب الإعاقة لأزمات قد تكون محل استهجان واستهزاء للآخرين.
3. حدوث مشاكل مع الإخوة والآخرين، الانسحاب والاعتماد على الآخرين.
4. عدم تقبل المجتمع للمعاق حركيا بشكل كامل.
5. مواجهة صعوبات عديدة في الاستفادة من بعض الخدمات الترويجية أو الترفيهية.[1]

المطلب الرابع: الخصائص العصبية:

1. لديهم مشكلات تتعلق بتلف في المخ أو خلل وظيفي في مركز الحركة بالمخ.
2. لديهم مشكلات خاصة بالحبل الشوكي ومشكلات خاصة بمجال الرؤية والسمع.
3. الاضطرابات العقلية والصرع.
4. مشكلات في القراءة والكتابة.

[1] سعيد حسني العزة: المدخل إلى التربية الخاصة –الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، المفهوم، التشخيص، أساليب التدريس– ، الدار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة، عمان، الأردن، 2002، ص . ص 195.198.

المطلب الخامس: الخصائص التربوية والتعليمية:

1. لديهم مشكلات في الانتباه والتركيز والحفظ والتذكر والنسيان والتشتت.
2. نقص في التآزر الحركي والجسمي ولديهم صعوبات في مجال التعلم ولديهم مشكلات في السمع والبصر.

المطلب السادس: الخصائص المهنية:

1. لا يستطيعون الالتحاق بالأعمال التي تحتاج إلى مهارات عالية.
2. لا يستطيعون القيام بالأعمال الشاقة.
3. تؤثر الإعاقة الحركية على ميول المعاقين المهنية[1].

المبحث الرابع: احتياجات ومشكلات المعاقين حركياً:

المطلب الأول: احتياجات المعاقين حركيا:

يعاني الكثير من المنتمين لفئة ذوي الإعاقة من حاجات ومشكلات كبيرة صعبت عليهم الانخراط في المجتمع بصفة عادية، فلكل شخص حاجاته الأساسية التي يرغب في إشباعها ويعمل على ذلك بالأساليب والطرق التي تتناسب مع قدراته وإمكانياته، كما وله حاجاته الخاصة به والتي تظهر لديه بسبب الإعاقة التي مر بها، ومن هذه الاحتياجات احتياجات عامة واحتياجات خاصة؛ والحاجة هي حالة من الافتقار أو الإحساس بوجود نقص في شيء مرغوب فيه ويكون مطلوب إشباعه.

ومن هنا لابد أن نتطرق لاحتياجات المعوقين والتي يمكن أن تقسم غلى ثلاثة أنواع:

الفرع الأول: الاحتياجات العامة:

هناك حاجات يحتاجها الإنسان سواء كان سليماً أو معاقاً منها:

[1]. فاطمة عبد الرحيم النوايسية: ذوي الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم، مرجع سابق، ص، ص 211، 212.

أولا: الحاجة إلى الأمن:

يقصد بالحاجة إلى الأمن التحرر من الخوف الذي يشعر به الإنسان متى كان مطمئناً على صحته وعمله ومستقبله، وحقوقه ومركزه الاجتماعي، وقد يؤدي الإحباط الشديد لهذه الحالة إلى أن يصبح الشخص متوحشاً من كل شيء.[1]

ثانيا: الحاجة إلى الانتماء:

حيث أن الفرد المعاق في وسعه أن ينتمي لأسرة تحبه وتحن عليه وأن يتعامل مع أفرادها معاملة جيدة.

في مقدوره أن يدرس في فصل عادي حسب قدراته الفعلية ودافعية الانجاز لديه لأنه ليس للإعاقة دخل في تحصيله الدراسي، فإذا كان متقبلا لإعاقته ولديه الرغبة والإرادة في الدراسة والنجاح فإن إعاقته لن تمنعه من ذلك.

أن في إمكانه بعد التخرج الالتحاق بمهنة لا تختلف عن مهن الأشخاص العاديين.

أن في إمكانه أن يتزوج وتكون له أسرة ويعيش ويندمج في المجتمع كأي فرد عادي.

ثالثا: الحاجة إلى مكانة الذات والانجاز: [2]

تعتبر الحاجة إلى مكانة الذات والانجاز بالنسبة للمعاق الحاجة إلى المركز والقيمة الاجتماعية والشعور بالعدالة في المعاملة بين الأفراد، إضافة إلى عنصر اعتراف الآخرين واحترامهم وتقبلهم له، وتوجيه المعاق جسمياً إلى الانجاز في المجال العقلي المعرفي إلى المدى التي تسمح به قدراته، وفي المجال الاجتماعي إلى المدى التي تسمح به سمات شخصيته.

الفرع الثاني: الاحتياجات الخاصة:

بالإضافة إلى الاحتياجات العامة هناك احتياجات خاصة أيضاً والتي تتمثل في:

أولا: احتياجات فردية (صحية وتوجيهية): تتمثل في:

1. جسمية أو بدنية مثل: تصحيح واستعادة اللياقة البدنية مع توفير الأجهزة المساندة.

---

[1]. احتياجات المعاقين النفسية والاجتماعية منتدى تحدي الإعاقة .a: 16.30h www.t7di-net/le07/02/2021

[2]. وسيم حسام: الحماية القانونية لحقوق المعاقين ذوي الاحتياجات الخاصة، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2011، ص- ص14-19 .

2. إرشادية وتوعية مثل: الاهتمام والتركيز على النواحي النفسية، ومساعدة المعوق على التكيف مع الظروف البيئية والاجتماعية المحيطة به.
3. إتاحة الفرص المناسبة لتدريبه وتأهيله تبعاً لمستوى المهارات.

ثانيا: احتياجات اجتماعية: تتمثل في:

1. احتياجات علاقية مثل: دعم وتوثيق العلاقات والصلات ما بين المعوق وبين المجتمع، مع التركيز على تعديل اتجاهات المجتمع نحو المعوق.
2. تفرده في بعض الامتيازات المادية والتربوية، والضريبة، والجمركية، وغيرها.
3. توفير الأدوات والوسائل المتاحة لرفع مستوى التعليم والثقافة، وإتاحة مجالات المعرفة له وتمكينه من اكتسابها، وتوفير الجو الأسري الآمن له.

الفرع الثالث: احتياجات مهنية: تتمثل في:

أولا: التوجيه المهني المبكر، والاستمرار في عمليات التوجيه لأغراض تأهيله.

ثانيا: تشريعية مثل: إصدار التشريعات والقوانين سواء في مجال التعليم أو التشغيل أو غيرها.

ثالثا: تدعيمية مثل: تقديم الدعم المادي والمعنوي، وتقديم التسهيلات لإنشاء مصانع أو أماكن حرفية يعمل بها المعاق وبالتالي يعتمد على نفسه.

رابعا: اندماجية: مثل توفير الجو المناسب للاندماج مع المجتمع، وبدوره يستطيع أن يتعامل بكافة الوسائل الاجتماعية المتكافئة مع بقية الأفراد المحيطين به. [1]

المطلب الثاني: مشكلات المعاقين حركياً:

حيث أن هناك مجموعة من المشكلات المترتبة عن الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الحركية بصفة خاصة، والتي تؤثر على حياة المعاق وتصوره لذاته الجسمية ونقصد بها فكرة المعوق أو الصورة الذهنية لديه عن جسمه وشكله وهيئته ووظيفته، مما يؤدي إلى اضطراب قدراته الإنسانية وتؤدي بالتالي إلى إثارة

[1]. حابس العواملة: سيكولوجية الأطفال غير العاديين، " الإعاقة الحركية "، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص، ص 41،42.

مخاوفه وقلقه. ومعنى المشكلة هي معوق يقف حائل أمام إشباع الحاجات الإنسانية، وهي ضارة وظيفياً وبنائياً.

ويمكن تصنيف هذه المشكلات إلى:

الفرع الأول: مشكلات طبية:

يتعرض المعوقون لأشكال مختلفة من المشكلات الطبية منها:

أولا: عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.

ثانيا: طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض وارتفاع تكاليف العلاج.

ثالثا: عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين حركيا، وكذلك المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي.[1]

الفرع الثاني: المشكلات النفسية:

الإعاقة تصاحبها العديد من المشاعر السلبية مثل الشعور بالوصمة، أو العار أو الشعور بالرفض للذات، إلى جانب الرفض من طرف المجتمع. ومن السمات التي تنتج عن الإصابة بالإعاقة الحركية:

أولا: الشعور الزائد بالعجز والنقص، عدم الشعور بالأمن، واحتمال إصابة الشخص بالهرب والمشاعر العدوانية تجاه غيره وإصابته بالاكتئاب.[2]

ثانيا: عدم المبالاة والتي عن طريقها يمكن أن تضفي على المعاقين بعض العادات القاتلة، ويتمثل ذلك في الاستهتار وعدم الاكتراث وعدم إعطاء الأمور قيمتها الحقيقية.

[1]– زرقان ليلى: مقال حول الإعاقة الحركية، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، العدد العاشر، الجزائر، ص 280.

[2]– عزة نادي عبد الظاهر عبد الباقي: تصور مقترح لتفعيل دور الجمعيات الأهلية المصرية في مجال تأهيل المعوقين حركياً في ضوء خبرات بعض الدول، مرجع سابق، ص 93.

ثالثا: الاتجاهات السلوكية غير السوية معتقداً أنه يمكن اعتبار إعاقته هي السند الذي يجب أن يرتكز عليها، ومن ثم القيام بتصرفات منافية وقد يرجع هذا التصرف إلى الشعور بالنقص.[1]

الفرع الثالث: مشكلات اجتماعية:

ونعني بها المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها، خلال أدائه لدوره الاجتماعي أو ما يمكن أن نسميه بمشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد. وتتمثل هذه المشكلات في:

أولا: مشكلات ضعف أو تفكك شبكة العلاقات الاجتماعية:

إن للعلاقات الاجتماعية أهمية خاصة، حيث تساعد على تدعيم شخصية المعوق في بيئته الأسرية والمجتمعية، وهي التي تهيئ له الجو الهادئ والشعور بالأمن الذي يساعد المعوق على الشعور بالثقة بالنفس والثقة في العالم الذي يتفاعل معه، فإذا ضعفت علاقات المعوق مع الناس الذين يتعاطون معه فإنها تؤثر في كيانه وفي شخصيته، وخاصة علاقته بأسرته، وإذا ما ضعفت علاقاته بمحيطه فإنه يفقد أمنه العائلي ويختفي شعوره بالانتماء، مما يشعره بالحرمان من المحبة والتعاطف والهدوء والثبات والاستقرار وإذا ما تمزقت شبكة العلاقات بين المعوق ومن يتعامل معه ترتب عليه عدم تقبله له أو السخرية منه أو معايرته بعاهته أو عجزه، فسيكون ذلك مردودا بسلوك عدواني تعويضي سلبي ومبالغ فيه، وهذا الشعور يدفعه إلى الانطواء أو السلبية أو الخجل، وتنتابه الحساسية الشديدة الثائرة والناقمة على كل من حوله وكل ذلك يجعل منه شخصية لا اجتماعية.

وهكذا، فإن انهيار شبكة العلاقات ستجعل المعاق عاجزًا عن التوافق مع نفسه أو التكيف مع مجتمعه ولن يتحقق التوافق النفسي الاجتماعي للمعوق، إلا إذا توفرت له شبكة قوية من العلاقات الاجتماعية والانفعالية مع بيئته الأسرية والمجتمعية، لذلك يحتاج إلى العديد من الخدمات المختلفة.

[1]– حيدر كامل مهدي النصراوي: الصحة النفسية لذوي الإعاقة الحركية في محافظة بغداد، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 54، بغداد، العراق، 2017، ص 309.

ثانيا: مشكلات فشل الأدوار الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها:

إن مفهوم الدور يعني السلوك المتوقع ممن يشغل مكانة معينة، ويستخدم مفهوم الدور في الإشارة إلى أنواع السلوك المقررة والمحددة لشخصي شغل مكانة معينة.

ومع اختلاف متطلبات أدوار المعاق فإن إعاقته تسبب له تغيرا اجتماعيا في حياته، وكذلك بعد حدوث الإصابة أو الإعاقة وبنقل المعاق من حياة طبيعية سوية إلى حياة العجز والقصور وما يترتب عليها من تغير في الأدوار التي يتعارض مع توقعاته وتختلف استجابته بعد الإصابة فيحدث ما يسمى بصراع التوقعات في الأدوار، في الوقت الذي يأخذ الفرص الملائمة لتعلم أدواره الجديدة وعندئذ يحاول حل صراعات أدواره عن طريق التحليل والمناورة والتملق والكبت مما يزيد من صراعاته ومشكلاته ومتاعبه.

ثالثا: مشكلات عدم الانتماء:

شعور المعاق بالانتماء إلى الجماعات التي يتفاعل معها في حياته اليومية من حاجاته النفسية والاجتماعية، مثل انتمائه لجماعة الأسرة وأفرادها وما تحققه من دفء عاطفي و أمن اجتماعي أو انتمائه إلى جماعة الأصدقاء، تشبع له الحاجة إلى تقبل الجماعة وتساعده على إشباع حاجاته لتكوين علاقات اجتماعية مع أصدقائه، وكذلك الحاجة للانتماء إلى الجماعة المهنية التي تحقق له الأمن المادي والاعتماد على النفس والثقة بها، وتعتبر العلاقات الودية مهمة في حياة المعاق لأنها تخفف من قلقه ومخاوفه وتدعم ذاته، وتحقق له أمنه المادي والاجتماعي والنفسي، أما إذا وجد المعاق نفسه معزولا محرومًا من دفء الانتماء والأمن فإنه يصاب باليأس والضيق والقلق والألم وتضاف هذه المعاناة إلى إعاقته وعجزه فيصبح يائسًا ناقمًا على كل من حوله في مجتمعه، مما يؤدي به إلى عدم التوافق المجتمعي. [1]

وتعترض المعاق حركيا جملة من المشاكل داخل محيطه الاجتماعي، والتي تؤدي إلى قطع علاقاته مع الآخرين، إضافة إلى صعوبة تكيفه مع أفراد المجتمع وتحول بينه وبين إدماجه الاجتماعي وهي كالآتي:

1_ مشكلات أسرية: فإعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت، ووضع المعوق في أسرته يحيط في علاقاتها قدر من الاضطراب طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي بالكامل، كما أن سلوك المعوق المسرف في الغضب أو القلق أو الاكتئاب يقابل من المحيطين به سلوك مسرف في

[1]. رنا محمد صبحي: دمج المعاقين حركيا في المجتمع المحلي بيئيا واجتماعيا دراسة حالة في محافظة نابلس، مرجع سابق، ص، ص 17، 18.

الشعور بالذنب والحيرة مما يقلل من توازن الأسرة وتماسكها، وهذا يتوقف على مستوى تعليم الوالدين وثقافتهما.

2_ مشكلات ترويحية: فالإعاقة تؤثر في قدرة المعوق على الاستمتاع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده.

3_ مشكلات الصداقة: إن عدم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وأصدقائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم يؤدي إلى استجابات سلبية لينكمش المعوق على نفسه وينسحب من هذه الصداقات.

4_ مشكلات العمل: قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو تغيير دوره ليتناسب مع وضعه الجديد، فضلاً عن المشكلات التي تترتب عن الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه. [1]

الفرع الرابع: مشكلات تعليمية:

توجد عدة مشكلات تعليمية تتمثل في عدم توفير مدارس خاصة كافية للمعوقين حسب اختلاف أنواعهم، وشعور المعوق بأنه أقل قيمة من زملائه الذي يؤثر سلباً على نفسيته، مما يؤدي إلى عدم تكييفه المدرسي والاستفادة من التعليم؛ كثيراً ما يفصل المعوق نفسه عن الآخرين ليس فقط لأن مظهره الخارجي أو سلوكه غير ملائم، ولكن أيضاً لأنه لا يستطيع مشاركة الآخرين خاصة في أفكارهم ومشاعرهم، أو في التمتع بصفات تتكافئ مع أي درجة من الأخذ والعطاء، كما أنه يعاني غالباً من حرج في الاتصال، حيث يشعر أنه شخص خارجي غريب وهذا الشعور يشجع الآخرين على رفضه. بالإضافة إلى الشعور بالخوف والرهبة الذي ينتاب التلاميذ عند رؤية المعاق، وينعكس ذلك على سلوك المعوق الذي يكون إما انسحابيا أو عدوانياً كعملية تعويضية.

الفرع الخامس: مشكلات اقتصادية:

تسبب الإعاقة في الكثير من المشاكل الاقتصادية التي قد تدفع المعوق إلى مقاومة العلاج أو تكون سبباً في انتكاس المرض ومنها:

---

[1]. إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991، ص، ص 87، 88.

أولا: تحمل الكثير من نفقات العلاج.

ثانيا: انقطاع الدخل أو انخفاضه خاصة إذا كان المعوق هو العائل الوحيد للأسرة، حيث أن الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها.

ثالثا: قد تكون الحالة الاقتصادية سبب في عدم تنفيذ خطة العلاج.

رابعا: أيضاً قد تنبع المشكلة الاقتصادية من عدم وجود دافع أو رغبة لدى المعوقين في العمل، لعدم وجود طموحات لديه مما يقلل من أهمية القيمة الاقتصادية.[1]

الفرع السادس: مشكلات متعلقة بالتأهيل:

وهي مشكلات يتعرض لها المعوق وقد تكون مرتبطة بالفرد ذاته أو مرتبطة بما هو خارج الفرد، فالبنسبة لما هو مرتبط بالفرد قد ترجع المشكلات إلى اتكالية المعوق وخوفه وقلقه من نظرة الآخرين إليه. أما العوامل التي تكون خارج نطاق الفرد فهي مشكلات متنوعة ومتغيرة طبقاً لطبيعة المجتمع وإمكانياته ودرجة تقدمه والمستوى العلمي والفني للقائمين بالعملية التأهيلية.[2]

الفرع السابع: مشكلات مهنية:

تعد من أشد المشكلات عمقا، فالتعليم العام قد يكون ميسورا إلى حد ما، أما الإعداد المهني المناسب فهو مشكلة عميقة لاسيما في المجتمعات النامية، حيث النظرة في الإهمال لهؤلاء المعاقين أو تقديم إعانات مادية تضمن لهم وسائل العيش الضروري.

---

[1]– عبد الفتاح علي غزال: سيكولوجية الفئات الخاصة، دار ماهي للنشر والتوزيع وخدمات الكمبيوتر، الإسكندرية، مصر، 2008، ص 325.

[2]– عبد المحي محمود حسن صالح: متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص 192.

أما تقديم فرص العمل فهذا عسير للفرد العادي الذي يشكو البطالة أو عدم إعداد سليم للمهنة، فكيف الحال للفرد المعاق؟ ثم أن هناك فكرة سائدة لدى أرباب العمل عن تشغيل المعوقين باعتبارهم أقل إنتاجا وأكثر تعرضا للإصابات.[1]

المبحث الخامس: أثار الإعاقة:

المطلب الأول: أثر الإعاقة على شخصية المعاق:

إن الإصابة بالإعاقة الحركية تعمل على عزل المعاق عن غيره من أفراد بيئته ومن ثم تؤثر في تعامله مع أفراد مجتمعه وطريقة تعامل الآخرين معه، لأن الإعاقة تلقي ثقلاً إضافياً لقدراته مما يؤدي إلى إرهاق هذه القدرات فضلاً عما يعانيه من شعوره باليأس، وهذا يؤثر بدرجة كبيرة على طريقة سلوكه بمشاركة أفراد المجتمع في اتجاهات مشاعرهم نحوه، فالاتجاه السلبي من قبل هؤلاء الأفراد يؤدي إلى أن يصبح المعاق عصبياً سريع الاستثارة والغضب، وان عملية قبول المعاق لعطف الأفراد هو تقبل ظاهري، ويولد شعوراً قوياً بالاعتراض والكراهية تجاه الآخرين.

وبناءاً عن هذا فالمعاق حركياً نتيجة لرفضه واقع الإعاقة وعدم تقبله لصورته الجسدية فإن هذا يولد لديه شعوراً بعدم تقبل الآخرين، لأن ظنه بأن كمال الآخرين وخلوهم من الإعاقة هو تذكير دائم له بنقص فيه، الأمر الذي يولد مشاعر العداء بينه وبين الآخرين، إضافة إلى أن المعاقين حركياً غالباً ما يكافحون للتغلب على النقص ولكن الخطر هنا فيما لو أن كفاحهم هذا لم يسفر عن أي شيء، الأمر الذي سيزيد من سوء الوضع النفسي لدى المعاق وفقدانه لثقته بنفسه.[2]

كما تؤثر الإعاقة الحركية في الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد المعاق، وتعتمد شدة هذا التأثير على نوع الإعاقة وشدتها وعمر الفرد عند الإصابة بالإعاقة، وكذلك على الظروف الأسرية والمجتمعية التي ينتمي لها المعاق. لذا فإن العوامل التي تؤثر في الجانب النفسي كثيرة إلا أن كل فرد معوق يعتبر منفرداً فيما يعايشه من خبرات تنعكس بالتالي على تكيفه مع نفسه ومجتمعه.

---

[1]. السيد محمد سالم وآخرون: قضايا ومشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة، مدارس نور الغد الأهلية، قطر، 2018، ص، ص 8، 9.

[2]. دعاء جمال محمد طافش: فاعلية برنامج إرشادي ديني للتخفيف من أعراض القلق لدى المعاقات حركيا، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2017، ص39.

المطلب الثاني: أثر الإعاقة على الأسرة:

يتعرض الآباء بشكل مباشر لمشكلة الإعاقة، كما يعانون في نفس الوقت من نقص المعلومات والحقائق العلمية، وقد أدى الجهل بأسس التعامل مع الأطفال المعاقين إلى الإساءة بحقهم أحياناً، فمنهم من يحرم من حقه الطبيعي في اللعب أو الاختلاط مع غيرة من الأطفال العاديين؛ مما يؤدي إلى تعميق الآثار السلبية للإعاقة ومنهم من يمنع من إقامة علاقات اجتماعية مع غيرة ومن مقابلة الزوار حتى لا يسيء إلى أولياء أمره، ومنهم من يعيش حياته منبوذاً من المجتمع وهو يشعر بنظرات الكراهية الموجهة إليه، والكآبة التي يفرضها وجوده على جميع من يحيطون به.

وغالباً ما يقع الآباء في دائرة الصراع بسبب عدم معرفتهم بأساليب مواجهة الإعاقة والتصرف حيالها، وتفهم طبيعة العمل المطلوب منهم فحرمان الطفل من استعمال أحاسيسه وقدراته يجعله عاجزاً عن القيام بأي نشاط مما يجعله عبئاً ثقيلاً على أهله، وفوق ما يستطيعون احتماله في أغلب الأوقات، في نفس الوقت الذي قد يبدو فيه ما حدث على أنه نتيجة طبيعية لعدم قيام الأهل بتوفير الفرص المناسبة والنشاطات اللازمة لكي يحي المعوق حياة طبيعية، وهو أمر يجعل العملية تدور في حلقة مغلقة تغذي بعضها بعضاً ولا تؤدي في النهاية سوى إلى تعميق موقف كل من المعوق وأهله بشكل سلبي.

ويحتاج ولي الأمر إلى الإحاطة بطبيعة العوامل الوراثية أو المكتسبة ذات العلاقة بالإعاقة حتى يمكنه التخطيط لحياته، فكثيراً ما نلاحظ وجود أكثر من حالة إعاقة بنفس الداء لأكثر من طفل بالأسرة الواحدة مثل التخلف الذهني وسوء التغذية، ضعف العظام ووهنها، التشوهات العضوية وداء السكري، وبعض أمراض الجهاز التنفسي وانعدام المناعة وغيرها.

وتحدث هذه الإعاقات بين المتزوجين من الأقارب بنسب تزيد عن المعدل العام ... الخ. بين غير الأقارب، وإذا كانت الإعاقة ذات طبيعة وراثية أو تكوينية فقد يحتاج أولياء الأمور إلى أحذ الحيطة والاهتمام إما بإصلاح الخلل إذا كان ذلك ممكناً من الناحية الطبية أو مواجهة الأمور بنظرة واعية، حتى لا يؤدي تجاهل الموقف إلى مواجهة المزيد من المشاكل. وتوصف أسرة المعاق بأنها أسرة متعددة المشاكل، فهي تتميز بعدم الاتزان العاطفي أو الانفعالي والمناخ السيكولوجي غير الملائم. [1]

[1]. حسين عبد الحميد أحمد رشوان، ص-ص 95-97.

وقد أشارت دراسة كل من بلسكاي(Belskey) وريد (Read) ، عن وجود علاقات اجتماعية غير مستقرة بين أولياء أمور الأطفال المعاقين، فلقد تأثرت طبيعة الحياة الزوجية بعد حدوث الإعاقة بكثير من أنماط التفكك في العلاقات الاجتماعية، كما يبلغ معدل الطلاق ثلاثة أضعاف المعدل الرسمي على مستوى المجتمع، وزاد معدل الانتحار إلى الضعف تقريباً خاصة بين أفراد أسر المعاقين.[1]

فوضع الأسرة بوجود طفل معاق يصبح أكثر تعقيداً، حيث يفتقد الوالدان متعة الرعاية الأبوية فالبطء في نمو الطفل والإجراءات الخاصة لرعايته الجسمية والتدريب المكثف وخيبة الأمل، وضياع الأحلام كل هذه تخلق ضغوط نفسية تعطل التوازن الأسري؛ وغالباً ما تعاني الأسرة من صعوبات اقتصادية بسبب ما تتطلبه الإعاقة من مصاريف طبية بالإضافة إلى عدم قدرة خروج الأم للعمل، بسبب ما يتطلبه المعاق من عناية ورعاية. فالعلاقات داخل الأسرة وخارجها تتأثر بوجود طفل معاق، بحيث يكون الطفل مصدراً للصراعات الداخلية للأسرة وعائق لعلاقاتها الاجتماعية بالأسر الأخرى. [2]

المطلب الثالث: أثر الإعاقة على المجتمع:

المقصود به الوسط البشري الواسع الذي يعيش فيه الإنسان ويشمل كافة الأوساط الأخرى من أسرة ومكان درس أو علاقات عمل تنشأ بين الإنسان وأفراد آخرين من البشر، مهما تكن المسافة أو كيفية التعامل.

ولكن المجتمع الذي نعنيه هنا (هو الفترة التي تعقب الارتباط اللصيق بالأسرة والفترة الدراسية بكافة تفاعلاتها الاجتماعية في مكان السكان ورفقة العمل والتعامل مع عامة الناس في الطريق العام والمرافق العامة). وهذه البيئة يكون معايشة المعاق فيها لمن حوله وما حوله قد بنيت و ترسخت على قاعدة البناء النفسي و الاجتماعي الذي تحقق له في طفولته وصباه، أي من خلاف مجتمعي الأسرة والمدرسة فلا تكون قدرته على التوافق النفسي والاجتماعي في هذه المرحلة إلا ثمرة لما قبلها، فإذا كانت النشأة التي توفرت له طفولته على نحو يدعم قدرته على التعلم والتوافق مع مجتمعه ثم نمت هذه القدرات من خلال التربية والتعليم

[1]– المرجع السابق: ص 97.

[2]– بسمة عبد الشريف: أثر التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحصيل التكيف لأمهات المعاقين، المنارة، المجلد 17، العدد 4، عمان، الأردن، 2011، ص، ص 68،69.

الخاص فإنه ينشأ متوافقا مع مجتمعه ويتجاوز بذلك العديد من الصعوبات التي تتولد من أخطاء التربية الخاصة لاسيما في مراحل الطفولة الباكرة. وهذه الأخطاء قد تأخذ شكل الانحرافات النفسية والسلوكية التي قد تخرج المعاق من صفة المريض الضعيف الذي يحتاج إلى قدر من الرعاية الخاصة إلى مجرم خطر يبحث المجتمع في سبيل اتقاء شره. وخلاصة تستطيع القول أن المجتمع يجني ثمرة تربيته لهذا المعاق من خلال لبناته الأساسية (الأسرة، المدرسة، مكان العمل أو السكن). [1]

المبحث السادس: طرق الوقاية من الإعاقة الحركية:

تتطلب الوقاية من الوقوع في الإعاقة الحركية تصميم البرامج الوقائية الفعالة، ويشتمل البرنامج على ثلاث مستويات موازية لتطور الحالة الاضطراب. إن الانحراف الحركي هو انحراف عن النمو الطبيعي يأخذ شكل الضعف أولا ثم التحول إلى عجز والعجز يتطور إلى إعاقة في نهاية الأمر. وتنصب الجهود لمنع الحدوث الضعف أصلا، وهذا ما يسمى بالوقاية الأولية التي تحاول أن تمنع تطور الضعف إلى عجز، وهذا ما يسمى بالوقاية الثنائية وتسمى أخيرا إلى عدم وصول هذا العجز إلى إعاقة، وهذا ما يسمى بالوقاية الثلاثية. وسنتناول هذه المراحل بشيء من التوضيح والتفسير.

المطلب الأول: الوقاية الأولية:

وتشتمل طرق الوقاية الأولية لمنع حدوث الإعاقة على ما يلي:

1. اختيار الزوج والزوجة لبعضهما البعض بعد إجراء فحوصات عديدة تتعلق بأمراض الدم، والعامل الرايزيسي تفاديا لحدوث تشوهات خلقية في نسلهما لها علاقة بالإعاقة الحركية.
2. تقديم الإرشاد المستمر للأم الحامل من دور الحضانة والرعاية الأسرية، لأخذ المطاعيم الخاصة بأمراض الدفتيريا والحصبة والجدري والسل وغيرها.
3. مراجعة الأم الحامل للطبيب أثناء فترة الحمل والاهتمام بصحة الأم الحامل وعدم تعرضها لمشاكل سوء التغذية وللأشعة وعدم تعاطيها للكحول والتدخين.[2]

---

[1]. محمود محمد كمنساوي، خالد أحمد مصطفى: الخدمة الاجتماعية، مطبوعات المعارف السعودية، الرياض، السعودية، ط2، 1989، ص ص 98 .100.

[2]. فاطمة عبد الرحيم النوايسية: ذوي الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم، مرجع سابق، ص199.

4. وجوب حدوث الولادة في مستشفى وتحت إشراف طبيب مختص.
5. تجنب حدوث ولادة عسرة كأن تكون الولادة في المنزل.
6. تجنب الأم للتسمم الولادي أثناء الحمل.

المطلب الثاني: الوقاية الثانوية:

تهدف الوقاية الثانوية إلى تمكين الطفل من استعادة قدراته الجسمية والصحية بهدف خفض حالات العجز بين الأطفال وتشمل طرق الوقاية الثانوية ما يلي:

1. الكشف المبكر عن حالات الإصابة بالعجز الجسمي.
2. التدخل العلاجي والجراحي المبكر.
3. إثراء بيئة الطفل لمنعه من التخلف.
4. توفير الرعاية الطبية المتواصلة للطفل للحفاظ على صحته.
5. استعمال الأساليب والأدوات التعويضية والتصحيحية والترميمية للأطفال للتخفيف من شدة الإعاقة الجسمية.

المطلب الثالث: الوقاية الثلاثية:

إن دور هذه الوقاية يأتي بعد حدوث العجز، وتهدف إلى الحد من تدهور حالة الطفل والحد من التأثيرات المرافقة، والمصاحبة والناجمة عن حالة العجز الحركي والسيطرة على المضاعفات ما أمكن ذلك، وتتضمن الوقاية الثلاثية ما يلي:

1. توفير خدمات الإرشاد الجيني للأسرة.
2. توفير خدمات الإرشاد الأسري.
3. استعمال الأطراف الصناعية.
4. مساعدة الطفل على الاستفادة من خدمات التأهيل التي تقدمها مراكز التربية الخاصة.
5. تقديم العلاج النفسي للمصاب ولأسرته.
6. تعديل اتجاهات المجتمع وتحسين نظرته نحو هذه الإعاقة.
7. مساعدة المصاب على التكيف مع بيئته.
8. إشراك المصاب في برامج ترويجية ونشاطية لا تتعلق بإعاقته كالاستماع للموسيقى مثلا.[1]

[1]. المرجع السابق: ص199-200.

خلاصة الفصل:

من هذا الفصل يمكن القول بأن هناك عدة أسباب وعوامل تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة الحركية، كما يتضح بأن للمعاقين حركيا احتياجات مختلفة، وأن عدم اشباع هذه الاحتياجات يؤدي إلى خلق عدة مشكلات سواء من الناحية النفسية والاجتماعية أو من الناحية الاقتصادية أو غيرها، ولهذا فإنه يستدعي تلبية هذه الاحتياجات واشباعها عن طريق برامج رعاية وتأهيل مناسبين من أجل تمكينهم وادماجهم في المجتمع.

الفصل الثاني: السياق التاريخي لتطور الرعاية الاجتماعية للمعاقين حركيا على مستوى التنظير والممارسة

تمهيد

المبحث الأول: تطور الاهتمام برعاية المعاقين.

المبحث الثاني: خصائص الرعاية الاجتماعية.

المبحث الثالث: أهمية الرعاية الاجتماعية.

المبحث الرابع: مبادئ الرعاية الاجتماعية.

المبحث الخامس: أساليب ونظم الرعاية الاجتماعية.

المبحث السادس: التخطيط العمراني والاجتماعي لرعاية المعاقين حركيا في الوسط الحضري.

خلاصة الفصل

الفصل الثالث: السياق التاريخي لتطور منظومة الرعاية الاجتماعية للمعاقين على مستوى التنظير والممارسة

تمهيد

تعتبر الرعاية الاجتماعية من الجهود المنظمة التي يقوم بها أفراد متخصصون بهدف معالجة الأمراض الاجتماعية، ومواجهة الاحتياجات سواء الاقتصادية أو النفسية أو التعليمية، وإزالة العقبات التي تعترض نمو الأفراد والمجتمعات وتعود عليها بالنفع والرفاهية. وهي بمثابة الواجبات الأساسية للدولة والتي تلتزم بها اتجاه رعاياها، والمسؤولية التي تحاول أي حكومة توفيرها للمواطنين عن طريق ما تتخذه من إجراءات تعبر في نفسها في شكل سياسات عامة للحكومة. وتعد فئة المعوقين من بين الفئات التي عانت الإهمال والاضطهاد منذ القدم باعتبارها طاقة بشرية معطلة، ولكن مع مرور الوقت ازداد تدريجيا الاهتمام بهذه الفئة وذلك نتيجة للتطور وزيادة وعي الإنسان. وعلى هذا الأساس تناولنا في هذا الفصل العناصر التالية:

تطور الاهتمام برعاية المعاقين في المجتمعات القديمة، مرورا برعاية المعاقين في الإسلام وأخيرا في العصر الحديث، ثم إلى تحديد خصائص وأهمية ومبادئ الرعاية الاجتماعية، والأساليب والنظم التي ستسير عليها، ثم إلى كيفية التخطيط العمراني والاجتماعي لرعاية المعاقين حركيا في الوسط الحضري.

المبحث الأول: تطور الاهتمام برعاية المعاقين

المطلب الأول: في المجتمعات القديمة وفي عصر النهضة

من خلال هذا العنصر سيتم توضيح التباين عبر العصور في كيفية معاملة رعاية المعوقين، لأن الاختلاف الزماني جعل رعايتهم تختلف بحسب اختلاف النظرة إلى الإنسان، وبحسب الجهود المبذولة من طرف كل دولة والوسائل المسخرة لذلك، والمنظومات التشريعية المنظمة لها، وبحسب أراء واتجاهات المفكرين التربويين والاجتماعيين والسياسيين. ففي القديم كانوا المعوقون لا يعارون أدنى اهتمام، فكانوا يتركون للموت جوعا بل أكثر من ذلك، وكانوا 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 عالة على المجتمع، ونادت بالتخلص منهم ونبذهم منه، إلى المجتمعات الحديثة التي أصبحت تنظر إليهم نظرة وظيفية نفعية، وذلك باعتبار أن لهم طاقة مخزنة لابد من استغلالها وتنميتها كما صبغت هذه النظرة الصبغة الإنسانية؛ ففي المجتمعات اليونانية، كمجتمع إسبرطة 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 أوفهم ما يدور حولهم كما وصف القانون الروماني القديم المعوقين سمعيا بالعته والبلاهة، إذ ميز "جستنيان" وهو مشروع روماني، بين فئتين منهم: الأولى فقدت حاسة السمع في فترة متأخرة مبكرة من حياتها فحرمها من جميع حقوقها، أما الثانية فقدت السمع في فترة متأخرة، بعد أن تعلمت القراءة والكتابة، لذلك لم يحرمها من حقوقها. وكان القانون الانجليزي القديم مشابها لآراء "جستنيان" في تفريقه بين المعوقين سمعيا، من حيث وقت

[1] . عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1996، ص 36.

حدوث الإصابة بالإعاقة السمعية، إذ حرم المجموعة الأولى من الحقوق والواجبات وأتاح المجموعة 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 الله المعوقين، لأن إعاقتهم حدثت بإرادة الله كما نادت الديانة البوذية بالهند والصين إلى جعل المعوقين أبناء لبوذا، وتقربا له، أوجبت تقديم العون لهم ومساعدتهم. 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 الإيطالي "بيتروكاستردا" ببعض الجهود في تعليم ذوي الإعاقات السمعية القراءة والكتابة والنطق بالأبجدية اليدوية وبالإشارات، كما نشر "كار دينيو" دراسات متنوعة عن أسس تعليم المعوقين سمعيا بالطريقة الشفهية وبالأبجدية اليدوية، هذا بالإضافة إلى محاولات "بيدرو بونس دي ليبيون" الاسباني والتي كان لها أثر فعال في تعليمهم بالطريقة الشفهية، حتى أن معظمهم أتقن الكلام باللغة اللاتينية والإغريقية والحساب والفلك.[1]

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 إرهاصات الاهتمام الخاص بالمعوقين وتعليمهم وتدريبهم في مؤسسات ومدارس خاصة في أوروبا وأمريكا، وهذا منذ أواخر القرن18 م خاصة بعد ظهور أفكار المصلحين السياسيين والاجتماعيين في أوروبا والمنادية بضرورة اعتراف المجتمعات بحقوق ذوي العاهات والإعاقات في الحياة الطبيعية ورعايتهم، بالإضافة إلى جهود مجموعة من الأطباء المربين الذين كانوا بمثابة الرواد الأوائل للتربية الخاصة.[2]

[1]. لطفي بركات أحمد: تربية المعوقين في الوطن العربي، دار المريخ، الرياض، السعودية، 1981، ص . ص 83 . 108.

[2] . عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مرجع سابق، ص 48.

المطلب الثاني: رعاية المعوقين في الإسلام:

لقد أكدت تعاليم الدين الإسلامي الحنيف على ضرورة احترام الإنسان وتقييمه، على قدر التزامه بمبادئ الخير والتقوى والأخلاق دون النظر إلى آية 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 يقتدي به في التعامل مع الإنسان الكفيف.

فقد أوردت السيرة النبوية الشريفة، أن "ابن أم مكتوم" وهو من السابقين للإسلام كان كفيفا فجاء إلى الرسول صلى الله عليه وسلم وكان معه صناديد قريش، فكان (عليه السلام) مشغولا بهم يدعوهم إلى الإسلام، فقال له (ابن مكتوم): اقرأني وعلمني مما علمك الله وكرر ذلك وهو لم يلحظ انشغالا من الرسول صلى الله عليه وسلم به، فكره الرسول (صلى الله عليه وسلم) منه، وعبس في وجهه وأعرض عنه إلى متابعة دعوة الآخرين، فنزلت الآية الكريمة لمعاتبة النبي صلى الله عليه وسلم ومحذرة إياه تحذيرا شديدا:

قال الله تعالى: عَبَسَ وَتَوَلَّى، أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى، وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّى، أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى، أَمَّا مَنِ اسْتَغْنَى، فَأَنْتَ لَهُ تَصَدَّى، وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَزَّكَّى، وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى، وَهُوَ يَخْشَى، فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى، كَلَّا إِنَّهَا تَذْكِرَةٌ.[1]

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.[2]

وقال أيضا : لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرَجٌ وَمَن يُطِعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ يُدْخِلْهُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ .[3]

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.

إذن فبظهور الإسلام تغيرت النظرة إلى المعاقين، حيث أرسى مبادئ المحبة والأخوة والرحمة بين البشر جميعا دون تفرقة بينهم لسبب أو لأخر غير التقوى. لقد اهتم الخلفاء الراشدين وحكام المسلمين بفئة

---

[1] . القرآن الكريم، سورة عبس، الآية 1 إلى 11.

[2] . القرآن الكريم، سورة الفتح، الآية 17.

[3] . القرآن الكريم، سورة الفتح، الآية 17.

الأشخاص المعوقين، فقد بلغ اهتمام "عمر بن عبد العزيز" بهم أن حث على عمل إحصاء لهم، فخصص مرافقا لكل كفيف وخادما لكل مقعد (معوق 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 الماجي"(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 تحصلوا عليه بتجاربهم وطبعوه بالطابع العربي فأصبح لدينا ما نستطيع تسميته بالطب العربي الإسلامي ولابد من تكرار القول بأن الطب العربي الإسلامي كان أساسا لعلم 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 الايجابي 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: السلوك الاجتماعي للمعوقين، مرجع سابق، ص 18.

[2]. سعد جلال: في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1985، ص30.

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 والى أسباب أخرى منها:

1. أن العقيدة الإسلامية تقوم على تحريم قتل النفس إلا بالحق، وتدعو إلى المعاملة الإنسانية للضعيف والمريض.
2. إن المسلمين كان تعاملهم مع المرض تعاملا حضاريا بني على فهم القرآن والعمل بالسنة المطهرة، وكانوا أول من شيد المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية. [1]
3. اهتمام الخلفاء المسلمين والحكام العرب بالعمران، ويدخل في ذلك اهتمامهم بإقامة المستشفيات، ويجمع المؤرخون على أنهم كانوا يهتمون بها اهتماما بالغا، 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 الإمكانيات اللازمة لرعايتهم، وغيرها من ضروريات الرفاهية والحياة الكريمة لكل أفراد المجتمع محاولين التخلص من رواسب الجهل والتخلف.

نستنتج أن 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 التكفلية الحديثة في التأهيل الطبي، 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، ص20.

[2]. سعد جلال: في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، مرجع سابق، ص32.

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

المطلب الثالث: رعاية المعوقين في العصر الحديث:

أدت الثورات سواء كانت الاجتماعية أو الحربية إلى نشر الاهتمام بالإنسان وحقوقه وتخليصه من الظلم مما ولد الاهتمام بالضعفاء والمعوقين والبحث عن وسائل رعايتهم خاصة بعد الحرب العالمية الثانية، وهي الأخرى أفرزت العديد من المشكلات الاجتماعية والكثير من المعوقين، وكان التقدم في وسائل تعليم الطفل المعوق حسيًا بدايةً لمنطلق يدعوا إلى إمكانية الاستفادة من طاقات المعوقين وتوصيل المعلومات لهم بطرق تناسبهم فكانت برايز (preire) لتعليم المكفوفين وطريقة قراءة الشفاء لتعليم الصم، فقد بدأت فرنسا بتربية الأطفال المعوقين ووجهت العناية أولاً إلى ذوي العاهات الحسية " المكفوفين الصم والبكم " ثم إلى المتخلفين عقلياً. حيث كانت أول محاولة لتعليم المكفوفين بطريقة منتظمة في باريس عام 1784م عند افتتاح مدرسة أطلق عليها المعهد الأهلي لصغار العميان.

وقد اتجه الاهتمام بهم خاصة بعد أن أصدر جان ماري اريتادر (Jean Marie Itard) كتابه الذي شرح فيه محاولاته لتربية الطفل المعروف متوحش افيرون. وذلك أن صيادًا فرنسيا عثر عام 1798 على صبي متوحش في الحادثة عشرة من عمره في ناحية افيرون قرب باريس. وكان الصبي يسير على الأربع بسرعة عجيبة ويخرج أصوات شبيهة بأصوات الحيوانات، ويستخدم أسنانه وأظافره الطويلة في الدفاع عن نفسه ومهاجمة أعداءه، ولقد تولى ايثار تربية هذا الصبي مستخدمًا معه الطرق التي كان يستعملها برايز(Prier) في تدريب الصم والبكم، وذلك من خلال تنشيط ذكائه العام بالارتقاء من المحسوسات إلى المعنويات تدريجياً، ومن ثم تدريبه على الحياة الاجتماعية وامداده بخبرات تزيد من قدراته العقلية المحددة. وقد استمر إيثار في محاولاته التربوية لهذا الصبي مدة خمس سنوات، ورغم أنه لم يفلح في إعداده للحياة الإنسانية إلا أنه أثار اهتمام العلماء، ببعض مشاكل المعوقين وفتح الأبواب أمام العلماء والمهتمين لدراسة مثل هذه الحالات. [1]

كما حضت فئة الصم هي الأخرى باهتمام خاص، وتعليمهم عن طريق إعداد معلمين مختصين في ذلك، وقد ساعدت في ذلك عدة عوامل نذكر أهمها فيما يلي:

1. ظهور فلسفة حديثة في تعليم الصم وانتشار طرق التربية الحديثة في إعدادهم.

[1]. مروان عبد المجيد إبراهيم: الألعاب الرياضية للمعوقين، دار الفكر للنشر والتوزيع، 1997 ص، ص 26، 27.

2. ظهور مؤلفات خاصة بتربية الصم.
3. ظهور القوانين الملزمة لتعليم الصم في إنجلترا وفي توصيات مؤتمر ميلانو عام 1885م.[1]

وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى : كانت الأعداد الهائلة من المعوقين الذي تخلفوا عن الحرب عاملا هاما في البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم، فبدأ التأهيل مصحوبًا بصبغة اقتصادية تدعوا إلى الاستفادة بطاقات المعوقين المهنية في الإنتاج مما أدى إلى إنشاء أولى معاهدة التأهيل المهني في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1920 فقد تطورت الأساليب والنظريات التي تبحث في هذا المجال وذلك لتطوير النظريات التربوية والاجتماعية والنفسية حيث بدأت المجتمعات المتحضرة تنظر إلى المعوق نظرة تفاؤلية وإنسانية؛ واستمرت هذه النظرة إلى أعقاب الحرب العالمية الثانية وصحب ذلك التطور الهائل في الجراحة الذي جاء نتيجة للتدمير البشري خلال الحرب العالمية الأولى والتطور في صناعة الأجهزة التعويضية الذي صحب التطور التكنولوجي بصفة عامة.

ثم جاء إعلان حقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة فكان نقطة تحول هامة في اتجاهات المجتمعات نحو أبنائها، وحلت النظرية الاجتماعية الإنسانية محل النظرية الاقتصادية، وأصبحت النظرة لرعاية المعوقين وتأهيلهم اجتماعيًا ليعودوا أفرادًا مندمجين في مجتمعاتهم يتمتعون بالكرامة والسعادة. من هنا نجد أن الرعاية الاجتماعية برزت بشكل كبير في هذا العصر وأثمرت نتائج هامة خاصة بعد التزايد الكبير لفئة المعوقين بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية. [2]

[1]. عيسات العمري: الرعاية الاجتماعية للمعوقين حركيا، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة بسكرة، الجزائر، 2003. 2004، ص64.

[2]. مروان عبد المجيد إبراهيم: الألعاب الرياضية للمعوقين، مرجع سابق، ص28.

المبحث الثاني: أهمية الرعاية الاجتماعية:

يمكن توضيح أهمية الرعاية الاجتماعية للمعوقين فيما يلي:

1. العناية بالمعوقين واجب أخلاقي إنساني تفرضه الإنسانية والدين وواجب تفرضه طبيعة التكامل الاجتماعي وحق الفرد على المجتمع.
2. الاستفادة من جهود المعاقين في الإنتاج وبذلك توفر للمجتمع طاقات إنتاجية من الأعمال التي تتناسب مع طبيعة إعاقتهم.
3. إن الإنسان المعاق قادر وتحت شروط معينة وفق تدريبات خاصة أن يؤدي الكثير من المهام والأعمال التي يمكن الاستفادة منها.
4. يرى الباحث أن الرعاية الاجتماعية تساهم في إعطاء المعاقين فرصة حقيقية من أجل تحقيق الذات والبعد عن النقد الذاتي بكونه معاقا لا يصلح للمشاركة في المجتمع.
5. كما يرى الباحث أن الرعاية الاجتماعية تساهم في مساعدة المعاق على تقبل فكرة الدمج، والرغبة في تحقيق الأهداف التي يطمح لها المعاقين. [1]

كون المعوق إنسان قبل كل شيء، فأهداف رعايته الاجتماعية لا تختلف أساسا 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:[2]

أ- الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة من خلال التفكير العلمي في معالجة المشكلة حتى لا تتفاقم، وتقديم المساعدات لهم ولأسرهم.[3]

---

[1]. عزيز سامية: الرعاية الاجتماعية للمعاقين بصريا، دراسات نفسية وتربوية، العدد4، جامعة قصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، ص73.

[2]. عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون: الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 1969، ص، ص185، 186.

[3]. سميرة كامل محمد علي: الزيارات الميدانية في مجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 1997، ص، ص20 ،21.

ب-تعزيز جميع الإجراءات التي تستهدف إدماج المعوقين في المجتمع، بتوفير فرص التشغيل اللازمة وفرص الترويح، وإشراكهم في اتخاذ القرارات الخاصة بهم؛ وتعتبر ذلك استكمالا للجهود التأهيلية التي بذلت لهم.

ج-توفير الفرص المناسبة لهم للتعليم، سواء في فصول خاصة أو مدارس خاصة بهم تتناسب قدراتهم واستعداداتهم.

د- توفير فرص التأهيل والتوجيه المهني، بما يتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم الخاصة.

هـ-توفير الخدمات الاجتماعية التي يحتاجونها، عن طريق الأخصائي الاجتماعي بحيث تمتد هذه الخدمات إلى ذويهم إذا تطلب الأمر ذلك.

و- الاعتراف بإنسانيتهم وحفظ كرامتهم وصون حقوقهم، كي يحيوا حياة كريمة.

ز- التثقيف العام للجمهور بشأن الإعاقة والآثار المترتبة عليها وكيفية الوقاية منها، وحثه على بذل الجهود لمساعدتهم.

ح-توفير فرص العلاج الطبي والنفسي.

ط-تنوير الرأي العام بمشكلتهم، وحثه على بذل الجهود لتقبلهم ومساعدتهم.

ي-تشجيع البحوث العلمية في مجال رعاية المعوقين لتطوير أسسها وأساليبها.

ك-تهيئة المؤسسات والطرق والمواصلات وغيرها، من الخدمات التي تقدم أفضل الوسائل للمعوقين لممارسة حقهم في المجتمع[1].

والملاحظة أن هذه الأهداف تبقى مجردة بمعنى أن تحقيقها في الواقع يتطلب ما يعرف بالوعي الذي يبدأ بالفرد نفسه والأسرة والمجتمع ككل.

[1]. بدر الدين كمال عبدو: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص، ص 222 ،223.

المبحث الثالث: مبادئ الرعاية الاجتماعية:

تتضمن الرعاية الاجتماعية جملة من المبادئ أهمها:

1. تحقيق التماسك والتضامن بين الأفراد المجتمع والتخفيف من الصعوبات التي توجه الأفراد الجماعات وتمكنهم من تحقيق مستوى معاشي مقبول يلبي احتياجات المجتمع.
2. توفير جميع الخدمات الاجتماعية لجميع المواطنين ويكون بدعم الدولة.
3. تعتبر الرعاية الاجتماعية الانعكاس الحقيقي للتنمية الاجتماعية.
4. إيجاد نوع من التكافؤ بين الخدمات العامة المقدمة لجميع الناس كما في الخدمات التربوية والصحية.
5. العمل على إيجاد مؤسسات عربية ذات طابع قومي تستهدف إشباع حاجات المواطن وتقديم الخدمات الأساسية لجميع المواطنين العرب. [1]

المبحث الرابع: خصائص الرعاية الاجتماعية:

إن مسألة الرعاية الاجتماعية مسألة ضرورية وطبيعية يقوم بها لجمع مساعدة الأفراد والجماعات لتحسين الوظائف الاجتماعية لهم، وبذلك تعتبر جزءا من البناء الطبيعي للمجتمع وهذا المفهوم الواسع لابد من إشباعها بجانب المساهمة في حل المشكلات الاجتماعية وتحسين الأحوال الاجتماعية للأفراد والجماعات، وبالتالي تنحصر خصائص الرعاية الاجتماعية فيما يلي:

1. الرعاية الاجتماعية قيمة أخلاقية مجردة استمدت وجودها من القيم الروحية والإنسانية التي قامت على أساس مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان. [2]
2. الرعاية الاجتماعية مسؤولية اجتماعية يكفلها المجتمع ككل في كل شكل من أشكال التنظيمات سواء كانت هذه التنظيمات حكومية أو أهلية.
3. الرعاية الاجتماعية تتميز بالشمول والتكامل، فالحاجات الإنسانية متعددة ومتنوعة ومترابطة، لذلك فإن مقابلة البعض منها وإغفال البعض الأخر يشكل قصور في برامج الرعاية الاجتماعية.

---

[1]. مروان عبد المجيد إبراهيم: الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، مرجع سابق، ص145.

[2]. محمد حلمي بريك: الرعاية الاجتماعية للأسر الأولى بالرعاية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، 2016، ص 99.

4. الرعاية الاجتماعية تستبعد دوافع الربح والكسب المادي ولكنها تستهدف تحقيق إشباع الحاجات الإنسانية مما يؤدي إلى تنمية واستثمار الموارد البشرية فهي شكل من الاستثمار دون مقابل مادي.
5. الرعاية الاجتماعية ذات أهداف علاجية مثل معالجة المشكلات الاجتماعية التي توجد في المجتمع وأهداف وقائية مثل الاحتياجات الإنسانية خشية الوقوع في المشكلات، كما أنها ذات أهداف إنمائية من خلال تنمية قدرات الأفراد وحسن استثمارها.
6. الرعاية الاجتماعية المعاصرة تتميز بأنها أصبحت حقا من حقوق الإنسان لم تعد منحة أو هبة تقدمها الحكومات لإفرادها خاصة بعد أن أقرت المواثيق العالمية أحقية المواطن في أي مجتمع من المجتمعات في الحصول على خدمات الرعاية الاجتماعية كحق لهم كما أقرته أيضا الدساتير والمواثيق في كل دول العالم.
7. يمارس الرعاية الاجتماعية متخصصون مهنيون في كافة المجالات الخدمات المختلفة، وبذلك تتعد التخصصات التي تشارك في تقديمها كالطبيب البشري والنفسي والأخصائي الاجتماعي والمدرس والموجه...الخ.[1]
8. تعتبر الرعاية الاجتماعية إحدى مسؤوليات المجتمع لتحقيق الحماية الاجتماعية، فإذا كانت موارد الفرد أو الأسرة لا تكفي إشباع الحاجات الأساسية للإنسان فلا بد من إيجاد تنظيم يقوم بإشباع هذه الحاجات ويتمثل ذلك في مسؤولية المجتمع الذي يتولى ذلك عن طريق الحكومة أو عن طريق مؤسسات اجتماعية خاصة.[2]

المبحث الخامس: أساليب ونظم الرعاية الاجتماعية:

تختلف أساليب ونظم الرعاية الاجتماعية والتأهيل الشامل للمعوقين حسب نوع ودرجة الإعاقة بل وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بالفرد المعوق وأسرته، وعموما يمكن تصنيفها إلى مايلي:

الفرع الأول: الرعاية المنزلية:

وهي رعاية تتم في إطار الأسرة وبيئة المعوق لتسهيل اندماجه ومساهمته في المجتمع وإزالة العوائق والحواجز دون عزله في مؤسسات خاصة.

---

[1] . المرجع السابق: ص، ص 99 ،100.

[2] . محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 1998، ص 30.

الفرع الثاني: الرعاية النهارية:

ويتم هذا النوع من الرعاية في مؤسسات خاصة أو فصول خاصة، يلتحق بها المعوق أثناء النهار ويعود يوميا إلى أسرته كما في حالات المكفوفين والصم والبكم وغيرها من حالات الإعاقة الأخرى الخفيفة.

الفرع الثالث: الرعاية الإيوائية:

ويتبع أسلوب الرعاية الإيوائية الكاملة خاصة مع حالات المعوقين شديدي الإعاقة الذين ثبت البحث الاجتماعي والفحص الطبي والنفسي أن حالتهم تتطلب رعاية إيوائية في مؤسسة خاصة.

الفرع الرابع: الرعاية اللاحقة:

يتبع هذا الأسلوب بعد انتهاء برنامج التأهيل المعوق ومقتضى هذا النظام يتم مايلي:

أولا: يمنح المعوق شهادة يبين على الأخص المهنة التي تم تأهيله لها.

ثانيا: يتم توجيه المعوق للتقدم إلى مكتب القوى العاملة بدائرة محل الإقامة للحصول على شهادة قيد المعوقين المؤهلين تمهيد لترشيحه للعمل.

ثالثا: يكون تخرج المعوق في المؤسسة بناء على تقرير تضعه المؤسسة بواسطة الأخصائي الاجتماعي يوضح مدى إمكان تكيفه مع البيئة الخارجية وتوافق عليه الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين[1]

رابعا: تقوم المؤسسة بتتبع خريجها وتتبع حالهم لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

[1]. عبد المحي محمود صالح: أسس الخدمة الاجتماعية_ الطبية والتأهيلية_، مرجع سابق، ص . ص 325 . 329.

المبحث السادس: التخطيط العمراني والاجتماعي لرعاية المعاقين في الوسط الحضري:

المطلب الأول: التخطيط العمراني لرعاية المعاقين حركيا في الوسط الحضري:

يجب أن يوضع في اعتبار المسئولين عن التربية الخاصة ضرورة تجهيز البيئة اليومية التي يعيش فيها هؤلاء المعاقين بطريقة معمارية وتوفر لهم سبل الراحة التي تتلاءم مع مستويات إعاقتهم المختلفة وما يشبع حاجتهم الخاصة. حيث يعاني الكثير من الأشخاص المعوقين والذي يستخدمون وسائل خاصة في التنقل من مستعملي الكراسي المتحركة وذوي الأطراف الصناعية ومستعملي العكازات ...الخ. مشكلات عديدة تعيق تكيف هذه الفئة مع الحياة الصعبة لذلك لا يمكن لأي فرد أن يجادل في ضرورة تصميم فضاء يتلاءم مع راحتهم الشخصية، فعند التخطيط المعماري لهذه الفئة من الأشخاص يراعى أن تكون الممرات قصيرة بقدر الإمكان كما ينبغي تجنب درجات السلالم أمام الأبواب، والعمل على تحقيق أغراض الراحة المختلفة وخاصة في عمليات الصعود والنزول؛ كما يجب الأخذ بعين الاعتبار أيضا عند تصميم الممرات المحتوية على درجات السلالم إذا كانت ضرورية أن تكون مشتملة على درابزين من الجانبين، وتحرك المعوقين من حيث الجلوس أو الوقوف من وإلى الكرسي المتحرك ذو العجلات .

فهناك مجموعة من المعوقين تتطلب بعض الامتيازات، التي يجب أخذها في الاعتبار وهي مقدار المساحات اللازمة عند التخطيط للعمارة أو العمارة الداخلية، التسهيلات المساعدة لهذه الشريحة تعتبر شيئا أساسيا وخاصة عند استعمالهم للمرافق المختلفة، كذلك عند عبورهم الارتفاعات في الطرق والممرات كما أن العوائق المعمارية كالأسوار والحواجز يمكن الحد منها أو تجنبها بقدر المستطاع للسماح بحرية الحركة، وفئة المعوقين الذين بإمكانهم التنقل بمفردهم للكرسي المتحرك ذو العجلات ونصف استعمال عند الضرورة.[1]

إن من أهم مشاكل المعوقين حركيا هي الحركة داخل المباني سواء في ممرات الأفقية أو صعوبة الحركة الرأسية لذلك يفضل في حالة توفر المساحة أن يكون المبنى من دور واحد أرضي فقط ولا يزيد عن دورين كحد أقصى للارتفاع. مراعاة ألا تقل عروض الممرات الأفقية عن 250 سم، وإذا زادت عن ذلك يفضل تزويد الممرات بكوبستات جانبية الملمس بارتفاع 75 سم لاستعمال المعوقين الذين يتحركون بكراسي

[1]. لعلام عبد النور: دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا، مرجع سابق، ص، ص 79، 80.

متحركة. كما يجب مراعاة تجنب استعمال الدرج خاصة في المدخل والطرقات ويستعاض عنها بتصميم المنحدرات والتي يفضل ألا تزيد درجة ميولها عن 12.1.

إن على مختصي التخطيط المعماري أن يعالجوا جميع متطلبات البناء المثالي لسلامة هذه الفئة المعاقة، عن طريق الأسس العلمية للعمارة الداخلية، وتوظيفها في مدارس المعاقين وفي المدينة ككل وتطعيمها بالفكر الحديث ليخرج التصميم متماشيا مع الحياة المعاصرة مع الأخذ بعدة معايير، فعند تصميم المباني أو بالأحرى المدينة عند الأخذ بعين الاعتبار الفئة المعاقة كل شيء سواء الممرات أو الطرقات العامة والأرصفة والنوافذ والدرج وقاعات التعليم، قاعات الطعام، المنحدرات، تجهيزات المباني المدرسية الأبواب ... الخ. كذلك الأخذ بالاعتبار حتى الألوان التي يجب استعمالها لصياغة الأبنية الخاصة بالمعاق والأطفال منهم.

وهناك عدة نماذج في التخطيط انتهجتها بعض الدول لتسهيل عملية التفاعل مع البيئة من بينها ما يلي:

الفرع الأول: الأبواب:

يجب أن تكون المقابض منخفضة لتكون سهلة الاستعمال، بالنسبة للأطفال وفي متناول يده بارتفاع من 75 إلى110سم. يضاف إلى ذلك عدم وجود معبرة(عتب) على الباب، حتى يمكن الدخول والخروج لطفل معاق بكرسيه المتحرك، ويراعى أيضا وجود نظارة زجاج على الباب وإمكانية فتحه دائما من الخارج ويوضح نماذج للتجاويف في الحوائط للأبواب التي تفتح للخارج.

الفرع الثاني: المنحدرات:

العرض: ينبغي أن يكون عرض المنحدر 122 سم على الأقل.

الطول: يجب ألا تتجاوز طول القسم المائل من المنحدر أكثر من 9.14 متر وعلى طرفي هذا القسم الذي يبلغ9.14 متر أو أقل، وعند نقطة تحول لابد من وجود مساحة مستوية بطول 173 سم على الأقل ويكون عرضها من نفس عرض المنحدر.[1]

[1] المرجع السابق، ص80.

الفرع الثالث: مخارج المدرسة:

تصمم مخارج النجاة وتحدد مواقعها بشكل واضح، بحيث يمكن للأطفال المعاقين في المدرسة معرفة مكانها، كما يمكن له تمييزها عن باقي أبواب المدرسة تحدد وظيفة مخرج النجاة بحيث لا يجد المستمر في أي لحظة تعارضا ما، بين الهدف من وجوده وبين وسائل وطرق تحقيقه لذلك الهدف، وتوضع الإشارة الدالة على عبارة مخرج النجاة والمتواجدة إلى جانب المخرج في مكان يمكن رؤيته من أي نقطة من نقاط الممر يخص مخرجين أو أكثر، يمكن الوصول إليها بسهولة من أي فراغ من فراغات صفوف المدرسة.

قد تحتاج في بعض التصاميم ذات الطبيعة، الخاصة إلى تخصيص مخرجين إثنين للنجاة، يمكن الوصول إليهما من كل صف من صفوف ا لمدرسة، تفتح أبواب النجاة من الداخل وفي كل الأوقات حتى بعد انتهاء الدوام، يحدد مكان المخرج، يوضع مصباح إشارة حمراء اللون، وأخر أبيض اللون للدلالة على الأمان، مولد كهربائي يعمل تلقائيا، عند تعرض التغذية الكهربائية الرئيسية للعطب.[1]

الفرع الرابع: ممرات الحركة:

تجهز المدارس والفضاء خارج المدرسة أي شوارع المدينة المصممة جيدا بممرات للحركة تؤمن حركة العاديين والمعاقين، سهلة وميسرة، تتطلب الممرات الضيقة، تصميما خاصا تراعى فيه الأمور لتنظيمه تهيأ له الظروف، بما يكفل له الإشراف الجيد على حسن تدفق الحركة.

ينبغي أن تكون جدران الممرات خالية من النتوءات البارزة يراعى تراجع وحدات التدفئة، مناهل السرب أجهزة إطفاء الحرائق، الخزائن الجد رانية لتبنى ضمن جدران الممر، وذلك لحماية سواء العادي أو المعاق من أخطار بروزها عن سطوح جدران الممرات، وتكون بنية الجدران، ماصة للصوت، ويتبع في تصميم الممرات أساليب تصميم تدعو إلى تشتت الأصوات مما يقلل من التأثيرات المزعجة للضوضاء المنتشرة ضمن الممرات.

الفرع الخامس: أرصفة المدينة:

[1] المرجع السابق ص 84.

يتطلب وضع ضمن أرصفة المدينة منحدر خاص بالمعاق في كل رصيف بحيث يسمح له بالتنقل معتمدا على نفسه.

الفرع السادس: ميدان الدرج:

يجب أن تستخدم الأبعاد النظامية لميدان الدرج في الأبنية، حتى لا تسبب الأخطار للعاديين أو المعاقين كما يتعرض له البالغون حيث تنتقل المواد الشمعية، أو المواد اللزجة مثل الصابون الناتج من الغسيل لأرضيات الصفوف والممرات، حيث تستقر على نايمات الدرج عن طريق أحذية الأشخاص، لذا كانت إحدى الطرق المساعدة على التخلص من أخطار الانزلاق من على الدرج، هي اختيار مواد لتغطية نايمات الدرج، تساهم في زيادة الإحتكاك المتولد ما بين السطح وحذاء الشخص، بصرف النظر عن المواد التي تساعد على الإنزلاق المتنقلة من أرضيات الصفوف والممرات والمستقرة على نايمات الدرج تحشر لهذه الغاية، قطع مصنعة من مادة الكربونديوم وهو مركب يتألف أساسا من السيلكون، ضمن نايمات الدرج .

وهناك مقاييس كثيرة جدا لكيفية تصميم العمارة الداخلية أو المجال الحضري الخارجي أي المدينة خارجيا، وتطبق هذه الاعتبارات على كافة الأبنية والفضاءات لبناء مدينة تستوعب جميع الفئات وتجعل المعاق يحضر بدلا من اختفائه[1].

المطلب الأول: التخطيط الاجتماعي لرعاية المعاقين في الوسط الحضري:

الفرع الأول: التخطيط الاجتماعي:

إن العديد من المشكلات الاجتماعية ظهرت آثارها السلبية في المجتمع العربي بصورة واضحة في السنوات الأخيرة، لم تستطع العلوم الطبيعية والسلوكية أن تقدم حلولا علاجية لها نتيجة الظواهر الاجتماعية المعقدة والتي تسهم في تكوينها وتشكيلها العوامل الاجتماعية والبيئية والثقافية، وتلعب أدوارا متعددة في ظهور أعراضها ومظاهرها المتنوعة, فمشكلات الجريمة والانحراف والعنف والتطرف والفقر والجهل والمرض والإدمان والمخدرات والانحراف، والمشكلات الأسرية، تعد هذه بمجملها مشكلات تسببها عوامل اجتماعية

[1]. المرجع السابق ص 85.

وأخلاقية وقيمية تعكس في الوقت نفسه نوعية التغيرات والتطورات الجذرية التي حدثت على كل من البناءات والأنساق والنظم الاجتماعية وما يصاحبها من تصدعات كبيرة في القيم الأخلاقية والبيئة والاجتماعية.

إن التخطيط الاجتماعي الذي تطور حديثا عمل على معالجة المشكلات الاجتماعية وربطها بالبرامج الاجتماعية وعمل على تحليل هذه المشاكل والتي تتبلور في صورة مجموعة من البرامج الاجتماعية وعمل على تحليل هذه المشاكل والتي تتبلور في صورة مجموعة من البرامج الاجتماعية والإستراتجيات العامة التي تهدف للحد من مشكلات المجتمع الحديث وتقديم العلاج لها بصورة تتلاءم مع طبيعة الواقع الاجتماعي الذي نشأت فيه؛ إن التخطيط لكل مشاكل المجتمع الحديث اتجه إلى مشكلة الإعاقة والمعاقين ومدى إسهامات العلوم التربوية والنفسية والاجتماعية، لهذه المشكلة وتحديد أسبابها ونتائجها وكيفية التصدي لها ورفع المعاناة عن المعاقين، والتي تأتي الناحية الاجتماعية في مقدمتها بعد أن تفاقمت آثارها ونتائجها بصورة واضحة في السنوات الأخيرة وهددت جميع الفئات الاجتماعية الأخرى .[1]

وبالتالي فإن التخطيط الاجتماعي يوضح ويعكس الاهتمام الكبير لمعالجة مشكلة المعاقين ومختلف أبعادها الحقيقية على المستوى العالمي والعالم النامي، وخاصة بعد التحولات التي شهدها العالم بداية من عقد الثمانينات نحو دراسة هذه المشكلة وتقديم مختلف سبل الرعاية اللازمة للمعاقين لدمجهم وتأهيلهم باعتبار أن هذه الفئات قد افتقدت لكثير من أنماط الرعاية الحقيقية لفترة طويلة جدا.

لقد ارتبطت مشكلة المعاقين في مجتمعات العالم الثالث ارتباطا وثيقا وأساسيا بقضايا التنمية ومشكلاتها المتعددة مما أوجب التخطيط الاجتماعي لها، فارتفاع نسبة الإعاقة والمعاقين إلى هذه النسبة العالية تعد إهدارا حقيقيا لطاقات التنمية وأهم عناصرها الحقيقية وهي الموارد البشرية. ومن هذا المنطلق تعمل العديد من دول العالم الثالث جاهدة لتطوير سياستها الاجتماعية والتخطيط لها وتقديم سبل أفضل لعلاج المعاقين وتأهيلهم.

[1]. مروان عبد المجيد إبراهيم: الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة (تربويا، نفسيا اجتماعيا، تأهيل)، الورق للنشر والتوزيع، د ب ،2002، ص247.

إن التخطيط الاجتماعي أحد الوسائل الفنية الفعالة التي توجهها الدولة حسب إمكانياتها وفي اتجاه القيم التي تشكل قاعدة نظامها السياسي، بمعنى آخر أصبح التخطيط الاجتماعي الناجح يشترط فيه أن يقوم على معلومات موثوق بها ولهذا فإن التخطيط يقتضي دعما وفهما عميقين.

حيث أن التخطيط المنظم يمكن أن يغير بصورة جوهرية مجرى نمو المجتمع، فهدف التخطيط الاجتماعي حل لمشاكل العلمية للمجتمع، حيث أصبح التخطيط الآن ضرورة وقد أصبح أداة للدولة لضبط إمكانياتها وتوجيهها لتحقيق مصالح المجتمع، خاصة في ضوء المشاكل المتعددة التي تواجهها أغلب المجتمعات نتيجة لزيارة السكان والرغبة في الحصول على مستوى أفضل للمعيشة.[1]

الفرع الثاني: تخطيط الرعاية الاجتماعية للمعاقين:

إن عملية التخطيط الاجتماعي عملية طبيعية تفرضها ظروف العصر الحديث الذي تعيش فيه حاليا فالتخطيط العلمي يعتبر إحدى السمات العامة التي تميز العصر الحديث، حيث أن الضمان الوحيد لاستغلال الموارد البشرية والطبيعية بطريقة علمية، وبالتالي لتحقيق الرفاهية الاجتماعية والابتعاد عن الأساليب العشوائية غير المخططة التي لا تعتمد المنهج العلمي.

وهناك مشكلة هامة تعترض المجتمع الحديث الواجب التخطيط له، هي مشكلة المعاقين حيث تفاقمت هذه المشكلة وارتفعت معدلاتها والتي تقدر ب 10% من إجمالي حجم سكان العالم وهذا الأمر يزداد خطورة في الدول النامية، حيث قدرت معدلات الإعاقة في هذه الدول ما بين 13،20 من نسبة السكان.

إن هناك العديد من المشاكل التي مازالت تواجه عملية التخطيط والبرامج المرتبطة بنوعية البناء الاجتماعي والاقتصادي، ومن بين هذه الأسباب التي ساعدت على تفاقم مشكلة زيادة المعاقين في الدول النامية:

أولا: انعدام وعدم توفر المعلومات والإحصائيات والتي بإمكانها أن تكشف عن أبعاد مشكلة المعاقين ومدى تزايد أعدادهم بصفة مستمرة في معظم المجتمعات العربية.

[1]. المرجع السابق: ص . ص 247 .249.

ثانيا: قلة المتخصصين والمعالجين والمدربين لتأهيل المعاقين.

ثالثا: قلة مراكز تأهيل المعاقين وقلة الأجهزة العلاجية والتعويضية.

رابعا: غياب الوعي لدى أسر المعاقين نحو أبنائهم وقلة الإمكانيات الاقتصادية.

خامسا: الاعتماد على المجهودات الحكومية الرسمية وغياب إسهام الجمعيات الخيرية في ذلك.

سادسا: وجود ندرة في المعلومات والبيانات الأساسية حول الإعاقة وأسبابها وتركز معظم المعاقين في مراكز نائية وريفية بعيدة عن المراكز التأهيل والعلاجية.[1]

وبذلك هناك عددا من الأساليب والخطوات التي يمكن عن طريقها التخطيط ووضع سياسات تربوية ملائمة للمعاقين وهي:

1. دراسة كافة المشاكل والعقبات التي تؤثر على عملية التربية وضرورة تصنيف حالات الإعاقة الموجودة لها بصورة سليمة.
2. التعاون مع التخصصات المختلفة من أجل تأهيل المعاقين بقدر ما تكشف هذه العملية من مساهمة فعالة للمعاقين.
3. جمع البيانات للتخطيط في مجال تربية المعاقين والتي تحتاجها عملية التربية الخاصة والعامة.
4. تشجيع الآباء وتعاون أسر المعاقين على المشاركة في عمليات التأهيل والتربية عن طريق الوعي الاجتماعي والتربوي لهم.
5. تدريب الكفاءات التربوية والتأهيلية حيث أن عملية التخطيط لسياسة تربوية تأهيلية تحتاج إلى كفاءات متخصصة في مجال رعاية المعاقين ولذا يجب إعداد البرامج التدريبية الخاصة لرفع مستوياتهم بصورة مستمرة والتخطيط لها.

إن الاهتمام برعاية المعاقين والتخطيط لعمليات التأهيل يوضح كثيرا من جوانب الآثار المباشرة وغير المباشرة التي تحدثها الإعاقة على الأسرة بصورة عامة، وهكذا فقد جاءت عملية التخطيط لرعاية وتأهيل المعاقين لتخفيف من حدة الآثار السلبية ومساعدة الأسرة في حل مشكلات حياتها العادية. إن عملية

[1]. المرجع السابق: ص249.

التخطيط الاجتماعي لتربية وتأهيل المعاقين تحتاج إلى خدمات اجتماعية تقدم لهذه الفئة، والتي يراعي فيها ثلاث أبعاد أساسية هي: نوعية الخدمات، وطبيعة الإعاقة، ودرجة شدة الإصابة، إضافة إلى نوعية الخدمات وتقييمها بصورة مستمرة.

فالتخطيط الاجتماعي له ثلاثة أبعاد تتكون في مجملها حجر الزاوية لعملية الإعداد للمعاقين لدمج المعاقين وهي:

أ_ التخطيط الاجتماعي نحو المعاق:

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 الأخرين، 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. [1]

ب_ 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 بان المعوق كفرد مثله مثل أفراد المجتمع العاديين، أدت به أسباب وراثية أو مكتسبة إلى الإعاقة، فهذه الإعاقة ليست بشيء 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

[1]. عبد الله محمد: سياسات الرعاية الاجتماعية النامية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 1995، ص 188.

حقوقه كفرد في المجتمع وتقدم له رعاية خاصة تجعله مستقلا بذاته (يمارس دوره الاقتصادي ودوره الاجتماعي).

ج_ التخطيط على مستوى المجتمع:

وهنا نقصد به الاهتمام بالمؤسسات التي تقدم الرعايات 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 ستتمكن من توفير أحسن الظروف الملائمة لإدماج المعاق في المجتمع. [1]

على أي حال إن الحاجة ماسة وضرورية لإجراء البحوث والدراسات في مجال رعاية المعاقين خاصة أن الفئات الاجتماعية ومؤسساتها لم تحظى باهتمام الباحثين إلا بالقليل.

[1]. المرجع السابق: ص188.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل نرى أن الرعاية الاجتماعية هي عملية تقدم فيها جميع الخدمات والبرامج التي تكفل المعاق وتؤهله، ويجب ان تقدم وفق سياسات واستراتيجيات مخططة ومنظمة، حصول كما يجب أن توزع بشكل جيد من أجل ادماج ورعاية أكبر عدد ممكن من المعاقين.

الفصل الرابع

خدمات رعاية وتأهيل المعاقين حركيا

تمهيد

المبحث الأول: خدمات التأهيل الصحي.

المبحث الثاني: خدمات التأهيل النفسي.

المبحث الثالث: خدمات التأهيل الاجتماعي.

المبحث الرابع: خدمات التأهيل التربوي.

المبحث الخامس: خدمات التأهيل المهني.

المبحث السادس: خدمات التأهيل المجتمعي.

خلاصة الفصل

تمهيد

يتعرض المعاق حركيا إلى إحباط وعجز في تلبية حاجاته المختلفة، مما ينتج عنه مشكلات تهدد حياته حاضرا ومستقبلاً، وقد تؤدي إلى اضطرابات في قدراته، لهذا فإنه يحتاج إلى رعاية من أجل إشباع هذه الحاجات، وذلك من خلال خدمات وبرامج تأهيلية وتدريبية تساعده على مواجهة إعاقته وتساهم في عملية دمجه؛ وعلى هذا الأساس تناولنا في هذا الفصل خدمات رعاية وتأهيل المعاقين حركيا.

المبحث الأول: خدمات التأهيل الصحي:

قبل التطرق إلى الخدمات الصحية والطبي، سنتطرق إلى الخدمات الوقائية وخدمات الحصر والتسجيل:

المطلب الأول: 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 مايلي:

1. التوعية بأساليب التغذية السليمة.
2. حماية ورعاية الحوامل.
3. حماية أطفال المجتمع من الأمراض، وذلك بالتطعيم المنظم وفي مواعيده.
4. الاكتشاف المبكر للأمراض وعلاجها للوقاية من عجز ينتج عنها.

المطلب الثاني: 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. [1]

وعليه فإن الخدمات الصحية والطبية التي يحتاجها المعوقون كثيرة ومتنوعة منها ما يلي:

1. خدمات الكشف والفحوصات الطبية والأدوية اللازمة في حالات الأمراض المختلفة، بالإضافة إلى العمليات الجراحية وما يتبعها من تكاليف باهظة، لا يقدر عليها المعوقون وحدهم.
2. كما يحتاجون إلى خدمات المادية في الأمراض التي تحتاج لفترات علاجية طويلة.
3. يحتاج المعوقون حركيا إلى خدمات مراكز العلاج الطبيعي بما فيها من أدوات وإمكانيات حديثة تستدعي الكثير من النفقات التي يعجز عنها المعوقون.

[1]. إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، مرجع سابق، ص . ص 91 . 94.

4. يحتاج المعوقون حركيا إلى خدمات مراكز الرعاية اليومية التي تساعدهم على تنمية قدراتهم المتبقية واستثمارها، ليتمكنوا من مساعدة أنفسهم.
5. يحتاج المعوقون حركيا إلى خدمات المراكز العلاجية الإيوائية التي تقدم لهم خدمات الإيوائية اللازمة وإلى خدمات بيوت التمريض.
6. وأخيرا يحتاج المعوقون حركيا إلى خدمات المكاتب والوحدات الصحية التي ترسل لهم الممرضين والممرضات في زيارات دورية لتقديم العلاج والخدمات اللازمة لهم في منازلهم، وخاصة الذين لا يستطيعون الوصول لهذه الخدمات وهم الذين لا يستطيعون الوصول لهذه الخدمات وهم الذين أقعدتهم الإعاقة للحصول على هذه الخدمات.[1]
7. أيضا يحتاجون إلى خدمات مراكز التأهيل الطبي، والتي تتضمن العلاج الطبي والأجهزة التعويضية المتاحة لاستعادة أقصى ما يمكنه من قدراته البدنية والصحية، وذلك بالاستعانة بجميع الوسائل الفنية والطبية:" كالعلاج الطبيعي والتمريض، والطب والجراحة، والعلاج بالعمل والعلاج النفسي والرياضي" وذلك لتمكين المعوق من الوصول إلى درجة عالية من الاعتماد على نفسه.[2]

وتهدف برامج التأهيل الطبي إلى:

أ- العمل على الوقاية من تكرار حدوث العجز باستخدام وسائل الكشف والفحص الطبية والجينية.

ب-العمل على الاكتشاف المبكر لحالات العجز وإجراء عمليات التدخل المبكر لمنع تفاقم مشكلة العجز.

ج- العمل على تحسين أو تعديل القدرات الجسمية والوظيفية للفرد، بوسائل العلاج الطبي اللازمة سواء باستخدام العقاقير والأدوية أو العمليات الجراحية أو غيرها من الإجراءات، وذلك للوصول به إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي.

وتتضمن وسائل التأهيل الطبي: الأدوية والعقاقير الطبية، العمليات الجراحية، العلاج الطبيعي، الأجهزة الطبية التعويضية والوسائل المساعدة، الإرشاد الطب.[3]

---

[1] . محمد سلامة غباري: رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية "رعاية المعوقين"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2003، ص . ص 79 . 80.

[2]. حلمي إبراهيم، ليلى السيد فرحات: التربية الرياضية والترويح للمعوقين، دار الفكر العربي، القاهرة مصر، 1998، ص 43.

[3]. وائل محمد مسعود: الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض السعودية، 2002، ص، ص 47، 48.

وتتضمن عملية التأهيل الطبي مرحلة العلاج بالعمل، والذي يقرره الطبيب بالاشتراك مع الأخصائي الاجتماعي، وفيه يمارس المعوق حركيا نوعًا من النشاط أو الحيوية ذات الصفة الإنتاجية أثناء فترة العلاج، بغرض تدريبه على القيام بحركات معينة، تفيد خطة العلاج من جانب واستثمار وقت فراغه بأسلوب مثمر وصرفه عن التفكير في عاهته، وتحسين حالته النفسية ورفع روحه المعنوية مما يكون له أثر كبير في التعجيل بالشفاء.[1] ويمر هذا التأهيل بمراحل وخطوات وهي كالتالي:

الفرع الأول: 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 غيره، مما يضيف مشكلات صحية على العجز الأصلي، وهذه العملية تهتم بصفة خاصة بما يلي:

أولا: تاريخ الحمل والولادة وعلاقته بالأمراض التي أصيب بها المعوق والعجز.

ثانيا: مستوى التغذية للمعوق ويعرف عن طريق مستوى دخل الأسرة وظروفها لاجتماعية.

ثالثا: التاريخ المرضي وما قد أصيب به المعوق من أمراض وحوادث.

رابعا: العمليات الجراحية التي أجريت له إن وجد، الكشف الصحي العام للمعوق، التحاليل الطبية والأعمال المعملية الأخرى.

خامسا: 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، فانه يقوم بالتقييم الطبي أخصائي في الأعصاب ويشمل التقويم الطبي:

أ- دراسة حالة العجز ودرجته ومداه.

ب-دراسة أسباب التعويق.

ج- تقرير مستقبل الحالة، بناء على مدى العجز وشدته، ومدى توفير الخدمات لرعايته.

الفرع الثاني: الرعاية الصحية والطبية للمعوق:

وتعتبر الخطوة الثانية بعد عملية التقويم الصحي والطبي، ولهذه الرعاية عدة أهداف أهمها:

أولا: تقوية صحة المعوق والوقاية النوعية له من الأمراض.

[1]. ماهر أبو المعاطي علي: الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة مع نماذج من رعايتهم في بعض الدول الخليجية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر، 2004، ص، ص 265، 266.

ثانيا: علاج ومتابعة الحالات المرضية أيا كان نوعها.

الفرع الثالث: 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:

أولا: 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.

ثانيا: متابعة حالة المعوق، وزيارته بعد خروجه من المؤسسة الطبية للاطمئنان على تنفيذه لتعليمات الطبيب المعالج والخطة العلاجية الموضوعة، ومدى استعداده للعودة إلى نشاطه.

ثالثا: 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.[1]

[1]. أحمد مسعودان: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية، ص-ص 225-227.

المبحث الثاني: خدمات التأهيل النفسي:

المعوق بحاجة إلى خدمات نفسية، لأنه عرضة لاضطرابات نفسية مهما كانت قوة بنائه النفسي، لأنه نادرا ما ينجح المعوق بنفسه في استعادة تكيفه مع بيئته باكتشاف الإمكانات الباقية لديه، ولذا فإن الخدمات النفسية المقدمة للمعوق تساعده على اكتشاف ما تبقى لديه من إمكانات، وتعبير نظرته النفسية لاستعادة ثقته في ذاته وإعادة توازنه الانفعالي حتى يمكنه الاستفادة من إمكانياته المتاحة.

ولمواجهة العوامل النفسية التي نتجت عن الإعاقة وكان لها تأثير الواضح على المعوق، فهناك مجموعة من الحاجات النفسية التي يجب إشباعها عند المعوق، مما يساعد المعوق على أن يكون في صحة نفسية جيدة ومن أهمها الشعور بالأمن والاطمئنان، الشعور بالاستقرار، أن يحاط ممن حوله بالثقة والتعاون.

كما يجب أن نحاول أن نشعر المعوق بالاتزان الانفعالي، كما يجب أن نجنبه العزلة والانطواء وأن نجعله محبوبا من الآخرين، من خلال إقامة علاقات مع كثير من الأفراد، كل هذا يعتبر مجالا واسعا لإشباع الحاجات النفسية كما يعطي الفرصة للنجاح والنمو.[1]

كذلك تساعد خدمات التأهيل النفسي معاونة المعوق في مقاومة الشعور بالنقص، نتيجة لنظرة بعض أفراد المجتمع إليه ومقارنة نفسه بالآخرين، كما تساعده في التغلب على الحالة النفسية التي تصاحب الإعاقة الحركية.[2] وعليه فالتأهيل النفسي يقوم على مبدأ احترام إنسانية وفردية الشخص واستعداده للعلاج وتعديل سلوكه بشكل ملائم، إضافة إلى أن التأهيل النفسي لكافة الفئات له نفس الأسس والمبادئ التي يجب مراعاتها في العمل مع الفرد، بغض النظر عن جنسه أو لونه أو إعاقته مع مراعاة خصائصه الفردية وقدراته الخاصة ونواحي العجز لديه، ويتطلب ذلك اختيار الاستراتيجية المناسبة والتي تحقق التقدم مع هذا الشخص أو ذاك؛ إن خدمات العلاج النفسي تعتبر هامة وأساسية كجزء أساسي من برامج التأهيل النفسي، خاصة برامج إعادة التأهيل بشكل عام مرتبطة بكافة أشكال التأهيل المهني والأكاديمي والاجتماعي والطبي،

[1] . محمد سلامة غباري: رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق: ص 86.

[2]. عبد الرحمان سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة (الجزء الأول ذو الحاجات الخاصة المفهوم والفئات)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر، 2008، ص102.

ومن أشكال العلاج النفسي: "العلاج بالموسيقى والعلاج بالرياضة والعلاج بالعمل أو ما يعرف بالعلاج الوظيفي.[1]

وعمليات التأهيل النفسي تسعى في المقام الأول إلى تقديم الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الشخص المعوق حركيًا مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به، ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع الآخرين. ويهدف التأهيل النفسي إلى الوصول بالفرد لأقصى درجة ممكنة من درجات النمو، والتكافل في شخصيته، وتحقيق ذاته وتقبل إعاقته، وتخفيض التوتر والكبت والقلق، الذي يعاني منه المعوق وضبط عواطفه وتعديل العادات السلوكية الخاطئة، ومساعدته على فهم خصائصه النفسي.[2]

كذلك الآثار النفسية المترتبة على مشكلات الإعاقة الحركية المختلفة، تحد من أداء الفرد وتؤثر سلبًا على تكيفه في جوانب حياته المختلفة، وحيث أن خدمات التأهيل بشكل عام تهدف من خلال البرامج المختلفة إلى مساعدة الأفراد على استعادة قدراتهم من أجل تحقيق التكيف والاستقرار. إن التأهيل النفسي بهذا المعنى يكون مجموعة الخدمات المتخصصة التي تهدف إلى مساعدة المعوق على مواجهة المشكلات وتحديد أسبابها وفهمها لاتخاذ القرارات المناسبة، من خلال فهم أبعاد شخصيته وقدراته المختلفة، وبالتالي تحقيق أقصى درجة ممكنة من التكيف والعمل والوصول إلى مفهوم إيجابي للذات، وتمتد أهداف التأهيل النفسي لتشمل كل من الفرد المعوق وأسرته كما يلي:

المطلب الأول: أهداف موجهة نحو الفرد المعوق: وتشمل:

1. مساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى درجة من التوافق الشخصي.
2. مساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق الاجتماعي والمهني، وذلك من خلال مساعدته في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة للمجتمع، وكذلك مساعدته على الاختيار المهني السليم الذي يتناسب مع حالته وميوله واستعداداته.
3. العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.

[1]. مروان عبد المجيد إبراهيم: رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص . ص 96. 98.

[2]. عبد المحي محمود حسن، السيد رمضان: أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، مرجع سابق، ص، ص 49، 50.

المطلب الثاني: أهداف موجهة نحو أسرة الفرد المعوق: وتشمل:

1. مساعدة الأسرة على فهم وتقدير حالة الإعاقة، وذلك من خلال تزويدها بالمعلومات الضرورية عن حالة الإعاقة ومتطلباتها وتعديل اتجاهاتها نحو إعاقة أحد أفرادها.
2. مساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تنشأ عن حالة الإعاقة والتخفيف من آثارها.
3. مساعدة الأسرة في الوصول إلى قرار سليم واختيار مجال التأهيل المناسب للفرد المعوق وتدريبها على أساليب رعاية وتدريب الفرد المعوق.

ومن بين وسائل وأساليب التأهيل النفسي: الإرشاد النفسي، الإرشاد الأسرى، تعديل السلوك، التوجيه والإرشاد المهني العلاج النفسي. [1]

كما تشتمل خدمات التأهيل النفسي على: الإرشاد الفردي والجماعي، والإرشاد باللعب وبالعمل والفن والتمثيل والسيكو دراما، أن خدمات التأهيل النفسي هامة جدًا في أي جزء أو جانب من برامج التأهيل ولابد وأن يكون المرشد أو الأخصائي النفسي عضوًا أساسيًا في برنامج التأهيل، حتى يستطيع تحديد وتقرير شكل التأهيل النفسي ودرجته وصورته وفقا لمتطلبات البرنامج وظروف كل حالة وأهداف تأهيلها.[2]

ومن بين الخطوات التي يجريها الأخصائي النفساني هي:

الفرع الأول: التقويم النفسي للمعوق:

ويهدف التقييم 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:

أولا: مستوى ذكاء المعوق واستعداداته العقلية، مدى أثر الإعاقة على شخصيته وسلوكه، دراسة ميوله الخاصة وقدراته المهنية، مدى استعداداته للتعاون والاستفادة من برنامج الرعاية.

ثانيا: تحديد ما إذا كانت الإعاقة ناتجة عن إصابة عضوية أم انه انحراف وظيفي أي سلوكي فقط.

---

[1]. وائل محمود مسعود: الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص، ص 49، 50.

[2]. زينب محمود شقير: خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر، 2002، ص 224.

ثالثا: 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 النفساني، ويعتمد في عمله على المقابلة والملاحظة وإجراء الاختبارات والمقاييس النفسية المختلفة.

الفرع الثاني: الرعاية النفسية للمعوق:

وتعتبر الخطوة الثانية التي يجريها الأخصائي النفساني بعد خطوة التقويم النفسي، ولهذه الرعاية عدة أهداف:

أولا: تهيئة المناخ العلاجي المناسب لحالة المعوق، والعلاقة الحسنة بين المعوق والأخصائي.

ثانيا: إزالة العوامل والأسباب التي أدت إلى المرض، وعلاج أعراض المرض.

ثالثا: حل المشكلات ومواجهتها تحويلها من مشكلات مسيطرة، إلى مشكلات مسيطر عليها.

رابعا: تعديل السلوك غير السوي، وتعلم السلوك السوي الناضج، تعزيز الدوافع التي تكمن وراء السلوك السوي الناضج.

خامسا: التخلص من نواحي الضعف والعجز بإبعاد تفكير المعوق عنها، وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات والإمكانيات المكتوبة وتنميتها[1].

سادسا: تغيير المفهوم السلبي للذات، وتنمية مفهوم الذات الايجابي؛ تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة، زيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية القوية وتحقيق تكاملها.

سابعا: تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

ثامنا: تعلم أساليب أكثر فعالية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصور واقعية.

تاسعا: زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه.

الفرع الثالث: 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

[1]. أحمد مسعودان: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق ص، ص228، 229.

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 سطحيا أو ظاهريا أو مؤقتا.

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].

المبحث الثالث: خدمات التأهيل الاجتماعي:

يقوم بتقديم هذه الخدمات قسم البحث الاجتماعي الذي يتحمل مسؤولية الإشراف والتوجيه والمتابعة المعاقين داخل المؤسسة وخارجها، فيكتب التقارير التي تساعد كثيرا في كيفية متابعتهم متابعة علمية. يكون الأخصائي الاجتماعي مسؤولا عن عدد المعاقين لا يتجاوز في أكثر الأحيان عن ثلاثين معاق، إذ يمد المعلمين بمعلومات على غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع هؤلاء المعاقين، لما يمتلك من خلفية حولهم من خلال الملاحظة الدقيقة المستمرة، ومن خلال لقاء أسرهم سواء في بيوت المعاقين أو عند استدعاء أولياء أمورهم إلى المركز.

فالأخصائي الاجتماعي يسعى جاهدا لمد الجسور بين البيت والمركز للوقوف على قدرات المعاق حركيا واستعداداته واستثمارها استثمارا سليما، الأمر الذي يعزز ثقته بنفسه ونظراته إلى ذاته ويحقق بعض القبول الاجتماعي، حتى يساعده في التغلب على المشاكل التي تواجهه أو تواجه الأسرة نتيجة الإصابة بهذه الإعاقة. [2]

ويقوم كذلك 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

[1]. المرجع السابق: ص، ص 228، 229.

[2]. قحطان أحمد الظاهر: مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر، ط2، عمان، الأردن، 2008، ص 44.

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. كما يجب استخدام التأهيل الاجتماعي من خلال تأهيل المعوق حركيًا من الناحية الاجتماعية، وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي والتوافق مع أسرته وعمله والمجتمع الذي يعيش فيه، والإقلال من الأعباء الاجتماعية والاقتصادية التي قد تعوق عملية التأهيل؛[1] وتتضمن عملية التأهيل الاجتماعي مجموعة من الجهود المبذولة لإحداث تغيرات أساسية في تقبل الفرد لقدراته والتوافق مع أدواره الاجتماعية سواء بالنسبة للعمل أو الأسرة أو علاقته مع الآخرين، وتوفير فرص حياة أفضل بالنسبة له، وذلك لمقابلة متطلبات الحياة في المجتمع مع تقديم خدمات المشورة بعد التأهيل. [2]

وتتمثل أهداف برامج التأهيل الاجتماعي في مايلي:

1. تطوير مهارات السلوك الاجتماعي التكيف عند الفرد المعوق.
2. العمل على تعديل اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق وتوفير المساعدات ووسائل الدعم المناسبة لها لتكون قادرة على تأمين ظروف التنشئة الاجتماعية المناسبة له.
3. توفير الظروف الوظيفية لتمكين المعوق من ممارسة حياته والاندماج في الحياة العامة، وتكوين أسرة وتلبية احتياجاته واحتياجات أفراد أسرته.
4. العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج المعوق في المجتمع المحلي وذلك من خلال العمل على تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها تجاه الإعاقة.
5. العمل على توفير الخدمات الاجتماعية اللازمة لتلبية الاحتياجات الخاصة للأفراد المعوقين، والحث على سن التشريعات والقوانين اللازمة لتأمين حقوقهم.[3]

وعلى هذا الأساس فإن التأهيل الاجتماعي هو مجموعة من الخدمات تهدف إلى مساعدة الفرد على التكيف والتفاعل بشكل إيجابي مع المجتمع، وخدماته تعتبر مكملة وأساسية في ميدان التربية وتأهيل المعوقين والتربية الخاصة، ويمكن القول أيضا: أن خدمات التأهيل الاجتماعي تهدف إلى تطوير السلوك

---

[1]. عبد الرحمان سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الجزء الأول: ذو الحاجات الخاصة المفهوم والذات)، مرجع سابق، ص283.

[2]. أحمد مصطفى: الرعاية الاجتماعية، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2000، ص343.

[3]. وائل محمد مسعود: الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص51.

المناسب والملائم عند الفرد لتمكينه من القيام بدوره الاجتماعي المناسب، وليستجيب للمتطلبات الاجتماعية في المواقف والظروف المختلفة.[1] ويمر بمراحل وخطوات هي:

المطلب الأول: 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:

1. 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.
2. المشكلات الاجتماعية والنفسية التي نجمت عن العاهة.
3. دراسة شخصية المعوق من ناحية الاعتماد على النفس أو الاتكالية والانطواء، والميولات العدوانية وأثر سلوكه في علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها.
4. رأي المعوق في الأعمال التي يرغب في التدرب عليها، كذلك استعداداته وإمكانياته التي يمكن الاستفادة منها في عمليات التأهيل، إلى غير ذلك من المعلومات[2].

ويقوم بهذه الدراسة الأخصائي الاجتماعي ويعتمد في دراسته لحالة المعوق على عدة مصادر يمكننا رصدها بصفة عامة في النواحي التالية: 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.

ولحصول الأخصائي الاجتماعي على كافة المعلومات والحقائق الدراسية، الذاتية، البيئية المرتبطة بحالة المعوق من هذه المصادر فإنه يستعين في ذلك بعدة أساليب دراسية أهمها: المقابلات بأنواعها المختلفة، سواء مقابلة المعوق ذاته أو المحيطين به أو الخبراء، الزيارات المنزلية أو المؤسسية المكاتبات أو الاتصالات الهاتفية.

---

[1]. مروان عبد المجيد إبراهيم: رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص100.

[2]. أحمد مسعودان: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص231.

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.

المطلب الثاني: الرعاية الاجتماعية للمعوق:

تختلف أساليب ونظم الرعاية الاجتماعية للمعوقين حسب نوع ودرجة الإعاقة، بل وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بالفرد المعوق وأسرته، وعموما يمكن تصنيفها كما يلي:

الفرع الأول: 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 تدريبا خاصا للقيام بهذه المهمة.

الفرع الثاني: 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 منها: 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[1].

الفرع الثالث: الخدمات الاجتماعية: تشمل مختلف الخدمات من:

أولا: خدمات غذائية: يجب أن يكون لكل مركز تأهيلي مطعم تقدم به وجبات غذائية منتظمة، صحية وفق الشروط الضرورية من حيث النظافة والكيف والكم.

ثانيا: 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

[1]. المرجع السابق: ص . ص 231 .233.

فيها جميع الخدمات التي يحتاجها المعوق من أجل تعويض بيئته الطبيعية، رغم أنه لا يمكن في أي حال من الأحوال تعويضها، وهذه الخدمات تتمثل فيما يلي:

ثالثا: خدمات صحية نفسية: أن يتوفر المركز على عيادة طبية تتوفر على طبيب وممرض، وعيادة نفسية تتوفر على طبيب نفساني، من أجل مواجهة أية نكسة صحية أو نفسية قد يتعرض لها معوق فجأة.

رابعا: 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.

خامسا: 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.

سادسا: خدمات ثقافية: وتتمثل في مكتبة للمطالعة والقراءة ولمراجعة الدروس في النهار، وتنظيم منافسات ثقافية وندوات وملتقيات علمية وغيرها من النشاطات الثقافية.

سابعا: خدمات روحية: وتتمثل في وجود أماكن العبادة وقراءة القرآن الكريم.

ثامنا: 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 يفيده من أجل صرف تفكيره عن إعاقته للقضاء على قلقه ومخاوفه وكل مشكلاته التي تنجم عن العاهة.

المطلب الثالث: التتبع والرعاية اللاحقة للمعوق:

ويتبع هذا الأسلوب بعد انتهاء برنامج التأهيل المعوق، سواء تأهيل صحي، طبي، نفسي، مهني، ويقتضي هذا النظام توفير ما يلي:

يمنح للمعوق شهادة يبين بها على الأخص المهنة التي تم تأهيله له، وبيانات أخرى مثل 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 عليها الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين؛ تقديم تقرير على حاجات المعوق للاستفادة من تلبيتها 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].

المبحث الرابع: خدمات التأهيل التربوي:

يقصد بالخدمات التربوية هنا كل الجهود المبذولة لمساعدة المعاق حركيا على تنمية قدراته المختلفة والتقليل من نسبة الإعاقة وتوفير البدائل التربوية ومن هذه الخدمات:

المطلب الأول: خدمات في البيت: حيث يمكن أن يساهم الوالدين بقدر كبير في مساعدة طفلهم المعاق حركيا بإتباع الإجراءات الآتية:

1. الكشف المبكر عن الحالة وعرض الطفل على الأخصائي لتحديد نوعية الحالة وشدتها.
2. تدريب المعاق حركياً على كيفية الحركة وأداء مهامه اليومية بنفسه.
3. توفير أنشطة وألعاب مناسبة والتركيز على ممارسة التمرينات التعويضية والعلاجية التي تسهم في تعديل وضع الجسم وتنمي مهارات التوافق العضلي والعصبي.
4. توفير الأجهزة الطبية المساعدة كالعكازات أو الكرسي المتحرك (حسب الحالة).[2]

المطلب الثاني: في المدرسة: يمكن اتخاذ الترتيبات التالية:

1. تعديل البرامج التعليمية والتربوية حسب الحالات، مع العلم بأن هناك برنامج محدد بهذه الحالات والمقصود تكييف البرامج المتاحة لتتناسب مع حالة المعاق.
2. تعديل المقعد الدراسي ليتمكن المعاق حركيا من الجلوس والوقوف بطريقة سهلة.
3. توجيه النصائح التربوية للأطفال للجلوس الصحيح الذي يحمي الجسم من التشوهات القوامية.
4. إعداد وتنفيذ برنامج حركي رياضي لتدريب المعاقين حركيا على المهارات التالية:

أ- مهارات الجلوس والوقوف.

---

[1]. المرجع السابق: ص-ص 233-235.

[2]. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2011، ص . ص 438،440.

ب-مهارات الجري والوثب ومهارات الدحرجة والزحف، مهارات الألعاب مثل التقاط الكرة ورميها باليد ومهارات ركل الكرة بالقدم، مهارات استخدام مضرب التنس أو مضرب تنس الطاولة حسب الحالة ووفق ما يتوفر في المدرسة.

ج- التدريب على السباحة إذا توفر حوض السباحة في المدرسة أو الجوار.

د- مهارات تغيير اتجاه الجسم كأن يجري التلاميذ وعند سماع صفارة واحدة يغيرون اتجاه الجري نحو اليسار وعند سماع صفارتنا يتجهون إلى الخلف وهكذا.

هـ-تدريبات للرقبة بتحريك الرأس إلى الجانبيين أو عمل دوائر بالرأس.[1]

كما يعمل التأهيل التربوي والأكاديمي باعتبار التربية الخاصة والتأهيل عمليتان مترادفتان في المعنى من حيث شمولهما على برامج متكاملة، ومن حيث الهدف الذي يسعى له كل جانب من هذه الخدمات.

فالتربية الخاصة تمثل مجموعة من الخدمات المنظمة والمصممة لمساعدة الأفراد ذوى الحاجات الخاصة من خلال البرامج المناسبة، التي تسعى لتنمية قدراتهم المختلفة واستغلالها بشكل مناسب يمكنهم من تحقيق التكيف والاندماج.[2]

ويعمل المختصون في مجال التربية الخاصة على تعديل الأنشطة التربوية والظروف المتاحة في المؤسسات التربوية العادية، بحيث تساعد الأفراد الذين لا يستفيدون من هذه الفرص والأنظمة التربوية العادية على النمو السليم المتوافق الذي يؤدى إلى تحقيق الذات، وهذه التعديلات تشمل العناصر المختلفة الأساسية التي تتكون منها العملية التعليمية والتربوية مثل المناهج، أساليب التدريس، الوسائل التعليمية، الأجهزة والأدوات والأنشطة التدريبية والأبنية والفصول الدراسية، وأعداد المعلمين والكوادر.

وقد بدأت خدمات التربية الخاصة أساسًا بمؤسسات الإقامة الدائمة والكاملة، بحيث يلتحق المعوق بالمؤسسة لكل الوقت، ويتلقى الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والصحية، إلا أن هذا النمط من المؤسسات لم يستمر طويلا نتيجة الانتقادات التي وجهت إليها، وأهمها عزل المعوقين عن مجتمعهم مما أدى إلى ظهور نظم أخرى أكثر ملائمة للاتجاهات الحديثة ومنها نظام المراكز.

---

[1] . المرجع السابق: 439، 440.

[2]. عزة نادي عبد الظاهر عبد الباقي: تصور مقترح لتفعيل دور الجمعيات الأهلية المصرية في مجال تأهيل المعوقين حركيا في ضوء خبرات بعض الدول، مرجع سابق، ص 119.

حيث تقدم هذه المراكز خدماتها لمختلف فئات الإعاقة سواء لكل الفئات في نفس المركز، أو لفئة واحدة كالمعوقين حركيًا ،أو عقليًا ، أو سمعيا...الخ، يذهب المعوقون إلى هذه المراكز لوقت محدد من النهار" مثل دوام المدارس النهارية العادية "ويعودون إلى أسرهم في نهاية الدوام المدرسي؛ وتقدم هذه المراكز البرامج التعليمية والتدريبية بوسائل وأساليب خاصة تناسب احتياجات وظروف الإعاقة الخاصة، ومن الجوانب التي تركز على تنميتها، مهارات العناية بالذات ، المهارات الاستقلالية والاجتماعية، والمهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب، وكذلك مهارات اللغة والتواصل والمهارات الحركية والحسية والمعرفية المختلفة، وهذه المهارات تقدم وفق ما يناسب كل فئة من فئات الإعاقة بما يناسب خصائصها وحاجاتها.

والمعوقون حركيًا يمكنهم تعلم نفس المناهج العادية مع بعض التعديلات في الوسائل وخاصة القراءة والكتابة واستخدام الأدوات المعنية، يعتبر التعديل في الأدوات المساعدة في عمليات الكتابة للمعوقين حركيًا من العوامل الهامة لقيامهم بالمهمات التربوية، وتختلف هذه المساعدات باختلاف حالات الإعاقة الحركية فبعض الطلاب لا يستطيع حمل أو مسك أداة الكتابة ومنهم من لا يستطيع توجيه الحركة الكتابية، ويعاني آخرون من الضعف الشديد والملحوظ وارتخاء في العضلات ومنهم من هو فاقد لإحدى الذراعين أو اليدين.[1]

لذلك يمكن أن نقول بأن ما يناسب حالة قد لا يناسب حالة أخرى نتيجة التباين في نوع الإصابة ومكانها وأثرها الوظيفي على المهارات الحركية، سواء كانت مهارات الحركة الدقيقة أو المهارات الحركية العامة، من هنا لابد من اختيار الأداة الملائمة والمساعدة على الكتابة واختيار الطرف الملائم لهذه العملية سواء كان طرفًا علوياً أو سفلياً؛ فمثلا عند اختيار اليد لعملية الكتابة فإن على أخصائي التربية الخاصة بالجمعية أن يقوم بتحليلها للتعرف على الأجزاء الوظيفية العاملة بها وغير العاملة، وللتعرف على مدى التحمل ومقدرة اليد على الفتح والإغلاق ومسك الأشياء وحركة الأصابع وانسجامها مع حاسة الأبصار، وعند تعديل المواد المساعدة على الكتابة لابد من أخذ العوامل السالفة بعين الاعتبار.

وتعتبر الأهداف التربوية لتأهيل المعوقين حركيًا هي نفس الأهداف الخاصة بتربية الأفراد العاديين، إلا إن هناك ضرورة واضحة لتعديل البرامج الدراسية والأنشطة كلما دعت الحاجة لذلك لتتواءم مع صحة المعوق وحاجاته، وما يصحب ذلك من مشكلات انفعالية وبخاصة إذا كان ذلك يتم داخل الجمعيات

[1]. المرجع السابق: ص، ص 119، 120.

الأهلية، ويلعب العاملون في مجال التأهيل التربوي دورًا مهمًا في مساعدة المعوقين حركيا على تعزيز العادات الشخصية وأنماط السلوك التي تمكن كل فرد من تحقيق أقصى ما يمكن من فاعلية.

إن عملية التأهيل التربوي وبغض النظر عن المكان التربوي الذي تطبق فيه فإنها تهدف إلى تزويد الفرد المعوق بالمعلومات والمهارات الضرورية التي تلبي احتياجاته التربوية الخاصة، من خلال برامج تربوية وأساليب تدريس ووسائل تعليمية مناسبة يؤديها معلمون متخصصون في التربية الخاصة يتم إعدادهم في الكليات التربوية بالجامعات، ويتم تحديد البرنامج التربوي بناء على درجة الإعاقة وشدتها، درجة وعي الأسرة واتجاهاتها وتوقعاتها من الطفل ومدى توفر الخدمات التربوية في البيئة التي يعيش فيها الطفل.

ولقد كان القانون الدولي لعام142/94 سنة 1975 المعروف باسم التربية لكل الأطفال المعوقين، والذي تبنته الأمم المتحدة من أهم القوانين التي نادت بالرعاية والتعليم والتشغيل للمعوقين والتقدم في الديمقراطيات العالمية، والتي أظهرت الاهتمام بالتشريعات الخاصة التي تُعَني بحقوق الإنسان وخاصة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، ومنهم المعوقين حركيًا والتغير الذي حدث في اتجاهات معظم الهيئات. بالأعمال اليومية والإعداد التربوي والمهني للالتحاق بعمل مناسب، ليضمن تحقيق قدر معقول من الاستقلال المهني والجهات المختصة في رعاية وتأهيل المعاقين حركيًا.

ويهدف التأهيل التربوي مساعدة المعوق حركيًا في حدود قدراته وعلى ضوء خصائصه واحتياجاته ليصبح مواطنًا صالحًا معتمدًا على نفسه، ويسعى التأهيل من هذا الجانب إلى تحقيق التوافق الشخصي والانفعالي والاجتماعي والاقتصادي، ويسعى إلى تحقيق احتياجات أساسية فيما يلي:

أ- تحقيق التكيف والتوافق الانفعالي والاستقلال الذاتي في الأسرة والمدرسة.

ب-تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق الاشتراك في المواقف التعليمية المناسبة.

ج- اكتساب المهارات الأكاديمية الأساسية وتعليم الطفل ليكون عضو في أسرة ومجتمع أكبر.

د- اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية والإعداد التربوي والمهني للالتحاق بعمل مناسب ليضمن تحقيق قدر معقول من الاستقلال المهني. [1]

[1] -المرجع السابق: ص . ص120 . 122.

المبحث الخامس: الخدمات التأهيل المهني:

يركز كل المهتمين في مجال المعاقين على كيفية إثبات أدمية الإنسان، وتذليل كل الصعوبات التي تحول دون شعوره كغيره من أقرانه الاعتياديين، وتحويله من حالة الاعتمادية على الغير إلى الاعتماد على الذات. وما يفرزه ذلك من شعور بالرضا فضلا عما يعكسه ذلك من تعامل ورؤية أفضل من قبل الآخرين، ومساعدته على تطوير قابليته وقدراته العقلية والجسمية والحصول على الشغل المناسب، ويجرى توجيه الفرد المعاق لاختيار المهنة التي تتناسب مع قدراته ورغباته. تشتمل خدمات التأهيل التقييم والإرشاد والتوجيه المهني والتهيئة المهنية وتشغيل والمتابعة.[1]

وقد عرفت اتفاقية استخدام المعوقين عام 1983 رقم 195 توصية رقم168 التأهيل المهني، بأنه تلك المرحلة من عملية التأهيل المتصلة والمنسقة التي تشمل توفير خدمات مهنية، مثل التوجيه المهني والتدريب المهني والاستخدام الاختياري بقصد تمكين الشخص المعوق من ضمان عمل مناسب والاحتفاظ به والترقي فيه. ويمكن تعريفه أيضا بأنه برنامج يتضمن خطوات منسقة ومتواصلة لتوفير مجموعة من الخدمات الفنية، مثل التوجيه المهني والتدريب المهني بقصد تمكين المعوق من ضمان الحصول على عمل مناسب لظروفه وإمكانياته والاحتفاظ به والترقي فيه لتعزيز اندماج المعوق في المجتمع.[2]

يمثل التأهيل المهني مجموعة البرامج والأنشطة التي تهدف إلى استثمار وتوظيف قدرات وطاقات الشخص المعوق وتدريبه على مهنة مناسبة، يستطيع من خلالها الحصول على دخل يساعده على تأمين متطلباته الحياتية، وتستهدف عمليات التأهيل المهني مساعدة الفرد الذي كان يحيا حياة غير منتجة أو حياة ليست عملية، لكي يدخل من جديد إلى المجتمع ويساهم مساهمة إيجابية فاعلة لمجتمعة ولنفسه ولأسرته.[3] ويمكن تلخيص الأهداف الخاصة بالتأهيل المهني في النقاط التالية:

1. توظيف طاقات وقدرات الشخص المعوق في تدريبه على مهنة مناسبة .
2. ضمان عمل مناسب للشخص المعوق وضمان احتفاظه بهذا العمل والترقي فيه.
3. ضمان دخل اقتصادي دوري ملائم يستطيع من خلاله الشخص المعوق تأمين متطلباته الحياتية.

---

[1]. قحطان أحمد الظاهر: مدخل إلى التربية الخاصة، ص 49.

[2]. وائل محمد مسعود: الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص54.

[3]. مروان عبد المجيد إبراهيم: رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص، ص 71، 72.

4. إعادة ثقة الشخص المعوق بنفسه وتقديره لذاته والشعور بالإنتاجية.
5. تعديل اتجاهات الآخرين نحو قدرات وإمكانات الشخص المعوق.
6. توجيه واستثمار الأيدي العاملة والطاقات المعطلة للأشخاص المعوقين كمورد من موارد التنمية الاقتصادية المنتجة في المجتمع.
7. دمج المعوق في الحياة العامة للمجتمع[1].

يتضمن التأهيل المهني تنمية المهارات التي فقدت أو أهملت، ومساعدة الفرد في العثور على عمل إما في المجال الصناعي أو التجاري أو ورشة محمية والبرنامج الفعال، يمكن الشخص المعوق من أن يصبح عضوًا مسهمًا في المجتمع، ويحسن التوافق السيكولوجي بزيادة تقدير الذات ورفع الروح المعنوية.[2] ويمر التأهيل المهني بمجموعة من الخطوات هي:

المطلب الأول: التقييم المهني:

وهي عملية تهدف إلى دراسة قدرات وإمكانيات الشخص المعوق المهنية، والتعرف على ميوله واستعداداته المهنية بهدف مساعدته على الاختيار المهني في حدود ما هو متوفر من برامج مهنية في مراكز التدريب المهني، ويقوم بهذه الخطوة أخصائي التقييم المهني أو مرشد التأهيل وتستخدم فيها عدد من المقاييس والاختبارات النفسية والمهنية، التي تساعد على التنبؤ بالمجالات المهنية، التي تناسب استعدادات وميول وقدرات الشخص المعوق.[3]

المطلب الثاني: التوجيه المهني:

وهي خطوة تهدف إلى مساعدة الأشخاص المعوقين على الاختيار المهني للمهنة، التي تتناسب مع ميولهم واستعداداتهم وقدراتهم من جهة ومع الفرص المناسبة والمتاحة لهم في سوق العمل، من جهة أخرى أن مهمة التوجيه المهني تعد عصب التأهيل للمعوقين، لأن الهدف الرئيسي لهذا التأهيل هو إعادة المعوق لممارسة عمل بعد علاجه وتدريبه، وأن التأهيل المهني يتفق ومبدأ الكفاية الإنتاجية والذي يضع

[1]. وائل محمد مسعود: الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص55.

[2]. جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، ج8، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر، 1996، ص 4165.

[3]. مدحت أبو النصر: مراحل العمل في مجال رعاية المعوقين، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد62، يونيو، 2000.

أنسب شخص في أنسب عمل بالنسبة له. وتتضمن عملية التوجيه المهني تطبيق النظرة التكاملية للفرد عن طريق الفريق، حيث يشترك أعضاء الفريق في هذه العملية كل بمجال تخصصه متعاونين فيما بينهم لتحقيق الهدف المنشود، وبعد مناقشة حالة المعوق يمكن تحديد نوع المهنة أو العمل الذي سيوجه إليه المعوق وتعزيز ما يحتاج إليه من تدريب ومدة هذا التدريب وإمكانيات العمل.[1]

المطلب الثالث: التدريب المهني:

وهي الخطوة الرئيسية في عملية التأهيل المهني التي تخصص للتدريب الفعلي للشخص المعوق، على المهنة التي تم اختيارها بعد إجراء التقييم والتوجيه المهني. وتمر عملية التدريب المهني في ثلاث مراحل هي: التهيئة المهنية، التطبيق العملي، التدريب في سوق العمل.

وبالنسبة للجهات التي تقوم بعملية التدريب المهني داخل الجمعيات الأهلية فهي تتمثل في:

1. مراكز التدريب المهني لمن هم أقل من 19 سنة
2. المؤسسات الداخلية التي تنشئها هيئات التأهيل المهني لتأهيل الأطفال حتى سن 18 سنة تلحق بها فصول دراسية وورش للتدريب على بعض الأعمال أو الحرف بالإضافة للرعاية النفسية والاجتماعية.
3. التدريب المهني بالمنزل للحالات التي يصعب انتقالها لمركز التدريب وفي هذه الحالة قد تصرف أحيانا مساعدات مالية للمعوق وأسرته[2].

المطلب الرابع: التشغيل:

وتهدف هذه المرحلة إلى توجيه المعوق حركيًا بعد استكمال عملية التدريب المهني إلى العمل الذي يتفق مع ما حصل عليه من تدريب سواء في المصانع أو الشركات أو الورش أو المنزل. وبطبيعة الحال تتوقف عملية التشغيل على عدة عوامل من بينها مدى توافر فرص العمل الملائمة، ومدى توافر التشريعات القانونية وإلزام المؤسسات والشركات والمصانع بتشغيل المعوقين ودرجة الوعي في المجتمع، والاعتقادات السائدة بين المصانع والشركات وأصحاب الأعمال حول ضعف كفاءة المعوقين.

---

[1]. إبراهيم عبد الهادي المليجي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 2002، ص . ص 291، 293.

[2]. وائل محمد مسعود: الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص 57.

المطلب الخامس: مرحلة الرعاية اللاحقة:

تهدف هذه المرحلة إلى تتبع المعوق ومتابعة نشاطه في عمله الجديد للتأكد من تكيفه واستقراره، وذلك عن طريق دراسة درجة توافقه مع العمل الذي التحق به وفى علاقاته الاجتماعية مع زملائه في مجال العمل والمشكلات التي تعترض طريقه في مجال عمله وأسرته[1].

المبحث السادس: خدمات التأهيل المجتمعي:

الذي يعني استراتيجية أو منهج يقوم على استثمار الموارد والخدمات المحلية المتاحة في كل مجتمع سكاني وتسهيل إمكانية استفادة المعاقين من تلك الموارد والخدمات أسوة ببقية أفراد المجتمع؛ فالتأهيل المجتمعي المحلي يتمحور أساسا حول منهج العمل وبالتالي تسهيل الطريق للمعاقين للاستفادة من الموارد الموجودة في المجتمع وبالتالي خلق نوع من المساواة بين المعاقين والعاديين. لهذا التأهيل اتجاهين:

ضمن الأسرة، ضمن المجتمع الصغير (الحي، القرية): فكلا الاتجاهين يهدفان إلى تغيير أو تعديل اتجاهات المجتمع نحو المعوقين، وبالتالي يؤدي هذا إلى قيام المجتمع بتقديم خدمات المساعدة في عملية تأهيل المعاقين. تصنف الأنشطة والخدمات التي يتضمنها المجتمع التأهيل في المجتمع المحلي إلى ثلاثة مستويات رئيسية هي:

المطلب الأول: التأهيل الأساسي:

يشمل هذا التأهيل المعاقين وأسرهم والكوادر العاملة في المؤسسات والجمعيات المحلية، فبرامج التأهيل تطبق على المعاقين في البيئة الطبيعية له وطريقة العمل بتعيين مشرف من المجتمع المحلي له قدرات ومهارات ومعارف عالية باعتماد على أساليب وطرق لتدريب المعاقين وذلك بتعداد الأفراد المحتاجين للتأهيل في المنطقة ويعتمد المشرف على دليل علمي للتأهيل معد من طرف منظمة الصحة العالمية[2].

المطلب الثاني: التأهيل المتوسط:

هذا المستوى يتضمن الخدمات الصحية العامة المتوفرة في المجتمع المحلي العاملون في هذا المستوى يتميزون بكفاءة مهنية متعددة فنجد الأطباء والممرضين والمعلمين والأخصائيين الاجتماعيين

---

[1]. مدحت أبو النصر: مراحل العمل في مجال رعاية المعوقين، مرجع سابق، ص . ص 139. 141.

[2]. نجاة ساسي هادف: دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الإداريين والأساتذة، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص تنمية الموارد البشرية، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الأساسية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2013الجزائر، 2014، ص173.

ويدرب الأفراد تدريبا مناسبا في عدة مجالات مثل الوقاية من الإعاقة وتأهيل المعاقين لكي يستطيعوا تحويل المعاقين إلى المؤسسات والجهات المختصة الأكثر عرضة لخطر الإعاقة، هذا المستوى مكمل للأول ومدعم له

المطلب الثالث: التأهيل التخصصي:

تقدم الخدمات في هذا المستوى من طرف المختصين في التأهيل الطبي والمهني، والتربية الخاصة، كما هو معروف بأن نسبة قليلة من المعاقين القاطنين في الأرياف النائية، والريفية يحصلون على خدمات وقائية وتأهيلية مثلهم مثل الساكنين في المدن الرئيسية والكبرى، ويظهر بأن نجاح برامج التأهيل في المجتمع المحلي على أيدي معلمات رياض الأطفال ومتطوعين للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة[1].

[1]. المرجع السابق: ص 174.

خلاصة

من خلال ما جاء في هذا الفصل، يمكن القول أن الخدمات المقدمة للمعاق حركيا، هي عملية تساعده من أجل التكيف مع إعاقته، ترافقه في جميع مراحله، وتزيد من تقديره لذاته، وكذلك تسهل عليه عملية إدماجه في المجتمع وتكييفه.

الفصل الخامس الحماية القانونية للمعاقين وموقع المعاق الجزائري منها

تمهيد

المبحث الأول: الحماية الدولية لذوي الإعاقة

المبحث الثاني: المواثيق والاتفاقات الإقليمية العربية الخاصة بحماية ذوي الإعاقة

المبحث الثالث: الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة في ظل التشريع الجزائري

المبحث الرابع: مشاكل المعاقين ومعاناتهم في الجزائر

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعاني حوالي مليار شخص من سكان العالم من الإعاقة، وتحتاج فئة ذوي الإعاقة إلى حماية حقوقهم والاعتراف بها، حيث تعتبر الحماية الاجتماعية لذوي الإعاقة ذات أهمية كبيرة على الساحة الدولية والعربية والوطنية لما لها من تأثير على تنمية المجتمعات وتحقيق العدالة الاجتماعية والسلم والاستقرار. ولم تقتصر الحماية الاجتماعية على الصعيد الدولي فقط بل مست أيضا الصعيد العربي بما في ذلك الجزائر التي لم تتأخر في سن التشريعات والقوانين المتعلقة بحماية المعاقين، وفي فصلنا هذا سنعرض أربعة مباحث حيث تطرقنا في المبحث الأول إلى الحماية الدولية لذوي الإعاقة، أما المبحث الثاني فتطرقنا إلى المواثيق والاتفاقيات الإقليمية العربية الخاصة بحماية ذوي الإعاقة، أما في المبحث الثالث فتطرقنا إلى الحماية القانونية لذوي الإعاقة في ظل التشريع الجزائري، وأخيراً تطرقنا إلى مشاكل المعاقين ومعاناتهم في الجزائر.

المبحث الأول: الحماية الدولية لذوي الإعاقة:

أولى المجتمع الدولي اهتماما خاصاً بالمعاقين وحقوقهم، وانعكس ذلك في المؤتمرات الدولية التي ناقشت الإعاقة والمعاقين، و أصدرت توصيات خاصة بحقوقهم، وحددت مسؤولية الدولة قبلهم، كما حرصت معظم الإعلانات ومواثيق العمل الدولية على تأكيد رعاية المعاقين وحماية حقوقهم وقد كانت منظمة العمل الدولية(التي تأسست قبل منظمة الأمم المتحدة بعدة سنوات) أول منظمة دولية تهتم بقضايا المعاقين، غير أن اهتمامها كان من زاوية حقوقهم في العمل والتأهيل والتدريب، فقد أصدرت عام 1944 م توصية شاملة تقر فيها بضرورة أن توفر للمعاقين فرص العمل الكاملة في إعادة التأهيل والتوجيه المهني المتخصص والتدريب والاستخدام في عمل مفيد، ودعت المنظمة إلى تكافؤ الفرص في الاستخدام واتخاذ تدابير إيجابية لتعزيز استخدام المعاقين، كما صدرت عنها التوصية رقم 99 لعام 1955 م بشأن التأهيل المهني للمعاقين، وهي توصية أبرزت معالم تعزيز حق المعاقين في المشاركة الكاملة في فرص التدريب والعمل، وشكلت قاعدة للتشريعات الوطنية المتعلقة بتأهيل وتشغيل المعاقين[1]. غير أن بداية الاهتمام المتعدد الأطراف

بالإعاقة ظهر مع إقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة لإعلان حقوق المعاقين في 9 ديسمبر 1975م، وسنتطرق في هذا المبحث إلى أهم الإعلانات والاتفاقيات المتمثلة في:

المطلب الأول: الإعلان العالمي لحقوق الإنسان:

يعتبر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1948 من بين الوثائق الدولية الرئيسية لحقوق الإنسان والتي تم تبينها من قبل الأمم المتحدة، ونالت تلك الوثيقة موقعاً هاماً في القانون الدولي، وذلك مع وثيقتي العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية من سنة 1966 ، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادي والاجتماعية والثقافية من سنة 1966، وتشكل الوثائق الثلاثة معاً ما يسمى لائحة الحقوق الدولية التي أخذت قوة القانون الدولي، وقد طلبت الجمعية العامة من البلدان الأعضاء كافة أن تدعو لنص

[1]. صلاح محمد أحمد دياب: الحماية القانونية لذوي الإعاقة بين الواقع والمأمول في مملكة البحرين، سلسلة ثقافة حقوق الإنسان 4، البحرين، 2018، ص 49.

الإعلان وأن تعمل على نشره وتوزيعه وقراءته وشرحه، ولاسيما في المدارس والمعاهد التعليمية الأخرى، دون أي تمييز بسبب المركز السياسي للبلدان أو الأقاليم.[1]

وقد بدأ بديباجة ذكرت أنه: لما كان الاعتراف بالكرامة المتأصلة في جميع أعضاء الأسرة البشرية وبحقوقهم المتساوية الثابتة هو أساس الحرية والعدل والسلام في العالم.

ولما كان تناسي حقوق الإنسان وازدراؤها قد أفضيا إلى أعمال همجية آذت الضمير الإنساني، وكان غاية ما يرنو إليه عامة البشر انبثاق عالم يتمتع فيه الفرد بحرية القول والعقيدة ويتحرر من الفزع والفاقة.

ولما كان من الضروري أن يتولى القانون حماية حقوق الإنسان لكي لا يضطر المرء آخر الأمر إلى التمرد على الاستبداد والظلم.

ولما كانت شعوب الأمم المتحدة قد أكدت في الميثاق من جديد إيمانها بحقوق الإنسان الأساسية وبكرامة الفرد وقدره وبما للرجال والنساء من حقوق متساوية وحزمت أمرها على أن تدفع بالرقي الاجتماعي قدمًا وأن ترفع مستوى الحياة في جو من الحرية أفسح.

فإن الجمعية العامة تنادي بهذا الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أنه المستوى المشترك الذي ينبغي أن تستهدفه كافة الشعوب والأمم حتى يسعى كل فرد وهيئة في المجتمع، واضعين على الدوام هذا الإعلان نصب أعينهم، إلى توطيد احترام هذه الحقوق والحريات عن طريق التعليم والتربية واتخاذ إجراءات مطردة، قومية وعالمية، لضمان الاعتراف بها ومراعاتها بصورة عالمية فعالة بين الدول الأعضاء ذاتها وشعوب البقاع الخاضعة لسلطانهم، ويتألف هذا الإعلان من 30 مادة من بينها:

المادة 01: يولد جميع الناس أحرارا متساوين في الكرامة والحقوق، وقد وهبوا عقلا وضميرًا وعليهم أن يعاملوا بعضهم بعضا بروح الإخاء.

المادة 02: لكل إنسان حق التمتع بكافة الحقوق والحريات الواردة في هذا الإعلان، دون أي تمييز كالتمييز بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو أي رأي آخر، أو الأصل الوطني أو الاجتماعي أو الثروة أو الميلاد أو أي وضع آخر، دون أية تفرقة بين الرجال والنساء. وفضلا عما تقدم فلن يكون هناك أي تمييز أساسه الوضع السياسي أو القانوني أو الدولي لبلد أو البقعة التي ينتمي إليها

[1]. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المؤرخ في ديسمبر 1948.- https:// www. Un. org/ar/universal.delartion-humen-rights/ le 19/03/2021 a 20 :24.

الفرد سواء كان هذا البلد أو تلك البقعة مستقلا أو تحت الوصاية أو غير متمتع بالحكم الذاتي أو كانت سيادته خاضعة لأي قيد من القيود[1].

المادة 03: لكل فرد الحق في الحياة والحرية وسلامة شخصه.

المادة 22: لكل شخص بصفته عضوًا في المجتمع الحق في الضمانة الاجتماعية وفي أن تحقق بوساطة المجهود القومي والتعاون الدولي وبما يتفق ونظم كل دولة ومواردها الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والتربوية التي لا غنى عنها لكرامته وللنمو الحر لشخصيته.

المادة 23: تضمنت حق الفرد في العمل ونصت على أن:

- لكل شخص الحق في العمل وله حرية اختياره بشروط عادلة مرضية كما أن له حق الحماية من البطالة.
- لكل فرد دون أي تمييز الحق في أجر متساو للعمل.
- لكل فرد يقوم بعمل الحق في أجر عادل مرض يكفل له ولأسرته عيشة لائقة بكرامة الإنسان تضاف إليه عند اللزوم وسائل أخرى للحماية الاجتماعية.
- لكل شخص الحق في أن ينشئ وينضم إلى نقابات حماية لمصلحته.

المادة 25: نصت على أن:

لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته[2].

المطلب الثاني: الإعلان الخاص بحقوق المعوقين لسنة 1975:

تصدر الجمعية العامة للأمم المتحدة رسميا هذا الإعلان بشأن حقوق المعوقين وتدعو إلى العمل على الصعيدين القومي والدولي، كي يصبح هذا الإعلان أساسا مشتركا لحماية هذه الحقوق ومرجعا موحدا لذلك. وينص هذا الإعلان على:

---

[1]. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ديسمبر 1948 المادة 1 و2 منه.

[2]. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ديسمبر 1948 المادة 3، 22، 23، 25 منه.

1. يقصد بكلمة" المعوق "أي شخص عاجز على أن يؤمن بنفسه بصورة كلية أو جزئية ضرورات حياته الفردية أو الاجتماعية العادية، بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمانية أو العقلية.
2. يتمتع المعوق بجميع الحقوق الواردة في هذا الإعلان ويعترف بهذه الحقوق لجميع المعوقين دون أي استثناء وبلا تفرقة أو تمييز على 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 على المعوق نفسه أو على أسرته.
3. للمعوق حق أصيل في أن تحترم كرامته الإنسانية وله نفس الحقوق الأساسية التي تكون لمواطنيه الذين هم في سنه، الأمر الذي يعني أولا وقبل كل شيء أن له الحق في التمتع بحياة لابقة، تكون طبيعية وغنية قدر المستطاع.
4. للمعوق نفس الحقوق المدنية والسياسية التي يتمتع بها غيره من البشر، وتنطبق الفقرة 7 من الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا على أن أي تقييد أو إلغاء للحقوق المذكورة يمكن أن يمس المعوقين عقليا.
5. للمعوق الحق في التدابير التي تستهدف تمكينه لبلوغ 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 أقصي الحدود وتعجل بعملية إدماجه أو إعادة إدماجه في المجتمع.
7. للمعوق الحق في الأمن الاقتصادي والاجتماعي وفي مستوي معيشة لابق، وله الحق حسب قدرته في الحصول علي عمل والاحتفاظ به أو في مزاولة مهنة مفيدة ومربحة ومجزية، وفي الانتماء إلى نقابات العمال.
8. للمعوقين الحق في أن تؤخذ حاجاتهم الخاصة بعين الاعتبار في كافة مراحل التخطيط الاقتصادي والاجتماعي.[1]
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

[1]. الإعلان الخاص بحقوق المعوقين: اعتمد ونشر بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 3447 (د-30) المؤرخ في 9 كانون الأول/ ديسمبر 1975.

تقتضيها حالته أو يقتضيها التحسن المرجو له من هذه المعاملة. فإذا حتمت الضرورة يبقى المعوق في مؤسسة متخصصة ويجب أن تكون بيئة هذه المؤسسة وظروف الحياة فيها على أقرب ما يستطاع من بيئة وظروف الحياة العادية للأشخاص الذين هم في سنه.

10. يجب أن يحمى المعوق من أي استغلال ومن أية أنظمة أو معاملة ذات طبيعة تمييزية أو متعسفة.
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.

المطلب الثالث: اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة:

تعتبر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة المعتمدة من قبل الأمم المتحدة الأداة الدولية الأولى الملزمة قانونيا، التي تعبر بالتفصيل عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي ترمي إلى تعزيز وحماية وكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعا كاملا على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة. وقد تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة الاتفاقية بتاريخ 13 ديسمبر 2006 م وفتح باب التوقيع عليها ابتداء من مارس 2007 م، وقد دخلت حيز النفاذ هي وبروتوكولها الاختياري في 3 ماي 2008 م، وقد بلغ إجمالي الدول الموقعة على الاتفاقية مع بداية عام 2008 م 123 دولة، ووصل عددها إلى 155 دولة، كما بلغ عدد الدولة المصدقة على الاتفاقية 130دولة، وبلغ عدد الدول الموقعة على البروتوكول الملحق بها 91 دولة.[1]

وقد جاءت الاتفاقية وبروتوكولها إلى الوجود بفضل المطالب القوية للأشخاص ذوي الإعاقة عبر العالم من أجل احترام حقوقهم وحمايتها وإعمالها على قدم المساواة مع الآخرين، وتُعظِّم الاتفاقية شأن التنوع البشري والكرامة الإنساني ورسالتها الرئيسية أنه يحق للأشخاص ذوي الإعاقة التمتع بكامل حقوق الإنسان والحريات الأساسية دون تمييز، وهذه الرسالة مجسدة في ديباجة الاتفاقية وموادها .وتحظر الاتفاقية التمييز على أساس الإعاقة وتنص على توفير الترتيبات التيسيرية المعقولة للأشخاص ذوي الإعاقة تحقيقاً

[1]. صلاح محمد أحمد دياب: مرجع سابق، ص 48.

للمساواة، وتشجع في الآن ذاته على مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة مشاركة كاملةً في جميع مناحي الحياة.

وتنص الاتفاقية على الالتزام بنشر تصورات إيجابية عن الأشخاص ذوي الإعاقة، وتعميق الوعي الاجتماعي بهم، وهي بذلك تتبري للعادات السلوكيات القائمة على القوالب النمطية وأشكال التحيز والممارسات الضارة والوصم في حق الأشخاص ذوي الإعاقة.

وينص البروتوكول الاختياري للاتفاقية على آلية لتقديم الشكاوى، فإنه يكفل حق الأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة بغيرهم في الانتصاف من انتهاكات الحقوق المكرسة في الاتفاقية.[1]

وقد تضمنت هذه الاتفاقية 50 مادة من بينها:

أولاً: القضاء على التمييز وحماية حقوق المعاق:

من المواد التي تنص على التمييز وحماية حقوق المعاق هي:

المادة 01: نصت على الغرض من إقرارها، حيث أن غرض هذه الاتفاقية هو تعزيز وحماية وكفالة تمتع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً على قدم المساواة مع الآخرين، بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة.

المادة 03: حيث تضمنت المبادئ العامة للاتفاقية كما يلي:

- احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي، بما في ذلك حرية تقرير خياراتهم بأنفسهم واستقلاليتهم.
- عدم التمييز.
- كفالة مشاركة وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع.
- احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية.[2]

المادة 04: نصت على الالتزامات العامة للدول في مجال التكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة حيث تتعهد الدول الأطراف بكفالة وتعزيز إعمال كافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية إعمالا تاماً لجميع الأشخاص

[1]. مفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان: اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، نيويورك وجبيف، 2014.
https:// www.ohchr.org. Le 23/03/2021 a 20 :13

[2]. اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري الصادرة عن الأمم المتحدة.
https:// uniorg le 23/03/2021 a 20 :49

ذوي الإعاقة دون أي تمييز من أي نوع على أساس الإعاقة، حيث تتعهد الدول الأطراف باتخاذ جميع التدابير اللازمة، التشريعية والإدارية وغيرها من التدابير، لإنفاذ الحقوق المعترف بها في هذه الاتفاقية.

المادة 05: نصت على المساواة وعدم التمييز، حيث تحظر الدول الأطراف أي تمييز على أساس الإعاقة وتكفل للأشخاص ذوي الإعاقة الحماية القانونية المتساوية والفعالة من التمييز على أي أساس.

المادة 06: تضمنت النساء ذوات الإعاقة حيث تقر الدول الأطراف بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز، وأنها ستتخذ في هذا الصدد التدابير اللازمة لضمان تمتعهن تمتعاً كاملا وعلى قدم المساواة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية.

المادة 07: تضمنت الأطفال ذوو الإعاقة حيث يكون توخي أفضل مصلحة للطفل في جميع التدابير المتعلقة بالأطفال ذوي الإعاقة اعتباراً أساسياً.

المادة 10: تضمنت الحق في الحياة حيث تؤكد الدول الأفراد من جديد أن لكل إنسان الحق الأصيل في الحياة، وتتخذ جميع التدابير الضرورية لضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة فعلياً بهذا الحق على قدم المساواة مع الآخرين.

المادة 12: تضمنت الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون، حيث تؤكد الدول الأطراف حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الاعتراف بهم في كل مكان كأشخاص أمام القانون. وتقر الدول الأطراف بتمتع الأفراد ذوي الإعاقة بأهلية قانونية على قدم المساواة مع الآخرين في جميع مناحي الحياة.

ثانياً: تغيير نظرة المجتمع للمعاق:

وهذا ما نصت عليه المادة 8 وذلك بإذكاء الوعي، حيث تتعهد الدول الأطراف باتخاذ تدابير فعالة وملائمة من أجل إذكاء الوعي في المجتمع بأسره بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك على مستوى أسرهم، وتعزيز احترام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم وتعزيز الوعي بقدرات وإسهامات الأشخاص ذوي الإعاقة.[1]

[1]. المرجع السابق ص-ص 9- 17 .

ثالثاً: الحق في التنقل وفي بيئة ملائمة:

وهذا ما جاء في المادة 9 التي نصت على إمكانية الوصول، لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش في استقلالية والمشاركة بشكل كامل في جميع جوانب الحياة، تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة التي تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع غيرهم، إلى البيئة المادية المحيطة ووسائل النقل والمعلومات والاتصالات، بما في ذلك تكنولوجيا ونظم المعلومات والاتصال، والمرافق والخدمات الأخرى المتاحة لعامة الأفراد أو المقدمة إليهم، في المناطق الحضرية والريفية على السواء.

رابعاً: الحق في الحماية:

وهذا ما جاء في المادة 11 التي تضمنت حالات الخطر والطوارئ الإنسانية، حيث تتعهد الدول الأطراف وفقا لالتزاماتها بمقتضى القانون الدولي، بما فيها القانون الإنساني الدولي والقانون الدولي لحقوق الإنسان، باتخاذ كافة التدابير اللازمة لضمان حماية وسلامة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يوجدون في حالات تتسم بالخطورة، بما في ذلك حالات النزاع المسلح والطوارئ الإنسانية والكوارث الطبيعية.

خامساً: الحق في القضاء:

حيث أوجبت المادة 13 من الاتفاقية على أن تكفل الدول الأطراف سبلاً فعالة للأشخاص ذوي الإعاقة للجوء إلى القضاء على قدم المساواة مع الآخرين، بما في ذلك من خلال توفير التيسيرات الإجرائية التي تتناسب مع أعمارهم، بغرض تيسر دورهم الفعال في المشاركة المباشرة وغير المباشرة، بما في ذلك بصفتهم شهوداً، في جميع الإجراءات القانونية، بما فيها مراحل التحقيق والمراحل التمهيدية الأخرى.

لكفالة إمكانية لجوء الأشخاص ذوي الإعاقة إلى القضاء فعلياً، تشجع الدول الأطراف التدريب المناسب للعاملين في مجال إقامة العدل، ومن ضمنهم الشرطة وموظفو السجون.[1]

[1]– المرجع السابق، ص 18.

سادساً: الحق في التنقل والجنسية:

وهذا ما نصت عليه المادة 18من الاتفاقية حيث تقر الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بحرية التنقل، وحرية اختيار مكان إقامتهم والحصول على الجنسية على قدم المساواة مع الآخرين.

سابعاً: الحق في العيش المستقل والإدماج في المجتمع:

وهذا ما جاء في المادة 19 من الاتفاقية حيث تقر الدول الأطراف في هذه الاتفاقية بحق جميع الأشخاص ذوي الإعاقة في العيش في المجتمع بخيارات مساوية لخيارات الآخرين، وتتخذ تدابير فعالة ومناسبة لتيسير تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة الكامل بحقهم وإدماجهم ومشاركتهم بصورة كاملة في المجتمع.

ثامناً: حرية التعبير والرأي والحصول على المعلومات:

وهذا ما نصت عليه المادة 21 من الاتفاقية حيث تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة التي تكفل ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لحقهم في حرية التعبير والرأي، بما في ذلك الحق في طلب معلومات وأفكار، وتلقيها والإفصاح عنها، على قدم المساواة مع الآخرين وعن طريق جميع وسائل الاتصال التي يختارونها بأنفسهم.

تاسعاً: الحق في التعليم:

وهذا ما نصت عليه **المادة 24** من الاتفاقية حيث تسلم الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم، ولإعمال هذا الحق دون تمييز وعلى أساس تكافؤ الفرص، تكفل الدول الأطراف نظاماً تعليمياً جامعاً على جميع المستويات وتعلماً مدى الحياة موجهين نحو ما يلي:

. التنمية الكاملة للطاقات الإنسانية الكامنة والشعور بالكرامة وتقدير الذات، وتعزيز احترام الإنسان والحريات الأساسية والتنوع البشري.[1]

. تنمية شخصية الأشخاص ذوي الإعاقة ومواهبهم وإبداعهم، فضلاً عن قدراتهم العقلية والبدنية، للوصول بها إلى أقصى مدى.

[1]. المرجع السابق ص-ص 22-30.

تحرص الدول الأطراف في إعمالها هذا الحق على كفالة ما يلي:

- عدم استبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة من النظام التعليمي العام على أساس الإعاقة، وعدم استبعاد الأطفال ذوي الإعاقة من التعليم المجاني على أساس الإعاقة.
- مراعاة الاحتياجات الفردية بصورة معقولة.
- حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الدعم اللازم في نطاق نظام التعليم العام لتيسير حصولهم على تعليم فعال.

عاشراً: الحق في التمتع بمستوى عالي من الصحة وبمستوى معيشي لائق:

وهذا ما جاء في المادة 25 من الاتفاقية حيث تعترف الدول الأطراف بأن للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة، وتتخذ الدول الأطراف كل التدابير المناسبة الكفيلة بحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات صحية تراعي الفروق بين الجنسين.

والمادة 28 التي تتضمن مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية، حيث تعترف الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بمستوى معيشي لائق لهم ولأسرهم، بما في ذلك الغذاء والملبس والمسكن، وفي مواصلة تحسين ظروف معيشتهم.

حادي عشر: الحق في التأهيل وإعادة التأهيل:

وهذا ما نصت عليه المادة 26 من الاتفاقية حيث تتخذ الدول الأطراف تدابير فعالة ومناسبة لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من بلوغ أقصى قدر من الاستقلالية والمحافظة عليها، وتحقيق إمكاناتهم البدنية والعقلية والاجتماعية والمهنية على أكمل وجه، وكفالة إشراكهم ومشاركتهم بشكل تام في جميع نواحي الحياة، وتحقيقاً لتلك الغاية تقوم الدول الأطراف بتوفير خدمات وبرامج شاملة للتأهيل وإعادة التأهيل وتعزيزها وتوسيع نطاقها، وخاصة في مجالات الصحة والعمل والتعليم والخدمات الاجتماعية.[1]

ثاني عشر: الحق في العمل:

وهذا ما جاء في المادة 27 من الاتفاقية حيث تعترف الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل على قدم المساواة مع الآخرين، ويشمل هذا الحق إتاحة الفرصة لهم لكسب الرزق في عمل يختارونه أو يقبلونه بحرية في سوق عمل وبيئة عمل منفتحتين أمام الأشخاص ذوي الإعاقة وشاملتين لهم ويسهل انخراطهم فيهما، وتحمي الدول الأطراف إعمال الحق في العمل وتعززه، بما في ذلك حق أولئك

[1]. المرجع السابق ص 29-31.

الذين تصيبهم الإعاقة خلال عملهم وذلك عن طريق اتخاذ الخطوات المناسبة بما في ذلك سن التشريعات، لتحقيق عدة أهداف منها ما يلي:

- حظر التمييز على أساس الإعاقة فيما يختص بجميع المسائل المتعلقة بكافة أشكال العمالة، ومنها شروط التوظيف والتعيين والعمل، والتقدم الوظيفي، وظروف العمل الآمنة والصحية.
- حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في ظروف عمل عادلة وملائمة على قدم المساواة مع الآخرين، بما في ذلك تكافؤ الفرص وتقاضي أجر متساو لقاء القيام بعمل متساوي القيمة، بما في ذلك الحماية من التحرش ومن الظلم.
- تعزيز فرص العمل والتقدم الوظيفي للأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل، فضلاً عن تقديم المساعدة على إيجاد عمل والمداومة عليه.
- تعزيز فرص العمل الحر، ومباشرة الأعمال الحرة، وتكوين التعاونيات.
- تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العام.
- تشجيع عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع الخاص من خلال انتهاج سياسات واتخاذ تدابير مناسبة، قد تشمل البرامج التصحيحية، والحوافز، وغير ذلك من التدابير.

ثالث عشر: الحق في المشاركة في الحياة السياسية والثقافية:

وهذا ما جاء في المادة 29 من الاتفاقية حيث تضمن الدول الأطراف للأشخاص ذوي الإعاقة الحقوق السياسية وفرصة التمتع بها على قدم المساواة مع الآخرين.

والمادة 30 التي نصت على المشاركة في الحياة الثقافية وأنشطة الترفيه والتسلية الرياضية.[1]

[1]. المرجع السابق ص-ص 31-37.

المبحث الثاني :المواثيق والاتفاقات الإقليمية العربية الخاصة بحماية ذوي الإعاقة:

تعد المواثيق والاتفاقات الإقليمية العربية الخاصة بحماية ذوي الاحتياجات الخاصة ذات الأهمية بما كان في توطأت الحماية القانونية لهذه الفئة وهذا مسايرة للنهج الذي سارت عليه الدول الكبرى.

فقد صدر الميثاق العربي لحقوق الإنسان سنة 2004 خصصنا له الفرع الأول من هذا المطلب ثم صدر العقد العربي لذوي الاحتياجات الخاصة شرحنا أهميته ودوره في الفرع الثاني، ثم تلاه العقد العربي لذوي الاحتياجات الخاصة لسنة 1993 الخاص بتشغيل وتأهيل المعاقين أوضحنا محتواه وأهميته في الفرع الثالث، وأخيرا وفي الفرع الرابع أبرزنا أهم الإجراءات والتدابير العربية كالمنظمة العربية للمعوقين ومنظمة العمل العربية.

المطلب الأول :الميثاق العربي لحقوق الإنسان2004

على الصعيد الإقليمي، فقد أكدت المادة 3 من الميثاق على ضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بكافة الحقوق والحريات المنصوص عليها في هذا الميثاق دون تمييز، وأن تضمن الدولة المساواة الفعلية واتخاذ ما يلزم من تدابير الحماية من جميع أشكال التمييز، كما أكدت المادة 34 من الميثاق العربي لحقوق الإنسان على حق الأشخاص ذوي الإعاقة بالعمل حيث نصت على أن" :العمل حق طبيعي لكل مواطن، وتعمل الدولة على توفير فرص العمل قدر الإمكان لأكبر عدد ممكن من المقبلين عليه، مع ضمان الإنتاج وحرية العمل وتكافؤ الفرص، ودون أي نوع من أنواع التمييز على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو الدين أو اللغة أو الرأي السياسي أو الانتماء النقابي أو الأصل الوطني أو الأصل الاجتماعي أو الإعاقة أو أي وضع آخر.[1]

وأكدت المادة 40 على أن تلتزم الدول الأطراف بما يلي:

- توفير الحياة الكريمة لذوي الإعاقات النفسية والجسدية والتي تكفل لهم كرامتهم مع تعزيز اعتمادهم على أنفسهم، وتيسير مشاركتهم الفعلية في المجتمع.
- توفر الدول الأطراف الخدمات الاجتماعية مجاناً لجميع ذوي الإعاقات، كما توفر الدعم المادي للمحتاج من هؤلاء الأشخاص وأسرهم أو للأسر التي ترعاهم، كما تقوم بكل ما يلزم لتجنب إيوائهم في مؤسسات الرعاية، وفى جميع الأحوال تراعى المصلحة الفضلى للشخص ذي الإعاقة.

[1]. حميدي بن عيسى: الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة، مذكرة لنيل شهادة ماستر حقوق، تخصص علم الاجرام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الطاهر مولاي، سعيدة، الجزائر، ص 43.

- تتخذ الدول الأطراف كل التدابير اللازمة للحد من الإعاقات بكل السبل الممكنة بما فيها برامج الصحة الوقائية ونشر الوعي والتثقيف.
- توفر الدول الأطراف كل الخدمات التعليمية المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقات، آخذة في الاعتبار أهمية الدمج في النظام التعليمي، وأهمية التدريب والتأهيل المهني، والإعداد لممارسة العمل، وتوفير العمل المناسب في القطاع الحكومي أو الخاص.
- توفر الدول الأطراف كل الخدمات الصحية المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقات بما فيها إعادة التأهيل لدمجهم في المجتمع.
- تمكن الدول الأطراف الأشخاص ذوي الإعاقات من استخدام مرافق الخدمة العامة والخاصة[1].

المطلب الثاني: العقد العربي لذوي الاحتياجات الخاصة 2004-2013:

أكد العقد العربي للمعوقين والذي أطلق رسمياً في قمة الجامعة العربية في تونس في العام 2004 على سعيه بالطلب من الدول الأعضاء تعزيز اندماج الأشخاص المعوقين في التعليم وفي سوق العمل، عبر تأهيلهم في ضوء المستجدات العلمية والتكنولوجية واحتياجات سوق العمل بما يضمن فرص عمل متكافئة لهم، وذلك من خلال تطوير مهارات المدربين المهنيين وفقاً للتقنيات والتكنولوجيا الحديثة وإنشاء مراكز تدريب وتأهيل الأشخاص المعوقين وتطوير المراكز القائمة بما يتلاءم والتطورات التقنية واحتياجات سوق العمل وكذلك تشجيع ودعم الأشخاص المعوقين المؤهلين على إنشاء مشاريع صغيرة ذات جدوى مدرة للدخل وتقديم المنح والقروض الميسرة لهم ومساعدتهم على ترويج منتجاتهم، وتشجيع وتوجيه القطاع الخاص على تدريب وتأهيل وتشغيل الأشخاص المعوقين، ودعمهم للمحافظة على عملهم والترقي فيه[2].

كذلك يسعى العقد إلى وضع برامج لتبادل الخبرات بين الدول العربية في مجالات تدريب العاملين ومناهج التربية المختصة وتسيير مراكز تدريب وتأهيل الأشخاص المعوقين، بالإضافة إلى تفعيل وتطوير التشريعات الحمائية للأشخاص المعوقين من كل أنواع الاستغلال كاستغلالهم في العمل وفى بعض المهن الهامشية وفى التسول وفى شتى مظاهر الانحراف.

---

[1]. المجلس العربي للطفولة والتنمية، برنامج الخليج العربي للتنمية، الدليل الاسترشادي لاستخدام التكنولوجيا المساندة للطفل ذي الإعاقة

https : www.arabccd.org/pae/1079 le 27/03/2021 a 21:22

[2]. حميدي بن عيسى: الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص 44.

المطلب الثالث :الاتفاقية العربية رقم 17 لسنة 1993 م بشأن تأهيل وتشغيل المعاقين:

اعتمدت منظمة العمل العربية الاتفاقية العربية رقم 17 لسنة 1993 م بشأن تأهيل وتشغيل المعاقين والتي أشارت إلى ضرورة المساواة بين الفرد المعاق والفرد غير المعاق في الحقوق والواجبات، مؤكدة لما نادت به منظمة العمل الدولية في اتفاقيتها رقم 159 لسنة 1983 م بشأن التأهيل المهني والعمالة للمعاقين، وتتضمن هذه الاتفاقية 34 مادة من بينها:

المادة 6 تنص على أن كل دولة تقوم بالتعاون والتنسيق مع أصحاب العمل والعمال وذلك بوضع سياسات خاصة برعاية المعوقين وتأهيلهم وتشغيلهم بما يمكنهم من أداء دورهم في المجتمع، وتقوم بتحديد الجهة المختصة بتنفيذ هذه السياسات، أما المادة 7 فنصت على أن تتخذ كل دولة الإجراءات التي تكفل قيام أصحاب الأعمال باتخاذ التدابير الخاصة بالأمن الصناعي والسلامة المهنية، وكذلك إجراء التحويرات اللازمة في معدات وأدوات الإنتاج التي يعمل عليها المعوقون، بما يؤمن حمايتهم ويسهل عليهم أداء عملهم.

أما فيما يخص تأهيل المعوقين فقد نصت المادة 9 على أن تتولى الدولة وفقاً لإمكانياتها الأساسية في رعاية وتأهيل المعوقين ومحو أميتهم، وتعمل على تشجيع ودعم المؤسسات غير الحكومية العاملة في هذا المجال. وتنص المادة 10 على أن تتخذ كل دولة الإجراءات التي تكفل إعداد وتدريب العناصر الفنية اللازمة والمؤهلة للتعامل والتفاعل مع المعوقين بطريقة علمية سليمة. وتنص المادة 11 على أن تقوم كل دولة بإصدار التشريعات المنظمة لرعاية وتأهيل وتشغيل المعوقين.[1]

وفيما يخص تشغيل المعوقين تنص المادة 12 على أن يكفل تشريع كل دولة تشغيل عدد من المعوقين في المؤسسات الحكومية وغير الحكومية، بالنسبة المئوية والشروط التي يحددها التشريع المحلي. وتنص المادة 13 على تحديد تشريع كل دولة الضوابط الكفيلة بتطبيق مبدأ تكافؤ الفرص في العمل بين المعوقين وغيرهم عند تساوي القدرات والمؤهلات، كما يكفل تطبيق هذا المبدأ بين الجنسين من المعوقين.

وتنص المادة 14 على أن يكفل تشريع كل دولة إعطاء الأولوية للمعوقين لشغل بعض الوظائف والمهن في الأجهزة الحكومية وغير الحكومية، التي تتلاءم مع قدراتهم وإمكانياتهم.[2]

---

[1]. الاتفاقية العربية رقم 17 لعام 1993، ص، ص 226، 227.

Haqqi.info/ar/haqqi/legislation/arab convention-no-17-1993-rehabilitation-and employmet-disabled. Le 01/04/2021 a 19 :33.

[2]. المرجع السابق ص 227.

المطلب الرابع :إجراءات وتدابير إقليمية عربية خاصة بحماية ذوي الاحتياجات الخاصة:

من الإجراءات والتدابير التي تم إنشاؤها لضمان إعمال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على المستوى الإقليمي بناء خطط واستراتيجيات عربية، بالإضافة إلى تأسيس منظمات تعنى بقضايا حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في كافة الجوانب ومن ضمن هذه التدابير ما يلي:

الفرع الأول: المنظمة العربية للمعوقين:

تأسست المنظمة العربية للمعوقين في 3 تشرين الثاني (نوفمبر)1998 ، عقب اختتام أعمال المؤتمر التأسيسي لتجمع جمعيات المعاقين العرب تحت شعار" نحو عقد عربي للمعاقين"، والذي عقد في القاعة الكبرى لجامعة الدول العربية في القاهرة من 1-3 تشرين الثاني (نوفمبر) 1998.

لعلّ المنظمة العربية للمعوقين هي المنظمة المظلة أو الحاضنة الإقليمية الوحيدة ذات المنشأ الوطني بين الجمعيات والمنظمات غير المحلية والامتداد الناشط في حركة الإعاقة العربية. وقد انقضى حوالي 13عاماً على تأسيسها وانطلاقها في مسيرة نضالية تضمنت الكثير من الأنشطة المتنوعة في مجالات التشريع والتدريب والتوعية والتشبيك، علماً أن إنشاءها أتى بعد أعوام غير قليلة من النضال في سبيل إطلاق هذا المشروع الحلم، الذي يستهدف خدمة قضية الإعاقة والدفاع عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والسعي إلى نشر المقاربة الاجتماعية الحقوقية إلى قضية الإعاقة عبر البلدان العربية، حيث لا يزال النموذج الطبي والخيري هو السائد في التعامل مع هذه القضية، التي كثيرا ما يفتقر أصحابها إلى الفرص اللازمة للتعبير عن واقعهم واحتياجاتهم وتطلعاتهم، ولا تتاح لهم الإمكانات كي يحققوا أنفسهم. [1]

الفرع الثاني: منظمة العمل العربية:

هي إحدى المنظمات المتخصصة العاملة في نطاق جامعة الدول العربية.كما تعتبر أول منظمة عربية متخصصة تعنى بشئون العمل والعمال على الصعيد القومي.

-**في 12 يناير 1965** : وافق المؤتمر الأول لوزراء العمل العرب، الذي عقد في بغداد، على الميثاق العربي للعمل، وعلى مشروع دستور منظمة العمل العربية.

-**في 8 يناير عام 1970** : أصدر المؤتمر الخامس لوزراء العمل العرب، الذي عقد في القاهرة، قراراً بإعلان قيام منظمة العمل العربية بعد اكتمال العدد اللازم من تصديقات الدول الأعضاء على الميثاق العربي للعمل ودستور المنظمة، ومن بين أهدافها تنمية القوى العاملة العربية ورفع كفاءتها الإنتاجية

[1]. حميدي بن عيسى: الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص 45.

وذلك عن طريق التأهيل المهني للمعاقين، وكفالة فرص العمل المناسبة لهم[1].

يشار إلى أن الجزائر قد وقعت وصادقت على الميثاق العربي لحقوق الإنسان وكذلك على مجمل اتفاقيات العمل العربية، خاصة تلك المتعلقة بشأن تأهيل وتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة وعليه فإن الدولة الجزائرية ملزمة بالعمل بمقتضى هذه الاتفاقيات.

المبحث الثالث :الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة في ظل التشريع الجزائري.

يواكب المشرع الجزائري تكريس المواثيق والمعاهدات الدولية التي تقوم الدولة الجزائرية بالمصادقة عليها من خلال إصدار القوانين التي تكفل تحقيق بنود الاتفاقيات الدولية وضمان عدم مخالفتها داخل الحدود الوطنية للدولة.

فالجزائر باعتبارها عضواً في المجتمع الدولي، وتملك شريحة كبيرة من فئة ذوي الإعاقة ومن أجل توفير الحماية القانونية لهم بادرت بإصدار نصوص قانونية تنظيمية وتشريعية تعنى بحقوق المعاق، ومن أهم هذه القوانين: قانون رقم 05/85 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بالصحة وترقيتها.

والقانون رقم 09/02 المؤرخ في 8 ماي 2002 المعدل والمتمم المتعلق بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم.

المطلب الأول :الضمانات الدستورية والقانونية في التشريع الجزائري:

لم تتم الإشارة في الدستور الجزائري بصورة مباشرة إلى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، كون الوثيقة الدستورية تهتم بذكر جميع شرائح المجتمع على العموم تحقيقا للعدل والمساواة بين أفراده، بينما يخصص القانون التفرد لمواجهة فئة معينة من المجتمع بالتنصيص لها تكريسا لما ورد في دستور الدولة. وباعتبار فئة ذوي الإعاقة جزء لا يتجزأ من المجتمع فقد أقر الدستور والقانون ضمانات قانونية لها نشمل هذه الفكرة بالدراسة في فرعين أولها ضمانات ذوو الاحتياجات الخاصة في دستور 1996 الجزائري، ثم في القوانين الداخلية الجزائرية وذلك في الفرع الثاني والذي نتطرق فيه لتقييم حالة حقوق فئة الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال عدة جوانب قانونية وغيرها.

الفرع الأول :ضمانات حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في دستور 1996 الجزائري.

يشكل الدستور أهم التشريعات الوطنية المعنية بحماية حقوق الإنسان والحريات العامة للأفراد باعتبار أنه أسمى القوانين ويضم المبادئ العامة التي تكفل الحقوق والحريات للأفراد.

[1] . https:// www.wikiwand.com/ar/. Le 29/03/2021 a 17 :53.

ولما كان الأشخاص المعوقين هم فئة لا تقل عن الأفراد العاديين من غير ذوي الإعاقة، فإن الضمانات القانونية التي يقرها الدستور الجزائري هي نفسها التي يتمتع بها أي شخص عادي في المجتمع، ويبرز ذلك من خلال مبدأ المساواة التي تضمنته المادة 29 من دستور 1996 حيث جاء في مضمونها بأن كل المواطنين سواسية أمام القانون بدون تمييز خاصة ما تعلق بشرط شخصي أو اجتماعي مما يجعل الإعاقة مهما كان نوعها غير قابلة للتمييز بين الأفراد.

أما المادة 59 فقد كان مضمونها عاما يعبر عن قيام الدولة بتوفير ظروف معيشية للمواطنين الذين لم يبلغوا سن العمل أو لا يستطيعون القيام به، والذين عجزوا عنه نهائيا، وذلك نتيجة عدم قدرة الفرد على أداء العمل في التمتع بسبب عجز يصيبه ما يجعله غير قادر على مزاولة نشاطاته العادية في مجال العمل بما يستوجب تدخل الدولة لرعايته.

كما أنه وإلى جانب هذه الحقوق المتصلة مباشرة بالأشخاص المعوقون فإنه وتجسيدا لحق المساواة بين الأفراد في الدستور، فإن للمعوقين الحق في التمتع بجميع الحقوق التي أقرها هذا الأخير ولكل جميع الأفراد والمتضمنة في الفصل الرابع من الدستور الجزائري لسنة 1989 المعدل سنة 1996 بعنوان الحقوق الحريات والمتمثلة في المواد 29-59 ومنها: حق المساواة أمام القانون بدون تمييز الحق في الجنسية، حق السلامة البدنية والمعنوية، حق الرعاية الصحية، حرية المعتقد، حرية الرأي، حرية التجارة والصناعة، حرية الابتكار الفكري والفني والعلمي، حق حرمة الحياة والاتصالات الخاصة وحرمة المنزل، حق تكوين الجمعيات والاجتماع والأحزاب السياسية، الحق في الحقوق المدنية والسياسية، الحق في التعليم والتكوين المهني. [1]

الفرع الثاني :الضمانات القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة في القوانين الداخلية الجزائرية:

سنركز على أهم القوانين والتي تتمثل في:

أولا: في قانون رقم 85 -05 المؤرخ في 16 فيفري 1985المتعلق بالصحة وترقيتها.

تضمن القانون 269 مادة مقسمة على تسعة أبواب عالجت الأحكام الأساسية في مجال الصحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية صحة السكان وترقيتها، نظم المصالح الصحية وقرر العلاج المجاني والتخطيط الصحي وحماية البيئة والمحيط من الأوبئة والأمراض المعدية ومكافحتها، ونظم كيفية

[1]. حميدي بن عيسى: الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص 64.

ممارسة المهن المرتبطة بالصحة... ، وفي مجال حماية صحة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة تضمن الأحكام التالية:

1ـ التدابير المندرجة ضمن الفصل التاسع المتعلق بحماية الأشخاص المعاقين:

تضمنت:

تعريف الشخص المعوق في المادة89 منه.

تمتع الأشخاص المعاقين بالحماية الصحية والاجتماعية.

ضرورة أن تتسم الأعمال المقدمة لصالح المعاقين باحترام شخصيتهم الإنسانية ومراعاة كرامتهم وحساسيتهم الخاصة.

انتفاع الأشخاص المعاقين بالعلاج الملائم وإعادة التدريب والأجهزة المعدة لأجلهم.

تحديد التدابير الملائمة للوقاية من العجز، ولإعادة تدريب الأشخاص المصابين بنقص عقلي أو عجز أو عاهة، وإعادة تكييفهم واندماجهم في الحياة الاجتماعية.

كما تضمن القانون جملة الإجراءات بالأشخاص الذين يعانون من إعاقة عقلية، وقد تضمنت في ذلك بعض التدابير الخاصة بهذه الفئة كالترتيب الإرادي والاستشفاء الإجباري إلا أنه أشار في المادة 136 إلى عدم قيام هذه التدابير على المراهقين والأطفال غير المنحرفين البالغين اقل من ستة عشر سنة.[1]

ليصدر بعد ذلك المرسوم رقم 88-27 المؤرخ في 09 فيفري 1988، المتضمن إنشاء ديوان وطني للأعضاء الاصطناعية للمعوقين ولواحقها، وقد تلخصت مهامه في:

- صنع الأعضاء الاصطناعية ولواحقها والمعينات التقنية للأشخاص المعوقين.
- المشاركة في إعداد المقاييس للأعضاء الاصطناعية ولواحقها، كما يسهر على تطبيق المقاييس المقررة.
- القيام بالأبحاث والدراسات والتدابير الرامية إلى تحسين الإنتاج كماً ونوعاً.
- المشاركة في تكوين مستخدمي الديوان وتجديد معلوماتهم.
- التعاون مع الهياكل والمؤسسات والهيئات التي ترتبط أعمالها بصنع الأعضاء الاصطناعية ولواحقها قصد تخطيط صنعها وتوزيعها.
- كما تتولى في إطار أعماله توفير العدد المناسب من مناصب العمل للأشخاص المعوقين.

[1]. مجناح محمد، ذبيح عادل: الحماية القانونية للطفل المعوق في التشريع الجزائري، مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية والسياسية، العدد السادس، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، 2017، ص 241.

وقد حظيت هذه الشريحة من الإعفاء الضريبي على المراتب والأجور وفقاً للمادة 31 من القانون رقم 89-26 المؤرخ في 21 ديسمبر 1989.[1]

ثانياً: قانون رقم 02-92 المؤرخ في 08 ماي 2002 المتعلق بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم والذي يتضمن:

- **الفصل الأول: أحكام عامة:** من بين المواد التي يتضمنها هذا الفصل:

المادة 01: يهدف هذا القانون إلى تعريف الأشخاص المعوقين وتحديد المبادئ والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم.

المادة 02: تشمل حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم في مفهوم هذا القانون، كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر، وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحد من قدرته على ممارسة نشاط أو عدة أنشطة في حياته اليومية الشخصية والاجتماعية، نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية، الحركية أو الحسية.

المادة 03: تهدف حماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم إلى ما يأتي:

- الكشف المبكر للإعاقة والوقاية منها ومن 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 عند الحاجة.
- ضمانة تعليم إجباري وتكوين مهني للأطفال والمراهقين المعوقين.
- ضمان إدماج الأشخاص المعوقين واندماجهم على الصعيدين الاجتماعي والمهني، لاسيما 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، لاسيما المتصلة بالرياضة والترفيه والتكيف مع المحيط.

[1]. العمري عيسات: مشاكل الإعاقة والمعوقين في الجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية 168، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة محمد داغين سطيف، الجزائر، 2014، ص 7.

- تشجيع الحركة الجمعوية ذات الطابع الإنساني والاجتماعي في مجال حماية المعوقين وترقيتهم.[1]

المادة 04: يعتبر تجسيد الأهداف المنصوص عليها في المادة 3 أعلاه، التزاما وطنياً.

المادة 05: يستفيد الأشخاص المعوقون بدون دخل مساعدة اجتماعية تتمثل في التكفل بهم أو تتمثل في منحة مالية.

المادة 08: يستفيد الأشخاص المعوقون حسب الحالة، من مجانية النقل أو التخفيض في تسعيرات النقل البري الداخلي.

ويستفيد الأشخاص المعوقون بنسبة عجز قدرها 100% تخفيضاً في تسعيرات النقل الجوي العمومي الداخلي.

الفصل الثاني: الوقاية من الإعاقة: تضمن:

المادة 11: تتم الوقاية من الإعاقة بواسطة أعمال الكشف وبرامج الوقاية الطبية وحملات الإعلام والتحسيس تجاه المواطن حول العوامل المسببة للإعاقة أو في تشديدها.

الفصل الثالث: التربية والتكوين المهني وإعادة التدريب الوظيفي وإعادة التكييف: ومن بين ما تضمن:

المادة 14: يجب ضمان التكفل المبكر للأطفال المعوقين.

المادة 16: يتم التعليم والتكوين المهني للأشخاص المعوقين في مؤسسات متخصصة عندما تتطلب طبيعة الإعاقة ودرجتها ذلك.

تتكفل الدولة بالأعباء المتعلقة بالتعليم والتكوين المهني والإقامة والنقل في المؤسسات العمومية.

المادة 17: تسهر الدولة على مساعدة الأشخاص المعوقين والجمعيات ذات الطابع الاجتماعي والإنساني بتوفير تأطير متخصص ومؤهل، لاسيما عبر تشجيع تكوين المكونين في هذا المجال ووضع نظام خاص يحكم هذه الفئة من العاملين.

الفصل الرابع: الإدماج والاندماج الاجتماعيان: وتضمن:

المادة 23: يتم إدماج الأشخاص المعوقين واندماجهم، لاسيما من خلال ممارسة نشاط مهني مناسب او مكيف يسمح لهم بضمان استقلالية بدنية واقتصادية.

المادة 27: يجب على كل مستخدم أن يخصص نسبة 1% على الأقل من مناصب العمل للأشخاص المعوقين المعترف لهم بصفة العامل.

[1]. الجريدة الرسمية الجزائرية، العدد 34، سنة 2002، ص 7.

الفصل الخامس: الحياة الاجتماعية للأشخاص المعوقين ورفاهيتهم: تضمن:

المادة 30: 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، لاسيما في مجال:

- التّقييس المعماري وتهيئة المحلات السكنية والمدرسية والجامعية والتكوينية والدينية والعلاجية، والأماكن المخصصة للنشاطات الثقافية والرياضية والترفيهية.
- تسهيل الحصول على الأجهزة الاصطناعية ولواحقها.
- تسهيل الوصول إلى الأماكن العمومية.
- تسهيل استعمال وسائل النقل.
- تسهيل الحصول على السكن الواقع في المستوى الأول من البنايات بالنسبة إلى الأشخاص المعوقين أو المكلفين بهم عند الاستفادة من مقرر منح السكن، طبقاً للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

المادة 31: يستفيد الأشخاص المعوقون الذين تقدر نسبة عجزهم بـ 100% تخفيضا في مبلغ إيجار وشراء السكنات الاجتماعية التابعة للدولة أو الجماعات الإقليمية.

المادة 32: يستفيد الأشخاص المعوقون الحاملون بطاقة معوق الأولوية فيما يخص:

- الاستقبال على مستوى الإدارات العمومية والخاصة.
- الأماكن المخصصة في وسائل النقل العمومي.
- الإعفاء من تكاليف نقل الأجهزة الفردية للتنقل.
- تخصيص نسبة 4% من أماكن التوقف في المواقف العمومية للشخص المعوق أو مرافقه.

الفصل السادس: تضمن الهيئات: [1]

المادة33 : ينشأ لدى الوزير المكلف بالحماية الاجتماعية مجلس وطني للأشخاص المعوقين يضم على الخصوص:

- ممثلين عن الحركة الجمعوية للأشخاص المعوقين.
- أولياء الأطفال والمراهقين المعوقين.

[1]. المرجع السابق: ص-ص 8-11.

- يكلف بالدراسة وإبداء الرأي في كل المسائل المتعلقة بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم وإدماجهم الاجتماعي والمهني واندماجهم.

الفصل السابع: أحكام مختلفة وختامية: تضمنت:

المادة 36: تقدم الحكومة عرضا أمام المجلس الشعبي الوطني حول برامج حماية المعوقين وترقيتهم لاسيما برامج الوقاية من الإعاقة والنتائج المحققة، في إطار عرض بيان السياسة العامة.

المادة 37: يعتبر يوم 14 مارس من كل سنة يوماً وطنياً للشخص المعوق.[1]

المبحث الرابع: مشاكل المعاقين ومعاناتهم في الجزائر:

يشير الواقع المعيشي لفئة المعاقين إلى صعوبات كبيرة في الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية لأغلبهم، نظرا لغياب وعي اجتماعي كاف لمؤازرتهم والوقوف معهم في مواجهة معاناة وقساوة الإعاقة، وتبرز هذه الصعوبة أكثر في طريقة معاملة أفراد المجتمع للأشخاص المعاقين ذهنيا، أو الذين فقدوا توازنهم النفسي نتيجة لظروف الحياة وتقلباتها؛ حيث تتسم بكثير من الاحتقار واللاإنسانية، وبالتالي تضاف معاناة التهميش والنبذ الاجتماعي إلى معاناة الإعاقة.[2]

إن نظرة المجتمع للمعاق سواء كانت نظرة شفقة وعاطفة جياشة أو نظرة ازدراء، أو نظرة تعتبره شخصا عاجزا عن أداء المهام الاجتماعية والأدوار الاقتصادية هي الأكثر وطأة على معنويات المعاقين، وينتج عنها انعكاسات سلبية أخرى تجسدها مواقف المؤسسات الاقتصادية والتربوية والإدارات بعين الاعتبار، خاصة في التنقل لقضاء احتياجاتهم. ورغم وجود عدد من المعاقين ظفروا بمنصب عمل، فإن معظمهم لم يستفيدوا من فرص العمل المعروضة، رغم أنه حق معترف به لهم من طرف اللوائح الدولية، وحتى قانون 02-09 الصادر في 8 ماي 2002 أقر ضرورة أن تخصص كل مؤسسة وطنية نسبة1 % من عمالتها للمعاقين، لكن التطبيق الميداني يجد صعوبة كبيرة وحتى عدم التفهم والتقبل، إضافة إلى أن هذه النسبة لا يمكن تطبيقها على المؤسسات التي يقل عدد عمالها عن ال 100 عامل.كما يعاني الكثير من المعاقين من افتقادهم للمنحة الشهرية نظرا لعدم حصولهم بسهولة على بطاقة المعاق التي تسمح لهم

---

[1]. المرجع السابق: ص 12.

[2]. عبد الله بصنوبرة: دور الجمعيات في رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة –ولاية قالمة .، الباحث الاجتماعي، العدد 10، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر، 2010، ص 277.

كذلك بالحصول على بطاقة التأمين للاستفادة من حق التعويضات عن شراء الأدوية، لكن من جهة أخرى يعتبر جل المعاقين المنحة غير كافية لاحتياجاتهم الطبية والتعليمية والاجتماعية. ويعاني المعاقون في الجزائر كذلك من عدم تهيئة البيئة العمرانية والطرقات العامة، بما يتماشى مع حاجيات بعض أصناف إعاقاتهم، وخاصة المعاقين حركيا والمكفوفين، كما يعانون من مشكلة النقل بسبب رفض أصحاب المركبات المخصصة للنقل كسيارات الأجرة والحافلات وادعائهم عدم وجود أماكن خاصة بالكراسي المتحركة، وإذا أراد المعاق أن يمتلك سيارة خاصة به فإنه لا يجد إمكانية تكييف السيارة لكي تصبح صالحة لقيادتها حسب درجة ونوع إعاقته، من خلال إضافة إكسسوارات أو تجهيزات معينة؛ حيث لا يوجد في الجزائر سوى ورشة ميكانيكية واحدة بالعاصمة تقوم بهذا العمل المكلف. ومن جهة أخرى تفتقد الجزائر لمدارس تعليم السياقة الخاصة بالمعاقين بشكل كافي؛ حيث لا تتوفر إلا على 08 مدارس فقط على المستوى الوطني، يأتي أغلب المترشحين من ولايات قالمة والطارف وسوق أهراس، كما أن سعر السيارات الخاصة بالمعاقين جد مرتفع وليست في متناول معظمهم.

بالإضافة إلى ما سبق من معاناة، فإن بعض الأولياء يرفضون تمدرس أبنائهم المعاقين، خوفا عليهم من نظرة المحيط الاجتماعي القاسية وتوفيرها لمصاريف إضافية، وأيضا لقناعتهم بعدم وجود فرص لحصولهم على وظائف في المستقبل؛ وهذا ما أدى إلى زيادة تفشي ظاهرة الأمية والتسرب المدرسي لكثير منهم، بسبب إهمال المسؤولين وعدم المتابعة وغياب تهيئة المدارس لتسهيل تمدرس المعاقين بها، كما أن الأساتذة لا يحسنون التعامل مع المعاقين من الصم والبكم والمعاقين حركيا، لأنهم غير مكونين بيداغوجيًا لهذا الأمر.[1]

[1]. المرجع السابق: ص-ص 278-280.

خلاصة

مما سبق يمكن القول أن ما أوردته الإعلانات الصادرة عن الأمم المتحدة وما ورد في أحكام الاتفاقيات الدولية وخاصة اتفاقية الأشخاص ذوي الإعاقة، وكذلك ما أوردته المواثيق والاتفاقيات العربية الخاصة بحماية ذوي الإعاقة هو دليل واضح على حجم الاهتمام الدولي والعربي بحقوق المعاقين والرغبة الملحة في تبني قضاياهم ودعمهم ومساعدتهم ليتمتعوا بحقوقهم ويشاركوا مع غيرهم في تنمية مجتمعهم.

أما فيما يخص الترسانة القانونية التي أصدرتها الجزائر والاتفاقيات الدولية التي صادقت عليها، نجد أنها وفرت حماية قانونية لفئة المعاقين لا بأس بها، إلا أنها غير كافية فالبرغم من هذه الحماية إلا أن المعاق لا يزال مهمشاً، لذا فإن هذه الحماية تحتاج إلى المزيد من الجهود والتضحيات لتوسيعها لتشمل كافة الوطن، وتسهيل الاستفادة منها وتطويرها باستمرار لتواكب المستجدات العلمية والتقنية المتعلقة بذوي الإعاقة كالإدماج المهني، التأهيل الوظيفي، التعليم المكيف.

الفصل السادس بعض المداخل النظرية في مجال رعاية المعاقين

تمهيد:

المبحث الأول: من منظور نظرية الدور.

المبحث الثاني: من منظور نظرية اللعب.

المبحث الثالث: من منظور العلاج الجماعي.

المبحث الرابع: من منظور العلاج بإيحاء المعنى.

المبحث الخامس: من منظور تصحيح القيم.

خلاصة الفصل

تمهيد

هناك عدة نظريات تعالج الإعاقة، وكل نظرية تعنى بجانب يختلف عن غيرها، فهي لا تخلق من عدم بحيث أن كل نظرية تأتي مناقضة للنظرية التي قبلها، وتراعي هذه النظريات عدة جوانب هامة منها الاهتمام، الرعاية، الاندماج، وذلك من اجل تأهيل الأفراد المعوقين ودمجهم في المجتمع وتحقيق كل ما يحقق الرعاية الكافية لهم وهذا ما سنتطرق اليه في هذا الفصل.

المبحث الأول: من منظور نظرية الدور:

تحاول نظرية الدور تفهم السلوك الإنساني بالصورة المعقدة التي يكون عليها ويصف سلوك اجتماعي يشمل عناصر حضارية، واجتماعية[1]، وتقدم لنا إطارا نظريا مناسبا في بعض المواقف يساعد الأخصائي على الموقف الذي يعمل من خلاله، كما تساعده على القيام بعمليات الممارسة المهنية من التحديد والتخطيط وتنفيذ الخطة ومتابعتها وتقويمها، كما أنها تفيد تطبيقيا على حالات الفشل في أداء الأدوار، إلا أن هذا المفهوم بالرغم من تضمنه الجوانب بيولوجية، واجتماعية ونفسية، فأن تركيزه الأساسي إنما ينصب على الجوانب الأدائية للوظائف الاجتماعية مع إغفال للفروق الفردية الدقيقة بين الأفراد وعدم توضيح الدوافع الخاصة، التي تكمن وراء السلوك الفردي لكل منهم...الخ، وأن أوضح لنا معنى استجابة الفرد بشكل عام[2]

وتقدم لنا نظرية الدور مفاهيم تمكننا من إدراك السلوك الاجتماعي في الموقف، ليتسنى لنا فهم البناء الاجتماعي، إذ أنها ترتبط بالمطالب البنائية الاجتماعية، وأفكار العضو وسلوكه واهتماماته، كذلك ترتبط هذه المفاهيم بالقيم إذ تحدد مجموعة القيم السائدة والمتغيرة في المجتمع والجماعة، وتوضح عملية الأدوار الاجتماعية أهم نتائج عملية التنشئة الاجتماعية باعتبارها عملية التعلم.

كما أن مفهوم الدور يوضح مشاركة العضو في الجماعة، يساعد على إشباع احتياجاته حسب نظام الجماعة التي ينتمي إليها، كما أنه من العناصر الهامة في تكوين الدور الالتزامات الأخلاقية. فكل دور يتضمن مجموعة من الالتزامات الأخلاقية، ويؤكد قبول الفرد لهذه الالتزامات خلال عضويته للجماعة، وارتباطه بها، ولكن وقوف الفرد موقفا سلبيا من هذه الالتزامات أو قهره على قبولها يولد لديه إحساس بالخوف والتوتر، ويقبل العضو الالتزامات الأخلاقية التي تحدد سلوك الدور خوفا من الجزاءات الرادعة في الجماعة، وتتبع هذه الالتزامات الأخلاقية من مصادر مختلفة منها الإيديولوجيات التي تعبر عن ثقافة المجتمع السائدة وطبيعة العلاقات السائدة داخل بناء الجماعة.[3]

---

[1]. كمال دسوقي: دينامية الجماعة في علم الاجتماع وعلم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 1969، ص 276.

[2]. عبد العزيز النوحي: نظريات خدمة الفرد، نظرية الدور في خدمة الفرد، النظرية الوظيفية، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، 1984، ص، ص 64، 65.

[3]. محمد سيد فهمي: التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية، مصر، 2007، ص 298.

كما يؤدي تعدد الأدوار في البناء الاجتماعي وتباينها إلى نشأة مجموعة من العلاقات الاجتماعية الجديدة التي يواجهها العضو مع الأفراد الآخرين وتكون مجموعة من نماذج السلوك المتباينة التي يؤديها العضو في الجماعة كلما اتسعت علاقاته. [1]حيث أن نظرية الدور تستمد مفعولها وأثرها في علاقة الأفراد ببعضهم البعض وبطبيعة النظام والبناء الاجتماعي الذي يحكمهم، فانطلاقا من الدراسات الاجتماعية التي ترى بأن وعي الأفراد العقلاني بواجباتهم وحقوقهم وأثر ذلك على سلوكاتهم التي ينتجونها لإثبات وجودهم ضمن إطار المكانات الاجتماعية التي يشغلونها في إطار النسق الكلي للمجتمع. وبما أن المجتمع باعتباره نسقا اجتماعيا شاملا يبنى أساسا على وجود عدة جماعات اجتماعية متفاعلة ضمن الحدود التي رسمها لهم هذا الأخير، بالإضافة إلى وجود جماعات فرعية تقوم هي الأخرى نتيجة لتفاعلها مع الجماعات الكلية بتحقيق الأهداف المشتركة المرجوة منهم جميعا من اجل بقاء واستمرارية النسق الكلي العام، الشيء الذي يلاحظ هو وجود اختلاف بين أعضاء النسق الاجتماعي من جانب الأوضاع الاجتماعية وما يقوم به كل فرد من دور اجتماعي، بالإضافة إلى ذلك نجد أن هناك تمايزا آخر بين هؤلاء الأفراد يتمثل في الاختلاف من حيث توقعات الدور. بمعنى أننا نتوقع بان كل فرد عليه أن يقوم بدور معين في هذا النظام الاجتماعي بينما ترفض توقعاتنا بأن يقوم بقية الأفراد بنفس هذا الدور ثم يتغافلون عن أداء الأدوار المنوطة بهم. [2]

بعدما قمنا باستعراض أهم خصائص الدور نحاول ربط هذه النظرية بموضوعنا المعنون بواقع المعاقين حركياً وسبل رعايتهم اجتماعيا في الجزائر، حيث أن واقع المعاقين يرتبط بأدوار كل من الأسرة والدولة والمجتمع المدني وما هو مطلوب منهم في سبيل تحقيق الرعاية الاجتماعية الكفيلة بالاستجابة لانشغالاتهم ومطالبهم، وأدوار كل منهم من أجل التكفل بهذه الشريحة والارتقاء بها ودمجها في المجتمع، وبهذا فإن الدور المتوقع منهم يجب أن يراعي خصوصيات هؤلاء المعوقين، بحيث يجب عليهم القيام بكامل مجهوداتهم من أجل إعطاء هذه الفئة الثقة في النفس وفي الأسرة وفي المجتمع، ومن أجل تحسين حياتها وتأهيلها، وذلك من خلال الدفاع والمطالبة بحقوقهم، إشباع حاجاتهم وتحسين واقع الخدمات المقدمة لهم.

---

[1]. المرجع السابق:299.

[2]. عبد الله كبار: المجتمع المدني ودوره في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية لجمعيات المعوقين حركيا بولاية غرداية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2005، ص 96.

المبحث الثاني: من منظور نظرية اللعب:

تتيح الألعاب ضروبا منوعة من النشاط ومجالا فسيحا من درجات التعقيد الذي يشبع رغبات المعوقين من مختلف الأعمار، وتحتاج الألعاب إلى درجات متفاوتة من القدرات الجسمية والعقلية والتعاون. فهناك ألعاب لتكوين تنمية الجسم والتوافق العضلي العصبي، كما أن هناك ألعابا لتنمية بعض القدرات العقلية، والبعض الأخرى يهتم بالتعاون والعمل الجماعي، وللألعاب فوائد متعددة منها:

1. أن المعوق يظهر واضحا عند ممارسته للألعاب، وتعتبر هذه فرصة لأخصائي الخدمة الاجتماعية لملاحظة المعوقين ودراستهم.
2. كما تعتبر الألعاب وسيلة للتعبير عما في نفوس المعوقين وتدريبهم على ضبط النفس ومقابلة حاجاتهم الانفعالية.
3. كما يساعد اللعب على التخفيف من حدة التوتر الذي يتركز حول بعض الخلافات بين المعوقين وكذلك بعض الحوادث التي تحدث بعض المضايقات أو المناقشات العنيفة بينهم.
4. كما يمكن أن تستخدم الألعاب للمعوق كمنفذ لنزعات الأفراد العدوانية والحرمان والكراهية وحب المقابلة وحب السيطرة لديهم.

كما تظهر بوضوح درجة تقبل المعوق لمعرفة الآخرين عند ممارسة الألعاب ويودون في قرارة أنفسهم أن يشتركوا في اللعب، إلا أنهم يخشون عدم تقبلهم واختبارهم بمعرفة زملائهم لعدم مهاراتهم في اللعب أو غير ذلك من الأسباب. والحقيقة أن المهارة في الألعاب غالبا ما تعطى الشعور بالتقبل وتزيد الثقة بالنفس وتشجع على الاشتراك في بعض الميادين الأخرى للحياة الجماعية. كما تظهر من خلال الألعاب ظهور قيادات حتى في الأشخاص الذين يمكن لأخصائي الخدمة الاجتماعية تشجيعهم وتدريبهم على تحمل بعض المسؤوليات وكسب الثقة بالنفس.[1]

وتستخدم بعض الألعاب الخاصة كوسيلة لاكتشاف قدرات الأعضاء وحاجاتهم ورغباتهم عن طريق سلوكهم في أثناء ممارسة هذه الألعاب وكذلك للكشف عن القدرات واحتياجات عملية التأهيل والعلاج ومن العرض السابق يتضح أن أهمية اللعب للمعوق تظهر في:

[1]. محمد سيد فهمي: التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، مرجع سابق، ص، ص 299، 300.

أ- أنها مجالا لممارسة القيادة وتعلم الأصول.

ب-يمكن من خلال الألعاب تحقيق التقبل للمعوق في الجماعة.

ج- يمكن من خلال الألعاب ظهور السلوك العدواني للأعضاء كما تعتبر مجالا لعلاج مثل هذا السلوك.

د- يعتبر اللعب مجالا لدراسة الأخصائي للمعوقين والتعرف على قدراتهم وإمكانياتهم.

هـ-تساعد الألعاب المعوقين في تكوين علاقات اجتماعية مع المعوقين الآخرين ومع أفراد من المجتمع، كذلك يمكن الكشف عن الاحتياجات التأهيلية.

ويلجأ الأخصائي سواء كان بمفرده، أو مع العميل بتحديد الأشخاص الآخرين في البيئة الخارجية الذين يمكن الاتصال بهم لمساعدة العميل مثل: الوالد، المدرس، صاحب العمل، أخصائي التدريب، أخصائي التأهيل...الخ، وتؤكد مداخل تعديل السلوك على أن تغير سلوك بيئة العميل يكون له أهمية سابقة لاستجابة العملاء لوسائل التغير وتؤكد النظريات السوسيولوجية على أهمية تعديل البيئة، وتعديل بيئة المؤسسة كمطلب أساسي لتقديم الخدمات بوسائل أكثر فاعلية للناس من خلال مؤسسات الرعاية الاجتماعية.[1]

لهذه النظرية دور وتأثير ايجابي كبير على الشخص المعاق، بحيث أن مشاركة المعوق في مختلف الأنشطة داخل المجتمع والتفاعل وتكوين علاقات مع الآخرين يساهم في زيادة التقبل الاجتماعي للمعوق من قبل الأفراد العاديين، ويؤدي إلى دمجه مما يجعل الشخص المعوق يؤدي دوره بشكل عادي في المجتمع.

المبحث الثالث: من منظور العلاج الجماعي:

يهدف إلى مساعدة الحالة (أي المعاق مجال المساعدة) على التغير فكريا وشعوريا وسلوكيا، وروحيا بشكل فعّال، وهو علاج يستثمر ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بما ينعكس على سلوكهم ونظرتهم إلى الحياة. ومن مميزات هذا المدخل العلاجي أن التغذية الراجعة الحقيقية تصدر من أفراد مختلفين، ويثبت أعضاء الجماعة فيما بينهم قدرا كبيرا من التشجيع والمساندة، وبذلك يستطيعون اكتساب أبعاد جديدة في هذا الفضاء الجماعي.

كما يتيح لهم هذا المدخل في حال استخدامه فرصا حقيقية لممارسة المهارات الاجتماعية وتحسينها، ويكتسب الأخصائي من خلالها معلومات هامة عن السلوك الاجتماعي الواقع، والجدير بالذكر أن أهم عمليات العلاج الجماعي من المنظور إسلامي تعد من أحسن عمليات العلاج.

[1]. المرجع السابق: ص 300.

ويمكن ذكر أهمها فيما يأتي:

1. الترابط والتلاحم مع اختيار ومعرفة الواقع الذي يشمل الحياة المادية والإنسان والمجتمع والكون والموت وما بعد الموت.
2. تحويل المشاعر نحو الجماعة، وهذا تدريب للحالة على جعل العالم محلاً لرؤيتها ومشاعرها بدلا من تركيزها داخل ذاتها.
3. القدوة وضغط المجموعة لتحسين سلوكها نحو الأفضل.
4. عقلنة جزء كبير من المشكلات الانفعالية، والتنفيس وإخراج الشحنات الانفعالية المكبوتة مع التركيز على غرس التصورات والقيم الإسلامية.

أما عن مراحل التغير في العلاج الجماعي من المنظور الإسلامي فهي:

أ- مرحلة تكوين البصيرة: حيث يحاول الأخصائي مع الحالة رؤية عيوبها ومميزاتها ويساعد الأعضاء على ذلك من خلال التفاعلات والألعاب الجماعية والمناقشات وتوفير نموذج القدوة والنموذج السلوكي

ب-اتخاذ القرار بالتغيير: بعد أن يرى الحالة بصورة واضحة بإمكانياتها الواقعية وأهدافها يبدأ في اتخاذ قرارات لتغيير طريقة التفكير للحالة وسلوكها إلى الأصل.

ج- مرحلة التطبيق مع تدعيم الأعضاء والأخصائيين وبقية أعضاء الفريق للتغيير.[1]

ومن هنا يمكن القول إنه بقيام الأسرة والمجتمع والجمعيات بمساعدة المعاق ودعمه وتشجيعه، وتحفيزه سواء مادياً أو معنوياً وتحسيسه بأنه شخص قادر يجعله يغير نظرته تجاه نفسه، بحيث يتقبل إعاقته ويتكيف معها ويتغلب على المشكلات الناتجة عنها مما يجعله شخصاً فعالاً وبناءاً في المجتمع.

المبحث الرابع: من منظور العلاج بإيحاء المعني:

وضع أسس هذه الطريقة (Victor therapy') حيث يرى أن هناك حالات كثيرة يرجع السبب الرئيسي في مشكلاتها لعدم قدرتها على إيجاد معنى أو مغزى لحياتها، وقد وصف هذا الموقف بالصراع الوحداني.

ويهدف هذا النوع من العلاج إلى معالجة إحباطات الإنسان الوجودية ومساعدته في البحث عن معنى لحياته. ويعتقد فرنكل انه كلما نجحت الحالة في التوقف عن لوم ماضيها، وأصبحت قادرة على

[1]. لعلام عبد النور: دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا، مرجع سابق، ص، ص 49، 50.

تحمل مسؤولية مصيرها، كلما كان هذا تحقيقا لحريتها وذاتها، ويجب أن تتقبل المعاناة على أنها جزء من حياتها، ويتحقق هذا الاتجاه من خلال:

القصد العكسي: أي أن تقتحم المواقف التي تخاف منها حتى يتأكد لها عدم صحة مخاوفها وقلقها.

ومن خلال **إعادة النظر** التي تحوّل محور اهتمام الحالة من داخل نفسها إلى أهداف خارجية، وعند نجاحها في الانشغال بالعالم المحيط بها تقل وتنخفض درجة قلقها.

حيث أن الإعاقة تسبب للمعوق مشكلات عدم التكيف الشخصي ومشكلات عدم التكيف الاجتماعي، وما يترتب عليها من مشاعر العطف والاشمئزاز أو الازدراء، التي يلقاها من المحيطين به، تجعله يضيق بنفسه ولا يتقبل إعاقته وعجزه، فينفر من الناس وينطوي على نفسه، كما يشعر بأن حياته أصبحت ليس لها معنى، فهو يلوم نفسه دائما، ولا يتقبلها، ولا يرضى عنها.

وعندئذ يحتاج إلى خدمات ورعاية من أجل علاج مشكلات عدم تكيفه الاجتماعي والشخصي، ليبدل هذه المشاعر السلبية بمشاعر إيجابية ويصبح قادرا على تحمل المسؤولية، وعندما ينجح في تحملها معتمدا على نفسه، وعلى جهوده الذاتية، فسيشعر بقيمته، ويعتز بذاته، بعد أن أصبح لحياته مغزى ومعنى.[1]

كما أن الإعاقة تعتبر بمثابة حاجز نفسي بين المعوق وبيئته، فإنها تجعله ينكمش على نفسه، نتيجة شعوره بالاختلاف عن الآخرين، يفقد المعوق مكانته الاجتماعية في الأسرة، أو في المجتمع الذي سيعيش فيه، نتيجة عجزه عن الاستقلال، والاعتماد على النفس في قضاء حاجاته الضرورية لصعوبة حركته، وقد تضيق به الأسرة، وتشعره بأنه عبأ عليها، وينعكس ذلك على معاملتها له، وتكون النتيجة انسحاب المعوق من مجتمع الأسرة وعدم الشعور بالانتماء لها، وقد ينقلب على المجتمع بالسخط والعدوان.

وعندئذ لإحياء المعنى لحياة المعوق عن طريق مساعدته وتقبله لعاهته، وإقناعه بمعايشتها، بعد أن يشترك في تأهيله وتدريبه وتشغيله، ليستعيد مكانته داخل الأسرة، وعندئذ تتغير نظرتها إليه، وتتحسن معاملتها له، فيقبل على التعاون والمشاركة وتحمل المسؤولية فيشعر عندئذ بقيمته ومكانته.

تفسر هذه النظرية ان الإعاقة تسبب للمعوق مشكلات نفسية واجتماعية، وذلك لعدم تقبله لإعاقته ولنظرة المجتمع الدونية اليه وبأنه عاجز، هذا ما يجعله ينعزل وينطوي على نفسه، وهنا يجب على الأسرة والمجتمع والجمعيات المشاركة من أجل تحسين حالته وتمكينه من أجل التغلب على إعاقته، وعلى المشكلات الناتجة

[1]. عيسلت العمري: الإعاقة والمعوقون، مرجع السابق: ص 12.

عنها، وذلك بتوفير برامج وخدمات مناسبة وأجهزة ضرورية، كما يجب توعية كل من المجتمع والأسرة بآثار ومشكلات الإعاقة، وتحسيسهم بكيفية التعامل مع المعاق ودلك من اجل تمكينه من التكيف مع اعاقته.

المبحث الخامس: من منظور تصحيح القيم :

ويتدرج العلاج المستخدم في إطار هذا المدخل على مراحل ثلاث هي:

1- **المرحلة التمهيدية** :وتتضمن إيجاد تعارف بين الأخصائي والحالة بهدف خلق مناخ طيب تسوده الثقة بين الطرفين.

2- **مرحلة التصحيح** :وتتضمن إيقاظ الإيمان المخدر في نفس الحالة، ومساعدتها على إدراك ما تحمله من قيم دينية مع مراعاة الفر وق الفردية بين الحالات، ومساعدة كل حالة على التعرف على طبيعة ما يواجهها من مشكلات أو إدراك ماهية حالتها بطريقة تدريجية، وإرجاع الموقف المش كل بعد التعرف عليه إلى المعايير الإيمانية التي تم إيقاظها، بالإضافة إلى تثبيت القيم الإيجابية الواضحة عن طريق التأكد من إعلانها والاعتراف بها والعمل بما تمليه سرا وعلانية، والإحساس بالفخر بما يتم إنجازه وإزالة الحرج مما قد يعترض قدراتها من نقص.

3- **مرحلة المتابعة** :وتتضمن متابعة الحالة عن طريق الاتصال بها أو إيجاد مجال التعارف والمشاركة داخل الجماعة؛ حيث يداوم على الترجمة العملية للقيمة واستشعاره.

إننا نؤكد بعد هذا العرض المختصر لهذه المداخل على أهمية ودور ذوي الاختصاص في رعاية المعاقين وفق أسس علمية ومعايير تتوافق وطبيعة الإعاقة واحتياجات المعاق.

وطالما تحققت هذه الرعاية، والتي من خلالها نجد الحلول الممكنة لمشكلات هؤلاء المعاقين فإنه من دون شك سنصل بهذه الفئة إلى المرحلة المرجوة، وهي مرحلة التكيف الاجتماعي وبالتالي أداء أدوارهم الاجتماعية وفق ما يتوقعه منهم الآخرون، وفي إطار معايير وقيم وثقافة المجتمع.[1]

تفسر هذه النظرية ان علاج المعاق يتم عن كريق ثلاثة مراحل، حيث ان في المرحلة الأولى يجب تكوين علاقة جيدة مع المعاق، وبعد دلك التعرف على المشكلات التي تواجهه بغرض مساعدته، وفي الأخير يجب متابعة حالته من اجل ضمان دمجه، وهنا يجب على الاسرة والمجتمع والجمعيات تطبيق هده المراحل من اجل تأهيل المعاق وادماجه في المجتمع.

[1]. المرجع السابق: ص 12.

خلاصة الفصل:

إن هذه المقاربات وغيرها من المقاربات التي لم نأتي على ذكرها هي مقاربات عملية (تشخيصية وعلاجية)، بصرف النظر عن أساسها النظري، فكل منها يركز على جانب من جوانب رعاية المعاقين بوجه عام.

الفصل السابع

الإطار التحليلي للدراسة

تمهيد

المبحث الأول: تحليل الجداول.

المبحث الثاني: نتائج الدراسة.

خاتمة

الفصل السابع: الإطار التحليلي للدراسة

تمهيد

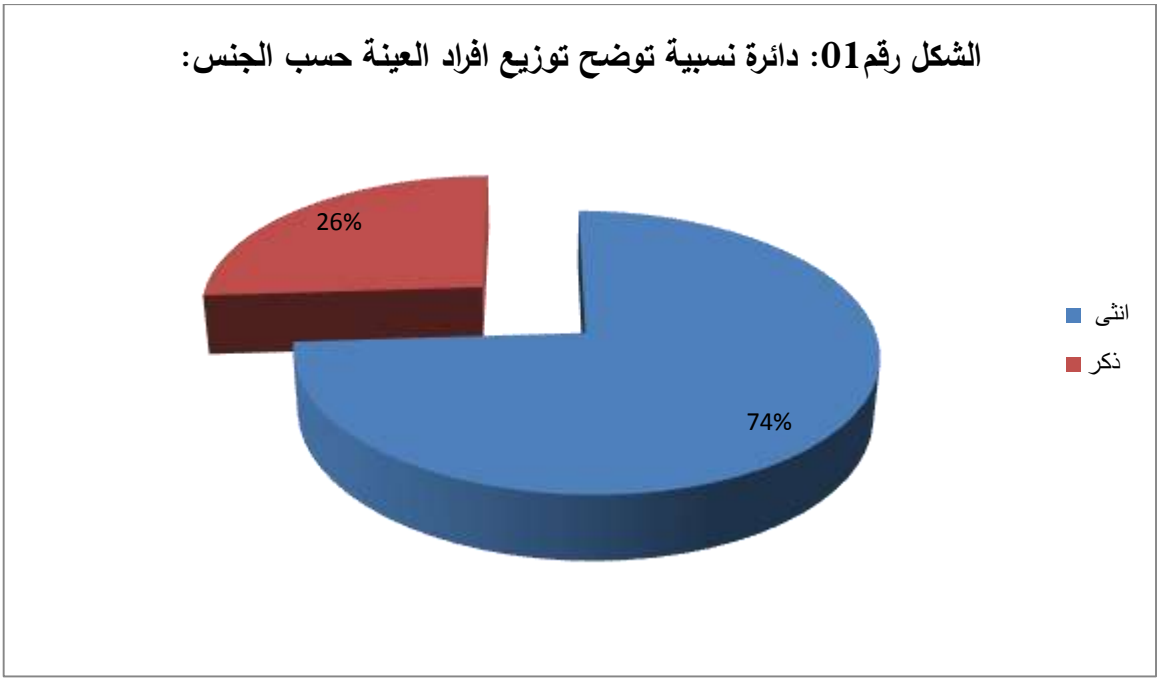
إن هدف كل باحث الوصول إلى نتائج الدراسة، ولتحقيق هذا يجب عليه أن يمر بمجموعة من الخطوات التي بدونها يعتبر البحث ناقصا، وتتمثل خطوات هذه المرحلة في تفريغ الجداول وتحليلها في ضوء فرضيات ومحاور الدراسة والدراسات السابقة، وذلك للوصول إلى مجموعة من النتائج التي تبين مدى صحة فرضيات الدراسة وتحققها، وفي الأخير تم استخلاص مجموعة من التوصيات والاقتراحات التي توصلنا اليها من خلال دراستنا الميدانية.

المبحث الأول: تحليل الجداول:

جدول رقم 01: يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	25	% 74
أنثى	9	% 26
المجموع	34	% 100

الشكل رقم01: دائرة نسبية توضح توزيع افراد العينة حسب الجنس:

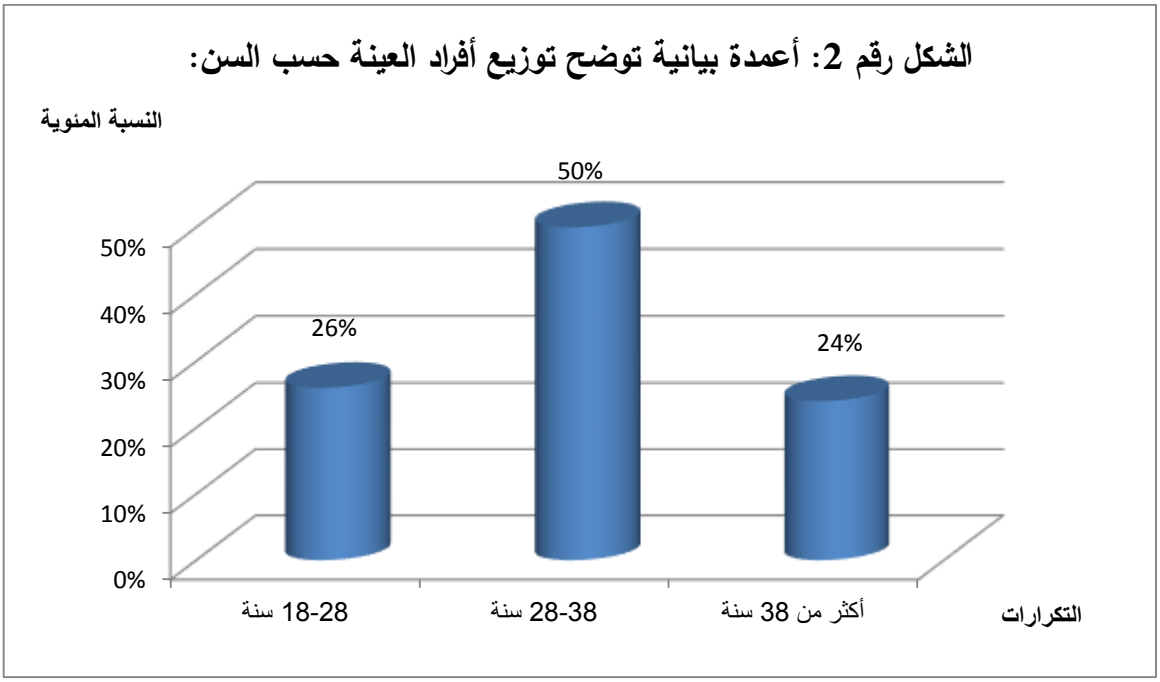


يتضح من هذا الجدول أن نسبة 74 %من أفراد العينة ذكور، بينما نسبة 26 %إناث وهذا يعني أن نسبة الإعاقة لدى الذكور أكثر من الإناث، ويرجع ذلك إلى كثرة حوادث المرور والعمل لدى الذكور.

الجدول رقم 2: يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن:

السن	التكرار	النسبة %
18-28 سنة	9	% 26
28-38 سنة	17	% 50
أكثر من 38 سنة	8	% 24
المجموع	34	% 100

الشكل رقم 2: أعمدة بيانية توضح توزيع أفراد العينة حسب السن:



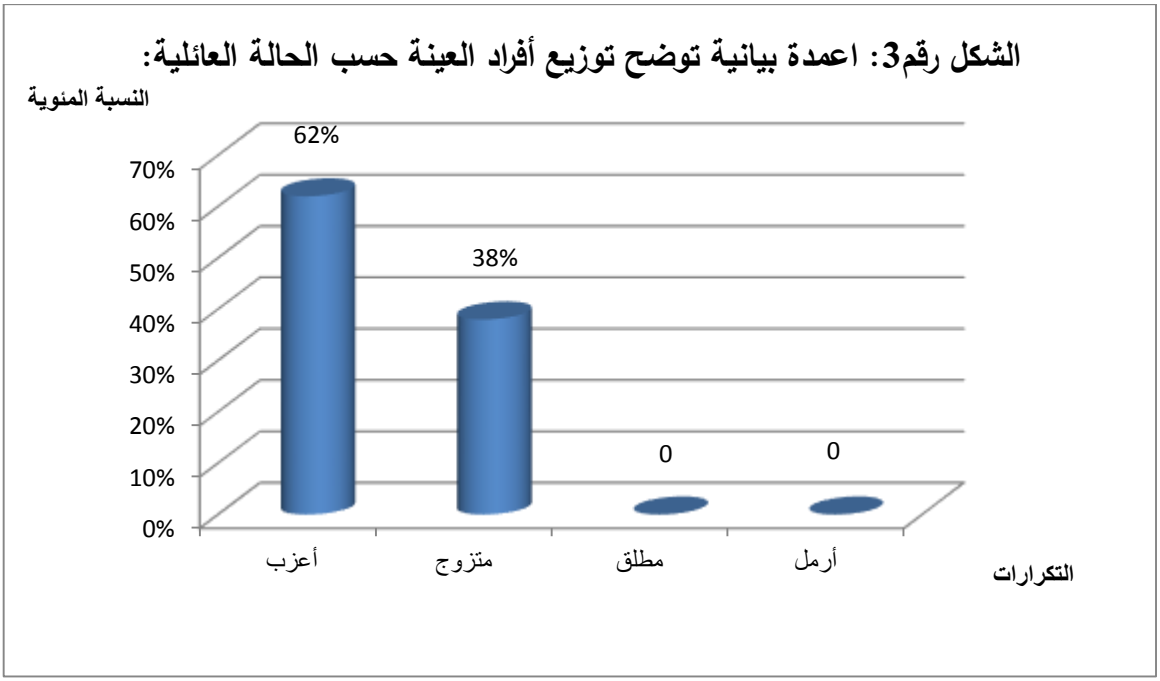
يتضح من هذا الجدول أن نسبة 50 %تمثل الفئة العمرية 28-38 سنة، بينما نسبة 26 %تمثل الفئة العمرية 18-28 سنة، ثم تليها نسبة 24 %للفئة العمرية الأكثر من 38 سنة.

تبين معطيات الجدول أن الفئة الشبابية هي المهيمنة على متغير السن، وهذا يدل على أنه بإمكانها العطاء إذا حظيت بالرعاية والإدماج في المجتمع.

الجدول رقم 3: جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية:

الحالة العائلية	التكرار	النسبة %
أعزب	21	% 62
متزوج	13	% 38
مطلق	0	/
أرمل	0	/
المجموع	34	% 100

الشكل رقم3: اعمدة بيانية توضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية:

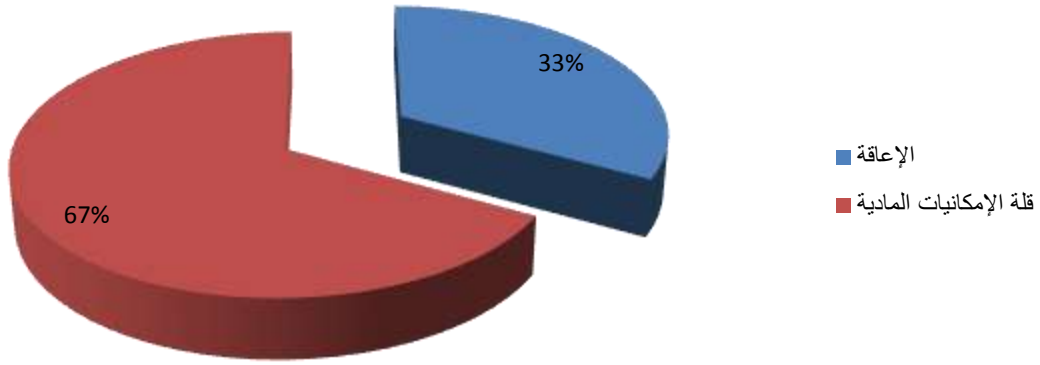


يتضح من هذا الجدول أن نسبة 62 %من أفراد العينة عزاب، بينما نسبة 38% من أفراد العينة متزوجين، وذلك يبين أن الإعاقة لم تمنعهم من تكوين أسرة كما أنه يبين السمات الشخصية التي تميز طريقة تفكيرهم، ونظرتهم للإعاقة والحياة وحتى تقديرهم الإيجابي لذواتهم.

ملحق الجدول السابق الخاص بـ: سبب عدم الزواج:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
الإعاقة	7	%33
قلة الإمكانيات المادية	14	%67
المجموع	21	%100

الشكل الخاص بالملحق: دائرة نسبية توضح سبب عدم زواج المبحوثين:



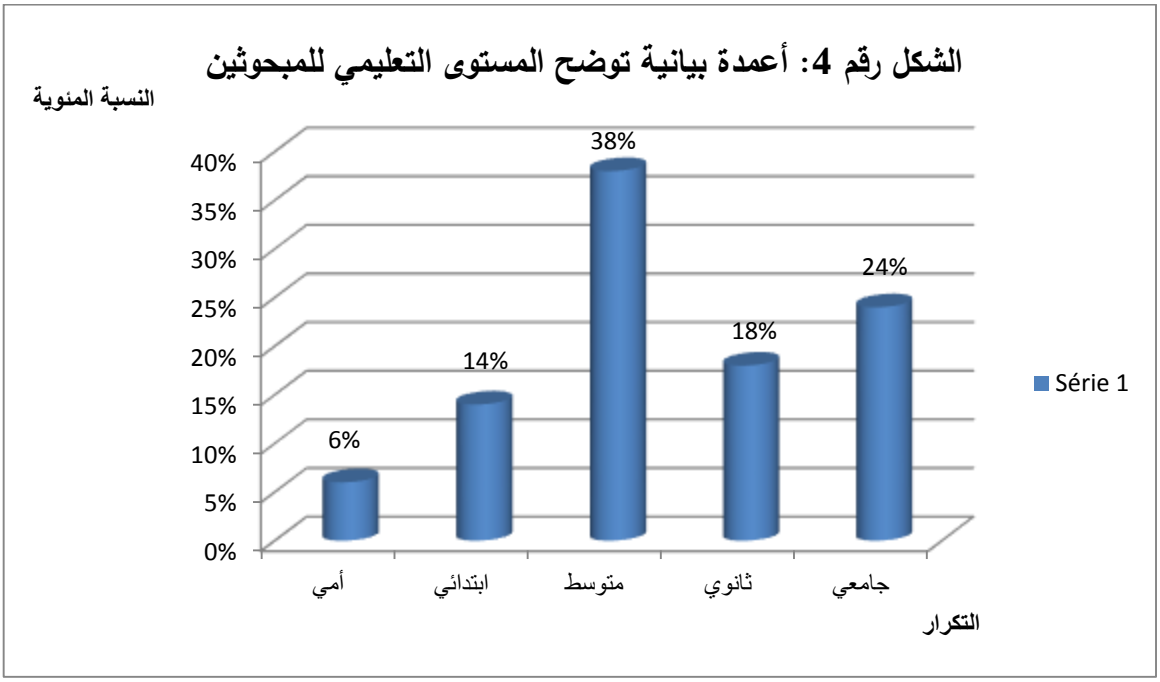
تبين من الجدول السابق أن نسبة 67% عبرت عن عدم زواجها بسبب قلة الإمكانيات المادية، بينما نسبة 33% عبرت عن عدم زواجها بسبب الإعاقة.

وهذا يدل على الحالة الاقتصادية المتدنية للمبحوثين بسبب البطالة وضعف الدخل العام للشباب، وغلاء المعيشة وارتفاع تكاليف الحياة والزواج كلها أدت إلى عدم قدرة الأفراد المبحوثين على تكوين أسرة، أما بالنسبة لعدم الزواج بسبب الإعاقة فإن ذلك يرتبط بمستوى الوعي والتطور الذي وصل إليه المجتمع، وقيم وثقافات المجتمع التي ترى بأن الإعاقة عالة لاسيما حين يتعلق الأمر بالزواج لدى المرأة التي تعاني من إعاقة، حيث أن هناك مجتمعات تسود فيها النظرة الدونية للشخص المعاق وفي قدرته على تكوين أسرة.

الجدول رقم4: الموضح للمستوى التعليمي لدى المبحوثين:

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
أمي	2	%6
ابتدائي	5	%14
متوسط	13	%38
ثانوي	6	%18
جامعي	8	%24
المجموع	34	%100

الشكل رقم 4: أعمدة بيانية توضح المستوى التعليمي للمبحوثين



يتضح من هذا الجدول أن نسبة 38% من المبحوثين مستواهم التعليمي متوسط، ونسبة 24% مستواهم التعليمي جامعي، ثم تليها نسبة 18% مستواهم التعليمي ثانوي، ونسبة 14% مستواهم التعليمي ابتدائي، وأخيرا نسبة 6% أميين.

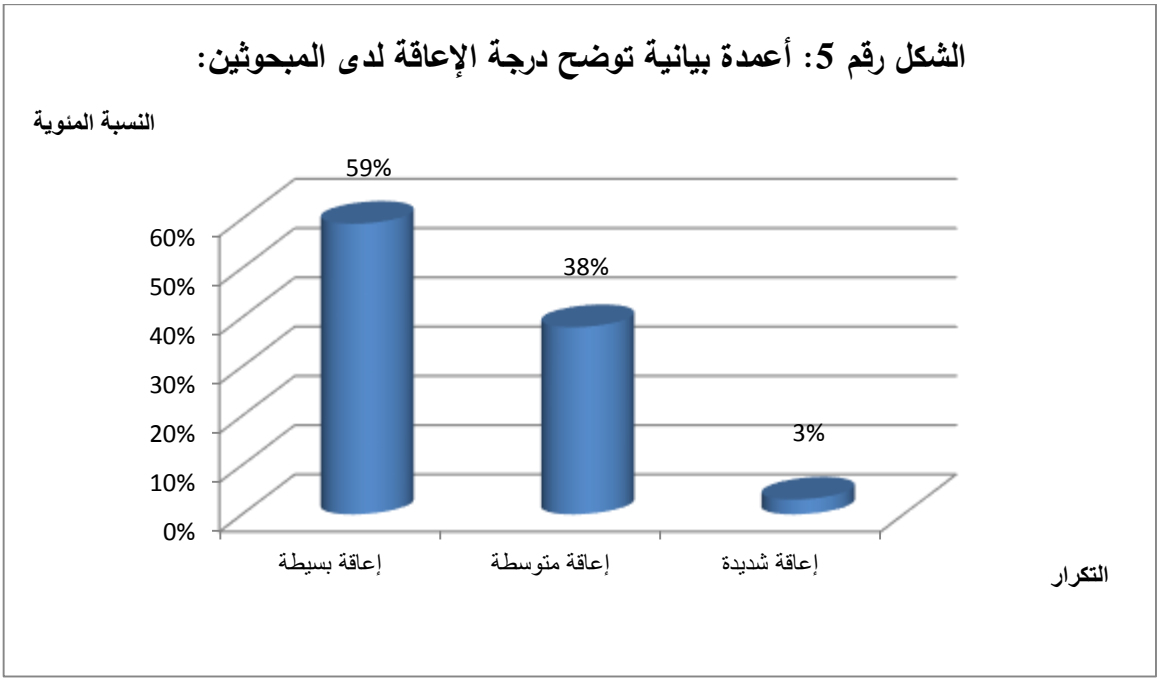
من هنا نلاحظ أن أغلب المبحوثين لم ينهوا دراستهم وهذا يرجع إلى غياب الوعي لدى أسر المعاقين حول فائدة التعليم للمعاق وأهميته أو لعدم تقبل المحيط الاجتماعي، بينما نسبة قليلة أنهت دراستها وهذا يدل على أن الإعاقة لم تقف حاجزاً في تعليمهم، الشيء الذي يجعل هذا المستوى التعليمي يشكل نقطة

إيجابية في تقبل المعاق لإعاقته وكذلك على تأهيله واندماجه في المجتمع وهذا ما يتفق مع **دراسة رنا محمد صبحي عواده (2007)** حيث أكدت على أن التعليم بالنسبة للمعاق يعتبر مؤشراً في زيادة فرصة اندماجه في المجتمع.

الجدول رقم 5: يوضح درجة الإعاقة لدى المبحوثين:

درجة الإعاقة	التكرار	النسبة المئوية
إعاقة بسيطة	20	%59
إعاقة متوسطة	13	%38
إعاقة شديدة	1	%3
المجموع	34	%100

الشكل رقم 5: أعمدة بيانية توضح درجة الإعاقة لدى المبحوثين:



يتبين من هذا الجدول أن نسبة 59% من أفراد العينة يعانون من إعاقة بسيطة، ونسبة 38% من إعاقة متوسطة، بينما نسبة 3% إعاقة شديدة.

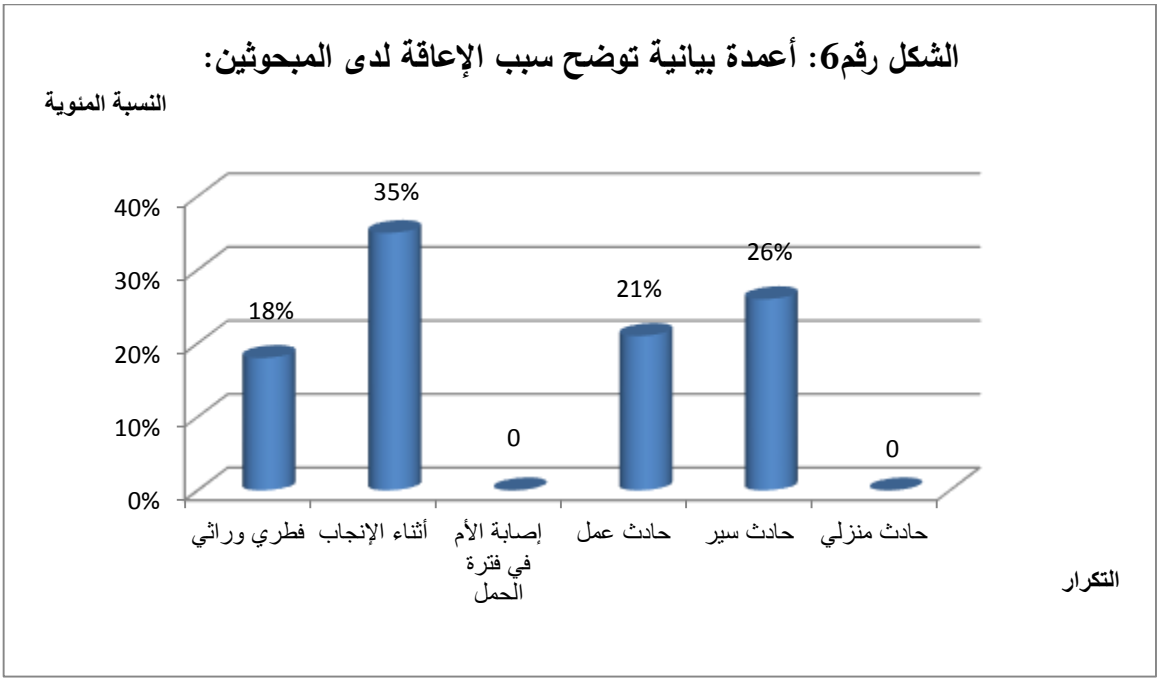
هذا يدل على أن نسبة الإعاقة الشديدة قليلة مقارنة بغيرها من الإعاقات، وبالتالي يمكن التحكم في ذلك ودمجهم عن طريق برامج رعاية وتأهيل مناسبين، وهذا ما يتفق **مع دراسة رنا محمد صبحي**

عواده (2007) حيث أكدت على أن الإعاقة البسيطة والمتوسطة مؤشر ايجابي في عملية الدمج بحيث من الممكن استثمار قدراتهم سواء في التعليم أو العمل أو المشاركة في الأنشطة المختلفة.

الجدول رقم 6: يوضح سبب الإعاقة لدى المبحوثين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
فطري وراثي	6	%18
أثناء الإنجاب	12	%35
إصابة الأم في فترة الحمل	0	/
حادث عمل	7	%21
حادث سير	9	%26
حادث منزلي	0	/
المجموع	34	%100

الشكل رقم6: أعمدة بيانية توضح سبب الإعاقة لدى المبحوثين:



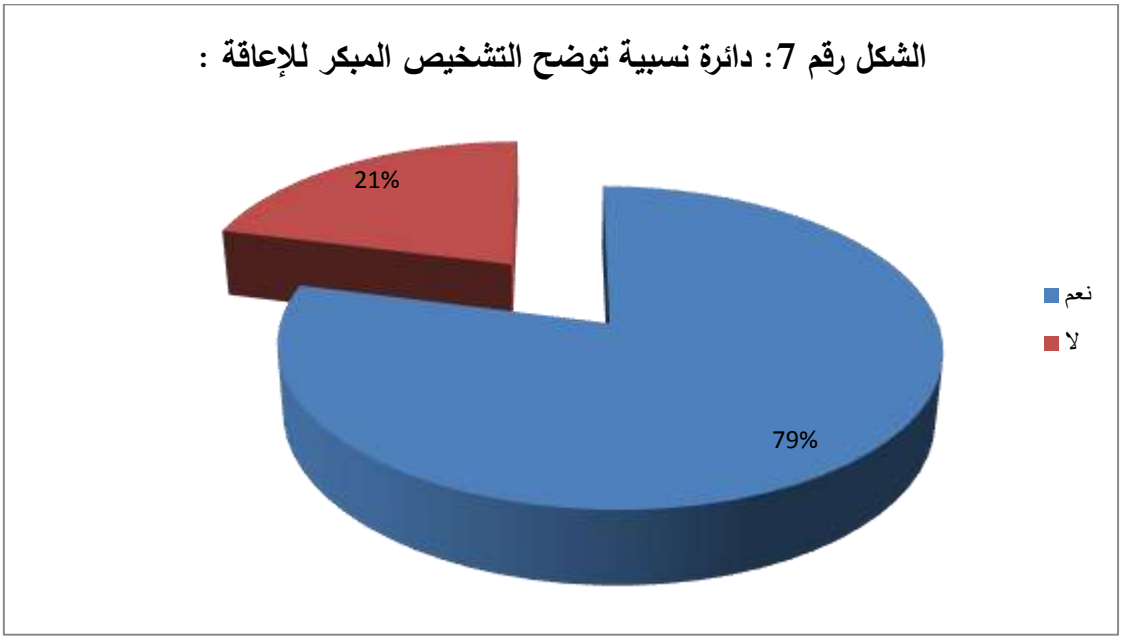
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 35% من أفراد العينة سبب إعاقتهم أثناء الإنجاب، ونسبة 26% بسبب حوادث السير، بينما نسبة 21% بسبب حوادث العمل، وأخيراً نسبة 18% سبب إعاقتهم فطري وراثي.

وهذا يدل على أن نسبة الإعاقة ذات السبب غير الوراثي أكثر بكثير من الإعاقة ذات السبب الوراثي، وهذا راجع إلى عوامل كثيرة كالأخطاء الطبية أثناء الإنجاب والتي كانت سبباً في إعاقة الكثير من الأفراد، وكذلك الإجهاد الذي تتعرض له المرأة الحامل جراء ضغوط العمل والإكراهات المادية الأخرى وكذا تنامي ظاهرة الإنجاب القيصري، بالإضافة إلى حوادث المرور والعمل التي تحصد الكثير من المعاقين، أما الإعاقة ذات السبب الفطري الوراثي فترجع إلى عدم وجود تغذية سليمة بالإضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والاجتماعية وانخفاض مستوى الوعي بأسباب حدوث الإعاقة.

الجدول رقم 7: يوضح التشخيص المبكر للإعاقة للمبحوثين:

التشخيص المبكر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	27	%79
لا	7	%21
المجموع	34	%100

الشكل رقم 7: دائرة نسبية توضح التشخيص المبكر للإعاقة :



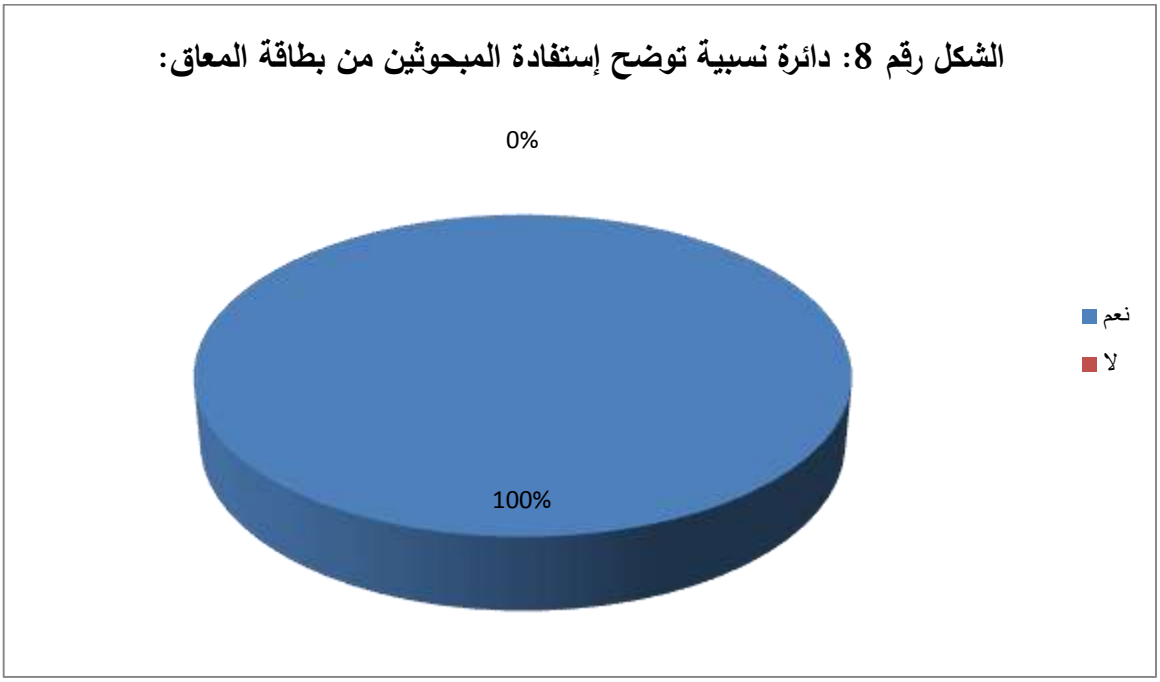
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 79% أفراد العينة شخصوا إعاقتهم في مرحلة مبكرة، بينما نسبة 21% شخصوا إعاقتهم بعد فترة قصيرة.

هذا يدل على أن أغلب المبحوثين شخصوا إعاقتهم مبكراً مما يسهل من عملية التكفل والرعاية والإدماج الاجتماعي لهم، كذلك يدل على اهتمام الأسرة بأبنائها، بينما الذين لم يشخصوا إعاقتهم مبكراً فيمكن أن يرجع ذلك إلى عدم وضوح أعراض الإعاقة أو قلة وعي الأسرة، وهذا ما يتفق مع **دراسة عيسات العمري (2014-2015)** حيث أنه أرجع عدم التشخيص المبكر إلى ظروف المجتمع المحلي كالفقر والحرمان، والنقص في الثقافة الصحية، ومن جهة أخرى أكد على أن عملية التشخيص ترتبط بطبيعة ونوع الإعاقة.

الجدول رقم 8: يوضح استفادة المبحوثين من بطاقة المعاق:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	34	%100
لا	0	/
المجموع	34	%100

الشكل رقم 8: دائرة نسبية توضح إستفادة المبحوثين من بطاقة المعاق:



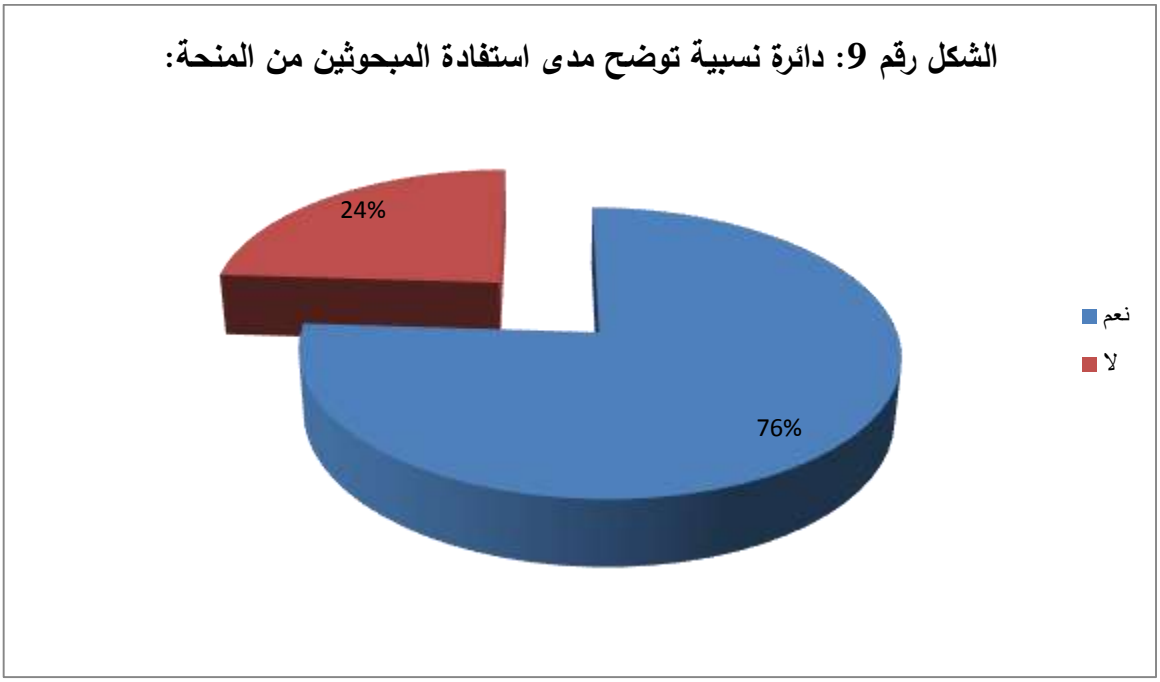
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 100% من أفراد العينة لديهم بطاقة معاق، بطاقة معاق.

هذا يدل على أن الدولة توفر بطاقة للمعاقين، وذلك من أجل إدماج الشخص المعاق في المجتمع باعتبارها وثيقة تمكنه من الحصول على المساعدة الاجتماعية وعلى بعض الامتيازات، كما يدل هذا على أن جميع المبحوثين صرحوا بإعاقتهم فور ظهورها أو كشفها.

الجدول رقم 9: يوضح مدى استفادة المبحوثين من المنحة:

المؤشر	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	26	%76
لا	8	%24
المجموع	34	%100

الشكل رقم 9: دائرة نسبية توضح مدى استفادة المبحوثين من المنحة:



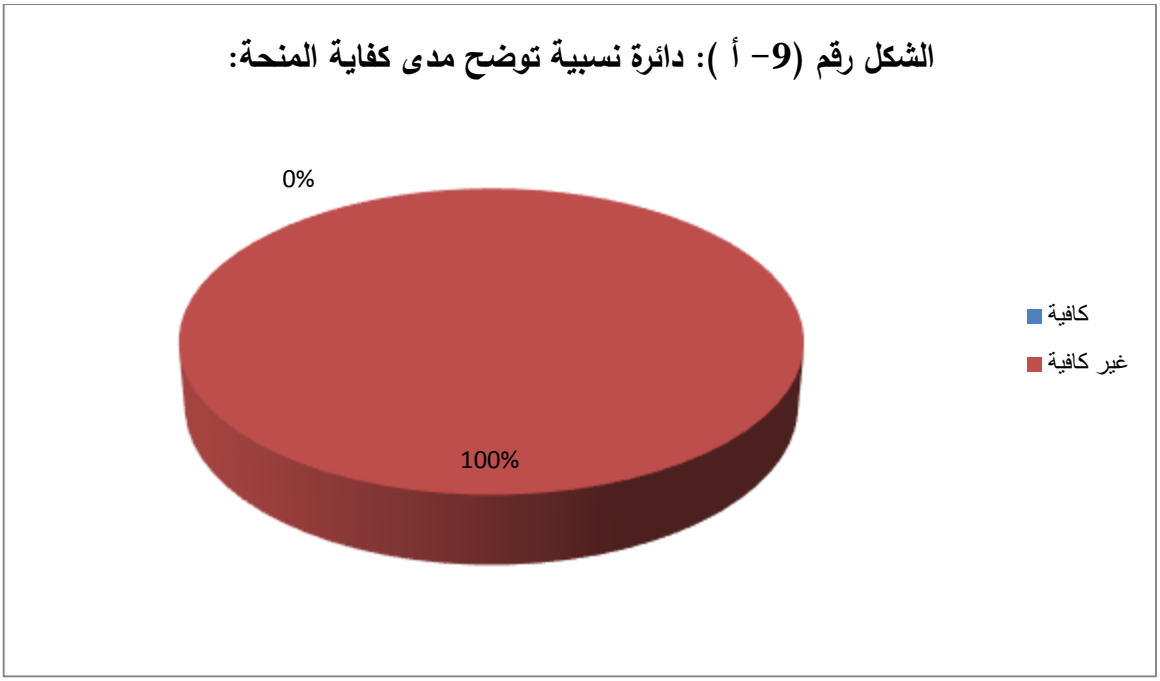
يتضح من هذا الجدول أن نسبة 85% من أفراد العينة يستفيدون من المنحة، بينما نسبة 15% لا يتحصلون عليها.

هذا يدل على أن الدولة تسعى إلى توفير رعاية مادية تقدم لأغلبية المعاقين الذين تقدر نسبة عجزهم بـ 100% والذين ليس لديهم دخل، بينما الذين لا يتحصلون على المنحة فيمكن أن يرجع ذلك إلى نسبة إعاقتهم أو أنهم لم يسجلوا أنفسهم للاستفادة منها أو أن دخلهم مرتفع.

الجدول رقم (9-أ) المتعلق بـ: مدى كفاية المنحة:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
كافية	0	/
غير كافية	26	%100
المجموع	26	%100

الشكل رقم (9- أ): دائرة نسبية توضح مدى كفاية المنحة:



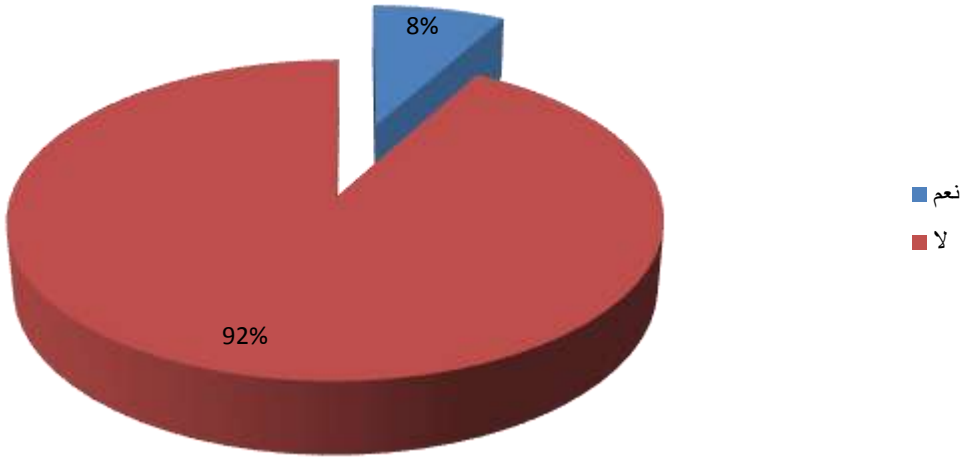
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 100% أي جميع الذين يتحصلون على المنحة صرحوا بعدم كفاية المنحة.

هذا يدل على أن المنحة قليلة فهي لا تلبي حاجاتهم الأساسية سواء فيما يتعلق بالعلاج والدواء أو النظام الغذائي، أي أنها لا تغطي متطلباتهم الكثيرة وغير المحدودة.

الجدول رقم (9-ب): يوضح مدى انتظام المنحة:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	2	%8
لا	24	%92
المجموع	26	%100

الشكل رقم (9- ب): دائرة نسبية توضح مدى انتظام المنحة:



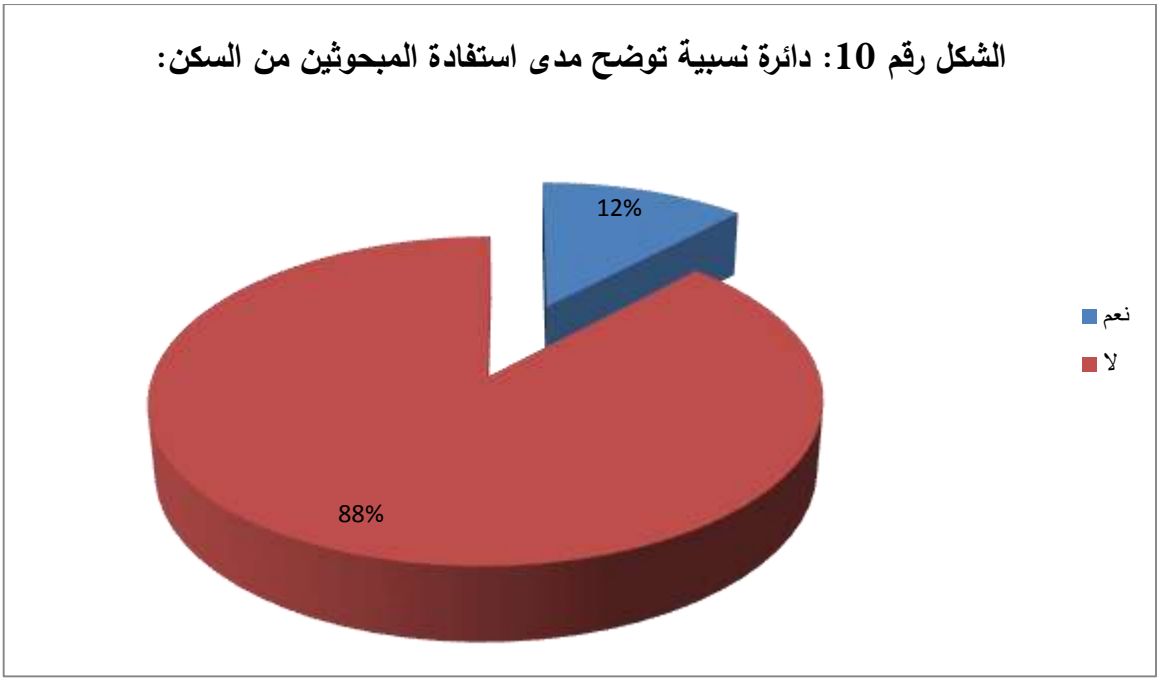
يتضح من هذا الجدول أن نسبة 92% من أفراد العينة عبرت عن عدم رضاها عن انتظام صرف المنحة في وقتها المحدد، بينما نسبة 8% عبرت ايجابياً عن ذلك.

وهذا يعود إلى سوء التسيير الذي يطبع عمل الهيئات والمصالح المكلفة بذلك والمتمثلة في المصالح المركزية (الوزارة)، والمصالح المحلية (مديرية النشاط الاجتماعي).

الجدول رقم 10: يوضح مدى استفادة المبحوثين من السكن:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	4	%12
لا	30	%88
المجموع	34	%100

الشكل رقم 10: دائرة نسبية توضح مدى استفادة المبحوثين من السكن:



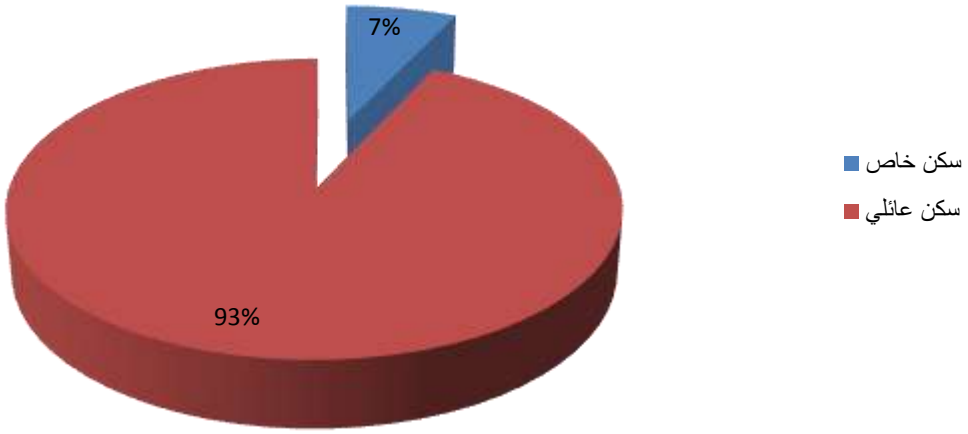
يتضح من هذا الجدول أن نسبة 88% من أفراد العينة لم يستفيدوا من السكن، بينما نسبة 12% استفادت.

من هنا نلاحظ أن نسبة قليلة جداً استفادت من السكن هذا يدل على أن الدولة لا تهتم بهم في هذا المجال.

الجدول رقم (10-أ): يوضح مكان سكن المبحوثين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
سكن خاص	2	%7
سكن عائلي	28	%93
المجموع	30	%100

الشكل رقم (10- أ): دائرة نسبية توضح مكان سكن المبحوثين:



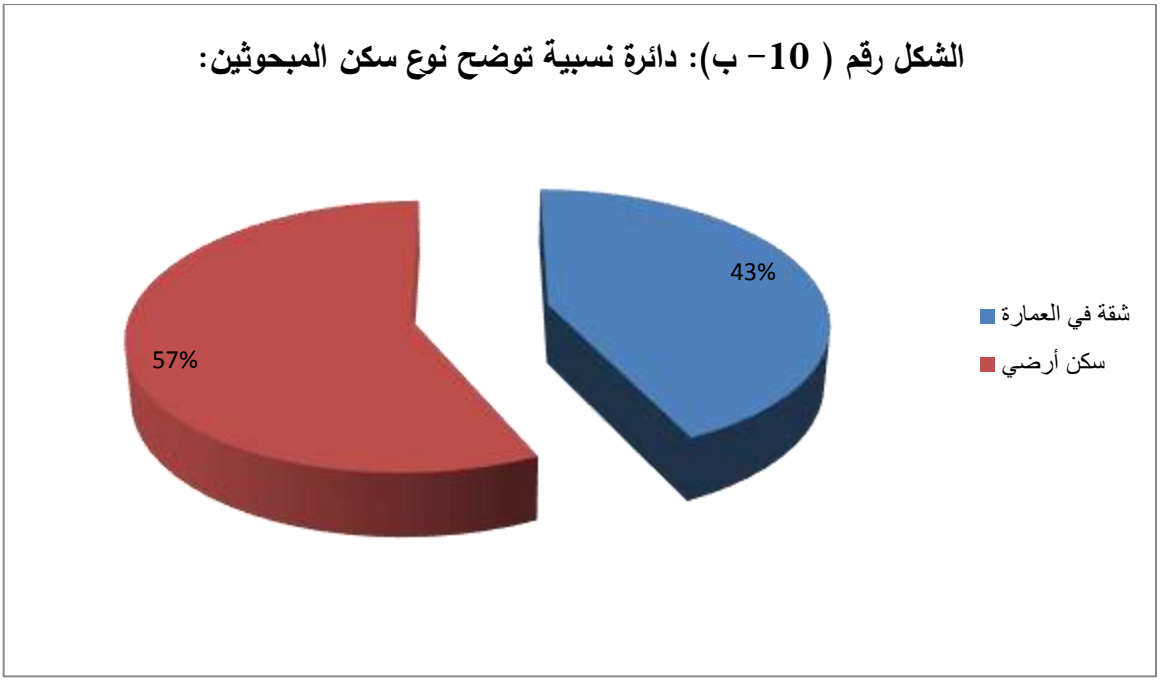
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 79% من أفراد العينة يقطنون في سكن عائلي، بينما نسبة 21% لديهم سكن خاص.

هذا يدل على أن أغلب المبحوثين يسكنون مع عائلاتهم بما فيهم المتزوجين وذلك راجع إلى عدم استفادتهم من السكن، بالإضافة إلى عدم قدرة بعض المبحوثين عن الاستقلال عن أسرهم بسبب نقص الإمكانيات المادية وكذلك رفض أسرهم لذلك خوفاً عليهم.

الجدول رقم (10-ب) يوضح نوع السكن:

المؤشر	التكرار	النسبة
شقة في العمارة	13	%43
سكن أرضي	17	%57
المجموع	30	%100

الشكل رقم (10- ب): دائرة نسبية توضح نوع سكن المبحوثين:



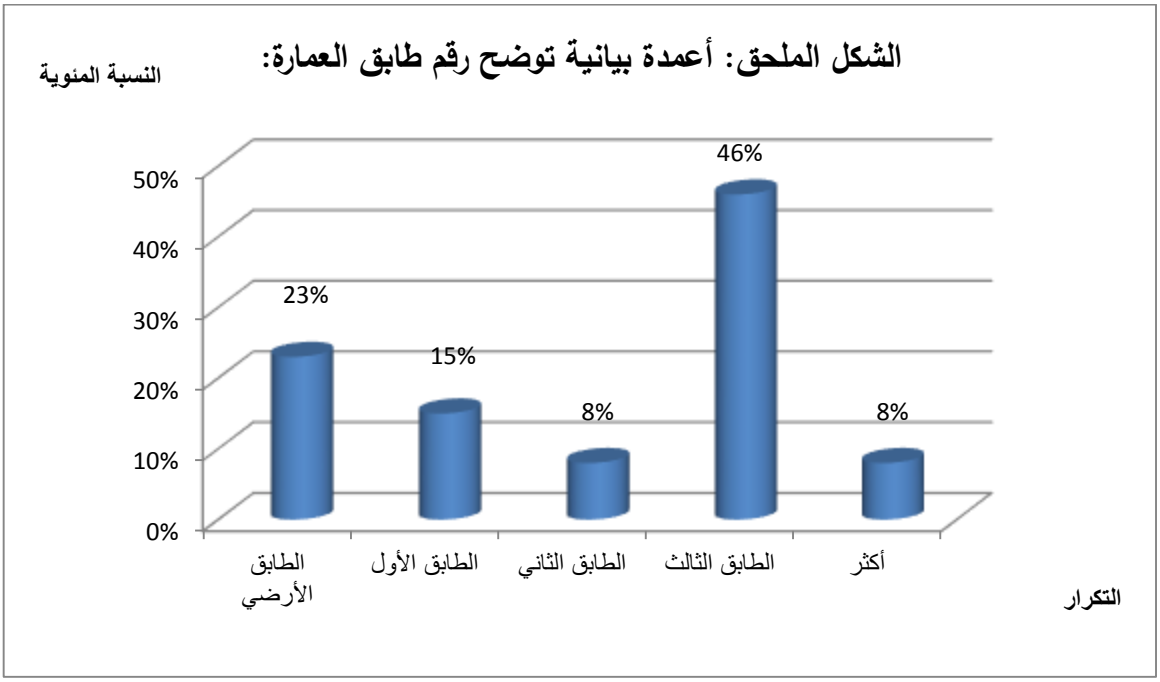
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 57% من أفراد العينة يقيمون في سكن أرضي، بينما نسبة 43% من أفراد العينة يقيمون في العمارات.

هذا يدل على طبعة العمران في المدينة الذي تغلب عليه السكنات الأرضية، كما أن نوع السكن يرتبط بالطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها فئة المعاقين حيث أنها تفرض عليهم نوع السكن الذي يقطنونه.

جدول ملحق بالجدول السابق: يوضح رقم طابق العمارة:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
الطابق الأرضي	3	%23
الطابق الأول	2	%15
الطابق الثاني	1	%8
الطابق الثالث	6	%46
أكثر	1	%8
المجموع	13	100

الشكل الملحق: أعمدة بيانية توضح رقم طابق العمارة:



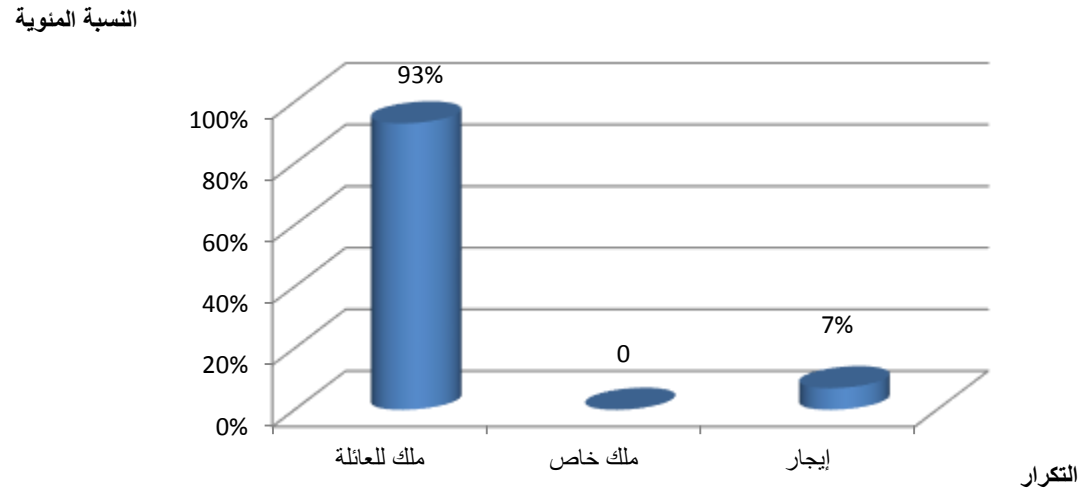
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 46% من أفراد العينة يقيمون في الطابق الثالث للعمارة، ونسبة 23% يقيمون في الطابق الأرضي، ونسبة 15% يقيمون في الطابق الأول، بينما نسبة 8% يقيمون في الطابق الثاني ونسبة 8% أكثر من ذلك.

وهذا يدل على تهميش هذه الفئة وعدم أخذها بعين الاعتبار فيما يخص توزيع السكنات، وذلك راجع إلى غياب قانون تنفيذي يلزم المصالح المعنية بإسكان هذه الفئة في الطوابق السفلى.

الجدول (10-ج): يوضح طبيعة السكن:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
ملك للعائلة	28	%93
ملك خاص	0	/
إيجار	2	%7
المجموع	30	%100

الشكل رقم (10- ج): أعمدة بيانية توضح طبيعة سكن المبحوثين:

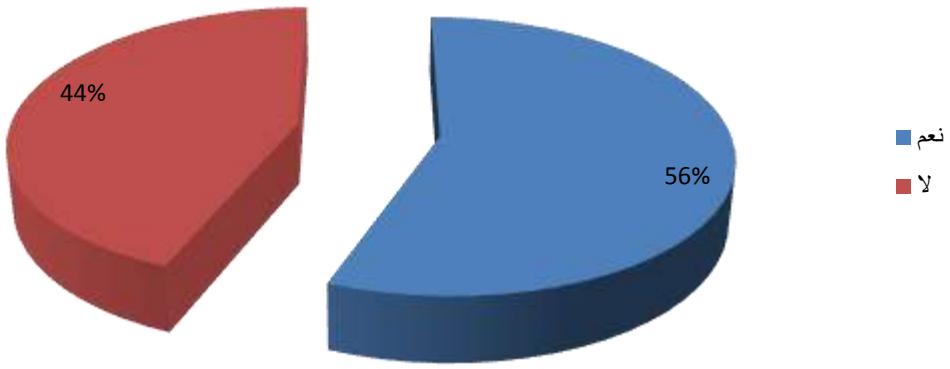


يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة 93% من أفراد العينة يقيمون مع عائلاتهم، بينما نسبة 7% طبيعة سكنهم إيجار.

الجدول رقم 11: يوضح مدى استفادة المبحوثين على تسهيلات في مجال النقل العمومي:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	19	%56
لا	15	%44
المجموع	34	%100

الشكل رقم 11: دائرة نسبية توضح مدى استفادة المبحوثين من تسهيلات في النقل العمومي:



تبين من هذا الجدول أن نسبة 56% من أفراد العينة عبرت عن استفادتها من تسهيلات في مجال النقل العمومي، بينما نسبة 44% عبرت عن عدم استفادتها.

وهذا يدل على أن أغلب المبحوثين يستفيدوا من تسهيلات والتي تتمثل حسب تصريحاتهم في مجانية النقل، أما بالنسبة للذين لا يستفيدون فيرجع ذلك إلى عدم استخدامهم لحافلات النقل العمومي حيث أن هناك من لديه سيارة أو دراجة خاصة به، وهناك من يفضل عدم مزاحمة الركاب وذلك من أجل راحته بالإضافة إلى أن هناك من يجد أن مركبات النقل العمومي غير مجهزة ومهيئة لطبيعة إعاقته.

12ـ البيانات المتعلقة بالصعوبات التي تعترض المعاقين حركياً في مجال النقل:

أجمع المبحوثين على مجموعة من الإجابات تمثلت في:

ـ عدم وجود حافلات مهيأة ومناسبة للمعاقين حركياً.

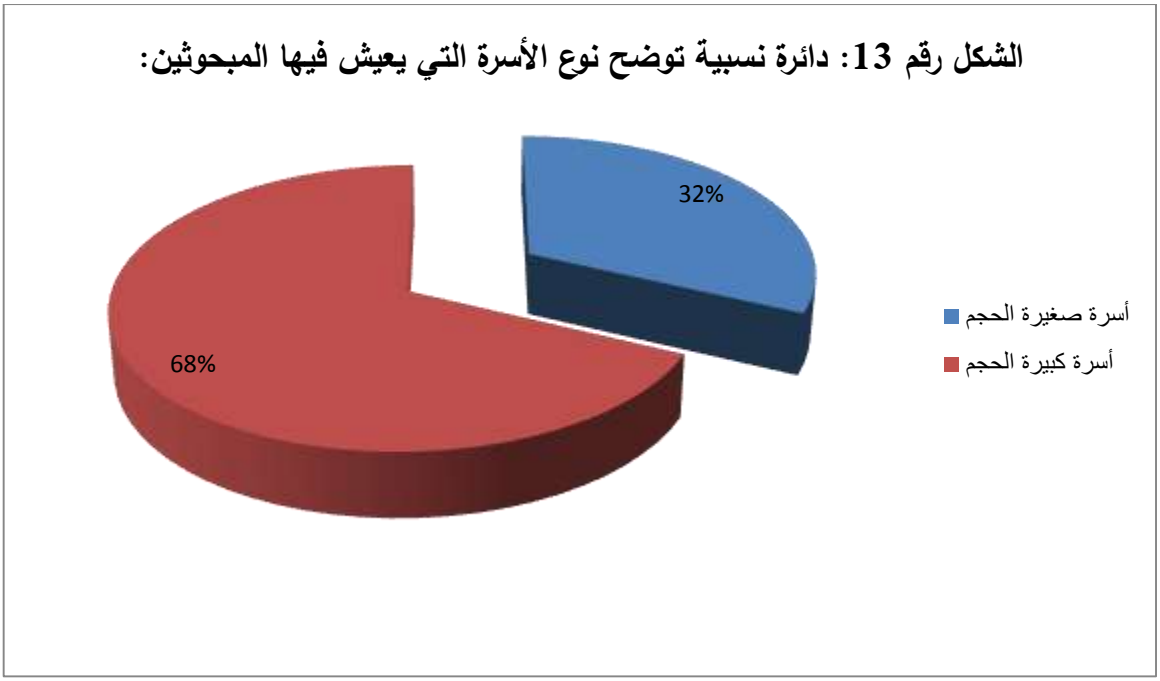
ـ عدم وعي المواطنين فيما يخص ترك الكراسي الأولى المخصصة للمعاقين حركياً وعدم إلزامهم على ذلك من قبل القائمين على هذه الحافلات.

ـ كما أن أصحاب الحافلات يرفضون نقل هذه الفئة وذلك بسبب تهربهم من تحمل مسؤوليتهم.

الجدول رقم 13: يوضح نوع الأسرة التي يعيش فيها المبحوثين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
أسرة صغيرة الحجم	11	%32
أسرة كبيرة الحجم	23	%68
المجموع	34	%100

الشكل رقم 13: دائرة نسبية توضح نوع الأسرة التي يعيش فيها المبحوثين:



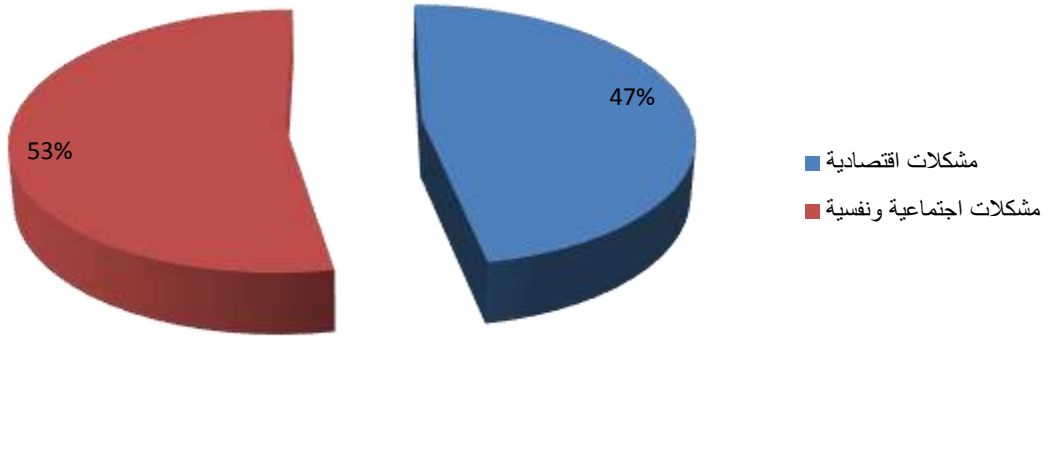
يتضح من هذا الجدول أن نسبة 68% من أفراد العينة ينتمون إلى أسر كبيرة الحجم، ونسبة 32% إلى أسر صغيرة الحجم.

من هنا نلاحظ أن نسبة الأسر كبيرة الحجم أعلى من نسبة الأسر صغيرة الحجم، ولنوع الأسرة علاقة بالمعاق بحيث أن الأسر كبيرة الحجم أو الأسر الممتدة يمكن أن توفر للمعاق الاهتمام والرعاية اللازمة وتخرجه من العزلة والوحدة، وقد تكون عكس ذلك بحيث كلما كانت الأسرة كبيرة كلما يشكل المعاق عبئاً عليها، كما يمكن للأسرة صغيرة الحجم أو الأسرة النووية أن تكون معيقات اجتماعية للمعاقين حركياً بحيث أنها قد تكون أقل اهتماما بهم وهذا ما يجعله يعيش في عزلة داخل أسرته، ويمكن أن تكون داعماً له. وهذا يدل على أن للأسرة دور كبير في تخطي المعاق للعراقيل الاجتماعية التي تعترضه.

الجدول رقم 14: يوضح المشكلات التي تعترض المبحوثين داخل الأسرة:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
مشكلات اقتصادية	16	%47
مشكلات اجتماعية ونفسية	18	%53
المجموع	34	%100

الشكل رقم 14: دائرة نسبية توضح المشكلات التي تعترض المبحوثين داخل أسرهم:



يتضح من هذا الجدول أن نسبة 53% من أفراد العينة صرحت بأن المشكلات التي تعترضهم داخل أسرهم هي المشكلات الاجتماعية والنفسية، ونسبة 47% تعترضها مشكلات اقتصادية.

من هنا نلاحظ أن أغلبية المبحوثين تعترضهم المشكلات الاجتماعية والنفسية ويدل هذا على شعور المعاق الزائد بالعجز والنقص، وبأنه يشكل عالة على أسرته وذلك لأن إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي بالكامل، كما أن علاقة الفرد المعاق مع أسرته تشوبها أحياناً بعض المشكلات كسلوك المعاق المسرف في القلق والغضب والاكتئاب وما يقابله من سلوكات من طرف الأسرة كالشعور بالذنب والحيرة مما يقلل من توازن الأسرة وتماسكها. كما تعترضه المشكلات الاقتصادية والتي ترجع إلى الوضع الاقتصادي المتدني للأسرة وقلة إمكانياتها المادية.

الجدول رقم 15: يوضح نوع العلاقة مع أفراد الأسرة:

المؤشر	الأب		الأم		الإخوة		الأخوات		الأعمام		الأخوال	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
جيدة	21	%62	33	%97	19	%56	26	%76	3	%9	4	%12
عادية	12	%35	1	%3	15	%44	8	%24	14	%41	24	%71
سيئة	1	%3	0	/	0	/	0	/	17	%50	6	%17
المجموع	34	%100	34	%100	34	100 %	34	%100	34	%100	34	%100

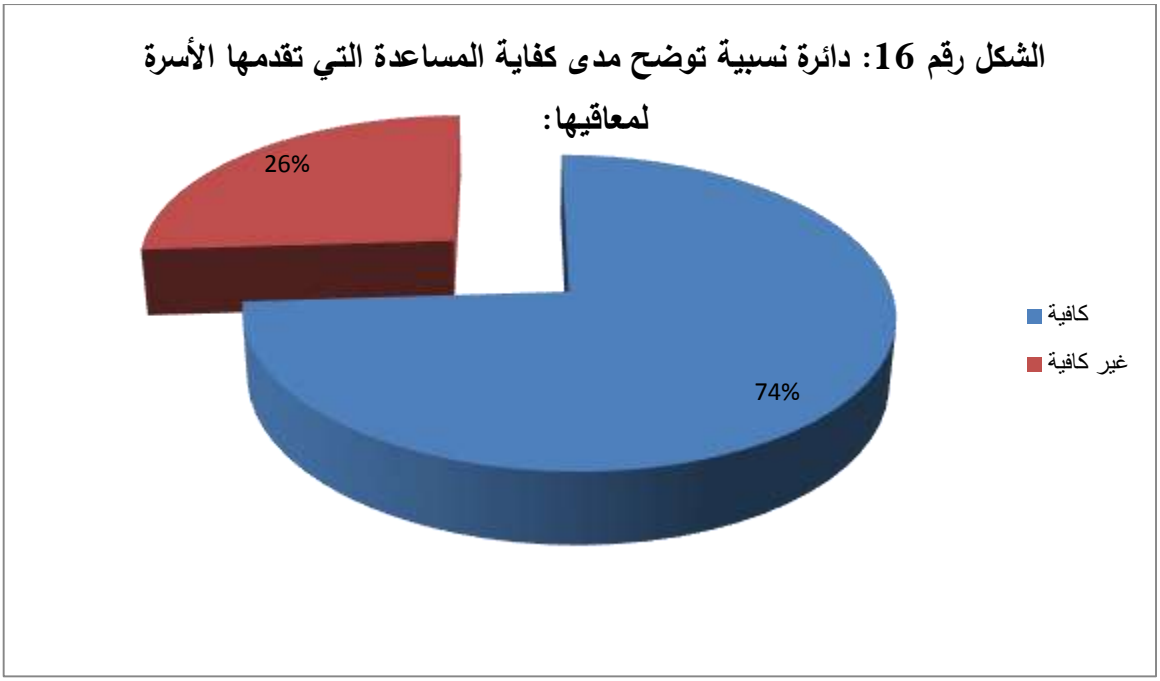
يتبين من هذا الجدول أن علاقة المعاقين بالآباء تتراوح بين الجيدة بنسبة 62% والعادية بنسبة 35% والسيئة بنسبة 3%، وبالنسبة للأم تتراوح بين الجيدة بنسبة 97% والعادية بنسبة 3%، وبالنسبة للإخوة تتراوح بين الجيدة بنسبة 56% والعادية بنسبة 44%، وبالنسبة للأخوات تتراوح بين الجيدة بنسبة 76% والعادية بنسبة 24%، أما بالنسبة للأخوال فتتراوح بين الجيدة بنسبة 12% والعادية بنسبة 71% والسيئة بنسبة 17%، أما الأعمام فتتراوح بين الجيدة بنسبة 9% والعادية بنسبة 41% والسيئة بنسبة 50%.

إن هذه المعطيات تؤكد على دور البعد العاطفي للأقارب والمتمثلة في علاقة المعاق بوالديه وإخوته بحيث أن علاقة المعاق الجيدة بأفراد أسرته تساهم بشكل كبير في عملية دمجه، كما تؤكد هذه الحقائق على تضاءل دور الأعمام والأخوال في ذلك والذي يعود إلى تفكك بنية الأسر الممتدة لتحل محلها الأسر النووية.

الجدول رقم 16: يوضح مدى كفاية المساعدة التي تقدمها الأسرة لمعاقيها:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
كافية	25	%74
غير كافية	9	%26
المجموع	34	%100

الشكل رقم 16: دائرة نسبية توضح مدى كفاية المساعدة التي تقدمها الأسرة لمعاقيها:



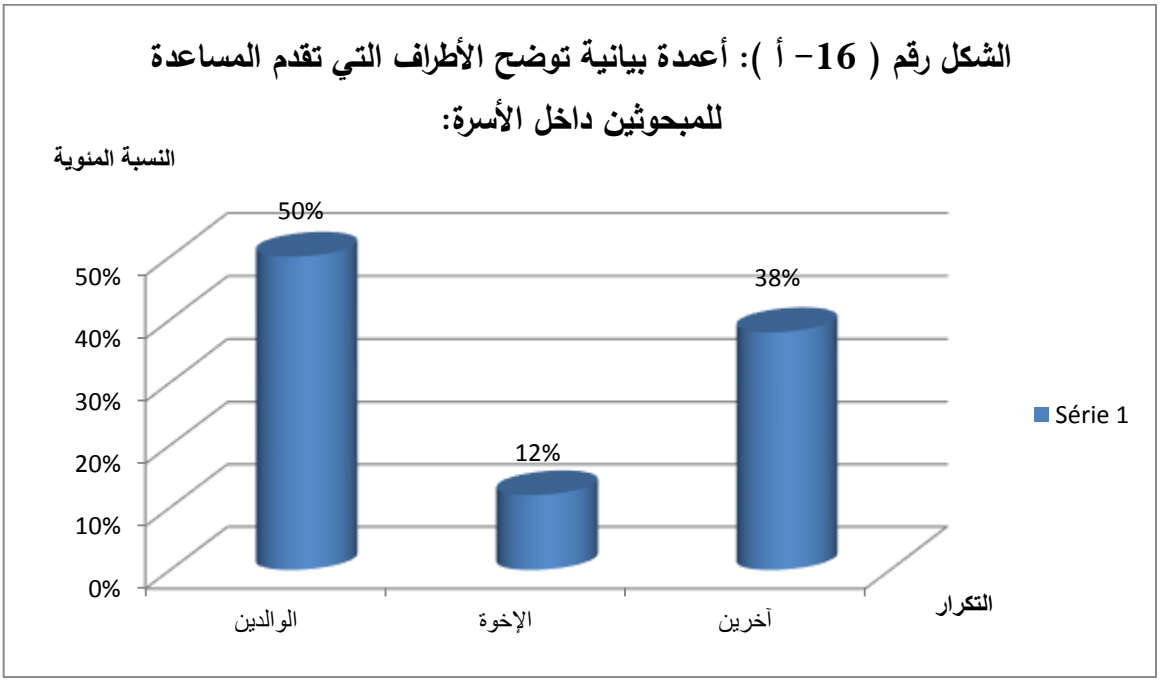
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 74% من أفراد العينة عبرت عن كفاية المساعدة المقدمة لهم من طرف أسرهم، بينما نسبة 26% عبرت بعدم كفايتها.

نلاحظ من هذه المعطيات أن معظم المبحوثين يتلقون المساعدة الكافية من أسرهم، وهذا يدل على اهتمام الأسرة بابنها المعاق ودليل على أدائها لأدوارها ووظائفها بالشكل المطلوب تجاهه، كما أن هذا الاهتمام يبين درجة الوعي لدى هذه الأسر بضرورة التكفل بمعاقيها.

الجدول (16-أ) يوضح الأطراف التي تقدم المساعدة للمبحوثين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
الوالدين	17	%50
الإخوة	4	%12
آخرين	13	%38
المجموع	34	%100

الشكل رقم (16- أ): أعمدة بيانية توضح الأطراف التي تقدم المساعدة للمبحوثين داخل الأسرة:



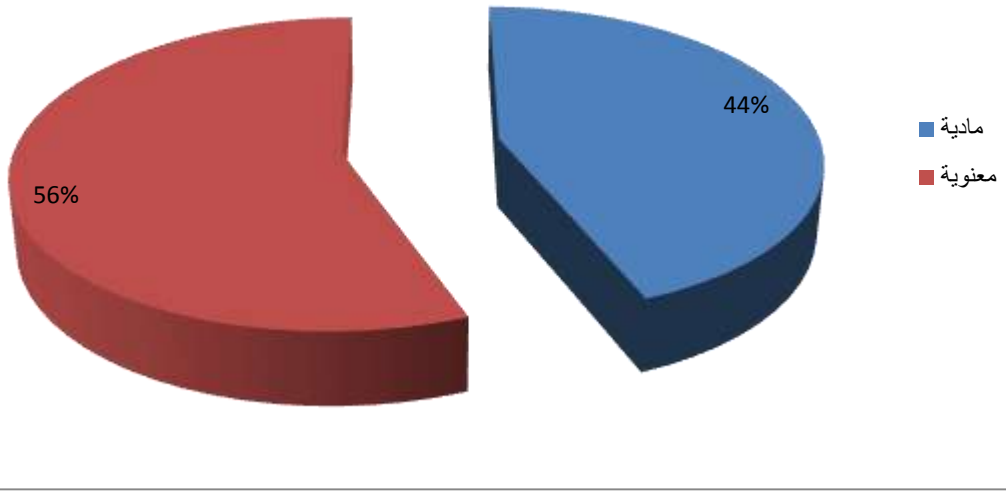
تبين معطيات هذا الجدول أن نسبة 50% تتلقى المساعدة من طرف الوالدين، ونسبة 38% تتلقى المساعدة من آخرين والمتمثلة في الزوجات والأزواج، ونسبة 12% من طرف الإخوة.

وهذا يدل على أن مصدر الدعم الرئيسي هما الوالدان باعتبارهما المسؤولان عن مساعدة أبنائهم، إلا أن هناك من تعددت إجاباته بين الآباء والإخوة وهذا راجع للعلاقة الأخوية الجيدة، كما أن هناك نسبة صرحت بأن الدعم يرجع للزوجة أو الزوج وذلك حسب الحالة العائلية للمعاق حركياً، من هنا نلاحظ أن هناك أطراف متعددة تساهم في عملية الرعاية والمساعدة وهذا يساعد على زيادة درجة التكيف الأسري مع مشكلة الإعاقة، وهذه المساندة الأسرية تساعد هذه الفئة على التوافق الأسري والاجتماعي مما يساهم في تحسن حالته النفسية والجسمية.

الجدول رقم (16-ب) يوضح نوع المساعدة:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
مادية	15	%44
معنوية	19	%56
المجموع	34	100

الشكل رقم: دائرة نسبية توضح نوع المساعدة المقدمة للمبحوثين من طرف أسرهم:



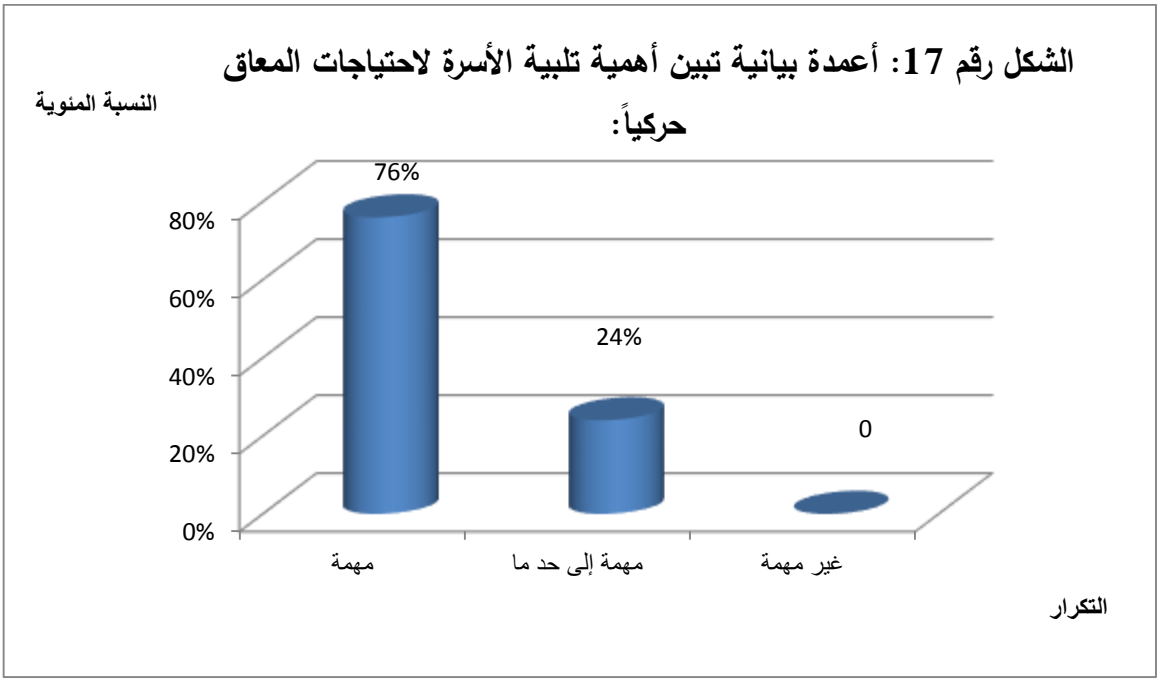
يوضح هذا الجدول أن نسبة 56% عبرت عن تلقيها للمساعدة المعنوية، ونسبة 44% عن تلقيها للمساعدة المادية.

إن هذه المعطيات تدل على أن معظم الأسر تهتم وتساعد أبنائها المعاقين سواء ماديا أو معنويا، إلا أن أغلب المبحوثين صرحوا بأنهم يحظون بالمساعدة المعنوية أكثر، وذلك راجع للوضع الاقتصادي الذي يؤثر على عدم قدرة الأسرة على رعاية المعاق من الناحية المادية، وبالرغم من ذلك إلا أن المساعدة المعنوية لها دور إيجابي كبير حيث أنها تساهم في زيادة الثقة للفرد المعاق تجاه نفسه، وتجعله أكثر تأقلماً وتكيفاً مع إعاقته كما أنها تساهم في عملية دمجه بالإضافة إلى أنها تخفف من حدة التأثيرات السلبية التي يتعرض لها.

جدول رقم 17: يوضح مدى أهمية تلبية الأسرة لاحتياجات المعاق حركياً:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
مهمة	26	%76
مهمة إلى حد ما	8	%24
غير مهمة	0	/
المجموع	34	%100

الشكل رقم 17: أعمدة بيانية تبين أهمية تلبية الأسرة لاحتياجات المعاق حركياً:



يتضح من هذا الجدول أن نسبة 76% عبرت عن أهمية تلبية الأسرة لاحتياجات المعاق حركياً، ونسبة 24% عبرت على أنها مهمة إلى حد ما.

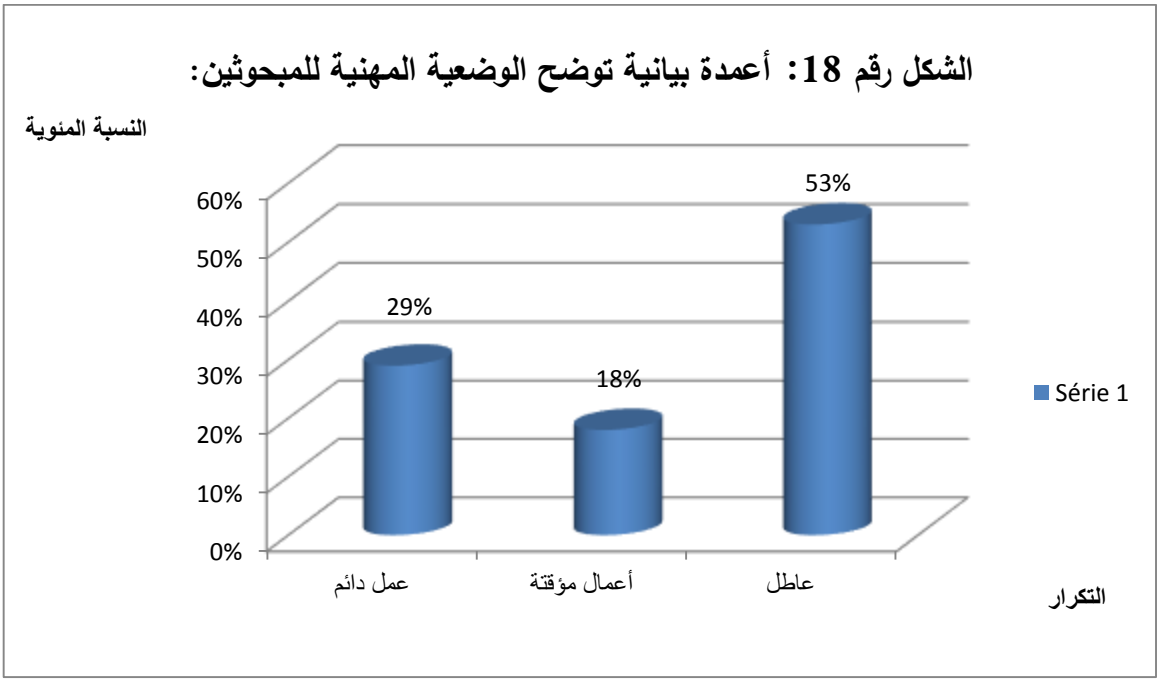
وهذا يدل على مدى أهمية تلبية الأسرة لاحتياجات المعاق حركياً حيث أن الفرد المعاق يحتاج لإشباع حاجاته الأساسية، كما أنها جزء لا يتجزأ من برامج العلاج والإرشاد والتأهيل النفسي لابنها المعاق، ومن هذا المنطلق يرتكز الأساس العلمي لرعاية الفرد المعوق على دور وأهمية الأسرة بالنسبة له، وأهمية ما تقوم به من وظائف حيوية باعتبارها من النظم الأساسية وأهم عنصر من عناصر البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المعاق، وباعتبارها النسق الأول المسؤول على رعاية الأبناء والاهتمام بهم، حيث تتمثل أهميتها في أداء أدوارها ووظائفها تجاههم، فالأسرة تشكل الخطوة الأولى لمساعدة الفرد المعاق فهي تسعى جاهدة

من أجل توفير وإشباع حاجاته المختلفة، والتي تتمثل في الحاجات الاقتصادية، والطبية، والحاجات النفسية وكذلك الاجتماعية، وهذه الحاجات يجب أن تشبع إذا ما أريد نسق أو نظام الأسرة أن يستمر.

الجدول رقم 18: يوضح الوضعية المهنية للمبحوثين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
عمل دائم	10	%29
أعمال مؤقتة	6	%18
عاطل	18	%53
المجموع	34	%100

الشكل رقم 18: أعمدة بيانية توضح الوضعية المهنية للمبحوثين:



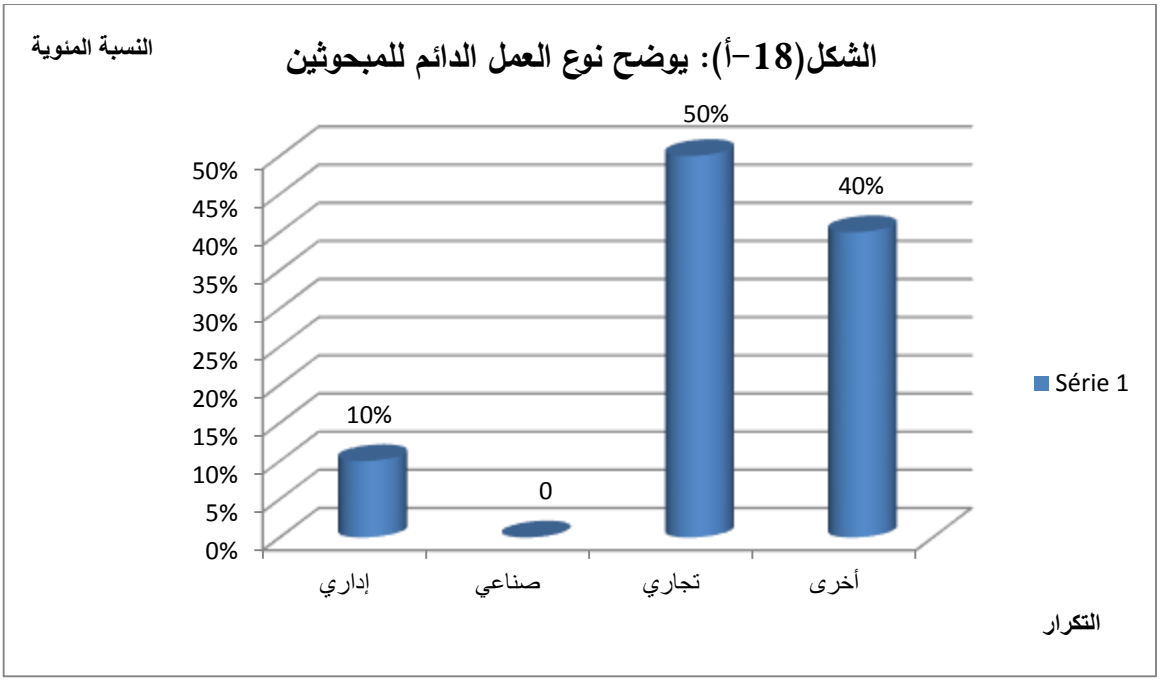
يتبين من هذا الجدول أن نسبة 53% عاطلون عن العمل، ونسبة 29% يشتغلون في عمل دائم، ونسبة 18% في أعمال مؤقتة.

تدل هذه المعطيات على أن العاطلون عن العمل يشكلون أعلى نسبة، ويرجع هذا إلى أزمة البطالة التي تعاني منها الجزائر حاليا على جميع الفئات وخاصة فئة المعاقين ويرجع ذلك لنظرة المجتمع السلبية تجاههم، وهذا ما يعبر عن الحجم الكبير لهذه الأزمة الشيء الذي يؤثر سلباً على اندماج هذه الفئة وإثبات وجودهم في المجتمع، لأن العمل هو هدف ووسيلة يمكن للفرد من خلاله تحقيق وإثبات ذاته وإشباع حاجاته،

كما أنه وسيلة للمشاركة والمساهمة بفعالية في بناء نفسه وأسرته ومجتمعه، وهذا ما يتفق مع **دراسة مارثا رسك (Martha Rask) 2007** حيث أكدت على أن العديد من المعاقين يعيشون حياتهم اليومية بلا عمل وذلك نتيجة للتميز والعنصرية من قبل المجتمع، كذلك أكدت على أن هناك عوائق أخرى تقف أمام المعاقين في العمل هي العوائق الاقتصادية، وأن المعاقين لا يعاملون بإنصاف، وأيضاً لا يعاملون على أساس تكافؤ الفرص مما يعيقهم على الالتحاق بفرص العمل.

الجدول رقم (18-أ) يوضح نوع العمل الدائم للمبحوثين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
إداري	1	%10
صناعي	0	/
تجاري	5	%50
أخرى	4	%40
المجموع	10	%100

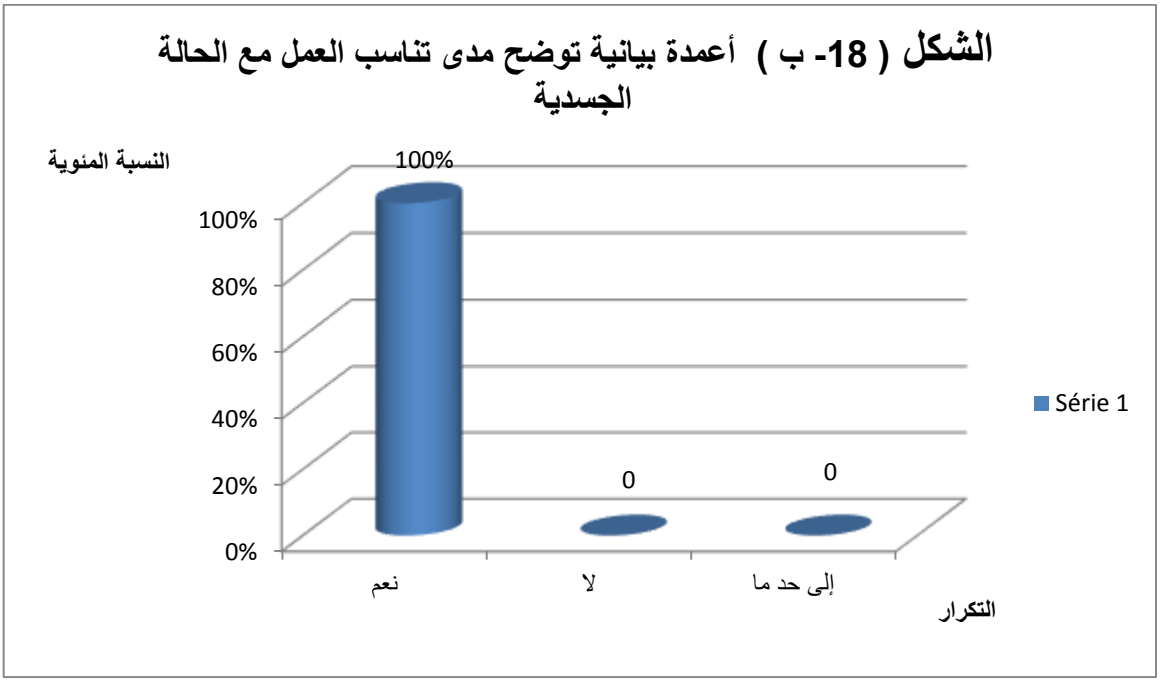


يبين هذا الجدول أن نسبة 50% يشتغلون في المجال التجاري، بينما نسبة 40% في أعمال أخرى، بينما نسبة 10% إداري.

هذا يدل على أن معظم المبحوثين توجهوا للعمل في مجال التجارة حيث أنها تتناسب مع طبيعة إعاقتهم ومع قدراتهم البدنية، كما أنه يدل على أن الدولة لم توفر لهم مناصب شغل.

الجدول رقم (18-ب): يوضح مدى تناسب العمل مع الحالة الجسدية:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	10	%100
لا	0	/
إلى حد ما	0	/
المجموع	10	%100

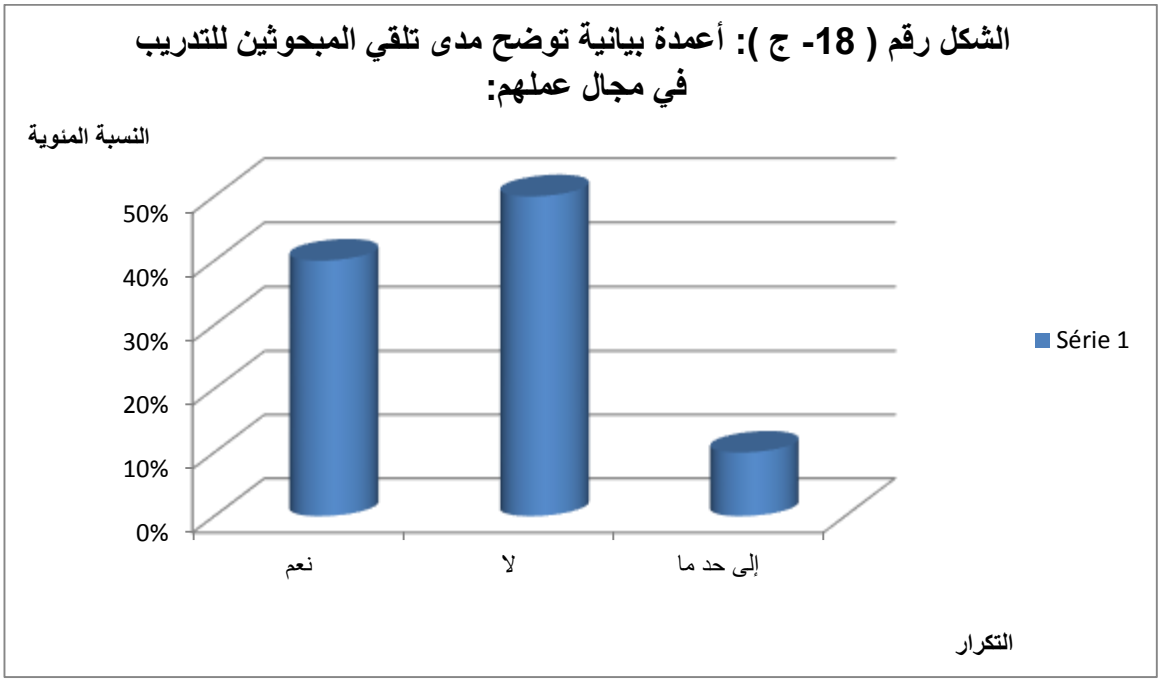


يبين الجدول أن نسبة 100% عبرت عن تناسب العمل مع حالتهم الصحية والجسدية، وهذا يدل على أنهم يشتغلون في أعمال سهلة وغير شاقة لا تتطلب مجهود بدني.

الجدول رقم (18-ج): يوضح مدى تلقي المبحوثين للتدريب في مجال عملهم:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	4	%40
لا	5	%50
إلى حد ما	1	%10
المجموع	10	%100

الشكل رقم (18- ج): أعمدة بيانية توضح مدى تلقي المبحوثين للتدريب في مجال عملهم:

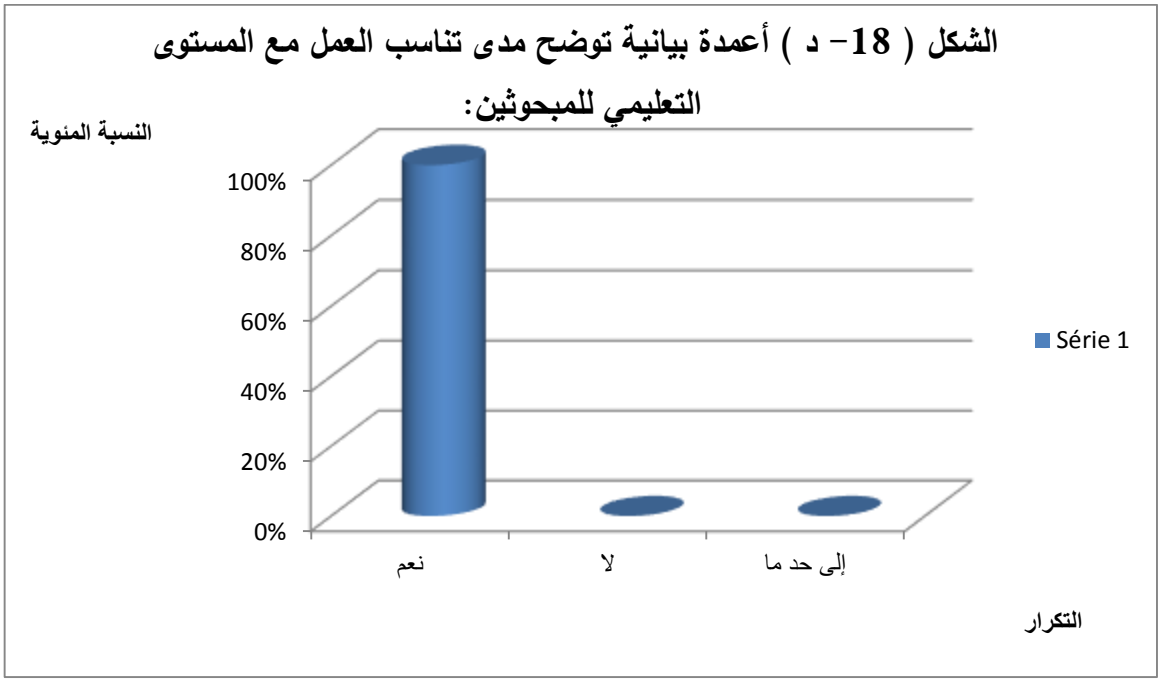


يبين هذا الجدول أن نسبة 50% صرحت بعدم تلقيها للتدريب، ونسبة 40% صرحت بأنها تلقت تدريب، ونسبة 10% تلقت تدريب إلى حد ما.

هذه المعطيات تدل على أن أغلب المبحوثين تلقوا تدريب في مجال عملهم وهذا راجع إلى طبيعة عملهم الذي يتطلب تكوين وتدريب مهني.

الجدول رقم (18–د): يوضح مدى تناسب العمل مع المستوى التعليمي للمبحوثين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	10	%100
لا	0	/
إلى حد ما	0	/
المجموع	10	%100

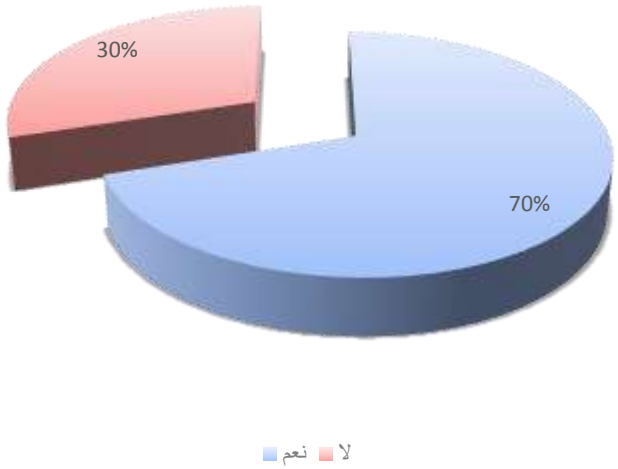


يبين هذا الجدول أن نسبة 100% صرحت على أن العمل يتناسب مع مستواهم التعليمي، حيث أن هناك بعض الأعمال التي تتطلب مستوى تعليم عالي كالتعليم، بينما هناك بعض الأعمال التي لا تتطلب مستوى تعليم كالتجارة وغيرها.

الجدول رقم (18-هـ): يوضح مدى كفاية أجر المبحوثين الذين يشتغلون في عمل دائم:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	7	%70
لا	3	%30
المجموع	10	%100

الشكل رقم (18- ه): دائرة نسبية توضح مدى كفاية أجر المبحوثين الذين يشتغلون في عمل دائم:



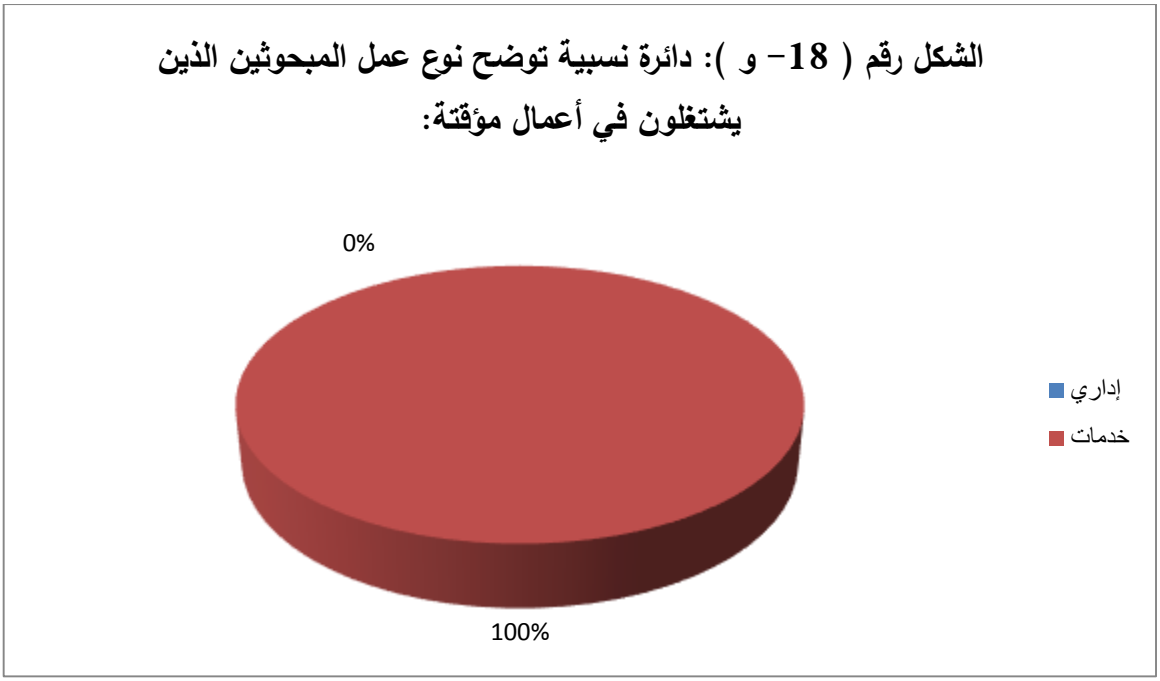
تبين معطيات الجدول أن نسبة 70% من أفراد العينة عبرت عن كفاية الأجر، بينما نسبة 30% عبرت عن عدم كفايته.

تدل هذه المعطيات على أن أغلب المبحوثين صرحوا بكفاية الأجر حيث أنه يغطي مختلف احتياجاتهم، ويرجع هذا إلى أن دخلهم مرتفع أو قد يكون مزدوج مرتبط بالعمل والمنحة، كما أن كفاية الأجر ترتبط بدرجة الإعاقة ومصاريف العلاج حيث أن الإعاقة البسيطة أو الخفيفة لا تتطلب مصاريف علاجية كبيرة مما يجعله يوازن بين دخله واحتياجاته.

الجدول رقم (18–و): يوضح نوع عمل المبحوثين الذين يشتغلون في أعمال مؤقتة:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
إداري	0	/
خدمات	6	%100
المجموع	6	%100

الشكل رقم (18– و): دائرة نسبية توضح نوع عمل المبحوثين الذين يشتغلون في أعمال مؤقتة:

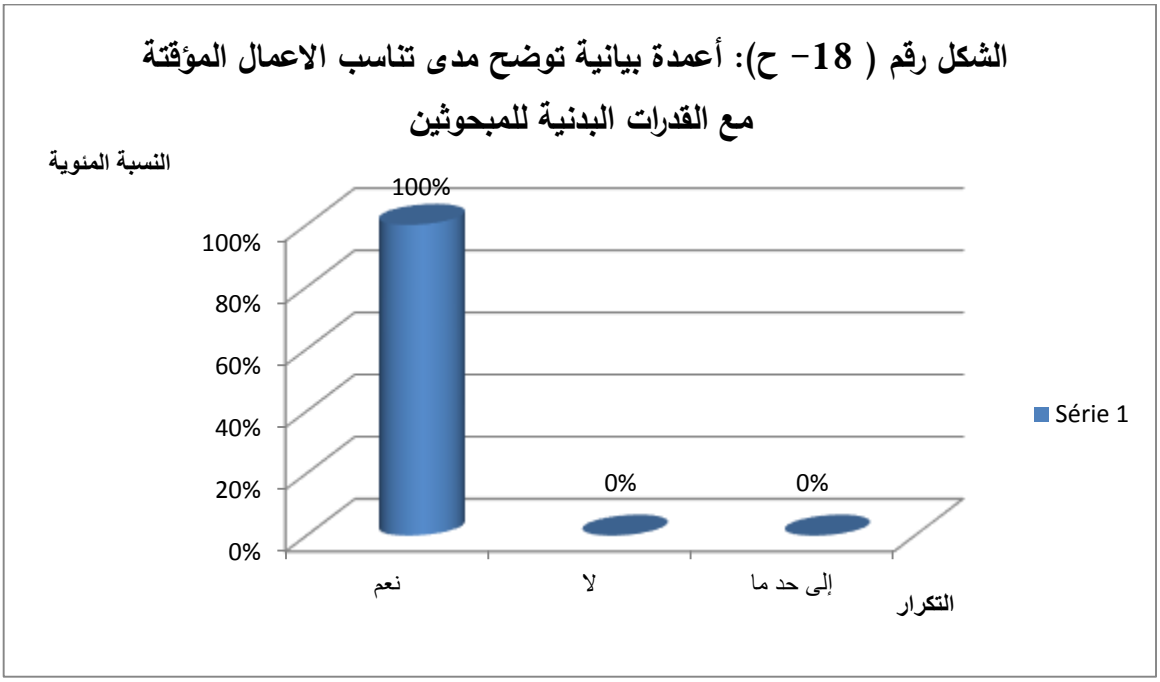


يبين الجدول أن نسبة 100% من أفراد العينة أي جميعهم يشتغلون في خدمات مؤقتة مختلفة كبيع الهواتف، وبيع السجائر والحلويات على الأرصفة، وهذا يدل على أن جميع هذه الأعمال ترتبط بالعالم الخارجي وهذا يرجع إلى إهمال الدولة لهذه الفئة وحرمانهم من التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وعدم التقيد بالقانون الخاص بتوظيف المعاقين.

الجدول رقم (18-ز): يوضح مدى تناسب الأعمال المؤقتة مع الإمكانيات البدنية للمبحوثين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	6	%100
لا	0	/
إلى حد ما	0	/
المجموع	6	%100

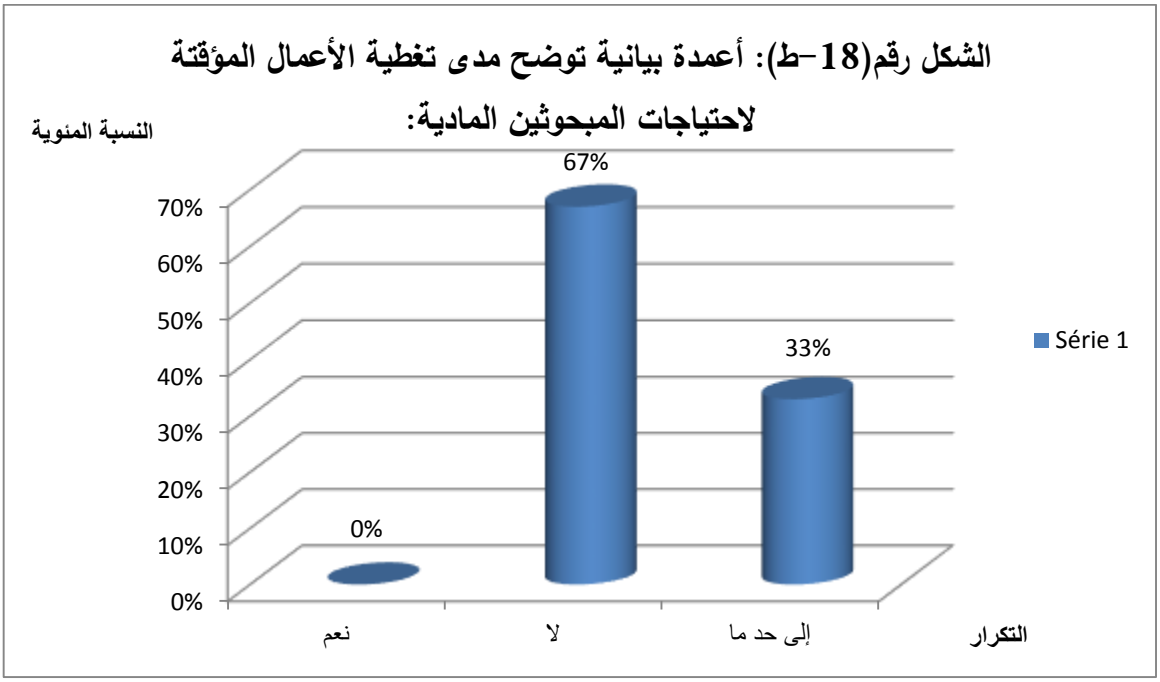
الشكل رقم (18- ح): أعمدة بيانية توضح مدى تناسب الاعمال المؤقتة مع القدرات البدنية للمبحوثين



تبين معطيات هذا الجدول أن نسبة 100% من أفراد العينة عبرت عن أن هذه الأعمال تتناسب وقدراتهم الجسدية، وهذا يدل على أن هذه الأعمال بسيطة لا تتطلب إمكانيات بدنية وجهد عضلي تجعله غير قادر على أدائها، أي أن هذه الأعمال تتناسب وطبيعة إعاقتهم.

الجدول رقم (18–ط): يوضح مدى تغطية الأعمال المؤقتة لاحتياجات المبحوثين المادية:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	0	/
لا	4	%67
إلى حد ما	2	%33
المجموع	6	%100

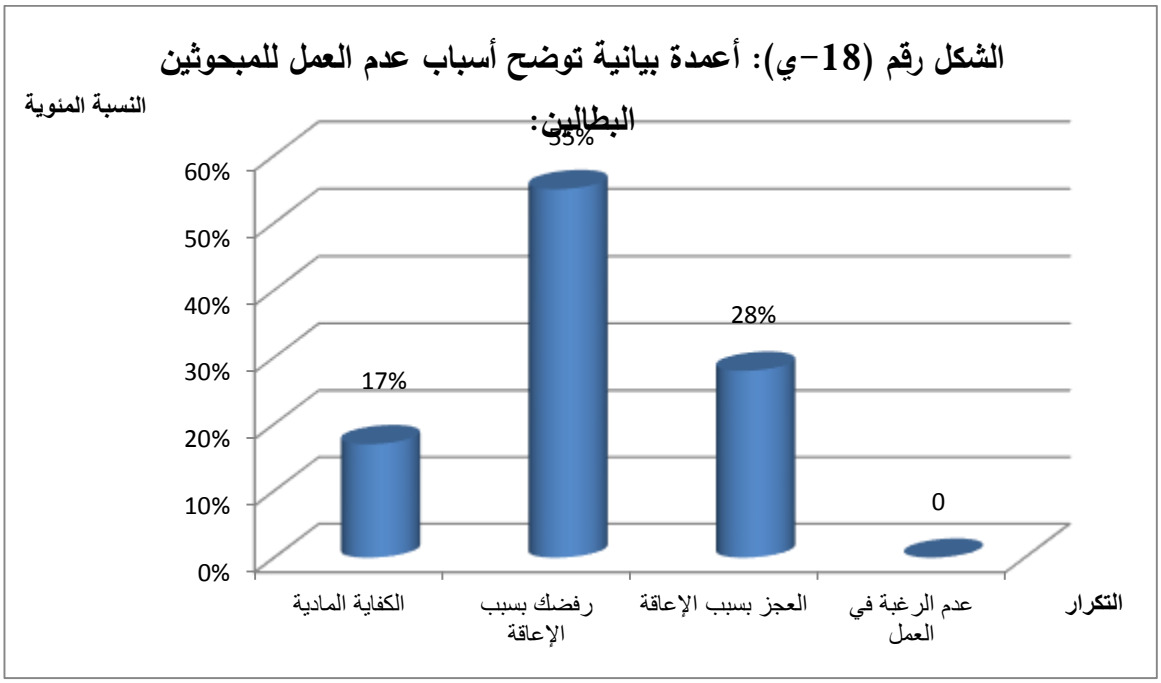


يتبين من هذا الجدول أن نسبة 67% من أفراد العينة عبرت عن عدم تغطية أجر هذه الأعمال لاحتياجاتها المادية، ونسبة 33% عبرت عن كفايتها إلى حد ما. وهذا يدل على أن أجر هذه الأعمال قليل مقارنة بالاحتياجات الكثيرة والأساسية للمبحوثين مما يوثر سلباً على عملية دمجهم، وهذا ما يتفق مع **دراسة رنا محمد صبحي عواده (2007)** حيث أكدت على أن تدني دخل المعاقين يؤثر سلباً على فرص دمجهم وبالتالي تكيفهم النفسي والاجتماعي والمهني.

الجدول (18-ي) يوضح أسباب عدم العمل للمبحوثين البطالين:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
الكفاية المادية	3	%17
رفضك بسبب الإعاقة	10	%55
العجز بسبب الإعاقة	5	%28
عدم الرغبة في العمل	0	/
المجموع	18	%100

الشكل رقم (18-ي): أعمدة بيانية توضح أسباب عدم العمل للمبحوثين البطالين:



يتبين هذا الجدول أن نسبة 55% أرجعت سبب عدم العمل إلى رفضهم وعدم تشغيلهم بسبب إعاقتهم، ونسبة 28% أرجعت السبب إلى عجزهم، بينما نسبة 17% أرجعت السبب إلى كفايتهم المادية.

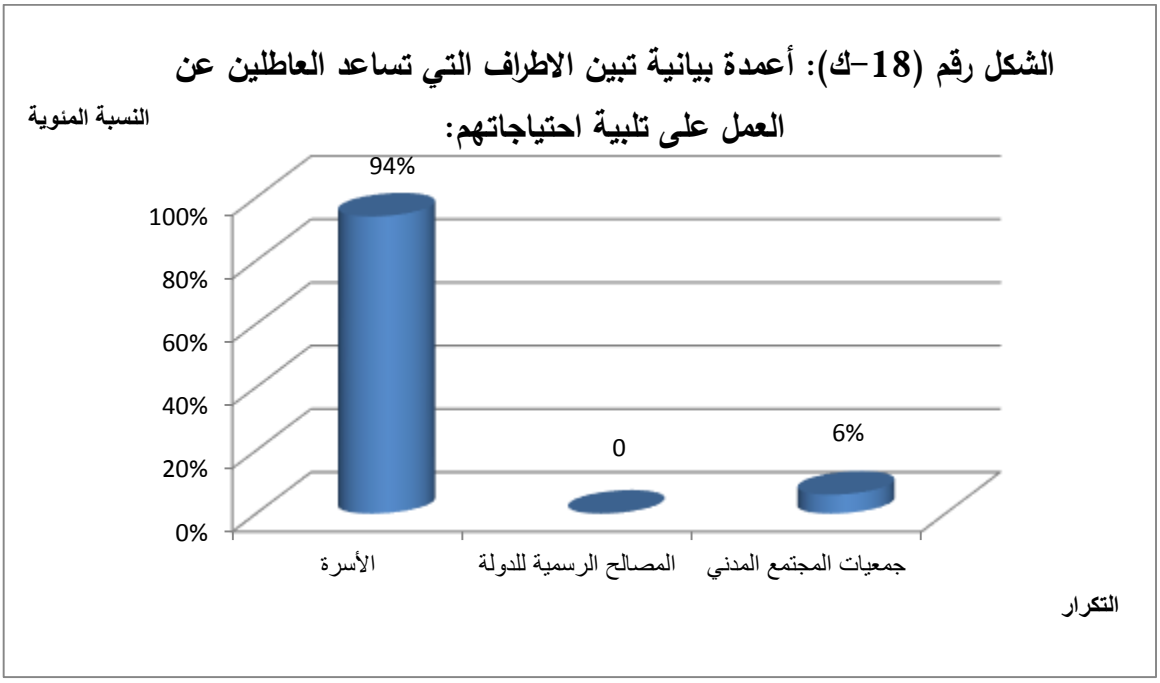
من هذه المعطيات يمكن القول أنه بالرغم من أن هناك قانون يلزم مؤسسات العمل على تخصيص نسبة 1% من المناصب للمعاقين، إلا أنهم يرفضون تشغيلهم وهذا يدل على تهميش فئة المعاقين واعتبارها أنها عاجزة وغير قادرة على أداء الأعمال، بالإضافة إلى عدم وجود رقابة تلزم هذه المؤسسات بتشغيل هذه

الفئة، **وهذا ما يتفق مع دراسة كولينغ كايل كي (Colling Kylie Kie) 2007** حيث أكدت على أن نسبة كبيرة من المسؤولين ورجال الأعمال لا يفهمون دورهم تجاه المعاقين ولا يسعون إلى توظيفهم.

الجدول (18-ك) يوضح الأطراف التي تساعد العاطلين عن العمل على تلبية احتياجاتهم:

المؤشر	التكرار	النسبة
الأسرة	17	%94
المصالح الرسمية للدولة	0	/
جمعيات المجتمع المدني	1	%6
المجموع	18	%100

الشكل رقم (18-ك): أعمدة بيانية تبين الاطراف التي تساعد العاطلين عن العمل على تلبية احتياجاتهم:

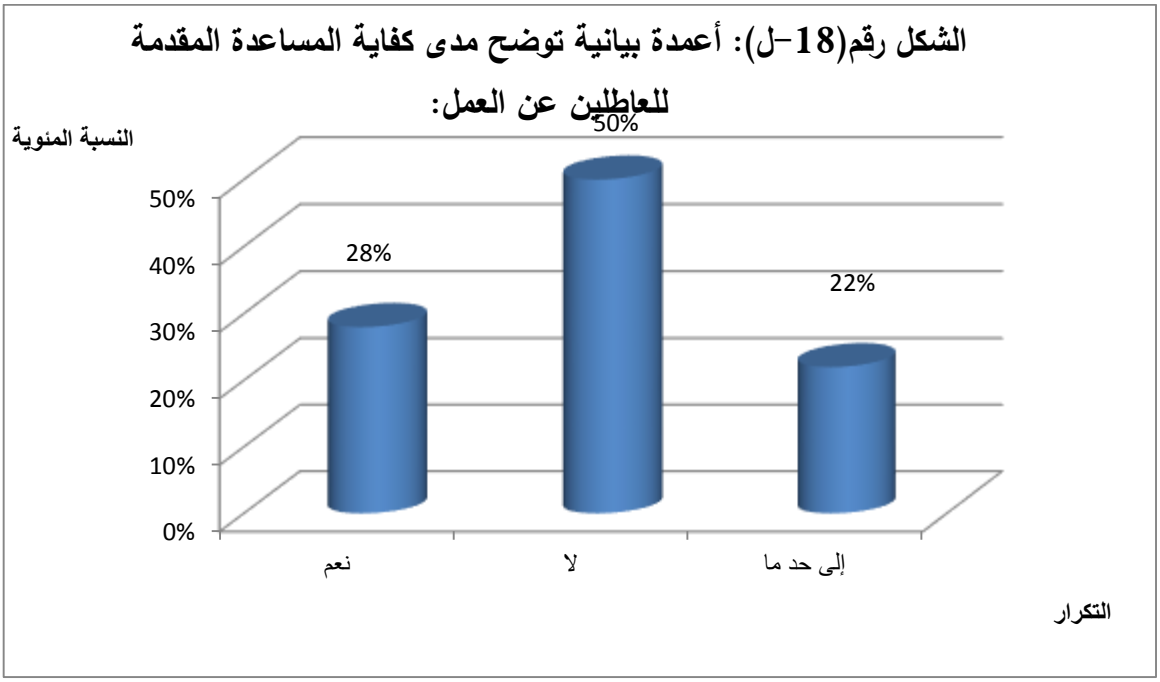


يتضح من هذا الجدول أن نسبة 94% من أفراد العينة صرحت بأن أسرهم هي التي تساعدهم على تلبية احتياجاتهم المادية، بينما نسبة 6% صرحت بأنها تتلقى من جمعيات المجتمع المدني ولكن بنسبة قليلة.

هذا يدل على أن معظم المبحوثين يتلقون المساعدة من أسرهم حيث أن الأسرة هي المصدر المادي الوحيد لهم بحيث أنها تغطي مختلف احتياجاتهم المادية، وهذا يعني أن الأسرة هي المساند الأول والوحيد لهم.

الجدول (18-ل) يوضح مدى كفاية المساعدة المقدمة للعاطلين عن العمل:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	5	%28
لا	9	%50
إلى حد ما	4	%22
المجموع	18	%100



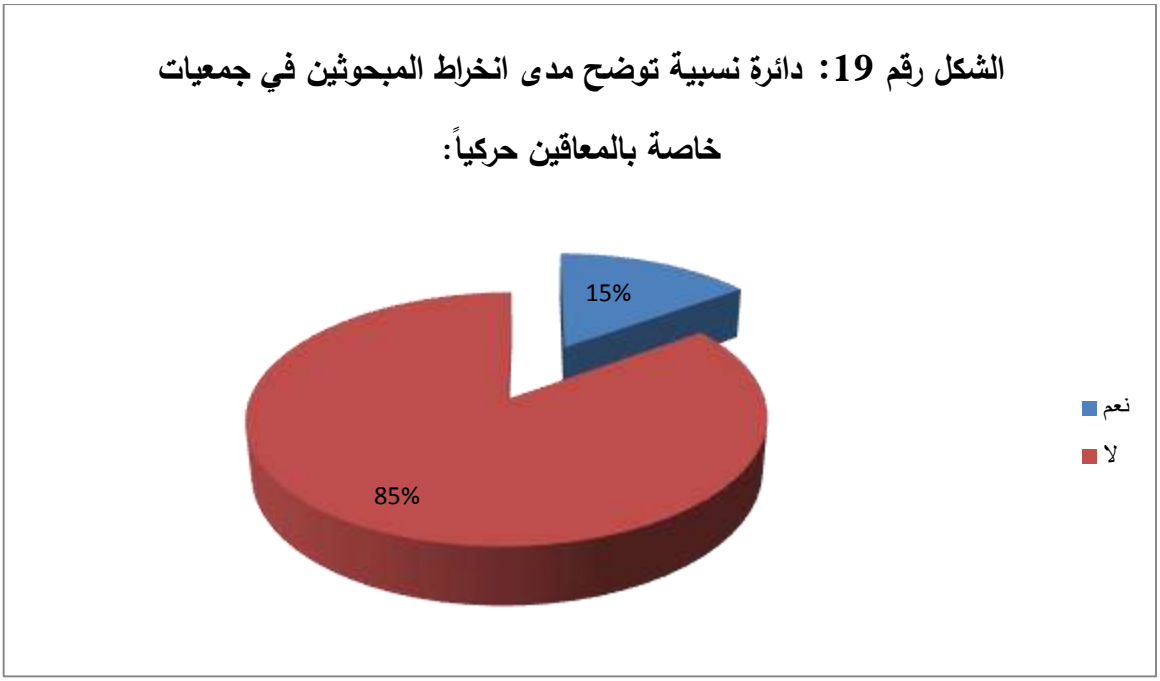
يتضح من هذا الجدول أن نسبة 50% من أفراد العينة عبرت عن عدم كفاية المساعدة المقدمة لهم، ونسبة 28% عن كفايتها، بينما نسبة 22% فصرحت على أن هذه المساعدة كافية إلى حد ما.

وهذا يدل على كثرة احتياجاتهم خاصة الاحتياجات المادية ومن ضمنها مصاريف العلاج والتي تتطلب مساعدة كبيرة، مقارنة بالوضع المادي المتدني لبعض الأسر والذي لا يسمح بتوفير وتقديم المساعدة الكافية حيث أنها تلبي البعض من هذه الاحتياجات وليس كلها وذلك لعدم قدرتها.

الجدول رقم 19: يوضح مدى انخراط المبحوثين في جمعيات خاصة بالمعاقين حركياً:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	5	%15
لا	29	%85
المجموع	34	%100

الشكل رقم 19: دائرة نسبية توضح مدى انخراط المبحوثين في جمعيات خاصة بالمعاقين حركياً:



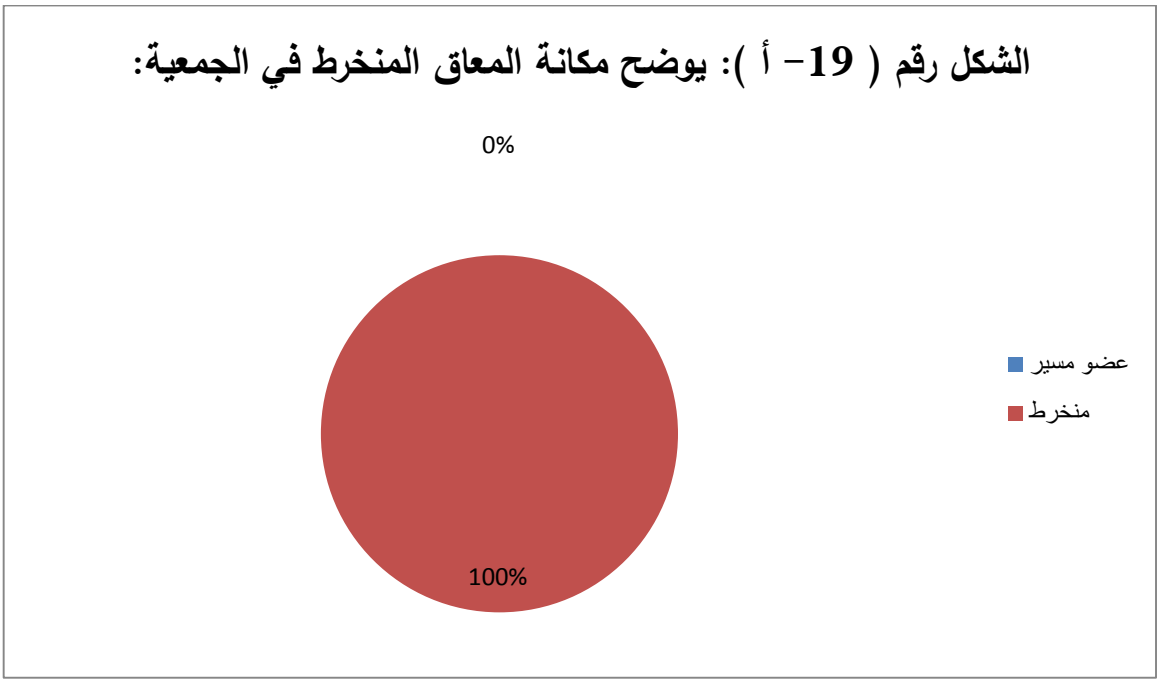
يبين هذا الجدول أن نسبة 15% عبرت عن انخراطها في جمعيات خاصة بالمعاقين حركيا، ونسبة 85% عبرت عن عدم انخراطها.

ويدل هذا على عدم جاذبية هذه الجمعيات واستقطابها لفئة المعوقين، وعدم تفتحها على الواقع المحلي والاجتماعي لهم، كما يرجع ذلك حسب تصريحات بعض المبحوثين بأنه لا توجد فائدة من انخراطهم في هذه الجمعيات وذلك لعدم فاعليتها وضعف أدائها.

الجدول رقم (19-أ): يوضح مكانة المعاق المنخرط في الجمعية:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
عضو مسير	0	/
منخرط	5	%100
المجموع	5	%100

الشكل رقم (19- أ): يوضح مكانة المعاق المنخرط في الجمعية:

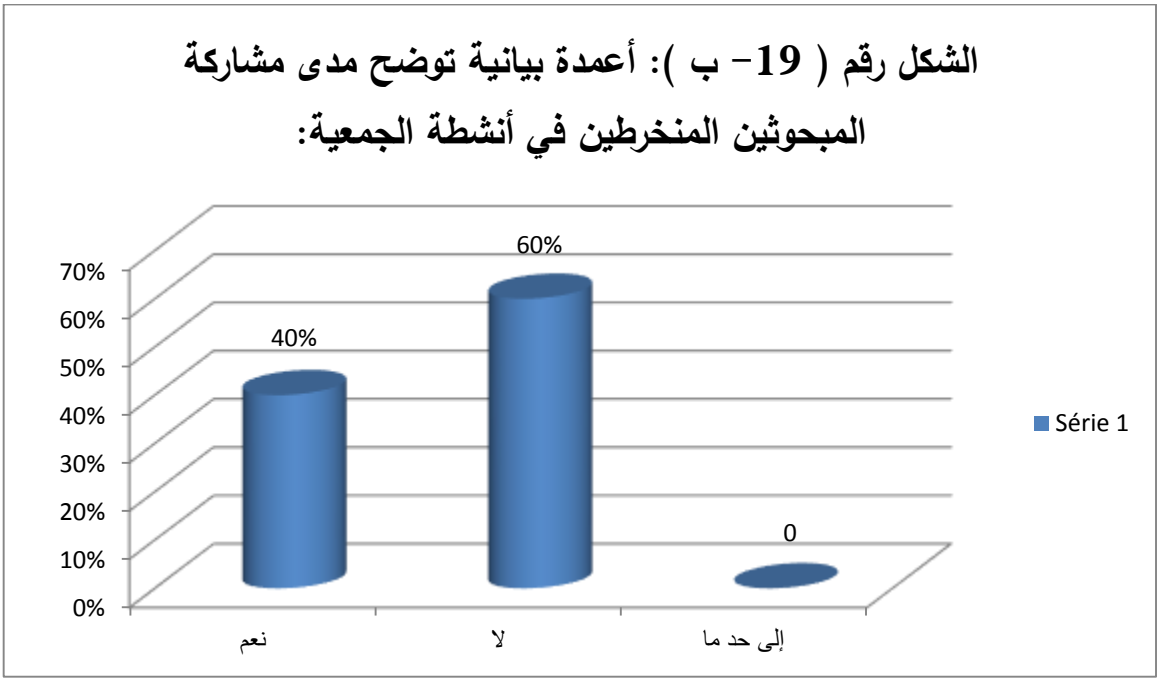


تبين معطيات هذا الجدول أن نسبة 100% عبرت عن أنهم منخرطين فقط وليسوا مسيرين.حيث أنهم توجهوا لهذه الجمعيات لتحقيق احتياجاتهم ومطالبهم الأساسية.

الجدول رقم (19-ب): يوضح مدى مشاركة المعاقين حركياً المنخرطين في أنشطة الجمعية:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	2	%40
لا	3	%60
إلى حد ما	0	/
المجموع	5	%100

الشكل رقم (19- ب): أعمدة بيانية توضح مدى مشاركة المبحوثين المنخرطين في أنشطة الجمعية:



يبين هذا الجدول أن نسبة 60% من المبحوثين المنخرطين عبرت عن عدم مشاركتها في الأنشطة التي تقوم بها الجمعية، ونسبة 40% عبرت عن مشاركتها.

تدل عدم مشاركتهم في أنشطة الجمعية على أن هذه النشاطات ليست في المستوى المطلوب وعلى أنها نشاطات روتينية عادية ينقصها التخطيط الجيد.

الجدول رقم (19 – ج): يوضح مدى تلقي المبحوثين للمساعدة من هذه الجمعيات:

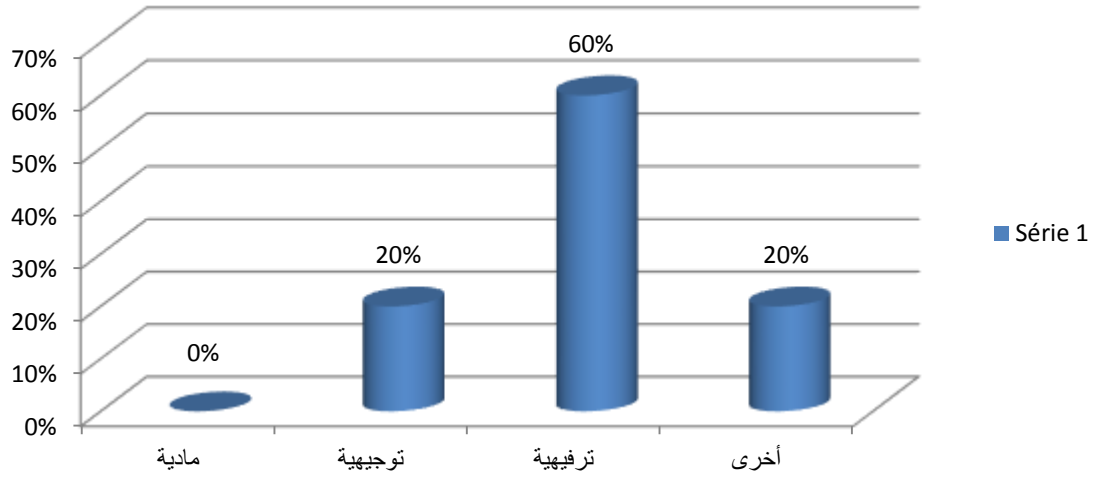
المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	0	/
لا	0	/
إلى حد ما	5	%100
المجموع	5	%100

يوضح هذا الجدول أن نسبة 100% من المبحوثين المنخرطين عبرت على أنها تحظى إلى حد ما بالمساعدة من طرف هذه الجمعية. وهذا يدل على أن أداء هذه الجمعيات ضعيف حيث أنها لا تقدم المساعدة الكافية للمعاقين حركيا.

الجدول رقم (19 – د): يوضح طبيعة الخدمات التي تقدمها الجمعية للمعاقين حركيا:

المؤشر	**التكرار**	**النسبة المئوية**
مادية	**0**	/
توجيهية	**1**	**%20**
ترفيهية	**3**	**%60**
أخرى	**1**	**%20**
المجموع	5	%100

الشكل رقم (19– د): أعمدة بيانية توضح طبيعة المساعدة التي تقدمها الجمعية للمعاقين حركياً:



يتبين من هذا الجدول أن نسبة 60% من المبحوثين عبرت عن أن نوع الخدمات التي تقدمها الجمعية للمعاقين حركيا هي ترفيهية، ونسبة 20% عبرت على أنها توجيهية، ونسبة 20% عبرت عن أنها مساعدات أخرى.

وهذا يدل على بساطة الأدوار التي تقوم بها هذه الجمعيات حيث يمكن إجمال دورها في إحياء اليوم العالمي للمعاق، وتقديم خدمات ترفيهية كإقامة مخيمات صيفية وزيارة مناطق أثرية أما بالنسبة للمساعدات الأخرى فتتمثل حسب تصريحاتهم في قفة رمضان وتقديم بعض المساعدات في الأعياد والمناسبات، وهذا يدل على أن تلبية الجمعيات لاحتياجات المعاقين حركيا والتكفل بهم جد محدود بحيث أنها لا تسعى لتحقيق مصالحهم الهامة والرئيسية مما يحول دون اندماجهم في المجتمع.

20ـ البيانات المتعلقة بـ: أهم المشكلات التي تصادف المعاقين حركياً:

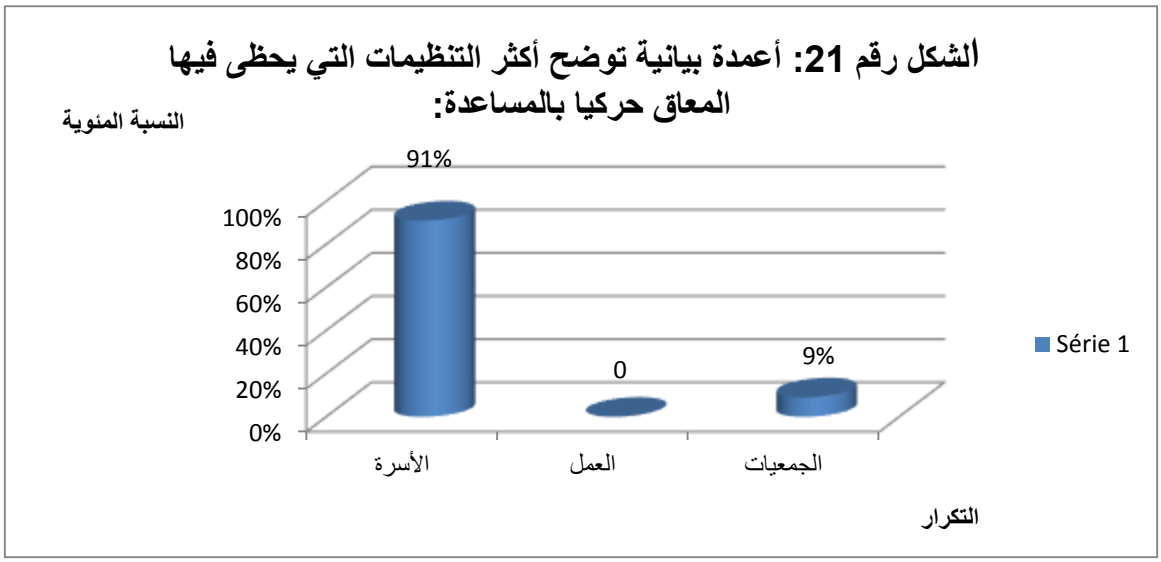
تمثلت إجابات المبحوثين فيما يلي:

- ـ مشكلات اقتصادية.
- ـ مشكلات نفسية.
- ـ مشكلات مهنية وذلك بعدم توفير مناصب شغل لهم.
- ـ مشكلات تأهيلية وذلك لعدم وجود مراكز تأهيل خاصة بهم.
- ـ مشكلات ترفيهية وذلك بعدم وجود أماكن ترفيهية خاصة بهم.

وهذا كله يدل على تهميش هذه الفئة من طرف الدولة في مختلف الخدمات النفسية، الاجتماعية، المهنية، التأهيلية، الاقتصادية.

الجدول رقم 21: يوضح أكثر التنظيمات التي يحظى فيها المعاق حركياً بالمساعدة:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
الأسرة	31	%91
العمل	0	/
الجمعيات	3	%9
المجموع	34	100



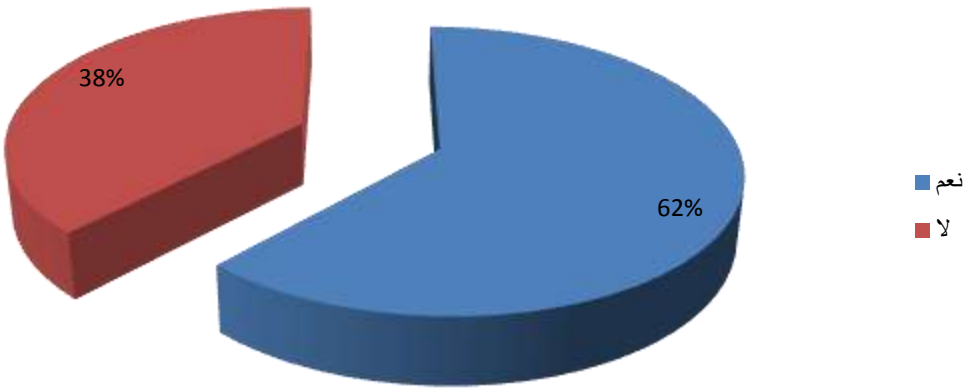
يتضح من هذا الجدول أن نسبة 91% من أفراد العينة عبرت عن أن أكثر التنظيمات التي يحظى فيها المعاق حركياً بالمساعدة هي الأسرة، بينما 9% عبرت عن أنها الجمعيات.

هذه المعطيات تدل على أن الأسرة تلعب دور مهم في تقديم المساعدة للمعاق حركياً، حيث أنها تعمل على توفير الرعاية الكاملة له، وتدعمه وتحفزه وترفع من معنوياته وتشعره بأنه فرد مهم داخل الأسرة والمجتمع.

جدول رقم 22: يوضح مدى دراية المعاق حركياً بحقوقه:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
نعم	21	%62
لا	13	%38
المجموع	34	%100

الشكل رقم 22: دائرة نسبية توضح مدى دراية المعاق حركياً بحقوقه:

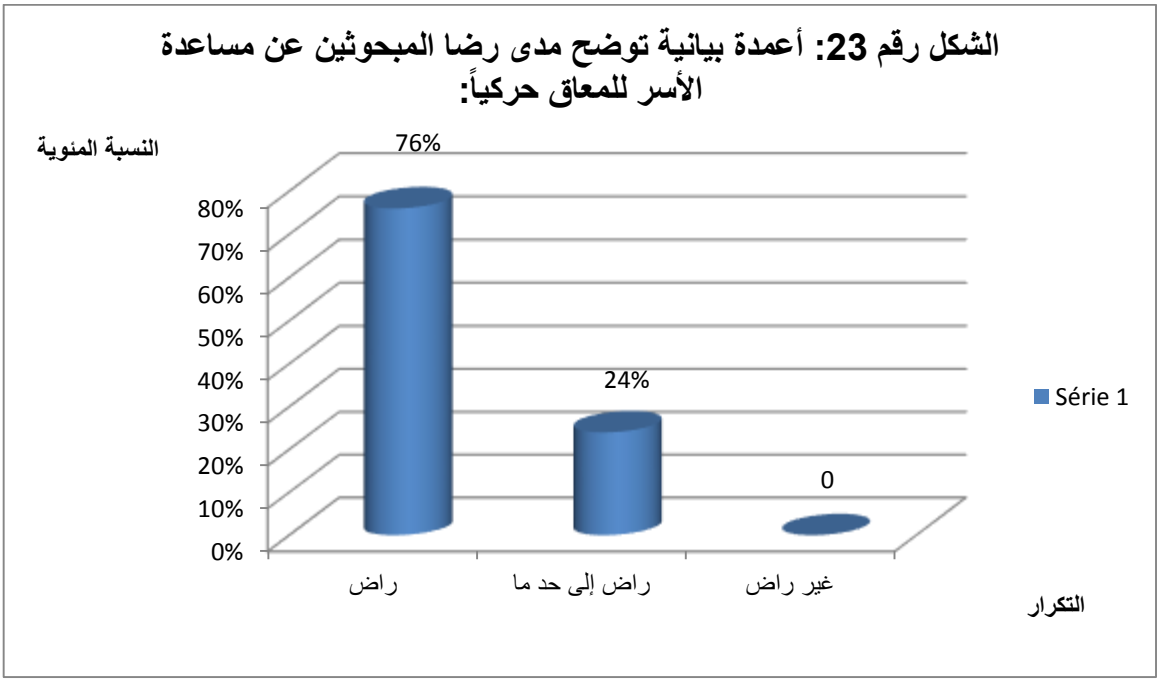


تبين من هذا الجدول أن نسبة 62% من أفراد العينة على دراية بحقوقها، بينما نسبة 38% ليسوا على دراية بحقوقهم. هذا يدل على أن أغلب المعاقين على دراية بحقوقهم وهذا يدل على درجة وعيهم، بينما هناك بعض المبحوثين الذين ليسوا على دراية بحقوقهم وذلك راجع حسب تصريحاتهم بعدم اطلاعهم عليها لأنه لا جدوى منها لأنه وبالرغم من هذه الحقوق إلا أنهم لا يزالوا مهمشين.

الجدول رقم 23: يوضح مدى رضا المبحوثين عن مساعدة الأسر للمعاقين حركياً:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
راض	26	%76
راض إلى حد ما	8	%24
غير راض	0	/
المجموع	34	%100

الشكل رقم 23: أعمدة بيانية توضح مدى رضا المبحوثين عن مساعدة الأسر للمعاق حركياً:

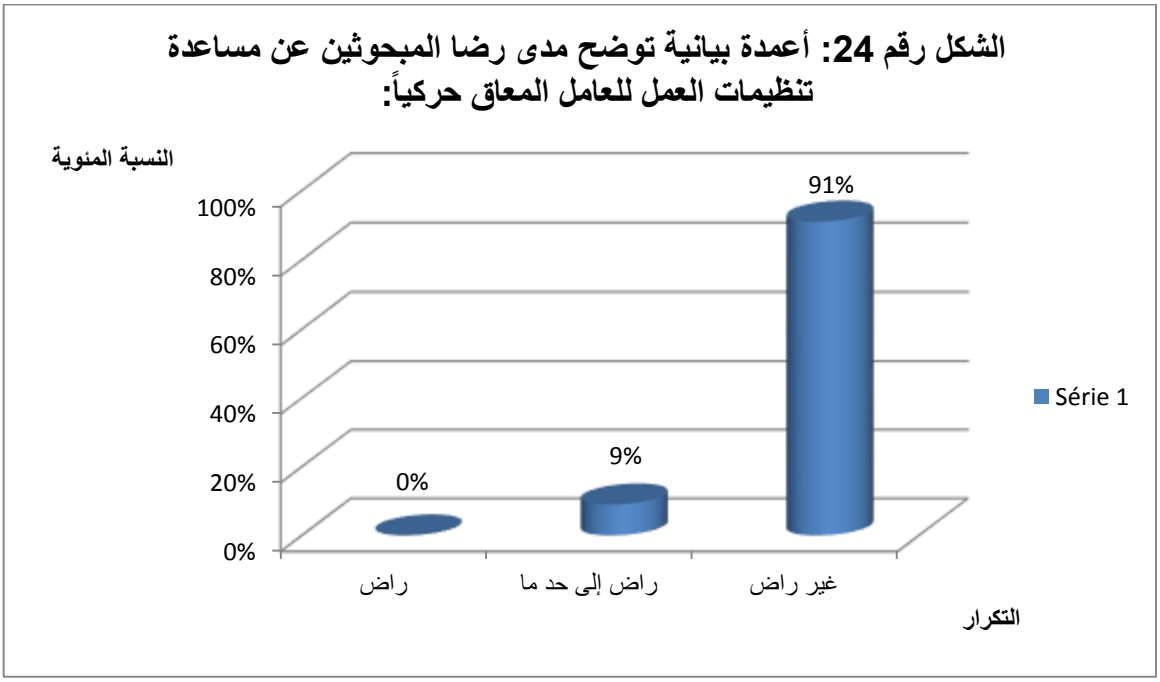


تبين معطيات الجدول أن نسبة 76% من أفراد العينة عبرت عن رضاها عن مساعدة الأسر للمعاق حركياً، ونسبة 24% عبرت عن رضاها إلى حد ما. وهذا يدل على مدى اهتمام الأسرة بأبنائها وعدم إهمالهم.

الجدول رقم 24: يوضح مدى رضا المبحوثين عن مساعدة تنظيمات العمل للعامل المعاق حركياً:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
راض	0	/
راض إلى حد ما	3	%9
غير راض	31	%91
المجموع	34	%100

الشكل رقم 24: أعمدة بيانية توضح مدى رضا المبحوثين عن مساعدة تنظيمات العمل للعامل المعاق حركياً:



يتضح من هذا الجدول أن نسبة 91% من أفراد العينة عبرت عن عدم رضاها، ونسبة 9% عبرت عن رضاها إلى حد ما.

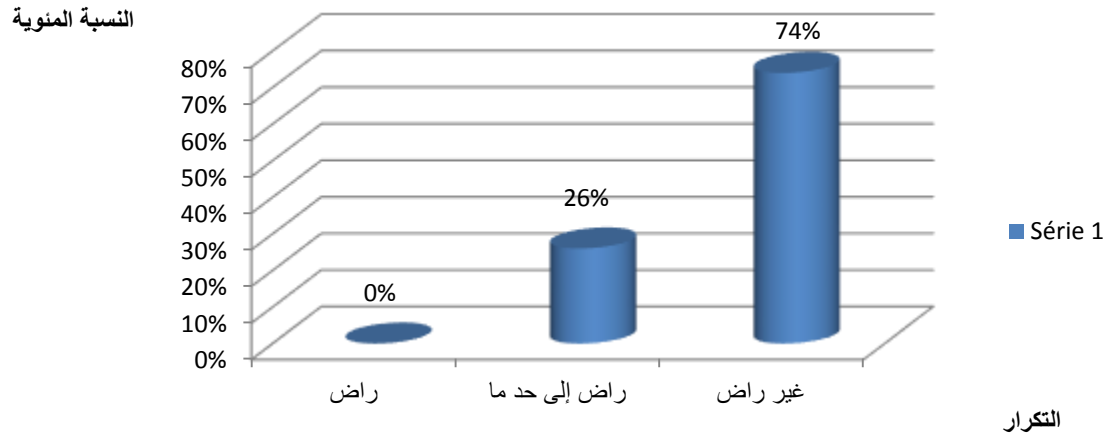
تدل هذه المعطيات على أن معظم المبحوثين صرحوا بعدم رضاهم عن مساعدة تنظيمات العمل للمعاق حركياً، وذلك يرجع إلى عدم تخصيص مناصب شغل تتناسب مع قدراتهم البدنية، بالإضافة إلى عدم تشغليهم باعتبارهم عاجزين، وحتى وإن اشتغلوا يكون ذلك في أعمال متدنية الأجر وفي مستويات مهنية متدنية، وفي ظل ترقية ضعيفة وظروف عمل رديئة، فكثيراً ما ينظر إلى الأشخاص ذوي الإعاقة

على أنهم غير مناسبين للحياة المهنية، وغير قادرين على انجاز الأعمال على النحو الذي يطلبه سوق العمل.

الجدول رقم 25: يوضح مدى رضا المبحوثين عن مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاقين حركياً:

المؤشر	التكرار	النسبة المئوية
راض	0	/
راض إلى حد ما	9	%26
غير راض	25	%74
المجموع	34	%100

الشكل رقم 25: أعمدة بيانية توضح مدى رضا المبحوثين عن مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاق حركياً:



يتضح من هذا الجدول أن نسبة 74% من أفراد العينة عبرت عن عدم رضاها عن مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاق حركياً، بينما نسبة 26% عبرت عن رضاها إلى حد ما.

هذا يدل على أن معظم المبحوثين غير راضين عن أداء ومساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاق حركياً، وذلك راجع حسب تصريحاتهم لعدم سعيها لتحقيق آمال الأشخاص المعوقين بنسبة

كبيرة، وعدم سعيها لتناول الاحتياجات والمطالب الملحة التي تشغل المعوقين، وغيابها عن الساحة الاجتماعية وعدم تأثيرها على الرأي العام المحلي وذلك بالعمل على التعريف بانشغالات المعاقين، بالإضافة لاعتبار نشاطاتها روتينية ينقصها التخطيط والتحضير وذلك يرجع إلى قلة إمكانياتها المادية وتهميشها من طرف الدولة، بالإضافة إلى استغلال المعاقين من قبل بعض مسؤولين الجمعيات من أجل حصولهم على مشاريع خاصة بهذه الفئة دون تقديم الخدمات اللازمة لهم، وهذا راجع إلى عدم وجود رقابة على أداء وعمل هذه الجمعيات،

وهذا ما يتفق مع **دراسة عيسات العمري (2014-2015)** حيث أكدت نتائج دراسته على أن الحركة الجمعوية الناشطة في مجال الإعاقة والمهتمة بشؤون المعاقين يبقى دورها في غير مستوى تطلعات هذه الفئة، وذلك راجع إلى قلة إمكانياتها المادية بالدرجة الأولى، وكذا عدم كفاءة بعض مسؤولي هذه الجمعيات واستغلال مناصبهم لتحقيق بعض الأغراض والمآرب الشخصية، وكل هذا سيؤثر على مردود هذه الأخيرة ورعاية هؤلاء الأشخاص.

26: بيانات متعلقة باقتراحات المبحوثين لتحقيق رعاية متكاملة للمعاقين حركياً:

تمثلت اقتراحات المبحوثين فيما يلي:

- زيادة المنحة.
- توفير مناصب شغل.
- توفير مراكز تأهيل خاصة بالمعاقين حركياً.
- توفير أماكن ترفيهية خاصة بالمعاقين حركياً.
- تهيئة الطرقات والأماكن العمومية والبنايات بما يتناسب وإعاقتهم.
- تهيئة الحافلات العمومية بما يتماشى وإعاقتهم.

المبحث الثاني: نتائج الدراسة:

المطلب الأول: النتائج حسب محاور الدراسة:

الفرع الأول: نتائج المحور المتعلق بالبيانات الأولية:

بعد تحليل وعرض معطيات هذا المحور توصلنا إلى النتائج التالية:

1. نسبة الإعاقة لدى الذكور أكثر من الإناث وذلك لكثرة حوادث المرور والعمل.
2. أن أغلبية أفراد العينة من الفئة الشبابية.
3. معظم المبحوثين عزاب ويرجع ذلك إلى عدة أسباب من بينها قلة الإمكانيات المادية، وذلك بسبب البطالة وغلاء المعيشة وارتفاع تكاليف الحياة والزواج مما حال دون قدرتهم على تكوين أسرة.
4. أغلب المبحوثين لم ينهوا دراستهم ويرجع ذلك لغياب الوعي لدى أسر المعاقين حول فائدة التعليم للمعاق وأهميته، أو لعدم تقبل المحيط الاجتماعي.
5. معظم المبحوثين يعانون من إعاقة بسيطة ومتوسطة وهذا مؤشر ايجابي بحيث يمكن دمجهم عن طريق برامج رعاية وتأهيل مناسبين.
6. أسباب الإعاقة لدى المبحوثين ترتبط بعدة عوامل وقد بينت هذه الدراسة أن الإعاقة ذات السبب غير الوراثي أكثر بكثير من الإعاقة ذات السبب الوراثي، وهذا بسبب كثرة الأخطاء الطبية أثناء الإنجاب وحوادث المرور والعمل التي تحصد الكثير من المعوقين.
7. معظم المبحوثين شخصوا إعاقتهم مبكراً وهذا يدل على مدى اهتمام ووعي الأسرة، كما أن عملية التشخيص ترتبط بطبيعة ونوع الإعاقة.
8. معظم المبحوثين لديهم بطاقة معاق وهذا يدل على أن جميعهم صرحوا بإعاقتهم فور ظهورها أو كشفها.
9. معظم المبحوثين يتحصلون على المنحة إلا أنهم صرحوا بعدم كفايتها حيث أنها لا تغطي مختلف احتياجات المعاق.
10. كما كشفت هذه الدراسة عن عدم انتظام المنحة بحيث أن معظم المبحوثين لا يستلمونها في وقتها المحدد، وهذا يرجع إلى سوء التسيير الذي يطبع عمل الهيئات والمصالح المكلفة بذلك.
11. أغلب المبحوثين يسكنون مع عائلاتهم وذلك راجع إلى عدم استفادتهم من السكن، بالإضافة إلى عدم قدرة بعض المبحوثين على الاستقلال عن أسرهم وكذلك رفض أسرهم لذلك خوفاً عليهم.

12. أغلب المبحوثين يقيمون في سكن أرضي وهذا يدل على طبعة العمران في المدينة الذي تغلب عليه السكنات الأرضية.

13. كما كشفت الدراسة على أن معظم الذين يسكنون في العمارات لم تؤخذ إعاقتهم بعين الاعتبار فيما يخص توزيع الطوابق، وذلك راجع إلى غياب قانون تنفيذي يلزم المصالح المعنية بإسكان هذه الفئة في الطوابق السفلى أو الأرضية.

14. معظم المبحوثين يستفيدون من تسهيلات في مجال النقل العمومي والتي تتمثل في مجانية النقل.

15. الصعوبات التي تعترض المعاقين حركياً في مجال النقل عدم وجود حافلات مهيأة ومناسبة لإعاقتهم، بالإضافة إلى رفض أصحاب الحافلات لنقل هذه الفئة وذلك بسبب تهربهم من تحمل مسؤوليتهم.

الفرع الثاني: نتائج المحور المتعلق برعاية المعاق حركياً داخل الأسرة:

بعد عرض وتحليل نتائج هذا المحور توصلنا إلى النتائج التالية:

1. أن أغلب المبحوثين يعيشون في أسرة كبيرة الحجم بحيث أن هذا النوع من الأسرة يمكن أن يوفر للمعاق الاهتمام والرعاية اللازمة.
2. أن معظم المبحوثين تعترضهم مشكلات نفسية واجتماعية داخل أسرهم وذلك لشعورهم بالعجز والنقص وبأنهم عالة على أسرهم، ومشكلات اقتصادية وذلك بسبب تدني الوضع المادي للأسرة مما يؤثر على قدرتها في رعاية معاقيها من الناحية المادية.
3. أن معظم المبحوثين علاقتهم بوالديهم وإخوتهم جيدة وهذا ما يساعدهم على تعزيز ثقتهم بأنفسهم كما يساعدهم على التوافق والاندماج الاجتماعي.
4. أغلب المبحوثين يحظون بالمساعدة الكافية داخل أسرهم وهذا يبين درجة وعي الأسرة بضرورة التكفل بمعاقيها.
5. أغلب المبحوثين يتلقون المساعدة من طرف والديهم وهذا يدل على أن الوالدين هما من يتحملان العبئ الأكبر في رعاية ومساعدة أبنائهم المعاقين وما ينتج عن الإعاقة من متاعب وصعوبات.
6. أغلب المبحوثين يحظون داخل أسرهم بالمساعدة المعنوية أكثر من المادية وذلك بسبب تدني الوضع المادي للأسرة، حيث أنها لا تستطيع إشباع مختلف احتياجاتهم المادية.

7. أن تلبية الأسرة لاحتياجات المعاق حركياً لها أهمية كبيرة، بحيث أن قيام الأسرة بوظائفها وأدوارها التي تتمثل في إشباع حاجاته المختلفة تساهم بشكل ايجابي على حياته ومستقبله، بحيث تجعله أكثر تأقلماً وتكيفاً مع إعاقته وتساعده في تخطي المشكلات والعراقيل الاجتماعية التي تعترضه مما يساهم في عملية دمجه.

الفرع الثالث: نتائج المحور المتعلق برعاية المعاق حركياً في العمل:

بعد عرض وتحليل معطيات هذا المحور توصلنا إلى النتائج التالية:

1. أن معظم المعاقين عاطلين عن العمل وهذا يرجع إلى أزمة البطالة التي تعاني منها الجزائر على جميع الفئات وخاصة فئة المعاقين وذلك لنظرة المجتمع السلبية تجاههم، بينما نسبة قليلة تشتغل في أعمل دائمة والأخرى في أعمال مؤقتة.
2. أغلب الذين يشتغلون في أعمال دائمة نوع عملهم هو تجاري أي أنهم يشتغلون في مهن حرة، وهذا يدل على أن الدولة لم توفر لهم مناصب شغل.
3. كشفت الدراسة أن هذه الأعمال الدائمة تتناسب مع حالتهم الجسدية وهذا يدل على أنهم يشتغلون في أعمال سهلة لا تتطلب جهد بدني.
4. أغلب المبحوثين الذين يشتغلون في أعمال دائمة لم يتلقوا تدريب في مجال عملهم، وهذا راجع إلى طبيعة عملهم الذي لا يتطلب تكوين وتدريب مهني.
5. معظم المبحوثين أعمالهم تتناسب مع مستواهم التعليمي.
6. كشفت الدراسة على كفاية الأجر بالنسبة للذين يشتغلون بأعمال دائمة حيث أنه يغطي مختلف احتياجاتهم، وهذا يدل على أن دخلهم مرتفع أو مزودج أي مرتبط بالعمل والمنحة كما أن كفاية الأجر قد ترتبط بدرجة الإعاقة وطبيعتها حيث أن الإعاقة البسيطة لا تتطلب مصاريف علاجية كثيرة.
7. معظم المبحوثين الذين يشتغلون في أعمال مؤقتة جميع أعمالهم ترتبط بالمحيط الخارجي أي أنها عبارة عن أعمال حرة، فالبرغم من أن العمل هو حق من الحقوق التي يجب على الدولة والمجتمع توفيرها لمواطنيها بما في ذلك فئة المعاقين حركيا إلا أنها لم تحظى بالرعاية الكافية في هذا المجال.
8. جميع الأعمال المؤقتة تتناسب مع القدرات الجسدية للمبحوثين حيث أنها أعمال بسيطة لا تتطلب بذل مجهود عضلي.

9. تدني أجر معظم المبحوثين الذين يشتغلون في الأعمال المؤقتة بحيث أنه لا يغطي مختلف احتياجاتهم الكثيرة والأساسية، مما يؤثر سلباً على دمجهم.
10. معظم المبحوثين البطالين يعود سبب عدم عملهم إلى رفض تشغيلهم بسبب الإعاقة، وهذا يدل على عدم تقبل أرباب العمل للمعاقين باعتبارهم عاجزين وغير قادرين على أداء الأعمال، بالإضافة إلى عدم وجود رقابة تلزم المؤسسات بتشغيل هذه الفئة.
11. الأطراف التي تساعد المبحوثين العاطلين عن العمل على تلبية احتياجاتهم هي الأسرة، بحيث أن الأسرة هي المساند الأول والوحيد لهم، إلا أن هذه المساعدة غير كافية وهذا يرجع إلى كثرة احتياجاتهم المادية ومن ضمنها مصاريف العلاج مقارنة بالوضع المادي للأسرة.

الفرع الرابع: النتائج المتعلقة برعاية المعاق حركياً في الجمعيات:

بعد عرض وتحليل معطيات هذا المحور توصلنا إلى النتائج التالية:

1. أغلب المبحوثين ليسوا منخرطين في جمعيات خاصة بالمعاقين حركيا، ونسبة قليلة فقط هي المنخرطة وذلك لضعف أداء هذه الجمعيات.
2. أغلب المنخرطين لا يشاركون في الأنشطة التي تقوم بها الجمعية وذلك لعدم فاعلية هذه الأنشطة وافتقارها للتخطيط والتنفيذ الجيد.
3. معظم المبحوثين المنخرطين لا يتلقون المساعدة الكافية من هذه الجمعيات وهذا يدل على محدودية دور هذه الجمعيات، وذلك لأنها لا زالت متخلفة في هذا المجال.
4. معظم المبحوثين يتلقون خدمات ترفيهية من هذه الجمعيات، وهذا يدل على أنها لا تسعى لمساعدتهم من مختلف الجوانب ولا تحقق مصالحهم الهامة.

الفرع الخامس: نتائج المحور المتعلق بالبيانات الختامية:

1. تواجه المعاق حركيا عدة مشكلات تتمثل في: مشكلات اقتصادية، نفسية، مشكلات مهنية وذلك بعدم توفير مناصب شغل لهم، مشكلات تأهيلية وذلك لعدم وجود مراكز تأهيل خاصة بهم، بالإضافة إلى عدم وجود أماكن ترفيهية خاصة بهم.
2. الأسرة هي أكثر التنظيمات التي يحظى فيها المعاق حركياً بالمساعدة، إذ أن الأسرة هي الشريك الأكبر في حياة المعاق الذي يدعمه ويلبي احتياجاته.
3. أغلب المبحوثين على دراية بحقوقهم وهذا يدل على درجة وعيهم.
4. عدم رضا المبحوثين عن مساعدة تنظيمات العمل للمعاق حركيا وذلك لعدم تخصيص مناصب عمل تتناسب مع قدراتهم البدنية، بالإضافة إلى تشغيلهم باعتبارهم عاجزين وغير قادرين، وحتى وإن اشتغلوا يكون ذلك في أعمال متدنية الأجر وفي مستويات مهنية متدنية.
5. عدم رضا المبحوثين عن مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاقين حركيا وذلك لضعف أدائها وعدم سعيها لتحقيق آمال الأشخاص المعاقين بنسبة كبيرة وعدم سعيها لتناول الاحتياجات الملحة التي تشغل بالهم.

المطلب الثاني: نتائج الدراسة حسب الفرضيات:

الفرع الأول: النتيجة المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى:

باستقراء النتائج المتعلقة بهذه الفرضية نستنتج: أن الأسرة تهتم وتساعد معاقيها بحيث أنها توفر لهم الرعاية بشتى جوانبها وتسعى لتنمية احتياجاتهم ومتطلباتهم، وتدعمهم مما يساهم في التخفيف من المشكلات والمضاعفات التي تترتب عن الإعاقة وتحقق الصحة النفسية لهم مما يسهل عملية دمجهم في المجتمع، وبالتالي فإن الفرضية تحققت.

الفرع الثاني: النتيجة المتعلقة بالفرضية الجزئية الثانية:

باستقراء النتائج المتعلقة بهذه الفرضية نستنتج تهميش فئة المعاقين حركيا وذلك لعدم توفير برامج دمج وتوظيف لهم، فالبرغم من وجود قوانين ترفع من شأن هذه الفئة في مجال العمل إلا أنها تبقى مجرد حبر على ورق، وبالتالي فإن الفرضية تحققت.

الفرع الثالث: النتيجة المتعلقة بالفرضية الجزئية الثالثة:

باستقراء النتائج المتعلقة بهذه الفرضية نستنتج بأن جمعيات المجتمع المدني غير مؤهلة بشكل جيد للتكفل بالمعاقين عامة والمعاقين حركيا خاصة بحيث أن خدماتها محدودة، ويرجع هذا إلى تهميشها من طرف السلطات ونقص امكانياتها المادية وضعف تمويلها، كما يرجع إلى نقص خبرة وكفاءة بعض المسؤولين في هذا المجال، حيث يكون غرضهم من ذلك هو الحصول على امتيازات متعددة كالترقية الاجتماعية أو منصب سياسي...مما يؤدي إلى ضعف هذه الجمعيات وفقدان مصداقيتها.

النتيجة العامة:

بإستقراء نتائج الفرضيات الجزئية نستنتج أن منظومة رعاية المعاق حركيا مازالت قاصرة عن تلبية احتياجات المعاقين وحل مشكلاتهم، إلا ما تعلق منها بالرعاية داخل الأسرة وبالتالي فالفرضية الرئيسية لم تتحقق إلا جزئيا.

خاتمة

الخاتمة:

نخلص في هذه الدراسة إلى أن الرعاية الاجتماعية للمعاقين عموماً والمعاقين حركياً خصوصاً مازالت قاصرة عن تلبية احتياجات هذه الفئة وعن توفير برامج تكفل وتأهيل مناسبين، بحيث أن ذوي الإعاقة يتعرضون لإقصاء وتهميش واضح في سوق العمل وفي مجمل أوجه الحياة عامة، ويعود هذا (التهميش) لهيمنة أفكار رجعية واتجاهات سلبية تجاه هذه الفئة، كما يمكن القول أن الجهود مازالت منصبة على الأسرة وأن مجمل القوانين والتشريعات التي سنت للتكفل بهذه الفئة تبقى ضئيلة، لا ترقى لطموحات وحاجات ومتطلبات المعاقين المختلفة، كما أن محاولات المجتمع المدني في هذا المجال مازالت في بدايتها وعليه قمنا بوضع عدة توصيات واقتراحات والتي تتمثل في:

توصيات واقتراحات الدراسة:

- وضع آليات لتطبيق وتجسيد القوانين والتشريعات الخاصة بالمعاقين على أرض الواقع.
- وضع برامج تهدف إلى توعية المجتمع بصورة عامة حول الإعاقة الحركية وأسبابها وآثارها السلبية وطرق التعامل معها ومع المعاقين حركياً.
- إعداد وتنمية ثقافة المجتمع وذلك من أجل تغيير النظرة الدونية والسلبية تجاه هذه الفئة والابتعاد عن التعامل الخاطئ معها، وذلك من خلال وضع برامج تحسيسية تهدف إلى التحسيس بهذه الفئة وأهميتها واحتياجاتها.
- تشجيع ودعم الجمعيات التي تقوم برعاية المعاقين حركياً من طرف الدولة وذلك من خلال تمويلها ومساعدتها.
- مطالبة المؤسسات الخاصة والعمومية بإنشاء ورش عمل لتدريب المعاقين حركياً على المهن المختلفة.
- وضع سياسة شاملة من أجل دمج المعاقين حركيا في الحياة الاجتماعية.
- العمل على توفير الدعم الاجتماعي والأسري للمعاقين حركيا لتحقيق اندماجهم ضمن المجتمع.
- إرشاد وتوجيه أسر المعاقين حركياً حول كيفية التعامل مع الإعاقة والمشكلات الناتجة عنها.
- رفع المنحة حيث أنها لا تكفي لتغطية احتياجاتهم.
- توفير مناصب شغل مناسبة لهم.
- تهيئة وسائل النقل والمواصلات من أجل تسهيل الحركة على فئة المعاقين حركياً.

- التوسع في إنشاء مراكز طبية مختصة للمعاقين حركيا وتزويدها بمختلف الأجهزة المناسبة لطبيعة إعاقتهم.
- إنشاء مراكز تأهيل متخصصة لهذه الفئة من أجل تنمية قدراتهم.
- تهيئة الفضاءات والأماكن العامة بما يتناسب وإعاقتهم.
- مراعاة ظروف المعاقين حركياً أثناء عملية تخطيط وتصميم المباني والمنشآت العمرانية والطرق والأرصفة، من أجل تسهيل عملية تنقلهم.
- توفير نوادي اجتماعية وثقافية ورياضية وترفيهية خاصة بالمعاقين حركيا.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

أولا:المعاجم والقواميس:

1. ابن منظور: لسان العرب، دار المعارف للنشر، 2007.
2. أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000.
3. جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، ج8، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر، 1996
4. عبد العزيز عبد الله الدخيل: معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
5. عبد الناصر سليم حامد: معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
6. علي بن هادية وآخرون: القاموس الجديد للطلاب، معجم عزلي ألفبائي، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط7، الجزائر، 1991.

ثانيا:الكتب:

1. إبراهيم عبد الهادي المليجي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 2002.
2. أبو القاسم عبد القادر صالح وآخرون: المرشد في إعداد البحوث والدراسات العلمية، مركز البحث العلمي والعلاقات الخارجية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم، 2001.
3. أحمد مصطفى: الرعاية الاجتماعية، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2000.
4. إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1991.
5. إيمان عباس الخفاف: الموسوعة التدريبية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (الإعاقة الحركية)، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2015.
6. إيمان فؤاد كاشف: دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين، دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2008.
7. بدوي أحمد زاكي: أصول الخدمة الاجتماعية، مكتبة النهضة المصرية، الإسكندرية، مصر، 1947.

8. جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي: مدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن، 2009.
9. جمعة السيد يوسف: النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، دار غريب، القاهرة، مصر، 2001.
10. حابس العواملة: سيكولوجية الأطفال غير العاديين، " الإعاقة الحركية "، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص، ص 41،42.
11. حامد سوادي عطية: دليل الباحثين في الإدارة والتنظيم، دار المريخ، المملكة العربية السعودية،1993.
12. حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة، مصر، 1997.
13. حسن محمد النواصرة: ذوي الاحتياجات الخاصة مدخل في التأهيل البدني، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، 2006.
14. حسين عبد الحميد أحمد رشوان: الإعاقة والمعوقون " دراسة في علم اجتماع الخدمة الاجتماعية"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2009.
15. حلمي إبراهيم، ليلى السيد فرحات: التربية الرياضية والترويح للمعوقين، دار الفكر العربي، القاهرة مصر، 1998.
16. ربحي مصطفى عليان: البحث العلمي –أسسه مناهجه وأساليبه–، بيت الأفكار الدولية، عمان، الأردن، 2001.
17. رحيم يونس كرو العزاوي: مقدمة في منهج البحث العلمي، دار الدجلة، عمان، الأردن، 2008.
18. رشاد علي عبد العزيز موسى: علم نفس الإعاقة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
19. زينب محمود شقير: خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر، 2002.
20. سامية محمد فهمي، سمير حسن منصور: الرعاية الاجتماعية أساسيات ونماذج معاصرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004.
21. سعد جلال: في الصحة العقلية والأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1985، ص30.
22. سعيد حسني العزة: المدخل إلى التربية الخاصة –الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، المفهوم، التشخيص، أساليب التدريس–، الدار العلمية للنشر والتوزيع ودار الثقافة، عمان، الأردن، 2002.
23. سعيد محمد السعيد، فاطمة محمد عبد الوهاب وآخرون: برامج التربية الخاصة ومناهجها بين الفكر والتطبيق والتطوير، عالم الكتب، القاهرة، مصر، ب س.

24. سميرة كامل محمد علي: الزيارات الميدانية في مجالات الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 1997.

25. السيد عبد الحميد عطية، هناء حافظ بدوي: الخدمة الاجتماعية ومجالاتها التطبيقية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1998.

26. السيد محمد سالم وآخرون: قضايا ومشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة، مدارس نور الغد الأهلية، قطر، 2018.

27. الشريف عبد الفتاح عبد المجيد: التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2011.

28. طارق عبد الرؤوف عامر: دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء التوجهات العالمية المعاصرة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن، 2015.

29. طارق عبد الرؤوف عامر، ربيع عبد الرؤوف محمد: الإعاقة الحركية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2008.

30. عادل عبد الله محمد: مقدمة في التربية الخاصة، دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2011.

31. عبد الحميد عبد المجيد بداوي: أساليب البحث العلمي والتحليل الإحصائي، التخطيط للبحث وجمع وتحليل البيانات يدويا وب استخدامSSPS، دار الشروق، عملن، الأردن، 2007.

32. عبد الرحمان سيد سليمان: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة (الجزء الأول ذو الحاجات الخاصة المفهوم والفئات)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر، 2008.

33. عبد العزيز النوحي: نظريات خدمة الفرد، نظرية الدور في خدمة الفرد، النظرية الوظيفية، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، 1984.

34. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 2011.

35. عبد الفتاح علي غزال: سيكولوجية الفئات الخاصة، دار ماهي للنشر والتوزيع وخدمات الكمبيوتر، الإسكندرية، مصر، 2008.

36. عبد الله محمد: سياسات الرعاية الاجتماعية النامية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 1995.

37. عبد المحي محمود حسن صالح: متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004.

38. عبد المحي محمود صالح، السيد رمضان: أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999.

39. عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1996.

40. عبد المنصف حسن رشوان: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2006.

41. عصام توفيق قمرة: رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين العزل الدمج، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، مصر، 2008.

42. عصام حمدي الصفدي: الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007.

43. عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون: الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 1969.

44. علي خليل الحمد، نعيم علي العتوم: الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.

45. علي عبد النبي حنفي: العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.

46. فاروق الروسان: قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن، 2009.

47. فاطمة عبد الرحيم النوابسة: ذوي الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.

48. قحطان أحمد الظاهر: مدخل إلى التربية الخاصة، دار وائل للنشر، ط2، عمان، الأردن، 2008.

49. كمال دسوقي: دينامية الجماعة في علم الاجتماع وعلم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر، 1969.

50. لطفي بركات أحمد: تربية المعوقين في الوطن العربي، دار المريخ، الرياض، السعودية، 1981.

51. ماجد محمد أبو سلامة، أديبة موسى الزين: المعاق والأسرة والمجتمع، مكتبة سمير منصور للطباعة والنشر والتوزيع، غزة، فلسطين، 2015.

52. ماجدة السيد عبيد: ذوي التحديات الحركية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.

53. ماهر أبو المعاطي علي: الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة مع نماذج من رعايتهم في بعض الدول الخليجية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر، 2004.

54. محمد حسن عبد الباسط: أصول البحث الاجتماعي، مكتبة وهبة القاهرة، مصر، 1982.

55. محمد حلمي بريك: الرعاية الاجتماعية للأسر الأولى بالرعاية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، 2016.

56. محمد سلامة غباري: رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية "رعاية المعوقين"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2003.

57. محمد سيد فهمي: التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية، مصر، 2007.

58. محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، 1998.

59. محمد سيد فهمي: الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2001.

60. محمد سيد فهمي، نورهان منير حسن فهمي: الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 1999.

61. محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي –القواعد والمراحل والتطبيقات–، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 1999.

62. محمود محمد كمنساوي، خالد أحمد مصطفى: الخدمة الاجتماعية، مطبوعات المعارف السعودية، الرياض، السعودية، ط2، 1989.

63. مدحت أبو النصر: رعاية وتأهيل المعاقين، الروابط العالمية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2009.

64. مدحت محمد أبو النصر: الإعاقة الجسمية –المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية–، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، 2005.

65. مروان عبد المجيد إبراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، عمان، الأردن، 2000.

66. مروان عبد المجيد إبراهيم: الألعاب الرياضية للمعوقين، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1997.

67. مروان عبد المجيد إبراهيم: الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، الوراق للنشر والتوزيع، بدون بلد، دس.

68. مروان عبد المجيد إبراهيم: الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة (تربويا، نفسيا اجتماعيا، تأهيل)، الورق للنشر والتوزيع، د ب ،2002.

69. مريم إبراهيم حنا وآخرون: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، القاهرة، مصر، 2006.

70. مصطفى نوري القمش: الإعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.

71. موريس أنجرس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية . تدريبات علمية، ط2، ت: بوزيد صحراوي، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2006.

72. موسى نجيب موسى: التأهيل الاجتماعي لأسر المسجونين، مركز الكتاب الأكاديمي للنشر، عمان، الأردن، 2016.

73. نايف بن عابد الزارع: تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن، 2006.

74. نضال عبد اللطيف برهم: الخدمات الاجتماعية، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن، 2004.

75. وائل محمد مسعود: الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض السعودية، 2002.

76. وسيم حسام: الحماية القانونية لحقوق المعاقين ذوي الاحتياجات الخاصة، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2011.

ثالثا: الاعلانات والاتفاقيات:

1. الاتفاقية العربية رقم 17 لعام 1993.
2. اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري الصادرة عن الأمم المتحدة.
3. الإعلان الخاص بحقوق المعوقين: اعتمد ونشر بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 3447 (د-30) المؤرخ في 9 كانون الأول/ ديسمبر .1975
4. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المؤرخ في ديسمبر 1948.
5. المجلس العربي للطفولة والتنمية، برنامج الخليج العربي للتنمية، الدليل الاسترشادي لاستخدام التكنولوجيا المساندة للطفل ذي الإعاقة.
6. مفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان: اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، نيويورك وجبيف، 2014.

رابعا: الرسائل والاطروحات:

1. أحمد مسعودان: رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية، رسالة دكتوراه في علم اجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2005، 2006.

2. حمدي أحمد سيد أبو مساعد: المشاركة السياسية لذوي الإعاقة، دراسة ميدانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط، 2012.
3. حميدي بن عيسى: الحماية القانونية لذوي الاحتياجات الخاصة، مذكرة لنيل شهادة ماستر حقوق، تخصص علم الاجرام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الطاهر مولاي، سعيدة، الجزائر.
4. دعاء جمال محمد طافش: فاعلية برنامج إرشادي ديني للتخفيف من أعراض القلق لدى المعاقات حركيا، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2017.
5. رنا محمد صبحي: دمج المعاقين حركيا في المجتمع المحلي بيئيا واجتماعيا (دراسة حالة في محافظة نابلس)، رسالة ماجستير في التخطيط الحضري والإقليمي، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2007.
6. عبد الله كبار: المجتمع المدني ودوره في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية لجمعيات المعوقين حركيا بولاية غرداية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2005.
7. عزة نادي عبد الظاهر عبد الباقي: تصور مقترح لتفعيل دور الجمعيات الأهلية المصرية في مجال تأهيل المعوقين حركيا في ضوء خبرات بعض الدول، رسالة ماجستير في التربية المقارنة، جامعة الفيوم، الاسكندرية، 2012.
8. عضيبات خالد: التطبيقات المعمارية الخاصة بالمعوقين حركيا في التصميم المعماري في الأردن، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن، 1997
9. عيسات العمري: الرعاية الاجتماعية للمعوقين حركيا، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة بسكرة، الجزائر، 2003. 2004.
10. عيسات العمري: سياسة الرعاية الاجتماعية للمعاقين حركيا في الجزائر، رسالة دكتوراه في علم اجتماع التنظيم والعمل إدارة الموارد البشرية، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف، الجزائر، 2014، 2015.
11. قرينات بن شهرة، باهي السلامي: المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركيا، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد23، جامعة عمار ثليجي، الأغواط، الجزائر، مارس 2016.
12. كبوس فطيمة: التربية الخاصة ودورها في التأهيل الاجتماعي للمعاق حركيا، رسالة ماستر في علم الاجتماع، تخصص علم اجتماع التربية، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد الصديق بن يحي، جيجل، الجزائر، 2017، 2018.
13. لعلام عبد النور: دور سياسات الرعاية الاجتماعية في تأهيل ودمج المعاق حركيا، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2008، 2009.

14. مهدي محمد القصاص: التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دراسة ميدانية، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة المنصورة، 2010.
15. نجاة ساسي هادف: دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الإداريين والأساتذة، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص تنمية الموارد البشرية، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الأساسية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2013الجزائر، 2014.

المجلات والجرائد:

1. بسمة عبد الشريف: أثر التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحصيل التكيف لأمهات المعاقين، المنارة، المجلد 17، العدد 4، عمان، الأردن، 2011.
2. الجريدة الرسمية الجزائرية، العدد 34، سنة 2002.
3. حيدر كامل مهدي النصراوي: الصحة النفسية لذوي الإعاقة الحركية في محافظة بغداد، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 54، بغداد، العراق، 2017.
4. زرقان ليلى: مقال حول الإعاقة الحركية، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، العدد العاشر، الجزائر.
5. صلاح محمد أحمد دياب: الحماية القانونية لذوي الإعاقة بين الواقع والمأمول في مملكة البحرين، سلسلة ثقافة حقوق الإنسان 4، البحرين، 2018، ص 49.
6. عبد الله بصنوبرة: دور الجمعيات في رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة –ولاية قالمة .، الباحث الاجتماعي، العدد 10، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر، 2010.
7. عزيز سامية: الرعاية الاجتماعية للمعاقين بصريا، دراسات نفسية وتربوية، العدد4، جامعة قصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
8. العمري عيسات: مشاكل الإعاقة والمعوقين في الجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية 168، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة محمد داغين سطيف، الجزائر، 2014
9. مجناح محمد، ذبيح عادل: الحماية القانونية للطفل المعوق في التشريع الجزائري، مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية والسياسية، العدد السادس، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، 2017.
10. مدحت أبو النصر: مراحل العمل في مجال رعاية المعوقين، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد62، يونيو، 2000.

خامسا: المواقع الالكترونية:

1. www.t7di-net/le07/02/2021
2. . https:// www.wikiwand.com/ar/

سادسا: الكتب باللغة الأجنبية:

1. Maurice Angers : Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines، collections techniques de recherches، CASBAH, 1997.

الدراسات الأجنبية:

2. Alodutta, Robert Gervey, Fong Chan, Chih-Chin Chou, Nicole Ditchman : VocationalRehabilitation Services and EmploymentOutcomes For PepoleWithDisabilities, A United State Study, Spring Science Business Media, LLC, 2008.
3. Colling-Kyle-K: Small Business development Centres and VocationalRehabilitation : OpeningDoors to Enterpreneurship for PropelWithDisabilities, (University- of- Northerm- Colorado, 2001) .
4. GenenONeill, Marie sutherlandM: Training and Employment of people withDisabilities:Australia 2003, CornellUniversity ILR School, Gladenet Collection, 2004 http//digitalcommons,ilvcornell,edu/gladnetcollect/742_
5. Huntt-Douglas-Carl : Living WithPhysicalDisability in the Amish Community (The- Ohio- State- University, 2001.
6. Marth-Raske : The status of Social Work and DisabilityRightsMovement an Analysis of Theoretical and Political Trends, EncyclicalResearch on 20th on International ScientificConference of Social Work, (Faculty of social Work, HelwanUniversity, March, 2007

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تخصص علم اجتماع الصحة

استمارة بحث حول

واقع المعاقين حركيا وسبل رعايتهم اجتماعيا في الجزائر

دراسة ميدانية بمديرية النشاط الاجتماعي والتضامن -ولاية قالمة -

مذكرة مكملة لنيل شهـادة الماســــــــتر

إعداد

1- نزاري صليحة

2- بولبغال نورهان

ملاحظة بيانات هذه الاستمارة سرية لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي

السنة الجامعية: 2020-2021

المحور الأول: البيانات الأولية:

1. الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2. السن: [18 . 28] ☐ [28 . 38] ☐ [أكبر من 38] ☐

3. الحالة العائلية:

أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

. إذا كان الجواب بـ "أعزب" هل ذلك راجع إلى:

إعاقتك ☐ قلة الإمكانيات المادية ☐

4. المستوى التعليمي:

أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

5 . ما درجة إعاقتك؟

إعاقة بسيطة ☐ إعاقة متوسطة ☐ إعاقة شديدة ☐

6 . ماهي أسباب إعاقتك في تقديرك؟

فطري وراثي ☐ حادث عمل ☐

أثناء الإنجاب ☐ حادث سير ☐

إصابة الأم في فترة الحمل ☐ حادث منزلي ☐

7 . هل تم تشخيص إعاقتك في مرحلة مبكرة؟

نعم ☐ لا ☐

.

إذا كان الجواب بـ " لا" لماذا؟

.....

8 . هل لديك بطاقة معاق؟

نعم ☐ لا ☐

9 . هل تتحصل على المنحة؟

نعم ☐ لا ☐

. إذا كان الجواب بـ " نعم ":

أ . هل هي كافية؟

نعم ☐ لا ☐

ب . هل تتحصل عليها بانتظام؟

نعم ☐ لا ☐

10 . هل تحصلت على السكن؟

نعم ☐ لا ☐

. إذا كلن الجواب بـ " لا:

أ . أين تسكن؟

سكن خاص ☐ سكن عائلي ☐

ب . ما نوعه؟

شقة في العمارة ☐ سكن أرضي ☐

ج. إذا كنت تسكن في عمارة ما هو رقم الطابق؟

الطابق الأرضي ☐ الطابق الأول ☐ الطابق الثاني ☐

الطابق الثالث ☐ أكثر من ذلك ☐

د . طبيعة السكن؟

إيجار ☐ ملك خاص ☐ ملك العائلة ☐

11 . هل تستفيدون من خدمات النقل العمومي؟

نعم ☐ لا ☐

أ. إذا كان الجواب بـ " لا" لماذا؟ .....

.....

ب . ماهي الصعوبات التي تعترضك في هذا المجال؟

.....

.....

المحور الثاني: البيانات المتعلقة برعاية المعاق حركيا في الأسرة:

12. ما نوع الأسرة التي تعيش فيها؟

أسرة صغيرة الحجم ☐ أسرة كبيرة الحجم ☐

13. ماهي المشكلات التي تعترضك في الأسرة؟

مشكلات اقتصادية ☐ مشكلات اجتماعية ☐

أخرى حددها؟ .....

14. حدد نوع العلاقة مع أفراد الأسرة؟

الأب	جيدة	☐	عادية	☐	سيئة ☐
الأم	جيدة	☐	عادية	☐	سيئة ☐
الإخوة	جيدة	☐	عادية	☐	سيئة ☐
الأخوات	جيدة	☐	عادية	☐	سيئة ☐
الأعمام	جيدة	☐	عادية	☐	سيئة ☐
الأخوال	جيدة	☐	عادية	☐	سيئة ☐

15. هل تحظى بالمساعدة الكافية في الأسرة؟

نعم ☐ لا ☐

. إذا كان الجواب بـ "نعم"

أ. ممن خاصة؟

الوالدين ☐ الإخوة ☐ آخرين ☐

ب . ما نوع هذه المساعدة؟

مادية ☐ معنوية ☐

ج . هل هذه المساعدة كافية؟

نعم ☐ لا ☐

16. ما مدى أهمية تلبية الأسرة لاحتياجات المعاق حركيا؟

مهمة ☐ مهمة إلى حد ما ☐ غير مهمة ☐

17. ما رأيكم في دعم الأسر للمعاقين حركيا؟

.....

.....

المحور الثالث: البيانات المتعلقة برعاية المعاق حركيا في العمل؟

18. ماهي وضعيتك المهنية؟

عامل دائم ☐ أعمال مؤقتة ☐ عاطل ☐

. إذا كنت تشتغل في عمل دائم:

أ. ما نوع هذا العمل؟

إداري ☐ صناعي ☐ تجاري ☐

أخرى.....

ب . هل هذا العمل مناسب لصحتك الجسدية؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

ج . هل تلقيت تدريب في هذا المجال؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

د. هل يتناسب مع مستواك التعليمي؟

نعم ☐ لا ☐

هـ . هل تحظى بالأجر المناسب؟

نعم ☐ لا ☐

. إذا كنت تشتغل في أعمال مؤقتة:

أ. ما نوع هذا العمل؟

إداري ☐ خدمات ☐ أخرى.....

ب . هل أن هذا العمل يتناسب مع إمكانياتك البدنية؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

ج . هل أن هذا العمل يغطي احتياجاتك المادية؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

. إذا كنت عاطل عن العمل:

أ. ما هو سبب عدم عملك؟

الكفاية المادية ☐ رفض تشغيلك بسبب الإعاقة ☐

العجز بسبب الإعاقة ☐ عدم الرغبة في العمل ☐

ب . ماهي الأطراف التي تساعدكم في تلبية احتياجاتكم؟

الأسرة ☐ المصالح الرسمية للدولة ☐

جمعيات المجتمع المدني ☐

ج . هل أن هذه المساعدة كافية؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

المحور الرابع: البيانات المتعلقة برعاية المعاق حركيا في الجمعيات:

19. هل أنت منخرط في جمعية خاصة بالمعاقين حركيا؟

نعم ☐ لا ☐

. إذا كان الجواب بـ " لا «: لماذا؟ .....

.....

. إذا كان الجواب بـ " نعم:

أ. ماهي مكانتك في الجمعية؟

عضو مسير ☐ منخرط ☐

ب . هل تشارك في أنشطة الجمعية؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

ج . هل تحظى بالمساعدة فيها؟

نعم ☐ لا ☐ إلى حد ما ☐

20. ما طبيعة المساعدة التي تقدمها الجمعية للمعاقين حركيا؟

مادية ☐ تربوية ☐ توجيهية ☐

أخرى ماهي؟ ....

21. ما مدى تلبية الجمعيات لاحتياجات المعاقين حركيا؟

.....

.....

المحور الخامس: البيانات الختامية:

1. ما هي أهم المشكلات التي تصادف المعاقين حركيا في نظركم؟

.....

.....

2. ما هي أكثر التنظيمات التي يحظى فيها المعاق حركيا بالمساعدة؟

الأسرة ☐ العمل ☐ الجمعيات ☐

3. هل أن المعاق حركيا على دراية بحقوقه؟

نعم ☐ لا ☐

. إذا كان الجواب بـ " لا " لماذا؟

.....

.....

4. ما مدى رضاك عن المساعدة الأسر للمعاقين حركيا؟

راض ☐ راض إلى حد ما ☐ غير راض ☐

5 . ما مدى رضاك عن مساعدة تنظيمات العمل للعامل المعاق حركيا؟

راض ☐ راض إلى حد ما ☐ غير راض ☐

6 . ما مدى رضاك عن مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاقين حركيا؟

راض ☐ راض إلى حد ما ☐ غير راض ☐

7. ماذا تقترح لتحقيق رعاية متكاملة للمعاقين حركيا؟

.....

.....

.....

.....

.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة

مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية: قالمة

العدد الإجمالي للأشخاص ذوي الإعاقة الحاملين لبطاقة "الشخص المعوق" الموزعين حسب طبيعة الإعاقة والفئة العمرية والجنس

العدد الإجمالي للأشخاص ذوي الإعاقة بنسبة 100% الحاملين لبطاقة "الشخص المعوق" أكثر من 1/100

	من 0 إلى 3 سنوات		من 3 إلى 5 سنوات		من 5 إلى 18 سنة		من 18 إلى 35 سنة		من 35 إلى 60 سنة		أكثر من 60 سنة		المجموع		المجموع
	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	
إعاقة ذهنية	101	117	287	382	391	408	514	603	435	557	513	701	2241	2768	5009
إعاقة حركية	46	41	197	228	176	310	277	320	267	278	244	333	1207	1510	2717
إعاقة بصرية	14	18	65	71	78	91	74	98	86	80	112	135	429	493	922
إعاقة سمعية	20	26	20	58	62	40	45	49	57	53	68	14	272	240	512
متعدد الإعاقات	10	9	57	59	59	75	80	64	65	53	52	52	323	312	635
المجموع (01)	**191**	**211**	**626**	**798**	**766**	**924**	**990**	**1 134**	**910**	**1 021**	**989**	**1 235**	4 472	5 323	9 795

العدد الإجمالي للأشخاص ذوي الإعاقة بنسبة أقل من 100% الحاملين لبطاقة "الشخص المعوق"

	من 0 إلى 3 سنوات		من 3 إلى 5 سنوات		من 5 إلى 18 سنة		من 18 إلى 35 سنة		من 35 إلى 60 سنة		أكثر من 60 سنة		المجموع		المجموع
	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	
إعاقة ذهنية	36	44	245	234	197	286	344	341	329	333	301	294	1452	1532	2984
إعاقة حركية	62	83	166	246	205	165	263	261	208	245	258	315	1162	1315	2477
إعاقة بصرية	6	6	20	26	78	65	85	89	84	73	85	135	358	386	744
إعاقة سمعية	5	12	22	55	60	35	52	53	31	51	76	39	246	245	491
متعدد الإعاقات	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	4
المجموع (02)	112	144	453	561	540	551	745	738	652	701	720	783	3222	3478	6700
المجموع العام	303	355	1 079	1 359	1 306	1 475	1 735	1 872	1 562	1 722	1 709	2 018	7 694	8 801	16 495

الملخص:

إن هذه الدراسة الموسومة بواقع المعاقين حركيا وسبل رعايتهم اجتماعيا في الجزائر، تهدف إلى التعرف على واقع رعاية المعاق داخل الأسرة وفي العمل، كما تهدف إلى التعرف على مدى مساهمة جمعيات المجتمع المدني في التكفل بالمعاقين حركيا. والتي انطلقنا فيها من التساؤل الرئيسي التالي: ما هو واقع المعاقين حركيا في بلادنا؟، وقد تم التوصل في ذلك إلى أن الأسرة من أكثر التنظيمات التي ترعى المعاقين وتوفر لهم الخدمات بشتى جوانبها، وتسعى لتنمية احتياجاتهم ومتطلباتهم، وتساهم في التخفيف من المشكلات والمضاعفات التي تترتب عن إعاقتهم، وتحقق الصحة النفسية لهم، مما يسهل عملية دمجهم اجتماعيا، بينما يعاني المعاقون من الاندماج في منظومة العمل والتشغيل، وحتى القوانين الصادرة في هذا المجال لا تحترم ناهيك عن شح سوق التشغيل. وكذلك الحال بالنسبة لمساهمة جمعيات وتنظيمات المجتمع المدني في ذلك حيث نجد غياب شبه كلي لهم في هذا المجال وذلك لطبيعة هذه التنظيمات وإمكانياتها وفلسفة نشاطها الذي مزال قاصرا عن تحقيق الهدف الذي أنشأت من أجله. وعليه يجب مد الأسر التي تعاني من وجود معاقين لديها بالإمكانيات والتوجيه المناسب، وتوعية الأطراف ذات العلاقة في الشغل (أرباب العمل ومسؤولين المؤسسات والإدارة) بأهمية إدماج هذه الفئة وتفعيل دور المجتمع المدني في هذا الشأن.

Résumé :

Cette étude, taguée sur la réalité des handicapés physiques et les moyens de leur prise en charge sociale en Algérie, vise à cerner la réalité de la prise en charge des handicapés au sein de la famille et au travail, et vise également à identifier dans quelle mesure la société civile les associations sociétales contribuent à la prise en charge des handicapés physiques. Dans laquelle nous sommes partis de la question principale suivante : Quelle est la réalité des handicapés physiques dans notre pays ? Il a été conclu que la famille est l'une des organisations les plus importantes qui s'occupent des handicapés et leur fournissent des services dans tous ses aspects, cherchent à développer leurs besoins et leurs exigences, et contribuent à atténuer les problèmes et les complications qui en résultent au sujet de leur handicap, et la réalisation de leur santé mentale, ce qui facilite le processus de leur intégration sociale, tandis que les personnes handicapées souffrent d'intégration dans le système de travail et d'emploi , et même les lois édictées dans ce domaine ne sont pas respectées, sans parler de la rareté du marché du travail. Il en va de même de la contribution des associations et organisations de la société civile en la matière, car on constate une absence quasi totale d'entre elles dans ce domaine, en raison de la nature de ces organisations, de leurs capacités et de la philosophie de leurs activités, encore insuffisantes. d'atteindre l'objectif pour

lequel ils ont été établis. En conséquence, les familles handicapées doivent être dotées des capacités et des conseils appropriés, et les parties concernées dans le travail (employeurs, institutions et responsables de l'administration) doivent être sensibilisées à l'importance d'intégrer ce groupe et d'activer le rôle de la société civile à cet égard.

Summary:

This study, which is tagged with the reality of the physically handicapped and the means of their social care in Algeria, aims to identify the reality of caring for the disabled within the family and at work, and also aims to identify the extent to which civil society associations contribute to taking care of the physically disabled. In which we proceeded from the following main question: What is the reality of the physically disabled in our country? It was concluded that the family is one of the most important organizations that care for the disabled and provide them with services in all its aspects, and seek to develop their needs and requirements, and contribute to alleviating the problems and complications that result about their disability, and the achievement of their mental health, which facilitates the process of their social integration, while the disabled suffer from integration into the work and employment system, and even the laws issued in this area are not respected, not to mention the scarcity of the labor market. The same applies to the contribution of civil society associations and organizations in this, as we find an almost total absence of them in this field, due to the nature of these organizations, their capabilities, and the philosophy of their activities, which still fall short of achieving the goal for which they were established. Accordingly, families with disabilities must be provided with the capabilities and appropriate guidance, and the relevant parties in work (employers, institutions and administration officials) should be made aware of the importance of integrating this group and activating the role of civil society in this regard.