



وزارة الصحة

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس



جامعة القدس

تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في مخيمات اللاجئين - قطاع
غزة

حسين حسين أبو منصور

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1427هـ / 2007م

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في مخيمات اللاجئين - قطاع
غزة

حسين حسين أبو منصور

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1427هـ / 2007م

تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في مخيمات اللاجئين - قطاع
غزة

إعداد

حسين حسين عبد الفتاح أبو منصور

فلسطين - جامعة بيرزيت - بكالوريوس علم الأحياء

المشرف الرئيس: الأستاذ الدكتور / عبد العزيز موسى ثابت

أستاذ مساعد الطب النفسي - جامعة القدس-غزة

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة العامة
من كلية الصحة العامة-غزة جامعة القدس

1427هـ / 2007م

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
الصحة العامّة - غزة

تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في مخيمات اللاجئين - قطاع غزة

اسم الطالب: حسين حسين عبدالفتاح أبو منصور

الرقم الجامعي : 20312184

المشرف : الأستاذ الدكتور/ عبد العزيز موسى ثابت

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ : 2007/01/14م من لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتوافقهم :

1. د. عبد العزيز ثابت رئيس لجنة المناقشة التوقيع
2. د. يحيى عابد ممتحناً داخلياً التوقيع
3. د. أحمد أبوظواحينة ممتحناً خارجياً التوقيع

جامعة القدس - القدس

1427هـ / 2007م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ }

صدق الله العظيم

سورة المجادلة

الآية " 11 "

إهداء

أهدي ثمرة هذا البحث إلى:

- كل عقل مستتير.
- كل مخلص لدينه ووطنه.
- إلى رُوح والدي رحمه الله.
- إلى والدي وعمي وإخوتي جميعاً.
- إلى زوجتي تقديراً وإخلاصاً.
- إلى أبنائي محبةً وتضحية.
- إلى زملائي الأعزاء في مراكز التأهيل.
- وإلى أبنائي وإخواني الأعزاء الأشخاص المعاقين.
- أهدي لهم جميعاً نجاح هذا الجهد.

حسين أبو منصور

قائمة الاختصارات

CBR	Community Based Rehabilitation
ILO	International Labour Organization
NGOs	Non Governmental Organizations
PIP	Peace Implantation Programme
SPSS	Statistical Package for Social Science
UNRWA	United Nations for Relief and Works Agency
UNESCO	United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization

البيان (Declaration)

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد, وإن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أية درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع:

حسين حسين أبو منصور

التاريخ: 2007م

شكر و عرفان

الحمد لله رب العالمين الذي أكرمني وأعانني باخراج هذه الدراسة, وأتقدم بالشكر والعرفان إلى كل أولئك الذين لولاهم لما كان لي شرف هذا الإنجاز.

أنتقدم بالشكر إلى إدارة جامعة القدس, وطاقم عملها في كلية الصحة العامة بغزة, وأخص بالذكر الأخ د. عبد العزيز ثابت الذي أشرف على هذه الدراسة, كما أتقدم بالشكر إلى رؤساء ومدراء مراكز التأهيل المبني على المجتمع المحلي في مخيمات اللاجئين بقطاع غزة وأخص بالذكر الأخوة: درويش أبوشرخ, محمد الجخبير, خالد أبوشعيب, عادل أبوحشيش, رياض صيدم, نبيل أبوعلي, أيمن عياش, رائد المغاري, وائل فتيحه, سها أبوسلوم, ومشرفي برامجها الذين كان لهم فضل في الحصول على معلومات الدراسة, وإلى أبنائي من الأشخاص المعاقين وأولياء أمورهم الذين تكرموا بالموافقة على المشاركة في الدراسة, وإلى إدارة مركز جباليا للتأهيل ممثله في رئيس مجلس الإدارة أ. فتحي محمد نصر الذين قدموا لي كافة التسهيلات والامكانيات لاستكمال مسيرة الدراسة منذ بدايتها, وإلى زملائي الموظفين والموظفات في المركز, وأخص بالذكر: محمد حمدان, أكرم عيد, إياد حماد, سهير لبد, فريدة نتيل, ناريمان دياب, ولا يفوتتني أن أشكر الأخوة أعضاء لجنة التحكيم وأخص بالذكر أ. حسن حسين مدير برنامج المعاقين بوكالة الغوث الدولية بغزة الذي لم يدخر جهداً في الوقوف لجانبي خلا فترة الدراسة, والشكر موصول للأخوين خليل مقداد وعماد الكلوت لمساعدتهما في المعالجات الاحصائية, وشكر خاص للأخوين د. صادق أبوسليمان وراسم الملفوح لمساعدتهما في الإخراج النهائي للدراسة, وإلى من نسيت أن أذكر اسمه فهو أعز إلى نفسي. وأخيراً لا أنسى أسرتي الغالية وخاصة زوجتي بصبرها ودعمها لي... إلى هؤلاء جميعاً أتقدم بالشكر والعرفان

حسين أبو منصور

ملخص الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات قطاع غزة، كما هدفت أيضاً إلى التعرف على مستوى خدمات التأهيل المبني على المجتمع، والمشكلات التي تواجهها في تقييم خدماتها المقدمة للأشخاص المعاقين، وتشخيص نقاط القوة والضعف في برامجها، ومجالات التدخل لتحسينها، وتوفير البيانات التي من شأنها مساعدة أصحاب القرار في التخطيط لتطوير خدمات التأهيل. اشتملت عينة الدراسة على 305 من الأشخاص المعاقين المستفيدين من خدمات برامج التأهيل في مخيمات قطاع غزة (151 ذكور، 154 إناث)، تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة، كما شملت العينة على 151 موظفاً وموظفة يشكلون في مجموعهم مقدمي خدمات التأهيل في مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة (47 ذكورا، 104 إناث) في مختلف الفئات العمرية والمستوى التعليمي.

أظهرت النتائج أن مستوى خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين تتمتع بدرجة كبيرة من الفاعلية، إذ أن 60.4% من مقدمي الخدمات يحملون مؤهلاً جامعياً فأعلى، 57.6% منهم لديهم خبرات عملية في مجال التأهيل لمدة تزيد على الأربع سنوات، 82.8% من الموظفين أعمارهم تقل عن 39 سنة. في حين أن 84% من المستفيدين من خدمات برامج التأهيل مستوى تعليمهم إحصائياً أقل، 81.6% منهم معدل دخلهم الشهري يقل عن الـ 1500 شيكل، 75.5% غير متزوجين، في حين 31.1% من مقدمي الخدمات هم من الذكور، و68.9% هن من الإناث. لم تجد النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية لدى المستفيدين تبعاً للجنس، ولمستوى الدخل، في حين كان للنتائج فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمستوى التعليم، للفئات العمرية، وللحالة الاجتماعية (متزوجين وغير متزوجين). كذلك لم تجد النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية تبعاً للجنس لدى مقدمي الخدمات، في حين كان للنتائج فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمستوى التعليم، للفئات العمرية، ولعدد سنوات الخبرة لدى مقدمي الخدمات.

أوصى الباحث بتشجيع الدراسات التخصصية للموظفين، والاهتمام بالتعليم المستمر والتدريب على أساس تحديد الاحتياجات، واستقدام خبراء خارجيين، وتوفير الأجهزة والمعدات الحديثة للعمل، وتعزيز التعاون والتنسيق مع المؤسسات الدولية والحكومية والأهلية. كما يوصي بدعم احتياجات المستفيدين خاصة في رسوم الخدمات المقدمة، والالتقاء مع المستفيدين ودعم تشكيل لجان ضاغطة لحقوقهم، أخذ قرارات حاسمة فيما يتعلق بآلية تطبيق قانون حقوق الأشخاص المعاقين ومتابعة التنفيذ والمسائلة، إجراء دراسات تقييمية لخدمات التأهيل وأثرها على الأشخاص المعاقين واحتياجاتهم.

ABSTRACT

The present study aims to evaluate the Community Based Rehabilitation (CBR) programs in the Gaza Strip Camps. It also aims identify the level of CBR services, recognize the problems faced by the CBR in the provision of its services to the disabled, highlight the strength and weakness points in its programs, provide necessary data which will help the decision makers to plan for developing the rehabilitation services.

The study population was composed of 305 disabled individuals who benefit of the services of the rehabilitation programs in the Gaza Strip camps (151 males, 154 female). The population was selected through the random simple sample. The population also included 151 male/female employees whom are the rehabilitation services providers in the CBR centres in the Gaza Strip refugee camps (47 male, 104 female) with various age and education levels.

The study findings suggested that the level of the rehabilitation services is very effective and more than 60% of service providers have a university degree or higher while 57.6% have practical experience in the rehabilitation field for more than 4 years. The study results showed that 82.8% of the services providers' age are less than 39 years. On the other hand, 84% of the beneficiaries of the rehabilitation services have preparatory education or less, 81.6% have monthly income less that 1500 NIS, 75.5% unmarried, 31.1% of the service providers are males and 68.9% are females. No significant statistical differences were found between the study population according to gender and income level. However, significant statistical differences were found in relation with education level, age categories and marital status. On the one hand, no significant statistical differences were found according the gender of rehabilitation service providers. On the other hand, significant statistical differences were found in relation with education level, age categories and years of experience among service providers.

Recommendations: to encourage the service providers to conduct specialized studies, to urge continuing education and training based on need assessment, to introduce external experts, to equip the centres with modern equipment, to enhance the cooperation & coordination with international, governmental & non-governmental organizations. Moreover, to support the beneficiaries' needs, specially, services' fees, meeting the beneficiaries & to support forming rights pressure committees. In addition, to make a brave decision concerning the process of implementation of disabled individuals' rights law & follow up of the implementation. Also, to conduct evaluative studies of the rehabilitative services in Palestine & their impact on the disabled persons & their needs.

الفصل الأول

المقدمة

1.1 خلفية البحث

ظهر في الربع الأخير من القرن العشرين اهتمام متزايد بالخدمات التي تقدم للأشخاص المعاقين في معظم بلدان العالم ولاسيما المتقدمة منها، وذلك اثر التزايد المتصاعد لاعداد الأشخاص المعاقين. فبحسب منظمة الصحة العالمية، تقدر نسبة الأشخاص المعاقين عالمياً بحوالي 4-7% من تعداد سكان العالم، الغالبية العظمى منهم يعيشون في دول العالم الثالث، ومع ذلك فإن المستفيدين من خدمات التأهيل المقدمة داخل مؤسسات التأهيل في هذه الدول لا يزيد على 2% من تعداد كافة الأشخاص المعاقين. وقد نادى إعلان المآآآ في العام 1978م، بالحق في تلقي خدمات الرعاية الصحية الأولية لكافة السكان (ورشة عمل، 1995)، ومن هنا فقد تولدت فكرة التأهيل المبني على المجتمع المحلي، خاصة مع العلم بأن تعداد الأشخاص الذين لديهم إعاقات متوسطة أو شديدة يزيد عن 600 مليون شخص معاق معظمهم في الدول النامية.

تقوم فلسفة التأهيل المجتمعي على مبدأ تحسين نمط الحياة للأشخاص المعاقين، وتدعيم إمكانيات دمجهم في المجتمع المحلي، وتجنبيهم مواقف العزل، وتبصيرهم بقدراتهم وإمكانيات استثمارها لتحقيق التكيف والدمج في المجتمع (داوود، 1999)، ومن هنا فإن خدمات التأهيل المبني على المجتمع بدأت تعمل على تحسين أوضاع الأشخاص المعاقين على مستوى دول العالم.

إن فكرة التأهيل المبني على المجتمع تقوم على أن الأشخاص المعاقين لهم الحق في حياة جيدة، حتى ولو كانوا بطيئي التعلم أو لديهم صعوبات في السمع والرؤية، أو صعوبات في الحركة، سواء كانوا رجالاً أو

نساء، أولاداً أو بناتٍ فليس من حق أحد أن يتعامل معهم بدونية أو إساءة لكونهم أشخاص معاقين، ويجب أن يتم تأهيل المرافق العامة لهم كالبيوت والمحلات التجارية والمدارس والمستشفيات جميعها يجب أن تُبنى فيها تسهيلات لاستخدامها من قبل الأشخاص المعاقين، فالتأهيل المبني على المجتمع هو مجموعة من الأفكار يتفق عليها غالبية الأشخاص مع الفكرة الأساسية فيها، وهي حق الأشخاص المعاقين في حياة أفضل ولكن هؤلاء الأشخاص لديهم أفكار مختلفة حول كيفية تطبيق ذلك (World Council of Churches, 2001).

2.1 مشكلة الدراسة:

بدأت خدمات التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة في العام 1991، من خلال مراكز التأهيل المجتمعي الممثلة في لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة (جمعية جباليا للتأهيل, 2004). في حدود معرفة الباحث فمنذ بدأت لجنة التنسيق خدماتها وحتى يومنا لم يتم العمل على تقييم هذه التجربة من أي جهة سواء كانت المراكز مقدمة الخدمات، أو وكالة الغوث الدولية راعية وصاحبة فكرة إنشاء هذه المراكز في مخيمات اللاجئين، كما لم يتم الكتابة والنشر حول التجربة. وكذلك لم يجد الباحث أحداً قام بتناول التجربة في أي دراسة متخصصة أو بحث حولها. مما سبق ومن خلال خبرة الباحث في هذا المجال حيث يعمل مديراً عاماً لأحد مراكز التأهيل المجتمعي في مخيم جباليا، كما عمل أيضاً مديراً لمشاريع لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة. وذلك منذ العام 1994، ومع استمرار العلاقة المباشرة مع باقي المراكز في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة، فقد شعر الباحث أنه من الضروري القيام بهذه الدراسة، لتقييم خدمات التأهيل المبني على المجتمع المقدمة في

مراكز التأهيل المجتمعي التابع للجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة، ولكون هذه المناطق مناطق مهمشة، وأكثر المناطق فقراً في قطاع غزة، كما أن عدد المعاقين فيها عالٍ. وقد قام الباحث بإجراء مقابلة مع مدير برنامج المعاقين بوكالة الغوث الدولية _ بغزة وهي الجهة الراعية لهذه المراكز وصاحبة فكرة إنشائها في المخيمات، فقد أوضح بأن تجربة مراكز التأهيل المجتمعي التي بدأت في مخيم جباليا ثم انتقلت إلى غالبية مخيمات اللاجئين في قطاع غزة، هي تجربة تحتاج إلى دراسة وبحث، بحيث يتم من خلالها تقييم هذه التجربة لمساعدة مسؤولي المراكز في التعرف على واقع خدماتها المقدمة، وأخذ قرارات مستقبلية تتعلق بالخدمات والمراكز.

3.1 مبررات البحث

تكمن أهمية ومبررات هذا البحث فيما يلي:

1. تفيد في إلقاء الضوء على برامج التأهيل المجتمعي التابعة للجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.
2. قد تساعد الدراسة في تحديد أسباب عدم وجود تقييم لخدمات التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.
3. قد تفيد هذه الدراسة في تقييم برامج التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.
4. تتيح الفرصة أمام المسؤولين والعاملين في برامج التأهيل المجتمعي للاستفادة من الدراسة.
5. يمكن أن تتيح الدراسة الفرصة للمسؤولين في وكالة الغوث الدولية بغزة لتطوير دعمها لهذه البرامج.
6. يمكن أن تفتح الدراسة المجال أمام المزيد من الدراسات الأخرى في هذا المجال.

7. توفير المعلومات التي من شأنها مساعدة أصحاب القرار في التخطيط لتطوير برامج التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.

4.1 أهداف الدراسة

الهدف الرئيسي:

التعرف على مستوى خدمات التأهيل المبني علىالمجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.

الأهداف الفرعية:

1. الكشف عن الفروق في خدمات المؤسسات العاملة في مجال التأهيل المبني علىالمجتمع في

مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.

2. التعرف على المشكلات التي تواجه مؤسسات التأهيل المبني على المجتمع في تقييم خدماتها

المقدمة في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.

3. التعرف على نقاط القوة والضعف في برامج التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين

في قطاع غزة.

4. تحديد مجال التدخل لتحسين خدمات التأهيل المبني علىالمجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع

غزة.

5. التعرف على وجه نظر العاملين والمستفيدين في برامج التأهيل المبني على المجتمع في الخدمات

المقدمة للأشخاص المعاقين في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.

6. توفير اقتراحات في مجال تقييم التأهيل المبني على المجتمع، والتي من شأنها مساعدة أصحاب

القرار في التخطيط لتطوير برامج التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع

غزة.

5.1 أسئلة الدراسة

تحدد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

- ما هي نتائج تقييم خدمات التأهيل المبني على المجتمع المقدمة في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة للجنة التنسيق لمركز التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة، على المستفيدي ن، من وجه نظر المستفيدين، والعاملين في البرامج؟ وتنتزع من السؤال الرئيسي الأسئلة التالية:

1. ما هو مستوى خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة في برامج التأهيل على المستفيدين من الخدمات؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة لهم؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤهلات العاملين على تقديم خدمات التأهيل المجتمعي في

برامج التأهيل المجتمعي؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى تعليم المستفيدين من خدمات التأهيل المجتمعي في

برامج التأهيل؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى الاقتصادي للمستفيدين من خدمات التأهيل المجتمعي في برامج التأهيل؟

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية للمستفيدين من خدمات التأهيل في برامج التأهيل؟

7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين وغير المتزوجين للمستفيدين من خدمات التأهيل في برامج التأهيل؟

6.1 فرضيات الدراسة

بناء على مشكلة الدراسة وأهدافها، وإطلاع الباحث على الدراسات السابقة التي استطاع الحصول عليها فإنه يكون قد استطاع تحديد فرضيات الدراسة كما يلي:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب مستوى المؤهل العلمي للعاملين، على نتائج خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب خبرة (عدد سنوات الخبرة) للعاملين، على نتائج خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب المستوى الاقتصادي للمستفيدين, على نتائج خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين.

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب الفئات العمرية للمستفيدين, على نتائج خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب الحالة الاجتماعية (المتزوجين وغير المتزوجين), للمستفيدين على نتائج خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين.

7.1 مصطلحات الدراسة

1. **التقييم Evaluation**: هو طريقة منظمة للتعلم من الخبرة, وتوظيف للدروس المستفادة لتحسين الأنشطة الجارية, وتعزيز أفضل للتخطيط من خلال اختيار بدائل الأنشطة المستقبلية بعناية (WHO, 1981), كما عُرف التقييم بأنه جمع منظم, وتحليل, وتفسير للمعلومات حول أنشطة ومخرجات برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي, من أجل الأشخاص المعنيين, لتمكينهم من اصدار أحكام على أنشطة البرامج, وكيف يمكن تحسينها (Krefting, 1994).

2. **البرامج Programs**: هي مجموعة الخطط والإجراءات التي يقوم على إدارتها أفراد أو جماعات ليسوا بالضرورة على اتصال مباشر مع الخدمات المباشرة التي تقدم للمعاقين, من أجل تأهيلهم, بل ينصب اهتمامهم على تخطيط وتنظيم الخدمات المقدمة للمعاقين, وتختلف برامج تأهيل المعاقين من حيث الحجم

والتنظيم والأهداف, وتكون تحت إشراف جماعات تطوعية أو مؤسسات أو جمعيات خيرية (الزعبوط, 2000).

3. التأهيل المبني على المجتمع المحلي Community Based Rehabilitation: هو استراتيجية في التنمية المجتمعية العامة, المبنية على تكافؤ الفرص والاندماج الاجتماعي لكافة الأطفال والكبار المعاقين. والتأهيل المبني على المجتمع المحلي يتم تطبيقه من خلال تضافر الجهود للأشخاص المعاقين أنفسهم وأسرهم, وباقي أفراد المجتمع, في مجال الصحة, والتعليم, والتدريب, والخدمات الاجتماعية (ILO et al, 2004).

كما عرف التأهيل المبني على المجتمع المحلي على أنه استراتيجية في إطار تنمية المجتمع التي تهدف إلى تأهيل الأشخاص المعاقين وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص أمامهم, وإدماجهم الاجتماعي في كنف مجتمعاتهم المحلية (عقد الأشخاص المعاقين, 1993-2002).

4. التأهيل Rehabilitation: هو مساعدة الأفراد ذوي الإعاقة على استعادة قدراتهم المفقودة, أو جزء منها, بسبب الإصابة, سواء باستخدام الأدوات المساعدة أو بدونها, للوصول بهم إلى أكبر قدر ممكن من الاستقلالية والاعتماد على الذات, في القيام بأنشطة الحياة اليومية المختلفة (بدوي, 1986).

كما تم تعريف التأهيل على أنه أقصى استفادة ممكنة للفرد في جميع مجالات الحياة, بحيث تتجمع فيه خدمات عديدة تقدم للشخص المعوق, لتشمل الخدمات الصحية والتعليمية والرعاية الاجتماعية والتدريب المهني والتوظيفي, وكل ما يساعد المعوق على التفوق الاجتماعي أو إعادة التوافق (الميلادي وآخرون, 1990).

5. **المجتمع المحلي Local Community**: المنطقة الجغرافية والسكانية المحدودة في بيئة معينة، ويقطنها مجموعة أو مجموعات من السكان تتقارب ثقافتهم وعاداتهم الاجتماعية والنمط العام لمعيشتهم ولمستوياتهم الاقتصادية (جامعة القدس المفتوحة، 1998).

6. **اللاجئ الفلسطيني Palestinian Refugee**: تُعرف وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، اللاجئ الفلسطيني بأنه أي فرد كان مكان إقامته في فلسطين خلال الفترة من 1 حزيران 1946 ولغاية 15 أيار 1948، وتعرض لفقدان بيته ومصادر معيشته نتيجة للنزاع الذي اندلع في 1948 (سالم، 2005). أما الميثاق الوطني الفلسطيني، فقد عرف الفلسطينيين في مادته الخامسة، بأنهم المواطنون العرب الذين كانوا يقيمون إقامة عادية في فلسطين حتى العام 1947، سواء من خرج منها أو من بقى فيها، وكل من ولد لأب عربي فلسطيني بعد هذا التاريخ داخل فلسطين أو خارجها هو فلسطيني (المرجع السابق).

8.1 حدود الدراسة

سوف تقتصر هذه الدراسة على عينة من الأشخاص المعاقين المستفيدين من برامج التأهيل المبني على المجتمع، ومقدمي الخدمات في مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة، والمنبثقة عن وكالة الغوث الدولية بغزة في الفترة من يناير حتى مارس 2006.

9.1 خصائص المجتمع الفلسطيني

حيث إن هذه الدراسة تعنى بتقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة، وذلك من خلال مراكز التأهيل المنبثقة عن وكالة الغوث الدولية بغزة، والأعضاء في لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة، فإن من المهم التعرف على وكالة الغوث الدولية

ودورها وخدماتها المقدمة للاجئين الفلسطينيين في القطاع, وكذلك لجنة التنسيق ومراكز التأهيل الأعضاء فيها, وبعد ذلك التطرق للوضع الجغرافي والديمقراطي في مخيمات قطاع غزة:

وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين: تأسست الوكالة بتاريخ 12\8\1949 بقرار من الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 302, الذي حدد للوكالة مهام تشمل:

الاستجابة للاحتياجات الأساسية للاجئين الفلسطينيين, وتسهيل عملية اندماج اللاجئين في الدول المعنية التي تشملها مناطق عمل الوكالة الخمس وهي: الأردن, لبنان, سوريا, الضفة الغربية, وقطاع غزة, وتوفير ظروف مستديمة للسلام والاستقرار في الشرق الأوسط, وطالبت الجمعية العامة الوكالة حسب قرار 302 (بند 4) الصادر في 12\8\1949 بـ "العمل بالتعاون مع السلطات المحلية لتقديم برامج للإغاثة المباشرة والتشغيل للاجئين", بالإضافة إلى "التشاور مع حكومات الشرق الأدنى المعنية بالإجراءات التي ينبغي

اتخاذها حينما ينتهي أمد المساعدات الدولية في برامج الإغاثة والتشغيل", وقد سعت الوكالة لدمج وتوطين اللاجئين بصورة جماعية في أوائل الخمسينيات, إذ قدمت مشروعاً لإزالة المخيمات العام 1951, ومشاريع أخرى للتوطين قبل ذلك وبعده, ولكن سعيها هذا انتهى إلى الفشل بسبب رفض اللاجئين لمشاريع التوطين, وبالتالي انتقلت الوكالة إلى برامج التعليم والتدريب المهني التي لقيت ترحيباً من قبل اللاجئين. وتقوم وكالة الغوث بتشغيل 25.307 من الموظفين والموظفات معظمهم من أبناء اللاجئين, وتقوم بتقديم خدمات إلى

4.2 مليون من اللاجئين المسجلين في مجالات التعليم والتدريب المهني والرعاية الصحية والإغاثة والشؤون الاجتماعية, وتعاني وكالة الغوث من قصر مدة تفويضها من الجمعية العامة للأمم المتحدة, حيث يتراوح هذا التفويض بين 3 إلى 5 سنوات فقط, وتقوم الجمعية العامة بالتجديد التلقائي لعمل وكالة الغوث وذلك بعد مشاورات روتينية, وكذلك تعاني وكالة الغوث من عدم وضوح موازنتها, وذلك لارتباطها

بالاستعدادات الذاتية لكل دولة في مجال التمويل, وبهذا فإن موازنة الوكالة لا تتناسب مع زيادة عدد

اللاجئين بـ 3.5% سنوياً، فيما لا تصل الزيادة في موازنة الوكالة إلى 5% وهي النسبة المطلوبة للحفاظ على مستوى الخدمات نفسها التي تقدمها الوكالة، وكذلك مشكلة إمكانية وقف عمل الوكالة في لحظة ترتبط بوقف المساعدات الدولية لها، وقد لجأت الوكالة إلى تقليص خدماتها التعليمية والصحية، وكذلك لحالات العسر الشديد في ضوء العجز في موازنتها. كما دخلت الوكالة في مشاريع مشتركة مع السلطة الفلسطينية، والأردن، وسوريا، من أجل تحسين البنى التحتية والاجتماعية في المخيمات، كمحاولة أخرى لمعالجة العجز في إمكانياتها المالية. وبالارتباط مع العملية السياسية بداية من أوسلو العام 1993. بدأت الوكالة بإعداد خطة للتسليم التدريجي لخدماتها للسلطة الوطنية الفلسطينية، وفي هذا الإطار، نقلت مقر رئاسة الوكالة من فينا إلى غزة في تموز 1996، وشكلت لجاناً مشتركة للصحة والتعليم مع السلطة الوطنية الفلسطينية، كما بادرت إلى تنفيذ برنامج تطبيق السلام "PIP"، وهو عبارة عن جملة من المشاريع ذات الطابع التنموي، حيث تتضمن خلق فرص العمل، وتحسين المرافق العامة في المخيمات، وذلك في إطار توفير البنى التحتية الملائمة للاحتياجات التي تقدمها السلطة الفلسطينية لصالح السكان. وفي الوقت نفسه اتخذت الوكالة إجراءات داخلية استعداداً لإنهاء خدماتها من خلال حصر توظيف العاملين الجدد عبر عقود عمل قصيرة المدى، وتقدير تكاليف إنهاء خدمات جميع العاملين في الوكالة. ثم تراجعت الوكالة عن هذه الخطوات لاحقاً بسبب عدم تقدم العملية السلمية، ويطالب اللاجئون باستمرار عمل الوكالة حتى إنجاز تطبيق القرار 194 تطبيقاً كاملاً، وليس إنهاءها مع إقامة الدولة الفلسطينية، أو مع التوصل إلى حل سياسي كما يُطرح أحياناً (سالم، 2005).

مخيمات قطاع غزة: يقع قطاع غزة على الجزء الجنوبي من الساحل الشرقي للبحر الأبيض المتوسط، وهو قطعة مستطيلة الشكل تمتد من الشمال إلى الجنوب بطول 45 كم، ومن الشرق إلى الغرب بمسافة تتراوح ما بين 6-12 كم، وبمساحة إجمالية 365 كم². يحده من الغرب البحر المتوسط ومن الشمال

والشرق أرض فلسطينية محتلة ومن الجنوب جمهورية مصر العربية. سطح قطاع غزة مستوٍ بشكل عام، إذ يتراوح ارتفاعه ما بين 20-40 متراً فوق سطح البحر، ويرتفع أكثر من ذلك في بعض المواقع ليصل إلى 85 متراً شرق مدينة غزة، و 70 متراً شرق مدينة بيت حانون، شمال مدينة غزة. بلغ عدد سكان القطاع في منتصف عام 2005 (1,390) مليون نسمة، منهم 704 آلاف ذكور و 686 ألف إناث. هذا وبلغت نسبة السكان الحضر في القطاع 63,7% من مجمل السكان، بينما بلغت نسبة المقيمين في الريف 5,1%، في حين بلغت النسبة في المخيمات 31,2%، ويقدر عدد سكان محافظة غزة 487 ألف فلسطيني، وتعتبر من أكبر محافظات القطاع، وتبلغ نسبة الأفراد دون سن الخامسة عشرة، أي من 0-14 عاماً حوالي 49,1% من مجمل السكان، و 48.3% في الفئة العمرية من 15-64 عاماً، بينما كانت 2,6 للفئة من 65 عاماً فما فوق، وبلغ متوسط كثافة السكن في قطاع غزة، في العام 2004 (1,9) لكل متر مربع، في حين بلغ متوسط عدد الغرف في المسكن 3,5، وحسب نتائج مسح ظروف السكن 2003، فإن نسبة الأسر التي في حاجة إلى وحدات سكنية خلال العشر السنوات القادمة، بلغت 91,1%، في حين بلغت نسبة الأسر التي لا تستطيع بناء وحدات سكنية خلال العشر السنوات القادمة 70,1%، وهناك خمس محافظات في قطاع غزة، هي محافظة شمال غزة وفيها مخيم جباليا، ويبلغ عدد سكانها (281,727) نسمة، محافظة غزة وفيها مخيم الشاطئ، حيث يقع غرب غزة، ويبلغ عدد سكانها (481,727) نسمة، ومحافظة وسط غزة الواقعة وسط قطاع غزة، حيث يبلغ عدد سكانها (213,057) نسمة، ويتوزع حولها أربع مخيمات، هي مخيم دير البلح، ومخيم النصيرات، ومخيم البريج، ومخيم المغازي، بالإضافة إلى محافظتي خانينوس ورفح الواقعتين جنوب القطاع، ويبلغ عدد سكان محافظة خانينوس (285,613) فلسطيني، حسب إحصائيات منتصف عام 2005، في حين يبلغ عدد سكان محافظة رفح (175,054) فلسطيني (المركز الصحافي الدولي، 2005).

مخيم جباليا:

يقع مخيم جباليا شمال مدينة غزة بجوار قرية تحمل الاسم نفسه. وأنشئ المخيم عقب الحرب العربية الإسرائيلية عام 1948. يتبع المخيم لحوالي 35,000 لاجئ فروا من قرى جنوبي فلسطين. وقد تم إمداد اللاجئين بالمخيم أولاً، ثم وفرت الأونروا لاحقاً مساكن إسمنتية بأسقف الكرميد. يغطي المخيم مساحة 1.4 كيلو متر مربع، وتتلاصق المساكن التي تتألف عادة من غرفتين صغيرتين أو ثلاثة ومطبخ وحمام ضيقين على مساحة لا تزيد عن 40 متر مربع. وتمتد بين المساكن الشوارع والطرق الضيقة التي لا يزيد عرض البعض منها عن متر واحد. ويفتقر المخيم إلى البنية التحتية الأساسية، ويجمع عمال النظافة بالأونروا النفايات الصلبة فيه، وتوفر المياه البلدية المحلية أو الأونروا وآبار المياه الخاصة.

اندلعت الانتفاضة الفلسطينية الأولى في مخيم جباليا في الثامن من ديسمبر/كانون أول 1987.

قبل اغلاق قطاع غزة في سبتمبر/أيلول 2000، عمل معظم اللاجئين كعمالة زراعية في فلسطين المحتلة أو محلياً في المزارع القريبة في بيت لاهيا، ويمتلك البعض محلات صغيرة في المخيم ويعمل القليل منهم في مشاريع صغيرة، ويبلغ إجمالي عدد اللاجئين المسجلين: 106,691 لاجئاً، تدير الأونروا 25 مدرسة؛ (18 مدرسة ابتدائية و7 مدارس إعدادية) ينتظم فيها 29,231 طالباً (عام 2004/2005)، وتعمل جميع المدارس على نظام الفترتين، كما يوفر المركز الصحي بالوكالة الرعاية الصحية الأولية، ويديره 75 عامل صحة موزعين على فترتي الصباح والمساء. وهناك 30,120 زيارة مريض في المتوسط شهرياً، وأنهت الأونروا العمل في مركز برنامج المرأة الجديد في نوفمبر/تشرين ثا ن 1995، ومنذئذ يشارك حوالي 8,000 امرأة وطفل في الأنشطة كل عام، وتقدم الوكالة دعماً مالياً وإدارياً لمركز أنشطة شبابية يوفر البرامج الرياضية والاجتماعية والثقافية، وأنشئ مركز تأهيل مجتمعي عام 1991 في مركز تغذية قديم تابع للوكالة، وأعيد بناء المركز عام 1997 بمساعدة من الأونروا وأموال من الحكومة اليابانية، ويقدم المركز

الخدمات إلى 83 لاجئ معاق ولديه برنامج خارجي ومركز سمعي , هناك 3,568 أسرة تتألف من 16,914 فرداً مسجلاً كحالات عسر شديد مستحقة لمساعدات الإغاثة بالوكالة, وقد وصل تعداد السكان في المخيم إلى 106,691 نسمة في مارس 2006 (UNRWA 2006).

مخيم الشاطئ:

يقع مخيم الشاطئ بجوار البحر الأبيض المتوسط شمال مدينة غزة , وأنشئ المخيم على مساحة (747 دونم أقل من كيلو متر مربع) عقب الحرب العربية الإسرائيلية عام 1948 ليطبع لـ 23,000 لاجئ من اللد, يافا, وبئر السبع والسهل الساحلي الجنوبي لفلسطين , عاش اللاجئون أولاً في خيام وتلقوا مساعدات من منظمات إغاثة مثل اللجنة الدولية للصليب الأحمر. ثم وفرت الأونروا لاحقاً مساكن طينية محل الخيام في أوائل الخمسينيات, ثم وفرت مساكن إسمنتية بأسقف الكرميد في الستينيات, ويتم اليوم تشييد مساكن أسمنتية, يتألف بعضها من طابقين أو ثلاثة. في 1971, دمرت السلطات الإسرائيلية أكثر من 2,000 مسكن لتوسيع الطرقات لأسباب أمنية, واضطر 8,000 لاجئ لمغادرة المخيم إلى مشروع الإسكان القريب في الشيخ رضوان.

قبل إغلاق قطاع غزة في سبتمبر 2000, عمل معظم اللاجئين كعمال في إسرائيل أو في الزراعة المحلية, ويعمل بعض اللاجئين في ورش صغيرة ومصانع خياطة, أو يمتلكون محلات صغيرة في سوق المخيم; بينما يعمل الآخرون في مدينة غزة نفسها , وهناك عدد لا بأس به من الأسر تعيش على صيد الأسماك, وتحسن الوضع البيئي بدرجة كبيرة في السنوات الأخيرة عندما استكملت الأونروا مشروع الصرف الصحي الجديد, وتم تعبيد جميع الطرق, وإقامة بعض قنوات تصريف مياه الأمطار , وتلقى هذه المشروعات الدعم من حكومات اليابان والمملكة المتحدة وإيطاليا , ويقوم على صيانة مشروع الصرف الصحي وجمع المخلفات الصلبة عمال الأونروا, وبلدية غزة في جانب آخر من المخيم. توفر بلدية غزة المياه اللازمة للإستعمال, ويدفع اللاجئون نفس الرسوم مثل سكان المدينة. يبلغ إجمال اللاجئين المسجلين

78,768 لاجئ، تدير الأونروا 23 مدرسة (17 مدرسة ابتدائية و 6 مدارس إعدادية) ينتظم فيها 20504 طالباً (عام 2005/2004)، تعمل عشر مدارس فقط بنظام الفترة الواحدة، أنشئ المركز الصحي الجديد عام 1994 ويعمل فيه 28 عامل صحة موزعون بالفترة الصباحية، وهناك 11850 زيارة مريض في المتوسط شهرياً، ويتلقى اللاجئون أيضاً خدمات الرعاية الصحية في مركز الرمال الصحي التابع للوكالة في مدينة غزة، الذي يعمل فيه 76 عامل رعاية صحية، وهناك 26,650 زيارة مريض في المتوسط شهرياً، أعيد تأهيل مركز برامج المرأة عام 1994، ويقدم المركز الخدمات وأنشطة لأكثر من 7,000 امرأة وطفل سنوياً. هناك مركز أنشطة شبابية يوفر البرامج الرياضية والاجتماعية والثقافية أنشئ عام 1964، افتتح مركز تأهيل مجتمعي جديد في نيسان/أبريل عام 1997 بأموال من الحكومة اليابانية، ويقدم المركز الخدمات إلى 74 لاجئاً معاقاً، هناك 2,453 أسرة تتألف من 12,001 فرد مسجلة حالات عسر شديد مستحقة لمساعدات الإغاثة بالوكالة وقد وصل تعداد السكان في المخيم إلى 79,853 نسمة في مارس 2006 (UNRWA 2006).

مخيم النصيرات:

يقع مخيم النصيرات على مسافة 8 كم جنوبي مدينة غزة، ويسمى باسم قبيلة بدوية محلية، واستقر في المخيم 16,000 لاجئ عقب الحرب العربية الإسرائيلية عام 1948، فر معظمهم من منطقة بئر السبع في النقب جنوبي فلسطين. وتم إيواء الكثير منهم بدايةً في سجن عسكري بريطاني (كالابوش)، والآخرين في مخيمات. ويعرف الجزء الأفقر في المخيم باسم "المخيم الجديد" أو بلوك جيه. يفقر جزء من المخيم إلى شبكة صرف صحي حيث تتدفق مياه المجاري والشرب في قنوات مفتوحة في الطرق والممرات، وكذلك في الأراضي الزراعية نحو وادي غزة، مما يشكل خطراً صحياً بالغاً، وتزود جميع المساكن بالمياه من شركة مكوريت الإسرائيلية ومن آبار المياه الخاصة. قبل إغلاق قطاع غزة في سبتمبر 2000، عمل معظم

اللاجئين كعمالة في إسرائيل أو في الزراعة المحلية. وهناك سوق عام يفتح أبوابه كل يوم إثنين بالمخيم، يبلغ إجمالي اللاجئين المسجلين 57,120 لاجئاً، تُدير الأونروا 15 مدرسة (9 ابتدائية و6 إعدادية) ينتظم فيها 18177 طالباً (عام 2004/2005)، تعمل مدرستان فقط بنظام الفترة الواحدة، جرت أعمال تجديد شامل عام 1992 للمركز الصحي الذي أنشئ عام 1963، ويعمل بالمركز 50 عامل صحة موزعون بين الفترة الصباحية والمسائية، وهناك 19,000 زيارة مريض في المتوسط شهرياً، جددت الأونروا مركز برامج المرأة عام 1995، هناك مركز أنشطة شبابية يوفر البرامج الرياضية والاجتماعية والثقافية. افتتح مركز تأهيل مجتمعي جديد عام 1993، مكان مركز تغذية قديم تابع للأونروا كي يقدم خدمات التأهيل إلى حوالي 65 لاجئاً معاقاً، وفي 1999 قدمت حكومة اليابان تمويلاً لتجديد المركز، تقدم الأونروا الدعم المالي والفرني لمركز الأنشطة الشبابية ومركز التأهيل المجتمعي، هناك 2,410 أسرة تتألف من 12,328 فرداً مسجلة كحالات عسر شديد مستحقة لمساعدات الإغاثة بالوكالة وقد وصل تعداد السكان في المخيم إلى 85,139 نسمة في مارس 2006 (UNRWA 2006).

مخيم البريج:

يقع مخيم البريج وسط قطاع غزة شرقي طريق الشمال الجنوب الرئيسي. وأنشئ المخيم عام 1949 على مساحة 528 دونماً، وتم تسكين الكثير من اللاجئين البالغين 13,000 لاجئاً في ثكنات عسكرية بريطانية، والآخرين في خيام، وشيدت الأونروا مساكن أسمنتية في خمسينات القرن العشرين، واليوم يعيش معظم اللاجئين في مساكن مزدحمة، كما أن 80% من أسقف المساكن مغطاة بالكرميد، وهناك جزء من المخيم يفتقر إلى نظام الصرف الصحي، وتجري مياه المجاري في قنوات مفتوحة حيث تتجمع في وادي غزة

شمالاً، ما يجعلها أرضاً خصبة لتكاثر الناموس وخطراً صحياً بالغا ، وتتزود جميع المساكن بالمياه من شركة ميكوريت الإسرائيلية . قبل إغلاق قطاع غزة، عمل معظم اللاجئين كعمالة في إسرائيل أو في الزراعة المحلية. ويدير بعض اللاجئين محلاتهم وورشهم الخاصة، أو يعملون في المزارع وحدائق الموالح. وهناك سوق عام يفتح أبوابه كل يوم خميس بالمخيم ويجذب التجار من جميع أنحاء القطاع ، يبلغ إجمال اللاجئين المسجلين 28,770 لاجئ، تُدير الأونروا ثمانين مدارس (6 ابتدائية و 2 إعدادية) ينتظم فيها 9,306 طالباً (عام 2004/2005)، وتعمل مدرستان بنظام الفترتين ، جرت إعادة تجديد شاملة للمركز الصحي عام 1992، وفي العام التالي تم تجديد جناح الولادة ، ويعمل بالمركز 32 عامل صحة موزعين بالفترة الصباحية، وهناك 10.800 زيارة مريض في المتوسط شهرياً، هناك 1,070 أسرة تتألف من 5,441 فرداً مسجلة كحالات عسر شديد مستحقة لمساعدات الإغاثة بالوكالة ، جددت الأونروا مركز برامج المرأة عام 1995، وينخرط حوالي 6,500 امرأة و 2,500 طفل في برامج سنوياً، وجرى تجديد مركز أنشطة شبابية عام 1995، ويعمل فيه الأعضاء طواعية، وتم تنفيذ المشروع بمشاركة من الأونروا وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي واليونيسيف وقد وصل تعداد السكان في المخيم إلى 29,414 نسمة في مارس 2006 (UNRWA 2006).

مخيم المغازي:

يقع مخيم المغازي وسط قطاع غزة جنوبي مخيم البريج. وأنشئ المخيم عام 1949 على مساحة 559 دونماً لتسكين 9000 لاجئ فروا من قرى في شمال وجنوب فلسطين ، واستبدلت المساكن الطينية بالخيام خمسينيات القرن العشرين، ثم استخدمت المساكن الأسمنتية في الستينيات من القرن نفسه. كما أن حوالي 80% من أسقف المساكن مغطاة بالأسبستوس . قبل إغلاق قطاع غزة في سبتمبر/أيلول 2000، عمل

معظم اللاجئين كعمالة في إسرائيل أو في الزراعة المحلية, ويملك بعض اللاجئين محلاتهم وورشهم الخاصة, وهناك سوق عام يفتح أبوابه كل يوم أحد بالمخيم, ليست هناك شبكة صرف صحي بالمغازي حيث قنوات المجاري مفتوحة بالطرق والأزقة الضيقة, وتزود جميع المساكن بالمياه من شركة مياه ميكروت الإسرائيلية, يبلغ إجمالي اللاجئين المسجلين 22,266 لاجئاً, تدير الأونروا خمس مدارس (3 ابتدائية و2 إعدادية) ينتظم فيها 6,407 طلاب (عام 2004/2005), وتعمل مدرستان بنظام الفترتين, أجرت الوكالة أعمال تجديد شامل عام 1992 للمركز الصحي بمنحة من حكومة أستراليا, وأضافت عيادة أسنان عام 1995, ويعمل بالمركز 21 عامل صحة موزعين بالفترة الصباحية, وهناك 8,800 زيارة مريض في المتوسط شهرياً, هناك 639 أسرة تتألف من 2,918 فرداً مسجلة كحالات عسر شديد مستحقة لمساعدات الإغاثة بالوكالة, استكملت الأونروا مركز برامج المرأة في نوفمبر/ تشرين ثان عام 1995, وينخرط في برامجه حوالي 6,500 امرأة و 2,500 طفلاً سنوياً, يقدم المركز أنشطة شبابية, وبرامج رياضية واجتماعية وثقافية, وقد تم تجديده جزئياً عام 1995 بمشاركة من الأونروا وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي واليونيسيف, هناك مركز تأهيل مجتمعي أنشئ عام 1994 في مركز تغذية قديم تابع للأونروا, وفي 1998, تم إضافة جزء جديد خاص بالأطفال والأمهات بتبرعات من حكومة اليابان لتقديم الخدمات إلى 60 طفل معاق والخدمات التعليمية التكاملية الأخرى لحوالي 1,264 طفلاً وقد وصل تعداد السكان في المخيم إلى 22,840 نسمة في مارس 2006 (UNRWA 2006).

مخيم ديرالبلح:

يعد مخيم دير البلح الأصغر في قطاع غزة, ويغطي مساحة 160,000 متراً مربعاً بجوار البحر الأبيض المتوسط غرب مدينة دير البلح, وتشتهر المنطقة بوفرة مزارع نخيل البلح, توفرت الخيام كمسكن مؤقت لحوالي 9,000 لاجئ ثم استخدمت المساكن الطينية في وقت لاحق, وفي أوائل الستينيات من القرن

العشرين استخدمت المساكن الأسمنتية ، ويعود معظم اللاجئين الأصليين إلى قرى في وسط وجنوب فلسطين قبل عام 1948. قبل إغلاق قطاع غزة في سبتمبر/أيلول 2000، عمل معظم اللاجئين كعمالة في إسرائيل أو في الزراعة المحلية ، ويدير بعض اللاجئين محلاتهم وورشهم الخاصة، وهناك سوق عام يفتح أبوابه كل يوم الثلاثاء بالمخيم. لم يكن بالمخيم شبكة صرف صحي قبل 1998، حيث أنشأت الأونروا محطة لضخ مياه الصرف، ومشروع الصرف الصحي بتبرعات من حكومة اليابان، وتتوزع جميع المساكن بالمياه من شركة ميكوريت الإسرائيلية ومن آبار المياه الخاصة. في أواخر 1997، شقت السلطة الفلسطينية الطريق الساحلي الرئيسي جنوباً بين المخيم والبحر. ودمرت مساكن عديدة للإفساح للطريق الجديد، وأعطيت الأسر رقعا صغيرة من الأرض وبعض المال كتعويض لبناء مساكن جديدة خارج المخيم. إجمالي اللاجئين المسجلين 19,534، تدير الأونروا ثمانين مدرسة (6 ابتدائية و 2 إعدادية) ينتظم فيها 8,785 طالباً (عام 2004/2005)، وتعمل مدرسة واحدة فقط بنظام الفترة الواحدة، أجرت الوكالة أعمال تجديد في يونيو/حزيران عام 1993 للمركز الصحي، ويعمل بالمركز 39 عاملاً صحة موزعين بالفترة الصباحية، وهناك 9,500 زيارة مريض في المتوسط شهرياً، تدعم الأونروا مركز برامج المرأة ومركز أنشطة شبابية. أُفتتح مركز تأهيل مجتمعي أواخر عام 1997 لتقديم الخدمات إلى 35 من الأطفال المعاقين والخدمات التعليمية التكاملية الأخرى لحوالي 750 طفلاً، هناك 995 أسرة تتألف من 4,147 فرداً مسجلة كحالات عسر شديد مستحقة لمساعدات الإغاثة بالوكالة وقد وصل تعداد السكان في المخيم إلى 19,847 نسمة في مارس 2006 (UNRWA 2006).

مخيم خان يونس:

يقع مخيم خان يونس على مسافة كيلومترين من البحر جنوبي قطاع غزة ، وأنشئ المخيم عام 1949 غرب مدينة خان يونس، وأقام فيه 35,000 لاجئ، معظمهم من قرى في منطقة بئر السبع في النقب، في

خيام على مساحة 549 دونم، وهي مركز تجاري كبير كان على مدار التاريخ نقطة توقف على الطريق التجاري العتيق المؤدي إلى مصر، وينقسم المخيم إلى 13 بلوكاً، مقسماً بعضها في مناطق منخفضة يغمرها الفيضان شتاءً، ومعظم المساكن من الطوب الأسمنتي المغطى بالكرميد، ولا يوجد نظام صرف صحي بالمخيم، وتتوود جميع المساكن بالمياه من آبار المياه البلدية والخاصة، ويقع البلوك الغربي (بلوك 1) قريبا جدا من مستوطنة جوش قطيف الإسرائيلية. قبل إغلاق قطاع غزة في سبتمبر/أيلول 2000، عمل معظم اللاجئين كعمالة في فلسكين المحتلة أو في الزراعة المحلية وصيد الأسماك، ومن أجل الوصول إلى البحر أو المزارع في منطقة المواصي بالقرب من البحر، يتعين على العمال المرور من خلال نقطة تفتيش إسرائيلية عن مدخل مستوطنة جوش قطيف الإسرائيلية، ويدير بعض اللاجئين محلاتهم وورشهم الخاصة، وفيه سوق عام يفتح أبوابه كل يوم أربعاء، منذ شهر أيلول عام 2000 أحصت دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية التابعة للأمم المتحدة 752 منزلاً تم تدميرها جراء العمليات العسكرية التي نفذتها القوات الإسرائيلية في مخيم خان يونس الذي يأوي (1,115 عائلة/ ما يقارب 5,990 شخصاً)، تفيد تقارير الأونروا بأن هناك 790 عائلة بحاجة للمساعدة في إعادة تسكينهم حيث سلمت الأونروا 135 منزلاً لـ 146 عائلة، وهناك 121 منزلاً تحت الإنشاء لتضم 135 عائلة في منطقة خان يونس، ونظراً لعدم توفر الميزانيات اللازمة فقد بقيت مجموعة من الأسر بلا مأوى لحين توفر الميزانيات لإعادة تسكينهم، يبلغ إجمالي اللاجئين المسجلين 63,219 لاجئاً، تدير الأونروا 20 مدرسة (14 ابتدائية و 6 إعدادية) ينتظم فيها 18,680 طالباً (عام 2004/2005)، وتعمل 3 مدارس فقط بنظام الفترة الواحدة، أجرت الأونروا أعمال تجديد شاملة في عام 1994 للمركز الصحي، بما في ذلك جناح النساء والولادة، ويعمل بالمركز 68 عامل صحة موزعين بالفترة الصباحية والمسائية، وهناك 33,500 زيارة مريض في المتوسط شهرياً، وفي 1996، أنشئ مركز صحي آخر في قرية معن القريبة، ويعمل به 22 موظفاً ولديه نحو 10,500

زيارة مريض في المتوسط شهرياً. هناك 3,112 أسرة تتألف من 14,798 فرداً مسجلة كحالات عسر شديد مستحقة لمساعدات الإغاثة بالوكالة. أنشئ مركز برامج المرأة عام 1992، وتدير المركز لجنة إدارية تختارها الأونروا، وينخرط حوالي 7,500 امرأة و 2500 طفلاً في برامج سنوياً. تم التوسع في مركز الأنشطة الشبابية الذي يقدم برامج رياضية واجتماعية وثقافية، بتبرعات من مصادر عديدة. هناك مركز تأهيل مجتمعي أنشئ عام 1993 في مبنى قديم تابع للأونروا، وبدأ في العام 1998 بتقديم خدمات التأهيل إلى أكثر من 45 لاجئاً معوقاً وقد وصل تعداد السكان في المخيم إلى 60,673 نسمة في مارس 2006 (UNRWA 2006).

مخيم رفح:

يقع مخيم رفح على الحدود المصرية من جهة الجنوب، أنشئ المخيم عام 1949 لإقامة 41,000 لاجئ، وكان آنذاك أكبر تجمع للاجئين وأكثرها ازدحاماً في قطاع غزة، غير أن عدة آلاف من السكان انتقلوا منذئذ إلى مشروع إسكان في تل السلطان القريب منه، واليوم يكاد يصعب تمييز المخيم عن مدينة رفح المتاخمة، وينقسم المخيم إلى 17 بلوكاً، وحوالي 20% من المساكن ذات أسقف أسمنتية، و 80% مغطاة بالأسبستوس، ويغطي نظام الصرف الصحي 80% فقط من المخيم، و 60% من مدينة رفح، وأجرت الأونروا دراسة جدوى لتنفيذ شبكة صرف صحي جديدة عام 1994، ويجري تنفيذ العمل حالياً بتمويل من المفوضية الأوروبية لبلدية رفح، ومنذ اندلاع الانتفاضة الثانية في سبتمبر/أيلول 2000، يتعرض مخيم رفح إلى حملة تدمير على أيدي القوات الإسرائيلية بطول الحدود المصرية، وقد تشردت مئات الأسر، وتعمل الأونروا على إمدادهم بمساكن بديلة في أماكن آمنة بالمدينة. منذ شهر أيلول عام 2000 أحصت

دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية التابعة للأونروا 1,728 منزلاً تم تدميرها جراء العمليات العسكرية التي تقوم بها القوات الإسرائيلية في منطقة رفح الحدودية التي تأوي (3,337 عائلة/ ما يقارب 17,362 شخصاً)، تفيد تقارير الأونروا بأن هناك 2,236 عائلة / 12,406 بحاجة للمساعدة في إعادة تسكينهم حيث سلمت الأونروا 414 منزلاً ليضم 444 أسرة، وهناك 109 منازل لـ 116 أسرة سيتم تسليمها لأصحابها ويجري العمل حالياً على بناء 17 منزلاً لاستيعاب 20 عائلة في رفح . استطاعت الأونروا الحصول على 32.4 مليون دولار من المساعدات السعودية المخصصة للتطوير ومن حكومة اليابان، الأمر الذي يمكن الأونروا من إنشاء 1,210 وحدة سكنية جديدة. ونظرًا لعدم توفر الميزانيات اللازمة فقد بقيت 371 أسرة بلا مأوى لحين توفر الميزانيات اللازمة لإعادة تسكينهم، وبلغ إجمالي اللاجئين المسجلين 95,187 لاجئاً، تدير الأونروا 31 مدرسة (20 ابتدائية و 11 إعدادية) ينتظم فيها 32,479 طالباً (عام 2004/2005)، وتعمل تسع مدارس فقط بنظام الفترة الواحدة ، أجرت الوكالة أعمال صيانة شاملة عام 1994 للمركز الصحي، وتم تحديث معداته ، ويعمل بالمركز 69 عامل صحة موزعين بالفترة الصباحية والمسائية ، وهناك 31,200 زيارة مريض في المتوسط شهرياً ، وفي 1995، أنشئ مركز صحي جديد للوكالة في مشروع إسكان تل السلطان ، ويعمل بالمركز 24 عامل صحة وهناك 9,400 زيارة مريض في المتوسط شهرياً . هناك 2,902 أسرة تتألف من 13,180 فرداً مسجلة كحالات عسر شديد مستحقة لمساعدات الإغاثة بالوكالة. أعيد إنشاء مركز برامج المرأة في ديسمبر/ كانون أول عام 1995، وينخرط حوالي 5,500 امرأة و3,500 طفل في برامجه سنوياً، تم إضافة مبنى من ثلاثة طوابق لأنشطة النساء إلى

مركز الأنشطة الشبابية بتبرعات من اليابان, هناك مركز تأهيل مجتمعي أنشئ عام 1993 في مبنى تغذية قديم تابع للأونروا، وافتتحت وحدة استمارة عام 1998, وأعيد إنشاء المركز بمساعدات من الأونروا وبتمويل ياباني, ويقدم المركز خدمات التأهيل إلى حوالي 115 لاجئاً معاقاً، وأنشطة تعليمية تكاملية لحوالي 2,500 طفل. في أعقاب الاحتلال الإسرائيلي لسيناء وغزة عام 1967 تم توسيع مخيم رفح على أرضٍ تسيطر عليها مصر لإقامة حوالي 5,000 لاجئٍ هدمت السلطات الإسرائيلية مساكنهم عند قيامها بتوسعة الطرق لدواع أمنية, وعرفت هذه المنطقة باسم مخيم كندا تيمناً بالفرقة الكندية في القوات التابعة للأمم المتحدة التي تمركزت بالمنطقة بعد عام 1956, ومع إعادة ترسيم الحدود عام 1982، صار حوالي 5,000 شخص في مصر, وعلى الرغم من وجودهم خارج مناطق عمليات الأونروا، ظلت الوكالة تقدم خدماتها للاجئين مخيم كندا, وبموجب اتفاقية مصرية إسرائيلية، تم إعادة هؤلاء الفلسطينيين إلى قطاع غزة, ومنذ 1994, تقوم الأونروا بإدارة الأموال التي تتبرع بها الوكالة الكندية للتنمية الدولية للإنفاق على تسكينهم بالمخيم, في نهاية 2000, تم نقل جميع الأسر من مخيم كندا إلى قطاع غزة, وتم تسكين معظم الأسر في مشروع إسكان تل السلطان, وتبرعت حكومة كندا وصندوق التنمية الاقتصادية الكويتي بالأموال اللازمة لعملية الانتقال, وعلاوة على ذلك، قدمت كندا الأموال اللازمة لإنشاء مركز مجتمعي في تل السلطان لصالح العائلات العائدة وقد وصل تعداد السكان في المخيم إلى 96,743 نسمة في مارس 2006 (UNRWA 2006).

مراكز التأهيل المجتمعي العاملة في مخيمات قطاع غزة: تقوم لجان محلية وأخصائيو تأهيل، بمساعدة من الأونروا، بإدارة برنامج مجتمعي لتأهيل اللاجئين من ذوي الإعاقة ودمجهم في المجتمع، وتقوم لجان محلية من خلال 32 مركزاً، ومشروع تأهيل مجتمعي برفع وعي المجتمع بحاجات، وحقوق ذوي الإعاقة، وتقديم المراكز خدمات التأهيل الأساسي، وتحيل الأفراد للخدمات المتخصصة، وتساعد الكبار من ذوي الإعاقة في الحصول على التدريب الفني الملائم وعلى التوظيف ف، وفي مخيمات اللاجئين بقطاع غزة تأسست مراكز التأهيل المجتمعي في العام 1990 بمبادرة من وكالة الغوث الدولية، وهي تتألف من سبعة مراكز في سبعة مخيمات من المخيمات الثمانية في القطاع، يوجد تنسيق عالٍ بين مراكز التأهيل السبعة من خلال "لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة، والتي انبثقت وعملت تحت مظلة وكالة الغوث الدولية، الداعم الرئيس للجنة، وهي تعمل بشكل تشاركي لتلبية احتياجات الأشخاص المعاقين في المخيمات والمناطق المحيطة بها. ويعمل في المراكز السبعة حوالي 270 موظفاً، منهم 95 ذكراً، 175 أنثى، بالإضافة إلى 70 متطوعاً، منهم 26 من الذكور، 44 من الإناث، في حين يستفيد من خدمات هذه المراكز حوالي 4721 شخصاً معاقاً، منهم 2930 معاق، 1791 معاقة، والجدير بالذكر أن الأعداد المذكورة تمثل كافة الموظفين والمتطوعين والمستفيدين الذين عملوا أو تلقوا خدمات في المراكز السبعة على مدار العام 2005. قامت المراكز بإعادة توثيق أوضاعها حسب قانون الجمعيات 1 لسنة 2000، وتضم اللجنة في عضويتها كلاً من:

جمعية جباليا للتأهيل - مخيم جباليا: يعد هذا المركز أول مركز تأهيل مجتمعي بادرت بإنشائه الوكالة كمشروع تجريبي لتطبيقه في باقي المخيمات، وتم ذلك في الأول من آب 1991، بجهد تطوعي ومساهمة مالية من وكالة الغوث. حصلت على ترخيص وزارة الداخلية تحت رقم 40١0 وسُجلت في وزارة الشؤون الاجتماعية تحت رقم 261، ووزارة التربية والتعليم، المركز مقام على مساحة قدرها 1500 متراً مربعاً، تعود

ملكيته لوكالة الغوث الدولية، والذي كان مركزاً للتغذية سابقاً، ويدير المركز مجلس إدارة مكون من 7 أعضاء تم انتخابهم من اللجنة المحلية المكونة من 21 عضواً بتاريخ 2005\6\4. بلغ عدد الموظفين في الجمعية في نهاية العام 2005، 70 منهم 34 موظفاً و 36 موظفة، وكذلك 10 متطوعين، منهم 2 ذكور، و 8 متطوعات. يستفيد من خدمات الجمعية حوالي 1582 شخصاً معاقاً منهم 863 ذكراً، 719 أنثى، من خلال أربعة برامج أساسية، وثمانية مشاريع طارئة، وهي: برنامج تعليم الصم، وبرنامج التأهيل المجتمعي، وعيادة السمعيات، وعيادة النطق واللغة، ومشروع مركز تعزيز قدرات الطفل، ومشروع تأهيل مصابي الانتفاضة، ومشروع دمج المعاقين حركياً في المجتمع المحلي، ومشروع تعزيز حقوق الصم، ومشروع الأنشطة الصيفية، ومشروع ترميم البيوت المضررة في مدينة بيت حانون، ومشروع الإرشاد والرعاية الصحية، ومشروع الأجهزة التعويضية المساعدة (جمعية جباليا للتأهيل، 2005).

الجمعية الفلسطينية لتأهيل المعاقين - مخيم الشاطئ: أحد مراكز التأهيل المبني على المجتمع، عضو لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة، تأسست الجمعية عام 1993، حصلت على ترخيص وزارة الداخلية تحت رقم 3041 وسُجّلت في وزارة الشؤون الاجتماعية تحت رقم 266، ووزارة التربية والتعليم تحت رقم 1507\4\8، ويدير الجمعية مجلس إدارة مكون من 7 أعضاء تم انتخابهم في 2006\1\6، ويوجد للجمعية مقر دائم في مخيم الشاطئ الشمالي غرب مدينة غزة، وأنشئ المقر بمساعدة من وكالة الغوث الدولية، والسفارة اليابانية لتتمكن الجمعية من تقديم خدماتها لسكان مخيم الشاطئ، والعديد من أحياء منطقة غزة في حي الشيخ رضوان، النصر، الرمال، الصبرة، الدرج، التفاح، مشروع عامر، حي عباد الرحمن. بلغ عدد الموظفين في الجمعية في نهاية العام 2005، 27 منهم 9 موظفين ذكور و 18 موظفة، وكذلك 12 متطوعاً، منهم 10 ذكور، ومتطوعتان. يستفيد من خدمات الجمعية حوالي 252 شخصاً معاقاً منهم 195 ذكراً، 57 أنثى في أربعة برامج أساسية، هي: برنامج المدرسة، والتأهيل المهني للفتيات، والبرنامج الخارجي، ومركز تعزيز قدرات الطفل (وكالة الغوث الدولية، 2006).

جمعية التأهيل والتدريب الاجتماعي - مخيم النصيرات: أحد مراكز التأهيل المبني على المجتمع, عضو لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة, تأسست الجمعية عام 1991, وحصلت على ترخيص وزارة الداخلية في العام 2003, تعمل الجمعية في المنطقة الوسطى (النصيرات, البريج, المغازي, ديرالبلح). بلغ عدد الموظفين في الجمعية في نهاية العام 2005, 36 منهم 13 موظفاً و 23 موظفة, وكذلك 6 متطوعين, منهم ذكراً, و 4 متطوعات. يستفيد من خدمات الجمعية حوالي 332 شخصاً معاقاً منهم 205 ذكور, 127 أنثى في أربعة برامج أساسية, هي: مدرسة تعليم الأطفال المعاقين سمعياً, ووحدة الشلل الدماغي, ووحدة التأهيل المهني, والبرنامج الخارجي, ومركز تعزيز قدرات الطفل (المصدر السابق).

جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين - مخيم دير البلح: أحد مراكز التأهيل المبني على المجتمع, عضو لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة, تأسست الجمعية عام 1997, حصلت على تراخيص من وزارة الداخلية, وزارة الشؤون الاجتماعية, ووزارة التربية والتعليم, ووزارة الصحة, ويدير الجمعية مجلس إدارة مكون من 9 أعضاء منتخبين من المجتمع المحلي, ويوجد للجمعية مقر دائم في المخيم غرب المدينة, وأنشئ المقر بمساعدة من وكالة الغوث الدولية, والإغاثة الإسلامية, لتتمكن الجمعية من تقديم خدماتها لسكان المخيم والمناطق المحيطة به. بلغ عدد الموظفين في الجمعية 49 موظفاً في نهاية العام 2005, منهم 12 موظفاً و 37 موظفة, وكذلك 10 متطوعين, منهم 3 ذكور, و 7 متطوعات. يستفيد من خدمات الجمعية حوالي 488 شخصاً معاقاً منهم 294 ذكراً, 194 أنثى في برامج عدة أهمها: برنامج تعليم الأطفال المعاقين سمعياً, والتأهيل المهني للفتيات, والبرنامج الخارجي, وبرنامج الدعم الاجتماعي النفسي, وبرنامج إعارة الأجهزة التعويضية المساعدة, ومركز تعزيز قدرات الطفل, ومركز العلاج الطبيعي والتأهيل الطبي, ومركز الكمبيوتر والدراسات المهنية (المصدر السابق).

جمعية المغازي للتأهيل الاجتماعي - مخيم المغازي: أحد مراكز التأهيل المبني على المجتمع, عضو لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة, تأسست الجمعية عام 1995, وحصلت على ترخيص من وزارة الداخلية, تعمل الجمعية في المنطقة الوسطى مخيم المغازي, بلغ عدد الموظفين في الجمعية في نهاية العام 2005, 16 منهم 4 موظفين و 12 موظفة, وكذلك 20 متطوعاً, منهم 5 ذكور, و 15 متطوعة. يستفيد من خدمات الجمعية حوالي 210 أشخاص معاقين منهم 117 ذكراً, 93 أنثى من خلال البرامج التالية: برنامج المعاقين الداخلي, والبرنامج الخارجي, ومركز تعزيز قدرات الطفل, وبرنامج محو الأمية وتعليم الكبار, وبرنامج التدريب والتوعية المجتمعية (المصدر السابق).

مركز خانيونس لتأهيل المعاقين - مخيم خانيونس: أحد مراكز التأهيل المبني على المجتمع, عضو لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة, تأسس المركز عام 1992, على يد لجنة مجتمعية محلية بإشراف وكالة الغوث الدولية بغزة, بلغ عدد الموظفين في الجمعية في نهاية العام 2005, 12, منهم 3 موظفين و 9 موظفات, وكذلك 4 متطوعين, منهم ذكران, وأنثيان. يستفيد من خدمات الجمعية حوالي 758 شخص معاق منهم 677 ذكراً, 81 أنثى في برامج المركز التي من أهمها: برنامج المعاقين الداخلي (التأخر الدراسي والتخلف العقلي), وبرنامج مصابي الإنتفاضة, وبرنامج محو الأمية, وبرنامج الحضانة (المصدر السابق).

جمعية الأمل لتأهيل المعاقين - مخيم رفح: أحد مراكز التأهيل المبني على المجتمع, عضو لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة, تأسست الجمعية عام 1991, وحصلت على تراخيص من وزارة الداخلية, وزارة الشؤون الاجتماعية, ووزارة التربية والتعليم, ووزارة الصحة, ويدير الجمعية مجلس إدارة مكون من 9 أعضاء منتخبين من المجتمع المحلي, ويوجد للجمعية مقر دائم. تعمل الجمعية في منطقة الجنوبية مخيم رفح والمناطق المحيطة, بلغ عدد الموظفين في الجمعية 60 موظفاً في نهاية العام 2005,

منهم 20 موظفاً و 40 موظفة، وكذلك 8 متطوعين، منهم ذكراً، 6 أناث. يستفيد من خدمات الجمعية حوالي 1099 شخصاً معاقاً منهم 579 ذكراً، 520 أنثى، وذلك في البرامج والمشاريع التالية: مدرسة الأمل لتعليم الأطفال المعاقين سمعياً، والتدريب المهني، ونادي تطوير قدرات الطفل الفلسطيني، وعيادة فحص السمع وتركيب السماعات، وبرنامج التنمية المجتمعية، ومشروع الدفاع عن حقوق الأشخاص المعاقين سمعياً، مشروع باص الألعاب- السندباد، ونادي الأمل للصم (المصدر السابق).

الفصل الثاني

استعراض الأدبيات

الفصل الثاني

استعراض الأدبيات

الفصل الأول خلفية الدراسة وأهميتها والتساؤلات الرئيسية التي ستبحثها الدراسة الحالية، في هذا الفصل يستعرض الباحث عدداً من الدراسات التي استطاع الحصول عليها والتي تعتبر ذات علاقة مباشرة بمتغيرات الدراسة سواء كانت ترتبط بمتغير أو أكثر من المتغيرات المستقلة، وسيقوم الباحث باستعراض ومناقشة النتائج والأدوات وأحجام العينات الإحصائية التي استخدمتها الدراسات السابقة، وذلك للاستفادة منها في تحديد المنهجية والخطوات التي سيتبعها الباحث في إجراء هذا البحث من الدراسات والبحوث السابقة ذات العلاقة بموضوع البحث الحالي:

1.2 البحوث المتعلقة بالبحث:

من أهم الدراسات التي أجريت لقياس أثر التأهيل المبني على المجتمع، الدراسات التي نشرت في العام 1982. حيث تم متابعة النتائج في خمس دول هي: بوتسوانا، الهند، المكسيك، الباكستان، وسيرلانكا، وكانت الدراسة كمؤشر مبكر لقياس فاعلية الممارسات (Mendis & Nelson, 1982)، وتم في العام 1988 عرض تقييم لمشروع في التأهيل المبني على المجتمع، والذي أقيم في غوانا، وكان الهدف من الدراسة إجراء تقييم علمي للتجربة على نطاق ضيق لتحديد صلاحية وامكانية الطرق المستخدمة في التأهيل المبني على المجتمع حيث استخدم تصميم ذو أسس متعددة لتقييم مخرجات المشروع بواسطة وسائل متعددة، ومختلفة للقياس قبل نهاية المشروع، وبعد ستة أشهر من انتهاء البرنامج (O'Toole, 1988).

تم استخدام دليل منظمة الصحة العالمية حول "التدريب في المجتمع للأشخاص المعاقين", في برنامج التأهيل المبني على المجتمع في فيتنام (Mendis, 1988). وفي دراسة نشرت بعنوان "دراسة تقييم مشروع سورابها للتأهيل المبني على المجتمع", وقد كانت المنهجية المستخدمة بسيطة بشكل كافٍ لعمل مشروع تقييم كبير نوعاً ما في التأهيل وللحصول على إجابات محل للثقة والصالحية, وهدفت دراسة التقييم بشكل رئيسي لتقييم ما إذا كان برنامج التأهيل المبني على المجتمع قد حقق أهدافه في القطاعات المتلقية للتأهيل, ولرؤية ما إذا كان النظام العامل في المؤسسة قد ساعد على نحو كافٍ في تطبيق البرامج, كما حاولت الدراسة التعرف على أنواع التغييرات, وقد تم تكييف ثلاث إستراتيجيات من نموذج برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في تقييم برامج التأهيل المقدمة للأشخاص المعاقين (Rajendre et al, 1994). في تقرير بعنوان تقييم التأهيل المبني على المجتمع حول توجهات الأشخاص المعاقين في مدينة جوانجزو بالصين, تم قياس التوجهات نحو الأشخاص المعاقين باستخدام "مقياس التوجهات نحو الأشخاص المعاقين", والذي قام بتطويره كل من يوكر و بليك وكامبييل, وقد أوضحوا أن "المقياس مقبول بشكل جيد", وصالح المحتوى (Mitchell et al, 1993).

واستهدفت دراسة لوبيز وآخرين (Lopez et al, 2000) تحت عنوان "تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع في الفلبين", تقييم عما إذا تم تطبيق البرنامج كما تم التخطيط له في مناطق تجريب البرنامج بعد 7 سنوات من البدء به, وتم استخدام طريقة مراجعة السجلات والمقابلات المتعمقة, والمجموعات البؤرية, وكان من أهم النتائج, أن البرنامج استطاع تلبية احتياجات الأشخاص المعاقين المحتاجين إلى تأهيل, وكذلك فإن برنامج التأهيل المجتمعي يمثل نموذج فاعل للتكاليف لتقديم خدمات التأهيل, والوقاية للأشخاص المعاقين, خاصة في المناطق الريفية قليلة الخدمات, وقد استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها دراسة تقييمية ركزت على عناصر تقييم التأهيل المبني على المجتمع, وهو الفاعلية والصلة, حيث أظهرت

النتائج أن برنامج التأهيل المبني على المجتمع يقوم بتلبية احتياجات الأشخاص المعاقين، وله علاقة قوية بأهداف البرنامج، والتعرف على عدد من أدوات التقييم المبني على المشاركة في المناطق الريفية. ففي دراسة جلوجويسكا وآخرين (Glogowska et al, 2000) بعنوان "المراقبة العشوائية لمعالجة اللغة، والكلام عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة المبني على المجتمع"، وهدفت الدراسة إلى المقارنة بين أطفال مرحلة ما قبل المدرسة الذين يتلقون علاجاً روتينياً لتأخر الكلام، واللغة وأمثالهم ممن لديهم صعوبات في الكلام، واللغة وذلك خلال 12 شهراً من المراقبة، وقد أجريت الدراسة في 16 عيادة مجتمعية في منطقة بريستول (Bristol)، واشترك في الدراسة 159 طفلاً في عمر ما قبل المدرسة من الذين يعانون من صعوبات في الكلام واللغة وتتنطبق عليهم معايير الإلتحاق بالعلاج، وقد تم القياس بأربعة قياسات كمية، للكلام واللغة تم تحديدها في 6 و12 شهر، وظهر مؤشر لفظي قابل للقياس أحادي للتحسن في 12 شهراً، وكانت أهم النتائج حدوث تحسن شامل مع العلاج المقدم في نهاية الفترة، وبقي 70% من الأطفال لديهم صعوبات في الكلام واللغة. تزودنا هذه الدراسة بحقائق بسيطة حول فعالية علاج الكلام واللغة بالمقارنة مع الذين تلقوا خدمات لمدة 12 شهر، يجب على مقدمي الخدمات أن يأخذوا في الاعتبار الملاءمة والتوقيت والطبيعة والكثافة لهذا العلاج عند الأطفال قبل مرحلة المدرسة. استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها ركزت على أحد عناصر تقييم التأهيل المبني على المجتمع وهو الفعالية، والقياسات الكمية المستخدمة في قياس الكلام، واللغة، وبالإضافة لعدد من الاعتبارات التي تؤخذ في الحسبان عند تقييم الخدمة.

وفي دراسة ماركوس (Markus, 2002) بعنوان "تقييم التأهيل المبني على المجتمع للأشخاص المعاقين في أندونيسيا"، وهدفت الدراسة إلى تقييم قدرة المؤسسة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع ودعم التشبيك، واستخدم الباحث في تحليله فعالية البيئة التحتية للتأهيل المجتمعي، فعالية نظام الدعم الخارجي،

والدعم الداخلي، وتأثير الأزمات المالية الجارية، وكانت أهم النتائج هي التأكيد على ضرورة مراجعة تقييم تصاميم السياسات والإجراءات العملية والمؤشرات، واستفاد الباحث من هذه الدراسة كونها تطرقت لعناصر تقييم التأهيل المبني على المجتمع وهي الفعالية والأثر.

وفي دراسة تايلور وفرانس (Taylor & Francis, 2002) بعنوان "دور بعض القضايا الأخلاقية في تشجيع التأهيل المبني على المجتمع في الدول النامية"، وهدفت الدراسة إلى إعطاء شرح نظري وعملي حول المبادئ والممارسات التطبيقية الحالية في التأهيل المبني على المجتمع في الدول النامية، وبلورة السؤال الأخلاقي، كيف يمكن أن يترك ذلك أثراً على مستقبل التأهيل المبني على المجتمع، والخلاف الرئيسي أن الإعاقة تتطور وتنتشر في الأوساط الأكثر فقراً، وكذلك انتشار عدم المساواة، وانتهاك حقوق الإنسان، وإلزام تضمين التنمية المجتمعية استراتيجيات مثل التأهيل المبني على المجتمع. للوصول لذلك فقد استخدم الباحث مراجعة الدراسات الحالية، والبحوث عن التأهيل المجتمعي من مصادر مختلفة من برامج التأهيل المجتمعي القائمة في الدول النامية. وكانت أهم النتائج تزايد برامج التأهيل المبني على المجتمع في الدول النامية، ولكن يوجد الكثير من البرامج الغير دائمة، ولا يمكن تقييم الفائدة العائدة على الأشخاص المعاقين فيها. تحتاج برامج التأهيل المبني على المجتمع في الدول النامية إلى وضع أهداف واقعية، ويشارك في وضعها الأشخاص المعاقين، وبرامج التأهيل الفاعلة هي التي يشارك فيها ويسيطر عليها أشخاص معاقون، ويشارك المجتمع المحلي في وضع سياسات برامجها. استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها تشير إلى عناصر تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع، وهو الأثر والاستدامة حيث توضح الدراسة الحالية أهمية الاستدامة في تحقيق الفائدة العائدة على الأشخاص المعاقين وتقييمها، كما أنها تُظهر واقع الأشخاص المعاقين في الدول النامية الانتهاكات الممارسة ضدهم.

دراسة باول وآخرين (Powell et al, 2003) بعنوان "التزام برنامج التأهيل المبني على المجتمع في تحسين الوظائف الاجتماعية لإصابات الدماغ الشديدة"، وهدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان برنامج التأهيل المبني على المجتمع متعدد الالتزام أكثر فعالية بالنسبة للمرضى الذين يعانون من إصابات شديدة في الدماغ؟ وطبقت الدراسة على 110 مرضى، أعمارهم تتراوح من 16-65 سنة كانوا من المرضى المصابين بإصابة الدماغ الشديدة منذ 3 أشهر وحتى 20 سنة، ولكن لا يوجد لديهم حالات عصبية أخرى، وكان أربعة وتسعون مريضاً، أي ما نسبته 85% معدل أعمارهم 34 سنة، و 76% منهم رجال، وقد اشتركوا في نهاية الدراسة التقييمية. وقد تم توزيع المستفيدين بحيث تم توزيع 54 مريضاً على التأهيل المجتمعي، و 56 مريضاً وزعوا على مجموعة المعلومات فقط. كان التأهيل وهدوياً جداً في الكثافة والفترة، وشكل العلاج مع المرضى الذين تمت رؤيتهم في بيوتهم أو مرافق مجتمعية أخرى ولمدة 2-6 ساعات أسبوعياً بمعدل 57 أسبوع. وكانت أهم النتائج في حالات إصابات الدماغ، أن أكثر المرضى في برنامج التأهيل الخارجي، وأن 35% من المرضى أظهروا تحسناً للعلاج أكثر من مجموعة المعلومات فقط والتي كانت فقط 20%، وفي رصد التغيير من خلال اختبار مان وتني يو، وكان عدد نقاط التغيير عن الوسط 39 أكثر في المجموعة التي تلقت تأهيلاً مجتمعياً عن التي كانت في مجموعة المعلومات فقط، على الرغم أن المجموعتين حدث فيهما تحسن. أي أن المرضى الذين تلقوا برنامج التأهيل المجتمعي تم تحسن أدائهم الاجتماعي. فقد استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها دراسة تقييمية ركزت على أحد عناصر تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع وهو الفعالية وهي أحد متغيرات دراسة الباحث، بالإضافة إلى تعزيز خبرة الباحث حول أفضلية برنامج التأهيل المبني على المجتمع في تحقيق نتائج أفضل في مختلف المجالات.

وفي دراسة منظمة الصحة العالمية والمنظمات السويدية لمساعدة الأشخاص المعاقين (WHO & SHIA, 2003) بعنوان "أصوات الأشخاص المعاقين في غانا وغوانا ونيبال" وهدفت الدراسة إلى اختبار أثر برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، على جودة حياة الأشخاص المعاقين ومعرفة أفضل المبادرات الملاحظة في دولة غانا، وغوانا، ونيبال. وقد تم إجراء مقابلات متعمقة لـ 33 شخصاً معاقاً ووالديهم لـ 12 حالة، و9 مقابلات لمجموعات، و80 شخصاً تم مقابلتهم لمدة 150 ساعة، وكانت الأسئلة حول جودة الحياة وأنواع التأهيل المبني على المجتمع، وكانت أهم النتائج أن التأهيل المبني على المجتمع له أثر إيجابي على الجودة في نواحي الثقة بالنفس والتعزيز والتأثير و الدمج الاجتماعي. ولكنه منعدم التأثير على الرفاه الاجتماعي، والمجتمع تجاه حقوق الإنسان. استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها تركز على أحد عناصر تقييم التأهيل المبني على المجتمع وهو الأثر، وكذلك يعزز دور أدوات التقييم المبنية على المشاركة في المناطق الريفية في الوصول إلى نتائج متعمقة، والتعرف على الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية في مناطق التقييم، كما نخلص من نتائج هذه الدراسة إلى مدى الحاجة إلى المزيد من العمل مع المجتمع والتوعية المجتمعية تجاه حقوق الإنسان بما نصت عليه المادة الأولى من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، واستراتيجية التأهيل المبني على المجتمع في النهوض بحقوق الأشخاص المعاقين للعيش كمواطنين على قدم المساواة "داخل المجتمع والتمتع بالصحة والرفاهية" والمشاركة التامة في الأنشطة.

وفي دراسة هوليز وأخرين (Hollis et al, 2003) بعنوان "أثر المبادرة المجتمعية على التأهيل"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل الإيجابية والسلبية التي يعتقد بها المعالجون ولها أثر على تقديم خدمات التأهيل. وقد استخدم وسائل تحليل مركبة للبيانات الكمية، وتم استخدام طريقة المقارنة الثابتة وكذلك تحليل المحتوى، وتمت إدارة البيانات باستخدام الإحصاءات الوصفية. وكانت أهم النتائج أن المرضى يغادرون

بدون خدمات, ويوجد فجوات في محتوى التأهيل, ونقص في خدمات الصحة النفسية المبنية على المجتمع المحلي, والمعالجون لا يستخدمون نتائج القياس التي تتيح لهم تقييم المساهمة في خدماتهم. استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها تطرقت إلى قياس الأثر وهو أحد عناصر تقييم التأهيل المبني على المجتمع, ووضحت نقاط الضعف في برنامج التأهيل وأهمية استخدام نتائج القياس في تقييم المساهمة في خدماتهما, الأمر الذي يبرز ويعزز المساهمة المجتمعية في برنامج التأهيل, ويوضح مدى انسجام تعريف منظمة العمل الدولية للتأهيل المبني على المجتمع مع برامج التأهيل القائمة على تظافر الجهود للأشخاص المعاقين وأسرههم وباقي أفراد المجتمع.

وفي دراسة تشاترجي وآخرين (Chatterjee et al, 2003) بعنوان "تقييم نموذج التأهيل المبني على المجتمع المطبق مع حالات الفصام المزمن في المناطق الريفية في الهند". وطبقت الدراسة في المناطق الفقيرة في الهند, حيث لا توجد خدمات مجتمعية لغالبية أكثر من 10 مليون شخص يعانون من الفصام, نموذج التأهيل المبني على المجتمع في الرعاية, والذي يستخدم بشكل واسع للمعاقين حركياً في المناطق الفقيرة في الهند, وقد هدفت الدراسة إلى المقارنة بين الرعاية المقدمة من خلال التأهيل المبني على المجتمع في رعاية مرضى الفصام المزمن مع الرعاية المقدمة خارجياً في المناطق الفقيرة في الهند, والطريقة المستخدمة دراسة طولية للنتائج مع المرضى الذين يعانون من الفصام المزمن للمقارنة بين خدمات الرعاية الخارجية والتأهيل المبني على المجتمع, وقد تم قياس النتائج باستخدام الأعراض الإيجابية والسلبية المتدرجة وجدول منظمة الصحة العالمية لتحديد الإعاقة, خلال 12 شهراً وشارك في الدراسة 207 مرضى منهم 127 في مجموعة التأهيل المبني على المجتمع, و 80 في مجموعة الرعاية الخارجية, وكانت أهم النتائج مع 117 حالة في مجموعة التأهيل المبني على المجتمع, كانت النتائج أكثر فعالية في تقليل العجز, وخاصة مع الرجال منهم. وفي مجموعة التأهيل المبني على المجتمع كان المشاركون الذين

استمروا في البرنامج كان لديهم نتائج أفضل بشكل مادي واضح من الذين لم يستمروا في البرنامج, على الرغم أن مجموعة التأهيل المبني على المجتمع كانت أوضاعهم الاجتماعية أكثر سوءاً, ولكنهم كانوا أفضل في الاستمرار في العلاج. مما يدل أن نموذج التأهيل المبني على المجتمع المطبق في المناطق الفقيرة نموذج ذو جدوى في رعاية حالات الفصام المزمنة. استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها دراسة تقييمية وركزت على عناصر التقييم المختلفة مثل الفعالية والاستمرارية, كما أنها طبقت في مناطق ريفية فقيرة مما يتوافق مع دراسة الباحث المطبقة في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة, وكذلك ركزت على متغيرات الجنس والأوضاع الاجتماعية للمستفيدين, في حين اختلفت هذه الدراسة عن دراسة الباحث الحالية كونها دراسة طولية والدراسة الحالية دراسة مقطعية.

وفي دراسة شارما (Sharma, 2004), وكانت بعنوان "الطرق المتغيرة في تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع", وهدفت الدراسة إلى مناقشة بعض الطرق ذات الجدوى العملية في تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع التي تم تحليلها, وقد تم استخدام طريقة تحليل المراجع الأدبية في إطار نظام تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع. حيث أظهرت أهم النتائج أن الطرق النوعية المحددة في دراسة الحالة, والمجموعات البؤرية, والمجموعات المحددة, والمشاركة, تحليل المحتوى, والمقابلة غير الرسمية, جميعها موزونة, وتفيد هذه الدراسة في أنها سلطت الضوء على طرق متنوعة ومجربة في تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع, وهو مركز اهتمام دراسة الباحث, وأفادت بأن هذه الطرق جميعها موزونة بحيث يمكن الاعتماد عليها في مثل هذه الأحوال.

وفي دراسة تويلر وفرانس (Taylor & Francis, 2004), التي جاءت بعنوان "طرق حيوية لتقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع", وهدفت الدراسة إلى مناقشة بعض الطرق العملية والحيوية في تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع والمقامة في الدول النامية, وقد استخدمت طريقة تحليل الدراسات السابقة

كنظام كفي في تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع, وكانت من أهم النتائج أن الطرق المستخدمة في التقييم وهي (دراسة الحالة, المجموعات البؤرية, المجموعات المحددة, تكتيك المشاركة, تحليل المحتوى, المقابلات غير الرسمية) جميعها طرق متزنة, مما يؤكد للباحث أن هذه الطرق المستخدمة في تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع يمكن استخدامها والاعتماد عليها في مواقع مشابهة, وأعطت للباحث سعة اطلاع حول طرق جديدة تم استخدامها في تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع في مواقع أخرى.

وفي دراسة منز (Menz, 2004), وهي بعنوان "نماذج أبحاث خدمات برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي". وهدفت الدراسة إلى التعرف على المعايير العملية للخدمات المهنية, وتعريف الخط القاعدي للخدمات المتاحة في المجتمعات المختلفة, السكان, مصادر التمويل, التوجيه الأفضل لإستخدام الأموال العامة للخدمات, والمؤسسات التي تقدم مخرجات متوافقة لمساعدة المستفيدين وغيرهم, لإختيار الخدمات المؤسساتية التي تقدم خدمات ذات جودة أفضل. وقد قام الباحث بجمع بيانات من 34 مؤسسة تأهيل مبني على المجتمع, و 826 مستفيداً خلال الفترة 1998-2002. كما قام بتحليلها من خلال عوامل المركبات الأساسية لـ 47 نشاط خدماتي, للتعرف على نماذج الخدمات المتمركزة في مؤسسات التأهيل المبني على المجتمع, وكانت أهم النتائج, أنه يوجد نموذج قاعدي قوي في تقديم خدمات للأشخاص المعاقين المحتاجين للخدمات في مؤسسات التأهيل الممثلة في هذه الدراسة, ويوجد 10 مركبات من الخدمات تمثل 76% من المتغيرات بين المستفيدين من خدمات مؤسسات الممثلة في الدراسة, حيث حصل المستفيدون على الخدمات من 23 مصدر من أصل 47 مصدر للخدمات, معدل الوقت اللازم لتقديم الخدمات يعادل 395 ساعة في 37 أسبوع عمل, معدل تكلفة الفرد للخدمات المقدمة تعادل 3500 دولار أمريكي. وقد استفاد الباحث من هذه الدراسة من خلال اطلاعه على معلومات جديدة من حيث أهمية تحديد الخط القاعدي للخدمات المقدمة, كأساس لتقييم خدمات التأهيل المبني على المجتمع في

المؤسسات, وكذلك التعرف على كفاءة الخدمات المقدمة كتعبير عن العلاقة بين النتائج المحققة من النشاط, والجهد المبذول من الإنسان والأموال والوقت ومصادر أخرى, وذلك من خلال حساب تكلفة خدمة الفرد, واستغلال المصادر المتاحة بأفضل الطرق.

وفي دراسة هوروتز وآخرين (Hurwitz et al, 2005), تحت عنوان "تقييم علمي لأخصائي التمريض العاملين مع مرضى باركينسون في الخدمات المبنية على المجتمع المحلي والمخرجات العائدة على المرضى وتكلفة الرعاية الصحية", وقد هدفت الدراسة إلى تحديد تأثير أخصائي التمريض العاملين مع مرضى باركينسون, في الخدمات المبنية على المجتمع, على المخرجات العائدة على المرضى وتكلفة الرعاية الصحية المقدمة لهم. وقد تم تطبيق هذه الدراسة على 1859 مريضاً بمرض باركينسون, وتم تعريفهم بواسطة تطبيق التقييم بالمشاركة, وأظهرت النتائج بعد سنتين أن 315 مريضاً قد توفوا, بمعدل 17.3% من أفراد العينة, (على الرغم أن الوفاة لا تعمل فرقاً بين الذين يتلقون خدمات بواسطة أخصائي التمريض والذين يتلقون رعاية قياسية من المهنيين العاديين), كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في اختبار الإستعداد, وكذلك لا يوجد فرق ملحوظ في نتائج استبانة يوريكل. ولكن زادت التكلفة المباشرة للرعاية الصحية للمريض بمعدل 2658 جنيهاً استرلينياً, خلال فترة الدراسة, على الرغم من غياب التباين بين المجموعات. وكان معدل الزيادة 266 جنيهاً استرلينياً أقل عبر المرضى المستفيدين من الخدمات المعتمدة على المجتمع المحلي.

وفي دراسة أميرة بخش (1995) بعنوان "أثر تكيف الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مع بيئة أقرانهم العاديين على درجة تحصيلهم الدراسي", وقد هدفت هذه الدراسة إلى التوصل إلى الأسلوب أو المزيج الأمثل من الأساليب الملائمة والفعالة التي من شأنها المساعدة على تطوير الخدمات التعليمية والتربوية

المقدمة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، والانتقال بهم من الإطار التقليدي في المملكة العربية السعودية، إلى الإطار الحديث الذي يضمن تعريف هذه الفئة من الأطفال بطريقة أكثر فعالية وأكثر قدرة على دمجهم كجزء متفاعل داخل المجتمع، كغيرهم من الأفراد العاديين، وتسهم في تقريبهم من أسلوب الحياة العادية قدر الإمكان. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في دراستها لهذا الموضوع، حيث بحثت الأساليب المناسبة لذوي الحاجات الخاصة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج من أهمها، وجود حاجة ملحة لتغيير النمط الذي يتم من خلاله التعامل مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، والقائم على أساس عزل هذه الفئة من الأطفال عن أقرانهم العاديين، وضرورة البدء بعملية الدمج لذوي الحاجات الخاصة مع أقرانهم العاديين؛ لأنها الطريقة الفاعلة لتمكين هذه الفئة من التحصيل العلمي بطريقة أكثر فعالية، إذا ما تمت مراعاة مجموعة من الشروط التي لا بد أن يتعاون على تنفيذها المدرسون والمدارس والجهات المختصة. استفاد الباحث من الدراسة كونها ركزت على الطرق الفاعلة في تدريس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وأثر الإبتعاد عنها في عدم تحقيق الأهداف.

وفي دراسة عبد الحميد الكبش (Kabesh, 1999) بعنوان "التأهيل المبني على المجتمع، من خلال تطوير البرامج الخاصة بمؤسسات التنمية المجتمعية"، وهدفت الدراسة إلى تعزيز تطبيق التأهيل المبني على المجتمع من خلال مؤسسات التنمية المجتمعية من أجل دمج وتنمية كل المجتمع ومن أجل جودة فضلى لحياة كافة أفراد المجتمع، معاقين وغير معاقين في جمهورية مصر العربية، وهي دراسة وصفية لـ 17 مؤسسة و 360 شخصاً في ثلاث محافظات هي القاهرة، والغربية، والمنيا، لإعطاء إجابات عن الأسئلة والطلول التي يمكن أن تكون حاسمة للتنمية والمعاقين، واستخدم الباحث العينات الممثلة، الإستبانة، البحث الميداني، قاعدة البيانات، المقابلات، المجموعات البؤرية، إدخال وتحليل البيانات، وكانت أهم النتائج أن مؤسسات التنمية المجتمعية التي تقدم خدمات متنوعة، ولكنها لا تعطي اهتماماً كافياً نحو تقوية المجتمع واستمرار خدماتها. عدد المعاقين في هذه المؤسسات قليل يمثل فقط 17% من المستفيدين، ويوجد مؤسسات غير محددة العدد أو

نسبة المعاقين المستفيدين فيها. المعاقون مستقبلون للخدمات فقط ونسبة مشاركتهم في التطبيق تمثل 29.1% وفي التخطيط والمتابعة 25%. نسبة تمثيل المعاقين في المؤسسات قليلة جداً، فقد وُجد أن عشرة معاقين فقط مسجلون في الجمعية العمومية لإحدى المؤسسات، وإثنين فقط في مؤسسة أخرى، والأخريات لا يوجد بها أعضاء معاقون، وكانت أهم أسباب عدم تقديم خدمات من المؤسسات للمعاقين، 71.5% أسباب مالية (عسر مالي)، و 42.7% غياب الخبرات الكافية، و 78.6% من الأسباب لا علاقة لها بالمعاقين وأسرهم، و 92.9% لا علاقة لها بالمجتمع. العاملون في مؤسسات التنمية المجتمعية لهم توجهات إيجابية تجاه المعاقين، ولكنها غير مبنية على معرفة وخبرات كافية، حيث إن 23.7% منهم لم يستطيعوا أن يعبروا عن تعريف للأعاقة، و 31.2% لم يعرفوا أنواع الإعاقات، و 80.8% بنوا فرضياتهم على توجهات شخصية، و 54.8% لم يتعاملوا مع أشخاص معاقين من قبل، و 21.5% لم يعرفوا ما المقصود بالتأهيل، و 22.6% لم يعرفوا عن الخدمات التي يمكن تقديمها للمعاقين، استفاد الباحث من الدراسة كونها ركزت على أدوات تقييم متنوعة وفاعلة لبرنامج التأهيل المبني على المجتمع، إذ استطاعت إعطاء نتائج عملية، وقد برز أهم عنصر في الدراسة، وهو ضعف مشاركة الأشخاص المعاقين في مؤسسات التنمية المجتمعية، وبالتالي غياب الصلة، مما حال دون قدرة البرنامج على تلبية احتياجات الأشخاص المعاقين، وكذلك كان واضحاً غياب عنصر التقييم الآخر وهو الكفاءة، مما أدى إلى ظهور النتائج على هذه الصورة، وبالتالي لن تكون هناك استمرارية للخدمات.

وفي دراسة بسام أبو حشيش (1999) بعنوان "الدور المتوقع لمديري مراكز تأهيل المعاقين حسياً بلواء غزة"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على الدور المتوقع والدور الفعلي لمديري مراكز تأهيل المعاقين حسياً بلواء غزة، كما هدفت إلى التوصل لبعض الإجراءات التي يمكن من خلالها تفعيل الدور الفعلي لمراكز تأهيل المعاقين حسياً في ضوء الدور المتوقع للمدير، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدم المقابلة الشخصية مع المديرين والاستبيان الذي تكون من 35 فقرة، والذي طبق على المعاقين الذين بلغ عددهم 140 عضواً عاملاً، وكان أهم النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الدور المتوقع من المدير

والدور الفعلي في ثلاثة أبعاد هي: "الإشراف, والإرشاد, والاستشارة", كما أشارت النتائج إلى وجود العديد من المشكلات التي تواجه المديرين في تنفيذ دورهم, والتي من بينها مشاكل في التنظيم الإداري, استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها ركزت على الجانب القيادي في برنامج التأهيل, وهو دور مدير البرنامج أو مركز التأهيل, إذ لم يستطع مدير المركز تحقيق أهداف البرنامج بالقدر والنوعية المطلوبة, وإعطاء نتائج مرضية في تغطية الخدمات, وبفاعلية وقوة تأثير على الأشخاص المعاقين, وبذلك خرجت نتائج الدراسة بوجود فروق بين الدور المتوقع والدور الفعلي للمدير, وأن المدراء يحتاجون إلى تفعيل دورهم لتحسين التأثير المرغوب من البرامج والخدمات.

وفي دراسة ثناء الخزندار (2000) بعنوان "أثر التأهيل المهني على التوافق النفسي الاجتماعي للمعوقين في محافظة غزة", وهدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر التأهيل المهني على التوافق النفسي والاجتماعي للمعوقين في محافظة غزة. وشملت الدراسة مجموعة كلية قوامها 120 معاقاً وغير معاق مقسمة إلى ثلاث مجموعات فرعية تضم 40 فرداً في كل مجموعة, الأولى من المعاقين المؤهلين في مركز تأهيل المعاقين التابع لوزارة الشؤون الاجتماعية, والثانية من المعاقين غير المؤهلين في الجمعيات الخاصة برعاية المعاقين, والثالثة من غير المعاقين, وكانت أهم النتائج أن البرنامج الإرشادي النفسي للمعوقين له فاعلية في زيادة أوتنمية قيمة التوافق النفسي الاجتماعي للمعوقين, كما أكدت النتائج أهمية البرنامج الإرشادي النفسي, وأهمية التخطيط الفعال لتلك البرامج, وما لها من أثر في إحداث التوافق, وكذلك مهما بلغت قيمة برامج التأهيل والإرشاد النفسي الاجتماعي للمعوق فإنها لا تصل إلى درجة التوافق الشخصي عند الشخص غير المعاق, وهذا يؤكد أيضاً أهمية البرنامج الإرشادي النفسي في رفع قيمة ومستوى التوافق النفسي الاجتماعي في أبعاده المختلفة, استفاد الباحث من هذه الدراسة كونها ركزت على عناصر تقييم التأهيل المبني على المجتمع, وهو الأثر والفعالية, كما أن الدراسة قد تمت في محافظة غزة على المعاقين

وغير المعاقين المنتسبين لمراكز التأهيل التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية والمؤسسات الأهلية في المنطقة. وقد سهلت الدراسة على الباحث اختيار مجتمع الدراسة.

وفي دراسة تيسير البلتاجي (2003) بعنوان " تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركياً جراء انتفاضة الأقصى بمحافظة غزة في الفترة ما بين 2000\9\28 وحتى 2001\9\28 " , وهدفت الدراسة إلى تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركياً جراء انتفاضة الأقصى بمحافظة غزة في الفترة ما بين 2000\9\28 وحتى 2001\9\28" كما هدفت الدراسة أيضاً إلى تقييم خدمات التأهيل الطبي المتوفرة, وتشخيص نقاط القوة والضعف فيها, والتعرف على مدى رضا المعاقين عنها, ومجالات التدخل لتحسينها, ثم توفير البيانات التي من شأنها مساعدة أصحاب القرار في التخطيط لتطوير هذه الخدمات. أجريت الدراسة في 5 من مؤسسات التأهيل في مدينة غزة, وشارك في الدراسة 109 من عاملي التأهيل و 139 من الأشخاص المعاقين حركياً. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك نقصاً في الأخصائيين العاملين في مجال التأهيل الطبي, وأظهرت الدراسة قصوراً واضحاً فيما يتعلق بوعي المجتمع حول مراكز التأهيل الطبي المتوفرة, وطبيعة خدماتها. كما أظهرت أن غالبية مراكز التأهيل الطبي الموجودة تتخصص في نوع واحد من البرامج, الأمر الذي يشير إلى أن هذه المراكز ليست مراكز طبية ذات خدمات متكاملة ومنسجمة مع الرؤية الشاملة للتأهيل. وقد توافقت هذه الدراسة مع دراسة الباحث كونها تطرقت إلى تقييم خدمات التأهيل من وجهة نظر مقدمي الخدمات والمستفيدين منها, في حين تختلف عنها كونها ركزت على خدمات التأهيل الطبي في محافظة غزة, أما الدراسة الحالية فركزت على تقييم خدمات التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة.

وفي دراسة نبيلة حمد (2003) بعنوان "مشكلات التنظيم الإداري لمؤسسات التربية الخاصة في لواء غزة"، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مشكلات التنظيم الإداري في المؤسسات الخاصة بلواء غزة - فلسطين، ووضع المقترحات والتوصيات المناسبة للحد منها، وهي دراسة وصفية، شارك فيها جميع العاملين في مؤسسات التربية الخاصة بلواء غزة للعام الدراسي 2002\2003 والبالغ عددهم 212 موظفاً يعملون في 12 مؤسسة موزعة على 5 محافظات (رفح - خان يونس - المنطقة الوسطى - غزة - شمال غزة)، وتمت الاستعانة بالاستبانة كأداة للحصول على المعلومات لأغراض الدراسة، وكان أهم النتائج: ضرورة وجود هيكل تنظيمي لكل مؤسسة، إيجاد وصف وظيفي للعاملين، ضرورة توافر برامج تدريب مناسبة لكل من العاملين ومجالس الإدارة، وضع وجهات نظر العاملين في المؤسسة موضع الاعتبار، وضوح العلاقة بين الأقسام، ضرورة توافر قنوات اتصال كافية، الاتجاه نحو تطبيق اللامركزية، ضرورة الالتزام بالشروط الموضوعية في طلبات التقدم للوظيفة وعدم الأخذ بالمحسوبية والواسطة، وضرورة توافر الكوادر الإدارية المناسبة لطبيعة العمل وحجم المؤسسة، واستفاد الباحث من هذه الدراسة كونها تطرقت إلى الهيكلية الإدارية في مراكز التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة، وتتوافق الدراسة الحالية مع دراسة الباحث في استخدام الباحثة الاستبانة كأداة للحصول على المعلومات من جميع العاملين وهو نفس توجه الباحث في الحصول على المعلومات حول مراكز التأهيل المستهدفة.

وفي دراسة إييد (Eide, 2004)، بعنوان "أسس أثر برامج التأهيل المبني على المجتمع في فلسطين" وهدفت الدراسة إلى وصف وقياس أثر برامج التأهيل المبني على المجتمع مع التأهيل المبني على المجتمع في فلسطين كحالة. واستخدم الباحث لدراسة الأثر تصميماً شاملاً يضم طرقاً متعددة، وتم توثيق النتائج من خلال دراسة ممثلة للخط القاعدي وتدقيق الوثائق والمستندات، وكان من أهم النتائج، أن الجهود

المبدولة تم قياسها على مستوى الأنشطة اليومية بالمطابقة مع القياسات الاجتماعية المعتبرة في حياة الأسرة والمشاركة الاجتماعية خارج نطاق العائلة. تم الإشارة بوضوح إلى أن زيادة الوعي حول قضايا الإعاقة تغير في التوجهات, وخلصت الدراسة إلى أن برنامج التأهيل المبني على المجتمع في فلسطين له أثر واضح على الأشخاص المعاقين وعائلاتهم, وكان لدى البرنامج تأثير ايجابي على الوعي, والمواقف, والممارسات تجاه الأشخاص المعاقين في مجتمعاتهم المحلية, ويوجد أيضاً حاجة لتحسين المؤشرات على أثر برامج التأهيل المبني على المجتمع, واستفاد الباحث من هذه الدراسة كونها ركزت على أثر برامج التأهيل المبني على المجتمع في فلسطين, وهي تتوافق مع دراسة الباحث الحالية في تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة, وذلك من خلال قياس الأثر الذي يعتبر أحد عناصر التقييم, وأحد متغيرات الدراسة الحالية.

الفصل الثالث

الإطار المفاهيمي النظري

1.3 المقدمة

يتناول الباحث في هذا الفصل مفهوم التأهيل المبني على المجتمع، من حيث تعريفه، وأهدافه، ومراحل تطوره، مع التركيز على حقوق الإنسان، ودعوته للمبادرة إلى محاربة الفقر الذي يؤثر على العديد من الأشخاص المعاقين، وكذلك حجم مشكلة الإعاقة عالمياً، وأيضاً يتناول مفهوم التقييم، وعناصره.

2.3 مفهوم التأهيل المبني على المجتمع

التأهيل المبني على المجتمع هذه الفكرة العملية والمطبقة في المجتمع يجب أن تتسجم تماماً مع الواقع الاجتماعي للمجتمع لتحقيق فلسفة هذه الفكرة والتي يقوم على تقديم الرعاية الصحية الأولية وتحقيق الدمج الاجتماعي ضمن معطيات ثقافية ودينية واجتماعية وسياسية للمجتمع، وذلك لتحديد قدرات المجتمع ضمن المعطيات الواقعية في مواجهة خدمات المعاقين وتعديل اتجاهاته نحوهم، وإيجاد التسهيلات والإمكانات المادية والبيئية وتدريب العناصر الفعالة في إحداث تغيير إيجابي نحو الأشخاص المعاقين. فيجب الأخذ بالحسبان أن التأهيل في المجتمع المحلي يطبق حسب معطيات كل مجتمع، فهي فكرة غير قابلة للنسخ والتقليد إذ أنها قائمة على المجتمع ذي العلاقة، فعند استحداث هذه الفكرة في أي مجتمع لابد من النظر أولاً للمواصفات التركيبية وشبكة العلاقات الاجتماعية والقيم السائدة في المجتمع، وقابليته لتلقي التغيير

ضمن هذه المواصفات, ومدى قدرته على التعامل مع المصادر الخارجية والداخلية لتنفيذ هذه الفكرة. فيجب على المجتمع أن يقدم الرموز الممثلة للمجتمع من مثقفيه ورجال الدين لبناء واجهة اجتماعية لنشاطات البرنامج وحمایته واعتماد انتشاره في المجتمع كواقع خدماتي يعتمد على الشمولية، فلا بد من التأكيد على صدق التمثيل للمجتمع المحلي لإنجاح هذا المشروع, لأن الممثلين عن المجتمع هم أصحاب التغيير الاجتماعي من حيث التقاليد والاتجاهات الاجتماعية بحيث تسهل عملية اعتماد البرنامج كمسؤولية اجتماعية عامة تحظى بالدعم والقبول (داوود, 1999).

ومنذ بداية الاهتمام بمشكلة الإعاقة والمعاقين, كان الأسلوب المتبع هو توفير خدمات الرعاية لهم من خلال إنشاء مؤسسات ومراكز لرعايتهم, وذلك اعترافاً من المجتمع بمسئوليته تجاه أفراد المعاقين. ويتطلب هذا الأسلوب أموالاً طائلة وتكاليف باهظة قد لا تحتمله إمكانية الدول النامية. إضافة إلى الاتساع الجغرافي الذي يجعل من الصعب توفير هذه الخدمات في كافة التجمعات السكانية. ومن هنا تبلورت فكرة التأهيل المبني على المجتمع C.B.R أو التأهيل المجتمعي, الذي يعتمد على أفراد المجتمع المحلي لتوفير الامكانيات اللازمة لتقديم خدمات الرعاية والتأهيل للمعوقين في مجتمعاتهم المحلية, وقد نال أسلوب التأهيل المبني على المجتمع اعتراف منظمة الصحة العالمية في العام 1975, ومن ثم انتشر على نطاق واسع (كمال, 1999), ويوجد أكثر من 100 دولة في العالم انضمت إلى نموذج التأهيل المبني على المجتمع المحلي, وتعريفه, "التأهيل المبني على المجتمع المحلي هو استراتيجية في التنمية المجتمعية العامة, المبنية على تكافؤ الفرص والاندماج الاجتماعي لكافة الأطفال والكبار المعاقين", والتأهيل المبني على المجتمع المحلي يتم تطبيقه من خلال تضافر الجهود للأشخاص المعاقين أنفسهم, وأسرة, وباقي أفراد المجتمع, في مجال الصحة, والتعليم, والتدريب, والخدمات الاجتماعية (منظمة العمل الدولية, وآخرين, 2004), وقد أظهر خبراء الصحة خلال مؤتمر عقد في إستراليا عام 2004, مبادئ ودليل تطبيق

التأهيل المبني على المجتمع المحلي, الأمر الذي يشكل نقطة انطلاق في مشاركة المجتمع والمستفيدين في وضع إجراءات التطبيق, وأوضح المؤتمر أن هناك حاجة ماسة لمشاركة المستفيدين, والمجتمع المحلي, ومقدمي الخدمات, وذوي العلاقة ببرنامج التأهيل في المناطق الريفية, وهذا يتم دعمه بواسطة: طرق التنمية المتنوعة, التدريب الملائم بواسطة الخبراء على المستوى المتوسط في المجتمع المحلي, والمبادئ والسياسات والدعم المالي من الحكومات والاتحادات (Kuiper and Allen, 2004). يتمثل الهدف العام للتأهيل المبني على المجتمع في الوصول إلى أكبر عدد من الأشخاص المعاقين في بيئاتهم, مع العمل على استثمار كامل الموارد والإمكانيات المتاحة في مجتمعاتهم, وترمي استراتيجية التأهيل في المجتمع المحلي إلى تمكين الأشخاص المعاقين من زيادة قدراتهم البدنية والعقلية إلى أقصى حد, ومن الوصول دوماً إلى الخدمات والفرص وجعلهم من المساهمين الفاعلين في المجتمع المحلي وفي المجتمع الكبير, وكذلك حفز المجتمعات المحلية على النهوض بحقوق الإنسان وحمايتها لدى المعاقين من خلال تحقيق تغيرات داخل المجتمع وذلك بإزالة الحواجز التي تعترض سبيل المشاركة, وقد حدث تطور في المفاهيم داخل نطاق التأهيل في المجتمع المحلي وكذلك في مشاركة الأشخاص المعاقين وغيرهم من ذوي العلاقة.

3.3 تطور المفاهيم في مجال التأهيل المبني على المجتمع المحلي

ويتناول هذا التطور مفاهيم الإعاقة والتأهيل مع التركيز على حقوق الإنسان, والتصدي لأوجه عدم المساواة والتخفيف من وطأة الفقر, وكذلك على توسيع دور منظمات المعاقين.

1.3.3 الإعاقة والتأهيل

يعيش على مستوى العالم أكثر من 600 مليون شخص معاق من مختلف أنواع الإعاقات, حوالي 80% منهم في الدول ذات الدخل المنخفض, حيث يعاني غالبيتهم من الفقر, ولا تصل إليهم الخدمات الأساسية في التأهيل وغيره, وهم يصارعون من أجل البقاء لتلبية احتياجاتهم الأساسية من المأكل والمسكن, وخاصة الذين يعانون من إعاقات شديدة ومتعددة, وتزداد أعداد المعاقين بسبب الحروب, والكوارث البيئية والحوادث, والأمراض المزمنة, والإيدز "مرض نقص المناعة", والإستخدام الخاطئ للأدوية, والنمو السكاني, وهي جميعاً تؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية والتأهيل (WHO, 2005), ومع تطور المفاهيم في مجال التأهيل, أصبح ينظر إلى الحواجز البيئية التي تحول دون المشاركة بأنها أهم أسباب الإعاقة, ويشتمل التصنيف الدولي بشأن الأداء والإعاقة والصحة على خمسة عوامل بيئية من شأنها أن تحد من الأنشطة أو المشاركة وهي: المنتجات والتكنولوجيا, والبيئة الطبيعية والتغيرات التي طرأت عليها بفعل الإنسان, والدعم والعلاقات, المواقف, والخدمات والنظم والسياسات. التأهيل عملية يشارك فيها الأشخاص المعاقون أو من يتحدث باسمهم, والمهنيون الذين يوفر خدمات التأهيل هم المسؤولون عن توفير المعلومات, لكي يتمكن هؤلاء من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأنهم (المرجع السابق). ومن أهم مفاهيم الإعاقة حسب التصنيف الدولي للإعاقة:

1.1.3.3 الإعاقة Handicap

يشير هذا المصطلح إلى عدم القدرة على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو عقلية أو جسمية (الخطيب والحديدي, 1998).

2.1.3.3 الضعف Impairment

يشير هذا المصطلح إلى محدودية الوظيفة وبخاصة الحالات التي تعاني من العجز الحسي كالضعف البصري, أو الضعف السمعي (المصدر السابق).

3.1.3.3 العجز Disability

يشير هذا المصطلح إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعليم أو التكيف الاجتماعي نتيجة وجود الضعف, وغالباً ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية (المصدر السابق).

2.3.3 حقوق الإنسان

تنص المادة الأولى من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أنه "يولد جميع الناس أحراراً متساويين في الكرامة والحقوق" (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان, 1948). تسعى استراتيجية التأهيل المبني على المجتمع إلى النهوض بحقوق المعاقين للعيش كمواطنين على قدم المساواة داخل المجتمع والتمتع بالصحة والرفاهية والمشاركة التامة في الأنشطة التربوية والاجتماعية والثقافية والدينية والاقتصادية والسياسية, وعدم التمييز في الجنس والفرص للمشاركة في العمل والأنشطة, ولتعزيز القواعد الموحدة, تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان الخاص بحقوق المعاقين في العام 1975, ويعتبر هذا الإعلان في غاية الأهمية, كونه يؤكد على جملة من الحقوق الأساسية التي يحق للأشخاص المعاقين ممارستها كسائر بني البشر دون أدنى تمييز بسبب الإعاقة. حيث يؤكد الإعلان أن للمعاقين نفس الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية التي يتمتع بها سواهم من البشر, ولهم الحق في الحماية من الاستغلال ومن أية معاملة تمييزية. كما يؤكد على حقهم في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي بما في ذلك الحصول على الأجهزة المساعدة, إضافة إلى حقهم في التعليم والتدريب المهني لإعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع (منشورات الأمم المتحدة , 1993), ويمكن لاستراتيجية التأهيل المبني على المجتمع المحلي أن تكون الإطار الأمثل لتنفيذ أحكام الاتفاقية.

3.3.3 الفقر

يعيش حوالي 80% من المعاقين في الدول ذات الدخل المنخفض، وغالبيتهم من الفقراء (WHO, 2005). فالفقر يؤدي إلى مزيد من الإعاقة كما أن الإعاقة تؤدي إلى المزيد من الفقر، وفي عام 2000 اعتمدت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة إعلان الألفية ووضعت لنفسها الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية لتوجيه منحى تنفيذ الإعلان، وهناك ثلاثة أهداف خاصة بالمعاقين وأفراد أسرهم وهي: استئصال شأفة الفقر والجوع، وتوفير التعليم الأساسي للجميع، والنهوض بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وفي دراسة مسحية لمخيم البريج بقطاع غزة وجد أن 35% من الأشخاص المعاقين في مخيم البريج و 45% منهم في مخيم الشاطئ ينتمون إلى عائلات فقيرة، ويوجد ارتباط متبادل بين الإعاقات العقلية والفقر، ومن ناحية الدمج الاجتماعي، لوحظ وجود أفضلية واضحة للذكور على الإناث مما يشير إلى ضرورة أخذ هذا الفرق بالاعتبار عند تخطيط برامج التأهيل (Gaza National Committee for Rehabilitation, 1993, Diakonia), ويمكن اعتبار استراتيجية التأهيل في المجتمع المحلي استراتيجية للتخفيف من حدة الفقر في إطار التنمية المجتمعية، وأن تكون فعالة في مجال النهوض بإدماج النساء المعاقات في البرامج الهادفة إلى الحد من الفقر بين النساء عموماً.

4.3.3 المجتمعات الشمولية

ويقصد بها أن المجتمعات تعمد إلى تكييف هياكلها وإجراءاتها لتيسير شمول المعاقين بدلاً من أن تتوقع منهم أن يتلاءموا مع الترتيبات القائمة، ويطبق مبدأ الشمول في السياسات، والخدمات في مجال الصحة، والتدريب على المهارات والعمالة وفي حياة المجتمع عموماً. التأهيل المبني على المجتمع المحلي يعود بالنفع على جميع الناس في المجتمع، ولا يقتصر على المعاقين. فعندما يقوم المجتمع مثلاً بادخال تغييرات لزيادة إمكانية وصول المعاقين، فإنما يسهل بذلك معيشة جميع الناس في المجتمع وإهتمام الأمم

المتحدة بالأشخاص المعاقين ووجدناها أطلقت على العام 1981 العام الدولي للمعوقين بموجب قرارها رقم 123/31 الصادر في 16 كانون الأول 1976, تحت شعار "المساواة والمشاركة الكاملة" حيث تركز الاهتمام فيه حول المشاركة الكاملة والمساواة للأشخاص المعاقين في الحياة الاجتماعية, من أجل ضمان تمتعهم بظروف حياتية مشابهة لحقوق أمثالهم من المواطنين, كما أعلنت الأمم المتحدة عن الفترة ما بين 1983-1992 أنها عقد الأمم المتحدة الخاص بالمعاقين, بموجب القرار رقم 53/37 الصادر في 3 كانون الأول 1982 (جاف, 1995), وتعد شمولي الخدمات المقدمة في برنامج التأهيل المجتمعي أحد الاستراتيجيات التي تقوم عليها التربية الخاصة , والتي تعني الخدمات الكاملة الاستراتيجية , وقد انبثق برنامج التأهيل المجتمعي ليحقق تكاملية الخدمات من حيث تقديم الرعاية الصحية الأولية, وتقديم خدمات تعليمية, واجتماعية, وتأهيلية تحقق من خلالها فلسفة البرنامج بالوصول إلى الدمج في المجتمع المحلي , وبعد أن تبنت منظمة العمل الدولية والأمم المتحدة كمنظمات دولية ممثلة للمجتمع الدولي هذا البرنامج ضمن برنامج العمل العالمي للمعاقين , تحددت مجالات تطوير خدمات المعاقين في الإطار العلمي المتكامل الشامل, والذي يشمل المحاور الرئيسية التالية : الوقاية, والتأهيل, والمساواة, حيث إن هذه المحاور التي اعتمدها برنامج العمل العالمي تتضمن الوقاية بمستوياتها الثلاثة, والتدخل العلاجي المبكر والسريع تأهلياً, وتعليمياً, وطبياً, واجتماعياً مع توفير عنصر المساواة كحق محفوظ في الفرص التعليمية والعملية, لتحقيق الفلسفة الرئيسية القائم عليها البرنامج لدمج المعاقين , وتكيفهم في المجتمع, إن الشمولية تعني وضع حد للنظرة الدونية , والتي منحها المجتمع لقدرات المعاقين , وتلبية حقوقهم ضمن الحقوق الدستورية التي كفلها القانون للأشخاص المعاقين في أي مجتمع, كذلك تعني الشمولية إشراك أكبر قدر

ممکن من الهيئات الطبية ، والتعليمية، والاجتماعية دولية أو محلية بحي ث يوجه الانتباه إلى الحاجات التخصصية للأشخاص المعاقين كهدف أساسي لخدمات هذه للهيئات (ILO et al, 2004).

5.3.3 دور منظمات المعاقين

يشمل دور منظمات المعاقين على تعريف جميع المعاقين بحقوقهم، والدعوة إلى العمل لضمان هذه الحقوق، والتعاون مع الشركاء لممارسة الحقوق في الوصول إلى الخدمات والفرص، وغالباً ما يكون في إطار برنامج التأهيل المبني على المجتمع، وهناك فئتان من منظمات المعاقين، وهما منظمات الإعاقة عموماً التي تمثل المعاقين بصرف النظر عن نمط الإعاقة، ومنظمات الإعاقة المحددة التي لا تمثل سوى الأفراد الذين يشكون من نمط معين من الإعاقة كالإعاقة البصرية أو الحركية أو السمعية، وكلا النمطين يؤدي دوره في التأهيل في المجتمع المحلي، بدءاً من المستوى الوطني حتى مستوى المجتمع المحلي في التأثير على صانعي السياسات، بشأن حقوق الأشخاص المعاقين وتكافؤ الفرص.

تضطلع المؤسسات غير الحكومية بدور كبير في مجال تقديم الرعاية والخدمات التأهيلية للأشخاص المعاقين في فلسطين، فقد أخذت على عاتقها القيام بهذا الدور في فترة الاحتلال الإسرائيلي، لسد العجز في هذه الخدمة وتقديمها للأشخاص المعاقين، وبعد إقامة السلطة الوطنية الفلسطينية استمرت تلك المؤسسات في تقديم خدماتها لمختلف فئات المعاقين، وهناك ما مجموعه 34 مؤسسة غير حكومية تقدم

خدمات للأشخاص المعاقين في قطاع غزة، بالإضافة إلى خمس مؤسسات من 52 مؤسسة مقامة لهذا

الغرض، وتُعتبر المؤسسات غير الحكومية بمثابة العمود الفقري الذي يقوم بالدور الأكبر والرئيس في

مجال تقديم الخدمات للأشخاص المعاقين في قطاع غزة (وزارة الشؤون الاجتماعية ودائرة الإحصاء

المركزية الفلسطينية، 1997).

4.3 مبادئ منهجية التأهيل المبني على المجتمع المحلي

ظهرت أفكار جديدة تنادي بمبادئ إنسانية في التعامل مع الشخص المعاق على نحو طبيعي ومساواتهم

في الحقوق وعدم الفصل والمشاركة تحت شعار "المجتمع للجميع" (ابراهيم وآخرون، 2001)، وتتناول

هذه المبادئ مفاهيم المساواة، والعدالة الاجتماعية، والتضامن، والدمج، والكرامة:

1.4.3 المساواة

من المبادئ المتفق عليها في التعاليم السماوية والتشريعات الوضعية، أن جميع البشر متساوون في الحقوق

والواجبات، وأن لكل إنسان كيانه الخاص به، وأنه يملك من القدرات الخاصة ما يجعله مختلفاً عن الآخرين

في شخصيته وحياته، إن الإختلاف في القدرات والسمات الشخصية بين بني البشر يجب ألا تقود إلى عدم

التساوي في القيمة الإنسانية، وإن الأشخاص المعاقين غير مسئولين عن هذه الاختلافات، وعن موقف

المجتمع منهم، فهم ضحايا الإعاقة التي قد تسببها عوامل بيئية كالمرض والحوادث والحروب، إلا أن

الأشخاص المعاقين يواجهون حساسية من المجتمع في عدم تلبية احتياجاتهم، لأسباب خارجة عن إرادتهم،

فقد يحرمون من فرص الرعاية الطبية أو التعليم أو التشغيل، لذلك فإن من أحد أهداف البرامج التأهيلية أن

يكون هناك إظهار لقدرات وكفاءات الأشخاص المعاقين، وتوسيع حقوقهم وواجباتهم، عن طريق إزالة التفرقة ضدهم، ولتحسين اندماج الأشخاص المعاقين في مجتمعاتهم يجب مشاركتهم في صنع القرارات، خاصة الشؤون المتعلقة باحتياجاتهم. رفع مستوى وعي المجتمع نحو الأشخاص المعاقين وإزالة الحواجز المعمارية، والسلوكية لتيسير اندماج الأشخاص المعاقين في مجتمعاتهم، ومشاركة الحركات النسائية لضمان المساواة بين المرأة والرجل في الحقوق (عودة، والحاج علي، 1992).

2.4.3 العدالة الاجتماعية

إن العدالة الاجتماعية لا تستدعي إعطاء الأفضلية للأشخاص المعاقين أو الاستمرار بإصدار قوانين خاصة بهم، بل الأهم من ذلك هو البحث في أسباب عدم تطبيق هذه القوانين، والعدالة الاجتماعية، بحيث تكون الخدمات والفرص في متناول جميع الأشخاص المعاقين، وليس بعضهم، وأن يكون الهدف توفير العناية الفردية والتدريب والتشغيل للجميع. تؤثر الإعاقة على فرص النساء في الحصول على التعليم، والعمل، والمشاركة في الحياة الاجتماعية بشكل أكبر من تأثيرها على الرجل المعوق، ويبلغ مدى تأثير الإعاقة على النساء ذروتها في فرص المرأة في الزواج، ففليلات هن النساء المعوقات والمتزوجات (أبوحيب، 1998).

3.4.3 التضامن

إن التضامن هو أحد المبادئ الاجتماعية الأساسية وبدونه يصعب لأي منا العيش، فالاعتماد على الغير ليس سمة موجودة فقط عند الأشخاص المعاقين، فجميع البشر اعتمدوا على غيرهم لسنوات عديدة من عمرهم، لذلك فمسئولية الحفاظ على حياة الناس هي مسئولية جماعية، ولهذا يبرز دور التضامن في رعاية الأفراد المعتمدين على غيرهم، كالأطفال، والشيوخ، والأشخاص المعاقين، ويجب أن ينظر إليه كامتياز

للجميع، وليس إحساناً لبعضهم، فمن الشائع في الدول الصناعية وجود قوانين وأنظمة لنقل الموارد ; الأموال، والتعويضات، والخدمات من مجموعة إلى أخرى مثلاً من العاملين إلى العاطلين لذا فمن المعتاد أن يستفيد الأشخاص المعوقون من هذه الأنظمة إذا كانت مواردهم قليلة ، ليستطيعوا أن يعيشوا حياة كريمة، وأما في الدول النامية فتتوفر أساليب مشابهة ، ولكن من قبل العائلة ، والأقارب، والعشيرة، إذن فالاعتماد على الغير ليس صفة خاصة بل للأشخاص المعاقين فقط، فجميع البشر اعتمدوا على غيره م لسنوات عديدة من حياتهم، إن التضامن هو أحد المبادئ الأساسية للمجتمع وبدونه لا يمكن لأي منا العيش (منظمة العمل العالمية وآخرون، 2004).

4.4.3 الدمج

من حق الأشخاص المعاقين المشاركة في الحياة الثقافية، والاجتماعية، والاقتصادية في مجتمعاتهم أسوةً بغيرهم من المواطنين، ولكي يتسنى للأشخاص المعاقين ممارسة هذا الحق الطبيعي والعاقل، يجب تهيئة الظروف البيئية المحيطة لتسهيل حركتهم وانخراطهم في أنشطة الحياة العامة، إن عزل الخدمات، والوظائف، والتعليم، والنقل للأشخاص المعاقين، يعود بالدرجة الأساس إلى العوامل الاجتماعية والإجفاف التقليدي بحقهم، وإذا تم عزلهم عن أنظار المجتمع سيجعلهم فئة غريبة، لذلك فإن دمجهم في مختلف أوجه الحياة الاجتماعية، والاقتصادية، والتعليمية، سيساعدهم على المدى البعيد لإقامة علاقات صداقة مع الآخرين واكتساب تقديرهم وتحقيق الكرامة الإنسانية، وقد عرف تورجونسون الدمج بأنه " تحقيق المساواة، والمشاركة وإتاحة الفرصة للأشخاص المعاقين أسوةً بأقرانهم في المجتمع وإزالة أي مظاهر التمييز تجاههم (أبومصطفى وأبو حشيش، 2000)، وبما يتعلق بموضوع دراسة التكاليف، فإن هناك شيئاً واحداً ومؤكداً، بل أن تكاليف التربية المختصة مكلف جداً وأكثر من تكاليف برامج الدمج العام إضافة إلى أنه لا يصل إلا إلى القليلين، وأن 80% من ذوي الاحتياجات الخاصة في العالم يعيشون في البلدان النامية، و أظهرت

الدراسات أن الغالبية الساحقة منهم لا تتلقى التعليم المناسب, وأن أقل من 2% من الأطفال المعاقين يتلقون نوعاً آخر من الخدمات الخاصة, فليس من الواقعي بمكان أن نفرض أن حاجاتهم ستلبي من خلال المدارس المتخصصة, والمكلفة, لذا فلن إعادة التوزيع والإستخدام السليم للمقدرات المتوفرة يمكن أن تؤدي إلى خدمات أفضل لعدد أكبر من الأطفال الذين هم بحاجة إليها, وبالرغم من الحاجة إلى مقدرات إضافية لذوي الإعاقات الشديدة, لكن الغالبية العظمى من أصحاب الإعاقات المتوسطة والخفيفة يمكن أن تتلقى تعليماً جيداً في المدارس العادية من دون أي ارتفاع كبير في التكلفة شريطة أن تتمكن المدارس ويتمكن المعلمون من التجاوب مع حاجات الأولاد (ايغنز, 2002), وشرعت وزارة التربية والتعليم الفلسطينية في تحديد معايير لمواصفات مربية الأطفال ولاسيما في كيفية تعاملها مع الأطفال المعاقين, وقد بدأت الوزارة بمشروع التعليم الجامع كمرحلة تجريبية في عام 1997, وتحول المشروع إلى برنامج معتمد في عام 2000, ليصبح هدفاً عاماً, ويوجد 10 مدارس تربية خاصة أهلية مرخصة للأشخاص المعاقين في قطاع غزة تشرف عليها الوزارة بانتداب 34 معلماً مؤهلاً للعمل مع هذه الفئة, إضافة إلى 98 معلماً في مؤسسات التربية الخاصة بالضفة الغربية, كما تم تعليم 78 معلماً لغة الإشارة كدورة مبتدئة, وتعد الوزارة ورش عمل توعوية للمجتمع المحلي عن الإعاقة; أسبابها, كيفية تجنبها, والتعامل معها, إضافة إلى عقد محاضرات تربية لجميع المرشدين, حول الاكتشاف المبكر, والمشاركة في الحلقات التلفزيونية واللقاءات والمؤتمرات, للحدوث عن تجربة الوزارة في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة (مجلة الصفوة, 2005).

5.4.3 الكرامة

المبدأ الأخير هو الكرامة إذ يجب أن يعيش الأشخاص المعاقون بكرامة ويقصد بالكرامة "توعية الحياة التي تحقق وتستحق الاحترام" ويمكن تحقيقها عندما يدرك الجميع أن جميع البشر لهم نفس القيمة والحقوق المتساوية, و يرغب الجميع بالمشاركة في الفرص والوسائل المطلوبة للقناعة الذاتية, ويشترك الشخص

المعاق في حياة المجتمع (الصفار، 1998)، وهي تعني الحياة التي يعيش فيها الأشخاص المعاقون، ويدرك فيها الجميع أن جميع البشر لهم نفس القيمة والحقوق المتساوية، وبشارك الشخص المعاق بفاعلية في الحياة مع الناس كعضو مرحب بوجوده بينهم.

5.3 العناصر الأساسية في التأهيل في المجتمع المحلي

تعتمد عملية تحديد العناصر الأساسية في التأهيل المجتمعي على المجتمع نفسه، ومستوى الخدمات المتوفرة فيه، وتقدم خدمات التأهيل من خلال ثلاثة مستويات رئيسية، هي المستوى الوطني والمستوى الوسيط والمستوى المجتمعي "المجتمع المحلي" (منظمة الصحة العالمي وآخرون، 2004):

1.5.3 المستوى الوطني

تعتبر السياسات الوطنية والدعم على المستوى الوطني، إلى جانب الإدارة على المستوى الوسيط ومشاركة الحكومة المحلية، من العناصر الجوهرية في برامج التأهيل في المجتمع المحلي، وتختلف أشكال ترابط المجتمعات بالمستوى الوطني تبعاً للهيكل الإداري للبلد وللوزارة المحددة، التي تعني مباشرة بدعم برنامج التأهيل في المجتمع المحلي، ولكن الأمر يستدعي في جميع الأحوال سياسات وطنية، لتوجيه الأولوية الشاملة وعملية التخطيط بالنسبة لكل برنامج من برامج التأهيل في المجتمع المحلي، كما يعتبر التنسيق وتخصيص الموارد الكافية على المستوى الوطني من العناصر التي تسهم في نجاح برامج التأهيل في المجتمع المحلي.

2.5.3 المستوى الوسيط

يعتبر المستوى الوسيط أو مستوى المقاطعة كما يطلق عليه، نقطة حساسة بالنسبة لتنسيق الدعم الموجه نحو المجتمعات المحلية، ولذلك من الأهمية بمكان وجود مديرين وربما لجان، لتحمل مسؤولية برامج

التأهيل في المجتمع المحلي على المستوى الوسيط أو مستوى المقاطعة, تكون مسؤولة عن ذلك. يعمل مديرو هذه البرامج عادةً في الوزارة التي تقدم الإطار التنظيمي لها, فإذا كانت وزارة الشؤون الاجتماعية مثلاً, مسؤولة عن التأهيل في المجتمع المحلي, فإن العاملين في مجال الرعاية الاجتماعية, سيطلعون على الأرجح بمسؤولية التأهيل في المجتمع المحلي كجزء من عملهم, وإذا كانت وزارة الصحة هي المسؤولة, فقد يكون العاملون في الرعاية الصحية الأولية هم المسؤولون عن التأهيل في المجتمع المحلي, وحبذا لو كان بعض المديرين في برامج التأهيل هذه من الأشخاص المعاقين, ومن مهام مدير برنامج التأهيل في المجتمع المحلي, تنفيذ البرنامج ورصده وتوفير الدعم والإشراف لتدريب العاملين المجتمعيين وإقامة العلاقات مع مختلف اللجان المجتمعية والتنسيق بين المجتمعات والموارد الأخرى.

3.5.3 مستوى المجتمع المحلي

كون البرنامج موجوداً في المجتمع المحلي فهو ملك للمجتمع, ولا بد من مشاركة ممثلي المجتمع في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم للبرنامج. إن إدراك المجتمع بالحاجة إلى إنشاء برنامج التأهيل في المجتمع المحلي أمر أساسي قبل الشروع في أي برنامج, وإذا كانت المبادرة من خارج المجتمع فإن ذلك المجتمع قد لا يشعر أنه بحاجة إلى مثل ذلك البرنامج, ولذا على مدير البرنامج أن يضمن مشاركة الأشخاص المعاقين أنفسهم وأسرهم في تحديد احتياجاتهم, ويمكن مناقشة الاحتياجات في الاجتماعات التي تعقد على مستوى المجتمع المحلي وله أن يقرر ما إذا كان يريد تلبية الاحتياجات بأسلوب منسق من خلال البرنامج, وعندها يقرر المجتمع البدء بعملية إنشاء برنامج التأهيل, ويكون أحد سبل تنفيذه من خلال قيادة لجنة تنمية محلية مجتمعية قائمة أو أي هيكل آخر يرأسه أحد الوجهاء, وتقوم هذه اللجنة بتوجيه أنشطة التنمية في المجتمع, وتتحمل مسؤولية تلبية احتياجات الأشخاص المعاقين في المجتمع, ويوفر عاملو التأهيل في المجتمع المحلي المعلومات ل الأشخاص المعاقين وأفراد أسرهم, بما في ذلك إسداء

المشورة للقيام ببعض المهام البسيطة في الحياة اليومية، أو صنع بعض وسائل المساعدة البسيطة لتحسين الاستقلالية، كالتواصل بلغة الإشارة أو استعمال العصا البيضاء للتجوال خارج المنزل، والتنسيق مع منظمات المجتمع لدمج المعاقين في المجتمع، وتوفير المعلومات عن الخدمات المتوفرة خارج إطار المجتمع المحلي لضمان وصول الأشخاص المعاقين لها، استناداً إلى وصف مهام عامل التأهيل يمكن أن يكون الأشخاص المعاقون وأفراد أسرهم من خيرة المرشحين لهذا الدور، ونظراً لزيادة مشاركة منظمات المعاقين في إطار المجتمع المحلي، فقد ازداد عدد الأشخاص المعاقين الذين يعملون في هذه البرامج، وهناك حاجة لضمان مشاركة أكبر، ويتعين تدريب العاملين في هذه البرامج والحفاظ على حماسهم والتصدي لارتفاع وتيرة الاستبدال، وهي من التحديات الرئيسية التي يواجهها قادة المجتمعات المحلية، ومديرو البرامج، ويمكن تقديم الحوافز للمتطوعين، ومنح جوائز سنوية لأفضل العاملين، وإصدار شهادات تقدير وعرافان.

6.3 الدعم متعدد القطاعات لبرنامج التأهيل في المجتمع المحلي

يتسم التعاون متعدد القطاعات في المجتمع المحلي بأهمية حاسمة، بغرض مساندة المجتمع والاستجابة للاحتياجات الفردية للأشخاص المعاقين، وتعزيز دور منظماتهم وإضافة إلى التعاون بين الوزارات الحكومية، فإن التعاون مطلوب مع المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص، وهو مطلوب بين المجتمع المحلي، وخدمات التحويل على المستويات المحلية والوسيطية والوطنية، وبفضل هذا التعاون يمكن تطوير خدمات التحويل الملائمة وتقديمها (ILO et al, 1994):

1.6.3 الدعم من القطاع الاجتماعي

وتشمل المسائل المشتركة التي ينبغي الوفاء بها في حالة الإعاقة، والمعاشات التقاعدية للأشخاص المعاقين، والمعينات التقنية، والتعديلات البيئية، والتدريب المهني والتشغيل، وتنسيق عمليات التحويل للحالات التي تحتاج إلى خدمات من قطاعات أخرى. تتولى عدة جهات مسؤولية تقديم الخدمات للمعوقين

بمختلف فئاتهم, فوزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية تشرف على المؤسسات الأهلية والوطنية, حيث تشرف عليهم الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة من ناحية مهنية, كما تشرف عليهم الإدارة العامة للتنمية "دائرة الجمعيات" من ناحية التراخيص, هذا إضافة إلى تزويدهم بعدد من الموظفين على كادر الوزارة, وهناك ما مجموعه: أربع مؤسسات حكومية تابعة للوزارة في قطاع غزة, منها مراكز محمية, إضافة إلى مركز تأهيل الأشخاص المعاقين في غزة. كما يوجد وحدة تابعة للوزارة تسمى وحدة إرشاد الكفيف, تهدف إلى رعاية الأشخاص المكفوفين سواءً داخل الوزارة أو خارجها بحيث تقدم لهم الإرشاد الحركي للسير في الطرقات, ومتابعتهم في المجتمع المحلي في بيوتهم ومدارسهم وجامعاتهم, إضافة إلى تزويدهم بالأدوات المساعدة مثل العكاز المساعدة, كما يتلقى المعوقون مساعدات اجتماعية من مكاتب الشؤون الاجتماعية, إضافة إلى تأمين صحي, وذلك بعد دراسة الحالة, وتساهم الأنروا "وكالة الغوث الدولية لإغاثة وتشغيل اللاجئين" بدور حيوي وهام على صعيد تقديم الخدمات للأشخاص المعاقين في قطاع غزة, حيث قامت بافتتاح المركز الاجتماعي الأول للتأهيل في مخيم جباليا في العام 1991, وتوالى بعد ذلك افتتاح المراكز في مخيمات اللاجئين ليصبح عددها سبعة مراكز في مخيمات قطاع غزة وهي: جباليا, والشاطئ, والنصيرات, وديرالبلح, والمغازي, وخانيونس, ورفح, وتعمل المراكز السبعة ضمن برنامج التأهيل المبني على المجتمع, الأمر الذي يتطلب مساهمة فاعلة ونشطة من أسرة المعاق بشكل خاص, وسائر أفراد المجتمع بشكل عام ذلك لكي يتحقق التأهيل المنشود, وفي عام 2005 استفاد من خدمات المراكز السبعة ما يزيد على 7000 معاق (UNRWA, 2005), وأظهرت نتائج دراسة قامت بها الوكالة في العام 1998, أن المراكز المجتمعية السبعة تعتمد بنسبة 3% على الدعم المحلي, و 12% قيمة مساهمة الوكالة, في حين أن 85% المتبقية من ميزانية تلك المراكز تعتمد على التمويل الخارجي. كما ساهمت

الأنروا بحوالي 120 ألف دولار أمريكي في تغطية ثمن حصول الأشخاص المعاقين على الأطراف الصناعية، والسماعات الطبية، والكراسي المتحركة (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2001).

2.6.3 الدعم من قطاع الصحة

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً، وعقلياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض أو العجز" ويذكر إعلان المآتا (1978) أن الرعاية الصحية الأولية، هي السبيل نحو بلوغ هدف توفير الصحة للجميع، ويذكر أن الرعاية الصحية الأولية ينبغي أن تتناول المشكلات الصحية الرئيسية في المجتمع المحلي، وذلك بتوفير الخدمات التوعوية والوقائية والعلاجية والتأهيلية، وتكون بذلك مسؤولة أيضاً عن توفير الرعاية الطبية والخدمات التأهيلية، بما في ذلك المعينات والأجهزة التعويضية، وتيسير سبل الاتصال لحصول الأشخاص المعاقين على الخدمات التخصصية مثل، العلاج الطبيعي والوظيفي والنطق والأطراف الصناعية وأدوات تقويم المشي والجراحة التكوينية، ويتعين على القطاع الصحي أن يبذل جهوداً جادة لتصبح خدمات التأهيل جزءاً من الرعاية الصحية الأولية ولتزويد العاملين في الرعاية الصحية الأولية بالتدريب على مسائل الإعاقة والتأهيل، ويتعين على خدمات التأهيل التعاون مع جميع الخدمات الأخرى داخل نظام الرعاية الصحية، ومن الضروري التعاون مع قطاعات التعليم والعمل والشؤون الاجتماعية، لضمان تمتع الأشخاص المعاقين بتكافؤ الحقوق في المواطنة، وتقديم وزارة الصحة الفلسطينية خدماتها للأشخاص المعاقين على عدة مستويات منها مراكز الرعاية الصحية الأولية، وهذه المراكز لها دور في الحد من الإعاقة، حيث تقدم التطعيمات ضد الأمراض البوائية، كما يتم رعاية الحوامل والأطفال حديثي الولادة، بالإضافة إلى ذلك تقوم جميع مستشفيات الوزارة بتقديم الطوارئ

والخدمات الصحية للأشخاص المعاقين في فترات الإصابة الأولى للإعاقة، كما تقدم وزارة الصحة بعض المعينات التقنية سواء للمصابين حركياً أو غيرهم، وكمثال على هذه المعينات الفرشات الطبية، المعينات السمعية، الأطراف الصناعية، الكراسي المتحركة، كما تساهم العديد من المؤسسات الأهلية والجمعيات في تقديم الخدمات الصحية والأدوات والأجهزة المساعدة كجزء من عملها في خدمة الأشخاص المعاقين، وبالرغم من جميع الجهود المبذولة من كافة الجهات فإن الأشخاص المعاقين يعانون من نقص نوعي في الخدمات، إضافة إلى أن أهالي الأشخاص المعاقين يتحملون جزءاً من تكاليف الأجهزة المساعدة والتي تعد مكلفة نسبياً ومرهقة تزيد من الأعباء الملقاة على عاتق أهالي الأشخاص المعاقين (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2001).

3.6.3 الدعم من قطاع التعليم

لابد من التعامل بين المجتمعات المحلية وقطاع التعليم إذا أُريد تحقيق أهداف التعليم من أجل الجميع، وبما أن أكثر من 90% من الأطفال المعاقين في البلدان النامية لا يلتحقون بالمدارس فمن الواضح أنه لابد من اتخاذ الخطوات اللازمة لضمان وصول جميع هؤلاء الأطفال إلى التعليم، وتؤدي مدارس المجتمعات المحلية دوراً مركزياً في هذا العمل، ويمكن لقطاع التعليم أن يسهم مساهمة هامة في برامج التأهيل في المجتمع، وذلك بمساعدة المدارس المحلية في إطار النظام المدرسي الاعتيادي على أن يصبح أكثر شمولية، ويتعين على نظام المدارس الاعتيادي الاضطلاع بمسئولية تعليم جميع الأطفال في سن المدرسة، وهذا يشمل التركيز على الإناث من الأطفال المعاقين اللواتي كثيراً ما يهملن في بعض المجتمعات، ويمكن تعليم الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة أو الحادة الذين يحتاجون إلى قدر كبير من

الدعم الإضافي, داخل وحدات خاصة وذلك للمستوى القائم من الدعم الخارجي المتوفر لهم, وللنهوض بهدف التعليم من أجل الجميع ينبغي لقطاع التعليم أن يكيف التدريب الأولي والتدريب أثناء الخدمة لكل من المدرسين الاعتياديين والمتخصصين على السواء, وذلك استجابة للأدوار الجديدة المطلوبة في المدارس الشمولية, وكذلك لضمان أن تكون قاعات الدراسة والمرافق والمواد التعليمية في متناول الجميع, ويتعين على قطاع التعليم الاضطلاع بالمسؤولية عن جودة التعليم, وعن التقييم التربوي للأطفال المعاقين, وقد نص قانون حقوق المعاقين الفلسطيني رقم 4 لسنة 1999 في مادته العاشرة, على ضمان حق الأشخاص المعاقين في الحصول على فرص متكافئة للالتحاق بالمرافق التربوية والتعليمية والجامعات, ضمن إطار المناهج المعمول بها في هذه المرافق , وقد تبنت وزارة التربية والتعليم الفلسطينية نهج الدمج مع بدء تنفيذ التعليم الجامع في عام, 1996 حيث يتم دمج كافة الأطفال المعاقين في المدارس عدا الإعاقات الشديدة والإعاقات السمعية الشديدة, مع العلم بأن الوزارة قامت بمواءمة 70 مدرسة في قطاع غزة, لتسهيل دمج الأشخاص المعاقين في العملية التعليمية, وبلغ العدد الإجمالي للطلبة المدمجين 1051 طالب/ة منهم 34 معاقاً لديهم إعاقة مزدوجة, 274 إعاقة بصرية, أما الإعاقات السمعية فبلغت 238, وأما الإعاقات الحركية فبلغت 337, أما إعاقات النطق فتبلغ 196, وإعاقات داون سندروم بلغت 4 إعاقات, وتتوزع هذه الحالات على مديريات الوزارة في أنحاء قطاع غزة كالتالي: في مديرية شمال غزة 206 معاقاً, أما في غزة فهناك 322, وفي خانينونس 402, بينما في رفح 119 معاقاً (الصفوة, 2005).

4.6.3 الدعم من قطاع العمالة والعمل

إن العمل المنتج واللائق أمر لا غنى عنه لتحقيق الاندماج الاجتماعي والاقتصادي لكل فرد من الأشخاص المعاقين والمعوقات, إذ إن كسب الرزق يوفر للفرد الدخل والاعتداد بالنفس والشعور بالانتماء وفرصة الإسهام في معين المجتمع الأكبر, والتعاون بين برنامج التأهيل في المجتمع المحلي وقطاع العمل

والاستخدام, أمر لا غنى عنه لضمان وصول كل من الشباب والبالغين المعاقين إلى فرص التدريب والعمل على مستوى المجتمع المحلي, وقد ورد في قانون حقوق المعاقين الفلسطيني رقم 4 لسنة 1999 المادة 10.4, ضمان حق الالتحاق في مرافق التأهيل والتدريب المهني حسب القوانين واللوائح المعمول بها, وعلى أساس مبدأ تكافؤ الفرص, وتوفير برامج التدريب المهني المناسبة للأشخاص المعاقين, ويشجع قطاعا العمالة والعمل, والتدريب المهني, والاستخدام, وظروف العمل الجيد, وبإمكان الوزارات المسؤولة عن التدريب المهني والعمالة والعمل وكذلك عن الخدمات الاجتماعية, أن تعمل على تيسير الاندماج الاجتماعي والاقتصادي, وذلك بتوفير خدمات التأهيل المهني والتدريب على المهارات, من خلال مؤسسات التدريب المهني العادية ومن خلال مراكز وبرامج تدريب خاصة على حد سواء, ويشجع قطاعا الاستخدام والعمل, تكافؤ فرص العمل من خلال السياسات والتشريعات الوطنية, وإن خدمات التوظيف التي ينظمها قطاع الخدمات والعمل تساعد الباحثين عن فرص العمل من الأشخاص المعاقين على إيجاد الفرص المناسبة في سوق العمل المفتوحة, وإضافة إلى ذلك فإن بإمكان الخدمة المدنية أن تكون قدوة حسنة بأن تعتمد إلى استخدام العمال المعاقين, وذكر في خطة التنمية الفلسطينية (1999-2003) في قطاع المساعدات الإنسانية, استراتيجية إنشاء مراكز تأهيلية تشغيلية خاصة بالأشخاص المعاقين جسدياً وعقلياً وضرورة الاستفادة من خبرات الدول المتقدمة, وعلى مستوى المجتمع المحلي فإن ترتيبات التلمذة المهنية غير الرسمية على يد المدربين من أصحاب الصنعة أو منشآت الأعمال المحلية, يمكنها أن تتيح للأشخاص المعاقين فرص تعليم مهارات قابلة للاستخدام واكتساب خبرة عملية, ويمكن لدوائر الأعمال أن توفر دعماً قيماً لبرنامج التأهيل في المجتمع المحلي, بتوفير التدريب أثناء العمل وتوظيف العمال المعاقين, ورعاية أصحاب المشاريع الصغيرة من بين الأشخاص المعاقين, وإسداء المشورة إلى مراكز التدريب المهني حول المتطلبات المهنية والمهارات اللازمة لسوق العمل, ونصت المادة رقم 13 من قانون

العمل الفلسطيني لسنة 2000, على أن يلتزم صاحب العمل بتشغيل عدد من الأشخاص المعاقين المؤهلين لأعمال تتلاءم مع إعاقاتهم, وذلك بنسبة لا تقل عن 5% من حجم القوى العاملة في المؤسسة, وأكد ذلك قانون حقوق المعاقين الفلسطيني في المادة رقم 10.4 (منظمة الصحة العالمية وآخرون, 2004).

5.6.3 الدعم من قطاع المنظمات غير الحكومية

توجد في معظم المجتمعات المحلية, طائفة متنوعة من المنظمات غير الحكومية والجماعات التي يمكنها أن تسهم برامج التأهيل في المجتمع المحلي, وقد تضم هذه الهيئات منظمات الإغاثة والتنمية والمنظمات الدينية ونوادي الخدمات, بالإضافة إلى الجمعيات النسائية وجمعيات الشباب, وبمقدور بعض هذه الهيئات تقديم الخدمات إلى بعض الأشخاص المعاقين, بينما تستطيع الهيئات الأخرى أن تبذل جهوداً خاصة لشمولهم في أنشطتها, وفي إطار السياسة الحكومية يمكن للمنظمات غير الحكومية, والوطنية منها والدولية, أن تساهم بنصيب هام في تطوير برامج التأهيل في المجتمع المحلي, وذلك بإطلاق برامج في المجتمعات المحلية ثم تعميمها على نطاق أوسع, وبتدريب مديري برامج التأهيل في المجتمع المحلي وغيرهم من الموظفين, وبالمساعدة على تعزيز الخدمات في مختلف القطاعات التي تسهم في تطوير برامج التأهيل في المجتمع المحلي. تضطلع المؤسسات غير الحكومية بدور كبير في مجال تقديم الرعاية والخدمات التأهيلية للأشخاص المعاقين في فلسطين, فقد أخذت على عاتقها القيام بهذا الدور في فترة الاحتلال الإسرائيلي لسد العجز في هذه الخدمة وتقديمها للمعوقين, وبعد إقامة السلطة الوطنية الفلسطينية استمرت تلك المؤسسات في تقديم خدماتها لمختلف فئات المعاقين, وهناك ما مجموعه 34 مؤسسة غير حكومية تقدم خدمات للمعوقين في قطاع غزة, بالإضافة إلى 5 مؤسسات خاصة من 52 مؤسسة مقامة لهذا الغرض (وزارة الشؤون الاجتماعية ودائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية, 1997).

تعتمد الأنزوا برنامجاً متكاملأ في خدمة الأشخاص المعاقين, تشرك فيه دائرة الصحة ودائرة التعليم ودائرة الخدمات الاجتماعية, وذلك ضمن آلية تنسيق لضمان تنفيذ الوكالة لسياستها المتمثلة في تلقي الأشخاص المعاقين لخدماتها, فقد اعتمدت الوكالة في العام 1993, سياسة مفادها أن المعوق اللاجئ له الحق في تلقي كافة الحقوق والخدمات المقدمة للاجئين الفلسطينيين, فبرنامج الصحة الخاص بالوكالة هو برنامج وقائي سواء من حيث عنايته, بالأهات الحوامل وبالأطفال والتطعيمات, وأما على صعيد التعليم فلا توجد للوكالة أي سياسة تمنع من استقبال الطلاب المعاقين في مدارسها, وأما على صعيد التأهيل, فتعتمد الوكالة برنامج التأهيل المبني على المجتمع, فليس في سياسة الوكالة بناء مراكز بل دعم المراكز المحلية والمجتمعية القائمة, وتقدم الوكالة لهذه المراكز الدعم المالي والفني اللازم, كما تقوم بدعم توفير الأجهزة التعويضية والمساعدة, إضافة إلى ذلك فإن المراكز المهنية والمراكز النسوية التابعة للوكالة مفتوحة أمام المعاقين للاستفادة من خدماتها (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان, 2001).

6.6.3 الدعم من قطاع وسائل الإعلام

يمكن للصحف والإذاعة والتلفزيون وشبكة الإنترنت أن تزود الجمهور بمعلومات عن قضايا الإعاقة, وأن تقدم كذلك صورة إيجابية عن الأشخاص المعاقين في المدرسة أو في مكان العمل أو في السياقات الاجتماعية, وينبغي لجميع أصحاب المصلحة في المجتمع المحلي, العمل يدأ بيد مع الإعلام للوقوف على الأولويات, ولتوفير المعلومات ذات الصلة (منظمة الصحة العالمي وآخرون, 2004).

7.6.3 التعاون من أجل دعم المجتمع

لا يمكن لبرامج التأهيل في المجتمع المحلي أن تنجح, إذا كان كل قطاع من القطاعات المذكورة أعلاه يعمل بمعزل عن غيره, إن عدم وجود نظام شامل وموحد لخدمات التأهيل, ومحدودية التنسيق بين الجهات

الحكومية وغير الحكومية المختلفة العاملة في هذا المجال, قد يؤدي إلى إزدواجية الخدمات المقدمة, وعدم تلبية الاحتياجات الحقيقية للمجتمع الفلسطيني, لذا لابد من وجود نظام شامل للتأهيل, يطبق من خلال كل الجهات المعنية, للتغلب على الهوة الموجودة بين الخدمات المقدمة حالياً والاحتياجات الحقيقية المطلوبة مستقبلاً (Bethlehem Arab Society, 2002), وعليه فإن خدمة الدعم التي تنتظر إلى مجمل احتياجات الشخص, وليس إلى مجرد محور الخدمات التي تقوم بها, هي التي يرجح أن تتعاون مع غيرها من الخدمات, فالتعاون مع مجموعات الموارد الأخرى في المجتمع ضروري لأن خدمات الحكومة لوحدها لا يمكنها تزويد الأشخاص المعاقين والمعوقات بفرص العمل أو الاندماج الاجتماعي.

7.3 نبذة تاريخية عن الخلفية النظرية للتأهيل المبني على المجتمع المحلي

شهدت خطاب حقوق الإنسان خلال خمسينيات وستينيات القرن الماضي, زيادة المطالب بالحقوق المدنية في الغرب عموماً, وفي الولايات المتحدة الأمريكية خصوصاً, وقد تركزت هذه المطالب خاصة في الدفاع عن حقوق المرأة, ولم يكن حتى ذلك الحين موضوع الإعاقة مطروحاً, بشكل جدي على طاولة القرار السياسي في الغرب, غير حرب فيتنام وما خلفته من أجواء معادية له, وإنتاجه الآلاف من المعاقين الأمريكيين, قد أدت إلى قرار سياسي أمريكي, بإعطاء المعاقين الاهتمام اللازم, وبدأت تظهر سياسة دمج المعاق في بيئته, وكان المنطلق الرئيسي لهذه النظرية "التأهيل ضمن البيئ الطبيعية للأشخاص المعاقين", هو التحول في النظرة المجتمعية المهيمنة من تناول قضية الإعاقة, وكأنها مسألة طبية, إلى اعتبارها قضية مجتمعية, يكمن حلها في تغيير النظرة الاجتماعية حول الإعاقة في اتجاه قبول الشخص المعاق, كإنسان له حقوق في الحياة ضمن إطار المجتمع, والبيئة التي يعيش فيها, وتجسد أول ظهور لهذه النظرية

عملياً، عندما أنشأت مجموعة من الأشخاص المعاقين في بركلي بكاليفورنيا (مركز العيش باستقلالية) ، هدفت منه تأمين الخدمات للأشخاص المعاقين ضمن بيئتهم المحلية ، وكبديل عن الحاجة إلى المؤسسات والخدمات الإيوائية ، وانتشرت هذه الفكرة في أمريكا وأخذت تعمل على تعدي ل القوانين تجاه المساواة للأشخاص المعاقين مع باقي أفراد المجتمع الأمريكي ، ونشأ هذا المفهوم "التأهيل في المجتمع والبيئة المحلية" بناء على ثلاثة قواعد أساسية هي: إبقاء الشخص المعاق ضمن بيئته الطبيعية وتلقيه الخدمات التي يحتاجها في إطار مجتمعه ، استغلال كل الموارد الكامنة في هذه البيئة لصالح دمج الشخص المعاق فيها، العمل مع مختلف القطاعات في المجتمع من أجل تغيير السياسية العام ة، وضمان انتشار هذا المفهوم بالشكل الواسع بما فيه التفاوض مع الدولة ومؤسسات المجتمع المدني، ومنذ أواخر السبعينيات طرح على المجتمع الدولي بحماسٍ شديدةٍ منهجين جديدين لمواجهة مشاكل الصحة والإعاقة، خاصة بالنسبة لدول العالم الثالث ، وهما منهج الرعاية الصحية الأولية، ومنهج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، وخلال العقدين الماضيين انتشرت العديد من النماذج كممارسة تطبيقية، حيث أعلنت مجموعة من دول العالم الثالث تبنيها للمنهجين السابقين من خلال برنامج الصحة للجميع عام 2000، كأهداف يمكن تحقيقها من خلالهما (عزالدين ، 1999)، وبعد ذلك أصبح نهج التأهيل المجتمعي جزءاً من حركة كبيرة، لقيت اعترافاً عالمياً على نطاق واسع، حيث يجري تطبيق هذا النهج في عدد كبير من البلدان، سواء من خلال البرامج الحكومية ، أو من خلال برامج المنظمات غير الحكومية (NGO's)، واعتمد برنامج التأهيل المجتمعي المحلي ضمن برنامج العمل العالمي ، من أجل الأشخاص المعاقين، وأصبحت الفلسفة التي يقوم عليها البرنامج، هي مركز جذب هام لكافة البرامج التنموية المجتمعية، وتشكلت كتعبير حقيقي عن مبدأ المساواة والعدالة الاجتماعية.

8.3 مبررات ظهور فكرة التأهيل المبني على المجتمع في دول العالم الثالث

ظهرت فكرة التأهيل المبني على المجتمع للمعاقين كطرح موازيٍ لبرامج الرعاية الصحية الأولية، التي حملت شعار الصحة للجميع عام 2000، ونظراً لنجاح برامج الرعاية الصحية الأولية الموجهة للأفراد في المجتمعات المحلية دون استثناء، غير الخدمات المقدمة للأشخاص المعاقين من خلال برامج الرعاية الصحية الأولية لم تكن كافية، فكان لابد من التوسع بخدمات الأفراد المعاقين لتلبية احتياجاتهم ضمن مجتمعاتهم المحلية، ولمواجهة ازدياد نسبة الإعاقة بين الأطفال مع ارتفاع تكلفة التأهيل المؤسسي بالإضافة إلى التركيز على التأهيل، فبدأت فكرة تقديم خدمات التأهيل للمعاقين في إطار البيئة الطبيعية لهم، مع مشاركة فعالة لأفراد المجتمع المحلي والأسرة كأسلوب خدماتي وتنموي، فكان من أهم مبررات ظهور فكرة التأهيل المجتمعي في دول العالم الثالث هي: قامت الخدمات المؤسسية على عزل الأشخاص المعاقين عن المجتمع الذي يعيشون فيه، دون أي دور للعائلة، أو المجتمع تجاههم، مما أدى إلى وجود فجوة عميقة بين الشخص المعاق وباقي أفراد الأسرة والمجتمع (الصفار، 1998)، كما أن زيادة نسبة الإعاقات بين الأطفال بسبب نقص نسبة الوفيات بين الأطفال المعاقين، حيث تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد الأشخاص المعاقين في دول العالم الثالث هي من 100-120 مليون شخص، وأن هذه النسبة في زيادة مطردة، بحيث أن نسبة الأفراد الذين يتلقون خدمات متخصصة هي 2.6-3%، أي ما يعادل 3.6 مليون شخص معاق من أصل 120 مليون (WHO, 1989). إن ارتفاع كلفة تجهيز المؤسسات الخاصة التي تقوم على تقديم الخدمات التأهيلية والتعليمية والتربوية الخاصة والأجهزة المتخصصة مما يترتب على ذلك تكلفة مرتفعة، ويشير عزالدين (1999)، إلى أن المصاريف الجارية لمركز حكومي يخدم 40 طفلاً في الأردن قادرة على تغطية نفقات ومتطلبات 3 مراكز تأهيل

مجتمعي من خلال برنامج التأهيل، وتقدم خدمة لأضعاف المستفيدين في المركز الحكومي، والفجوة الكبيرة بين الخدمات المقدمة للمعاقين، والخدمات التي يحتاجها الأشخاص المعاقين، ظهرت من خلال دراسة صندوق الملكة علياء للعم ل الاجتماعي التطوعي الأردني عام 1979، التي أشارت إلى أن 50% من الأفراد المعاقين المسجلين في استمارة إحصائية للصندوق حيث تم تسجيل 18.929 شخص معاق فيه، 50% منهم لا يتلقون أي نوع من الخدمات الطبية، والتعليمية والاجتماعية (عز الدين، 1999)، إن نسبة 60 - 80% من الأفراد المعاقين في البلدان النامية يعيشون في مناطق ريفية، بعيدين عن المراكز والمؤسسات المتخصصة، ولا يتلقون فيها أي خدمة تعليمية، تأهيلية أو صحية (الصفار، 1998)، والخدمات المؤسسية تعزز الاتجاهات السلبي ونح و الأشخاص المعاقين، بحيث إنها لا توفر مناخاً ملائماً للاندماج الاجتماعي، مع محدوديتها في استيعاب أعداد كبيرة من الأشخاص المعاقين، والارتفاع في نسبة 70% من خدمات الأشخاص المعاقين، يمكن تلبيتها في المجتمع المحلي، وأن 20% من الخدمات يمكن تلبيتها على مستوى المنطقة، و10% من الخدمات يمكن تلبيتها على المستوى الوطني في المراكز الأكثر تخصصية (WHO, 1989)، إن برامج التأهيل التقليدية المعتمدة على المؤسسات التدريبية الخاصة لم تتمكن من تلبية حاجات الأشخاص المعاقين، فهي تركز على تغيير الشخص المعاق نفسه، وهذه الممارسة لم تجعل الأفراد المعاقين يمارسون حقوقهم المدنية، ويشاركون في بناء مجتمعهم أسوة بالأشخاص من غير المعاقين.

9.3 خلفية تاريخية حول تأهيل الأشخاص المعاقين

بدأ العمل مع الأشخاص المعاقين في نهايات القرن قبل المنصرم والتي كانت تعود للمؤسسات التبشيرية والمؤسسات الدينية، والمرتكز **على** النظرة الخيرية المبنية **على** الشفقة والعطف والعجز المطلق للأشخاص المعاقين وتصويرهم بأنهم أداة لكسب رضى الرب ، أو أن العمل معهم طريق لتأنيب الذات والتكفير عن خطاياها، مروراً ببدء إنشاء المؤسسات العاملة **على** رعاية المعاقين بشكل منفصل عن الكنيسة ودور رعاية الأيتام، حيث أنشئ أكثر من مؤسسة إيوائية تقدم الرعاية الطبية والخدمات الصحية وتوفر الملجأ للأشخاص المعاقين حتى يتوفاهم الله، ولكي ينعموا بنوع من الحياة كانت في الغالب أفضل من حياة هؤلاء في بيئتهم كون **المجتمع** في تلك الفترة كان يعتبر الأشخاص المعاقين هم لعنة من السماء ، انتقاماً من الأسرة أو أن مساً من الشيطان قد أصاب هذا الشخص الذي يجب عزله عن الناس ، خوفاً من العار والوصمة التي ستلحق بالأسرة بالإضافة للأثر الذي قد يتركه مثل هذا الشخص **على** سمعة الأسرة وبناتها اللواتي سيحكم عليهن باللعنة مدى الحياة، فكانت هذه الملاجئ هي السبيل الأنجع لكلا الطرفين ، فمن جهة تتخلص الأسرة من هذا المشبوه غير المرغوب به ، ومن جهة أخرى يجد هذا الشخص مكاناً فيه من التعامل الإنساني ما يحفظ له حياة أكرم من تلك التي كانت في منزله ، وللحق فإن هذه المؤسسات قد ساهمت في تغيير حياة الكثيرين من الأشخاص المعاقين خصوصاً المعاقين حركياً والمعاقين بصرياً حيث وفرت لقسم منهم فرصة التعليم الأكاديمي التي حرم منها أقرانهم، أسوة بغير المعاقين في بعض القرى والبلدات لم يكن بها فرص تعليمية، ثم تطور الاهتمام بالمعاقين وأصبح يُنظر إليهم كأشخاص ذوي احتياجات خاصة، وبالإمكان تأهيلهم ليعودوا منتجين ومنتجين في مجتمعاتهم، ففي الأربعينيات اعتمد العمل مع الأشخاص المعاقين على المؤسسات المحلية والدولية غير الحكومية (أبومصطفى وشعت، 1997).

تأهيل الأشخاص المعاقين عالمياً: يشير استعراض التجارب العالمية في تطبيقات التأهيل المجتمعي على أن معظم التطبيقات قد ارتبطت بالتطورات المنهجية خلال العقود الثلاث الماضية، وتتميز منهجية التأهيل المبني على المجتمع في أنها تقوم على خصوصية المجتمعات المستهدفة للتطبيق، فالتركيب الثقافي والحضاري والاقتصادي والسياسي للمجتمع التطبيق، وهي عوامل حاسمة في تحديد ملامح التطبيق واستراتيجياته وفي تحديد المدخلات والأدوات المناسبة لتحقيق الأهداف وتقديم النجاحات، وبحيث يمكن القول أن لكل تجربة من الخصوصية ما يميزها عن التجارب الأخرى، وذلك ارتباطاً بالمتغيرات التي تميز مجتمعات التطبيق المختلفة، وفيما يلي استعراض حول نماذج من تطبيقات منهجية التأهيل المجتمعي للتعرف على الخبرات العالمية والعربية وتوظيفها محلياً:

برنامج غيانا: بدأ برنامج غيانا للتأهيل المجتمعي سنة 1986، كهيئة وطنية غير حكومية وتدار نشاطاتها من خلال مجلس يتكون من تسعة أعضاء منتخبين من الأقاليم، ويقوم على إدارة وتسيير البرنامج هيئة تنفيذية، وبدعم فني من مستشار غير متفرغ، هذا بالإضافة للموظفين المعيّنين لمختلف نشاطات البرنامج في المركز، أما في الأقاليم فيقوم على إدارة البرنامج لجنة على مستوى الإقليم أو المنطقة، وتنفذ النشاطات من خلال منسق المنطقة المسؤول المعين، بما فيها وحدات المصادر المحلية، وتتشكل الهيئة من الأعضاء العاديين من الأشخاص المعاقين وأهاليهم، وكذلك الأعضاء الداعمين الملتزمين بفلسفة التأهيل المجتمعي.

برنامج نيبال: بدأ برنامج التأهيل المجتمعي في نيبال سنة 1991 وذلك من خلال جمعية المعاقين النيبالية التي كانت قد أُسِّسَتْ سنة 1969، وقد جاء برنامج التأهيل المجتمعي ليكون البرنامج الخامس للجمعية بعد برامج التربية الخاصة، والتدريب المهني، والشلل الدماغي، وقرية الأطفال الأيتام ومستشفى العظام، وبدأ البرنامج بالتعاون مع المنظمة السويدية الدولية للمعوقين.

برنامج غانا: بدأ برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي للأشخاص المعاقين في غانا سنة 1992، من خلال وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، بالتعاون مع منظمتان غير حكومية من السويد والنرويج، وبمساهمة فنية من منظمات الأمم المتحدة المتخصصة، وقد تحددت أهداف البرنامج في تعزيز الحقوق الإنسانية للأشخاص المعاقين وذلك بتنمية الوعي العام وتفعيل المصادر المحلية، وبني برنامج التأهيل المجتمعي في غانا على منهجية المشاركة والتكامل بين وزارات الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل والتعليم، ويقوم على إدارة البرنامج فريق من وزارة الشؤون الاجتماعية، ويتوجه من لجنة وطنية للتنسيق يتمثل في عضويتها تلك الوزارات المعنية ومنظمات الأشخاص المعاقين.

برنامج المكسيك: انطلق مشروع الصداقة (بريجمو) في المكسيك من مرفق للرعاية الصحية الأولية في إحدى القرى، ونجح في إبراز احتياجات الأشخاص المعاقين في القرى الريفية النائية، ويقوم البرنامج الذي استحدثه ديفيد وورنر على مبدأ تدريب عامل التأهيل في القرية للقيام بمسؤوليات التشخيص والإرشاد والعلاج وتدريب المعاقين وأسره في التعامل مع مشكلة الإعاقة في إطار الجهود والموارد المحلية دون الاعتماد على العالم الخارجي.

برنامج الفلبين: بدأ برنامج التأهيل المجتمعي في الفلبين سنة 1981، من خلال مركز للتأهيل، وقد بني البرنامج على النهج الأساسي لمنظمة الصحة العالمية في إطار برنامج الصحة الأولية وعادة ما يوصف هذا التطبيق بأنه الأكثر نجاحاً لهذا النهج، ويقوم تنفيذ البرنامج على دور المشرفين المحليين الذين يتم تعيينهم للبرنامج من خلال المجتمع، ويجري تدريبهم للقيام بمهام الاكتشاف وتطبيق إجراءات تأهيل المعاقين حسب الموجهات المتضمنة في الدليل التدريبي الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وغالباً ما يعمل المشرفون لفترة 2-3 أيام في الأسبوع بشكل تطوعي مع مجموعة من 4-8 من الأطفال المعاقين.

برنامج زمبابوي: بدأ برنامج التأهيل المجتمعي في زمبابوي من خلال مؤسسة زيمبكر المسؤولة عن رعاية الأطفال المعاقين عقلياً في زمبابوي، كنتيجة لدراسة وطنية استقصائية كانت قد أجريت سنة 1981 حول واقع الإعاقة أجريت سنة، حيث أشارت إلى أن هناك الآلاف من الأشخاص المعاقين يعيشون في المناطق الريفية التي تفتقر لأي نوع من خدمات التأهيل، حيث بدأ البرنامج الامتدادي لمساعدة الأشخاص المعاقين في مجتمعاتهم، وذلك بالتعاون ما بين وزارة الصحة والصليب الأحمر وبعض الجمعيات الخيرية، وبدأت تطبيقات البرنامج الأساسية من خلال المنظور الطبي لمنظمة الصحة العالمية، حيث تبنت الصليب الأحمر في زمبابوي تعيين مساعد طبي تكون لديه مرهلات علمية لا تقل عن سنتين في المجال الطبي ليكون مسؤولاً عن تقييم الحالات وتخطيط البرامج التأهيلية الفردية وإجراءات التحويل الضرورية، بالإضافة إلى مسؤولية تدريب المنسقين والمتطوعين المحليين.

برنامج أندونيسيا: بدأ برنامج التأهيل المهني المبني على المنهجية المجتمعية في أندونيسيا من خلال برنامج للتعاون الفني ما بين الحكومة ومنظمة العمل الدولية خلال الفترة ما بين 1979-1982 وقد كان البرنامج جزءاً من سياسة الحكومة في الوصول بالخدمات الاجتماعية إلى كل أنحاء البلاد وتحديداً للمناطق النائية والموزعة في العديد من الجزر التي تتكون منها الدولة الأندونيسية، وتقوم منهجية التطبيق في برنامج أندونيسيا على عنصرين أساسيين يتوجه أحدهما نحو تدريب مجموعات من العاملين في مؤسسات التأهيل الحكومية حول المبادئ والأهداف التي تؤسس لبرنامج يصل بخدمات التأهيل المهني للأشخاص المعاقين إلى مجتمعهم وبطريقة تهدف إلى استثمار كافة الموارد المتوفرة في المجتمع المحلي، وتوجيهها وتكييفها لمواجهة حاجات التأهيل المهني للأشخاص المعاقين.

برنامج الأردن: بدأت التجربة الأردنية في مجال التأهيل المبني على المجتمع المحلي تجربة رياضية في المناطق العربية، حيث تعود بدايتها إلى سنة 1982، وذلك بالتزامن مع السنة الدولية للأشخاص المعاقين حين بدأ باستحداث مشروع رياضي في إحدى مخيمات اللاجئين الفلسطينيين بالأردن من خلال برنامج للتعاون ما بين وكالة الأمم المتحدة للإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الانروا) وبعض المنظمات الدولية غيرالحكومية العاملة في الأردن، وبمشاركة الحكومة الأردنية في الاعداد والتخطيط لهذا الاستحداث الريادي، وانطلق برنامج التأهيل المجتمعي في الأردن سنة 1993 من خلال مشروع التعاون ما بين الجمعية الطبية الأردنية السويدية، منظمة اليونيسيف، ووزارة الصحة الأردنية، وقد ساهم المشروع في تحسين الحياة لأعداد كبيرة من الأشخاص المعاقين وأسرههم وأن ينمي مهارات العشرات من العاملين المحليين لمواجهة حاجات تأهيل الأشخاص المعاقين في المجتمع (داوود، 2006).

تأهيل الأشخاص المعاقين في فلسطين: أما في السبعينيات فقد أخذت مؤسسات الرعاية والتأهيل تتزايد في القطاع الأهلي خصوصاً مع تنامي مسؤوليات القطاع الأهلي في غياب الخدمات الحكومية بعد احتلال الضفة الغربية وقطاع غزة، فظهرت العديد من مؤسسات الرعاية والعناية بالأشخاص المعاقين، إضافة إلى بدء التطور والتقدم في مجال **التأهيل** والأجهزة التعويضية، مما فتح المجال أمام المعاقين لمضاعفة قدراتهم وطاقاتهم مع توفر هذه الأجهزة، إلا أن ما كان يميز هذه المراحل السابقة جميعها هي العمل المؤسسي، أي التركيز **على** الخدمة التأهيلية التي تقدم للشخص المعاق داخل المؤسسة بعيداً عن أهله وجيرانه وبيئته، وكذلك اعتبار أن مشكلة الإعاقة متمحورة في الشخص المعاق، فكان الشخص المعاق يتلقى **التأهيل** طوال حياته، كما بدأ التركيز بشكل كبير **على** المؤسسات التعليمية للأشخاص المعاقين وخصوصاً المكفوفين والمعاقين حركياً (اللجنة الوطنية، 1992)، وفي بداية الثمانينات ومع إطلاق البيان العالمي للمعاقين، والسنة الدولية للمعاقين وظهرت فلسفة الزيارات الميدانية في **التأهيل**، والتي كانت تتمثل في خروج طواقم من

المؤسسات للمناطق واكتشاف الحالات وتحويلها للمؤسسة , فقد تنامي عدد المؤسسات العاملة في مجال **التأهيل** خصوصاً في الفترة التي تلت انطلاق الانتفاضة الفلسطينية المباركة, والتي ساهمت وبشكل فعال في تحويل نظرة **المجتمع** لقضية الإعاقة نتيجة لحجم الإصابات التي خلفتها سياسة تكسير العظام التي انتهجها جيش الاحتلال في مقاومة أبطال الانتفاضة , فأصبح يُنظر للأشخاص المعاقين **على** أنهم أبطال التحرير الذين يقدمون أجسادهم فداءً للوطن وحرية, كما أن دخول نظريات **التأهيل المبني على المجتمع** في عملية **التأهيل** في فلسطين, منحت الأشخاص المعاقين موقعاً في عملية **التأهيل**, وكذلك لارتباط مؤسسات **التأهيل** بالعمل الحزبي السياسي في فلسطين منح الأشخاص المعاقين الحق في المشاركة في المؤتمرات وورش العمل التي تعقد لغايات **التأهيل**, وهذا في مجمله دفعهم للالتقاء والتفكير بما يدور حولهم وأعطاهم الفرصة لإسماع صوتهم (المصدر السابق), كما هو الحال في مجال الخدمات الأخرى, تبدو برامج العناية التأهيلية للمعاقين مجزأة, وتقدم من خلال ثلاثة أنظمة مختلفة: الجهاز الخاضع للحكومة, ووكالة الغوث الدولية, وقطاع المؤسسات الأهلية الفلسطينية غير الحكومية, ومن المعروف أن الخدمات الحكومية تقدم القليل إلى الأشخاص المعاقين, وتقدم وكالة الغوث الدولية خدمات على مستويات مختلفة, ولكنها تشمل قطاع اللاجئين من السكان فقط (المصدر السابق), لذا فإن الجسم الأكبر من الخدمات المقدمة للمعاقين, وقع على كاهل المؤسسات الفلسطينية غير الحكومية, وكذلك فإن مفهوم التأهيل في المناطق الفلسطينية قد نشأ بمجهودات ذاتية من خلال مؤسسات أهلية محددة (Bethlehem Arab Society for Rehabilitation, 2002), وتتركز خدمات التأهيل المبني على المجتمع في فلسطين, على الاكتشاف المبكر للإعاقة, ورفع مستوى الوعي, وتغيير توجهات الجمهور, وهي لا تغطي سوى 35% من إجمالي السكان في فلسطين (سعيد وآخرين, 2000).

10.3 مشكلة الإعاقة عالمياً

تشير أرقام منظمة الصحة العالمية إلى أن أعداد المعاقين في مختلف مجتمعات العالم, تسجل زيادة هائلة حيث بلغت النسبة من 10.8% من سكان العالم, ومعظم حالات الإعاقة في الدول النامية, وكانت الأرقام السابقة تشير الى أن حالات ا لإعاقة المتوسطة والشديدة نسبتها 4.2%, وتدل هذه الأرقام على وجود ملايين من حالات الإعاقة من مختلف الأعمار في كل مجتمعات العالم (WHO, 2005), ويطلق على المعاقين الفئات الخاصة أو " ذوي الاحتياجات الخاصة " أو متحدي ا لإعاقة لتجنب الواقع السيئ والوصمة التي يحملها وصف الإعاقة, ويضاف الى العبء الذي يواجهه المعاق وأهله في مجتمعات العالم الثالث, أعباء أخرى أهمها انخفاض الدخل وتدني مستويات الرعاية الصحية والاجتماعية, وفي أوروبا أدت الحروب والنزاعات إلى زيادة مطردة في حجم الإعاقة في العالم, ففي البوسنة والهرسك أدت الحرب إلى مقتل ما يزيد عن ربع مليون شخص, وجرح حوالي 175 ألف آخرين, خمسة آلاف منهم فقدوا أطرافهم, كما قدرت الأمم المتحدة أن تثلث سكان البوسنة والهرسك عانوا من مشاكل ما بعد الصدمة (Ministry of Health of Bosnia and Herzegovina, 1999), وفي الولايات المتحدة هناك ما بين 34-43 مليون شخص يعانون من إعاقات مزمنة, إضافة إلى حوالي 2 مليون شخص يضافون سنوياً إلى مجتمع المعاقين بسبب إصابات الحبل الشوكي, حيث تعتبر حوادث الطرق والحرائق والسقوط من أماكن مرتفعة, من أهم الأسباب المؤدية لذلك (National Spinal Injury Statistical Center, 1998), وفي العالم العربي, رغم عدم وجود إحصائيات رسمية موثوقة , فان عدد الأشخاص المعاقين يقدر بحوالي 20 مليون شخص, وفي أفريقيا يزيد عدد الأشخاص المعاقين على 100 مليون شخص, وتتزايد هذه الأعداد باستمرار (الشرييني, 2005), وفي فلسطين بلغ عدد الأشخاص المعاقين حوالي 109.035 معاقاً منهم 69.145 معاقاً في قطاع غزة, يمثلون ما نسبته 3% من المجتمع الفلسطيني (المركز الفلسطيني للإعلام, 2005).

الدراسات الإحصائية في مجال التأهيل في المجتمع المحلي: ترتبط أهمية عملية جمع وتنظيم المعلومات

والبيانات حول الإعاقة بمنظومة الخدمات المقدمة في ميدان تأهيل الأشخاص المعاقين، وتزداد أهميتها

بشكل مضطرد مع تنامي الاهتمام الذي توليه الدولة والمجتمع لفئات الإعاقة، ويشير عرض الواقع إلى أن

إحصائيات الإعاقة كانت قبل سنوات العقد الدولي تقوم على تقديرات غير موثوقة ولا تحظى باهتمام

الباحثين والمخططين الحكوميين. وقد يكون التقدير الصادر عن منظمة الصحة العالمية سنة 1976،

الذي يشير إلى أن ما نسبته 10% من السكان في أي مجتمع يعانون بدرجة أو بأخرى من الاعتلال،

أساساً لإثارة الاهتمام الدولي والحكومي نحو المشكلة وظروفها وحاجاتها، وقد تكلل هذا الاهتمام بإعلان

سنة 1982، السنة الدولية للمعوقين، وإعلان الفترة 1983-1992، العقد الدولي للأشخاص المعاقين،

حيث أخذت إحصائيات الإعاقة الكثير من الاهتمام الدولي والحكومي، وأُفردت لها العديد من النشاطات

وصدرت فيها الكثير من الدراسات والمنشورات، وشهدت سنوات العقد الدولي محاولات جادة لتوفير

المعلومات الدقيقة والمنظمة حول واقع مشكلة الإعاقة في العديد من الدول، فقد أشارت دراسة ميدانية

لمكتب الإحصاء التابع للأمم المتحدة حول نسبة شيوع الإعاقة في 55 بلداً، إلى نسبة تتراوح بين (0.2%

- 21%) من السكان، وقد بينت نتائج التحليل أن الاختلاف الواسع في نسب شيوع الإعاقة بين مجتمعات

الدراسة، يرجع أساساً إلى تباين المفاهيم والمصطلحات والمنهجيات المستخدمة في الدراسات أكثر من

كونه اختلافاً حقيقياً بين المجتمعات، وهو ما يؤكد الحاجة إلى توحيد المعايير المستخدمة، بما يمكن أن

يقلل الفروقات، وبما يفيد أهداف التخطيط الوطني في بناء البرامج وتطوير النشاطات القائمة على بيانات

ومعلومات أقرب للدقة والموضوعية في تحديد حجم المشكلة وفئاتها وحاجاتها الآتية والمنظورة (داوود، 2006).

11.3 العناصر البشرية العاملة في التأهيل المبني على المجتمع

تعتمد عملية تحديد العناصر البشرية العاملة في التأهيل المبني على المجتمع، على المجتمع نفسه، ومستوى الخدمات المتوفرة فيه، ولكن هناك عناصر أساسية مشترطة في هذه البرامج: المشرف المحلي، طبيب أو مركز صحي محلي، أخصائيو علاج طبيع ي ووظيفي، أخصائيو تربية خاصة، أخصائيو اجتماعيون ونفسيون، عاملي تأهيل، متطوعون.

المشرف المحلي: وهو شخص يسكن في المنطقة المراد تقديم الخدمة فيها، يتوفر فيه الحماس للعمل أو التطوع، ويمتلك مهارات الكتابة والقراءة الأساسية، ويمكن أن يغطي منطقة يبلغ عدد سكانها 3 آلاف نسمة إذا تطوع بدوام جزئي.

طبيب أو مركز صحي محلي: للكشف الصحي على الأفراد المعاقين، ومعالجتهم وتقديم المشورة بخصوص الأفراد الذين ينصح لهم بالتحويل إلى المستشفى، وتحويلهم من ثم إلى مرافق التأهيل المجتمعي.

أخصائيو علاج طبيع ي ووظيفي: حيث يعملون على تقييم القدرات الحركية لدى الأطفال المعاقين، ووضح برنامج تدريبي وتمارين علاجية لتنمية القدرات الوظيفية والحركية لديهم، وتدريب عاملي التأهيل على متابعة تنفيذ البرامج التدريبية في المنزل أو في الوحدة مع أسر الأطفال، ويجب أن يكون حاصلًا على درجة علمية في العلاج الطبيعي، وتكون عادة زيارة المعالج الطبيعي للمركز منتظمة مرتين كل أسبوع.

أخصائيو تربية خاصة: حيث يعملون على توثيق قدرات الأشخاص المعاقين سمعياً , بصرياً وعقلياً للمساعدة في وضع البرنامج الفردي, وتحديد الخدمات التي يحتاجونها، ومتابعة هؤلاء الأفراد من خلال عملي التأهيل، وتدريب عملي التأهيل على تنفيذ البرامج الفردية والتدريبية للأطفال في المركز، وفي المنزل مع ذوي الأطفال، ويجب أن يكونوا حاصلين على درجة علمية في التربية الخاصة في تخصصات الإعاقة العقلية، والسمعية، والحركية والبصرية، ويكون برنامج منتظم للأخصائي في زيارته للمركز (الشتنير، 1998).

أخصائيو اجتماعيون ونفسيون: لمعرفة الاحتياجات النفسية للأطفال وأسرهم، والعمل على توفير الدعم من خلال المجتمع المحلي للأجهزة والمعينات، وتسهيل عملية تنفيذ البرامج التدريبية والتأهيلية للأطفال في المنازل.

عمالو تأهيل: حيث يعمل هؤلاء على تنفيذ البرامج الخاصة بالأطفال والأسرة في المنزل والمركز، على أن يتم تدريبهم من قبل فريق الأخصائيين، ولديهم تحصيل أكاديمي لا يقل عن الثانوية العامة، ولديهم رغبة في العمل الاجتماعي، وهم الركيزة الأساسية للبرنامج.

متطوعون: من كافة فئات وشرائح المجتمع، بعد تلقي التدريب اللازم، حيث يعمل هؤلاء على نطاق المجتمع، وتنظيم البرامج الخاصة والأنشطة المختلفة بالأشخاص المعاقين على مستوى المجتمع، ونشر الوعي والمعرفة، ويكونوا من وجهاء المجتمع ومتقفيه، ولديهم الدافع والرغبة في ذلك من خلال تشكيل لجان مجتمعة محلية (عبيدات، 2001).

12.3 تقييم خدمات التأهيل المبني على المجتمع

التأهيل المبني على المجتمع نموذج شائع من الخدمات التي يمكن تقديمها للأشخاص المعاقين في المناطق المهمشة، وعلى الرغم من تاريخ الخدمات المقدمة والتي تزيد على العشرين عاماً في الكثير من أنحاء العالم، من خلال المنظمات الحكومية وغير الحكومية، فإنه يوجد القليل من المؤشرات الموظفة لقياس فعالية البرامج المقدمة، عبر التقييمات التي أجريت فإنه يوجد ميل لوصف الممارسات أكثر من ممارسة الفعالية، أحد أسباب ذلك هو نقص المؤشرات القوية المضادة لقياس الممارسة (Wirz and Thomas, 2002). التقييم يعني تقدير قيمة الشيء، والتعريف العملي لتقييم التأهيل المبني على المجتمع يعود إلى مقياس الحكم المطلوب على أنشطة ونتائج برنامج التأهيل المبني على المجتمع، وكفاءة التأهيل بالنسبة للأشخاص المعاقين، وتوافقها مع الأهداف والاستراتيجية، وخطة العمل وتطبيق برنامج التأهيل المبني على المجتمع وخطة التأهيل التدريبية المقدمة للمعاقين، إن استخدام الطرق المتعددة هو استراتيجية مركزية في التقييم، وحسب باحثين عدة (and Muhit 2003, Hartley 2001, Schalock 2001) (Hartley)، ومنهجيات متعددة، فإن استعمال كل من منهج البحث الكمي والنوعي، واستخدام طرق قياس متنوعة، سوف يولد أنواع متكاملة من المعلومات التي يمكن أن تساهم في تقوية النتائج، وبشكل عام يمكن القول إنه يوجد ثلاثة أنواع من التقييم: تقييم الهدف، تقييم الإجراء وتقييم النتيجة، والعوامل الأساسية التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار في تقييم التأهيل المبني على المجتمع هي الصلة، الفاعلية، الكفاءة، الاستدامة والتأثير.

الصلة/الملاءمة Relevance: ويقصد بها التحقق من أن البرنامج يقوم بتلبية احتياجات المستفيدين، ويقدم خدمات التأهيل الشاملة للأشخاص المعاقين وأسره، وله علاقة قوية بأهداف البرنامج.

الفعالية Effectiveness: تمثل مقدار ما نستطيع إنجازه من الأهداف دون الإشارة إلى الكلفة (Laton

and Rose, 1994), فالفعالية تمثل العلاقة بين المخرجات المتوقعة والمخرجات الحقيقية

(Rosenbloom, 1993), ويقصد بها التحقق أن البرنامج حقق أهدافه بالقدر والنوعية المطلوبة, وأعطى

نتائج مرضية في تغطية الخدمات وبفاعلية وقوة تأثير على الأشخاص المعاقين, وهي تعبير عن التأثير

المرغوب فيه من البرنامج أو الخدمات في تخفيض المشاكل الصحية أو تحسين وضع صحي غير

مقبول, فقط الفعالية تقيس درجة بلوغ الأهداف المرسوم لها, والغاية أو الاستهداف من البرنامج أو الخدمة

أو المؤسسة.

الكفاية Efficiency: وهي يعني بأنه تقليل المدخلات في البرنامج بالنسبة للمخرجات المتوقعة بعد

التعرف على الأهداف والوسائل التي يتطلبها إنجاز تلك الأهداف (Laton and Rose, 1994), ويقصد

بها أن البرنامج أعطى أفضل النتائج بأقل التكاليف, وتم استغلال المصادر المتاحة بأفضل الطرق كفاءة,

وهي تعبير عن العلاقة بين النتائج المحققة من البرنامج المقدم أو النشاط, والجهود المبذولة من الإنسان,

والأموال, واجراءات صحية, وتكنولوجيا, والوقت, ومصادر أخرى.

الاستدامة Sustainability: ويقصد بها التأكد أن البرنامج يمكن أن يستمر بدون الاعتماد على الدعم

الخارجي, ولكن مراكز التأهيل المجتمعي من الصعب عليها ذلك لإعتمادها بدرجة كبيرة على الدعم

الخارجي, والذي يمكن أن يهدد خدماتها المقدمة في حال توقف هذا الدعم.

التأثير Impact: ويقصد به التأكد أن البرنامج قد خلق تأثيراً على البيئة الاجتماعية, والتنمية الاقتصادية,

وتقنيات التأهيل, والعمل المؤسسي.

على الرغم من أنه توجد أمثلة كثيرة لتقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع حول العالم, غير أن القليل منها منشور حول قياس أثر برامج التأهيل, حيث توجد كثير من الدراسات لم توثق في زامبابوي (Lagerkvist, 1992), وكولمبيا, وبوتسوانا, والفلبين (Lundgren-Lindquist, 1996), ويفهم الأثر على أنه "آثار للتدخل يمكن أن ينسب إليه بشكل فريد, ومع تدخل مؤشرات خارجية من مصادر أخرى تحت السيطرة أو المزاولة" (Rossi et al, 1999), في تطوير البرامج المجتمعية, يمكن قياس الأثر الذي يتم مع بعض درجات الشك, ولا تحدث هذه البرامج فراغاً في المجتمع, والتي يمكن أن يكون من المستحيل التمييز بين تأثيرها من تأثير عوامل أخرى مثل: التغييرات السياسية, والبرامج المنافسة, والمبادرات الموازية, والتغييرات الاقتصادية, أو التغيير في الأنظمة والقوانين, كما عرف التقييم أنه طريقة تعلم منظمة من الخبرة والاستفادة من الدروس المتعلمة, لتحسين الأنشطة السارية, وتعزيز تخطيط أفضل, باختيار بدائل للتنفيذ في المستقبل, وهذا يتخلله تحليل مختلف المراحل للبرنامج, من حيث صلته بالموضوع, تركيبته, كفاءته, وفعاليتها, وقبوله من الأطراف ذات العلاقة, ويستخدم التقييم لإخبار الجهة الداعمة بأنه تم استخدام مساهمته المالية بكفاءة, ولتعريف أفراد المجتمع وذوي العلاقة بقيمة المشروع, ولتقديم معلومات يمكن أن تستخدم أو تفيد في تصميم وتطبيق مشاريع مشابهة, ولإحداث التغيير الإيجابي على واقع الأشخاص المعاقين, فقد تم تطبيق ثلاثة طرق على الأقل لتحقيق ذلك وهي: التأهيل المبني على المؤسسة, وامتداد التأهيل المبني على المؤسسة, والتأهيل المبني على المجتمع المحلي, بينما لايمكن إنهاء فجوة إعادة التأهيل بسرعة أو سهولة, ويعتبر نموذج التأهيل المبني على المجتمع أحد أكثر الطرق الأكثر كفاءة والأكثر عملية في التأهيل (Handojo, 1991), ففي العام 1976 قررت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تضمين التأهيل في هدفها القائل "الصحة للجميع حتى العام 2000" (Helander, 1980), معترفة بذلك أن الأشخاص المعاقين في الدول النامية لديهم حاجة ماسة للتأهيل,

ولا يوجد لديهم إمكانيات متوفرة لتقديم خدمات التأهيل، وقد طورت منظمة الصحة العالمية تصميم لبرنامج التأهيل المبني على المجتمع لدمجه في برامج الرعاية الصحية الأولية، ومنذ ذلك الحين أصبح التأهيل المبني على المجتمع أداة أو وسيلة في المؤسسات الحكومية وغير الحكومية للتدخل، والذي انتشر بسرعة كبيرة جداً في أنحاء العالم، وبذلك فالأشخاص المعاقون وأسرهم ومجتمعاتهم قد استفادوا من التأهيل المبني على المجتمع في الدول باختلاف العرق، أو الثقافة، أو التنمية الاجتماعية الاقتصادية السياسية المتبعة في هذه الدول، والاعتقاد الديني الذي أعطى إثراء متنوعاً للتجارب، ففي عام 1979، قامت منظمة الصحة العالمية بنشر دليل فني للعمل مع مستويات المجتمع والأسرة (Helander, 1989)، وفي عام 1989، تم مراجعة الدليل ونشره تحت اسم "طرق التدريب للأشخاص المعاقين"، وخلال تلك السنوات كان هناك الكثير من الممارسة والنقاش حول المبادئ، والأهداف، وطرق البحث العلمي في التأهيل المبني على المجتمع، أما في عام 1992، فقد استضاف برنامج الأمم المتحدة للتنمية في جنيف، منتدى للمناقشة، عرض فيه آخر تعريف للتأهيل المبني على المجتمع في ذلك الوقت على أن "التأهيل المبني على المجتمع هو استراتيجية لتحسين الخدمات المقدمة، ولتقديم فرص أكثر عدلاً وترقية، وحماية حقوق الإنسان للأشخاص المعاقين، ويطالب بإشراك وتنسيق كافة المستويات في المجتمع (United Nations Development Project, 1993).

نشر في مقدمة للتأهيل المبني على المجتمع عام 1993، تحت عنوان "الاجحاف والكرامة"، نقاش وتحليل لخلفية ومبادئ وتقنيات الإدارة، ونظام التأهيل المبني على المجتمع، وروجعت تقنيات التقييم، ووضعت خطة التنفيذ المستقبلية للتأهيل المبني على المجتمع (Helander, 1993)، وفي أغسطس 1994، صدر بيان موقف مشترك حول "التأهيل في المجتمع المحلي من أجل الأشخاص المعاقين" عن منظمة العمل الدولية، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة، ومنظمة الصحة العالمية، وقد خلقت رسالة لمناقشة

مفهوم التأهيل في المجتمع المحلي, وتبادل المعلومات المستمدة من الخبرات في هذا المجال, والاتفاق على نهج مشترك لترويج برامج التأهيل في المجتمع, وتيسير التنسيق بين القطاعات, وتعاونها في تنفيذ هذه البرامج (منظمة العمل الدولية, وآخرون, 1994). ولتقييم برامج التأهيل المجتمعي فلا بد من تقييم عناصر الإدارة الأساسية وهي: التخطيط, والتنظيم, والتوجيه, والتنسيق, والتدريب.

التخطيط: يعتبر التخطيط الخطوة الأولى في الإدارة, ويقدر التركيز والاهتمام الذي ينصب على التخطيط سوف يكون النجاح أو الفشل في المراحل التالية, ولذلك فقد أصبح التخطيط في هذه الأيام سمة من سمات التطور في كل مكان ومجال وخاصة بعد التطور الكبير في وسائل الحاسوب ومعالجة البيانات (عبد القادر والريح, 1977). إن التخطيط ذو أهمية كبيرة في تحقيق أهداف البرنامج وبدونه يصبح العمل فيها ارتجالياً وتصبح القرارات دون أي معنى وتظهر الضرورة إلى التخطيط بسبب عدم التأكد من المستقبل وخضوع الظروف المؤثرة للتغيير المستمر (عبد, 1991), لكي يكون التخطيط فعالاً لا بد من الأخذ بالمبادئ الأساسية للتخطيط, وأبرزها التنبؤ الدقيق من خلال تطبيق أساليب التنبؤ المختلفة في المشكلات التطبيقية, الحصول على قبول الخطة والذي يأتي من خلال مشاركة فريق العمل في عملية التخطيط وهنا من الضروري تعزيز هذه المشاركة, يجب أن تكون الخطة سليمة وفعالة, التنظيم الفعال لعملية التخطيط, الموضوعية في التخطيط, التحديد المسبق لمعايير التخلي عن مشروع الخطة والإبتعاد عن الانشداد للخطة, وضع نظام للمتابعة وجعل الخطة مرنة, والالتزام في التخطيط (المصدر السابق).

التنظيم: يعتبر التنظيم في عصرنا الحالي سر نجاح المنظمات بغض النظر عن طبيعة عملها سواء كانت خدماتها ربحية أو غير هادفة للربح, إلى جانب التخطيط والتنسيق والرقابة, والتنظيم في هذا الإطار هو عملية إدارية تهتم بتجميع المهام والأنشطة المراد القيام بها في وظائف وأقسام وتحديد السلطات والصلاحيات والتنسيق بين الأنشطة والأقسام من أجل تحقيق الأهداف مع حل المشاكل والخلافات التي

تواجه كافة الأنشطة والأقسام من خلال أفراد التنظيم وبشكل ملائم، وهو الكيفية التي بمقتضاها تتم تعبئة الجهود لتيسير تحقيق الأهداف المتفق عليها عن طريق توزيع الاختصاصات والمسئوليات، وهو الوسيلة التي يمكن بها تنسيق جهود الأفراد والجماعات الذين يعملون معاً نحو غاية مشتركة لتيسير تحقيق الأهداف المرجوة بأقل ما يمكن من التنافر أو التضارب وبأقصى إشباع ممكن لكل من أولئك الذين تؤدي الخدمات من أجلهم وهؤلاء الذين يؤدون هذه الخدمات (الهوري، 1977)، تكمن أهمية التنظيم في اهتمامه بتنظيم العمل بين أعضاء الفريق، تنظيم الكيفية التي يتم بها تيسير تبادل المعلومات بين مختلف المستويات الإدارية، تهيئة سبل الاتصالات الرسمية وغير الرسمية، تهيئة الجو الملائم لتدريب أعضاء الفريق وتنمية مواهبهم.

التوجيه: يُقصد بوظيفة التوجيه، توجيه الأفراد وحفزهم لأداء العمل أو العمل وتحقيق الأهداف، ويتم ذلك عن طريق اختيار أسلوب القيادة الملائم، وأسلوب التحفيز، وخلق الجو المناسب للعمل لرفع الروح المعنوية وتحقيق نظام اتصال فعال وصولاً لتحقيق الأهداف، ويطلق على وظيفة التوجيه العديد من الأسماء مثل التحفيز، القيادة، التأثير، وإن كانت كلها تدور حول خلق بيئة عمل مناسبة وكيفية التعامل مع الأفراد داخل المنظمات، وتكمن أهمية التوجيه في انجاح العملية الإدارية، حيث يتوقف على هذه الوظيفة بعث الحياة في الخطط والتنظيم وتحقيق التكامل في الجهود وكمدخل لتحقيق الأهداف والتنسيق بينها وبين أهداف الفرد (سيد وعبد الموجود، 2003).

التنسيق: يتمركز التنسيق حول الخدمات التي تؤديها المنظمات، ويتضمن التنسيق بين احتياجات المستفيدين، إيجاد تعاون مشترك بين مجموعة من المنظمات لتحقيق أهداف مشتركة في نطاق برنامج عمل متفق عليه، تبادل المنفعة فيما بينها، عدم الإخلال بمصالح المنظمات الأخرى، ويتخذ التنسيق عادة صورتين أساسيتين: التنسيق بين المنظمات والتنسيق بين العاملين داخل المنظمة الواحدة لتحقيق أهداف

المنظمة, وعليه يكون للتنسيق أهمية في الاستفادة من خبرات العاملين وإمكانياتهم, تقرب وجهات النظر بين الفئات الإدارية والمهنية وتنفيذ التعليمات بصورة فاعلة, تعزيز سبل الإتصال, وتوفير الجهد والوقت (بدوي, بدون).

التدريب: تعتمد أي منظمة من المنظمات في مجالات النشاطات المتعددة وتحقيق أهدافها على العاملين فيها من ذوي الكفاءات والقدرات والمعلومات والخبرات المتنوعة للوصول لتحقيق أهداف المنظمة التي يعملون بها, ويظهر دور التدريب في تقديم المعرفة الجيدة, وإضافة المعلومات المتنوعة, وإعطاء المهارات والقدرات, والتأثير على الاتجاهات, وتعديل الأفكار, وتغيير السلوك وتطوير العادات والأساليب, وهو بذلك يعمل على التطوير الذاتي للفرد, ومن هذا المفهوم نجد التدريب عموماً, والتدريب الإداري بشكل خاص جميعها تنفق في أنها تشير إلى التغيير أو التحسين أو التطوير (عبد الوهاب, 1981), وقد عرف البعض التدريب بأنه "عملية منظمة مستمرة, محورها الفرد في مجمله تهدف إلى إحداث تغييرات محددة سلوكية وفنية وذهنية, لمقابلة احتياجات محددة حالية أو مستقبلية, يتطلبها الفرد والعمل الذي يؤديه والمنظمة التي يعمل فيها, والمجتمع الكبير (عبد الوهاب وآخرون, 2001).

الفصل الرابع

الأساليب

يعرض الباحث في هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي اتبعها في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث: منهجية الدراسة، ومجتمع الدراسة الأصلي، العينة التي طبقت عليها الدراسة، الأدوات التي استخدمتها الدراسة، المعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات والتوصل إلى النتائج النهائية للدراسة، وضمن الخطوات الاستدلالية التي زدنا بها من برنامج الدراسات العليا، وحسب آليات وخطوات البحث العلمي الصحيح والمتفق عليه للوصول إلى نتائج دقيقة يمكن تقديمها للآخرين مبسطة وذات بناء علمي، وعليه سارت الخطوات على النحو التالي :

1.4 تصميم البحث:

بعد انتهاء الباحث من الفصول الثلاثة الأولى التي اهتمت بمقدمة الرسالة ومراجعة النظريات والبحوث المتعلقة بالبحث والإطار المفاهيمي للرسالة، تم تحديد متغيرات الدراسة وفهم اتجاهها بشكل أكثر دقة، ومن خلال ذلك تمكن الباحث من تحديد وإعداد المقاييس التي طبقها في الدراسة، وذلك وفق مجموعة من الإجراءات التي سيتم توضيحها لاحقاً بهذا الفصل بالترتيب.

- قام الباحث بتحديد عينة الدراسة، حيث تم اختيار عينة عشوائية من الأشخاص المعاقين المستفيدين من خدمات مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة.

- تطبيق الأدوات على العينة الأولية بهدف حساب صدق وثبات الأدوات , والتحقق من صلاحيتها ,
للتطبيق على الأشخاص المعاقين المستفيدين من خدمات مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة.

- تطبيق الأدوات على العينة الكلية, وبعد الانتهاء من التطبيق, صحح الباحث درجات أفراد العينة على
المقاييس ورصد الدرجات عليها وفقاً لأساليب تصحيح كل مقياس على حدٍ , وتمت معالجة هذه
الدرجات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة بهدف الحصول على النتائج المتعلقة بفروض هذه
الدراسة.

2.4 منهج الدراسة

اختار الباحث أن تكون دراسته وصفية تحليلية مقطعية, لما يخدم هذا النوع من الدراسات موضوع
البحث, باعتبار الهدف الرئيسي للبحث هو هدف تقييمي, بغرض إعطاء صورة واضحة حول خدمات
التأهيل المجتمعي المراد تقييمها, وباعتبارها طريقة في البحث عن الحاضر, تهدف إلى تجهيز بيانات
لإثبات فروض معينة , تمهيداً للإجابة عن تساؤلات محددة بدقة وتتعلق بالظواهر الحالية والأحداث
الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء البحث, وذلك باستخدام أدوات مناسبة
(الأغا،1997).

3.4 تحديد العينة

1.3.4 مجتمع الدراسة

يضم مجتمع الدراسة الأشخاص المعاقين المستفيدين من خدمات التأهيل والبالغ عددهم (4420)
مستفيداً معاقاً/ة بواقع (2572) من الذكور، و(1848) من الإناث, أما بالنسبة لمقدمي خدمات التأهيل
المبني على المجتمع, والبالغ عددهم (151) شخصاً بواقع (47) ذكوراً, و(104) إناث في برامج
التأهيل في مخيمات اللاجئين بقطاع غزة, والذين تتشكل من برامجهم ومراكزهم لجنة التنسيق لمراكز
التأهيل المجتمعي, والعاملة مع وكالة الغوث الدولية في مخيمات قطاع غزة, والبالغ عددها سبعة مراكز

وهي: جباليا، الشاطئ، المغازي، النصيرات، ديرالبلح، خان يونس، رفح، باستثناء مخيم البريج الذي لا يوجد فيه مركز أو برنامج تأهيل مجتمعي يعمل مع وكالة الغوث الدولية بغزة، ويحظى بعضوية لجنة التنسيق لمركز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة.

2.3.4 اختيار عينة الدراسة

1. عينة المستفيدين من خدمات التأهيل:

قام الباحث باختيار عينة الدراسة بطريقة العينة العشوائية البسيطة (Simplified Random Sample)، مع مراعاة النسبة بين الجنسين، وبلغ عدد أفراد العينة (305) معاقاً/ة بواقع (154) من الذكور، و(151) من الإناث، والذين كانوا يتلقون خدمات التأهيل في المراكز خلال فترة الدراسة، كما في الجدول رقم (1).

جدول رقم (1)

توزيع أفراد عينة المستفيدين تبعاً لمتغير الجنس ومركز التأهيل (عدد=305)

المجموع	عدد الإناث	عدد الذكور	برامج التأهيل
115	60	55	جباليا
21	10	11	الشاطئ
21	7	14	المغازي
60	36	24	النصيرات
26	12	14	دير البلح
32	13	19	خان يونس
30	13	17	رفح
305	151	154	المجموع

ومن الملاحظ تفاوت الاستجابات عند المستفيدين من الخدمات في مراكز التأهيل, حيث كانت الاستجابة عالية في مركز جباليا, في حين كانت الاستجابة ضعيفة في مركز رفح, وهذا راجع لمتابعة الباحث المباشرة في مركز جباليا كونه يعمل مديراً عاماً فيها.

2. عينة مقدمي خدمات التأهيل:

قام الباحث باختيار عينة مقدمي خدمات التأهيل وذلك باختيار كافة أفراد مجتمع مقدمي الخدمات والذين يقدمون خدمات فنية متخصصة للمستفيدين في مراكز التأهيل خلال فترة اجراء الدراسة, والبالغ عددهم 151 موظفاً وموظفة بواقع (47) موظفاً و(104) موظفة, كما في جدول رقم (2), وتم استثناء موظفين ومتطوعين من الذين يعملون في وظائف لا يوجد لها علاقة أو تأثير على الخدمات المقدمة للمستفيدين (الأشخاص المعاقين) مثل: أعضاء مجلس الإدارة, والمحاسب, والسكرتيرة, وأمين المخزن, والسائق, والآذن, والفراش, والحارس, والمراسل.

جدول رقم (2)

توزيع أفراد عينة مقدمي الخدمات تبعاً لمتغير الجنس ومركز التأهيل (عدد=151)

المجموع	إناث	ذكور	اسم مركز التأهيل	برامج التأهيل
31	20	11	جمعية جباليا للتأهيل	جباليا
17	12	5	ال فلسطينية لتأهيل المعاقين - الشاطئ	الشاطئ
20	12	8	جمعية التأهيل والتدريب - النصيرات	المغازي
11	7	4	جمعية المغازي للتأهيل الاجتماعي	النصيرات
29	23	6	جمعية ديرالبلح لتأهيل المعاقين	ديرالبلح
12	9	3	مركز خانيونس لتأهيل المعاقين	خان يونس
31	21	10	جمعية الأمل لتأهيل المعاقين - رفح	رفح
151	104	47	المجموع	

4.4 المكان المحدد للدراسة

اقتصر الباحث في دراسته على عينة من المستفيدين من خدمات التأهيل ومقدمي الخدمات في برامج

التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة، والأعضاء في لجنة التنسيق لمراكز

التأهيل المجتمعي والعاملة مع وكالة الغوث الدولية في مخيمات قطاع غزة، وتم تطبيق إجراءات هذه

الدراسة في الفترة من يناير - مارس 2006.

5.4 الاعتبارات الأخلاقية

1- تقدم الباحث بطلب للجنة هلسنكي بهدف الحصول على الموافقة لإجراء البحث على العينة التي تم

تحديدها، وحصل على الموافقة (ملحق 3).

2- قام الباحث وكتاب موجه إلى مراكز التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات اللاجئين في قطاع

غزة، بهدف الحصول على الإذن بتطبيق الأدوات على عينة البحث وجمع البيانات عن المراكز، وقد تعهد

الباحث بالحفاظ على خصوصية المعلومات واقتصارها على البحث العلمي فقط (ملحق 4, 5).

3- كما قام الباحث بالاستئذان الخفي كتابياً من الم ستفيدين ومقدمي خدمات التأهيل مباشرة في مقدمة

كل مقياس، بهدف توضيح مسار الاستجابات عليها، وإعطاهم نبذة عن موضوع البحث، ومن التعهد

للمفحوصين بأن هذه المعلومات التي سيتم جمعها ستبقى سرية بحيث لم يطلب تسجيل اسم المفحوص

على أداة البحث وأن البيانات التي سيتم جمعها ستقتصر على إجراءات البحث العلمي فقط (ملحق 5).

6.4 أداة البحث

قام الباحث ذاتياً باعداد استبانة لجمع معلومات الدراسة لتقييم خدمات التأهيل المبني على المجتمع, واشتملت الاستبانة المذكورة على صورتين, تم تعبئة الأولى منهما مع المستفيدين أنفسهم عن طريق المقابلة الشخصية, أما الثانية فقد تم تعبئتها ذاتياً بواسطة مقدمي خدمات التأهيل في مراكز التأهيل المحددة (ملحق رقم 7, 8), حيث اشتملت الاستبانة على عدد من البيانات الشخصية والديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد عينة الدراسة, تمثلت في مكان الخدمة والمركز مقدم الخدمة, الجنس, العمر, مكان السكن, مستوى التعليم, مستوى الدخل الشهري, بيانات عن الإعاقة, بيانات عن تقييم الخدمات. احتوت صورة الاستبانة الأولى على 43 عبارة موزعة على 9 مجال, يتم الإجابة عنها بوضع إشارة صح في الخانة المناسبة, ومن خلال الاستبانة يتم التعرف على البيانات الأساسية المطلوبة والتي نحتاجها بهذه الدراسة وهي على النحو التالي:

الرقم	المجال	أرقام العبارات
1.	التخطيط	11, 12
2.	التنظيم	10, 13, 14, 15
3.	التوجيه والتنسيق	34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
4.	المتابعة	41, 42, 43
5.	التقييم	16, 17, 18
6.	المشاركة في تحديد الاحتياجات	22, 23, 24, 25, 26

33 ,32 ,31 ,30 ,29	التسهيلات البيئية	7.
28 ,27 ,21 ,20 ,19	مستوى الخدمات "الفاعلية"	8.
9 ,8 ,7 ,6 ,5 ,4 ,3 ,2 ,1	البيانات الديمغرافية	9.

أما صورة الاستبانة الثانية فقد احتوت على 72 عبارة موزعة على 13 مجال، يتم الإجابة عنها بوضع إشارة صح في الخانة المناسبة، ومن خلال الاستبانة يتم التعرف على البيانات الأساسية المطلوبة والتي نحتاجها بهذه الدراسة وهي على النحو التالي:

الرقم	المجال	أرقام العبارات
1.	التخطيط	8: أ، ب، ج، د، هـ، و
2.	التنظيم	7: أ، ب، ج، د، هـ، و
		9: أ، ب، ج، د، هـ، و
3.	التوجيه	10: أ، ب، ج، د، هـ، و
4.	المتابعة	11: أ، ب، ج، د، هـ، و، ز
5.	التقييم	12: أ، ب، ج، د، هـ، و
6.	التنسيق	13: أ، ب، ج، د، هـ، و، ز
7.	العلاقة مع المستفيدين	14: أ، ب، ج، د، هـ
8.	العلاقة مع المجتمع	15: أ، ب، ج، د، هـ، و، ز
9.	التسهيلات داخل المراكز	16: أ، ب، ج، د

10.	اليافطات	17: أ, ب, ج
11.	الصعوبات التي تواجه المركز	18: أ
12.	مقترحات للتطوير	19: أ, ب
13.	البيانات الديمغرافية	1, 2, 3, 4, 5, 6

7.4 الدراسة الأولية

صدق المحكمين

تم اختبار صلاحية الاستبيان بطريقتين هما:

1. صدق المحتوى/ المضمون (content validity): وفيه تم التحقق من أن بنود الاستبانة تمثل مجال الأداء السلوكي المعين الذي أعدت الاستبانة لقياسه, بحيث يرتبط المجال السلوكي على الاستبانة بالتعريف الخاص بالسمة المقيسة (فرج, 1997).
2. صدق البناء/ التكوين (construct validity): وقد تم التحقق من صدق البناء للاستبانة بصورتها (مقدمي الخدمات والمستفيدين من الخدمات), فالاستبانة الجيدة تتسم بالبناء الجيد, بحيث تشتمل على عناصر أو أجزاء وتحديد الأهمية لكل جزء منها, واختبار نوع المفردات المناسب لقياس ذلك الموضوع, كما يتم صياغة تعليمات الاختبار بشكل يساير نوع المفردات (السيد, 1997). ويعني صدق البناء أو التكوين تشبع الاستبانة بالمعنى النظري والمنطقي للخصائص التي تقيسها فقرات وأبعاد هذه الاستبانة (فرج, 1997).

قام الباحث بعرض الاستبانة على عدد من الخبراء المختصين بهدف التحقق من الصدق الظاهري للاستبيان, للكشف عن مدى ملاءمته للتطبيق على أفراد العينة, وقد اتفق الخبراء كل على حدة أن هذا

الاستبيان يقيس ما صمم لقياسه (ملحق رقم 1). ثم قام بتطبيق أداة الدراسة على عينة أولية استطلاعية قوامها (44) من الأشخاص المعاقين المستفيدين من خدمات مراكز التأهيل, و (15) من مقدمي الخدمات في مجتمع الدراسة الأصلي منهم (25 ذكراً و 34 أنثى), بهدف التحقق من صدق وثبات المقياس, والاطلاع على أسلوب استجابات أفراد العينة الاستطلاعية على الأداة والذي يعتبره الباحث كمؤشر على إمكانية تطبيق الأداة على أفراد العينة الكلية. وتم تعديل بعض الكلمات والمفاهيم لتكون أكثر وضوحاً عند التطبيق, والتأكد من صلاحية الاستبانة للاستخدام في جمع المعلومات بتطبيقها على عينة الدراسة الأولية. كما تم اختبار التركيب من خلال عمل دراسة قبلية على 10% من مجموع مجتمع الدراسة, للتعرف على الصعوبات التي قد يتعرض لها الباحث ومساعدته أثناء جمعهم المعلومات وإجراء التعديلات اللازمة على الاستبانة, بالشكل الذي يضمن وضوح الأسئلة وسهولة الإجابة عليها.

8.4 طرق جمع البيانات

قام الباحث باختيار (7 مساعدين) ممن يعملون في مجال التأهيل, وتم تدريبهم مسبقاً على تعبئة الاستبانة وطريقة إجراء المقابلة وتوزيع بعض الإرشادات المكتوبة عليهم, كما حرص الباحث أثناء تدريب المساعدين على توحيد طريقة تعبئة الاستبانة وطرح الأسئلة والحصول على الإجابات, دون أي تأثير, وقد استمرت عملية تعبئة الاستبانات ما يقارب 5 أسابيع وتمت مراعاة الأساليب العلمية والأخلاقية.

9.4 طرق تحليل البيانات

1. إدخال البيانات: قام الباحث باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لتفريغ البيانات ومعالجتها, إذ قام بتعريف المتغيرات الخاصة بكل من استمارة المستفيدين ومقدمي الخدمات وتصنيفها وإعطاء أرقام متسلسلة للاستبانات للمحافظة على سرية البيانات, وبلغ عدد عبارات استبانة المستفيدين 43 عبارة, في حين بلغ عدد متغيرات مقدمي الخدمات 72 عبارة.

2. تحليل البيانات: تم تحليل البيانات بواسطة برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS, حيث تم تصفية البيانات قبل البدء بعمل الجداول التكرارية لها, ثم عمل الاختبارات الإحصائية المناسبة والتي شملت اختبار مربع كاي (X^2) الذي يُعتبر من أكثر الاختبارات شيوعاً واستخداماً في البحوث التطبيقية ويناسب البيانات التصنيفية أو العددية أو الاستجابات التي يتم تصنيفها في فئات أو أقسام مختلفة (علام, 1993), وتم اعتبار مستوى الدلالة الإحصائية p-value عند 0.05, وذلك قبل عرض البيانات بواسطة الجداول.

10.4 معايير اختيار مجتمع الدراسة

1. المستفيدون: تم اختيار المستفيدين بشكل عشوائي بمعرفة مسؤولي المراكز, وتمثيل لكافة خدمات التأهيل المقدمة في المراكز, والتي كانت تتلقى الخدمات خلال فترة الدراسة وشمل ذلك المستفيدين في الخدمات في داخل المركز أو في البرامج الخارجية والمشاريع المنفذة.
2. مقدمي الخدمات: تم اختيار كافة الموظفين الذين يقدمون خدمات تأهيل للأشخاص المعاقين في كافة برامج ومشاريع في المراكز, إضافة إلى مسؤوليهم المباشرين, ومدراء المراكز, ورؤساء مجالس إدارات المراكز.
3. فئات مستثناءة: وشملت الأخوة والأخوات المعاقين المستفيدين من خدمات نفس المركز, والمسجلين في أكثر من برنامج أو مشروع, وموظفي المراكز الذين لا يعملون مباشرة مع الأشخاص المعاقين, والذين يعملون في وظائف إدارية غير خدمية مثل: المحاسبين, السكرتارية, الآذنة, المحاسب, السكرتيرة, أمين المخزن, السائق, الآذن, الفراش, الحارس, وأعضاء مجلس الإدارة, وقد تم استثناءهم قبل اختيار العينة, ولم يتم تسجيلهم في جداول مقدمي الخدمات للأشخاص المعاقين.

11.4 الخلاصة

تبين للباحث بعد تطبيق الأدوات على عينة الدراسة الأولية بأن جميع الأدوات تتسم بدرجة عالية من الصدق وهذا أجاز للباحث استخدام هذه الأدوات وفقاً للأسس العلمية في جمع البيانات من خلال تطبيق استبيان البحث على العينة, ومن الجدير ذكره أن الباحث لم يجد معيقات تستحق الذكر أعاقت عملية البحث العلمي, وجمع البيانات, باستثناء عدم وجود وثائق وتسجيلات دقيقة في المراكز, تسجيل عدد من المستفيدين في أكثر من قسم في نفس المركز مما يؤثر على عدد المستفيدين, توصيل المفاهيم بشكل دقيق للمستفيدين الصم اعتماداً على لغة الإشارة المعمول بها في المراكز.

الفصل الخامس

النتائج

يستعرض الباحث خلال هذا الفصل النتائج التي توصل لها بعد جمع البيانات، وتحليلها، وذلك بالإجابة عن أسئلة الدراسة باستخدام الاساليب الاحصائية المناسبة من خلال استخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لتحليل البيانات حيث تم تفرغ البيانات وتصفيتها، واستخدم الباحث التكرارات والنسب المئوية للتوصل للنتائج الوصفية، وقيمة مربع كاي للكشف عن الفروق في مستوى خدمات برامج التأهيل المجتمعي وفقاً للمتغيرات الديموغرافية، بهدف الوصول لنتائج الدراسة الاستدلالية كما يلي:

2.5 عرض النتائج

1.2.5 الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة (المستفيدين)

يعرض هذا الجزء الخصائص الديمغرافية للمستفيدين من خدمات برامج التأهيل الموجودة في مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة، ويتضح ذلك من خلال:

1.1.2.5 توزيع أفراد عينة المستفيدين تبعاً لمكان برنامج التأهيل

يتضح من جدول رقم (3) "أفراد العينة ونسبة توزيعها في البرامج حسب مكان برامج التأهيل في مخيمات قطاع غزة"، أن 37.7% من المستفيدين يتلقون الخدمات من برنامج التأهيل الموجود في مخيم جباليا، بينما 6.9% يتلقون خدمات من برنامج التأهيل الموجود في مخيم الشاطئ، و8.5% منهم يتلقون الخدمات من برنامج التأهيل الموجود في مخيم المغازي، و 6.9% يتلقون خدمات من برنامج التأهيل الموجود في مخيم النصيرات. و 10.5% يتلقون الخدمات من برنامج التأهيل الموجود في مخيم ديرالبلح، و 9.8%

يتلقون خدمات من برنامج التأهيل الموجود في مخيم خان يونس، و 19.7 % يتلقون الخدمات من برنامج التأهيل الموجود في مخيم رفح.

جدول (3)

توزيع أفراد عينة المستفيدين تبعاً لمكان برنامج التأهيل (عدد=305)

النسبة %	عدد المستفيدين	مكان برنامج التأهيل
37.7	115	مخيم جباليا
6.9	21	مخيم الشاطئ
8.5	26	مخيم المغازي
6.9	21	مخيم النصيرات
10.5	32	مخيم ديرالبلح
9.8	30	مخيم خان يونس
19.7	60	مخيم رفح
100.0	305	المجموع

2.1.2.5 توزيع أفراد عينة المستفيدين تبعاً للجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، والوضع الاقتصادي
يتضح من جدول رقم (4) جنس أفراد العينة، أن المستفيدين الذكور شكلوا في العينة نسبة 50.5%، بينما شكلت الإناث من المستفيدين نسبة 49.5% في العينة، أما الفئات العمرية للمستفيدين من الخدمات التأهيلية، فتبين أن 58% من أفراد العينة المستفيدين كانت أعمارهم أقل من 16 سنة، بينما 42% كانت أعمارهم أكثر من 16 سنة، أما الحالة الاجتماعية للمستفيدين

من الخدمات التأهيلية, فتبين أن أكثرهم كانوا غير متزوجين وبنسبة 75.4%, بينما 24.6% منهم متزوجون, في حين وجد أن المستوى التعليمي للمستفيدين كان 84.3% من المستفيدين الحاصلين على الشهادة الاعدادية وأقل من ذلك، و 15.7% حاصلون على الشهادة الثانوية فما فوق, أما عن المستوى الاقتصادي للمستفيدين, فيتبين أن الغالبية العظمى من المستفيدين مستوى الدخل الشهري لأسرهم هو أقل من 1500 شيكل شهرياً وبنسبة 81.6%, بينما 18.4% منهم كان مستوى الدخل الشهري لأسرهم أكثر من 1500 شيكل شهرياً.

جدول (4)

أفراد العينة حسب الجنس, الفئة العمرية, المستوى التعليمي, الحالة الاجتماعية, والوضع الاقتصادي (عدد=305)

النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	البيان
إناث		ذكور		الجنس
50.5	154	49.5	151	
ثانوي فأعلى		اعدادي فأقل		المستوى التعليمي
15.7	48	84.3	257	
متزوج		أعزب		الحالة الاجتماعية
24.6	75	75.4	230	
أكثر من 1500 شيكل		أقل من 1500 شيكل		المستوى الاقتصادي
18.2	56	81.6	249	

3.1.2.5 توزيع أفراد العينة حسب نوع الإعاقة:

يوضح هذا الجزء معلومات حول خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين من برامج التأهيل الموجودة في مراكز التأهيل، ويبين جدول رقم (5) أنواع الإعاقات التي تقدم لها الخدمات في برامج التأهيل المجتمعي، وتبين أن 47.2% من المستفيدين لديهم إعاقات سمعية وهذا يعود لوجود مدارس لتعليم الطلاب الصم في غالبية المراكز وهي الوحيدة التي تقدم هذه الخدمة في معظم مخيمات قطاع غزة، وحيث أن الدراسة أجريت على المستفيدين من خدمات التأهيل خلال فترة الدراسة، فإن أكثر المشاركين كانوا من ذوي الإعاقة السمعية، بينما 20.3% منهم لديهم إعاقات نطقية، و 18% منهم لديهم إعاقات حركية، و 13.8% منهم لديهم إعاقات عقلية، و 0.7% منهم لديهم إعاقات بصرية.

جدول (5)

أفراد العينة حسب نوع الإعاقة (عدد=305)

النسبة %	العدد	نوع الإعاقة
47.2	144	سمعية
20.3	62	نطقية
18.0	55	حركية
13.8	42	عقلية
0.7	2	بصرية

4.1.2.5 توزيع أفراد العينة حسب أنواع الخدمات المقدمة

يوضح هذا الجزء معلومات حول خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين من برامج التأهيل المجتمعي، حيث يمكن للمستفيد أن يتلقى أكثر من نوع من أنواع الخدمات المقدمة للمستفيدين في نفس الوقت، ويتضح من جدول رقم (6) أن 55.4% من المستفيدين يتلقون خدمة التعليم الخاص، بينما 52.1% منهم يشاركون في الأنشطة الترفيهية (مخيمات صيفية، رحلات)، ومن الملاحظ أن الغالبية العظمى من المستفيدين من خدمات التعليم الخاص يشاركون أيضاً في الأنشطة الترفيهية، و 35.1% منهم يتلقون خدمات سمعية، و 32.8% منهم يتلقون خدمة زيارات منزلية، و 32.5% منهم يتلقون خدمة إرشاد وتوجيه ودعم اجتماعي نفسي، و 27.9% منهم يتلقون خدمة خدمات علاج مشاكل النطق واللغة، و 26.2% منهم يتلقون خدمة تدريب مهني وتشغيل، و 24.9% منهم يتلقون خدمة أجهزة تعويضية، و 7.9% منهم يتلقون خدمة علاج طبيعي وعلاج وظيفي وهذه الخدمة متوفرة فقط في مركز دير البلح للتأهيل فقط، و 4.3% منهم يتلقون أدوية، ونفس النسبة السابقة تم تطويع منازلهم، و 3% منهم تم تزويدهم بمستلزمات طبية.

جدول (6)

أفراد العينة حسب أنواع الخدمات المقدمة في برامج التأهيل

(عدد=305)

النسبة %	العدد	أنواع الخدمات المقدمة في البرامج
55.4	169	تعليم خاص
52.1	159	أنشطة ترفيهية (مخيمات صيفية، رحلات)
35.1	107	خدمات سمعية

32.8	100	زيارات منزلية
32.5	99	توجيه وإرشاد ودعم اجتماعي ونفسي
27.9	85	خدمات علاج مشاكل النطق واللغة
26.2	80	تدريب مهني وتشغيل
24.9	76	أجهزة تعويضية
7.9	24	علاج طبيعي وعلاج وظيفي
4.3	13	أدوية
4.3	13	تطويع منازل
3.0	9	مستلزمات طبية

2.2.5 الخصائص الديمغرافية لعينة مقدمي خدمات التأهيل

يبين هذا الجزء الخصائص الديمغرافية لمقدمة الخدمات في مراكز التأهيل المبني على المجتمع والعملية في مخيمات قطاع غزة، ويتضح ذلك من خلال:

1.2.2.5 توزيع أفراد عينة مقدمي الخدمات تبعاً لمكان برنامج التأهيل

يتضح من جدول رقم (7) أن أفراد العينة ونسبة توزيعها تتناسب مع النسبة لمقدمي الخدمات في المراكز حسب مكان برامج التأهيل في مخيمات قطاع غزة، حيث تبين أن 20.5% من مقدمي الخدمات يعملون في مخيم جباليا، و 20.5% يعملون في مخيم رفح، حيث يعتبر برنامجا جباليا ورفح من أكبر البرامج من حيث عدد المستفيدين، ويليهما مركز دير البلح حيث يمثل عدد مقدمي الخدمات فيه 19.2% من إجمالي النسبة المئوية لمقدمي الخدمات، في حين 13.2% من مقدمي الخدمات يوجدون في البرنامج المتواجد في مخيم النصيرات، و 11.3% يعملون في البرنامج المتواجد في مخيم الشاطئ، أما مركز مخيم خان يونس

فقد مثل 7.9% من أفراد عينة الدراسة، وأخيراً 7.3% من مقدمي خدمات التأهيل يعملون في برنامج التأهيل الواقع في مخيم المغازي.

جدول (7) توزيع أفراد عينة مقدمي الخدمات تبعاً لمكان برنامج التأهيل (عدد=151)

النسبة المئوية	التكرار	مكان البرنامج
20.5	31	مخيم جباليا
20.5	31	مخيم رفح
19.2	29	مخيم دير البلح
13.2	20	مخيم النصيرات
11.3	17	مخيم الشاطئ
7.9	12	مخيم خان يونس
7.3	11	مخيم المغازي
100.0	151	المجموع

2.2.2.5 أفراد عينة الدراسة تبعاً للجنس، الفئات العمرية، المستوى التعليمي، وسنوات الخبرة

يتضح من جدول رقم (8) أن أفراد العينة ونسبة توزيعها تتناسب مع النسبة لمقدمي الخدمات في المراكز وتراعي التوزيع الطبيعي بين الذكور والإناث في مجتمع الدراسة، حيث بلغ عدد الذكور 47 موظفاً شكلوا في العينة نسبة 31.1%، بينما شكلن الإناث العدد الأكبر، والذي بلغ 104 موظفة من مقدمي الخدمات بنسبة قدرها 68.9% في العينة، وهذا عائد إلى اعتماد مراكز التأهيل المجتمعي منذ نشأتها على الإناث

في تقديم خدماتها للأشخاص المعاقين. كما يتضح أن الفئات العمرية لمقدمي الخدمات في مراكز التأهيل في غالبيتها فتيّة، وتعتمد المراكز على عنصر الشباب في قواها العاملة، فما يزيد على نصف الأفراد من مقدمي الخدمات كانت أعمارهم أقل من 30 سنة وبنسبة 50.3%، بينما 32.5% منهم أعمارهم تراوحت بين 30 - 39 سنة، في حين 14.6% تراوحت أعمارهم بين 40-49 سنة، و 2.6% فقط أعمارهم تراوحت بين 50-59 سنة. في حين اتضح أن العاملين في مراكز التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات قطاع غزة، في غالبيتهم يحملون مؤهلاً علمياً جامعياً فأعلى لعدد بلغ 91 شكلت 60.3% من أفراد العينة، في حين كان منهم فقط 60 يحملون مؤهلاً أقل من المستوى الجامعي، بما نسبته 39.7%، حيث بلغ عدد الذين يحملون دبلوم متوسط 32 فرداً مثل 21.2% من أفراد العينة الأصلية، وبقي منهم 28 فرداً يحملون مؤهلاً أقل من المستوى الثانوي يمثلون 18.3% من أفراد العينة، وهذا يدل على الانتقائية في التعيين، وتشجيع المراكز على التطوير ورفع مستوى التحصيل العلمي للموظفين. أما الخبرات فإنه كان واضحاً للباحث أن 54 من عدد الأفراد الذين اكتسبوا خبرة في مجال خدمات التأهيل في المراكز ولمدة تقل عن أربعة سنوات خبرة وهم يمثلون 35.8% من عينة الأفراد مقدمي الخدمات، أما النسبة الأكبر من أصحاب الخبرة في المجال والذين تراوحت سنوات خبراتهم العملية بين 4-10 سنوات فكان عددهم 63 فرداً مثلوا 41.7% من أفراد العينة الأصلية، وكان واضحاً بروز 34 من أفراد العينة يمتلكون خبرة زادت على العشرة سنوات في مجال التأهيل المجتمعي، وبنسبة بلغت 22.5%، وهذا يدل على امتلاك مراكز التأهيل المجتمعي لكوادر لها خبرة كبيرة في مجال التأهيل مهدت للمراكز سبل التطور والنجاح.

جدول (8) أفراد العينة حسب

الجنس، الفئات العمرية، المستوى التعليمي، وسنوات الخبرة

(عدد=151)

النسبة %		النسبة %		النسبة %		النسبة %		البيان
العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
		المجموع		إناث		ذكور		الجنس
	100	151	68.9	104	31.1	47		
50 سنة فأكثر		40 - 49 سنة		30 - 39 سنة		أقل من 30 سنة		الفئات العمرية
2.6	4	14.6	22	32.5	49	50.3	76	
المجموع		جامعي فأعلى		دبلوم متوسط		ثانوي فأقل		المستوى التعليمي
100	151	60.3	91	21.2	32	18.5	28	
المجموع		10 سنوات فأكثر		4 - 10 سنوات		أقل من 4 سنوات		سنوات الخبرة العملية
100	151	22.5	34	41.7	63	35.8	54	

3.2.2.5 أفراد عينة الدراسة تبعاً نوع الوظيفة

ويوضح جدول رقم (9) تنوع وظائف مقدمي الخدمات في برامج التأهيل, حيث كان لكل مركز رئيس واحد, ومدير واحد, بينما يعمل بوظيفة مشرف أو منسق للبرامج والمشاريع العاملة في البرامج عدد 31 شخصاً يمثلون 20.5% من مجموع مقدمي الخدمات في برامج التأهيل وهذا يعود لوجود عدة برامج ومشاريع في كل مركز، كما يتبين أن أكبر عدد للوظائف هي لمدرسي التربية الخاصة, وهذا راجع لوجود برامج تعليمية للأطفال المعاقين في البرامج وما يتطلب ذلك من عدد كبير من أخصائيي التربية الخاصة وهم يمثلون 39.1% من أفراد العينة الأصلية، وتمثل هذه المجموعة 14.6% من مجموع أفراد العينة، وكذلك يعمل في البرامج 11 أخصائي تأهيل يعملون في البرامج الخارجية في المراكز, و 11

أخصائي اجتماعي, حيث يعمل في كل مركز واحد أو اثنين منهم, ويمثل كل منهم ما نسبته 7.3% من مجمل العينة الأصلية، وأخيراً يعمل ثلاثة أخصائيي علاج وظيفي في أحد برامج التأهيل يمثلون 2.0% من مجتمع الدراسة، وكذلك يوجد في البرامج السبعة 22 متطوعاً ومتطوعة ممن يقدمون خدمات تأهيل للأشخاص المعاقين.

جدول (9)

أفراد العينة حسب نوع وظيفة مقدمي الخدمات (عدد=151)

النسبة المئوية	العدد	نوع الوظيفة
4.6	7	رئيس المركز
4.6	7	مدير المركز
20.5	31	مشرف / منسق
39.1	59	أخصائي تربية خاصة (مدرس معاقين)
7.3	11	أخصائي تأهيل
7.3	11	أخصائي اجتماعي
2.0	3	أخصائي علاج طبيعي / وظيفي
14.6	22	متطوع
100	151	المجموع

3.2.5 النتائج الوصفية:

1.3.2.5 النتائج الوصفية لمستوى خدمات التأهيل من وجهة نظر مقدمي الخدمات

يعرض الباحث في هذا الجزء من الفصل الخامس النتائج الوصفية والتي تجيب عن الأسئلة المتعلقة بمستوى خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين من وجهة نظر مقدمي خدمات التأهيل في برامج التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة، كما يناقش أيضاً تقييم خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة من وجهة نظرهم من خلال تقييم إدارة البرامج التي تُعتبر هي الجسم المسئول عن عمليات البرامج وقيادتها لتحقيق الأهداف وتحسين مستوى الأداء، والارتقاء بمستوى معيشة الأفراد والجماعات و المجتمع لتحقيق الرفاهية بشكل عام، وليتسنى للإدارة الوفاء بدورها، تقوم بالوظائف الإدارية الرئيسية وهي: التخطيط، والتنظيم، والتوجيه، والرقابة (المتابعة والتقييم)، والتنسيق، وقد بلغت عينة الدراسة لهذا الجزء من النتائج 151 فرداً من الأفراد الذين يقدمون خدمات التأهيل في برامج التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات قطاع غزة، ويتضح ذلك من خلال ما يلي:

أولاً التخطيط في برامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء التخطيط في برامج التأهيل الموجودة في برامج التأهيل، ويوضح جدول رقم (10) مدى أهمية وجود خطة مكتوبة للعمل في برامج التأهيل، وتبين أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات ترى أنه لا بد من وجود خطة مكتوبة للعمل في برامج التأهيل ولا يمكن العمل بدونها، في حين 26.5% يرون أنها مهمة ولكن يمكن العمل بدونها، وهذا يعزز خبرة وثقافة مقدمي الخدمات حول أهمية وجود خطة للبرامج، وأكدوا وجود خطة يتم العمل على أساسها في برامج التأهيل، إذ أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات يرون أنه توجد خطة مكتوبة يعملون على أساسها في برامج التأهيل وبنسبة 82.8%، بينما 9.3% يرون أنه توجد خطة غير مكتوبة يعملون على أساسها في برامج التأهيل، و 7.9% يرون أنه توجد

خطة مكتوبة ولكن لا يعملون على أساسها في برامج التأهيل. العناصر الموجودة في خطة برامج التأهيل, إذ أفادت الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات ونسبة 90.1% أن الهدف موجود في خطط برامجهم التأهيلية، و 80.1% يرون أن الأنشطة موجودة في الخطة، و 63.6% يرون أن توقيت الخطة الزمنية موجودة أيضاً، و 56.3% يرون أن آلية التقييم موجودة، و 53.0% يرون أن الفعاليات موجودة كذلك، و 49.0% يرون أن آلية المتابعة موجودة، و 47.0% يرون أن رؤية البرنامج موجودة، و 46.4% يرون أن المستلزمات موجودة، و 43.7% يرون أن الموازنة موجودة، و 41.7% يرون أن رسالة البرنامج موجودة، و 35.8% يرون أن غاية البرنامج موجودة، و 23.2% يرون أن فلسفة البرنامج موجودة في خطة برامج التأهيل, يوجد مشاركة عالية في وضع خطط برامج التأهيل, حيث يتضح أن 58.9% من مقدمي الخدمات يرون أن المدراء هم الذين يشاركون في وضع خطط البرامج التأهيلية في برامجهم، و 55.6% يرون أن أعضاء مجلس الإدارة هم الذين يشاركون في وضعها، و 55.6% يرون أن المشرفين هم الذين يشاركون في وضع الخطة، و 53.6% يرون أن الأخصائيين هم الذين يشاركون في وضع الخطط، و 45% يرون أن عاملي التأهيل هم الذين يشاركون، و 13.9% يرون أن مستشارين خارجيين هم الذين يشاركون في وضع الخطة، و 9.9% يرون أن المتطوعين هم الذين يشاركون، و 9.3% يرون أن المستفيدين هم الذين يشاركون في وضع خطط البرامج التأهيلية، كذلك يوجد خطة تدريب للعاملين في برامج التأهيل, ويتضح أن 60.3% من مقدمي الخدمات يرون أنه توجد خطة مكتوبة يتم على أساسها تدريب العاملين في برامجهم، بينما 23.8% منهم يرون أنه توجد خطة غير مكتوبة يتم على أساسها تدريب العاملين، و 15.9% يرون أنه لا توجد خطة تدريب, يشارك المستفيدين في عملية التخطيط في برامج التأهيل, فتبين أن 55.0% من مقدمي الخدمات يرون أنه أحياناً يتم إشراك المستفيدين في عملية التخطيط، بينما 16.6% يرون أنه دائماً يتم إشراك المستفيدين في عملية التخطيط، في حين 28.5% يرون أن لم يتم إشراك المستفيدين في عملية التخطيط في برامج التأهيل ببرامجهم على الإطلاق.

جدول (10) أفراد العينة حسب وجود خطة يتم العمل

على أساسها, وجود خطة تدريب للعاملين, مشاركة المستفيدين في التخطيط,

أهمية وجود خطة مكتوبة, عناصر خطة العمل, المشاركون في وضع الخطة (عدد=151)

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
وجود خطة يتم العمل على أساسها		يوجد خطة مكتوبة		125	82.8	الخطة غير مكتوبة	
		لا يوجد خطة		12	7.9	لا يوجد خطة	
وجود خطة تدريب للعاملين		يوجد خطة مكتوبة		91	60.3	الخطة غير مكتوبة	
		لا يوجد خطة		24	15.9	لا يوجد خطة	
مشاركة المستفيدين في التخطيط في برنامج التأهيل		دائماً		25	16.6	أحياناً	
		أبداً		43	28.5	أحياناً	
أهمية وجود خطة مكتوبة ولا يمكن العمل بدونها في البرنامج		لا يمكن العمل بدونها		111	73.5	يمكن العمل بدونها	
		لا أعلم		0	0	لا أعلم	
عناصر الخطة المكتوبة في خطة برامج التأهيل (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		الهدف		136	90.1	الأنشطة	
		آلية التقييم		85	56.3	الفعاليات	
		الرؤية		71	47.0	المستلزمات	
		الرسالة		63	41.7	الغاية	
		المدرء		89	58.9	مجلس الإدارة	
		الأخصائيون		81	53.6	عاملو التأهيل	
		المتطوعون		15	9.9	المستفيدون	
المشرفون		84	55.6	مستشارون خارجيون			
لا أعلم		0	0	لا أعلم			

ثانياً التنظيم في برامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء التنظيم في برامج التأهيل الموجودة برامج التأهيل، حيث يناقش هيكلية برامج التأهيل المبني على المجتمع والعاملة في مخيمات قطاع غزة، يتضح من جدول رقم (11) مدى وجود نظام إداري لبرامج التأهيل، تبين أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات يرون أنه يوجد نظام إداري مكتوب في برامج التأهيل العاملين بها وبنسبة 80.1%، بينما 7.9% يرون أنه يوجد نظام ولكن غير مكتوب، و1.9% منهم يرون أنه لا يوجد نظام إداري في برامجهم، 9.9% منهم لا يعلمون بوجود نظام إداري في مركزهم، مما يدل على تقدم المستوى الإداري للبرامج، وتوظيف للخبرات المتوفرة لديها، ويوجد لكل موظف وصف وظيفي، وقد تبين أن 78.1% من مقدمي الخدمات يرون أنه يوجد وصف وظيفي مكتوب للموظفين العاملين في برامجهم يحدد مهامهم ومسؤولياتهم وصلاحياتهم، بينما 13.2% يرون أنه يوجد وصف وظيفي غير مكتوب، و 6% يرون أنه لا يوجد وصف وظيفي للموظفين، و 2.6% فقط ليس لهم علم بذلك، كذلك يوجد نظام مكافآت للموظفين المتميزين ومعاقبة المقصرين حسب نظام مكتوب ومعرف لدى الجميع في برامج التأهيل، فتبين أن 39.7% من مقدمي الخدمات يرون أنه يوجد نظام مكتوب للمكافآت والعقوبات، بينما 22.5% يرون أنه يوجد نظام غير مكتوب للمكافآت والعقوبات، و 27.8% يرون أن لا يوجد نظام للمكافآت والعقوبات في برامجهم، و 9.9% ليس لهم علم بذلك، يوجد شروط ومعايير مكتوبة للعمل مع المستفيدين في برامج التأهيل، فتبين أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات يرون أنه توجد شروط ومعايير مكتوبة للعمل مع المستفيدين في برامجهم وبنسبة 71.5%، بينما 22.5% يرون أنه توجد شروط ومعايير غير مكتوبة للعمل مع المستفيدين في برامجهم، في حين 6.0% فقط يرون أنه لا توجد شروط ومعايير للعمل مع المستفيدين في برامجهم، يشارك الموظفون والمستفيدون والمسؤولون في أخذ القرارات في برامج التأهيل، فتبين أن 70.9% من مقدمي الخدمات يرون أنه أحياناً يتم إشراك

الموظفين والمستفيدين والمسؤولين في أخذ القرارات في برامج التأهيل، بينما 18.5% يرون أنه دائماً يتم إشراك الموظفين والمستفيدين والمسؤولين في أخذ القرارات في برامج التأهيل، و 10.6% يرون أنه لم يتم إشراك الموظفين والمستفيدين والمسؤولين في أخذ القرارات في برامج التأهيل على الإطلاق.

جدول (11) تقييم أفراد العينة

للنظام الإداري، الوصف الوظيفي للموظفين، نظام المكافآت

والعقوبات، المشاركة في القرارات، ووجود شروط ومعايير للعمل مع المستفيدين (عدد=151)

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
وجود نظام إداري في البرنامج		مكتوب		غير مكتوب		لا يوجد	
		121	80.1	12	7.9	3	1.9
وجود وصف وظيفي مكتوب		118	78.1	20	13.2	9	6.0
وجود نظام للمكافآت والعقوبات		60	39.7	34	22.5	42	27.8
وجود معايير للعمل مع المستفيدين		108	71.5	34	22.5	9	6.0
المشاركة في أخذ القرارات		دائماً		أحياناً		أبداً	
		28	18.5	107	70.9	16	10.6
لا أعلم		0	0	0	0	0	0

ويوضح جدول رقم (12) طريقة تعيين الموظفين في برامج التأهيل حيث تبين أنها تتم عن طريق الإعلان عن الوظائف، حيث تبين أن 63.6% من مقدمي الخدمات يرون أنه يتم تعيين الموظفين في برامج التأهيل بهذه الطريقة، و 58.3% يرون أنه يتم تعيين الموظفين من خلال المقابلة، و 35.1% يرون أنه يتم ذلك حسب معايير مكتوبة، و 22.5% عن طريق الوساطة، و 19.9% من خلال امتحان كتابي،

و7.9% ليس لديهم علم بذلك, أما مدى معرفة وإمكانية الحصول على المعلومات والموارد لدى مقدمي الخدمات, فقد وجد أن 53.6% من مقدمي الخدمات يرون أن المعلومات والموارد معروفة لديهم ويمكن الحصول عليها, بينما 39.7% يرون أن المعلومات والموارد معروفة لديهم ولكن من الصعب الحصول عليها, في حين 6.6% منهم يرون أن الموارد والمعلومات غير معروفة لديهم, يتم توزيع المهام والمسؤوليات والصلاحيات بين أعضاء فريق العمل, وبنسبة 100%, ومنهم 77.5% يرون أن العمل في برامجهم تسير بطريقة جيدة, بينما 19.2% يرون أن العمل يسير بطريقة متوسطة, و 3.3% يرون أن العمل يسير بطريقة ضعيفة, يوجد تنظيم وإدارة للوقت في برامج التأهيل, وبنسبة 91.4%, بينما 8.6% لا يرون أنه يوجد تنظيم وإدارة للوقت, تبين أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات ترى أنه يوجد تنظيم لعقد لقاءات لفريق العمل لتبادل المعلومات والتغذية الراجعة في برامجهم وبنسبة 82.1%, بينما 17.9% لا يرون أنه يوجد تنظيم لعقد اللقاءات لفريق العمل في برامجهم, يتوضح أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات يرون أنه يتم تبادل المعلومات والتغذية الراجعة في برامجهم وبنسبة 98.4%, بينما 1.6% فقط لا يرون أنه لم يتم تبادل المعلومات والتغذية الراجعة في برامجهم .

جدول (12) أفراد العينة حسب طريقة

تعيين الموظفين في برامج التأهيل، الموارد والمعلومات، طرق سير العمل،

وجود تنظيم للوقت، تنظيم لقاءات لفريق العمل، وتبادل المعلومات والتغذية الراجعة (عدد=151)

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
طريقة تعيين الموظفين في البرامج (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		الإعلان عن الوظيفة		من خلال المقابلة	معايير مكتوبة		
		96	63.6	88	58.3	53	35.1
		المعرفة والواسطة		امتحان كتابي	لا أعلم		
		34	22.5	30	19.9	12	7.9
الموارد والمعلومات معروفة ويمكن الحصول عليها		بسهولة		بصعوبة	غير معروفة		
		81	53.6	60	39.7	10	6.6
طرق سير العمل في البرنامج		جيدة		متوسطة	ضعيفة		
		117	77.5	29	19.2	5	3.3
وجود تنظيم للوقت في البرنامج		يوجد		لا يوجد	لا أعلم		
		138	91.4	13	8.6	0	0
وجود تنظيم لقاءات لفريق العمل		يوجد		لا يوجد	لا أعلم		
		124	82.1	27	17.9	0	0
وجود تبادل للمعلومات والتغذية الراجعة		يوجد		لا يوجد	المجموع		
		122	98.4	2	1.6	124	100

ثالثاً التوجيه في برامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء التوجيه في برامج التأهيل الموجودة في برامج التأهيل، يوضح جدول رقم (13) وجود

مسئول مباشر عن فريق العمل لإدارة شؤون العمل في برامج التأهيل وتوجيه فريق العمل، وتبين أن جميع

مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يوجد مسئول مباشر عن فريق العمل لإدارة شؤون العمل

وبنسبة 100%، الغالبية العظمى ترى أن المسئول عنهم يقوم بتوجيه فريق العمل المسئول عنه وبنسبة 93.4%، بينما 6.6% يرون أنه لم يقوم بتوجيه فريق العمل، يتم رفع تقارير دورية عن سير العمل في برامج التأهيل، فوجد أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات يرون وبنسبة 87.8% منهم يرون أنه يتم رفع التقارير بشكل دوري في برامجهم، بينما 9.4% يرون أنه يتم رفعها حسب الطلب، و 2.9% يرون أنه لا يتم رفعها بشكل دوري، يتم عقد لقاءات (فردية أو جماعية) بين الموظفين والمستفيدين بغرض الإرشاد والتوجيه، فوجد أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات ترى أنه يتم عقد اللقاءات وبنسبة 76.6%، بينما 23.4% يرون أنه لم يتم عقد لقاءات سواء فردية أو جماعية بين الموظفين والمستفيدين.

جدول (13)

أفراد العينة حسب توجيه فريق العمل، رفع التقارير بشكل دوري، وعقد اللقاءات بشكل دوري

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
		نعم	لا	حسب الطلب	المجموع		
توجيه فريق العمل في البرنامج		141	93.4	10	6.6	-	-
رفع التقارير بشكل دوري		122	87.8	4	2.9	13	9.4
عقد اللقاءات بشكل دوري		105	76.6	32	23.4	-	-

رابعاً المتابعة في برامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء المتابعة في برامج التأهيل الموجودة في برامج التأهيل، يوضح جدول رقم (14) مدى وجود متابعة للخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، تبين أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يوجد متابعة للخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل وبنسبة 90.7%، بينما 6.6% منهم ليس لهم علم بذلك، و 2.6% يرون أنه لا توجد متابعة للخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، ويقوم بذلك مقدمو الخدمات، وجد أن 79.6% من مقدمي الخدمات يرون أن المشرفين هم الذين يقومون بعملية المتابعة على الخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل في برامجهم، و 70.1% يرون أن المدراء هم الذين يقومون بعملية المتابعة، و 51.8% يرون أن الموظفين هم الذين يقومون بذلك، و 44.5% يرون أن الذين يقومون بذلك هم أعضاء مجلس الإدارة، و 19.0% المتطوعون، و 12.4% مندوبون خارجيون، و 2.2% من مقدمي الخدمات ليس لهم علم من يقوم بعملية المتابعة على الخدمات المقدمة للمستفيدين، يتم متابعة عناصر عدة خلال عملية متابعة الخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، فقد تبين أن 73.7% من مقدمي الخدمات يرون أن "كفاية الأنشطة لتحقيق الأهداف" من العناصر التي تم متابعتها في البرامج، و 62.0% يرون أنه تتم متابعة "تقبل المستفيدين للأنشطة"، و 56.2% يرون أنه يتم متابعة "جودة الخدمات المقدمة"، و 54.0% يرون أنه تتم متابعة "كفاءة الموظفين وقدرتهم على تحقيق الهدف"، و 51.1% يرون أن "توافق الأنشطة المنفذة مع الخطة الزمنية" من العناصر التي يتم متابعتها، و 46.0% يرون أنه تتم متابعة "تقبل المستفيدين للموظفين"، و 45.3% يرون أنه يتم متابعة "توافق الأنشطة مع المصروفات"، و 35.8% يرون أنه يتم متابعة "كفاية عدد الموظفين في البرنامج"، فقد رأى 27.7% من مقدمي الخدمات أن عملية المتابعة تتم بشكل يومي، بينما 20.4% منهم رأى أنها تتم بشكل أسبوعي، و 21.2% بشكل شهري، و 28.5% منهم يرون أن عملية المتابعة تتم حسب الحاجة إليها، وقد أوضح 75.2% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل أنه توجد "آلية مكتوبة" لمتابعة

الخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، بينما 24.8% يرون أنه لا توجد آلية مكتوبة للمتابعة يتم العمل على أساسها، وتحقق عملية المتابعة الأهداف المرجوة، فأتضح أن 60.6% من مقدمي الخدمات يرون أن عملية المتابعة تحقق أهدافها بشكل دائم، بينما 37.2% يرون أنه "أحياناً" يتم تحقيق الأهداف، و1.5% رأى أنه "نادراً" ما تحقق المتابعة أهدافها، في حين 0.7% يرون أن المتابعة لم تحقق أهدافها على الإطلاق.

جدول (14) أفراد العينة حسب

وجود متابعة لخدمات برامج التأهيل، الأشخاص الذين يقومون بعملية المتابعة، العناصر التي يتم متابعتها، فترة المتابعة، وجود آلية مكتوبة للمتابعة، وتحقيق أهداف المتابعة

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
وجود متابعة لخدمات برامج التأهيل		يوجد		لا يوجد	
		137	90.7	4	2.6
الأشخاص الذين يقومون بعملية المتابعة (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		المشرفون		المدراء	
		109	79.6	96	70.1
		مجلس الإدارة		المتطوعون	
		61	44.5	26	19.0
		لا أعلم			
		3	2.2		
العناصر التي يتم متابعتها في برامج التأهيل (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		كفاية الأنشطة		تقبل الأنشطة	
		101	73.7	85	62.0
		كفاءة الموظفين		توافق الأنشطة مع الخطة الزمنية	
		74	54.0	70	51.1
		توافق الأنشطة مع المصروفات		كفاية عدد الموظفين	
		62	45.3	49	35.8
جودة الخدمات		تقبل		تقبل الموظفين	
77		56.2		63	
46.0		46.0		46.0	

شهرياً		أسبوعياً		يومياً		الفترات التي تتم فيها المتابعة في برامج التأهيل
21.2	29	20.4	28	27.7	38	
المجموع		حسب الحاجة		3 شهور فأكثر		
100	137	28.5	39	2.1	3	
المجموع		لا يوجد		يوجد		وجود آلية مكتوبة للمتابعة
100	137	24.8	34	75.2	103	
نادراً		أحياناً		دائماً		تحقق المتابعة أهدافها
1.5	2	37.2	51	60.6	83	
		المجموع		أبداً		
		100	137	0.7	1	

خامساً التقييم في برامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء التقييم في برامج التأهيل الموجودة في برامج التأهيل، يوضح جدول رقم (15) مدى وجود تقييم للخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، تبين أن 84.8% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يوجد تقييم للخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، بينما 13.2% منهم ليس لهم علم بذلك، و 2% يرون أنه لا يوجد تقييم للخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، أما عن الأشخاص الذين يقومون بعملية تقييم الخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، تبين أن المدراء هم الذين يقومون بعملية التقييم للخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل في بنسبة 71.1%، و 43.7% يرون أن أعضاء مجلس الإدارة هم الذين يقومون بعملية التقييم، و 42.2% يرون أن الموظفين هم الذين يقومون بذلك، و 18.7% يرون أن المتطوعين هم الذين يقومون بذلك، و 12.5% مندوبون خارجيون، أما العناصر التي يتم تقييمها في برامج التأهيل، فقد تبين أن 65.6% من مقدمي الخدمات يرون أن "جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين" من العناصر التي يتم تقييمها في برامجهم، و 62.5% يرون أنه يتم تقييم "استمرارية واستدامة الخدمات المقدمة"، و 59.4% يرون أنه يتم تقييم "فعالية الخدمات المقدمة للمستفيدين"، و 57.8% يرون أنه يتم تقييم " أثر الخدمات المقدمة"، و 46.1% يرون أن " مدى علاقة وارتباط الخدمات المقدمة بالمستفيدين" من العناصر التي يتم تقييمها، و 41.4% يرون أنه يتم تقييم " رأي

المستفيدين في الخدمات"، و 32.0% يرون أنه يتم تقييم " رأي الموظفين في الخدمات المقدمة " يوضح جدول رقم () فترة تقييم الخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل فقد رأى 53.9% من مقدمي الخدمات أن عملية التقييم تتم بشكل شهري، بينما 30.5% منهم تتم بشكل يومي، و 24.2% بشكل أسبوعي، و 21.9% منهم يرون أن عملية التقييم تتم كل سنة، و 12.5% كل 3 أشهر، و 10.9% كل ستة شهور، تبين أن 69.5% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه توجد آلية تقييم مكتوبة ومطبقة، بينما 25.8% يرون أنه توجد آلية تقييم غير مكتوبة ومطبقة لتقييم الخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، كما تبين أن 44.5% من مقدمي الخدمات يرون أن عملية التقييم تحقق أهدافها بشكل دائم، بينما 53.9% يرون أنه أحياناً تحقق أهدافها، و 0.8% فقط رأى أنه نادراً ما تحقق أهدافها، وأنه لم يحقق التقييم أهدافه على الإطلاق.

جدول (15)

أفراد العينة حسب وجود تقييم للخدمات، الأشخاص الذين يقومون بعملية التقييم، العناصر التي يتم تقييمها، فترات التقييم، وجود آلية مكتوبة للتقييم، وتحقيق أهداف عملية التقييم

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
وجود تقييم للخدمات المقدمة في برامج التأهيل		يوجد	84.8	128	لا يوجد	20	13.2
		لا أعلم					
الأشخاص الذين يقومون بعملية التقييم في برامج التأهيل (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		المدراء	71.1	91	مجلس الإدارة	56	43.7
		المتطوعون	18.7	24	مندوب خارجي	16	12.5
العناصر التي يتم تقييمها في برامج التأهيل (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		جودة الخدمات	65.6	84	استدامة الخدمات	80	62.5
		أثر الخدمات	57.8	74	علاقة وارتباط الخدمات بالمستفيدين	59	46.1
		رأي الموظفين في			فاعلية الخدمات	76	59.4
					رأي المستفيدين بالخدمات المقدمة	53	41.4

				الخدمات المقدمة			
				32.0	41		
شهرياً		أسبوعياً		يومياً		الفترات التي يتم فيها التقييم في برامج التأهيل (يوجد أكثر من خيار للإجابة)	
53.9	69	24.2	31	30.5	39		
كل سنة		كل 6 شهور		كل 3 شهور			
21.9	28	10.9	14	12.5	16	وجود آلية للتقييم مكتوبة ومطبقة في برامج التأهيل	
مكتوبة وغير مطبقة		غير مكتوبة ومطبقة		مكتوبة ومطبقة			
2.3	3	25.8	33	69.5	89		
		المجموع		لا يوجد			
		100	128	2.3	3		
نادراً		أحياناً		دائماً		يحقق التقييم أهدافه في برامج التأهيل	
0.8	1	53.9	69	44.5	57		
		المجموع		أبداً			
		100	127	0.8	1		

سادساً التنسيق في برامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء التنسيق في برامج التأهيل الموجودة في برامج التأهيل، يوضح جدول رقم (16) مدى وجود تعاون وتنسيق بين البرامج المختلفة في نفس مركز التأهيل، تبين أن 68.2% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه دائماً يوجد تعاون وتنسيق بين البرامج المختلفة في برامجهم، بينما 28.5% يرون أنه أحياناً يوجد تنسيق بين البرامج، و 3.6% يرون أنه نادراً ما يوجد تنسيق، أما بالنسبة للتعاون بين برامج التأهيل ومؤسسات التأهيل الأخرى، فيتضح أن 69.5% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه دائماً يوجد تعاون وتنسيق بين برامج التأهيل ومؤسسات التأهيل الأخرى، بينما 27.8% يرون أنه أحياناً ما يكون موجوداً، و 2.6% منهم يرون أنه نادراً ما يكون تعاون وتنسيق بين برامجهم وبرامج التأهيل الأخرى، وتبين أن 43.7% من مقدمي الخدمات يرون أنه دائماً يوجد تعاون بين برامجهم والمؤسسات الحكومية المختلفة، وهذا يعود إلى دور السلطة الوطنية في دعم برامج التأهيل، وإقامة أنشطة مشتركة معها، بينما 49.0% منهم يرون أنه أحياناً تنسيق مع المؤسسات الحكومية، و 7.3% منهم نادراً ما يرون ذلك، كما يتضح أن 79.5% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أن مستوى التنسيق يكون على مستوى المشرفين، بينما 60.9% يرون أنه على مستوى الموظفين، و 17.9% يرون أنه على مستوى المستفيدين، في حين أوضح 9.3% يرون أن التعاون والتنسيق مع المؤسسات الأخرى يكون على مستوى إقليمي (على مستوى دول الجوار)، و 67.5% من مقدمي الخدمات يرون أن التعاون والتنسيق يكون على مستوى الوطن (القطاع أو الوطن)، بينما 52.3% منهم يرون أنه يتم بشكل محلي (على مستوى المحافظة)، وبين 80.1% من مقدمي الخدمات أنه يوجد تعاون وتنسيق بين برامجهم والمؤسسات الأهلية على مستوى محافظات غزة، وهذا راجع لارتباط برامج التأهيل وعضويتها في لجنة التنسيق لبرامج التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة، بينما 58.9% منهم يرون أنه يوجد على مستوى المحافظة، وهذا راجع لمبادرة البرامج ودعمها تشكيل تجمعات واتحادات محلية للتعاون والتنسيق بين المؤسسات الأهلية في نفس المحافظة، و 49% يرون أنه يتم على مستوى المؤسسات العاملة في المخيم، وهذا يعود لقيام البرامج ببناء شراكات محلية مع المؤسسات الأهلية وخاصة العاملة مع وكالة

الغوث الدولية بغزة، أما خارج نطاق قطاع غزة فوجد أن 7.9% يرون أنه يتم على المستوى الدولي، وهذا تم من خلال تبادل الزيارات مع المؤسسات الدولية العاملة في مجال التأهيل والداعمة لها، و6% يرون أنه يتم التنسيق على مستوى الدول العربية، وهذا ناتج من عضوية البرامج في شبكة المنظمات العربية، 19.2% يرون أنه يتم مستوى فلسطين، وهذا ناتج من عضوية البرامج في شبكة المنظمات غير الحكومية، وتبين أن 73.5% من مقدمي الخدمات يرون أن لبرامجهم عضوية في شبكة للمؤسسات الأهلية على المستوى الوطني، بينما 47.7% منهم يرونها على المستوى المحلي، و21.2% يرونها على المستوى الإقليمي.

جدول (16) أفراد العينة حسب وجود

ومستوى التعاون والتنسيق داخل المركز، مع البرامج الأخرى،

مع مؤسسات التأهيل، مع المؤسسات الأهلية، مع المؤسسات الحكومية، والعضوية في الشبكات

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
		دائماً	أحياناً	نادراً			
وجود تعاون وتنسيق داخلي في برنامج التأهيل		103	68.2	43	28.2	5	3.6
وجود تعاون وتنسيق مع البرامج الأخرى		105	69.5	42	27.8	4	2.6
التنسيق مع المؤسسات الحكومية		66	43.7	74	49.0	11	7.3
مستوى التنسيق داخل المركز (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		120	79.5	92	60.9	27	17.9
مستوى التنسيق مع مؤسسات الأخرى (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		14	9.3	102	67.5	79	52.3
مستوى التنسيق مع المؤسسات الأهلية في قطاع غزة (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		121	80.1	89	58.9	74	49
مستوى التنسيق مع المؤسسات الأهلية خارج قطاع غزة (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		12	7.9	9	6.0	4	2.6
العضوية في الشبكات		إقليمي	وطني	محلي			

47.7	72	73.5	111	21.2	32	(يوجد أكثر من خيار للإجابة)
------	----	------	-----	------	----	-------------------------------

سابعاً ٥٥ العلاقات مع المستفيدين:

يناقش هذا الجزء طبيعة العلاقات مع المستفيدين من برامج التأهيل في برامج التأهيل، يوضح جدول رقم (17) مدى تحديد احتياجات المستفيدين، وتبين أن 63.6% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنهم دائماً يقومون بعملية تحديد احتياجات المستفيدين من برامج التأهيل، بينما 31.8% يرون أنه أحياناً يقومون بتحديد احتياجات المستفيدين، و 3.3% منهم يرون أنه نادراً ما يقومون بذلك، و 1.3% فقط يرون أنه أبداً لم يقوموا بعملية تحديد احتياجات المستفيدين من برامج التأهيل، أما عن اللقاءات مع المستفيدين فيتضح أن 53.6% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه دائماً يقومون بعقد لقاءات مع المستفيدين بغرض تعريفهم ببرامج التأهيل وحقوقهم، بينما 37.1% يرون أنه أحياناً يقومون بذلك، و 7.3% منهم يرون أنه نادراً ما يقومون بذلك، و 2.0% فقط يرون أنه لا يتم أبداً عقد لقاءات مع المستفيدين بغرض تعريفهم ببرامج التأهيل، في حين يتم دعم وتشكيل لجان داعمة لحقوق الأشخاص المعاقين في المناطق، وتبين أن 35.1% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه دائماً يقومون بذلك في مناطقهم، بينما 49.7% يرون أنه أحياناً يقومون بالدعم، و 9.3% منهم نادراً ما يقومون بذلك، و 6.0% فقط يرون أنه لم يقوموا بدعم وتشكيل لجان داعمة لحقوق المعاقين في مناطقهم، يشارك المستفيدون في الاحتفالات التي تقيمها برامج التأهيل، وتبين أن 68.2% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه دائماً يتم مشاركة المستفيدين، بينما 25.2% يرون أنه أحياناً تتم مشاركتهم، و 6.0% منهم نادراً ما يقومون بذلك، و 0.7% فقط يرون أنه لم يتم أبداً مشاركة المستفيدين في الإحتفالات التي تقيمها برامج التأهيل، يقوم الموظفون بزيارة المستفيدين بعد الانتهاء من برامج التأهيل، وتبين أن 40.4% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه دائماً يقوم الموظفون العاملون في البرامج بزيارة المستفيدين بعد الانتهاء من البرامج، بينما 43.0% منهم يرون أنه أحياناً يقومون بذلك، و 10.6% منهم

نادراً ما يقومون بذلك، و 6.0% فقط يرون أن الموظفين العاملين في البرامج لم يقوموا بزيارة المستفيدين بعد الانتهاء من البرامج.

جدول (17) أفراد العينة حسب تحديد

احتياجات المستفيدين من البرامج, عقد لقاءات مع المستفيدين, تشكيل لجان داعمة للمعاقين, مشاركة المستفيدين في الاحتفالات, وقيام الموظفين بزيارة المستفيدين (عدد=151)

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
		دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً		
تحديد احتياجات المستفيدين		96	63.6	48	31.8	5	3.3
عقد لقاءات مع المستفيدين		81	53.6	56	37.1	11	7.3
تشكيل لجان داعمة للأشخاص المعاقين		53	35.1	75	49.7	14	9.3
مشاركة المستفيدين في الاحتفالات		103	68.2	38	25.2	9	6.0
قيام الموظفين بزيارة المستفيدين		61	40.4	65	43	16	10.6

ثامناً للعلاقات مع المجتمع المحلي:

يناقش هذا الجزء طبيعة العلاقة مع المجتمع المحلي في برامج التأهيل, يوضح جدول رقم (18) مدى مشاركة شخصيات وأعضاء من المجتمع في المناسبات والاحتفالات, تبين أن 55.0% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه دائماً يقوم شخصيات وأعضاء من المجتمع بالمشاركة في المناسبات والإحتفالات الخاصة ببرامجهم، بينما 35.1% يرون أنه أحياناً يقوم شخصيات وأعضاء من المجتمع بالمشاركة في المناسبات والاحتفالات الخاصة ببرامجهم، و 9.9% منهم نادراً ما يقومون بذلك, وتبين أن 51.7% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه دائماً يقوم شخصيات وأعضاء من المجتمع

بزيارة برامجهم, وهذا راجع لقوة العلاقة مع المجتمع المحلي كون هذه البرامج نشأت بمبادرة مجتمعية, واعتمدت على المجتمع المحلي في تكوينها, بينما 36.4% يرون أنه أحياناً يقوم شخصيات وأعضاء من المجتمع بزيارة برامجهم, و 6.6% منهم نادراً ما يقومون بذلك, في حين 5.3% يرون أنه لم يتم على الإطلاق قيام شخصيات وأعضاء من المجتمع بزيارة برامجهم, تبين أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل ترى أنه يوجد لدى برامجهم جمعية عمومية ونسبة 89.4%, وهذا يعود لالتزام البرامج بقانون الجمعيات الذي يلزمها بفتح باب العضوية وتشكيل جمعيات عمومية, بينما 1.3% يرون أنه لا يوجد لدى برامجهم جمعية عمومية, بينما 9.3% منهم ليس لهم علم بذلك, تبين أن 37.5% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل ممن أجابوا بنعم يوجد جمعية عمومية في برامجهم, يرون أن عدد أعضاء الجمعية العمومية لمركزهم كان 51 عضواً فأكثر, بينما 20.6% يرون أن عدد أعضاء الجمعية العمومية في برامجهم تراوح بين 11-20 عضواً, و 14% يرون أن عدد الأعضاء بين 21-30 عضواً, علماً بأن كافة هذه الأعداد هي ضمن اطار قانون الجمعيات, ولا يتعارض أو ينقص من إلتزام البرامج بذلك, وتبين أن 40.4% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل ممن أجابوا بنعم يوجد جمعية عمومية في برامجهم, يرون أن عدد الأشخاص المعاقين في الجمعية العمومية في برامجهم يتراوح بين 1-5 أعضاء, بينما 7.4% يرون أن عددهم كان أكثر من 10 أعضاء, و 4.4% يرون أن عدد الأشخاص المعاقين تراوح بين 6-10 أعضاء.

جدول (18) أفراد العينة حسب درجة مشاركة

شخصيات من المجتمع في أنشطة البرامج, وزياراتهم للبرامج, وجود جميعة
عمومية لكل مركز, عدد أعضائها, مشاركة الأشخاص المعاقين فيها, درجة الفاعلية وصفتها

النسبة %		النسبة %		النسبة %		البيان
العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
نادراً		أحياناً		دائماً		مشاركة شخصيات من المجتمع في أنشطة البرامج
9.9	15	35.1	53	55.0	83	
11.9	18	36.4	55	51.7	78	زيارة شخصيات من المجتمع للبرامج
لا أعلم		لا		نعم		وجود جميعة عمومية لكل برنامج
9.3	14	1.3	2	89.4	135	
المحلي		الوطني		الإقليمي		مستوى التنسيق مع مؤسسات الأخرى (يوجد أكثر من خيار للإجابة)
52.3	79	67.5	102	9.3	14	
30-21		20-11		أقل من 10		عدد أعضاء الجمعية العمومية في كل برنامج
14.0	19	20.6	28	4.4	6	
لا أعلم		41 فأكثر		40-31		
9.4	13	47.1	64	3.7	5	
10-6		5-1		لا يوجد		عدد الأشخاص المعاقين الممثلين في الجمعية العمومية في البرنامج
4.4	6	40.4	55	19.9	27	
المجموع		لا أعلم		أكثر من 10		
100	135	27.2	37	7.4	10	

يوضح جدول رقم (19) درجة فاعلية برامج التأهيل والمقصود بصفة الفاعلية, وتبين أن 65.6% من

مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أن برنامج التأهيل في برامجهم لديها فاعلية بدرجة كبيرة،

و23.2% يرون أن برنامج التأهيل في برامجهم لديها فاعلية ولكن بدرجة متوسطة، و 7.9% يرون أن

فاعليها بدرجة قليلة، في حين 3.3% فقط منهم يرون أن لا يوجد لها فاعلية على الإطلاق, وتبين أن

67.6% يرون أن فاعلية برنامج التأهيل تأتي من تعدد أنواع الأنشطة، 63.2% من مقدمي الخدمات يرون أنها تأتي من قوة العلاقة مع المستفيدين، و 49.3% يرون أنها تأتي من كبر حجم الخدمات المقدمة، و 39.7% يرون أنها تأتي من كبر عدد المستفيدين.

جدول (19)

أفراد العينة حسب درجة فاعلية برامج التأهيل وصفة الفاعلية من وجهة نظرهم

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
درجة فاعلية برنامج التأهيل		كبيرة	65.6	35	23.3	12	7.9
		متوسطة					
صفة فاعلية برنامج التأهيل (يوجد أكثر من خيار للإجابة)		تعدد أنواع الأنشطة	67.6	86	63.2	67	49.3
		العلاقة مع المستفيدين					
غير فاعل		كبير	3.3	5	39.7	67	49.3
		كبير عدد المستفيدين					

تاسعاً التسهيلات داخل مقر برامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء التسهيلات المتوفرة داخل مقرات برامج التأهيل، وتشمل هذه التسهيلات الممرات المنحدرة، المقابض والدريزونات، المصاعد، والياطات الدالة، يوضح جدول رقم (20) مدى وجود تسهيلات في برامج التأهيل تضمن وصول ومشاركة المستفيدين في برامج التأهيل، وتبين أن 66.9% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يوجد تسهيلات في المداخل لمقرات برامج التأهيل، و 55% يرون أنه يوجد تسهيل في داخل المباني، و 51.7% يرون في الممرات، و 47% يرون أنه يوجد تسهيلات من خلال وجود الياطات الخارجية والداخلية، بينما 19.9% يرون أنه لا توجد تسهيلات داخل مقرات برنامج

التأهيل، وتبين أن 62.9% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أن التسهيلات الموجودة في
مداخل المقرات مؤهلة لحركة المستخدمين، وبينما 49.7% يرون أنها واسعة ومناسبة للمستخدمين،
و21.2% يرون أنها غير مؤهلة، وتبين أن 62.3% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أن
التسهيلات الموجودة في ممرات المقرات واسعة ومناسبة، وبينما 41.1% يرون أنها يوجد عليها مقابض
تثبيت، و20.5% يرون أنها غير مؤهلة، وتبين أن 59.6% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون
أن الدرج مهيبئ لاستخدام المستخدمين، و 58.9% يرون أن الحمامات مؤهلة لاستخدام المستخدمين،
و21.9% يرون أنها غير مؤهلة، و12.6% يرون أنه يوجد مصعد للطوابق العليا.

جدول (20) أفراد العينة حسب أنواع التسهيلات للمستخدمين في برامج
التأهيل، شكل التسهيلات في المداخل، شكل التسهيلات في الممرات، والتسهيلات داخل المباني

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
أنواع التسهيلات للمستخدمين في البرامج (يوجد أكثر من خيار للإجابة)	في المداخل	101	66.9	داخل المباني	83
	في الممرات	78	51.7	لا	لا
				توجد تسهيلات	30
شكل التسهيلات في مداخل مقرات البرامج (يوجد أكثر من خيار للإجابة)	مؤهلة للحركة	95	62.9	واسعة ومناسبة	75
	غير مؤهلة	32	21.2	غير مؤهلة	32
شكل التسهيلات في الممرات داخل المقرات (يوجد أكثر من خيار للإجابة)	واسعة ومناسبة	94	62.3	عليها مقابض تثبيت	62
	غير مؤهلة	31	20.5	غير مؤهلة	31
التسهيلات داخل المباني في المقرات (يوجد أكثر من خيار للإجابة)	الدرج مهيبئ لإستخدام المستخدمين	90	59.6	الحمامات مؤهلة لإستخدام المستخدمين	89
	غير مؤهلة	33	21.9	غير مؤهلة	33

	يوجد مصعد للطوابق العليا	
	12.6	19

عاشراً العلامات الدالة (اليافطات) داخل مقرات برنامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء العلامات الدالة (اليافطات) داخل مقرات برنامج التأهيل في برامج التأهيل، يوضح جدول رقم (21) مدى وجود يافطات كبيرة الحجم والكتابة تدل على مكان المركز ومداخله، وتبين أن 65.6% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يوجد يافطات على الأبواب والمداخل تدل على المكاتب والأشخاص، بينما 62.3% يرون أنه توجد يافطات داخل المركز تدل على الأقسام والطوابق ، و 20.5% يرون أنه لا توجد يافطات، وتبين أن 18.5% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يوجد صندوق للشكاوي والمقترحات بشكل فاعل في برامجهم، بينما 10.6% يرون أنه يوجد صندوق ولكنه غير فاعل، و 70.9% يرون أنه لا يوجد صندوق للشكاوي والمقترحات، وتبين أن 96% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يوجد هاتف (تلفون) في برامجهم، و 93.4% يرون أنه يوجد ناسوخ (فاكس)، و 75.5% يرون أنه يوجد هاتف جوال، و 74.2% يرون أنه توجد بريد الكتروني، وهذا يدل على مدى اهتمام البرامج بوسائل الإتصال وتنوعها، و 57% يرون أنه يوجد بطاقة تعريف بالمركز، و 45% يرون أنه يوجد صفحة الكترونية، و 45% يرون أنه يوجد كارت خاص بالمركز، و 37.7% يرون أنه يوجد صندوق بريد خاص ببرامجهم.

جدول (21) أفراد العينة حسب وجود يافطات دالة على

مكان المركز ومداخله, وجود صندوق للمقترحات والشكاوي, ووسائل اتصالات خاصة بالمركز

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
وجود يافطات دالة على مكان مقر البرنامج ومداخله		99	65.6	94	62.3
		31	20.5		
وجود صندوق فاعل للمقترحات والشكاوي		28	18.5	16	10.6
		107	70.9		
وجود وسائل اتصالات خاصة بالبرامج في مقراتها		145	96.0	141	93.4
		114	75.5		
		112	74.2	86	57.0
		68	45.0		
كارت خاص		68	45.0	57	37.7

حادي عشر الصعوبات التي تواجه برامج التأهيل وتؤثر على الخدمات المقدمة:

يناقش هذا الجزء الصعوبات التي تواجه برامج التأهيل وتؤثر على الخدمات المقدمة في برامج التأهيل، يوضح جدول رقم (22) الصعوبات التي تواجه برامج التأهيل وتؤثر على الخدمات المقدمة, ويبين أن 82.8% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أن برامجهم تواجه صعوبات مالية، بينما 53% يرون أن برامجهم تواجه نقص في الإمكانيات والمعدات، و 22.5% يرون أن برامجهم تواجه نقص في الكوادر البشرية، و 16.6% يرون أن برامجهم تواجه صعوبات إدارية، و 12.6% يرون أن برامجهم تواجه صعوبات قانونية، و 8.6% يرون أن برامجهم لاتوجه صعوبات، و 6.6% يرون أن برامجهم تواجه صعوبات سياسية، و 3.3% يرون أن برامجهم لديها ضعف في العلاقة مع المجتمع المحلي.

جدول (22)

أفراد العينة حسب الصعوبات التي تواجه برامج التأهيل

العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %								
الصعوبات التي تواجه برامج التأهيل (يوجد أكثر من خيار للإجابة)								صعوبات مالية	نقص في الإمكانيات والمعدات	نقص في الكوادر البشرية	صعوبات إدارية				
								125	82.8	80	53.0	34	22.5	25	16.6
								صعوبات قانونية							
صعوبات قانونية								لا توجد صعوبات	صعوبات سياسية	ضعف العلاقة مع المجتمع المحلي					
19	12.6	13	8.6	10	6.6	5	3.3								

ثاني عشر مقترحات لتطوير برنامج التأهيل في برامج التأهيل:

يناقش هذا الجزء مقترحات لتطوير برنامج التأهيل في برامج التأهيل، يوضح جدول رقم (23) مقترحات لتطوير برنامج التأهيل من خلال آليات ومستلزمات, وتبين أن 72.8% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يمكن تطوير برنامج التأهيل من خلال ورشات العمل، 60.9% من خلال توفير أجهزة

ومعدات للعمل، و 57.6% من خلال دعوة خبراء ومستشارين، و 56.3% من خلال توفير مواد تعليمية، و 53.6% من خلال مؤتمرات وندوات، و 50.3% من خلال زيارات ميدانية، و 49.7% من خلال استمرار التواصل بين المستويات الإدارية داخل المركز، و 43% من خلال توفير دليل للعمل مع المستفيدين، وتبين أن 73.5% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أنه يمكن تطوير برنامج التأهيل من تدريبهم في مجال التخطيط، 68.2% يرون أنه يمكن من تدريبهم على الإشراف والمتابعة، و 58.3% من خلال تدريبهم على العمل الجماعي والممارسة الديمقراطية، و 53.6% يرون أنه من خلال تدريبهم على التنظيم، و 51.7% تدريبهم على التقييم، و 49% يرون تدريبهم على التوجيه، و 49% تدريبهم على إدارة الوقت، و 45.7% تدريبهم على التدريب الفني، و 39.1% تدريبهم على التنسيق والتشبيك.

جدول (23)

أفراد العينة حسب آليات ومستلزمات تطوير البرامج من وجهة نظرهم

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
آليات ومستلزمات مقترحة لتطوير برامج التأهيل (يوجد أكثر من خيار للإجابة)	ورشات عمل	110	72.8	توفير أجهزة ومعدات للعمل	92
	توفير مواد تعليمية	85	56.3	مؤتمرات وندوات	81
	استمرار التواصل بين المستويات الإدارية	75	49.7	توفير دليل للعمل مع المستفيدين	65
	احتياجات تدريبية مقترحة لتطوير برامج			الإشراف	
دعوة خبراء ومستشارين	87	57.6	زيارات ميدانية	76	50.3
العمل الجماعي والممارسة الديمقراطية					

		والمتابعة				التأهيل في مجالات (يوجد أكثر من خيار للإجابة)
58.3	88	68.2	103	73.5	111	
التوجيه		التقييم		التنظيم		
49.0	74	51.7	78	53.6	81	
التنسيق والتشبيك		تدريب فني		إدارة الوقت		
39.1	59	45.7	69	49.0	74	

2.3.2.5 النتائج الوصفية لمستوى خدمات التأهيل من وجهة نظر المستفيدين من الخدمات

ويستكمل الباحث في هذا الجزء عرض النتائج الوصفية والتي تجيب عن الأسئلة المتعلقة بمستوى خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين من وجهة نظر المستفيدين من خدمات التأهيل في برامج التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة، كما يناقش أيضاً تقييم خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة من وجهة نظرهم من خلال تقييم إدارة البرامج التي تُعتبر هي الجسم المسئول عن الخدمات المقدمة للمستفيدين، ولتلبية احتياجاتهم ضمن الإمكانيات المتاحة، والارتقاء بمستوى معيشة الأفراد والجماعات والمجتمع لتحقيق الرفاهية بشكل عام، إذ إن قابلية برامج التأهيل المجتمعي للاستمرار ترتفع بتوفر ثلاثة شروط وعوامل أساسية هي: تجلي حاجة في المجتمع المحلي، وحدث استجابة داخل هذا المجتمع المحلي تبين استعدادهم للوفاء بتلك الحاجة، وتوفر الدعم اللازم من خارج المجتمع المحلي المعني (Krefting, 1994)، المتغيرات الديمغرافية السكانية والاجتماعية، والاقتصادية، ومراحل التعليم، ونوع الإعاقة وطبيعة الخدمات المقدمة لأفراد عينة الدراسة من المستفيدين من خدمات التأهيل في برامج التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة، و تقييم خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة من وجهة نظرهم في نواحي السياسات والآليات المستخدمة في البرامج، وقد بلغ عينة الدراسة 305 أفراد من الذين يتم تقديم خدمات التأهيل لهم في برامج التأهيل المبني على المجتمع في مخيمات قطاع غزة، ويتضح ذلك من خلال:

أولاً التخطيط في برامج التأهيل:

يتضح من جدول رقم (24) تقديم خدمات التأهيل للمستفيدين بناء على خطط، وتبين أن 57.7 % من المستفيدين تم تقديم خدمات التأهيل لهم بناءً على خطة مكتوبة، بينما 28.2 % منهم تم تقديم خدمات التأهيل لهم بدون خطة، و14.1% منهم تم تقديم خدمات التأهيل لهم بناءً على خطة غير مكتوبة، وتبين

أن 74.8% من المستفيدين لم يشاركوا في وضع خطة خدمات التأهيل، بينما 25.2% منهم شاركوا في وضع خطة خدمات التأهيل.

جدول (24)

أفراد العينة حسب تقديم الخدمات بناء على خطة، والمشاركة في التخطيط (عدد=305)

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
تقديم الخدمات للمستفيدين بناءً على خطة	خطة مكتوبة	176	57.7	86	28.2
	خطة غير مكتوبة	43	14.1		
مشاركة المستفيدين في التخطيط	نعم	77	25.2	228	74.8
	لا			305	100

ثانياً التنظيم في برامج التأهيل:

يتضح من جدول رقم (25) شروط ومعايير قبول المستفيدين في خدمات البرامج، وتبين أن 48.2% من المستفيدين تم قبولهم في خدمات المركز بناء على شروط ومعايير مكتوبة، بينما 39.3% منهم تم قبولهم في خدمات المركز بدون شروط ومعايير، و 12.5% تم قبولهم في خدمات المركز بناءً على شروط ومعايير غير مكتوبة، وتبين أن 62% من المستفيدين تم تقديم الخدمات لهم بمواعيد محدودة الوقت بالضبط وبعلم المستفيدين، بينما 27.5% لم يتم استشارتهم في تحديد الوقت، في حين 10.5% منهم تم تقديم الخدمات لهم بدون تحديد وقت وبعلمهم، وتبين أن 76.7% من المستفيدين عقدوا لقاءات فردية أو

جماعية مع الموظفين في برنامج التأهيل بشكل دوري ومنظم، بينما 13.1% منهم لم يتم أبداً عقد لقاءات فردية أو جماعية لهم مع الموظفين في برنامج التأهيل.

جدول (25) أفراد العينة حسب

شروط ومعايير القبول، مواعيد تقديم الخدمات، وتنظيم عقد اللقاءات (عدد=305)

النسبة %		النسبة %		النسبة %		البيان
العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
يوجد شروط ومعايير غير مكتوبة		بدون شروط ومعايير		يوجد شروط ومعايير مكتوبة		شروط ومعايير قبول المستفيدين في برنامج التأهيل
38	12.5	120	39.3	147	48.2	
بدون تحديد وقت ويعلم المستفيد		بدون استشارة المستفيد في الوقت		محددة الوقت ويعلم المستفيد		مواعيد تقديم الخدمات للمستفيدين في برنامج التأهيل
32	10.2	84	27.5	189	62.0	
لا يتم ذلك أبداً		غير دوري ومنظمة		دوري ومنظمة		شكل وتنظيم عقد اللقاءات مع المستفيدين في برنامج التأهيل
40	13.1	31	10.2	234	76.7	

ثالثاً التوجيه والتنسيق في برنامج التأهيل:

يتضح من جدول رقم (26) الأشخاص الذين قاموا بإخبار المستفيدين عن المصادر المجتمعية التي تهتم

بتأهيل الأشخاص المعاقين، وتبين أن 42.8% من المستفيدين قام المشرف بإخبارهم عن مصادر

مجتمعية تهتم بتأهيل الأشخاص المعاقين، بينما 37.3% منهم قام الموظف بإخبارهم عن مصادر

مجتمعية تهتم بتأهيل الأشخاص المعاقين ، و 29.9% منهم قام أحد المستفيدين بإخبارهم عن مصادر مجتمعية تهتم بتأهيل الأشخاص المعاقين, تبين أن 50% من المستفيدين تلقوا خدمات تأهيل في أكثر من مؤسسة في نفس مجال التخصص، بينما 50% منهم تلقوا خدمات تأهيل في أكثر من مؤسسة في مجال آخر, تبين أن 67.7% من المستفيدين يذهبون إلى مؤسسات أخرى تقدم خدمة في نفس مجال التخصص للحصول على خدمة إضافية، بينما 22.6% منهم يذهبون إلى مؤسسات أخرى تقدم خدمة في نفس مجال التخصص للحصول على خدمة ذات تكاليف أقل، و 48.4% منهم يذهبون إلى مؤسسات أخرى تقدم خدمة في نفس مجال التخصص للحصول على خدمة أفضل, تبين أن 72.5% من المستفيدين يرون أنه توجد مرافق ترفيهية في برامج التأهيل، بينما 27.5% منهم لم يرون أنه توجد مرافق ترفيهية في برامج التأهيل, وهذا يدل على أهمية وجود مرافق ترفيهية في برامج التأهيل.

جدول (26) أفراد العينة حسب الذين أخبروا المستفيدين عن

المصادر المجتمعية التي تهتم بتأهيل الأشخاص المعاقين, مجال الخدمات التي تلقاها المستفيدين, أسباب الذهاب إلى مؤسسات تأهيلية أخرى, ووجود مرافق ترفيهية في البرامج

النسبة %		النسبة %		النسبة %		البيان
العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
أحد المستفيدين		الموظف		المشرف		الأشخاص الذين أخبروا المستفيدين عن المصادر المجتمعية التي تهتم بتأهيلهم
29.9	60	37.3	75	42.8	86	
المجموع		في مجال آخر		في نفس المجال		مجال الخدمات التي تلقاها المستفيدين في أكثر من جمعية
100	62	50.0	31	50.0	31	
خدمة أفضل		أقل تكاليف		خدمة إضافية		أسباب الذهاب إلى مؤسسات تأهيلية أخرى

48.4	15	22.6	7	67.7	21	للحصول على الخدمات
المجموع		لا يوجد		يوجد		وجود مرافق ترفيهية بمقر البرامج
100	305	27.5	84	72.5	221	

رابعاً المتابعة في برنامج التأهيل:

يتضح من جدول رقم (27) الأمور التي أعجبت المستفيدين في برامج التأهيل، وتبين أن 79.7% من المستفيدين أعجبوا من تعامل الموظفين في برامج التأهيل، بينما 69.8% منهم أعجبوا من حسن الاستقبال والتعامل، و 65.9% منهم أعجبوا من أنشطة البرامج ، و 57% منهم أعجبوا من سمعة برامج التأهيل، و 47.2% منهم أعجبوا من جودة خدمات البرامج ، و 43.9% منهم أعجبوا من إدارة البرامج في برامج التأهيل، تبين أن 45.9% من المستفيدين كان يضايقهم بعد مكان برامج التأهيل، بينما 23.3% منهم كان يضايقهم ارتفاع التكاليف (الرسوم) لبرامج التأهيل، و 21.3% منهم كان يضايقهم ضعف الخدمة المقدمة، و 20.7% منهم كان يضايقهم عدم وجود تسهيلات للوصول للبرامج، و 12.1% منهم كان يضايقهم عدم تحقق الهدف من البرنامج، و 5.6% منهم كان يضايقهم عدم الالتزام بالمواعيد في البرامج، و 3.9% منهم كان يضايقهم تعامل الموظفين في برامج التأهيل، وحول تطوير برامج التأهيل ، تبين أن 63.9% من المستفيدين يرون أنه يمكن تطوير برامج التأهيل من خلال استخدام أدوات وأجهزة حديثة ، بينما 59.7% منهم يرون أنه يمكن تطويرها من خلال توفير أخصائيي تأهيل ذوي خبرة عالية، و 57% منهم يرون أنه يمكن تطوير البرامج من خلال توفير مرافق ترفيهية، و 55.1% منهم يرون أنه يمكن التطوير من خلال عقد اجتماعات دورية مع المستفيدين، و 52.1% منهم يرون أنه يمكن التطوير من خلال عقد لقاءات بين المستفيدين والوزارات ذات الشأن، و 41.3% منهم يرون أنه يمكن تطويرها من خلال تطويع مداخل البرامج ووضع يافطات تدل على المكان داخل وخارج البرامج، و 24.3% منهم يرون أنه يمكن تطوير البرامج من خلال زيادة عدد الموظفين، و 23.3% منهم يرون أنه يمكن تطوير برامج التأهيل من خلال زيادة عدد المستفيدين.

جدول (27) أفراد العينة حسب

الأمر التي أعجت المستفيدين, الأمور التي ضاقتهم, وكيفية تطوير برنامج التأهيل(عدد=305)

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
الأمر التي أعجت المستفيدين في برنامج التأهيل	تعامل الموظفين	243	79.7	201	65.9	134	43.9
	أنشطة البرنامج						
	إدارة البرنامج	144	47.2				
الأمر التي ضاقت المستفيدين من برنامج التأهيل	سمعة البرنامج	174	57.0	213	69.8		
	حسن الاستقبال والتعامل						
	عدم الالتزام بالمواعيد	12	3.9	17	5.6	65	21.3
كيفية تطوير برنامج التأهيل من وجهة نظر المستفيدين	تعامل الموظفين						
	ارتفاع التكاليف	71	23.3	37	12.1	63	20.7
	عدم وجود تسهيلات للوصول للمقر						
كيفية تطوير برنامج التأهيل من وجهة نظر المستفيدين	استخدام أدوات وأجهزة حديثة	195	63.9	182	59.7	174	57.0
	توفير أخصائي تأهيل ذو خبرة عالية						
	توفير مرافق ترفيهية	168	55.1				
عقد اجتماعات دورية مع المستفيدين	عقد لقاءات مع ممثلي الوزارات	159	52.1	126	41.3	74	24.3
	وضع يافطات تدل على المقر						
زيادة عدد المستفيدين	زيادة عدد الموظفين	71	23.3				

خامساً التقييم في برامج التأهيل:

يتضح من جدول رقم (28) مدى سؤال المستفيدين عن رأيهم في الخدمات التأهيلية, وتبين أن 52.8% من المستفيدين تم سؤالهم عن رأيهم في الخدمات المقدمة لهم، بينما 33.8% منهم لم يتم سؤالهم عن رأيهم خلال زيارات المتابعة، و 13.4% منهم تم سؤالهم عن رأيهم في أخصائي التأهيل , وتبين أن 43% من

المستفيدين يرون أنه أحياناً كانت تتم مشاركتهم في عملية التقييم ، بينما 28.9% منهم لم تتم على الإطلاق مشاركتهم في عملية التقييم، و 15.4% يرون أنه دائماً كان يتم مشاركتهم في عمليات التقييم، و 12.8% يرون أنه نادراً ما كانت تتم مشاركتهم في عملية التقييم، وتبين أن 45.6% من المستفيدين يرون أنه كانت تتم مشاركتهم في عمليات التقييم بشكل شهري ، بينما 14.8% يرون أنه كانت تتم مشاركتهم في عملية التقييم كل ثلاثة أشهر، و 13.1% يرون أنه كانت تتم مشاركتهم في عملية التقييم بشكل أسبوعي، و 12.1% يرون أنه كانت تتم مشاركتهم في عملية التقييم كل ستة أشهر، و 9.8% يرون أنه كانت تتم مشاركتهم في عملية التقييم كل سنة، و 4.6% منهم يرون أنه كانت تتم مشاركتهم في عملية التقييم يومياً.

جدول (28) أفراد العينة

حسب رأي المستفيدين في الخدمات، مشاركة المستفيدين في عملية التقييم (عدد=305)

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
أخذ رأي المستفيدين في الخدمات المقدمة في برامج التأهيل		161	52.8	103	33.8
		41	13.4		
مشاركة المستفيدين في عملية التقييم في برامج التأهيل		47	15.4	131	43.0
		88	28.9		
معدل مشاركة المستفيدين في		14	4.6	40	13.1
		139	45.6		

التقييم في برامج التأهيل		كل 3 شهور		كل 6 أشهر		سنوياً	
45	14.8	37	12.1	30	9.8		

سادساً المشاركة في تحديد الاحتياجات والعلاقة مع المستفيدين:

يتضح من جدول رقم (29) تحديد احتياجات المستفيدين من برنامج التأهيل، وتبين أن 49.2 % من المستفيدين أحياناً لم يتم تحديد احتياجاتهم من برنامج التأهيل ، بينما 26.6% منهم أنه دائماً كان يتم تحديد احتياجاتهم من برنامج التأهيل، و 13.8% منهم نادراً ما كان يتم تحديد احتياجاتهم من برنامج التأهيل، و 10.5% منهم لم يتم تحديد احتياجاتهم أبداً من برنامج التأهيل، كما يتضح مدى مشاركة المستفيدين في تشكيل لجنة ضاغطة لدعم حقوق الأشخاص المعاقين، وتبين أن 56.7% من المستفيدين أبداً لم يشاركوا في تشكيل لجنة ضاغطة لدعم حقوق الأشخاص المعاقين ، بينما 21% منهم أحياناً ما يشاركون في تشكيل لجنة ضاغطة لدعم حقوق الأشخاص المعاقين، و 14.8% منهم كثيراً ما يشاركون في تشكيل لجنة ضاغطة لدعم حقوق الأشخاص المعاقين، و 7.5% منهم نادراً ما يشاركون في تشكيل لجنة ضاغطة لدعم حقوق الأشخاص المعاقين، تبين أن 50% من المستفيدين أحياناً كان يتم تبادل الزيارات فيما معهم بعد الانتهاء من برنامج التأهيل ، بينما 31.6% من المستفيدين أنه نادراً ما كانوا يتبادلوا الزيارات فيما معهم بعد الانتهاء من برنامج التأهيل ، و 12.2% من المستفيدين لم تتم أبداً الزيارة لهم بعد الانتهاء من برنامج التأهيل ، و 6.1% من المستفيدين كثيراً ما تمت الزيارات لهم بعد الانتهاء من برنامج التأهيل، تبين أن 39.3% من المستفيدين يرون أن الخدمات المقدمة لهم كانت بشكل جيد جداً، بينما 28.2% منهم تم تقديم الخدمات لهم بشكل ممتاز، و 22.6% منهم تم تقديم الخدمات لهم بشكل جيد، و 7.9% منهم تم تقديم الخدمات لهم بشكل مقبول، و 2% منهم تم تقديم الخدمات لهم بشكل ضعيف، تبين

أن 46% من المستفيدين أحياناً كانوا يشاركون في الاحتفالات والمناسبات الخاصة ببرنامج التأهيل ، بينما 28.9% من المستفيدين كثيراً ما كانوا يشاركون في الاحتفالات والمناسبات الخاصة ببرنامج التأهيل ، و 16.1% من المستفيدين لم يشاركوا أبداً في الاحتفالات والمناسبات الخاصة ببرنامج التأهيل ، و 8.9% من المستفيدين نادراً ما كانوا يشاركون في الاحتفالات والمناسبات الخاصة ببرنامج التأهيل.

جدول (29) أفراد العينة حسب تحديد احتياجات المستفيدين من البرنامج.

مشاركة المستفيدين باللجان الضاغطة، تبادل الزيارات، مشاركة المستفيدين بالأنشطة (عدد=305)

البيان	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
تحديد احتياجات المستفيدين	81	26.6	150	49.2	42	13.8	23	10.5
مشاركة المستفيدين باللجان الضاغطة	45	14.8	64	21.0	23	7.5	173	56.7
تبادل الزيارات مع الأشخاص المعاقين	6	6.1	49	50.0	31	31.6	12	12.2
مشاركة المستفيدين بالأنشطة	88	28.9	141	46.2	27	8.9	49	16.1

سابعاً التسهيلات البيئية للحصول على خدمات التأهيل:

يتضح من جدول رقم (30) مدى وجود تسهيلات بيئية لضمان وصول المشاركين في برامج التأهيل (ممرات منحدره، دريزين، مصاعد، يافطات دالة)، وتبين أن 56.7% من المستفيدين يعتقدون أنه يوجد تسهيلات في المداخل لضمان وصول المشاركين إلى برامج التأهيل ، بينما 50.2% من المستفيدين يعتقدون أنه يوجد تسهيلات في الممرات لضمان وصول المشاركين إلى برامج التأهيل ، و 39.7% من المستفيدين يعتقدون أنه يوجد تسهيلات داخل المباني لضمان وصول المشاركين إلى برامج التأهيل ، و 13.8% من المستفيدين يعتقدون أنه لا يوجد تسهيلات في برامج التأهيل لضمان وصول المشاركين إلى

برامج التأهيل، و 56.7% من المستفيدين يعتقدون أنه يوجد يافطات خارجية وداخلية في برامج التأهيل لضمان وصول المشاركين إلى برامج التأهيل، تبين أن المستفيدين واجهوا صعوبات في الحصول على خدمات من برامج التأهيل، وكان من أسباب مواجهة المستفيدين للصعوبات في الحصول على خدمات من برامج التأهيل، إذ إن 65.9% من المستفيدين واجهوا صعوبات في الحصول على خدمات من برامج التأهيل بسبب الصعوبات المالية، بينما 45.1% منهم واجهوا صعوبات في عدم القدرة على دفع الرسوم للحصول على خدمات من برامج التأهيل، و 23.2% منهم واجهوا صعوبات إجرائية للحصول على خدمات من برامج التأهيل، و 6.1% منهم واجهوا صعوبات في عدم وجود أخصائي للحصول على خدمات من برامج التأهيل، وقد تلقى المستفيدون مساعدات مالية للحصول على خدمات من برامج التأهيل، تبين أن 59% منهم تلقوا مساعدات مالية من وكالة الغوث للحصول على خدمات من برامج التأهيل، و 58.2% من المستفيدين تلقوا مساعدات مالية من برامج التأهيل للحصول على خدمات من برامج التأهيل، بينما 51.5% منهم تلقوا مساعدات مالية من مؤسسات خيرية للحصول على خدمات من برامج التأهيل، بينما 37.3% منهم تلقوا مساعدات مالية من وزارات السلطة الفلسطينية للحصول على خدمات من برامج التأهيل.

جدول (30) أفراد العينة حسب وجود

تسهيلات بيئية، أسباب الصعوبات، وجهة تلقي المساعدات المالية للحصول على خدمات التأهيل

البيان		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
وجود تسهيلات بيئية في برامج التأهيل	في المداخل	173	56.7	في الممرات	153	50.2	داخل المباني
	في يافطات داخلية وخارجية	173	56.7	121	39.7	173	56.7
	لا يوجد	42	13.8				
أسباب الصعوبات في الحصول	أسباب مالية			عدم وجود أخصائي			أسباب إجرائية
				عدم دفع الرسوم			

45.1	37	23.2	19	6.1	5	65.9	54	على الخدمات من برنامج التأهيل
وزارات السلطة		مؤسسات خيرية		برنامج التأهيل		وكالة الغوث		جهة تلقي المساعدات المالية
37.3	50	51.5	69	58.2	78	59.0	79	

4.2.5 النتائج الاستدلالية: نتائج الفروق في متغيرات مستوى خدمات التأهيل المجتمعي

مستوى خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستخدمين:

يتضح من جدول رقم (31) مستوى خدمات التأهيل المقدمة للمستخدمين في برنامج التأهيل، وتبين أن 65.6% من مقدمي الخدمات في برامج التأهيل يرون أن مستوى الخدمات في برامجهم لديها فاعلية بدرجة كبيرة، و 23.2% يرون أن مستوى الخدمات في برامجهم لديها فاعلية ولكن بدرجة متوسطة، و 7.9% يرون أن فاعليتها بدرجة قليلة، في حين 3.3% فقط منهم يرون أن لا يوجد لها فاعلية على الإطلاق، وتبين أن 67.6% يرون أن فاعلية برنامج التأهيل تأتي من تعدد أنواع الأنشطة، 63.2% من مقدمي الخدمات يرون أنها تأتي من قوة العلاقة مع المستخدمين، و 49.3% يرون أنها تأتي من كبر حجم الخدمات المقدمة، و 39.7% يرون أنها تأتي من كبر عدد المستخدمين.

جدول (31)

أفراد العينة حسب درجة فاعلة برامج التأهيل، وصفة الفاعلية (عدد=151)

البيان	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
درجة فاعلية البرنامج من وجهة نظر مقدمي الخدمات	درجة كبيرة		درجة متوسطة		درجة قليلة		أبداً	
	99	65.6	35	23.2	12	7.9	5	3.3
صفة فعالية البرنامج من وجهة نظر مقدمي الخدمات	تعدد أنواع الأنشطة		قوة العلاقة مع المستخدمين		كبر حجم الخدمات المقدمة		كبر عدد المستخدمين	
	92	67.6	86	63.2	67	49.3	60	39.7

في حين يوضح جدول رقم (32) أن مستوى خدمات التأهيل المقدمة للمستفيدين من وجهة نظرهم, حيث إن 39.3% من المستفيدين يرون أن الخدمات المقدمة لهم كانت بشكل جيد جداً، بينما 28.2% منهم يرون أنه تم تقديم الخدمات لهم بشكل ممتاز، و 22.6% منهم تم تقديم الخدمات لهم بشكل جيد، و 7.9% منهم تم تقديم الخدمات لهم بشكل مقبول، و 2% منهم تم تقديم الخدمات لهم بشكل ضعيف, تبين أن 56.1% من المستفيدين يعتقدون وبدرجة كبيرة أن برامج التأهيل تحظى بفاعلية في المجتمع ، بينما 35.1% من المستفيدين يعتقدون وبدرجة متوسطة أن برامج التأهيل تحظى بفاعلية في المجتمع، و 7.2% من المستفيدين يعتقدون وبدرجة قليلة أن برامج التأهيل تحظى بفاعلية في المجتمع ، و 1.6% من المستفيدين يعتقدون أن برامج التأهيل غير فاعلة في المجتمع, تبين أن 45.6% من المستفيدين يعتقدون أن قوة العلاقة مع المستفيدين هي التي تجعل من برامج التأهيل ذات فاعلية ، بينما 41% من المستفيدين يعتقدون أن كبر حجم الخدمات المقدمة هي التي تجعل من برامج التأهيل ذات فاعلية ، و 64.9% من المستفيدين يعتقدون أن تعدد أنواع الأنشطة هي التي تجعل من برامج التأهيل ذات فاعلية ، و 32.5% من المستفيدين يعتقدون أن كبر عدد المستفيدين هي التي تجعل من برامج التأهيل ذات فاعلية، و 47.9% من المستفيدين يعتقدون أن تحقيق الأهداف حسب الخطة المكتوبة هي التي تجعل من برامج التأهيل ذات فاعلية.

جدول (32) أفراد العينة حسب

مستوى تقديم الخدمات, مستوى فاعلة برامج التأهيل, وصفة الفاعلية (عدد=305)

النسبة %		العدد		النسبة %		العدد		النسبة %		العدد		البيان
جيد		جيد جداً		ممتاز		مستوى تقديم الخدمات في برنامج من وجهة نظر المستفيدين						
22.6	69	39.3	120	28.2	86							
المجموع		ضعيف		مقبول								
100	151	2.0	6	7.9	24	مستوى فاعلية برامج التأهيل من وجهة نظر المستفيدين						
بدرجة قليلة		بدرجة متوسطة		بدرجة كبيرة								
7.2	22	35.1	107	56.1	171							
		المجموع		غير فاعل								
		100	151	2.0	5							
قوة العلاقة مع المستفيدين		تحقيق أهداف الخطة		تعدد أنواع الأنشطة		صفة الفاعلية من وجهة نظر المستفيدين						
45.6	139	47.9	146	64.9	198							
		كبر عدد المستفيدين		كبر حجم الخدمات المقدمة								
		32.5	99	41.0	125							

1. نتائج الفرض الأول الذي ينص على أنه لا يوجد فروق ذات دالة احصائية بين الذكور والإناث في

مستوى خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين:

يتضح من جدول رقم (33) نوع الجنس لأفراد العينة، وتبين أن مقدمي الخدمات الذكور شكلوا في العينة نسبة 31.1%، بينما شكلت الإناث من المستفيدين نسبة 68.9% في العينة، ولوحظ أنه لا يوجد فروق

ذات دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين ($X^2 =$

.2.8, df = 6, P = 0.82).

جدول (33)

البرامج التأهيلية بالنسبة للجنس لمقدمي خدمات التأهيل (عدد=151)

المجموع	الإناث		الذكور		برامج التأهيل	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %		
20.5	31	19.2	20	23.4	11	جباليا
11.3	17	11.5	12	10.6	5	الشاطي
7.3	11	6.7	7	8.5	4	المغازي
13.2	20	11.5	12	17.0	8	النصيرات
19.2	29	22.1	23	12.8	6	دير البلح
7.9	12	8.7	9	6.4	3	خان يونس
20.5	31	20.2	21	21.3	10	رفح

100	151	100	104	100	47	المجموع
-----	-----	-----	-----	-----	----	---------

يتضح من جدول رقم (34) نوع الجنس لأفراد العينة، وتبين أن المستفيدين الذكور شكلوا في العينة نسبة 50.5%، بينما شكلت الإناث من المستفيدين نسبة 49.5% في العينة، ولوحظ أنه لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور المستفيدين والإناث المستفيدات من خدمات التأهيل في برامج التأهيل ($X^2 = 6.7, df = 6, P > 0.05$).

جدول (34)

البرامج التأهيلية بالنسبة لنوع الجنس للمستفيدين من خدمات التأهيل (عدد=305)

المجموع		الإناث		الذكور		برامج التأهيل
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
37.7	115	39.7	60	35.7	55	جباليا
6.9	21	6.6	10	7.1	11	الشاطئ
6.9	21	4.6	7	9.1	14	المغازي
19.7	60	23.8	36	15.6	24	النصيرات
8.5	26	7.9	12	9.1	14	دير البلح
10.5	32	8.6	13	12.3	19	خان يونس
9.8	30	8.6	13	11.0	17	رفح

100	305	100	151	100	154	المجموع
-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------

Chi -square = 6.7 , P-value= 0.34

2. نتائج الفرض الثاني الذي ينص على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة حسب مستوى المؤهل العلمي

للعاملين, على خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين:

يتضح من جدول رقم (35) برامج التأهيل بالنسبة للمستوى التعليمي لمقدمي الخدمات في مراكزهم, تبين أن أكثر الموظفين الحاصلين على شهادات جامعية فما فوق في مركزهم كانوا من مركز جباليا ونسبة 87.1%, ويليهم موظفي مركز المغازي 72.7%, مركز الشاطئ 58.8%, مركز دير البلح 58.6%, وأقل نسبة موظفين حاصلين على شهادات جامعية فما فوق كانوا من مركز خان يونس 41.7%, ووجد أن النتائج لها فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للمستوى التعليمي لمقدمي الخدمات في برامج التأهيل المجتمعي باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2=15.6, df = 6, p = 0.01$).

جدول (35)

برامج التأهيل بالنسبة للمستوى التعليمي لمقدمي الخدمات (عدد=151)

المجموع	جامعة فأعلى		ثانوية فأقل		برامج التأهيل
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
31	87.1	27	12.9	4	جباليا
17	58.8	10	41.2	7	الشاطئ
11	72.7	8	27.3	3	المغازي
20	50.0	10	50.0	10	النصيرات
29	58.6	17	41.4	12	دير البلح
12	41.7	5	58.3	7	خانيونس
31	45.2	14	54.8	17	رفح

المجموع	60	39.7	91	60.3	151
---------	----	------	----	------	-----

أما برامج التأهيل بالنسبة للمستوى التعليمي للمستفيدين من الخدمات في مراكزهم، يتبين من جدول رقم (36) أن الغالبية العظمى من المستفيدين من خدمات التأهيل في المراكز مستوى تعليمهم أقل من المستوى الثانوي 84.3%، وأن أكثر المستفيدين الحاصلين على شهادة ثانوية فأعلى كانوا من مركز النصيرات 33.3%، ويليهم مستفيدو مركز رفح 26.7%، وأقل المستفيدين الحاصلين على شهادة الثانوية فأعلى كانوا من مركزي المغازي ودير البلح 0.0%، ووجد أن النتائج لها فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للمستوى التعليمي لمقدمي الخدمات في برامج التأهيل المجتمعي باستخدام دلالة مربع كاي $X^2 = 32.4$, (df = 6, p = 0.001).

جدول (36)

برامج التأهيل بالنسبة للمستوى التعليمي للمستفيدين من الخدمات (عدد=305)

برامج التأهيل	اعدادي فأقل		ثانوي فأعلى		المجموع
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	
جباليا	105	91.3	10	8.7	115
الشاطئ	19	90.5	2	9.5	21
المغازي	21	100	0	0.0	21
النصيرات	40	66.7	20	33.3	60
دير البلح	26	100	0	0.0	26
خانيونس	24	75.0	8	25.0	32

30	26.7	8	73.3	22	رفح
305	15.7	48	84.3	257	المجموع

3. نتائج الفرض الثالث الذي ينص على أنه لا يوجد فروق ذات دالة حسب عدد سنوات خبرة على

خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين:

البرامج التأهيلية بالنسبة لسنوات الخبرة العملية لمقدمي الخدمات, وتبين من جدول رقم (37) أن

غالبية مقدمي الخدمات في المراكز 57.6% لديهم خبرة عملية في مجال التأهيل والعمل مع

الأشخاص المعاقين لمدة 4 سنوات فأكثر, وأن أكثر نسبة موظفين لديهم خبرة لمدة 4 سنوات فأكثر

كانوا يعملون في مركز النصيرات 85%, يليهم موظفي مركز رفح 80.6%, يليهم موظفي مركز

جباليا 71.0%, وأقل نسبة وجدت في مركز ديرالبلح 41.7%, ووجدت النتائج فروعاً ذات دالة

إحصائية تبعاً لسنوات خبرة مقدمي الخدمات في برامج التأهيل المجتمعي باستخدام دلالة مربع كاي

$$.(X^2 = 21.8, df = 6, p = 0.01)$$

جدول (37) برامج التأهيل بالنسبة لسنوات الخبرة العملية (عدد=151)

المجموع	4 سنوات فأكثر		أقل من 4 سنوات		برامج التأهيل
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
31	71.0	22	29.0	9	جباليا
17	64.7	11	35.3	6	الشاطئ
11	63.6	7	36.4	4	المغازي
20	85.0	17	15.0	3	النصيرات
29	34.5	10	65.5	19	دير البلح
12	41.7	5	58.3	7	خانيونس

31	80.6	25	19.4	6	رفح
151	57.6	87	42.4	64	المجموع

4. نتائج الفرض الرابع الذي ينص على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة حسب المستوى الاقتصادي للمستفيدين على خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين:

البرامج التأهيلية بالنسبة لمستوى الدخل الشهري، يتبين من جدول رقم (38) أن الغالبية العظمى من المستفيدين من خدمات التأهيل في المراكز 81.6%، مستوى دخلهم الشهري أقل من 1500 شيكل، 16.1% من المستفيدين دخلهم الشهري تراوح بين 1500 - 2900 شيكل، في حين 2.3% منهم تجاوز دخلهم الشهري الـ 2900 شيكل، وقد لوحظ أنه لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستفيدين الذين دخلهم أقل من 1500 شيكل، والذين مستوى دخلهم يتراوح بين (1500 - 2900) شيكل، والذين دخلهم أكثر من 2900 شيكل بالنسبة لبرامج التأهيل باستخدام دلالة مربع كاي $(X^2 = 8.9, df = 6, p = 0.07)$.

جدول (38)

برامج التأهيل بالنسبة لمستوى الدخل الشهري للمستفيدين (مقدراً بالشيكل)

المجموع	أكثر من 2900		2900 - 1500		أقل من 1500		برامج التأهيل	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %		
37.7	115	28.6	2	34.7	17	38.6	96	جباليا
6.9	21	0.0	0	6.1	3	7.2	18	الشاطئ
6.9	21	0.0	0	10.2	5	6.4	16	المغازي
19.7	60	28.6	2	26.5	13	9.6	45	النصيرات
8.5	26	14.3	1	2.0	1	9.6	24	دير البلح

10.5	32	14.3	1	14.3	7	26	24	خان يونس
9.8	30	14.3	1	6.1	3	10.4	26	رفح
100	305	2.3	7	16.1	49	81.6	249	المجموع

5. نتائج الفرض الخامس الذي ينص على أنه لا يوجد فروق ذات دالة حسب الفئات العمرية

للمستفيدين على خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين:

البرامج التأهيلية بالنسبة للفئات العمرية لمقدمي الخدمات، وتبين من جدول رقم (39) أن غالبية مقدمي الخدمات في المراكز 50.3% تقل أعمارهم عن 30 عاماً، في حين 32.5% من الموظفين تراوحت أعمارهم من 30 إلى 39 عاماً، 14.6% منهم تراوحت أعمارهم من 40 إلى 49 عاماً، و فقط 2.6 من مقدمي الخدمات في المراكز زادت أعمارهم على الـ 50 عاماً، وكانت أقل الفئات العمرية من برنامج تأهيل ديرالبلح وبنسبة 27.6%، يليه برنامج جباليا بنسبة 22.4%، في حين كان برنامج تأهيل خان يونس أقل البرامج وبنسبة 5.3%، ولم تجد النتائج فروقاً ذات دالة إحصائية تبعاً للفئات العمرية لمقدمي الخدمات في برامج التأهيل المجتمعي باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2 = 25.5, df = 18, p = 0.11$).

جدول (39) البرامج التأهيلية بالنسبة للفئات العمرية لمقدمي خدمات التأهيل

المجموع		50 فأكثر		49 - 40		39 - 30		أقل من 30		برامج التأهيل
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
20.5	31	25.0	1	13.6	3	20.4	10	22.4	17	جباليا
11.3	17	25.0	1	22.7	5	10.2	5	7.9	6	الشاطئ
7.3	11	25.0	1	9.1	2	4.1	2	7.9	6	المغازي
13.2	20	0.0	0	4.5	1	22.4	11	10.5	8	النصيرات
19.2	29	0.0	0	4.5	1	14.3	7	27.6	21	ديرالبلح
7.9	12	25.0	1	9.1	2	10.2	5	5.3	4	خانيونس
20.5	31	0.0	0	36.4	8	18.4	9	18.4	14	رفح
100	151	2.6	4	14.6	22	32.5	49	50.3	76	المجموع

6. نتائج الفرض السادس الذي ينص على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة حسب الحالة الاجتماعية

(المتزوجين وغير المتزوجين) للمستفيدين على خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين:

البرامج التأهيلية بالنسبة للحالة الاجتماعية للمستفيدين، وتبين من جدول رقم (40) أن غالبية المستفيدين من خدمات التأهيل في المراكز 75.4% هم من غير المتزوجين، وأن أعلى نسبة منهم 40.9% كانوا من المستفيدين من الخدمات في مركز جباليا، وأقل نسبة منهم 7.0% كانوا من المستفيدين من الخدمات في مركز الشاطئ، في حين أن أكثر مستفيدين من المتزوجين 37.3% كانوا من المستفيدين من الخدمات في مركز النصيرات، ويليها 28.0% من مركز جباليا، في حين لا يوجد متزوجون بين المستفيدين من الخدمات في مركز المغازي، ووجدت النتائج أنه يوجد فروق ذات دلالة حسب الحالة الاجتماعية (المتزوجين وغير المتزوجين) للمستفيدين على خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل المجتمعي باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2 = 60.4, df = 6, p = 0.001$).

جدول (40)

برامج التأهيل بالنسبة للحالة الاجتماعية للمستفيدين

المجموع		متزوج		أعزب		برامج التأهيل
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
37.7	115	28	21	40.9	94	جباليا
6.9	21	6.8	5	7.0	16	الشاطئ
6.9	21	0.0	0	9.1	21	المغازي
19.7	60	37.3	28	13.9	32	النصيرات
8.5	26	1.3	1	10.9	25	دير البلح
10.5	32	13.3	10	9.5	22	خان يونس
9.8	30	13.3	10	8.7	20	رفح
100	305	24.6	75	75.4	230	المجموع

5.2.5 معايير المقارنة بين برامج التأهيل

قام الباحث بوضع مجموعة من المعايير التي على أساسها قام بعمل مقارنة بين برامج التأهيل، وشملت هذه المعايير النواحي التالية:

1. التخطيط

تمكن الباحث من التعرف على التخطيط في برامج التأهيل المجتمعي من خلال النتائج التي حصل عليها من مقدمي الخدمات، والمقارنة لمدى وجود خطة مكتوبة يتم العمل على أساسها في البرامج، ويتضح من جدول رقم (41) أن أكثر البرامج التي يوجد لديها خطة مكتوبة يتم العمل على أساسها هو برنامج تأهيل ديرالبلح وبنسبة 96.6%، ثم برنامج تأهيل الشاطئ وبنسبة 94.1%، برنامج تأهيل رفح 93.6%، وأقل البرامج يوجد لديها خطة مكتوبة يتم العمل على أساسها هو برنامج تأهيل خان يونس وبنسبة 33.4%، ووجد أن النتائج لها دالة إحصائية باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2 = 71.6$)، $(df = 12, P = 0.001)$.

جدول (41)

برامج التأهيل بالنسبة لوجود خطة مكتوبة يتم العمل على أساسها

المجموع	يوجد خطة مكتوبة ولا نعمل على أساسها		غير مكتوبة		يوجد خطة مكتوبة ونعمل على أساسها		برامج التأهيل
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
31	0	0.0	3	9.7	28	90.3	جباليا
17	0	0.0	1	5.9	16	94.1	الشاطئ
11	2	18.2	0	0.0	9	81.8	المغازي
20	2	10.0	7	35.0	11	55.0	النصيرات
29	0	0.0	1	3.4	28	96.6	ديرالبلح
12	7	58.4	1	8.3	4	33.4	خانيونس

20.5	31	3.2	1	3.2	1	93.6	29	رفح
100	151	7.9	12	9.3	14	82.8	125	المجموع

2. التنظيم

وجود هيكلية لبرامج التأهيل المجتمعي, وأمكن الباحث الاستدلال عليها من خلال وجود نظام إداري لبرامج التأهيل, ويتضح من جدول رقم (42) أن أكثر البرامج لديها نظام إداري مكتوب هما الشاطئ وخانيونس وبنسبة 100% لكلٍ منهما, في حين كانت أقل البرامج لديها نظام اداري مكتوب هو برنامج تأهيل النصيرات وبنسبة 45%, ووجد أن النتائج لها دلالة إحصائية باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2 = 47.0, df= 18, P = 0.001$).

جدول (42) برامج التأهيل بالنسبة لمدى وجود نظام إداري لبرامج التأهيل

المجموع	لا أعلم		لا يوجد نظام		نظام غير مكتوب		نظام مكتوب		برامج التأهيل	
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد		
20.5	31	12.9	4	0.0	0	6.5	2	80.6	25	جباليا
11.3	17	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100	17	الشاطئ
7.3	11	0.0	0	0.0	0	27.3	3	72.7	8	المغازي
13.2	20	20.0	4	15.0	3	20.0	4	45.0	9	النصيرات
19.2	29	3.4	1	0.0	0	6.9	2	89.7	26	ديرالبلح
7.9	12	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100	12	خانيونس
20.5	31	19.4	6	0.0	0	3.2	1	77.4	24	رفح

100	151	9.9	15	2.0	3	8.0	12	80.1	121	المجموع
-----	-----	-----	----	-----	---	-----	----	------	-----	---------

3. المتابعة

تمكن الباحث من التعرف على وجود المتابعة في برامج التأهيل المجتمعي من خلال النتائج التي حصل عليها من مقدمي الخدمات، والمقارنة لمدى وجود آلية للمتابعة مكتوبة يتم العمل على أساسها في البرامج، ويتضح من جدول رقم (43) أن برنامج تأهيل خان يونس من أكثر البرامج التي لديها آلية مكتوبة للمتابعة وبنسبة 100%، ويليه برنامج تأهيل ديرالبلح وبنسبة 96.3%، ثم برنامج تأهيل الشاطئ وبنسبة 94.1%، وبرنامج تأهيل المغازي وبنسبة 90%، في حين أقل البرامج لديها آلية مكتوبة للمتابعة هو برنامج تأهيل النصيرات وبنسبة 50%، ووجد أن النتائج ذات دالة إحصائية باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2 = 28.7, df = 6, P = 0.001$).

جدول (43)

برامج التأهيل بالنسبة لمدى وجود آلية مكتوبة للمتابعة

برامج التأهيل	يوجد		لا يوجد		المجموع	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
جباليا	17	56.7	13	43.3	30	21.9
الشاطئ	16	94.1	1	5.9	17	12.4
المغازي	9	90.0	1	10.0	10	7.3
النصيرات	7	50.0	7	50.0	14	10.2

19.7	27	3.7	1	96.3	26	دير البلح
8.8	12	0.0	0	100.0	12	خان يونس
19.7	27	40.7	11	59.3	16	رفح
100	305	24.8	34	75.2	103	المجموع

4. التقييم

استطاع الباحث التعرف على وجود التقييم في برامج التأهيل المجتمعي من خلال النتائج التي حصل عليها من مقدمي الخدمات، والمقارنة لمدى وجود آلية للمتقييم مكتوبة يتم العمل على أساسها في البرامج، ويتضح من جدول رقم (44) أن برنامج تأهيل خان يونس من أكثر البرامج التي لديها آلية تقييم مكتوبة ومطبقة ونسبة 91.7%، ويليه برنامج تأهيل المغازي ونسبة 88.9%، ثم برنامج تأهيل الشاطئ ونسبة 81.3%، في حين أقل البرامج لديها آلية تقييم مكتوبة ومطبقة هو برنامج تأهيل النصيرات ونسبة 38.4%، ووجد أن للنتائج دالة إحصائية باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2 = 32.1$, $df = 18$, $P = 0.02$).

جدول (44)

برامج التأهيل بالنسبة لمدى وجود آلية تقييم مكتوبة ومطبقة

برامج التأهيل	يوجد مكتوبة		غير مكتوبة		يوجد وغير مطبقة		لا يوجد آلية		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
جباليا	15	50.0	13	43.4	1	3.3	1	3.3	30	23.4
الشاطئ	13	81.3	3	18.7	0	0.0	0	0.0	16	12.5
المغازي	8	88.9	0	0.0	1	11.1	0	0.0	9	7.0
النصيرات	5	38.4	6	46.2	0	0.0	2	15.4	13	10.2
ديرالبلح	18	78.3	5	21.7	0	0.0	0	0.0	23	18.0
خانيونس	11	91.7	1	8.3	0	0.0	0	0.0	12	9.4
رفح	19	76.0	5	20.0	1	4.0	0	0.0	25	19.5
المجموع	89	69.5	33	25.9	3	2.3	3	2.3	128	100

5. تحديد احتياجات المستفيدين من برامج التأهيل

استطاع الباحث التعرف على وجود تحديد احتياجات المستفيدين من برامج التأهيل من خلال النتائج التي حصل عليها من مقدمي الخدمات، والمقارنة لمدى وجود آلية لتحديد احتياجات المستفيدين من البرامج بشكل دائم، ويتضح من جدول رقم (45) أن برنامج تأهيل ديرالبلح من أكثر البرامج التي دائماً ما يتم عمل تحديد احتياجات للمستفيدين وبنسبة 82.8%، يليه برنامج تأهيل الشاطئ وبنسبة 82.3%، ويليهما برنامج تأهيل جباليا وبنسبة 71%، في حين تبين أنه لا يتم تحديد احتياجات للمستفيدين من خدمات التأهيل بشكل دائم في برنامج تأهيل خانيونس، ووجد أن للنتائج دالة إحصائية باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2 = 53.0, df = 18, P = 0.001$).

جدول (45)

برامج التأهيل بالنسبة لطبيعة تحديد احتياجات المستفيدين

برامج التأهيل	دائماً		أحياناً		نادراً		أبداً		المجموع
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
جباليا	22	71.0	8	25.8	1	3.2	0	0.	31
الشاطئ	14	82.3	3	17.7	0	0.0	0	0.0	17
المغازي	7	63.6	3	27.3	1	9.1	0	0.0	11
النصيرات	13	65.0	3	15.0	3	15.0	1	5.0	20
ديرالبلح	24	82.8	5	17.2	0	0.0	0	0.0	29
خانيونس	0	0.0	11	91.7	0	0.0	1	8.3	12
رفح	16	51.6	15	48.4	0	0.0	0	0.0	31

100	151	1.3	2	3.3	5	31.8	48	63.6	96	المجموع
-----	-----	-----	---	-----	---	------	----	------	----	---------

6. مشاركة المستفيدين والموظفين في إتخاذ القرارات في برامج التأهيل

استطاع الباحث التعرف على وجود مشاركة للمستفيدين والموظفين في إتخاذ القرارات في برامج التأهيل من خلال النتائج التي حصل عليها من مقدمي الخدمات, والمقارنة لمدى وجود آلية للمشاركة بشكل دائم, ويتبين من جدول رقم (46) أن أكثر البرامج التي يتم فيها إشراك الموظفين والمستفيدين في إتخاذ القرارات بشكل دائم كانت في برنامج تأهيل دير البلح بنسبة 41.4%, ويليه برنامج تأهيل الشاطئ بنسبة 29.4%, وبرنامج تأهيل رفح بنسبة 19.3%, وبرنامج تأهيل المغازي بنسبة 18.2%, وبرنامج تأهيل جباليا بنسبة 6.5%, وبرنامج تأهيل النصيرات بنسبة 5%, في حين أنه لم تتم مشاركة الموظفين والمستفيدين في إتخاذ القرارات في برنامج خان يونس, ووجد أن للنتائج دالة إحصائياً باستخدام دلالة مربع كاي ($X^2 = 30.1, df = 12, P = 0.003$).

جدول (46)

برامج التأهيل بالنسبة لمدى مشاركة المستفيدين والموظفين في إتخاذ القرارات

برامج التأهيل	دائماً		أحياناً		أبداً		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
جباليا	2	6.5	26	83.9	3	9.6	31	20.5
الشاطئ	5	29.4	11	64.7	1	5.9	17	11.3
المغازي	2	18.2	7	63.6	2	18.2	11	7.3
النصيرات	1	5.0	13	65.0	6	30.0	20	13.2
ديرالبلح	12	41.4	16	55.2	1	3.4	29	19.2
خانيونس	0	0.0	12	100	0	0.0	12	7.9
رفح	6	19.4	22	71.0	3	9.6	31	20.5
المجموع	28	18.5	107	70.9	16	10.6	151	100

3.5 الخلاصة

من خلال ما تم توصل إليه في هذا الفصل فإن الباحث يرى أنه تمت الإجابة عن جميع تساؤلات الدراسة والمتعلقة بالفروق بين الجنس وفقاً لمتغيراتها, كما أجابت عن الأسئلة ذات العلاقة في ضوء المتغيرات الديمغرافية السكانية والاجتماعية, مثل: السكن, والمستوى الاقتصادي, والعمر, ومستوى التعليم, ونوع الإعاقة التي تقدم لها خدمات التأهيل, كما ناقش أيضاً تقييم خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة من وجهة نظر مقدمي الخدمات والمستفيدين في نواحي السياسات والآليات المستخدمة في برامج التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين بقطاع غزة.

الفصل السادس

الاستنتاجات والتضمينات

1.6 المقدمة

يستعرض الباحث في هذه الفصل النتائج الرئيسية التي توصل لها البحث، متوالية حسبما وردت مسبقاً في الفرضيات الرئيسية وفي آلية التحقق منها في الفصل الخامس، كما يقوم الباحث بت دوين أهم استنتاجاته على النتائج بما يتفق مع مشكلة البحث، وانتهاءً طبيعياً ومنطقياً للنتائج التي توصل لها البحث فإن الباحث سيقوم بوضع عدد من التوصيات المستنبطة من النتائج وأيضاً قائمة بعدد من الدراسات المقترحة لإكمال البحث في مجال الدراسة الحالية .

2.6 النتائج الرئيسية :

توصلت الدراسة الحالية لعدد من النتائج:

يتبين من هذه الدراسة أن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات في مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين بقطاع غزة، والأعضاء في لجنة التنسيق لمراكز التأهيل المجتمعي، هم من الإناث حيث شكلت 68.9% من حجم كوادر التأهيل العاملة في المراكز السبعة التي تقدم الخدمات، في حين شكل الذكور ما نسبته 31.1% فقط، وهذا عائد إلى اعتماد مراكز التأهيل المجتمعي منذ نشأتها على الإناث في تقديم خدماتها للأشخاص المعاقين، حيث بدأت المراكز خدماتها اعتماداً على الجهد الطوعي، وكانت غالبية المبادرات صادرة عن الإناث، وتوافقت هذه النتائج مع دراسة (حمد، 2003) حيث بلغت نسبة

الإناث العاملات في مراكز التأهيل في قطاع غزة 60.4%. أما المستجيبون من المستفيدين من خدمات التأهيل في عينة الدراسة فقد شكل الذكور منهم ما نسبته 50.5%، بينما شكلت الإناث نسبة 49.5%، وهذا يبرز بعدالة حصول كل من الجنسين على نفس الفرص في إبداء الرأي في الخدمات المقدمة وعلى قدر المساواة، وقد توافقت هذه النتائج مع دراسة جييدز (Geddes, 2001) حيث مثل الذكور فيها 48.7%. كما يتضح أن غالبية العاملين في مراكز التأهيل يحملون مؤهلاً علمياً جامعياً فأعلى نسبة شكلت 60.3%، والذين يحملون مؤهلاً أقل من المستوى الثانوي يمثلون 18.3% فقط، وهذا يدل على ما لدى مراكز التأهيل من موارد بشرية، والإنتقائية في التعيين واختيار الكوادر العلمية المؤهلة لتقديم خدماتها للمستفيدين، وتشجيع المراكز على التطوير ورفع مستوى التحصيل العلمي للموظفين، وتوافقت هذه النتائج أيضاً مع دراسة (البلتاجي، 2003) حيث كان 57.1% من مقدمي خدمات التأهيل يحملون مؤهلاً جامعياً في مراكز التأهيل في محافظة غزة. في حين كان المستوى التعليمي للمستفيدين مغايراً، فقد وجد أن 4.6% فقط حاصلون على الشهادة الجامعية فما فوق، وهذا يعود إلى محدودية التعليم الخاص المقدم للأشخاص المعاقين وقصور كبير في الخدمات المقدمة لهم. وقد اتضح للباحث أن الموظفين الذين اكتسبوا خبرة في مجال خدمات التأهيل في المراكز ولمدة تقل عن أربعة سنوات خبرة مثلوا 35.8%، أما النسبة الكبرى من أصحاب الخبرة في المجال والذين زادت سنوات خبراتهم العملية عن 4 سنوات فقد مثلوا 64.2%، وهذا يدل على امتلاك مراكز التأهيل المجتمعي لكوادر لها خبرة كبيرة في مجال التأهيل مما مهد للمراكز سبل التطور والنجاح.

كما تبين أن مستوى الدخل الشهري لأسر الغالبية العظمى من المستفيدين هو أقل من 1500 شيكل شهرياً، بما يشير أن غالبية أسر المستفيدين تقع تحت خط الفقر، وخاصة أنهم يسكنون في المخيمات

والمناطق المحيطة لها, كما أن الظروف التي يعيشها الشعب الفلسطيني من إغلاق الطرق, وتدمير للبنية التحتية, وتجريف الأراضي الزراعية وغيره قد عزز وزاد من حده الفقر في المناطق.

اتضح أن 58% من المستفيدين كانت أعمارهم أقل من 16 سنة، بينما 42% كانت أعمارهم أكثر من 16 سنة, مما يدل على شمولية الخدمات التي تقدمها المراكز, وتلبية احتياج المستفيدين من الفئات العمرية المختلفة. وتبين أن معظم المستفيدين كانوا غير متزوجين وبنسبة 75.4%, وتباينت الإعاقات لديهم, حيث وجد أن 47.2% لديهم إعاقات سمعية, وهذا يعزز وجود مدارس لتعليم الطلاب الصم في غالبية المراكز كما أنها الوحيدة التي تقدم هذه الخدمة في عدد من مخيمات قطاع غزة، بينما 20.3% منهم لديهم إعاقات نطقية، و 18% منهم لديهم إعاقات حركية، و 13.8% منهم لديهم إعاقات عقلية، و 0.7% منهم لديهم إعاقات بصرية وهذه الخدمة متوفرة فقط في مركز خانيونس, وهذا يدل على قصور واضح وكبير تجاه فئة المعاقين بصرياً. وقد كان واضحاً أن خدمات التعليم الخاص تمثل الحجم الأكبر من الخدمات المقدمة في المراكز, وتأتي هذه الزيادة على حساب الخدمات الأخرى كخدمة العلاج الطبيعي التي لا تتوفر إلا في مركز ديرالبلح.

التخطيط في برامج التأهيل: يعتبر التخطيط الخطوة الأولى في الإدارة, ويقدر التركيز والإهتمام الذي ينصب على التخطيط سوف يكون النجاح أو الفشل في المراحل التالية, ولذلك فقد أصبح التخطيط في هذه الأيام سمة من سمات التطور في كل مكان ومجال وخاصة بعد التطور الكبير في وسائل الحاسوب ومعالجة البيانات (عبد القادر والريح, 1977), وقد أكدت النتائج أن لدى كل مركز من مراكز التأهيل خطة مكتوبة للعمل على أساسها, وهذه الخطة تتضمن كافة العناصر المكونة للخطة, وهي: الهدف, والأنشطة, وتوقيت الخطة الزمنية, وآلية التقييم, والفعاليات, وآلية المتابعة, والرؤية, والمستلزمات, والموازنة,

ورسالة مركز التأهيل, والغاية, والفلسفة, ويشارك في وضع الخطة من وجهة نظر غالبية مقدمي خدمات التأهيل المدراء, ومجلس الإدارة, والمشرفون, والأخصائيون, وعاملوا التأهيل, ومستشارون من خارج المراكز, والمتطوعون, والمستفيدون, وكان واضحاً ضعف مشاركة المستفيدين في وضع خطة التأهيل, مما يعكس تهميش المستفيدين في عملية التخطيط للبرامج المتعلقة بهم, على الرغم من رأي الأغلبية منهم بأن الخدمات تقدم لهم بناءً على خطة مكتوبة, وقد تعارضت هذه النتائج مع دراسة كورز (Kuipers, 2001) التي أبرزت بشكل كبير أهمية مشاركة الأشخاص المعاقين في خدمات التأهيل المقدمة لهم, ويؤكد علي عبده في كتابه "الأصول العلمية للإدارة والتنظيم" مشاركة فريق العمل في عملية التخطيط, وهنا من الضروري تعزيز هذه المشاركة, حتى تكون الخطة سليمة وفعالة.

التنظيم في برامج التأهيل: التنظيم هو عملية إدارية تهتم بتجميع المهام والأنشطة المراد القيام بها في وظائف وأقسام وتحديد السلطات والصلاحيات والتنسيق بين الأنشطة والأقسام من أجل تحقيق الأهداف مع حل المشاكل والخلافات التي تواجه كافة الأنشطة والأقسام من خلال أفراد التنظيم وبشكل ملائم (منصور, 1999), وتبين النتائج أن مراكز التأهيل المجتمعي لديها هياكل إدارية فاعلة, حيث يوجد لكل مركز رئيس واحد, ومدير واحد, وبينما يعمل بوظيفة مشرف أو منسق للبرامج والمشاريع العاملة في المراكز عدد 31 شخصاً يمثلون 20.5% من مجموع مقدمي الخدمات في مراكز التأهيل, كما يتبين أن أكبر عدد للوظائف هي لمدرسي التربية الخاصة, وهذا راجع لوجود برامج تعليمية للأطفال المعاقين في المراكز, وما يتطلب ذلك من عدد كبير من أخصائيي التربية الخاصة, وكذلك يعمل في المراكز 11 أخصائي تأهيل, و 11 أخصائي اجتماعي, 3 أخصائيي علاج طبيعي في أحد مراكز التأهيل, وكذلك يوجد في المراكز السبعة 22 متطوعاً ومتطوعة ممن يقدمون خدمات تأهيل للأشخاص المعاقين, هذا بالإضافة للطواقم الإدارية الأخرى العاملة في المراكز, وهذا التقسيم يحقق الأهداف المرجوة من الخرائط التنظيمية

فيما يتعلق بتقسيم الأعمال بين الموظفين على المستويات الإدارية وعدد الوظائف, وتحديد خطوط السلطة والمسئولية والرسمي وغير الرسمي حسب السلم الوظيفي, وتوضيح العلاقة بين الأقسام من أجل تحقيق التنسيق, وتوضيح نطاق الإشراف والرقابة حسب التسلسل الهرمي (منصور, 1999). وقد وُجد من خلال النتائج أن الغالبية العظمى من مقدمي خدمات التأهيل ترى أنه يوجد لمراكزهم نظام إداري مكتوب ومعروف لهم ومعمول به, ففي نظام تعيين الموظفين يتم الإعلان عن الوظائف, وبعدها يجرى مقابلات للمرشحين المفضلين حسب المعايير المكتوبة, ويوجد وصف وظيفي مكتوب لكل موظف يحدد مهام وصلاحيات الجميع, ويتم مكافأة الموظفين المتميزين, ومعاينة المقصرين حسب نظام المكافآت والعقوبات المعمول به في المراكز, والذي يعرفه غالبية مقدمي الخدمات, وتبعاً لهيكلية المراكز فإن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات ترى أنه يتم أحياناً مشاركة كافة المستويات الإدارية في أخذ القرارات بما في ذلك المستفيدين من خدمات التأهيل, حيث يتم العمل معهم بناءً على شروط ومعايير مكتوبة ومعروفة لمقدمي الخدمات, وهذا ما أفاد به كل من المستفيدين ومقدمي الخدمات, فقد رأى غالبية مقدمي الخدمات بأن المعلومات والموارد اللازمة للعمل معروفة لديهم ويمكن الحصول عليها بسهولة, كما رأى جميعهم بأنه يتم توزيع المهام والصلاحيات بين أعضاء فريق العمل في البرنامج, وهذا التوزيع أدى إلى تسيير العمل بطريقة جيدة من وجهة نظر الغالبية العظمى منهم, وأنه يوجد تنظيم وإدارة للوقت في البرنامج, وتعارضت هذه النتائج مع دراسة حشيش (1999) التي أظهرت وجود مشاكل في التنظيم الإداري في مراكز تأهيل المعاقين حسيّاً. أما من حيث تنظيم اللقاءات مع أعضاء فريق العمل بغرض تبادل المعلومات فيما بينهم, وتزويد جميع مقدمي الخدمات بالتغذية الراجعة للمعلومات, فيرى غالبية المستفيدين أنه يتم عقد لقاءات معهم بشكل فردي وجماعي على فترات متغيرة تتراوح ما بين اليوم والستة أشهر. تدور وظيفة التوجيه حول خلق بيئة عمل مناسبة وكيفية التعامل مع الأفراد داخل المؤسسة, وتكمن أهميتها في إنجاح العملية

الإدارية، وقد اتضح من نتائج الدراسة بأن الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات في برنامج التأهيل أكدت وجود مسؤول مباشر عن فريق العمل لإدارة شؤون العاملين في مراكز التأهيل يقوم بتوجيه فريق العمل، حيث يتم رفع تقارير دورية عن سير العمل في البرامج، كما يتم عقد لقاءات فردية وجماعية بشكل دوري بين الموظفين والمستفيدين بغرض الإرشاد والتوجيه.

المتابعة في برامج التأهيل: تعمل وظيفة المتابعة على قياس أداء العاملين للنشاطات المختلفة بالمنظمة ومتابعة وتقييم النتائج المنبثقة عن جهود العاملين بالمؤسسة والمقارنة بين العمل المطلوب والعمل المنجز وتصحيح الانحرافات في حالة وجودها ومنع تكرارها في المستقبل، وقد أفاد الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات أنه يوجد متابعة للخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل، وأن الأشخاص الذين يقوموا بعملية المتابعة هم المشرفون، والمدراء، والموظفون، ومجلس الإدارة، ونسبة قليلة منهم أفادت عن دور المتطوعين ومندوب خارجي في العملية، وخلال عملية المتابعة فإن غالبية مقدمي الخدمات يقومون بمتابعة كفاية الأنشطة لتحقيق الأهداف الموضوعية، تقبل المستفيدين للأنشطة المقدمة، جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين، كفاءة الموظفين وقدرتهم على تحقيق الأهداف الموضوعية، توافق الأنشطة المنفذة مع الخطة الزمنية الموضوعية، تقبل المستفيدين للموظفين الذين يقدموا خدمات التأهيل، وتوافق الأنشطة مع المصروفات المنفقة على البرنامج، ويأتي هذا الدور منسجماً مع نتائج دراسة لوبيز (Lopez et al,

2000) بأن برنامج التأهيل المبني على المجتمع يمثل أبسط نموذج لتقديم خدمات التأهيل والوقاية للأشخاص المعاقين وبتكلفة فاعلة خاصة في المناطق الفقيرة وقليلة الإمكانيات، وكذلك يتم أيضاً متابعة كفاية عدد الموظفين في البرنامج، ورأي المستفيدين في الخدمات المقدمة لهم، رأيهم في أخصائي التأهيل الذي يقدم لهم الخدمات، وتتم هذه المتابعة حسب الحاجة إليها من وجهة نظر مقدمي الخدمات، وفي فترة تتراوح من اليوم حتى الشهر، وأن المتابعة تتم حسب خطة، وبناءً على آلية مكتوبة لمتابعة الخدمات

المقدمة للمستفيدين, حيث أفاد الغالبية العظمى منهم وجود آلية للمتابعة يتم تطبيقها بدرجة عالية جداً, وأنها دائماً تحقق أهدافها.

التقييم في برامج التأهيل: رأى الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات بأنه يتم تقييم الخدمات المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل, وقد وُجد أن الأشخاص الذين يقومون بعملية التقييم هم المدراء, ومجلس الإدارة, والموظفون, والمتطوعون, ومندوبون من خارج المركز, ولم يتم ذكر أي دور للمستفيدين في عملية التقييم, على الرغم من أن نسبة كبيرة من المستفيدين رأيت بأنه أحياناً يتم إشراكهم في عملية التقييم, ويظهر هنا أن هناك لبساً بين التقييم ووصف الخدمات, وهذا ما أظهرته دراسة ويرز (Wirz, 2002) التي وُجد فيها أن هناك ميلاً كبيراً تجاه وصف الممارسات في العمل أكثر من التوجه نحو تقييم البرامج والخدمات المقدمة. يتضمن التقييم جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين, استمرارية واستدامة الخدمات, وفاعلية الخدمات, وينسجم هذا الاتجاه مع دراسة لوبيز وآخرين (Lopez et al, 2000) التي أظهرت أن برنامج التأهيل المجتمعي يمثل نموذجاً فاعلاً للتكاليف لتقديم خدمات التأهيل خاصة في المناطق الريفية قليلة الخدمات, وهو ما نحتاج إليه في مخيماتنا التي يعيش سكانها تحت خط الفقر, ويوفر الكثير من الموارد التي يمكن استخدامها في أغراض أخرى.

التنسيق بين برامج التأهيل: يتمركز التنسيق حول الخدمات التي تؤديها المنظمات, ويتضمن التنسيق بين احتياجات المستفيدين, إيجاد تعاون مشترك بين مجموعة من المنظمات لتحقيق أهداف مشتركة في نطاق برنامج عمل متفق عليه, تبادل المنفعة فيما بينها, عدم الإخلال بمصالح المنظمات الأخرى, ويتخذ التنسيق عادةً صورتين أساسيتين: التنسيق بين المنظمات والتنسيق بين العاملين داخل المنظمة الواحدة لتحقيق أهداف المنظمة, وعليه يكون للتنسيق أهمية في الاستفادة من خبرات العاملين وإمكانياتهم, تقريب وجهات النظر بين الفئات الإدارية والمهنية وتنفيذ التعليمات بصورة فاعلة, تعزيز سبل الإتصال, وتوفير

الجهد والوقت (بدوي، ب ت). وقد أظهرت النتائج أنه يوجد تعاون وتنسيق بين البرامج المختلفة في نفس مركز التأهيل وبشكل دائم، وهذا التنسيق على مستوى المشرفين، والموظفين، والمستفيدين، وتلقي المستفيدين معلومات عن توفر مصادر مجتمعية تهتم بتأهيل الأشخاص المعاقين من مستفيدين آخرين في نفس البرنامج، كما أفاد معظم مقدمي الخدمات بأنه يوجد تعاون وتنسيق بين مراكز التأهيل ومؤسسات التأهيل الأخرى وبشكل دائم، وذلك على المستوى الوطني والمحلي، وتوافقت النتائج مع دراسة ماركس (Markus, 2002) في دعم التشبيك مع المجتمع المحلي، أما حول التعاون والتنسيق مع المؤسسات الحكومية فقد أفاد نسبة كبيرة من مقدمي الخدمات بأنه يتم بشكل دائم، وكذلك أفادت الغالبية بأن المراكز لها عضوية في الشبكات على مستوى وطني ومحلي، وهذا يعكس قوة العلاقة بين مراكز التأهيل والمؤسسات الأخرى وعلى كل المستويات.

العلاقة مع المستفيدين: رأى غالبية مقدمي الخدمات أنه يتم دائماً تحديد احتياجات المستفيدين من برامج التأهيل، بينما رأت نسبة كبيرة من المستفيدين معهم بأنه أحياناً يتم تحديد احتياجاتهم من البرامج، كما اتضح أن غالبية مقدمي الخدمات رأت أنه يتم عقد لقاءات بشكل دائم مع المستفيدين بغرض تعريفهم ببرامج التأهيل وحقوقهم، في حين رأت نسبة كبيرة من المستفيدين أنه يتم عقد مثل هذه اللقاءات معهم، وقد رأت نسبة كبيرة من مقدمي الخدمات والمستفيدين الذين تم الانتهاء من العمل معهم في البرنامج أنه أحياناً يتم زيارة المستفيدين بعد الانتهاء من العمل معهم في البرنامج، كما أنهم أحياناً يقومون بدعم تشكيل لجان داعمة لحقوق الأشخاص المعاقين في المناطق، وكذلك رأى غالبية مقدمي الخدمات بأنه دائماً يتم إشراك المستفيدين في الاحتفالات التي تُقام في مراكز التأهيل، كما أفاد نسبة كبيرة من المستفيدين بأنهم شاركوا في لقاءات مع المسؤولين من الوزارات حول قضايا تهم الأشخاص المعاقين، في حين أن غالبية المستفيدين رأت أنهم لم يشاركوا في تشكيل لجنة ضاغطة لدعم حقوق الأشخاص المعاقين، وأن نسبة قليلة

فقط التي شاركت في ذلك. يتضح من النتائج أنه يوجد تباين في وجهات نظر مقدمي الخدمات والمستفيدين حول المشاركة في تحديد الإحتياجات والعلاقة مع المستفيدين, وهذا قد يعود إلى ضعف مشاركة المستفيدين وبالتالي عدم تلمسهم لهدف اللقاءات المنعقدة, وبالتالي غياب النتائج المرجوة من اللقاءات, وكذلك يمكن أن يكون السبب راجعاً لمغالة مقدمي الخدمات في النتائج, وعدم اعتمادهم على مؤشرات دقيقة وواضحة في متابعة تحقيق الأهداف.

التسهيلات داخل مقرات برامج التأهيل: توافق رأي غالبية مقدمي خدمات التأهيل والمستفيدين على أن كافة مراكز التأهيل يوجد بها تسهيلات في المداخل، داخل المباني، في الممرات، ويوجد عليها يافطات خارجية، وفيها يافطات داخلية تضمن وصول المستفيدين ومشاركتهم في أنشطة المراكز, حيث إن مداخل المقرات واسعة ومناسبة ومؤهلة لحركة المستفيدين، وأن الممرات كذلك واسعة وعليها مقابض تثبيت لمساعدة المستفيدين في الحركة والوصول، كما أن الأدراج والحمامات داخل المباني غالبيتها مهيئة لاستخدام المستفيدين في المقرات, وهذا ينسجم مع د. عبد العزيز عبد الرحمن (1989) أنه يجب إزالة كافة الحواجز المعوقة, وإيجاد تسهيلات لممارسة الحياة اليومية بما يمكن المعاق من أداء دوره وخصوصاً فيما يتعلق بعمل الإنحدارات في المباني لإستخدام الكراسي المتحركة, وتخصيص أماكن لحركته وتنقلاته ومرافق صحية خاصة به, وكل ما يوفر له فرص الإندماج والمشاركة في المجتمع كمواطن منتج قادر على المساهمة في التنمية, وقد أفادت الغالبية العظمى من المستفيدين أنهم لم يواجهوا أي صعوبات للوصول لمقرات مراكز التأهيل للحصول على خدمات التأهيل اللازمة لهم, وهذا يدل على جهود القائمين على المراكز في تهيئة المقرات للمستفيدين ليتمكنوا من الوصول والاستفادة من خدماتها.

العلامات الدالة داخل مقرات برامج التأهيل: رأت غالبية مقدمي خدمات التأهيل أنه يوجد يافطات على الأبواب والمداخل تدل على الأقسام والطوابق والأشخاص داخل المراكز, مما يمكن المستفيدين والزائرين

من الوصول لكافة مرافق مراكز التأهيل، ويدلل على وجود مفاهيم التسهيلات البيئية وتطبيقها في المراكز، كما أفادت الغالبية العظمى بأنه لا يوجد صندوق فاعل للشكاوي والمقترحات ولكن أفادت بوجود كافة وسائل الإتصالات الخاصة بكل مركز وتشمل الهاتف (التلفون)، والفاكس، والهاتف الجوال، والبريد الإلكتروني، وبطاقة التعارف، وأفادت نسبة كبيرة بوجود كارت خاص بكل مركز وصفحة إلكترونية له، ونسبة متوسطة منهم أفادت بوجود صندوق بريد، وهذا يعود لاعتماد مراكز التأهيل على المرسلين في توصيل البريد واستلامه وعدم الاعتماد على خدمات صندوق البريد، وهذا يدل على القدرة العالية للمراكز على الاتصال مع الآخرين وقدرتها العالية على التواصل على مستوى الأفراد والمؤسسات.

الصعوبات التي تواجه مراكز التأهيل وتؤثر على خدماتها: أوضحت غالبية مقدمي الخدمات أن أهم الصعوبات التي تواجه مراكز التأهيل وتهدد خدماتها هي الصعوبات المالية ونقص الإمكانيات والمعدات، وكذلك أوضح غالبية المستفيدين أن أهم الصعوبات التي تواجههم للحصول على خدمات التأهيل أيضاً هي صعوبات مالية وأن نسبة كبيرة منهم غير قادرة على دفع الرسوم، ونسبة متوسطة منهم واجهتهم صعوبة في إجراءات الحصول على الخدمة، مما دفعهم للبحث عن مساعدات مالية للحصول على خدمات التأهيل، ولكن غالبيتهم لم يتمكنوا من الحصول على مساعدات مالية، وأن معظمهم حصل على المساعدات المالية من وكالة الغوث الدولية بغزة، مركز التأهيل نفسه، مؤسسات خيرية، ونسبة متوسطة منهم حصلت على مساعدات مالية من وزارات السلطة الوطنية، مما يدل اعتماد غالبية الأشخاص المعاقين على المؤسسات غير الحكومية في المساعدات المالية والحصول على خدمات التأهيل اللازمة لهم. وتبين أن معظم المستفيدين حصلوا من المشرفين والموظفين على معلومات حول المصادر المجتمعية التي تهتم بتأهيل الأشخاص المعاقين، وكذلك من مستفيدين آخرين يتلقون الخدمات في المراكز، وقد تلقوا نسبة قليلة من المستفيدين خدمات تأهيل إضافية من مراكز أخرى في نفس المجال وفي مجالات أخرى

حيث إن غالبيتهم كان دافعها لذلك الحصول على خدمة إضافية للخدمات التي يتلقاها من مركز التأهيل، ونسبة كبيرة كان دافعها الحصول على خدمة أفضل من الخدمة المقدمة لهم، ونسبة قليلة كان دافعهم الحصول على خدمة ذات تكاليف أقل، مما يدل على أن الخدمات المقدمة في المراكز ذات تكاليف منخفضة تتناسب مع الوضع الاقتصادي للمستفيدين خاصة أن الغالبية العظمى يعيشون تحت خط الفقر، وذلك حسب النتائج التي حصل الباحث عليها من هذه الدراسة. رأى معظم المستفيدين أنه من المهم وجود مرفق ترفيهي داخل مقر برنامج التأهيل وأوضح الغالبية العظمى منهم أهمية وجود هذا المرفق، وقد أفاد الغالبية من المستفيدين أن معاملة الموظفين الذين يقدمون الخدمات هي من أكثر ما أعجبهم في مراكز التأهيل، في حين أشاد غالبيتهم بحسن الاستقبال والتعامل، وأنشطة البرنامج، وسمعة المركز، ووضحت نسبة كبيرة منهم أن جودة الخدمات وإدارة البرنامج من الأمور التي أعجبتهم في برنامج التأهيل في حين نسبة كبيرة من المستفيدين رأيت أن أكثر الأمور التي ضايقته المستفيدين كانت بُعد مركز التأهيل عن سكنهم، وأفادت نسبة متوسطة أن ما ضايقهم من المركز كان ارتفاع التكاليف، ضعف الخدمة المقدمة، وعدم وجود تسهيلات للوصول إلى مركز التأهيل.

مقترحات لتطوير برامج التأهيل في المراكز: برز أن أهم الآليات والمستلزمات التي يمكن من خلالها تطوير برامج التأهيل من وجه نظر غالبية مقدمي الخدمات، إقامة ورشات عمل لهم، توفير أجهزة ومعدات للعمل، دعوة خبراء ومستشارين، توفير مواد تعليمية، المشاركة في مؤتمرات وندوات، عمل زيارات ميدانية لمراكز تأهيل أخرى، في حين أعربت نسبة كبيرة منهم على أهمية استمرار التواصل بين المستويات الإدارية وتتوافق النتائج مع دراسة حمد (2003) التي أبرزت ضرورة توافر قنوات اتصال كافية، وتوفير دليل للعمل مع المستفيدين، كما أفادت غالبيتهم أن أهم النواحي التي يلزم تدريبهم عليها هي في مجال التخطيط، والإشراف، والعمل الجماعي، والممارسة الديمقراطية، والتنظيم، والتقييم، وطالب نسبة كبيرة منهم

تدريبهم في مجال التوجيه، إدارة الوقت، تدريب فني، وفي مجال التنسيق والتشبيك، وقد انسجم توجه مقدمي الخدمات في مقترح التدريب مع دراسة ويسلي (Wesley, 2004) التي أبرزت أهمية التدريب ونادت باستمراره ونشره بين المؤسسات، أما من وجهة نظر المستفيدين، فقد اقترح غالبيتهم توفير أدوات وأجهزة حديثة، توفير أخصائيي تأهيل ذوي خبرة عالية، وهذا ينسجم مع دراسة بلتاجي (2003) أن هناك نقصاً في الأخصائيين العاملين في مجال التأهيل الطبي، توفير مرافق ترفيهية في المراكز، عقد لقاءات بين المستفيدين وممثلي الوزارات ذات الشأن للأشخاص المعاقين، ورأت نسبة كبيرة منهم التطوير من خلال تطويع مداخل المراكز ووضع إشارات (يافطات) تدل على المكان خارج وداخل المركز، ورأت نسبة متوسطة منهم التطوير من خلال زيادة عدد الموظفين والمستفيدين من الخدمات.

أما النتائج الإستدلالية للدراسة فتوصلت إلى:

- توصلت الدراسة في نتائج الفرض الأول إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور المستفيدين والإناث المستفيدات من خدمات التأهيل في برامج التأهيل، وأن مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات قطاع غزة تتمتع بدرجة عالية من الفاعلية، وأن مستوى خدمات التأهيل المقدمة فيها فاعليتها على درجة كبيرة، وأن 68.9% من مقدمي الخدمات هم من الإناث، في حين أن 49.5% من المستفيدين الذين شاركوا في الدراسة كانوا من الإناث.
- كما أشارت الدراسة في نتائج الفرض الثاني إلى أن 60.3% من مقدمي الخدمات في المراكز يحملون مؤهلاً جامعياً فأعلى، وتبين بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للمستوى التعليمي لمقدمي الخدمات في برامج التأهيل المجتمعي.

- كما أشارت الدراسة في نتائج الفرض الثالث إلى أن 57.6% من مقدمي الخدمات في المراكز لديهم خبرات في مجال التأهيل لمدة أربع سنوات فأكثر، وتبين بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لسنوات خبرة مقدمي الخدمات في برامج التأهيل المجتمعي.
- كما أشارت الدراسة في نتائج الفرض الرابع إلى أن 81.6% من المستفيدين من الخدمات في المراكز معدل دخل الأسرة لديهم أقل من 1500 شيكل شهرياً، وتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للمستوى الاقتصادي للمستفيدين على خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين.
- كما أشارت الدراسة في نتائج الفرض الخامس إلى أن 82.8% من مقدمي الخدمات في المراكز تقل أعمارهم عن 40 عاماً، وتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للفئات العمرية لمقدمي الخدمات في برامج التأهيل المجتمعي.
- كما أشارت الدراسة في نتائج الفرض السادس إلى أن 75.4% من المستفيدين من الخدمات في المراكز غير متزوجين، وتبين أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للحالة الاجتماعية (المتزوجين وغير المتزوجين) للمستفيدين على خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة للمستفيدين في برامج التأهيل المجتمعي.

3-6 المقارنة بين المراكز:

- أكثر البرامج التي يوجد لديها خطة مكتوبة يتم العمل على أساسها هو برنامج تأهيل ديرالبلح, وأقل البرامج يوجد لديها خطة مكتوبة هو برنامج تأهيل خان يونس, ووجد أن النتائج لها دالة إحصائية.
- أكثر برنامج لديه نظام إداري مكتوب هو برنامجي تأهيل الشاطئ وخانيونس, في حين كانت أقل البرامج لديها نظام اداري مكتوب هو برنامج تأهيل النصيرات ووجد أن النتائج لها دلالة إحصائية.
- برنامج تأهيل خان يونس من أكثر البرامج التي لديها آلية مكتوبة ، في حين أقل البرامج لديها آلية مكتوبة للمتابعة هو برنامج تأهيل النصيرات ، ووجد أن النتائج ذات دلالة إحصائية.
- برنامج تأهيل خان يونس من أكثر البرامج التي لديها آلية تقييم مكتوبة ومطبقة, في حين أقل البرامج لديها آلية تقييم مكتوبة ومطبقة هو برنامج تأهيل النصيرات ، ووجد أن للنتائج دالة إحصائية.
- برنامجا تأهيل ديرالبلح والشاطئ من أكثر البرامج التي دائماً ما يتم عمل تحديد احتياجات للمستفيدين، في حين تبين أنه لم يتم تحديد احتياجات المستفيدين من خدمات التأهيل بشكل دائم في برنامج تأهيل خانيونس, ووجد أن للنتائج دالة إحصائية.
- أكثر البرامج التي يتم فيها إشراك الموظفين والمستفيدين في اتخاذ القرارات بشكل دائم كانت في برنامج تأهيل دير البلح, في حين أنه لم يتم مشاركة الموظفين والمستفيدين في اتخاذ القرارات في برنامج خان يونس, ووجد أن للنتائج دالة إحصائية.

4.6 التضمينات (التوصيات):

من خلال نتائج الدراسة والاطلاع على الدراسات التي أجريت في مجال الدراسة الحالية فإن الباحث يوصي بالتالي:

أولاً على مستوى مراكز التأهيل:

1. الاهتمام بالتعليم المستمر لمقدمي خدمات التأهيل المجتمعي في المراكز, والسعي المستمر لتطوير قدراتهم المهنية الذاتية من خلال تبني سياسات تدريبية مبنية على تحديد احتياجات العاملين في برامج التأهيل, واستقدام خبراء للتدريب من خارج المراكز, وتشجيع العاملين للحصول على الدراسات التخصصية في مجالات التأهيل المختلفة, والمشاركة في الندوات والمؤتمرات المتعلقة بموضوعات التأهيل المختلفة, وتوفير التمويل اللازم للأجهزة والمعدات الحديثة للعمل.
2. وضع خطة تدريبية متكاملة لمراكز التأهيل في موضوعات التخطيط, والإشراف, والعمل الجماعي, والممارسة الديمقراطية, والتنظيم, والتقييم, والتوجيه, وإدارة الوقت, والتنسيق والتشبيك.
3. عقد لقاءات دورية للمستويات الإدارية المختلفة في مراكز التأهيل المجتمعي, وتعزيز مشاركة الجميع في اتخاذ القرارات المتعلقة بهم وبعملهم.
4. توفير الإمكانيات اللازمة لوضع دليل العمل مع الأشخاص المعاقين في فلسطين, بما ينسجم مع التقدم العلمي والخبرات العالمية في مجال التأهيل.
5. إشراك المستفيدين في عملية التخطيط, والتنفيذ, والمتابعة, والتقييم.
6. التعاون والتنسيق مع مؤسسات التأهيل الأهلية والحكومية لتحقيق التكامل الخدمات المقدمة للمستفيدين والحد من ازدواجية الخدمات المقدمة في نفس المنطقة.

ثانياً على مستوى وكالة الغوث الدولية:

تعزيز التعاون والتنسيق مع مراكز التأهيل المجتمعي, ودعم احتياجات المراكز في موازنة التطوير, ودعم احتياجات المستفيدين خاصة في الأجهزة والمعدات ورسوم الخدمات.

ثالثاً على مستوى المؤسسات الحكومية:

1. التعاون والتنسيق مع مراكز التأهيل المجتمعي, ودعم احتياجات المستفيدين خاصة في الأجهزة والمعدات ورسوم الخدمات, وأخذ دور في التنسيق مع مؤسسات التأهيل لتكاملية الخدمات المقدمة للمستفيدين.

2. أخذ قرارات حاسمة فيما يتعلق بتطبيق قانون حقوق الأشخاص المعاقين.

3. إتاحة المزيد من الفرص للإلتقاء مع الأشخاص المعاقين, ودعم تشكيل لجان داعمة لحقوق الأشخاص المعاقين في فلسطين.

رابعاً على مستوى الدراسات المستقبلية:

1. إجراء دراسات تقييمية مماثلة لخدمات التأهيل المقدمة في مؤسسات التأهيل الأهلية والحكومية في فلسطين.

2. إجراء دراسات لتقييم احتياجات الأشخاص المعاقين في مجال التأهيل المختلفة في محافظات الوطن.

3. إجراء دراسات لقياس أثر خدمات التأهيل المقدمة في المؤسسات الفلسطينية على الأشخاص المعاقين.

المراجع العربية

ابراهيم, سعد الدين: (2001), "بحوث ودراسات لأسر غير العاديين", القاهرة, مكتبة زهراء الشرق.

أبو حبيب, لينا: (1998). "الجنود والإعاقة" تجارب النساء في الشرق الأوسط, الجمعية الوطنية لحقوق المعاق, لبنان, ص 33.

أبو حشيش, بسام: (1999). "الدور المتوقع لمديري مراكز تأهيل المعاقين حسيًا بلواء غزة" رسالة ماجستير غير منشورة, قسم التربية المقارنة والإدارة التعليمية في كلية التربية. جامعة عين شمس, القاهرة.

أبو مصطفى, نظمي: (2000). "المدخل في التربية الخاصة" غزة, مكتبة الشهداء, ص 21.

أبو مصطفى, نظمي وأبو حشيش, بسام: (2000). "اتجاهات أولياء الأمور والمعلمين نحو الدمج الأكاديمي للأطفال المعوقين سمعياً مع الأطفال العاديين في المدارس العادية" حوليات: مجلة تصدر عن جماعة القياس والتقييم - جامعة الأزهر بغزة, ديسمبر, ص 18.

أبو مصطفى, نظمي وشعنت, رزق: (1997). "سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)", غزة, الطبعة الأولى, ص 7-10.

الأغا, إحسان: (1997). "البحث التربوي" عناصره ومناهجه وأدواته", غزة, مطبعة الرنتيسري.

- البلتاجي, تيسير: (2003). "تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركياً جراء انتفاضة الأقصى بمحافظة غزة في الفترة ما بين 2000 \9\28 وحتى 2001 \9\28" رسالة ماجستير غير منشورة, كلية الصحة العامة- جامعة القدس - غزة.
- التربية الخاصة: (1989). "عاملون متخصصون - برامج ومناهج متميزة", عدد 89, فبراير, ص 51.
- الحفني, عبد المنعم: (1987). "موسوعة علم النفس والتحليل النفسي", القاهرة, مكتبة مدبولي.
- الخطيب, جمال والحديدي, منى: (1998). "مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة: دليل علمي على تربية وتدريب الأطفال المعوقين" الأردن, دار الفكر العربي, ص18.
- الخنزدار, ثناء: (2000). "أثر التأهيل المهني على التوافق النفسي الاجتماعي للمعوقين في محافظة غزة" رسالة ماجستير غير منشورة, قسم التربية المقارنة والإدارة التعليمية في كلية التربية, جامعة عين شمس, القاهرة.
- الزعبوط, يوسف: (2000). "التأهيل المهني للمعاقين", الأردن- عمان, دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع, ط 1. ص 20.
- السيد, فؤاد البهي: (1997). "علم النفس الاحصائي", القاهرة, دار الفكر العربي, ط 3, ص 596.
- الشربيني, لطفي: (2005). " الإنسان يتحدى الإعاقة في القرن الجديد "
- الشتنير, صبري: (1998). "التأهيل المجتمعي في الأردن", ورقة عمل.
- الصفار, غسان: (1998). "التأهيل المهني المجتمعي للمعوقين", مشروع التأهيل المجتمعي, العراق, منظمة العمل الدولية.

القواعد الموحدة بشأن تحقيق الفرص للمعوقين: (1993). قرار اتخذته الجمعية العمومية - الدورة 48, 20 ديسمبر .

اللجنة الوطنية المركزية للتأهيل: (1992). "الاتجاهات العامة لخطة التأهيل الوطنية في الضفة الغربية وقطاع غزة (باللغة العربية الانجليزية), ص 14.

المركز الصحافي الدولي: (2005). الهيئة العامة للاستعلامات/ مجلة الديمقراطي اصلاح وديمقراطية "نشرة غير دورية تصدر عن فلسطين واحدة" العدد الرابع عشر السنة الأولى, أيلول

www.Palestineone.com

المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان: (2001). "حقوق المعوقين في قطاع غزة بين الواقع والطموح", غزة, مطابع رشاد الشوا, ص72.

المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم: (1982). "دراسة حول تربية المعوقين في البلاد العربية, إدارة البحوث التربوية, تونس, ص 20.

الميلادي, سمير: (1990). "التقويم المهني للمعاقين في الوطن العربي" المجلس العربي للطفولة والتنمية. الهواري, سيد: (1997). "التنظيم", القاهرة: مكتبة عين شمس, ص 6.

ايغنز, والتر: (2002). مجلة getting there - العدد رقم 1- صادرة عن الرابطة الدولية للجمعيات العاملة من أجل المعوقين عقليا, ترجمة حنان الزين, تدقيق د. موسى شرف الدين, 817.

بخش, أميرة: (1995). "أثر تكيف الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مع بيئة أقرانهم العاديين على درجة تحصيلهم الدراسي", المؤتمر الدولي

الثاني للإرشاد النفسي, مركز الإرشاد النفسي, 25-27 ديسمبر ص ص 563-606.

بدوي، أحمد زكي: (1986). "معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية", بيروت, لبنان, مكتبة لبنان.
بدوي, هناء: (ب ت). "إدارة وتنظيم المؤسسات الاجتماعية", الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث, ص
141-143.

جاف, انجلا: (1995). "حقوق الإنسان للأشخاص ذوي الإعاقة", رام الله: مؤسسة الحق, ص23.
جامعة القدس المفتوحة: (1998). "التأهيل المهني والاجتماعي للمعاقين" الطبعة الأولى. عمان/جامعة
القدس المفتوحة.

جمعية جباليا للتأهيل: (2004). التقرير السنوي العام.

جمعية جباليا للتأهيل: (2005). التقرير السنوي العام.

حمد, نبيلة: (2003). "مشكلات التنظيم الإداري لمؤسسات التربية الخاصة في لواء غزة" رسالة ماجستير
غير منشورة, قسم أصول التربية كلية البنات, جامعة عين شمس, القاهرة.

داود, عزيز: (1998). "التأهيل المهني القائم على المجتمع المحلي", منظمة العمل الدولية.

داوود, عزيز: (1999). "الورشنة الوطنية حول السياسات والاستراتيجيات الوطنية لتأهيل الأشخاص

المعوقين في فلسطين", رام الله 16-18/11 (التوجهات الحديثة لتأهيل الأشخاص المعوقين).

داود, عزيز: (2006). "الإعاقة من التأهيل إلى الدمج", مقدمة حول
التأهيل في المجتمع المحلي, الطبعة الأولى, لبنان, بيروت, مطبعة مؤسسة
مصطفى قانصوه.

روحي عبيدات: (2001). محاضرة بعنوان "التأهيل المبني على المجتمع المحلي (CBR)", مدينة

الشارقة للخدمات الإنسانية- قسم التأهيل المهني والتدريب والتوظيف.

- سالم، وليد: (2005). "دليل اللاجئين الفلسطينيين"، رام الله: مركز بانوراما (المركز الفلسطيني لتعميم الديمقراطية وتنمية المجتمع)، ص 23-25.
- سعيد وآخرون: (2000). " نحو تطور العلاقة بين ذوي الاحتياجات الخاصة ومراكز التأهيل في الضفة الغربية وقطاع غزة (دراسة تقييمية من وجهة نظر المنفعين)", جامعة بيرزيت، رام الله، فلسطين.
- سيد، جابر وعبد الموجود، أبو الحسن: (2003). "الإدارة المعاصرة في المنظمات الاجتماعية"، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، ص 43.
- عبد القادر، محمد والريح، طارق: (1977). "التخطيط ومتابعة المشروعات باستخدام كريقة المسار الحرج"، بيروت- الكويت: دار القبس، 197، ص ص 10-15.
- عبد الوهاب، علي (1981). " التدريب والتطوير"، الرياض: معهد الإدارة العامة، الفصل الأول.
- عبد الوهاب، علي: (2001). " إدارة الموارد البشرية"، القاهرة: كلية التجارة- عين شمس.
- عبد، علي: (1991). "الأصول العلمية للإدارة والتنظيم"، القاهرة: مكتبة عين شمس، الطبعة السادسة عشرة، ص. 81.
- عز الدين، أحمد مصطفى: (1999). "تقييم فاعلية خدمات التأهيل المجتمعي للمعاقين في الأردن"، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- علام، صلاح الدين محمود: (1993). "الأساليب الاحصائية الاستدلالية البارامترية واللابارامترية في تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية"، القاهرة: دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، ص. 87.

عودة, منى سالم والحاج علي, عفاف: (1992). "أضواء على حياة نساء معوقات في المجتمع الفلسطيني" جامعة بيرزيت- وحدة صحة المجتمع.

فرج, صفوت: (1997). "القياس النفس", القاهرة, الأنجلو المصرية, ط 3, ص 254, 261.

فيفيان, خميس: (1992). "فعالية مؤسسات التأهيل الفلسطينية لمعاقبي الانتفاضة", مجلة جامعة بيت لحم, ص 11, 12.

كمال, عبد الحميد يوسف: (1999). التأهيل المرتكز على المجتمع المحلي, الحياة الطبيعية حق للمعوقين, النشرة الدورية, العدد 58, السنة السادسة عشر, يونيو, يصدرها اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية.

مجلة الصفاة: (2005). العدد الثاني, سبتمبر, غزة, مطابع رشاد الشوا ص 21-22.

مكتب الإعلام: (2005). رئاسة الأنزوا (غزة), تقرير آب/ أغسطس.

منشورات: الأمم المتحدة (1993). "الإعلان الخاص بحقوق المعوقين", مجموعة صكول دولية, المجلد الأول (الجزء الثاني), ص 760.

منشورات: الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948). اعتمده الأمم المتحدة ونشر على الملأ بقرار

الجمعية العامة 217 ألف (د-3) المؤرخ في 10 كانون الأول/ديسمبر.

منشورات: المركز الفلسطيني للإعلام (2005). "3 ديسمبر اليوم العالمي للمعاق".

منشورات: القانون الفلسطيني لحقوق المعوقين رقم 4 لسنة 1999.

منصور, علي: (1999). "مبادئ الإدارة: أسس ومفاهيم", القاهرة, مجموعة النيل العربية- الطبعة الأولى,

ص 384.

منظمة العمل الدولية, منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة, منظمة الصحة العالمية: (2004). ورقة موقف مشترك "التأهيل في المجتمع المحلي, استراتيجية من أجل التأهيل وتحقيق تكافؤ الفرص والتخفيف من وطأة الفقر وضمان الاندماج الاجتماعي للأشخاص المعوقين".
والي, عواطف: (1999). "التممية والجمعيات الأهلية", القاهرة, مطبعة الملاحي بالجيزة- الطبعة الأولى, ص86.

ورشة عمل حول التأهيل المبني على المجتمع المحلي وتجارب الدول في الـ CBR: (1995).
وزارة الشؤون الاجتماعية ودائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية: (1997). "دراسة تطوير الخدمات التأهيلية على المستوى التخصصي المتوسط في محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة", التقرير الثالث, محافظات غزة, رام الله- فلسطين.

وكالة الغوث الدولية: (2006). دليل المؤسسات والمنظمات العاملة في مجال المعاقين والتدريب التأهيل في قطاع غزة, دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية بوكالة الغوث الدولية بغزة- قسم الخدمات الاجتماعية- برنامج المعاقين, يناير

Reference

Asian Pacific Decade of Disabled Persons'1993 – 2002. Social Development Division,
ESCAP.

Bethlehem Arab Society for Rehabilitation (2002). "Situational analysis: Impact of the Palestinian Intefada on Disability". Bethlehem, Palestine.

Chatterjee, S. Mrcpsych, V. Chatterjee, A. Weiss, H. (2003) "Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India". *The British Journal of Psychiatry* 182: 57-62.

Eide A H. (2004) Impact Assessment of Community Based Rehabilitation Programmes in Palestine. SINTEF Health Research, PB. 124 Blindern, N-0314 Oslo, Norway.

Gaza National Committee for Rehabilitation, Diakonia (1993) "Disability and Rehabilitation Needs in the Gaza Strip: A Survey Report on Bureij and Al-Shati Refugee Camps (Arabic/English). GNCR 66pp.

Glogowska, M. Roulstone, S. Enderby, P. Peter, T. (2000). Randomized Controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. Speech and Language Therapy Research Unit, French Hospital, Bristol BS16 ILE.

Handojo, T. (1991). "Conceptual Framework of Community Based Rehabilitation and Some Strategic Issues on Its Implementation". In Proceedings of Asia and the Pacific Regional Leadership Seminar on Community-Based Rehabilitation, Hong Kong; pp19-30.

Hartley, S. (2001). "Commentary on "community based service delivery in rehabilitation". The promise and the paradox by Kendall, Buys and Larner. *Disability and Rehabilitation*, pp.23, 1, 26 – 29.

Hartley, S. Muhit, M. (2003). Guest Editorial: "Using Qualitative Research Methods for Disability Research in Majority World Countries". *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, vol. 14, pp. 103 – 115.

Hawari, M. (2003). "Fighting Palestinian Poverty". A survey of the economic and social impact of the Israeli occupation on the Palestinians in the West Bank and Gaza Strip. London, War on Want.

Helander, E. (1980). "The Future of Rehabilitation". In Proceedings of 16th World Congress of Rehabilitation International, Tokyo; pp.177-178.

Helander, E. Mendis, P. Nelson, G. Goerdt, A. (1989). "Training in the community for people with disabilities". Geneva, World Health Organisation.

Helander, E. (1993). "Prejudice and Dignity". An Introduction to Community Based Rehabilitation, UNDP. New York: United Nations; 175-182.

Hollis, V. Madill, H. Darrah, J. Warren, S. (2003). "Impact of Community Initiative on Rehabilitation Executive Summary for Rehabilitation Service Managers". Department of Occupational Therapy Faculty of Rehabilitation Medicine.

Hurwitz, B. Jarman, B. Cook, A. Bajekal, M. (2005). "Scientific evaluation of community-based Parkinson's disease nurse specialists on patient outcomes and health care costs". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, P. 97 –April.

ILO, UNESCO, UNICEF, WHO. (1994). "Community based Rehabilitation with and for people with disabilities". Draft joint position paper, Geneva.

ILO, UNESCO, UNICEF, WHO. (2004). "Community based Rehabilitation with and for people with disabilities". Draft joint position paper, Geneva.

Jonsson, T. (1994). "OMAR in Rehabilitation". A Guide on Operations Monitoring and Analysis of Results.

Kabesh, A. (1999) "Community Based Rehabilitation within Development Programmes of Community Development Associations".

Krefting, L. (1994). "Evaluation in CBR". Presented at Limuru CBR Seminar. (Mimeograph).

Kuipers, P. and Allen, O. (2004). "A preliminary guideline for the implementation of Community Based Rehabilitation (CBR) approaches in rural". Remote and indigenous communities in Australia. *Rural and Remote Health* 4 (online): no 291.

Lagerkvist, B. (1992). "Community Based Rehabilitation - Outcome for the disabled in the Philippines and Zimbabwe". *Disabled and Rehabilitation*; 14(1): 44- 50.

Lawton, A. and Rose, A. (1994). *Organization Management in the Public sector*, 2 nd ed. London , Pitman Publishing, p. 156.

Lopez, M. Lewis, A. Boldy, P. (2000). "Evaluation of a Philippine community based rehabilitation programme". *Asia Pac J Public Health*: 12(2): 85-9. Department of Health Policy and Management, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia.

Lundgren-Lindquist, B. Nordholm, L. A. (1996). "The impact of community-based rehabilitation as perceived by disabled people in a village in Botswana". *Disability and Rehabilitation*, 18: 329 – 334.

Markus, S. (2002). "Evaluation of Community Based Rehabilitation for the disabled in Indonesia". World Enable, Jakarta, 15 to 17 January.

Mendis P. and Nelson, G. (1982). "A new approach to rehabilitation in developing countries". *The IX International Congress of the World Federation for Physical Therapy, Part II*; 674, AB Grafiska, Gruppen, Stockholm, Sweden.

Mendis, P. (1988). Report of Assignment 24 February - 24 March. "Evaluation of Community-Based Rehabilitation Development Project in Tiang Giang and Ho Chi Minh". Document courtesy of R. Barnen, Sweden.

Menz, F. (2004). "Community Based Rehabilitation Programs Service Models Research": A summary of service Models Findings. Research and Training Center Stout Vocational Rehabilitation Institute University of Wisconsin-Sout M Menomoniet 1.

Ministry of Health of Bosnia and Herzegovina (1999). "War victims' rehabilitation project", special report, MOH, Gov. of Bosnia and Herzegovina.

Mitchell R A, Zhou D, Lu Y, Watts G. (1993). "Community-based rehabilitation: does it change community attitudes towards people with disability?" *Disability and Rehabilitation*, **15**: 179 – 183.

National Spinal Injury Statistical Center (1998). "Spinal cord injury facts and figures" Birmingham, Ala. USA.

O'Toole, B. (1988). "A Community Based Rehabilitation Programme for Pre-school disabled children in Guyana". *International Journal of Rehabilitation Research*. 11(4), 323-334.

Palestinian Ministry of Health (2003). "The Status of Health in Palestine". Annual Report, HIMS, Palestine.

Palestinian Ministry of Health (2004). "The Status of Health in Palestine". Annual Report, Gaza, Palestine.

Powell, J. Heslin, J. Greenwood, R. (2003). "Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury": a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* Feb; 72:193–202.

Rajendre, K. R. Christy, Abraham, Thomas, M. (1994). "The Sourabha CBR Project - an Evaluation Study". *Action Aid Disability News*; 5(1): 67-73.

Rosenbloom, D. (1993). *Public Administration: Understanding Management, Politics, and Law in the Public Sector*, 3 rd ed., New York , McGraw Hill, pp 365-9.

Rossi, P. Freeman, H. E. Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation: "A systematic approach"*. Sixth Edition. London, Sage Publications.

Schalock, R L. (2001). "Outcome-Based Evaluation". 2nd Edition. Kluwer Academic/ Plenum Publishers, New York.

Sharma, M. (2004). "Viable methods for evaluation of community-based rehabilitation programmes". *National Library of Medical*, March. 18 : 26(6): 326-34. School of Health, Physical Education & Recreation, University of Nebraska at Omaha & and Walden University, 68182-0216, USA.

Taylor & Francis (2004). "Viable methods for evaluation of community based rehabilitation programmes". *Disability & Rehabilitation*, Number 6/ 18 March. P 326 – 334.

handbook for Health Promotion, Timmreck, T. (2002). "Planning, Program Development, and Evaluation A Aging, and Health Services". Second edition Jones and Bertlett Publishers, London.

Turmusani, M. Vreede A, Wirz S L (2002). "Some ethical issues in community-based rehabilitation initiatives in developing countries". *Disability and Rehabilitation*, No. 10, 1 July, pp 558-564(7).

United Nations Development Project (1993). "Guide on Evaluation of Rehabilitation Programmes for Disabled People". First Draft; page 1.

UNRWA (2005). "Community Development Programmes". Community Based Organizations. Annual report.

Wirz, S. Thomas, M. (2002). "Evaluation of community based rehabilitation programmes: a search for appropriate indicators". *International Journal of Rehabilitation Research*. 25(3):163-171, September.

WHO (1981). "Health Programme Evaluation-Guiding Principles". Geneva.

WHO (1981). "Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation". WHO Technical Report Series; 688: 7-37.

WHO (1998). "Training in the community for people with Disabilities"

WHO & SHIA (2003). "Voices of persons with disabilities in Ghana, Guyana and Nepal".

WHO (2005). Fifty-Eight world health assembly. Provisional agenda item 13.13, A58/17, 14 April.

World Council of Churches (2001). "Community Based Rehabilitation". No 175– October.

<http://www.un.org/unrwa/arabic/refugees/campprofiles.htm>

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	• الإهداء
I	البيان Declaration
II	الشكر والعرقان Acknowledgment
III	الملخص Abstract
VI	• قائمة المحتويات
X	• قائمة الجداول
XIII	• قائمة الملاحق
XIV	• قائمة المختصرات

الفصل الأول: المقدمة (1-29)

2	1.1 خلفية الدراسة
3	2.1 مشكلة الدراسة
4	3.1 مبررات الدراسة
5	4.1 أهداف الدراسة
6	5.1 أسئلة الدراسة
7	6.1 فرضيات الدراسة
8	7.1 مصطلحات الدراسة
10	8.1 حدود الدراسة
10	9.1 خصائص المجتمع الفلسطيني

الفصل الثاني: استعراض الأدبيات (30-46)

31

1.2 البحوث المتعلقة بالبحث

الفصل الثالث: الإطار المفاهيمي (47-88)

- 47 1.3 المقدمة
- 47 2.3 مفهوم التأهيل المبني على المجتمع المحلي
- 49 3.3 تطور المفاهيم في مجال التأهيل المبني على المجتمع المحلي
- 49 1.3.3 الإعاقة والتأهيل
- 51 2.3.3 حقوق الإنسان
- 51 3.3.3 الفقر
- 52 4.3.3 المجتمعات الشمولية
- 54 5.3.3 دور منظمات المعاقين
- 55 4.3 مبادئ منهجية التأهيل المبني على المجتمع المحلي
- 55 1.4.3 المساواة
- 56 2.4.3 العدالة الاجتماعية
- 56 3.4.3 التضامن
- 57 4.4.3 الدمج
- 58 5.4.3 الكرامة
- 58 5.3 العناصر الأساسية في التأهيل المبني على المجتمع المحلي
- 59 1.5.3 المستوى الوطني
- 59 2.5.3 المستوى الوسيط
- 60 3.5.3 مستوى المجتمع المحلي
- 61 6.3 الدعم متعدد القطاعات
- 61 1.6.3 الدعم من القطاع الاجتماعي
- 62 2.6.3 الدعم من القطاع الصحي
- 64 3.6.3 الدعم من القطاع التعليمي
- 65 4.6.3 الدعم من قطاع العمالة والعمل

66	5.6.3 الدعم من قطاع المنظمات غير الحكومية
68	6.6.3 الدعم من قطاع وسائل الاعلام
68	7.6.3 التعاون من أجل دعم المجتمع
69	7.3 نبذة تاريخية عن الخلفية النظرية للتأهيل المبني على المجتمع
70	8.3 مبررات ظهور التأهيل المبني على المجتمع في دول العالم الثالث
72	9.3 خلفية تاريخية حول تأهيل الأشخاص المعاقين
78	10.3 مشكلة الإعاقة عالمياً
80	11.3 العناصر البشرية العاملة في التأهيل المبني على المجتمع
81	12.3 تقييم خدمات التأهيل المبني على المجتمع

الفصل الرابع: الأساليب (90-97)

90	1.4 تصميم البحث
91	2.4 منهج الدراسة
91	3.4 تحديد العينة
91	1.3.4 مجتمع الدراسة
92	2.3.4 اختيار عينة الدراسة
94	4.4 المكان المحدد للدراسة
94	5.4 الاعتبارات الأخلاقية
95	6.4 أداة البحث
97	7.4 الدراسة الأولية
98	8.4 طرق جمع البيانات
98	9.4 طرق تحليل البيانات
99	10.4 معايير اختبار مجتمع الدراسة
99	11.4 الخلاصة

الفصل الخامس: النتائج (101-162)

101	2.5 عرض النتائج
-----	-----------------

101	1.2.5 الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة (المستفيدين)
101	1.1.2.5 توزيع أفراد عينة المستفيدين تبعاً لمكان برنامج التأهيل
	2.1.2.5 توزيع أفراد عينة المستفيدين تبعاً للجنس والفئة العمرية
102	والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والوضع الاقتصادي
103	3.1.2.5 توزيع أفراد العينة حسب نوع الإعاقة
104	4.1.2.5 توزيع أفراد العينة حسب أنواع الخدمات المقدمة
105	2.2.5 الخصائص الديمغرافية لعينة مقدمي خدمات التأهيل
106	1.2.2.5 توزيع عينة مقدمي الخدمات تبعاً لمكان برنامج التأهيل
	2.2.2.5 أفراد عينة الدراسة تبعاً للجنس، والفئات العمرية، المستوى التعليمي، وسنوات الخبرة
107	
108	3.2.2.5 أفراد عينة الدراسة تبعاً لنوع الوظيفة
110	3.2.5 النتائج الوصفية
110	1.3.2.5 النتائج الوصفية لمستوى خدمات التأهيل من وجهة نظر مقدمي الخدمات
134	2.3.2.5 النتائج الوصفية لمستوى خدمات التأهيل من وجهة نظر المستفيدين
144	4.2.5 النتائج الاستدلالية
155	5.2.5 معايير المقارنة بين برامج التأهيل
161	3.5 الخلاصة

الفصل السادس: الاستنتاجات والتوصيات (163-179)

164	1.6 المقدمة
164	2.6 النتائج الرئيسية
177	3.6 المقارنة بين المراكز
178	4.6 التضمينات (التوصيات)

180	المراجع
192	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الصفحة	محتوى الجدول	رقم الجدول
92	1 - توزيع أفراد عينة المستفيدين تبعاً لتغير الجنس ومركز التأهيل	
93	2 - توزيع أفراد عينة مقدمي الخدمات تبعاً لتغير الجنس ومركز التأهيل	
102	3 - توزيع أفراد عينة تبعاً لمكان برنامج التأهيل	
الحالة	4 - توزيع أفراد عينة حسب الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الاجتماعية، والوضع الاقتصادي	
103		
104	5 - توزيع أفراد عينة حسب نوع الإعاقة	
105	6 - توزيع أفراد عينة حسب أنواع الخدمات المقدمة في برامج التأهيل	
106	7 - توزيع أفراد عينة تبعاً لمكان برنامج التأهيل	
108	8 - توزيع أفراد عينة حسب الجنس، الفئات، المستوى التعليمي، وسنوات الخبرة	
109	9 - توزيع أفراد عينة حسب نوع وظيفة مقدمي الخدمات	
	10 - توزيع أفراد عينة حسب وجود خطة عمل يتم العمل على أساسها، وجود خطة تدريب للعاملين، مشاركة المستفيدين في التخطيط، أهمية وجود خطة مكتوبة، عناصر خطة العمل، المشاركون في وضع الخطة.	
112	11 - توزيع أفراد عينة حسب تقييم النظام الإداري، المشاركين في القرارات ووجود شروط ومعايير للعمل مع المستفيدين.	
114		

- 12 توزيع أفراد عينة حسب طريقة تعيين الموظفين في برنامج التأهيل، الموارد والمعلومات، طرق سير العمل، وجود تنظيم للوقت لتنظيم لقاءات لفريق العمل وتبادل المعلومات 116
- 13 توزيع أفراد العينة حسب توجيه فريق العمل، وضع التقارير بشكل دوري، وعقد اللقاءات بشكل دوري. 117
- 14 -توزيع أفراد العينة حسب وجود خطة متابعة لخدمات برامج التأهيل، الأشخاص الذين يقومون بعمل المتابعة فترة المتابعة، وجود آلية مكتوبة للمتابعة وتحقق أهداف المتابعة. 119
- 15 أفراد العينة حسب وجود تقييم للخدمات، الأشخاص الذين يقومون بعملية التقييم، العناصر التي يتم تقييمها، وجود آلية مكتوبة للتقييم، وتحقق أهداف عملية التقييم. 121
- 16 أفراد العينة حسب وجود مستوى التعاون والتنسيق داخل المركز، مع البرامج الأخرى مع مؤسسات التأهيل مع المؤسسات الأهلية، مع المؤسسات الحكومية، والعضوية في الشبكات. 123
- 17 توزيع أفراد العينة حسب تحديد احتياجات المستفيدين من البرامج، عقد لقاءات مع المستفيدين، تشكيل لجان داعمة للمعاقين، مشاركة المستفيدين في الاحتكاك، ودعم الموظفين بزيادة المستفيدين. 125
- 18 توزيع أفراد العينة حسب درجة مشاركة شخصيات من المجتمع في أنشطة البرامج، وجود جمعية عمومية في مركز، عدد أعضائها، مشاركة الأشخاص المعاقين فيها، درجة الفاعلية وصفاتها. 127
- 19 توزيع أفراد العينة حسب درجة فاعلية البرنامج وصفته الفاعلية وجهة نظرهم. 128
- 20 -توزيع أفراد العينة حسب أنواع التسهيلات للمستفيدين من برامج التأهيل، شكل التسهيلات في المداخل، شكل التسهيلات اعمارات وفي داخل المباني. 129
- 21 توزيع أفراد العينة حسب وجود يافطات دالة على مكان المركز ومدخله، وجود صندوق للمقترحات والشكاوي، ووسائل اتصالات خاصة بالمركز. 131
- 22 توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التي تواجه برنامج التأهيل 132
- 23 توزيع أفراد العينة حسب آليات ومستعربات تطوير البرنامج من وجهة نظرهم 133
- 24 توزيع أفراد العينة حسب تقييم الخدمات بناء على خطة، والمشاركين في التخطيط 135
- 25 توزيع أفراد العينة حسب شروط ومعايير القبول، مواعيد تقديم الخدمات، وتنظيم عقد اللقاءات. 136

- 26 -توزيع أفراد العينة حسب الذين أخذوا المستفيدين عم المصادر المجتمعية التي تهتم بتأهيل الأشخاص المعاقين، مجال الخدمات التي تلقاها المستفيدين، أسباب الذهاب إلى المؤسسات تأهيل أخرى ووجود مرافق ترفيهية في البرنامج. 137
- 27 -توزيع أفراد العينة حسب الأمور التي أعجبت المستفيدين، الأمور التي ضايقتهم، وكيفية تطوير برنامج التأهيل. 139
- 28 -توزيع أفراد العينة حسب رأي المستفيدين في الخدمات، مشاركة المستفيدين في عملية التقييم. 140
- 29 -توزيع أفراد العينة حسب تحديد احتياجات المستفيدين من البرنامج، مشاركة المستفيدين في اللجان الضاغطة تبادل الزيارات، مشاركة المستفيدين بالأنشطة. 142
- 30 -توزيع أفراد العينة حسب وجود تسهيلات بيئية، أسباب الصعوبات، وجهة تلقي المساعدات المالية للحصول على خدمات التأهيل 143
- 31 -توزيع أفراد العينة حسب درجة فاعلية برامج التأهيل وصفى الفاعلية. 144
- 32 - توزيع أفراد العينة حسب مستوى تقديم الخدمات، مستوى فاعلية برامج التأهيل وصفة الفاعلية. 146
- 33 برامج التأهيل بالنسبة للجنس لمقدمي خدمات التأهيل 147
- 34 برامج التأهيل بالنسبة للجنس للمستفيدين من مقدمي خدمات التأهيل 148
- 35 برامج التأهيل بالنسبة للمستوى التعليمي لمقدمي خدمات التأهيل 149
- 36 برامج التأهيل بالنسبة للمستوى التعليمي للمستفيدين من مقدمي خدمات التأهيل 150
- 37 برامج التأهيل بالنسبة لسنوات الخبرة العملية لمقدمي الخدمات 151
- 38 برامج التأهيل بالنسبة لمستوى الدخل الشهري للمستفيدين 152
- 39 برامج التأهيل بالنسبة للفئات العمرية لمقدمي خدمات التأهيل 153
- 40 -برامج التأهيل بالنسبة للحالة الاجتماعية للمستفيدين 154
- 41 برامج التأهيل بالنسبة لوجود خطة مكتوبة يتم العمل على أساسها. 155
- 42 برامج التأهيل بالنسبة لمدى وجود نظام إداري لبرنامج التأهيل 156
- 43 برامج التأهيل بالنسبة لمدى وجود آلية مكتوبة للمتابعة. 157
- 44 برامج التأهيل بالنسبة لمدى وجود آلية تقييم مكتوبة ومطبقة. 158
- 45 برامج التأهيل بالنسبة لطبيعة تحديد احتياجات المستفيدين 159
- 46 برامج التأهيل بالنسبة لمدى مشاركة المستفيدين والموظفين في اتخاذ القرارات. 160

قائمة الملاحق

رقم الملحق	محتوى الملحق	رقم الصفحة
1	قائمة المحكمين	193
2	جدول أعداد اللاجئين المسجلين	194
3	موافقة لجنة هلسنكي	195
4	موافقة المراكز على تطبيق الدراسة	196
5	نموذج جمع البيانات حول مراكز التأهيل	197
6	الاستئذان الخطي من المستفيدين ومقدمي خدمات التأهيل	199
7	استمارة جمع البيانات من المستفيدين	200
8	استمارة جمع البيانات من مقدمي الخدمات	204
9	خارطة مخيمات قطاع غزة	211
10	خارطة توزيع المخيمات الفلسطينية	212