جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
معهد التنمية الريفية المستدامة

تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيه

ندى مطيع يوسف حداد

رسالة ماجستير

القدس ـ فلسطين

1434هـ /2013 م

تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيه

إعداد:

ندى مطيع يوسف حداد دعيبس

بكالوريوس علاج طبيعي – جامعة بيت لحم – فلسطين

المشرف: د. ربيع عويس

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في التنمية الريفية المستدامة – مسار بناء المؤسسات وتنمية الموارد البشرية – معهد التنميةالمستدامة – عمادة الدراسات العليا – جامعة القدس.

1434هـ / 2013م

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
برنامج الدراسات العليا/ دائرة التنمية المستدامة

إجازة الرسالة

تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيه

اسم الطالب/ة: ندى مطيع يوسف حداد
الرقم الجامعي: 20812578
المشرف: د. ربيع عويس

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2013/4/10م من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسمائهم وتواقيعهم:

1- رئيس لجنة المناقشة: الدكتور ربيع عويس التوقيع:.....
2- ممتحناً داخلياً: الدكتور عبد الوهاب الصباغ التوقيع:.....
3- ممتحناً خارجياً: الدكتور عبد الكريم مزعل عتيق التوقيع:.....

القدس ـ فلسطين

1434هـ / 2013 م

إهداء

إلى أحلى شمعة منيرة لا تنطفئ أضاءت دربي للوصول إلى القمة، أمي الحنون.

إلى القلب النابض بالحكم الذي غمرني بها، أبي العزيز.

إلى نصفي الأخر الذي أعانني ورعاني، زوجي الحبيب.

إلى ربيع حياتي المزدهر والمملوء بالورود والعبير النقي، بناتي الرقيقات.

إلى من وهبني التفاني و الاجتهاد، أختي الغالية.

إلى كل حضن دافئ مليء بالحنان والعطف، الذي احتضن المعاقين وأحاطهم

بالحب والدفء والأمان.

ندى مطيع يوسف حداد دعيبس

إقرار:

أقر أنا معدة الرسالة ندى مطيع يوسف حداد بأنها قدمت لجامعة القدس، لنيل درجة الماجستير في التنمية المستدامة وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الدراسة، أو أي جزء منها، لم يقدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع:.....

ندى مطيع يوسف حداد

التاريخ: / / 2013م

شكر وعرفان

لله الشكر والحمد العظيم الذي أعانني على إتمام هذه الرسالة المتواضعة بصورتها الحالية.

أتقدم بالشكر إلى الدكتور ربيع عويس – المشرف على هذه الرسالة – على جهوده في الإرشاد والتوجيه، وأعضاء لجنة تحكيم الاستبانة على ما قدموه من نصح وإرشاد، واخص بالشكر الدكتور الياس ضبيط الذي أبدى اهتمامه وتعاونه في الأمور الإحصائية، وأتقدم بالشكر إلى جامعة القدس، ثم إلى معهد التنمية المستدامة لما قدموه لي من علمٍ ومعرفة وإتاحة المجال للحصول على درجة الماجستير.

كما لا يسعني أن اشكر القائمين على برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في شمال الضفة الغربية في جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية والهلال الأحمر الفلسطيني، وجمعية أصدقاء المريض من مدراء، وعاملين ن واخص بالشكر الدكتور علام جرار ومساعديه على الجهود التي بذلوها من تعاون في جمع البيانات وإبداء الملاحظات والإرشادات.

وكذلك اخص بالشكر و التقدير أختي العزيزة هالة دعيبس لما تكبدته من مجهود ومساعدة لانجاز هذه الرسالة.

ندى مطيع يوسف حداد

التعريفات

الإعاقة : هي حالة تصيب الفرد والذي يعاني نتيجة الإصابة أو العجز ويكون غير قادر على القيام بأنشطة معينة يمكن أن يقوم بها فرد عادي في مثل عمرة ونوعه ومستواه الثقافي (منظمة العمل الدولية، 1981) .

المعاق : شخص عاجز على أن يؤمن لنفسه بصورة كلية أو جزئية ضرورات الحياة الفردية أو الاجتماعية العادية بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمانية أو العقلية (القانون الدولي للمعاق، 1991).

التأهيل المرتكز على المجتمع : إستراتيجية تندرج في إطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف إلى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص والحد من الفقر والاندماج على المجتمع الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة وينفذ من خلال الجهود المتضافرة للأشخاص المعاقين أنفسهم ولأسرهم والاجتماعية المعنية (منظمة الصحة العالمية، 1994).

التنمية : هي توفير التعليم والصحة والسكن الملائم والعمل المناسب لقدرات الإنسان والدخل الذي يوفر له احتياجاته وكذلك الأمن الاجتماعي والترويح المجدي وتكافؤ الفرص والانتقال بالخدمات الاجتماعية بالشكل الذي يحافظ على كرامة الإنسان (إبراهيم، 2002).

التنمية المستدامة : التنمية التي تستخدم الموارد الطبيعية بطريقه تصونها الأجيال القادمة وتحافظ على التكامل البيئي ولا تسبب في تدهور عناصر ومكونات الأنظمة البيئية ولا تخل بالتوازن بينهما (الفاعوري والهروط،2003).

التنمية البشرية : عملية توسيع الخيارات المتاحة أمام الناس ومن حيث المبدأ فان هذه الخيارات المتاحة بلا حدود وتتغير بمرور الوقت، أما من حيث التطبيق فقد تبين أنة على جميع مستويات التنمية تتركز الخيارات الأساسية في ثلاث وهي أن يحيا الناس حياة طويلة خالية من العلل، وان يكتسبوا المعرفة، وان يحصلوا على الموارد

		اللازمة لتحقيق مستوى حياة كريمة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي عام 1990).
قانون حقوق المعاق الفلسطيني99/4	:	هو عبارة عن مواد وبنود تراعي حقوق واحتياجات المعاقين الفلسطيني لمساواتهم بإقرانهم من المواطنين العاديين وهو صادر عن المجلس التشريعي بالقراءات الثلاث والمصادق علية من مجلس الوزراء ويحمل رقم1999/4 م (دراسة واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في مخيمات الضفة الغربية، وكالة الغوث الدولية).
الدمج الاجتماعي	:	دمج المعاقين في الحياة الاجتماعية العادية (رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، 2003، جامعة القدس المفتوحة).

قائمة المختصرات

فيما يأتي قائمة بأهم المختصرات العربية والأجنبية

المختصرات العربية

هـ:هجري

م: ميلادي

المختصرات الأجنبية

PHIC **Palestinian Health Institute Center**
LSD **Least Statistical Differences**
SPSS **Statistical Program For Social Science**
WHO **World Health Organization**
CBR **Community Based Rehabilitation**

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في مناطق شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين، لمعرفة مدى كفاية البرنامج من إعداد وتنظيم للقوى البشرية لبرامج التدريب والنقل والميزانية في البرنامج.وللكشف عن فعالية البرنامج في تحقيق الخدمات التأهيلية وإعداد المعاقين من خلال العاملين في البرنامج، ومدى ملائمة الأنشطة التاهيلية لاحتياجات المعاقين في بيئاتهم المحلية، ومدى قدرة البرنامج على التأثير على المواقف المؤسسية والمجتمعية، وإمكانية البرنامج على الاستمرارية والديمومة وتطوره داخل المجتمع المحلي.

واعتمدت الدراسة على المنهج الكمي في التعامل مع البيانات والإحصائيات، والنتائج التي تم جمعها باستخدام الاستبانة المكونة من قسمين (متغيرات مستقلة، ومتغير تابع) والتي وزعت على مجتمع الدراسة، وذلك باستخدام المسح الشامل للعاملين في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في شمال الضفة الغربية والبالغ حجمها (51) عاملا بمختلف التخصصات، وذلك في فترة شهر أيلول 2012.

وللإجابة عن أسئلة الدراسة وفرضياتها، فقد تم استخدام التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واختبار(ت)، واختبار تحليل التباين الأحادي، واختبار اقل فرق دال إحصائيا.

وخلصت الدراسة إلى أن تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في شمال الضفة الغربية، قد كان عاليا على مستوى الأداة بشكل عام، حيث تمثل بشكل رئيسي في مجال ملائمة الأنشطة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، ومدى فعالية البرنامج المبني على المجتمع المحلي، وعلى التأثير على المواقف المؤسسية والمجتمعية، بينما كان متوسط على مجالي كفاية البرنامج واستدامته وديمومته.

وقد اختتمت الباحثة هذه الدراسة بمجموعة من التوصيات أهمها: ضرورة اهتمام الحكومة والدولة ودعمها لبرنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي للمحافظة على حقوق المعاقين داخل مجتمعاتهم المحلية، وذلك بدعم المؤسسات الغير حكومية التي تعمل على توفير الاحتياجات والأنشطة التاهيلية الملائمة لحياة الأفراد المعاقين داخل بيئاتهم المحلية لضمان استمرارية البرنامج

وديمومته. وضرورة اهتمام المؤسسات الغير حكومية الشريكة في برنامج التأهيـل المبنـي علـى المجتمع المحلي بحقوق العاملين في البرنامج من رواتب وبدلات ومكافئات.

Evaluation of the Community Based Rehabilitation Program in the Northern West Bank from the Perspective of Workers.

Prepared by : Nada Mutie Haddad

Supervised by : Dr. Rabee Owais

Abstract

This study aimed to evaluate community based rehabilitation program in the Northern West Bank from the perspective of workers, to find out the adequacy of the program of preparation and organization of manpower, training programs, transportation and budget in the program.

In order to detect, the program's effectiveness in achieving rehabilitation services and the preparation of the disabled through the workers in the program, and to reveal the range of suitability of the rehabilitation activities to the needs of disabled people in their local environments, and the program's ability to influence the attitudes of institutional and community, and the possibility of program continuity and permanence (sustainability) and its development within the community.

The study relied on quantitative approaches in dealing with data and statistics, and the results that have been collected by using questionnaire consisted of two sections (independent variables, and dependent variable), the questionnaire was distributed to the study population , using a survey sample of workers in the rehabilitation program based on the local community in the North West Bank. (51) workers in various disciplines in September 2012.

To answer the study questions and hypotheses, frequencies, percentages, means, standard deviations, and t-test, and ANOVA test and less statistically Pnificant difference test were used.

The study concluded that the assessment of the rehabilitation program based on the local community in the northern West Bank, was high on the level of the tool in general, it was mainly represented in the field of the appropriateness of the activities in the rehabilitation program based on the community, the effectiveness of the program based on the local community, and the impact on institutional and societal attitudes, while it was moderate on the areas of adequacy and sustainability of the program and its lifetime.

Upon the findings of the study , the researcher put some recommendations including: the necessity for the government and the state to pay attention to the rehabilitation program based on the local community and to give support to preserve the rights of the disabled within their communities, by supporting the non-governmental organizations working to provide the needs and rehabilitation activities appropriate to the lives of individuals with disabilities within their local environments to ensure continuity and sustainability of the program. And the need for non-governmental organizations partners in the rehabilitation program based on local community to pay attention to the program workers' rights including salaries, allowances and bonuses.

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

1.1مقدمة

تصل التقديرات العالمية لأعداد المعاقين في العالم إلى ما يقارب (600) مليون، أي بنسبة(10%) من مجموع السكان (WHO، 1995). وهؤلاء بحاجة إلى نوع من المساعدة التاهيلية الخاصة لأسباب ترتبط بتنمية قدراتهم العقلية والحسية والجسدية (المعايطة،: 2006: ص21).

وتتصف مشكلة الإعاقة بتعدد أبعادها فهي لا تتحدد بعدد الأشخاص المعاقين فقط، بل بالتأثير السلبي الذي يتركه وجود الشخص المعاق في الأسرة والمجتمع. ويشير تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية في منتصف السبعينات حول الواقع العالمي للإعاقة بان نسبة 80)%) من الأشخاص المعاقين يعيشون في المناطق الريفية في الدول النامية ذات المستوى الاقتصادي المتدني، وفي بيئات تفتقر إلى الحد الأدنى من الخدمات الأساسية (داود، 2006: ص35).

فالمناطق الريفية تفتقر إلى الخدمات الأساسية كالصحة، والتعليم وتدني الموارد والتسهيلات الخاصة بتأهيل الأشخاص المعاقين إضافة إلى النقص الحاد في توفير الكفاءات المدربة والمؤهلة للعمل في مجال الإعاقة.

ففي الوطن العربي تشير تقارير جامعة الدول العربية إلى أن نحو عشرين مليون شخص معاق يعيشون في الدول العربية لا تختلف حالهم عن حال واقع المعاقين في معظم الدول النامية في العالم.

وبسبب الظروف المرتبطة بالحروب وأعمال العنف المسلحة التي تعيشها بعض الأقطار العربية، فقد ازداد عدد المعاقين (عبد الرحمن، 1999: ص10، ص15).

كما هي الحال في فلسطين إبان الانتفاضة الأولى والثانية و ما خلفته من إعاقات جسدية وعقلية ونفسية على أبناء المجتمع الفلسطيني، حيث بلغت نسبة انتشار الإعاقة فيها حوالي (2.7 % إلى 2.9 %) في الضفة الغربية و (2.4%) في قطاع غزة، وبلغت (2.9 %) بين الذكور مقابل (2.5 %) بين الإناث (الجهاز الإحصائي المركزي، رام الله، 2011).

وبسبب عدم الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع والحرمان المتزايد في حقوق المعاقين عقد مؤتمر دولي ما بين العامين (1983 – 1992) سمي (بالعقد الدولي للأشخاص المعاقين وتكافؤ الفرص) وشهد العديد من النشاطات على المستويات الدولية والإقليمية والوطنية، وصدرت العديد من التوصيات والقرارات، وقد اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثامنة والأربعين وثيقة (القواعد الموحدة بشان تحقيق تكافؤ الفرص للمعاقين من خلال قرارها رقم (48/ 96) بتاريخ 20 كانون الأول / ديسمبر 1993 تمثل خلاصة التجارب المكتسبة (داود، 2006).

وبعد تتويج القواعد الشرعية الدولية في مجال حقوق الإنسان، تم في هذه الوثيقة السـابقة وصـف وسن مفهوم التأهيل المبني على المجتمع المحلي وتطبيقه في مختلـف دول العـالم، فمـا هـو إلا إستراتيجية تندرج في إطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف إلى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفـرص والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة، وينفذ من خلال الجهود المتضافرة للمعاقين أنفسهم ولأسرهم ولمجتمعاتهم المحلية وللمرافق الصحية والتربوية والمهنية والاجتماعيـة (UNSCO,WHO، 1994).

إن الفلسفة من وراء دمج المعاقين في المجتمع المحلي، توفير الحياة الكريمة لهم، وعلى دور انتقال المعاق من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات عن طريق الاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية وتقبل المعاق اجتماعيا، والعمل على توفير اكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوق انسانيتة (غباري، 2003: ص103).

وهذا ما تم تنفيذه في الأراضي الفلسطينية وتبنته المؤسسات غير الحكومية لمساعدة الأشخاص المعاقين المهشمين في المجتمع الفلسطيني حيث تعمل برامج التأهيل المجتمعي في فلسطين بشكل

رسمي منذ عام (1990) متبنية في ذلك نموذج الصحة العالمية في مجال التأهيل في إطار المجتمع، وتقوم بتنفيذ البرامج المجتمعية سبع عشرة مؤسسة أهلية شريكة من خلال خمس لجان إقليمية، وتنشط برامج التأهيل المجتمعي في كافة محافظات الضفة الغربية (11محافظة) وفي 4 من أصل 5 محافظات في قطاع غزة، ويغطي عمل البرنامج 244 موقعا في الضفة الغربية تشكل ما نسبته 49%من مجموع المواقع في القطاع، ويشكل عدد سكان مواقع عمل البرنامج حوالي 52% من مجموع سكان الضفة الغربية وحوالي 73% من مجموع سكان غزة (قطينة، 2007: ص8).

ويقوموا على عمل البرنامج التأهيلي المجتمعي فريق مؤلف من مدير إقليمي، ومشرفين محليين، ومنسقين محليين، وعاملي تأهيل موزعين على كافة المناطق يعملون ضمن اتحاد وثيق ديمقراطي متعاون مكرس لهدف مشترك هو تقديم أفضل الخدمات الأساسية والملائمة للأشخاص المعاقين داخل بيئاتهم المحلية. ولإنجاح منهجية التأهيل المجتمعي وقدرته على تحقيق التوازن في عملة من خلال فريق البرنامج التأهيلي، فلا بد من تقييم هذا البرنامج من وجهة نظر العاملين فيه لأنة من خلالهم وخلال جهود أعضاء الفريق التأهيلي المتضافرة يتم تحقيق كفاءة البرنامج. وفعاليته في توفير الأنشطة والخدمات اللازمة للأشخاص المعاقين، والوقوف على مواطن القوة والضعف التي يواجهها العاملين فيه حيث يعتبر التقييم من العناصر المهمة لأي برنامج تنموي تأهيلي للكشف عن المعيقات التي تواجه البرنامج لتفاديها، وتحقيق أهدافه المنشودة للوصول إلى تحقيق احتياجات المعاقين.

ولان التقييم المجتمعي عبارة عن جهود هادفة ومنظمة لتحليل ووصف نوعية الخدمات التي تقدم للمعاقين، ونتيجة للإجراءات المنظمة يتم تقييم النتائج بغرض التغذية الراجعة لتوفير المعلومات اللازمة لإظهار فاعلية البرنامج ومدى تحقيقها للأهداف المتوقعة منها عن طريق العاملين في البرنامج.

2.1 مشكلة الدراسة

لقلة الدراسات التي تستهدف تقييم برنامج التاهيل المبني على المجتمع المحلي في شـمال الضـفة الغربية من وجهة نظر العاملين فية ولكي يتمكن من تحقيق أهدافه في مساعدة الأشخاص المعـاقين وضمان استمراريته وديمومته عن طريق ما تقدمه الفرق العاملة في هذا البرنامج، وبناءا على ذلك تتحدد مشكلة الدراسة بالسؤال التالي وهو:

ما قدرة برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في محافظات الشمال من وجهة نظر العـاملين على الاستمرار في تقديم الخدمات للأشخاص المعاقين ؟

3.1 مبررات الدراسة

- قلة الدراسات التي تستهدف تقييم البرامج المجتمعية داخل المجتمع الفلسطيني مـن وجهـة نظر العاملين فيه.
- كمتطلب للحصول على درجة الماجستير.
- كون الباحثة عملت في هذا البرنامج ووجدت الصعوبات التـي يواجههـا العـاملون فـي البرنامج، وهي حريصة على الكشف عن هذه الصعوبات وإظهارها لمعالجتهـا للوصـول لهدف التأهيل في المجتمع الفلسطيني.

4.1 أهمية الدراسة

تنبع أهمية الدراسة من حيث:

- الأهمية العلمية: إثراء المكتبة العلمية بهذا الموضوع، كذلك ستكون حافزا للدارسين لمعرفـة مدى كفاية وفاعلية البرنامج، ومدى ملائمة الأنشطة التأهيلية للإعاقة الموجودة في المجتمـع المحلي وعن مدى تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية وقدرتها على الديمومة والاستمرارية.
- الأهمية التطبيقية: في ضوء النتائج المستخلصة من تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في محافظات شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيه إلى تـوفير البيانـات والمعلومات اللازمة للجهات المختصة حكومية كانت أو غير حكومية في صورة عمل مثـل هذه البرامج التي تعد من البرامج التنموية المهمة للمجتمع.

5.1 أهداف الدراسة

إن هذه الدراسة تهدف إلى تحقيق ما يلي:

- الكشف عن فروق في إجابات المبحوثين في درجة تقيم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وفقاً للمتغيرات (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، الحالة الزواجية، المسمى الوظيفي، الدخل الشهري، المؤهل العلمي).
- معرفة مدى كفاية البرنامج من إعداد وتنظيم للقوى البشرية لبرامج التدريب والنقل والميزانية في البرنامج.
- الكشف عن مدى ملائمة أنشطة البرنامج لحاجات المعاقين في المجتمع المحلي.
- التعرف على مدى فعالية البرنامج في تحقيق الخدمات التأهيلية وإعداد المعاقين من خلال العاملين في البرنامج .
- الكشف عن التأثير الذي أحدثه البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية.
- قياس مدى إمكانية استمرار البرنامج وتطوره داخل المجتمع المحلي.

6.1 أسئلة الدراسة

تحددت أسئلة الدراسة من خلال السؤال الرئيس:

ما تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العمل في شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيه ؟

وانبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وفقا لمتغيرات (الجنس، العمر، سنوات الخبرة، الحالة الزواجية، المسمى الوظيفي، الدخل الشهري، المؤهل العلمي)؟
- هل تم استخدام الموارد المتاحة بطريقة سليمة وإعداد كافي ومنظم للقوى البشرية العاملة في البرنامج بشكل منظم ومدرب؟
- هل يرتبط ويلاءم البرنامج حاجات المعاقين وأسرهم ومجتمعهم؟
- هل تمكن البرنامج بما يحويه من اختصاصيين وعاملين على تقديم الخدمات التأهيلية اللازمة بحسب حاجات المعاقين داخل مجتمعاتهم المحلية ؟
- ما تأثير البرنامج على سلوكيات غير المعاقين في المجتمع نحو تقبل الفرد المعاق في إعطاء فرص متكافئة له على مستوى المواقف المؤسسية والاجتماعية؟

- ما مدى قدرة البرنامج على الاستمرار والتطور في المجتمع المحلي، وهل استمرار دعم الدولة يساعد في تشجيع الدعم الخارجي للنشاطات والبرامج التأهيلية؟

7.1 فرضيات الدراسة

تسعى الدراسة إلى اختبار الفرضيات الصفرية التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لكفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لملائمة وترابط برنـامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين, واسرهم،و مجتمعهم .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمـدى فعاليـة برنـامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق اهدافة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)في تأثير برنامج التأهيـل المبني على المجتمع المحلي على سلوكيات الأفراد غير المعاقين في المجتمع المحلي و على المواقف المؤسسية والمجتمعية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في قدرة برنامج التأهيـل المبني على المجتمع المحلي على الاستمرارية والديمومة.

8.1 استعراض عام لفصول الدراسة

جاءت الدراسة في خمسة فصول، الفصل الأول المقدمـة تضـمنت خلفيـة الدراسـة ومشـكلتها، ومبررات وأهمية الدراسة وأهدافها،ثم الأسئلة التي تسعى الدراسة للإجابة عليها و الفرضيات. بينما تضمن الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة ومراجعة للأدبيـات السـابقة والدراسـات السـابقة المتعلقة بموضوع الدراسة وتكون الفصل الثالث من منهجية الدراسة الميدانية، فـي حـين تكـون الفصل الرابع من نتائج البحث ومناقشتها، وانتهت الدراسة بالفصل الخامس الذي تخلله عرض لأهم النتائج العامة والخلاصة والتوصيات التي تدعم تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي.

9.1 حدود الدراسة

- الحدود المكانية: مناطق شمال الضفة الغربية (نابلس، جنين).
- الحدود البشرية: العاملين في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في محافظات شمال الضفة الغربية في(الإغاثة الطبية، والهلال الأحمر، وجمعية أصدقاء المريض).
- الحدود الزمنية: فترة إجراء الدراسة (2010 -2012).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 مقدمة

تنطوي حياة الإنسان منذ بدايتها على سلسلة من التفاعلات المستمرة بين شخصيته والبيئة التي يعيش فيها، ويهدف هذا التفاعل إلى إيجاد التوافق والتوازن في حالته البيئية و النفسية والاجتماعية، وبين ظروف البيئة المحيطة به التي تؤثر على صحته ونفسيته، وكيفية التعامل مع الآخرين داخل مجتمعة وأسرتة. فإذا اختل هذا التوافق والتوازن يؤدي إلى وجود عقبة وعدم قدرة الإنسان على التواصل مع مجتمعه، و لربما انفصاله عن محيط أسرته وبيئته المحلية. مما أدى بالعلماء والباحثين إلى إيجاد نوع من التأهيل الذي به يمكن الإنسان من إعادة الارتباط والتواصل ببيئته المحلية وأسرته.

فظهر طرح جديد متعلق بالعديد من المنظمات والهيئات الدولية المهتمين في قضايا المعاقين وتأهيلهم بالتعاون مع أسرهم في بيئاتهم المحلية الذي يقوم على مبدأ المشاركة والمساواة والتفاعل والدمج، من خلال الاستثمار الفعال للموارد والإمكانات المحلية لمواجهة مشاكل المعاقين عالمياً.

لذلك ظهر مفهوم جديد في التأهيل، ألا وهو التأهيل المبني على المجتمع المحلي، الذي تناول هذا النهج الجديد وجهات نظر متعددة في سياسة تأهيل المعاقين مجتمعيا.

2.2 مفهوم التأهيل المبني على المجتمع المحلي CBR

خلال النصف الثاني من السبعينات في هذا القرن، طرح بقوة في المحافل الدولية مفهـوم التأهيـل المرتكز على المجتمع (التأهيل المجتمعي) كبديل لنموذج التأهيل المؤسسي الذي ساد طويلا وأصبح عالي التكلفة، ولا يصل إلى جميع فئات الأفراد المعاقين، وبـدأت النظـرة إلـى مفهـوم التأهيـل المجتمعي باعتباره بشكل أساسي يرتبط بقضايا التنمية وحقوق الإنسان وتمكين المجتمع (الغريـر، المعهد الوطني للتأهيل المجتمعي، جامعة مؤتة).

ففي عام (1969) عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) التأهيل المجتمعي على أنـة الاشـتراك المنسق للوسائل الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية، أو إعـادة تـدريب الفـرد ذوي الإعاقـة وإيصاله إلى أعلى مستوى ممكن من القدرات الأدائية (WHO، 2004).

وفي بيان موقف مشترك صادر ن منظمات هيئة الأمـم المتحـدة / منظمـة الصـحة العالميـة / اليونسكو/ منظمة العمل الدولية عام 1994 تم تعريف التأهيل المجتمعي علـى أنـة (إسـتراتيجية تندرج في إطار تنمية المجتمع المحلي وتهدف إلى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفـرص والانـدماج الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون من إعاقة ما، وينفذ مـن خـلال الجهـود المتضـافرة للمعوقين أنفسهم ولأسرهم ولمجتمعاتهم المحلية وللمرافق الصحية التربوية والمهنيـة والاجتماعيـة المعنية.

وعرف التأهيل المجتمعي أيضا (على أنة إستراتيجية لتحسين الظروف الحياتية للأشخاص المعاقين وتطوير آليات تقديم الخدمات لهم، وحماية حقوقهم الإنسانية وتوفير فرص متسـاوية لهـم أسـوة بالمواطنين غير المعاقين باستخدام الموارد المتاحة وغير المكلفة أو المعقـدة) (الخطيـب،2001: ص33).

وقد ترجم التأهيل المجتمعي كما ذكره الدكتور محمد الباسط الخبير الاستشاري فـي تأهيـل ذوي الإعاقة إلى عدة مسميات وهي كالآتي:

- التأهيل المرتكز على المجتمع.
- التأهيل في إطار المجتمع.
- التأهيل كأساس للتأهيل

- التأهيل المبني على المجتمع المحلي.

3.2 رسالة التأهيل المبني على المجتمع المحلي

إن الرسالة التي نستخلصها من التأهيل المبني على المجتمع المحلي هي العمل من اجـل مجتمـع أفضل للإفراد ذوي الإعاقة في كافة المجتمعات المحلية حيث تترسخ رسـالة التأهيـل المجتمعـي كالأتي:

- تغيير مواقف المجتمع السلبية ورفع المستوى المجتمعي تجاه قضية الإعاقة.
- تحويل الأشخاص المعاقين من مستفيدين من الخدمات إلى مشاركين في القرار وذلـك بنقـل تقنيات التأهيل و المعلومات الصحيحة المتعلقة بالإعاقة إلى الأشخاص المعاقين وأسرهم فـي مجتمعاتهم المحلية.
- دعم الدمج المجتمعي على المستوى المحلي والوطني عن طريق تمكين الأشخاص المعـاقين من خلال إشراكهم في القرار في عملية التأهيل وحماية حقوقهم الإنسانية (برنـامج التأهيـل المجتمعي CBR، لبنان، 1997).

4.2 مبادئ التأهيل المبني على المجتمع المحلي CBR

يبنى التأهيل على فلسفة إنسانية مفادها احترام إنسانية الإنسان مهما كانت قدراته والإيمان في حـق جميع الناس بإتاحة الفرص لهم لتحقيق ذواتهم.

ومن هذه الفلسفة انبثقت مبادئ التأهيل مرتبة كالآتي:

- توفير فرص النمو لجميع المواطنين وتهيئة المعاقين للعمل والعيش كغيرهم من أفراد المجتمع من خلال تقديم الخدمات والبرامج المتخصصة لهم.
- مراعاة برامج التأهيل للخصائص الفردية لكل إنسان حيـث تتفـاوت ردود الفعـل النفسـية والشخصية الإعاقة من شخص لآخر.
- شمولية التأهيل أن يشتمل على جميع الأبعاد المهنية والاجتماعية والجسمية من خلال تـوفير برامج التأهيل المتكاملة (التأهيل الطبي، النفسي، الاجتماعي، المهني، والتأهيـل الأكـاديمي) (المعايطة، 2006: ص29، ص30).

فبدأ العمل على تطوير مبادئ التأهيل المجتمعي بتعاون وثيق بين أصحاب المصالح الرئيسية لشؤون المعاقين، فكان أول اجتماع حول مبادئ التأهيل المجتمعي في تشرين الثاني من عام 2004 م، وحضرة (65) خبيرا يمثلون منظمات الأمم المتحدة والحكومات الوطنية، وخبراء في مجال الإعاقة من البلدان النامية، حيث وضع هذا الاجتماع الإطار الأساسي الجدي لمبادئ وتوجيهات التأهيل المجتمعي في مصفوفة مكونة من خمسة عناصر رئيسية (الصحة، التعليم، وكسب الرزق، والتكيف مع المجتمع، والمهارات الاجتماعية) التي تؤدي إلى مبادئ التأهيل المجتمعي الأساسية وهي (المشاركة والاستمرارية، والدعوة الذاتية) (WHO، 2004).كما أكد (مانونج شارما) على أن مبادئ التأهيل المجتمعي تندرج في خمسة نقاط أساسية وهي:

- استعمال الموارد المتاحة في المجتمع.
- نقل المعرفة والمهارات التأهيلية إلى المعاقين وأسرهم والمجتمعات المحلية.
- العمل على إشراك المجتمع المحلي في عمليات التخطيط، والتنفيذ، والتقييم وصنع القرارات.
- السعي إلى التعاون مع مؤسسات وطنيه، والاستفادة من خدماتها التقييمية والتدريبية والإشرافية في عمليات التأهيل.
- الاعتماد في وضع السياسات الخاصة بالمعاقين على لجان محلية ومؤسسات ذات علاقة، فضلا عن الاستعانة بجهات مانحة لدعم برامج التأهيل (داؤود، 2006: ص30).

5.2 أهداف التأهيل المجتمعي

يسعى التأهيل المبني على المجتمع المحلي إلى تدريب المعاق و أسرته في بيئته المحلية مما يؤدي إلى إكساب المعاق مكانة في مجتمعة وداخل أسرته للقيام بدوره الاجتماعي على أكمل وجه ومن هذا المنطلق تتمثل أهداف التأهيل المبني على المجتمع المحلي بما يلي:

- "تحقيق الدمج الاجتماعي للأشخاص المعاقين.
- تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص والعدالة الاجتماعية وحماية حقوق المعاقين.
- مساعدة المعاقين على اكتساب مهارات الحياة اليومية التي تتيح لهم اكبر قدر ممكن من الاعتماد على الذات والاستقلالية.
- تغيير النظرة السلبية للمجتمع تجاه المعاق.

- إحداث تغييرات ايجابية في المحيط البيئي والاجتماعي والثقافي، والاقتصادي بما يتناسب مع احتياجات كافة فئات المجتمع" (اللجنة الإقليمية للتأهيل، فلسطين).

وفي عقد الثمانينات وضع اتحاد التأهيل الدولي الأهداف التالية مقسمة إلى ثلاثة أقسام على (الصعيد المجتمعي، الصعيد القومي، وعلى الصعيد الدولي) كدليل أساسي يسترشد به جميع الدول في مجال العمل مع المعاقين (رمضان، 1995) وهي كالآتي:

- الأهداف على الصعيد المجتمعي:

- تقديم خدمات التأهيل على مستوى المجتمع في كل من المناطق الحضرية والريفية، ويتم ذلك ضمن إطار خدمات المجتمع القائمة.
- تعزيز جميع الإجراءات التي تستهدف إدماج الأشخاص المعاقين في المجتمع وإلغاء القيود التي تحول دون استخدام للمرافق والخدمات العامة.
- تقديم جميع الخدمات التأهيلية تبعا للوضع الاقتصادي والاجتماعي والخلفية الثقافية للشخص المعاق وأفراد أسرته.
- ضمان اشتراك الأشخاص المعاقين وأسرهم في اتخاذ القرارات.
- توعية المعاقين وأفراد أسرهم بالمعلومات المتعلقة بالتمتع بحقوقهم داخل المجتمع والخدمات المتاحة لهم.
- توسعة نطاق التدريب لعاملين على مستوى المجتمع لتمكينهم من اكتشاف حالات الإعاقة ومساعدة الأفراد المعاقين وأسرهم وإحالتهم عند الضرورة إلى مؤسسات الخدمة المناسبة.
- استحداث التدريب الأساسي المتعلق بطبيعة الإعاقة وعملية التأهيل في جميع برامج التدريب النوعية للعاملين في المجتمع من قبل المدرسين والأخصائيين الاجتماعيين والمهنيين والطبيين والإداريين (رمضان، 1995).

- الأهداف على الصعيد القومي:

- مراجعة جميع السياسات التربوية الحالية، لالغاء أية أحكام واردة فيها قد تميز ضد الأطفال والكبار المعاقين.
- العمل على الخروج بأساليب بسيطة واقل تكلفة مما يتوفر حاليا لتقديم خدمات التأهيل.

- دراسة الأنظمة القائمة للضمان الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية بقصد التحقق مـن عـدم استثنائها للمعاقين وأسرهم والتمييز ضدهم.
- التثقيف العام للجمهور بشان أسباب الإعاقة والآثار المترتبة عليها، وكيفية الوقايـة منهـا، والنتائج المحتمل تحقيقها من وراء التأهيل والخدمات التأهيلية المتوفرة لدى الدولة.
- العمل على الترويج لتشكيل منظمات المعاقين.
- دراسة جميع التشريعات لحذف أية أحكام تميز فـي الحقـوق ضـد المعـاقين وأسـرهم (فهمي،2005: ص71، 75) .

- الأهداف على الصعيد الدولي:

- زيادة الجهود في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في جميع المجتمعات.
- زيادة التعاون الدولي في مجال تدريب الموظفين العاملين في تقديم خدمات التأهيل.
- زيادة التسويق التعاوني على النطاق الدولي للأجهزة الفنية لزيادة توفيرها بأسعار منخفضة.
- توسعة نشاطات الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة في مجال الوقاية من الإعاقة والتأهيل، ولا سيما على الصعيد الإقليمي (فهمي، مرجع سابق).

6.2 مبررات التأهيل المبني على المجتمع المحلي

ظهرت فكرة التأهيل المجتمعي للمعاقين كطرح موازي لبرامج الرعاية الصحية الأولية التي تحمل شعار الصحة للجميع عام 2000م، ونظرا لنجاح برامج الرعاية الصحية الأولية الموجهة للأفراد في المجتمعات المحلية دون استثناء، إلا أن الخدمات المقدمة للمعاقين من خلال برامج الرعاية الصحية الأولية لم تكن كافية، و خاصة في البلدان النامية والمناطق الريفية الفقيرة، حيث أن نسبة الإعاقة تكون مرتفعة بسبب عدم كفاية الرعاية الصحية الأولية كما تم ذكره، وعدم وجود الرعاية للأطفال وعدم الكشف المبكر عن الإعاقة، وكذلك قلة التعليم والتثقيف في اسر المعاقين داخل مجتمعاتهم المحلية (عز الدين، 1999، ص13).

وبما إن التأهيل المبني على المجتمع المحلي يعد حقا مشروعا لتأهيل المعاقين وأسرهم ضرورة اجتماعية، وشكل من أشكال التأمينات الإجتماعية، وتعتمد هذه النظرة من جهة المبررات الأساسية لتقديم الخدمات التأهيلية للمعاقين على ما يأتي:

- إن الخدمات المؤسسية قامت على عزل 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 (Alowan, 1993: p3).
- اعتبار الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانع للحضارة، ولذلك يجب أن يكون هدفا لمجالات التنمية الشاملة.
- اعتبار الشخص المعاق قادرا على المشاركة في جهود التنمية إذا ما أتيحت الفرص والأساليب اللازمة لذلك.
- اعتبار المعاقين طاقة إنسانية وجزء لا يتجزأ من الموارد البشرية ولا بد من أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط والإعداد للموارد الإنمائية في المجتمع (المعايطة والقمش: ص56).
- اعتبار إن عملية التأهيل في مجال المعاقين سلسلة من الجهود والبرامج الهادفة في مجالات الرعاية والتأهيل والدمج والتشغيل.
- تقع مسؤولية عملية تأهيل المعاقين على عاتق الدولة والأسرة والمجتمع لمواجهة مشكلات المعاقين (الزعمط، 2005، شاهين والنواوي، 2009).

7.2 فلسفة التأهيل المبني على المجتمع المحلي

الإنسان هو أساس المجتمع ومحور رعايته، ومع تغيير كثير من الشعارات البالية مثل القوة والبقاء للأصلح ن وتعدد الاكتشافات العلمية التي أوضحت طبيعة الإنسان وسلوكه وحياته العقلية والنفسية والاجتماعية، وانتشار الإيديولوجيات التي تؤمن بحق الإنسان في الحياة الكريمة والإيمان بفرديته وكرامته، أصبحت الإعاقة لاتعني التقليل من قدر الإنسان أو سلبا لحقوقه التي نصت والتزمت بها الدساتير والقوانين العالمية (ناشد، وآخرون، 1984: ص38) التي قامت على الخروج بفلسفة التأهيل المبني على المجتمع المحلي وهي:

- تؤكد فلسفة التأهيل المبني على المجتمع المحلي على دور الانتقال بالمعاق من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات عن طريق الاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية (المعايطة والقمش: ص54).
- اعتماد فلسفة التأهيل على تكييف عناصر البيئة المحلية لتناسب ومتطلبات برامج تأهيل المعاقين، أي ضرورة استغلال المصادر والخدمات والكوادر المتوافرة في البيئة المحلية والعمل على تطويرها (سالم، 1997).

- إن التأهيل المبني على المجتمع المحلي ينظر إلى المجتمع المحلي للمعاقين كأحد عناصر السياسة الاجتماعية لوضع مثالي يسعى لتحقيق الحياة الكريمة للمعاقين وأسرهم في مجتمعاتهم المحلية من حيث التمتع بالصحة والرفات والمشاركة في مختلف ألوان النشاط الاجتماعي والديني والاقتصادي والسياسي والثقافي (المعايطة، 2006: ص47).
- إن (70 %) من الأفراد المعاقين يمكن تأهيلهم بالاعتماد على المجتمع المحلي وضمن برنامج التأهيل المجتمعي (who،1993).
- يتم إشراك المجتمع المحلي كشريك في خطة شاملة لتنمية المجتمع من خلال تحمل مسؤولياته تجاه المعاقين وتصبح بذلك عملية التأهيل عملية عكسية قائمة على تأهيل المجتمع ليكون قادرا على تحمل مسؤولياته في تأهيل المعاقين منذ لحظة التخطيط حتى التقييم (Alowan,1993).

8.2 منهجية التأهيل المبني على المجتمع المحلي

تنادي منهجية التأهيل في المجتمع المحلي بالمشاركة الكاملة والمنسقة لمختلف مستويات المجتمع في تنفيذ إجراءات تأهيل المعاقين المحلية والوسيطة، وتعمل المنهجية على دمج مداخلات مختلف القطاعات ذات العلاقة التعليمية، والصحية، والتشريعية والاجتماعية والمهنية، وتهدف إلى تمكين المعاقين وتمثيلهم الكامل في كل ما يتعلق بهم وبخدماتهم، وتهدف المنهجية إلى أن تكون خدمات تأهيل المعاقين في إطار الخدمات العادية القائمة في المجتمع والعمل على تعديل البيئة الجغرافية والبنية النفسية، بما يسهل إمكانيات الدمج الاجتماعي وتحقيق الذات للأشخاص المعاقين لذلك فان غاية المنهجية هو إحداث التغيير، وتطوير آلية يمكنها الوصول إلى جميع المعاقين والعمل على تحسين المعرفة والوعي لدى الحكومات والمجتمعات، ولتحقيق ذلك لا بد أن يقوم تطبيق المنهجية على أسس موضوعية تتسم بالديمومة والاستمرارية (داود،2006: ص30).

9.2 إستراتيجية التأهيل المبني على المجتمع المحلي

تأتي إستراتيجية التأهيل وتتحقق من تحقيق أهداف التأهيل الذي يرتكز على العمل على مختلف الأصعدة والمستويات وبما فيها المستوى القاعدي المحلي، والمستوى المتوسط والمستوى الوطني.

فالمستوى القاعدي المحلي الذي يشكل أساس عمل برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي. إذ يجسد من خلاله العمل على تحقيق الدمج الفعلي للمعاقين وتمكينهم وتمكين أسرهم والمجتمع المحلي

ككل. وفي هذا المستوى أيضا يتم إحداث التغيرات بشكل مباشر على بيئة وحياة المعاقين أما المستوى المتوسط الذي يشمل (الخدمات المختصة على مستوى المنطقة)، ويسعى البرنامج إلى الحث لتطوير آليات عمليات التشبيك وتوفر خدمات التشخيص والعلاج المبكرين والمتابعة حيثما لزم، بالإضافة إلى سعيه للتأثير باتجاه تحسين كفاءة هذه الخدمات، وتوزيعها بشكل يضمن العدالة والتيسير الجغرافي والمادي لكل من يحتاجها.

وعلى المستوى الوطني، يسعى البرنامج إلى إتاحة الخدمات التأهيلية المختصة والمتطورة لمن يحتاجها من خلال نظم التحويل والمتابعة. كما ويعمل البرنامج على مناصرة تبني تشريعات وقوانين على المستوى الوطني تكفل حقوق المعاقين وتيسير دمجهم إلى جانب العمل على رفع صوت المعاقين ودعم جهودهم لتنظيم أنفسهم ومشاركتهم في صنع السياسات والقرارات التي تؤثر في حياتهم (اللجنة الإقليمية للتأهيل – برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي – فلسطين).

"ولذلك وعلى ما تقدم ذكره تتلخص إستراتيجية التأهيل المبني على المجتمع المحلي فيما يلي:

- اعتماد النظرة الشمولية في التعامل مع العملية التأهيلية، وتجاوز النظرة أحادية الجانب التي تتعامل مع الإعاقة من خلال التعامل الشمولي مع الإعاقة في إطار واقعها الثقافي والاجتماعي، والاقتصادي والسياسي.
- الانتقال من المفهوم التقليدي المعتمد على العناية والرعاية والحماية، والتي تعبر عن مفهوم العزل، إلى مفاهيم جديدة تعتمد على الدمج الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة في الخدمات والأنشطة القائمة.
- عدم احتكار مجال التأهيل على فئة قليلة من لأخصائيين إذ لا بد من نقل المعرفة والمعلومات وتبسيطها وتعميمها على نطاق واسع ويعتبر هذا إحدى السمات الرئيسية للبرامج المجتمعية والتي تهدف إلى تمكين الأشخاص المعاقين وأسرهم والمجتمعات بشكل عام من خلال تعزيز المعارف المتعلقة بالإعاقة لديهم. (بندك،1999)
- ترسيخ العمل على المستوى المجتمعي وبناء علاقات متينة مع المجتمعات المحلية.
- إقامة شبكة من صلات الدعم والتحويل مع المؤسسات على المستويين المتوسط والوطني.
- مد شبكة متينة من العلاقات مع الأجهزة والمؤسسات الحكومية والأهلية العاملة في قطاع التأهيل والقطاعات الأخرى ذات الصلة.
- التأثير في سياسات التأهيل على المستوى الوطني ودعم بلورة السياسات والتشريعات التي ترعى حقوق المعاقين وتتيح أخذهم لمكانتهم اللائقة في المجتمع.

- إبراز هذا النموذج من التأهيل كي يحقق ويعزز مفهوم التأهيل في إطـار المجتمـع بـين المؤسسات الحكومية والأهلية، سعيا نحو تبني هذا المفهوم كإستراتيجية وطنية للتعامل مـع قضايا التأهيل والإعاقة" (اللجنة الإقليمية للتأهيل – برنامج التأهيل المبني علـى المجتمـع المحلي – فلسطين).

10.2 خطوات بناء برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي

عادة ما تبدأ فكرة استحداث برنامج التأهيل المجتمعي من الحكومة في اطار الخطة الوطنية للتنمية الا ان من الممكن أن تأتي الفكرة من خلال مبادرة المجتمع المحلي، او من احدى المنظمات غير الحكومية المحلية او الدولية المهتمة بدعم برامج التنمية المحلية، وأيا تكن الجهة المبادرة لاستحداث البرنامج، فان الاهم هو ان يكون البرنامج جزءا من حركة التغيير والتطوير لواقع الخدمات الموجهة نحو حاجات الاشخاص المعاقين، وان يقوم على مبدأ المشاركة والتفاعل بين مختلف البرامج التنموية في مجتمع واعي ومنظم يمتلك سلطة اتخاذ القرار في كل ما يتعلق بالتخطيط والتنظيم والإدارة والتسيير والتقييم لبناء البرنامج (داود، 2006: ص302).

ولذلك وضعت خطوات بناء البرنامج بالتسلسل الآتي:

- توعية أفراد المجتمع للاهتمام بالأشخاص المعاقين، حيث تهدف هذة التوعية في مرحلة استحداث البرنامج الى استشارة اهتمام المجتمع، وتعزيز الدوافع الاجتماعية والترويج لفكرة البرنامج وأهدافه ونشاطاته.
- بدء البرنامج، ويتضمن ذلك البدء بتشكيل الادارة المحلية للبرنامج وتحديد الموارد البشرية والمادية اللازمة لبدء النشطات وتقييم تلك المتوفرة في المجتمع المحلي وطرق استثمارها.
- تعبئة المجتمع، ويتركز مفهوم التعبئة حول تنمية المشاركة الشعبية نحو إحداث تغييرات في المجتمع المحلي، وذلك نحو اشراك افراد او مجموعات لانجاز التغير ولتحديد الموارد اللازمة للبرنامج بالتوافق مع المجتمع المحلي من كوادر بشرية لازمة وتوفير الموارد الضرورية لتدريب العاملين والمتطوعين، والمساهمة لتغطية نفقات التعليم والتدريب للكوادر البشرية في البرنامج، واهم شيء في هذه النقطة توفير التمويل اللازم وتحديد مساهمات المجتمع المحلي بالمال لتغطية تكاليف بناء البرنامج.

- التنظيم الاداري للمجتمع، عن طريق توافر منظمات مهنية وجمعيات نسائية وفلاحين وشباب وطلاب والعمال والمعاقين ومجالس الشعب في كل مجتمع عن طريقهما يتم تشكيل لجنة تأهيلية ولا بد أن يكون للأشخاص المعاقين وأسرهم تمثيل مناسب.
- تنفيذ البرنامج تقوم اللجنة التي تم تشكيلها بتعيين مشرفين للبرنامج في كل منطقة وكوادر محلية وتدريبهم، وغالبا ما يستهل البرنامج نشاطاته بإجراء دراسة مسحية أولية للمعاقين في المجتمع بواسطة المشرف وعاملي محليين وبعض المتطوعين، وعادة ما يبدأ البرنامج بالعمل مع مجموعة ذوي الاعاقات البسيطة، تليها الاعاقات الصعبة.
- تحديد مراكز الاحالة لبعض الحالات لان البرنامج يستطيع ان يوفر بنسبة 75 % من حاجات الاشخاص المعاقين من خلال موارده الذاتية، إلا أن هناك الكثير من الخدمات التأهيلية المرتبطة بادوار مؤسسات التأهيل المتخصص خارج المجتمع التي لا يمكن للبرنامج المحلي استخدامها او ادارتها من خلال موارده المحدودة مثل (المركز الصحية، المستشفيات، وإدارات التربية والتعليم، مكاتب توفير العمل وفرص التشغيل للأشخاص المعاقين).
- عملية التقييم المحلي للبرنامج، حيث يعتبر التقييم الدوري لانجازات البرنامج احد اهم العناصر المتضمنة في بناء البرنامج المجتمعي، حيث يفيد التقييم في تحديد مواقف القوة والضعف في البرنامج، وأيضاً في تحديد صعوبات التنفيذ للخدمات المطلوبة لإعطاء احكام حول مدى فاعلية البرنامج في احداث التغيير المطلوب ومدى ملائمة أنشطته لفئة الأشخاص المعاقين المستهدفين في المجتمع ومدى قدرته على الاستدامة والاستمرار (داود،1990).

11.2 كيف يتم تمويل برنامج التأهيل المجتمعي

من المهم للبرنامج الناجح أن يقوم على تقييم موضوعي للإمكانات المتوفرة للمجتمع المحلي بإعتبارها العامل الأهم لإستمرارية البرنامج في مواجهة حاجات التأهيل الأساسية للمعوقين في المجتمع. فإما أن يكون التمويل:

- تمويل محلي يعتمد على المساهمات المحلية من تبرعات فردية من أفراد أو جماعات المجتمع المحلي أو القيام بحملات التبرع الدورية في المجتمع، أو عن طريق المساهمة بالجهد في صناعة منتجات لبيعها لصالح البرنامج،....الخ.

- تمويل حكومي، حيث يتحدد نجاح منهجية التأهيل المجتمعي بمدى التزام الحكومة بدعم المبادرات التنموية المحلية، مثل نسبة معينة من الضرائب العامة لصالح المعاقين، أو تحديد جزء من الميزانية العامة للدولة لخدمات التأهيل، أو أية موارد أخرى يمكن للدولة أن تراها في إطار القانون.
- تمويل خارجي، حيث يستند التمويل الخارجي على وجود رغبة لدى الممول لدعم أهداف البرنامج المجتمعي، وعادة ما يحظى بهذا الاهتمام ومؤسسات الدعم الخارجي لارتباطه المباشر بتنمية المجتمعات الريفية ومواجهة مشكلة الإعاقة في المناطق الفقيرة والمعزولة. ومن الأمثلة على الوكالات الأجنبية:
  - منظمات الأمم المتحدة.
  - المنظمات الإقليمية المتخصصة.
  - البرامج الفضائية للمساعدة الإنمائية.
  - المنظمات الدولية الحكومية.
  - المنظمات الدولية غير الحكومية (Geneva, WHO,1992).

12.2 الموارد البشرية الأساسية في برنامج التأهيل المجتمعي

تمثل الموارد البشرية في البرنامج أو يمكن القول فريق العمل التأهيلي الشريان الأساسي بالنسبة لأي برنامج يصمم ويقدم للمعاق، وينظر لهذا الفريق على أنه وحدة واحدة متماسكة فالجميع يعمل لخدمة المعاق كل وفق تخصصه وطبيعة عمله وخبرته في مجال التأهيل المجتمعي.

فقد عرف وايتهاوس فريق العمل التأهيلي (Whitehouse,1976) على أنه اتحاد وثيق الروابط، متعاون، ديمقراطي متعدد التخصصات، مكرس لهدف مشترك هو تقديم أفضل معالجة للحاجات الأساسية للفرد، ويعمل أعضاء هذا الفريق من خلال تشخيص مترابط ومتكامل.

ويناقش وايتهاوس فلسفة عمل فريق التأهيل على النحو التالي:

- يكون للفريق فلسفة ديمقراطية وقيادة ديمقراطية.
- يجب أن يكون هناك احترام للحرية التخصصية المهنية لكل تخصص من جانب أعضاء الفريق، كذلك من جانب إدارة مؤسسة التأهيل.

- يعمل الفريق على أساس إبداعي متجدد، حيث إن كل شخص معاق ينظر إليه على أنه فرد له فرديته.
- تكون الأهداف دائماً في صورة شاملة، وبمعنى آخر يجب ألا تتوقف عند تحقيق مستويات قريبة من الأهداف أو الوقوف عند مرحلة من تحقيقها.
- يجب أن يتبنى الفريق فلسفة المثابرة والمحاولة وإعادة المحاولة مع بعض الحالات الصعبة.
- ليس لأي تخصص داخل الفريق ميزة خاصة، وإنما تشترك كل التخصصات في انتصار تحقيق التأهيل الناجح للشخص المعاق، كذلك سيشترك الفريق جميعه في كل إخفاق ينتج في عملية التأهيل.
- يجب أن تسود الفريق روح الصراحة والانفتاح، والثقة والتقبل، وعدم البحث عن اللوم.
- ضرورة توافر الخبرة والرغبة في العمل لدى الفريق (الشناوي، 1977).

كما وضح فهمي (2005) أن فاعلية الفريق تكمن في إيمانه الكبير بأن عمله سيحقق نتائج إيجابية ولكي يكون هذا الفريق ناجحاً لا بد من أخذ الأمور التالية بعين الاعتبار:

- أن يكون أعضاء الفريق مكوناً من عدد كبير من التخصصات المختلفة التي تساعده في عملية التأهيل.
- أن يكون هناك تواصل مستمر بين أعضاء الفريق التأهيلي.
- أن يكون للفريق صلاحيات تساعده في عمله ومنها تحديد أهلية المعاق للخدمة التأهيلية.
- توفير مكان مناسب لاجتماع الفريق وتوفير احتياجاته.
- توافر الاحترام المتبادل والثقة بين أعضاء الفريق.
- أن تكون اتجاهاتهم نحو البناء وتحقيق فلسفة التأهيل وأكبر قدر من الفائدة للمعاق.

قبل تشكيل الفريق التأهيلي يتم تشكيل لجنة رئيسية تمثل المجتمع المحلي في تخطيط وإدارة البرنامج وتعبئة وبناء البرنامج بنشاطات تتوجه نحو تحسين ظروف الحياة للأشخاص المعوقين في مجتمعهم. وقد لخصت مهام اللجنة الرئيسية أو المحلية بما يلي:

- استقطاب الجهود التطوعية نحو حاجات المعاقيين.
- اختيار قائد للبرنامج وعاملي التأهيل المجتمعي لكل منطقة.
- التنسيق مع جهات الدعم المحلي والخارجي.
- التمثيل القانوني لخدمات المعاقين في المجتمعات كالجمعيات والأندية.

- تفعيل دور المجتمع في مواجهة حاجات المعاقين.
- تخطيط المشاريع الإنتاجية للمعاقين والبرنامج.
- حماية حقوق المعاقين في الحياة العامة في مجتمعهم.
- تحسين فرص دمج خدمات المعاقين في البرامج التنموية القائمة.
- تعديل البيئة الجغرافية لتسهيل إمكانيات استفادة المعوقين من الخدمات القائمة وتسهيل التنقل والدمج.
- القيام بحملات التوعية واستقطاب أوجه الدعم المادي من المصادر المحلية والخارجية.
- تشكيل اللجنة الرئيسية تبدأ مهام اللجنة باختيار مشرف محلي لبرنامج التأهيل المجتمعي لكل منطقة حيث يقوم المشرف المحلي بدور محوري في كل ما يتعلق بنشاطات البرنامج وعلاقته بالداخل والخارج وغالباً ما يتحدد نجاح البرنامج أو فشله بمدى فعالية دور المشرف المحلي في توجيه البرنامج نحو تحقيق أهدافه (Hope, Timmel, 1992).

حيث تم وضع دور المشرف المحلي بالنقاط التالية:

- تنمية وعي المجتمع نحو مشكلة الإعاقة.
- تطوير اتجاهات المشاركة في مواجهة مشكلات الإعاقة.
- توصيف مشكلة الإعاقة في المجتمع وتحديد حاجاتها الملحة.
- تقييم الموارد المحلية ووسائل استثمارها في مجال الإعاقة.
- تدريب المتطوعين المحليين وتنظيم وتوجيه نشاطاتهم.
- تنسيق جهود البرامج التنموية لصالح المعوقين.
- بلورة التوصيات المناسبة لدمج المعاقين في حياة المجتمع.
- عقد الندوات التثقيفية الهادفة إلى تحسين اتجاهات المجتمع نحو الإعاقة والمعوقين.
- تنظيم الدورات التدريبية للعاملين والمتطوعين وأسر المعاقين حول إجراءات تأهيل المعوقين.
- الإشراف على التسيير اليومي لنشاطات البرنامج.
- إعداد جدول الأعمال لاجتماعات اللجنة المحلية وتقديم المقترحات حول نشاطات تطوير البرنامج (O, Tool, 1991).

بعد تعيين المشرف المحلي يبدأ عمله في البرنامج للبحث عن عاملين تأهيل ومتطوعين وأخصائيين:

حيث يتم اختيار عاملي التأهيل من المجتمع المحلي نفسه على أن يكون عامل التأهيل له خبرة ولو قليلة في تأهيل المعاقين و أو أن يكون أخصائي تربية خاصة أو تربية اجتماعية أحياناً، وإذا لم يكن هناك أي من التخصصين.
يتم تدريبهم على التأهيل وكيفية التعامل مع الأشخاص المعاقين حيث تتلخص دور عاملي التأهيل بما يلي:

- زيارة المعاقين في منازلهم دورياً لتحديد وجمع المعلومات الخاصة بالإعاقة في المجتمع وتنظيم البيانات.
- تنمية الوعي لدى أفراد المجتمع نحو العمل العام والمشاركة.
- المساهمة في تحسين وتعديل البيئة المحلية لحاجات المعاقين بالاشتراك مع التخصصات التأهيلية الأخرى.
- مساعدة المعاقين وأسرهم في تنفيذ نشاطات الحياة اليومية.
- المساهمة في تدريب الأهالي حول إجراءات التأهيل في البيت.
- المشاركة في المشاورات الخاصة بالبرنامج وتقديم المقترحات المناسبة لبناء النشاطات (ديفيد ورنر، 1992).
- وأن عامل التأهيل في هذه الأدوار التي يقوم بها بالاشتراك مع التخصصات الأخرى لأنه كما تم الشرح بالسابق بأن فريق التأهيل المجتمعي واحد لا يمكن فصل أي من الكوادر البشرية عن بعضهم فهم يقومون بالعمل كشخص واحد، لهذا فإن التخصصات التي تحتوي على:

- المعالج الطبيعي (Physiotherapist) حيث يقوم بما يلي:

يساعد في استعادة القدرات الوظيفية للمعاق وتشمل استعادة مجال حركة المفاصل، وتقييم طول العضلة وتمددها وتنفيذ التقويم الخاص بقوة الحركة. والمساعدة في عمل تقييم عن الوضع المنزلي للمعاق بهدف جعل البيئة المحيطة به خالية من المعوقات وقابلة لأن يستفاد منها، كما يقوم المعالج الطبيعي بإعطاء تمرينات خاصة تهدف إلى زيادة القوى والتحمل والتنسيق لمجموعة محددة من العضلات أو لكامل الجسم، وتقدير احتياجات المعاق للكرسي المتحرك بما في ذلك الصيانة، ومساعدته في معرفة التفاصيل بشكل فردي.

- المعالج الوظيفي (Occupational therapy) يركز المعالج الوظيفي على الأنشطة الوظيفية، كما أنه بإمكانه تقديم العديد من الخدمات لمرضى التأهيل حيث يقوم:

  - تقييم وتدريب المعاق على أنشطة الرعاية الذاتية (مثل: تغيير الملابس، الأكل، الاستحمام، والنظافة الشخصية) بهدف زيادة الاستقلالية.
  - تعليم المعاق كيفية استخدام الأجهزة التعويضية أو الأدوات التكيفية التي تصنع لهذا الغرض من قبل المعالج عند الضرورة.
  - إعطاء تدريب على مهارات الإدارة المنزلية.
  - تقييم وضع المنزل ومدى ملائمته لوضع المعاق واقتراح التعديلات المناسبة بهدف ايجاد بيئة خالية من العوائق.
  - تقييم مهارات المعاق داخل المجتمع، وتدريبه على الاستراتيجيات المعدلة واستخدام المعدات عند الضرورة.
  - تدريب أسرة المعاق عن طريق توضيح وشرح الوسائل المصممة لتأهيله للتأكد من استقلالية المعاق وتقليل الحماية الزائدة له (فهمي، 2005: ص371، ص372، ص373).

- الأخصائي الاجتماعي (Social worker)

  - يقوم الأخصائي الاجتماعي بخدماته الإنمائية، والوقائية، والعلاجية للمعوقين يساعدهم على التكيف مع بيئتهم الاجتماعية.
  - يساعدهم على النجاح في أدوارهم الاجتماعية بما يساعدهم على أحسن أداء ممكن لوظائفهم الاجتماعية.
  - الأخصائي الاجتماعي يوجه كل جهده للمساعدة والاشتراك في إشباع حاجات المعوقين.
  - مساعدة المعاقين على مواجهة مشكلاتهم ومساعدتهم على علاجها.
  - يساعد المعاقين على إزالة عزلتهم الاجتماعية، ويعمل على إدماجهم في المجتمع (غباري، 2003: ص136، ص137).

- أخصائي التربية الخاصة (Special Education Teacher)

يهتم أخصائي التربية الخاصة بمساعدة المعاق على بلوغ أقصى درجة ممكنة من الأداء المستقل والنمو والتعليم وذلك باستخدام وسائل وأساليب تعليمية خاصة وبتوظيف منهاج مكثف ومعدل يتلاءم مع حاجات المعوق وخصائصه.

- الأطباء الاستشاريون (Consultants Physicians)

وهم أطباء ذو تخصصات مختلفة (مثل طب العيون، طب الأعصاب، طب الأمومة والطفولة، طب الأسنان، الطب العام). وكل منهم يسهم بطريقته في إجراء الفحوصات الدورية للمعاقين وكتابة التقارير الطبية ووصف العلاجات اللازمة عند الحاجة إلى ذلك.

- الأخصائي النفسي (Dsychologist)

يساعد الأخصائي النفسي المعاق والأشخاص الآخرين المهمين في حياة المعاق في الإعداد النفسي للمشاركة الكاملة في التأهيل.

- أخصائي في الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية (Prosthetist- orthotist therapist)

يعتبر أخصائي الأجهزة التعويضية والأطراف الاصطناعية مسؤولاً عن تقييم وتصميم وصناعة الأجهزة التعويضية التي يحتاجها المعاق للتعامل مع إعاقته والتكيف معها بشكل يجعله يمارس حياته الطبيعية بأقل عجز ممكن وبطريقة أقرب إلى الطبيعة (فهمي، 2005: ص375، ص379).

13.2 آلية عمل برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي

يعمل برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي بإتباع الخطوات التالية:

- تحديد الأشخاص المعاقين في المجتمع المحلي يتم تحديد الحاجة إلى خدمات التأهيل من خلال إجراء مسح ميداني من منزل إلى منزل في المجتمعات المحلية، ويقوم بالمسح طاقم مدرب على عاملات التأهيل، والمسح هو الخطوة الأولى في عمل البرنامج على المستوى المحلي.
- مساعدة الأشخاص المعاقين وأسرهم على التكيف يساعد عاملو التأهيل الأشخاص المعاقين وأسرهم على التكيف مع ظروف الإعاقة سعياً نحو استقلالية المعاق وتيسير مشاركته في الأنشطة الأسرية والمجتمعية.
- تيسير دمج الأطفال المعاقين في المدارس من خلال التعاون مع اللجان المجتمعية المحلية، والتنسيق مع الأجهزة التعليمية، يسعى البرنامج إل دمج الأطفال المعاقين في مراكز الرعاية

النهارية أو الروضات والمدارس الاعتيادية وفقاً لسن الطفل المعاق ودرجة إعاقته أو يسعى أيضاً البرنامج للتأثير في السياسات التعليمية على المستوى الوطني، يهدف العمل على تكييف بيئة المدرسة وتدعيم مهارات طواقم التدريس في التعامل مع المعاقين ذلك إلى جانب العمل على إحداث تغيير ايجابي في نظرة طلبة المدارس اتجاه الإعاقة.

- دعم فرص الأشخاص المعاقين في العمل يعمل البرنامج على دعم فرص الأشخاص المعاقين في الحصول على عمل وتأمين مصدر لهم.
- التحويل والمتابعة: يستخدم البرنامج آليات التحويل إلى المراكز التخصصية على المستويين المتوسط والوطني للحالات التي بحاجة إلى مثل هذه الخدمات، ويتضمن ذلك الحالات التي بحاجة إلى تشخيص، أو علاج طبي، أو تأهيلي، أو خدمات إرشاد، أو وصف الأدوات امساعدة المناسبة وغيرها، كما ويقوم البرنامج بمتابعة الحالات التي يتم تحويلها لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من الخدمة التي تم تقديمها.
- أنشطة الوقاية من الإعاقات والكشف المبكر يقوم البرنامج بتنفيذ أنشطة مختلفة بهدف تعزيز سبل الوقاية من حدوث الإعاقات وذلك بالتعاون مع المجتمعات المحلية وبتنسيق مع القطاعات الصحية والتربوية المختلفة. ويقوم البرنامج بأنشطة متنوعة للكشف المبكر عن الإعاقات وإجراءات عمليات التدخل المبكر، بالتعاون مع خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات التعليمية وأنشطة الوقاية من خلال حملات التوعية حول قضايا الإعاقة.
- التدريب: تعتمد برامج التأهيل دليل منظمة الصحة العالمية في التدريب الأساسي لفريق التأهيل.
- التأثير في السياسات والتشريعات الوطنية إدراكاً لأهمية السياسات والتشريعات التي تيسر دمج المعاقين في المجتمع وحماية حقوقهم، يعمل البرنامج مع البلديات والمجالس المحلية والوزارات والهيئات الوطنية وتشمل الأنشطة في هذا المجال على إقامة ورش العمل والندوات المشتركة، وتشكيل المجموعات الضاغطة وتنظيم المسيرات والاحتفالات الجماهيرية، بمشاركة المعاقين أنفسهم.
- تمكين المجتمع المحلي تعتبر المشاركة المجتمعية أحد أهم مبادئ التأهيل المبني على المجتمع المحلي ويؤمن برنامج التأهيل بأن المشاركة الحقيقية، تعتمد على تمكين المجتمع ومشاركته في صنع القرارات وتحمل مسؤولية عملية التأهيل برمتها، ومن هذا المنطلق يعمل على تعزيز دور المجتمع من خلال تحفيز عملية التطوع داخل المجتمعات المحلية، وتشكيل اللجان المحلية والأندية المجتمعية التي تضم ممثلين عن المجتمع وأسر المعاقين والمهتمين بقضايا الإعاقة، وتشكيل نماذج لامركزية من التأهيل المبني على المجتمع المحلي.

- التنظيم الذاتي للمعاقين: يتم التنظيم الذاتي للمعاقين عن طريق اتحاد المعاقين ببرامج التأهيل اللذان هما شريكان في العديد من الأنشطة، سواء على المستوى المحلي أو الوطني عن طريق الحملات للمطالبة بالقوانين والتشريعات التي تكفل حماية حقوق المعاقين وتوفير التسهيلات البنيوية اللازمة وتيسير دمجهم.
- التكامل مع القطاعات الأخرى: يعتمد التأهيل المبني على المجتمع المحلي على مبدأ التكامل عبر القطاعات مثل قطاع الصحة يشارك في تقديم الخدمات الوقائية مثل رعاية الحوامل وعيادة التطعيم وخدمات التشخيص والعلاج، وقطاع التعليم في توفير بيئة تعليمية مناسبة للأطفال المعاقين وفي تعزيز تبني المجتمع مواقف ايجابية تجاه الإعاقة، وليساهم الإعلام بقسط كبير في هذه المسؤولية. وأيضاً القطاع الاجتماعي إلى جانب القطاعات المهنية في دورها في تعديل البيئة وتقديم التدريب المهني.
- الاعتماد على الطاقات والموارد المحلية: يسعى البرنامج إلى تفعيل الطاقات والموارد المحلية المواتية لعملية التأهيل لتحقيق تقليل الاعتماد على الموارد الخارجية والأجهزة والتقنيات المكلفة والتي كثيراً ما تتلاءم والظرف المحلي الخاص وتمكين أسر المعاقين والمجتمع المحلي من خلال اعتمادهم على موارد تقع في نطاق تحكمهم، وتيسير استدامة عملية التأهيل وترسيخها في النسيج المجتمعي، ويعتبر عاملو التأهيل من الطاقات المحلية التي تحصل على التدريب المناسب وتقوم بالدور الرئيسي في البرنامج (اللجنة الإقليمية للتأهيل- فلسطين).

14.2 الخدمات التي يقدمها التأهيل المبني على المجتمع المحلي

لكي يتم تحقيق الأهداف التي تم وضعها في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، ويجب تحديد الخدمات التي تعمل على سد احتياجات المعاقين وخاصة المرتبطة بحقهم في العيش الكريم. حيث تقسم خدمات التأهيل المجتمعي على النحو التالي:

- تأهيل طبي: تأهيل المعاق من الناحية البدنية أو العملية، وذلك باستخدام المهارات الطبية للتقليل من الإعاقة أو إزالتها إن أمكن، وهي متمثلة (بالعمليات الجراحية من أجل استعادة القدرات الفسيولوجية، والعقاقير والأدوية، بالإضافة إلى الأجهزة المساعدة والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي، والنطق.... إلخ)
- التأهيل النفسي / الاجتماعي: وهو إعادة الفرد المعاق إلى أعلى مستوى ممكن من الناحية النفسية والاجتماعية وذلك عن طريق:

- العلاج النفسي: ويتمثل بتقديم جلسات إرشادية ونفسية من أجل تقليل مشكلة الإعاقة وأثرها عليه ومن أجل الوصول إلى حل يشارك فيه المعاق بأقصى قدر ممكن، ويستغرق العلاج زمناً طويلاً في الحالات الصعبة.
- الإرشاد النفسي: حيث يسعى هذا النوع إلى الإرشاد لحل المشكلات النفسية الأقل حدة لدى الأفراد المعاقين.
- الإرشاد الأسري: ويهدف إلى مساعدة الأهل في كيفية تربية الطفل أو الشخص المعاق والتعامل معه.
- التأهيل الأكاديمي: ويهدف إلى تعليم الشخص المعاق أكاديمياً حسب قدراته العقلية وكذلك حسب درجة إعاقته الجسدية، وإكسابه المهارات الأكاديمية التي تلزمه في حياته التعليمية خاصة في مهارات ونشاطات الحياة اليومية، بالإضافة إلى إجادة القراءة والكتابة، ويتم ذلك في مراكز خاصة بالمعاقين، أو في صفوف خاصة. أو من خلال صفوف عادية (أي بعد تأهيله من الناحية الحركية والوظيفية لكي يصبح قادراً على التعلم ضمن الصفوف التي تتناسب مع قدراته العقلية) (عبيد، 2000).
- التأهيل المهني: وهي سلسلة من الخدمات صممت خصيصاً لغرض نقل المعاق نحو هدف التشغيل في مهنة تتناسب مع وضعه الجسدي تكون ذات فائدة ومكسب، يهدف لتطوير مهاراته لكي تتيح له الفرصة للعمل.
- التشغيل المهني: أي مساعدة الشخص المعاق في الحصول على العمل الذي يكسب منه عيشه، ويستمر فيه، من أجل أن يحقق لنفسه مكانة اجتماعية كعضو منتج قادر على الاستقلال الذاتي، ويعتمد التشغيل على نوع التدريب المهني الذي يحصل عليه المعاق، وبما يتلاءم مع قدراته سعياً للوصول به إلى القدرة على الكسب والإنتاجية، والاستقلال الذاتي أو الكافية الذاتية.
- الخدمات الاجتماعية: تعتبر الخدمة الاجتماعية مهمة جداً للمعاقين بالإضافة إلى خدمات التأهيل، لأن الخدمة الاجتماعية تساعدهم في إيجاد المسكن الملائم، أو التنقل من مكان السكن إلى مكان العمل والنشاطات الترويجية، وتوفير المساعدات المالية من أجل توفير احتياجاتهم (المعايطة، 2006).

15.2 تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي

يعتبر التقييم الدوري لإنجازات البرنامج من أحد أهم العناصر المتضمنة في بناء البرنامج المجتمعي، حيث يفيد التقييم في تحديد مواقف النجاح لتعزيزها، ويوضح مواقف الضعف لمواجهتها

والتخفيف من آثارها، ويفيد التقييم أيضاً في تحديد صعوبات التنفيذ خلال فترة معينة من التطبيق، وفي إعطاء الأحكام حول فاعلية البرنامج في إحداث التغيير المطلوب نحو المشاركة الاجتماعية وتحسين حياة المعاقين وأُسرهم، واستثمار الموارد المحلية وتحقيق الكرامة والتكيف والدمج.

ومن هذا المنظور يقودنا إلى تعريف التقييم.

حيث عرف البعض التقييم للبرامج التنموية في المجتمعات على أنه (جمع بيانات حول نتائج برامج العمل المتعلقة بالأهداف والأغراض الموضوعة لتقدم البرنامج (أرمسترونج Armstrong). والبعض الآخر عرفه على أنه (عملية الوصف الدقيق للحصول على المعلومات المفيدة للحكم على بدائل القرارات) (عيد،1987: ص15).

بينما فريق آخر عرفه على أنه (الجهود المنظمة التي تبذل للتأكد من مدى النجاح في تحقيق الأهداف المحددة) (منسي،1987: ص103).

ويتفق مع نفس هذا التعريف المؤتمر الأمريكي للصحة العامة بأنه (عملية لتحديد القيمة أو كمية النجاح في تحقيق الأهداف الموضوعة) (Suchman, E: 1967: P27).

وقد عرف علماء الاجتماع في أحد الاجتماعات الدولية لمنظمة اليونسكو التقييم بأنه (تلك العملية التي تمكن المنفذين من وصف فاعلية برامجهم، والقيام بتعديلات مستمرة، إذا اقتضى الأمر لتحقيق الاهداف المحددة للبرامج بطريقة أكثر تأثيراً،وهذا يعني أن عملية التقييم لا تكون نهاية البرنامج فقط، ولكنها عملية دورية لمتابعة المراحل المختلفة من البرنامج (ماجد فهمي، 1974: ص 398).

بل أكد البعض على أن التقييم هو أُسلوب للبحث أو منهج علمي فهو (أداة أو منهج علمي يستهدف الكشف عن حقيقة التأثير الكلي أو الجزئي لبرنامج من برامج التربية الاجتماعية أو الاقتصادية من النطاقين القومي والمحلي على السواء، ووسيلته إلى تحقيق هذا الهدف هي الكشف عن حقيقة التغيير الاجتماعي المادي التكنولوجي والمعنوي) (أبوالغد،1960: ص12).

16.2 فوائد التقييم لبرامج التأهيل المجتمعي

لخص ترانتو (Trentow،1970) فوائد التقييم للبرامج المجتمعية بما يلي:

- الفهم: يساعد تقييم البرنامج على زيادة فهم مهام البرنامج وآليات تنفيذه وعلى وجه الخصوص تحديد جميع العناصر التي لها دور في نجاح أو فشل البرنامج.
- التطوير: اعتماداً على البيانات التي نحصل عليها من تقييم البرنامج، يمكن تحديد الأدوات والإجراءات التي تزيد فاعلية البرنامج بحيث تدعم الجوانب الإيجابية لهذا البرنامج والتخلص من العناصر التي تضعف البرنامج.
- التحقق: يتم قياس أثر التحقق بملاحظة مدى تحقيق البرامج للأهداف التي وصفت من أجلها مقارنة مع البرامج الأخرى المشابهة.
- التبرير والدفاع: يهدف الحصول على المعلومات من إجراء التقييم البرامجي الداعم للبرنامج والدفاع عن وجوده ومدى الحاجة إلى استمراريته.
- الترويج والتسويق: يهدف التقييم للبرامج إلى استمرار الأجزاء أو العناصر الفاعلة في البرنامج وتعميمها في البرامج المشابهة لها.

17.2 أهداف تقييم البرنامج المجتمعي

- للوصول إلى مدى ملائمة البرنامج في تلبية احتياجات الأشخاص المعاقين وأُسرهم والمجتمع، ومدى استمرار ملائمة البرنامج لغرض استحداثه.
- تحديد مدى فاعلية البرنامج في تحقيق أهدافه فيما يتعلق بنوعية الخدمات المقدمة وإعداد الأشخاص المعاقين المستفيدين من خدمات البرنامج.
- لتحديد كيفية استثمار واستخدام الموارد المتوفرة للبرامج المحلية منها والخارجية بدرجة من الكفاية والاستخدام الأمثل.
- الكشف عن مدى قدرة المجتمع بموارده المحلية أن يستمر في إدارة البرنامج في حالة توف الدعم الخارجي.
- تحديد التأثير الذي أحدثه البرنامج نحو تحسين موقف أفراد المجتمع نحو الأشخاص المعوقين، ومدى مشاركته في الفعاليات والنشاطات الاجتماعية، ومدى تحسين امكانيات الوصول والاستفادة من الخدمات العامة في المجتمع (داؤود، 2006: ص311).

18.2 أهمية التقييم

تتضح أهمية التقييم في خطط وبرامج تنمية المجتمع المحلي في النقاط التالية:

- بالنسبة لأجهزة الخدمة:

o يعتبر التقييم بالنسبة لأجهزة الخدمة بمثابة وسيلة لتحقيق النمو المهني والوظيفي المستمر، وبمثابة عملية تعليمية يمكنهم من خلالها تنمية معارفهم وتعديل اتجاهاتهم، وتطوير وتنمية أساليب عملهم، واكتساب المزيد من الخبرات العملية والمهارات.

o يعتبر التقييم بالنسبة لأجهزة الخدمة بمثابة عملية نقد موضوعي وأسلوب تصحيحي على أساس جوانب القوة وجوانب الخلل وجوانب القصور، والاستفادة من كل ذلك في الخطط المستقبلية.

o التقييم وسيلة علمية وعملية للتعرف على مدى فاعلية وكفاءة الجهاز بالنسبة لعملية قياس وتقدير حاجات الناس، وبالنسبة لأسلوب مواجهة وحل مشكلاتهم،وتحقيق أهداف البرنامج والمشروعات الخدمية والإنتاجية التي تتضمنها خطة التنمية.

- بالنسبة للمستفيدين من الخدمات (المعاقين وأسرهم): يساعد التقييم على معرفة رأي المستفيدين من برامج التنمية، ويعتبر ذلك بمثابة التغذية العكسية Feed-Back للخطط المستقبلية. وفي هذا المجال المهم معرفة ما يلي:

o مدى توافر الخدمات لمن يحتاجها.

o مناسبة الشروط الموضوعة لاستحقاق الخدمة بما يؤدي إلى مرونة وسهولة إجراءات الحصول عليها لمن يستحقها.

o مدى مساهمة الخدمة في إشباع الحاجات أو مواجهة وحل المشكلات أي تحقيق الأهداف التي خصصت الخدمة من أجلها.

o مدى تغطية الخدمة لأكبر عدد من المستفيدين المستحقين لهذه الخدمات.

o قياس العائد الاجتماعي والاقتصادي للخدمة بالنسبة للتكاليف المباشرة وغير المباشرة

فالتقييم إذاً يستهدف التحقق من إنجازات الخطة والأهداف التي تحققت ومعدل نجاح كل هدف منها، وكذلك التعرف على الأسباب والمعيقات التي حالت دون تحقيق بعض الأهداف الأخرى للاستفادة من هذه المعلومات عند التخطيط لبرامج ومشروعات مستقبلية (المختار، 1982: ص44).

19.2 أنواع التقييم

هناك أنواع من التقييم يمكن تقسيمها إلى ما يلي:

- من حيث وقت إجراءه:

- التقييم التمهيدي: وهو ما يتم قبل تجريب البرنامج.
- التقييم التطويري: وهو يحدث عدة مرات أثناء تطبيق البرنامج. ويرى Sanders أن التقييم التطويري يمثل عملية إصدار الحكام على نتائج يمكن مراجعتها وتطويرها، من أجل فإن نتائج هذا النوع من التقييم توضع في أيدي الأشخاص الموجودين بشكل مباشر في عملية التقييم أو في البرنامج نفسه.
- التقييم النهائي: وهو يتم في نهاية البرنامج لمعرفة مدى ما حققه من أهداف وغايات وضعت من أجله.
- التقييم التتبعي: وهو تحديد الآثار المستمرة للبرنامج أو قياس الآثار البعيدة للبرنامج.

- من حيث شموليته:

- التقييم الكلي:يهتم بتناول مخرجات النظم ككل وعلاقتها بأهداف السياسة العامة للنظام
- التقييم الجزئي: ويهتم بما يجري بالبرنامج أو الحالة التي يجري تقييمها دون ربطها بإطار أكبر، أو بدراسة آثارها على حالات أنظمة فرعية أخرى.

- من حيث الجهة القائمة به:

- التقييم الرسمي: وهو الذي تقوم به جهة رسمية حكومية.
- التقييم الغير رسمي.

- من حيث المعلومات والبيانات:

- التقييم الكمي: وهو يعتمد على النتائج الكمية الرقمية لأدوات القياس كالاختبارات والاستفتاءات.
- التقييم النوعي: وهو يعتمد على الملاحظة و الآراء والانطباعات الشخصية.

- من حيث القائمين به:

- التقييم الداخلي: ويقوم به الأخصائيون من داخل البرنامج.

- التقييم الخارجي: ويقوم به الأخصائيون من خارج البرنامج.
- التقييم الداخلي والخارجي: ويشترك به أخصائيون من داخل الجهاز وخارجه.

- من حيث الامتداد المكاني:

- التقييم الواسع: يشمل جميع الأفرع والمناطق التي تمارس البرنامج.
- التقييم المحلي: يشمل المنطقة أو الفرع الذي نمارس فيه البرنامج.

- من حيث طبيعة معالجة البيانات:

- التقييم الوصفي للبيانات: يتم فيه الشرح عن كيفية ونوع البيانات التي يتم الحصول عليها.
- التقييم المقارن: أي مقارنة نتائج التقييمات للوصول إلى البيانات اللازمة.
- التقييم التحليلي: كيف سيتم تحليل البيانات.

- من حيث الموقف من الأهداف:

- التقييم المعتمد على الأهداف.
- التقييم بعيداً عن الأهداف.
- من حيث فلسفة التقييم:

- التقييم التقليدي (التجريبي): وهو اختيار مجموعتين أحدهما تجريبية تعرضت للبرنامج أي استفادت من خدمات البرنامج المراد تقييمه، والأخرى ضابطة لم تتعرض للبرنامج أي لم تستفد من خدمات البرنامج المراد تقييمه ويقوم بتعيين أفراد العينتين التجريبية الضابطة عشوائيا، لنلاحظ الفرق بينهما من حيث أثر البرنامج على المجموعة التجريبية أو ليس له أثر.
- التقييم المتطور الإجرائي(Fellin,Epstein, Tripod , 1973) ، (عيد، 1986).

20.2 مبادئ وأسس التقييم

لكي تكون عملية التقييم ذات فائدة طبعاً للهدف المحدد لها يجب مراعاة الأسس التالية:

- أن يحدد ما يلي بوضوح ودقة: الموضوع والأهداف، المنهجية والإجراءات.
- الشخص الذي سيقوم بعملية التقييم.

- أن يتجه التقييم لقياس الموضوع قياسه لإصدار الحكم عليه.
- يجب أن يكون التقييم بنائياً وعلاجياً، فالتقييم ليس مجرد تشخيص أو تقرير مصير إنما يجب أن يأخذ سبيلاً إلى الأصلح.
- أن يكون التقييم على أسس علمية بمعنى أن يتوفر بأدوات التقييم الصدق والثبات والموضوعية.
- أن يرتبط التقييم بالأهداف ويتسق معها، ويهتم بنفس الجوانب التي يؤكدها، وأن يكون شاملاً فلا يقتصر على نواحي دون أُخرى ان يتم التقييم بصفة مستمرة ومصاحب لعمليات تنمية المجتمع وأن يكون الهدف منه زيادة فاعلية برامج تنمية برامج المجتمع المحلي (زيدان، 1976)، (suchman,1976).

21.2 أغراض التقييم

إن الهدف العام لعملية التقييم هو التأكد من مدى تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها برنامج ما. هذا الهدف ينقسم إلى مجموعة من الأغراض كالآتي:

- معرفة مدى تحقيق المؤسسة لأغراضها وأهدافها.
- اختيار كفاءة البرنامج.
- تحسين وتطوير البرنامج المنفذ والمحافظة على مرونته.
- التقييم عملية مفيدة لنمو الأخصائيين المشاركين في البرنامج.
- التقييم ضروري لشرح الوظيفة الاجتماعية للمؤسسة والمجتمع (Armstrong, P212).

22.2 العناصر الأساسية في التقييم

يتركز تقييم البرنامج المجتمعي حول العناصر الخمسة التالية:

- الملاءمة للهدف والاستراتيجية.
- الفاعلية في تحقيق أهداف البرنامج للمعوقين في المجتمع.
- الكفاءة في استخدام الموارد والتسهيلات القائمة في المجتمع.
- الاستمرارية والديمومة لنشاطات البرنامج على المدى البعيد.
- التأثير في تغيير حياة المعاقين في مجمعاتهم (tizun, 1999).

23.2 أساليب ووسائل التقييم

تختلف وتتعدد وسائل التقييم باختلاف أغراضه وتعدد نواحيه إلا أنها لا تخرج في مجموعها عن وسائل البحث العلمي، فأساليب التجريب والقياس المختلفة كالاستعانة بالملاحظة الموجهة أو غير الموجهة، الالتجاء إلى الاختبارات والاستبيانات والقيام بالزيارات الفاحصة، وإتباع أساليب المقابلة، ودراسة الحالات الخاصة وغير من الأساليب التقييمية. وعلى الشخص الذي يقوم بعملية التقييم أن يراعي مناسبة الوسائل لكل الجوانب المراد تقييمها، بحيث أن تكون واضحة ولغتها بسيطة ومفهومة وقابلة للتطبيق، ومتناغمة مع مستويات الأفراد الذين سيقومون بالإجابة على محتوياتها (Thomas, 1990).

24.2 خطوات التقييم

للبدء بعملية التقييم يجب القيام بالخطوات التالية:

- وضع خطة لتقييم مفصل.
- جمع المواد وإجراء التقييم.
- تحليل النتائج.
- تقديم تقرير التقييم، وإعطاء مقترحات.
- التغذية الراجعة من النتائج ووضعها موضع التطبيق (Tizun , 1999).

25.2 التأهيل المبني على المجتمع المحلي CBR في فلسطين

في عام 1976م قررت البلدان الأعضاء في منظمة الصحة العالمية أن تشمل التأهيل المجتمعي في برامج الصحة الأولية تحت عنوان (الصحة للجميع بحلول عام 2000)، ومع التسليم بأن الأشخاص المعوقين في البلدان النامية لديها حاجة كبيرة لإعادة التأهيل لأن غالبية خدمات التأهيل محدودة جداً في تلك البلدان بسبب عدم وجود مراكز صحية تأهيلية تهتم بالأشخاص المعاقين واحتياجاتهم وذلك يعود لحالة الفقر الموجود بهذه البلدان أو بسبب الوضع السياسي القائم في هذه البلدان الذي يمنع من وصول الأشخاص المعاقين إلى مؤسسات التأهيل أو المستشفيات التي تقدم الخدمات التأهيلية للمعاقين، فلا بد من وجود برنامج تأهيلي لا مركزي يوفر الخدمات التأهيلية للأشخاص المعاقين داخل مجتمعاته وأسرهم دون تعريض المعاقين وأسرهم إلى العناء الكبير والمشقة الكبيرة للوصول إلى المؤسسات التأهيلية إن وجدت (Helander, 1993) .

ومن بين هذه البلدان، فلسطين حيث بدأ برنامج التأهيل المبني على المجتع المحلي بالتشكيل وبسبب الظروف السياسية الصعبة التي مرت بها بلادنا في الانتفاضة الأولى (1987- 1992) التي كان لها الأثر الكبير في تطوير خدمات التأهيل و توسعها، استجابة لظروف الانتفاضة وما رافقها من احتياجات على صعيد خدمات تأهيل المعاقين من جرحى الانتفاضة.

ففي عام (1988م) تم تشكيل أول لجنة إقليمية للتأهيل في الشمال في (مدينة جنين) وذلك نتيجة التعاون المثمر بين اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية وجمعية أصدقاء المريض في جنين والتي كانت في الأيام الأولى للانتفاضة الأولى عام (1988م) بدعم مالي وتقني نشط من جانب مؤسسة دياكونيا السويدية غير الحكومية وتلتها المؤسسة النرويجية (ناد) بالاشتراك مع دياكونيا.

حيث أن اللجنة الاقليمية للتأهيل في الشمال هي إحدى اللجان الاقليمية الخمس حالياً التي تعمل في إطار منظمة واحدة هي اللجنة الوطنية المركزية عبارة عن تجمع يضم كافة المنظمات الفلسطينية غير الحكومية الكبيرة التي تعمل في مجال الإعاقة والتأهيل في الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث مبدأ عملها الالتزام بأن الأشخاص المعاقين يملكون الحق في الاندماج الكامل في مجتمعاتهم وأن أفضل الوسائل لتحقيق ذلك هي البرامج التي تبنى على تعبئة المجتمع ومساهمته، ويعتبر مبدأ الدمج الاجتماعي واحداً من حقوق الإنسان الاساسية فالأشخاص المعاقين لهم الحق في أن يعيشوا في كنف أسرهم، وأن يعملوا ويكسبوا دخلاً، وأن يساهموا في نشاطات المجتمع مثلهم مثل سائر أفراد المجتمع، وبدون الإقلال من أهمية خدمات التأهيل المؤسساتية، يعطي نهج اللجنة الوطنية المركزية الاولوية لمساعدة الأشخاص المعاقين وأسرهم في نشاطات الحياة اليومية بحيث يسهم ذلك في الاشتراك في الحياة الاجتماعية والتعليمية والاقتصادية وثقافية في نطاق مجتمعاتهم (اللجنة الاقليمية للتأهيل في منطقة الشمال، 1994م).

ولذلك المبدأ ومع قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية، أقر المجلس التشريعي الفلسطيني قانون رقم (4) لعام 1994م بشأن حقوق الأشخاص المعاقين، والذي يعد الإطار القانوني الأشمل الذي يلزم السلطة الوطنية والمؤسسات الأهلية، والأفراد باحترام وضمان حقوق المعاقين داخل مجتمعاتهم المحلية وذلك مواكبة للقواعد الدولية الخاصة بحماية الأشخاص المعاقين.

وقد غطى القانون عدة مجالات ذات صلة بالحقوق الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية، والمدنية للمعاقين الفلسطينيين، لأنه نص القانون على تعريف للمعاق على أن (للمعاق حق التمتع بالحياة الحرة والعيش الكريم، والخدمات المختلفة في المجالات الاجتماعية، والصحية، والتعليمية،

والتأهيل، والتشغيل، والترويح، والرياضة، وفي مجال التوعية المجتمعية، شأنه شأن غيره من المواطنين له نفس الحقوق وعليه واجبات في حدود ما تسمح به قدراته وإمكاناته ولا يجوز أن تكون الإعاقة سبباً تحول دون تمكين المعاق من الحصول على تلك الحقوق).

كما نص الفصل الثالث من هذا القانون على موائمة الأماكن العامة للمعاقين، وذلك من أجل إيجاد بيئة تتناسب مع احتياجات المعاق في المؤسسات العامة كالمدارس والكليات والجامعات والمواصلات أي ضمان حرية الحركة واستخدام الأماكن العامة.

كما وأن المادة رقم (3) من القانون رقم (4) أكدت أن تتكفل الدولة بحماية حقوق المعاق، وتحقيقا لذلك، تقوم وزارة الشؤون الاجتماعية بالتنسيق مع الجهات المعنية، بإعداد البرامج لتوعية أسرة المعاق والبيئة المحلية في كل ما يتعلق بتلك النصوص عليها في هذا القانون (مركز النصوص الوطني الفلسطيني، الشؤون الاجتماعية).

مع حلول عام (1990) تعمل كافة برامج التأهيل المجتمعي ضمن استراتيجية بعيدة المدى لتعزيز قطاع التأهيل ككل حتى يكون قادراً على تلبية احتياجات الأشخاص المعاقين وتعزيز اندماجهم في المجتمع وتتبنى في ذلك نموذج منظمة الصحة العالمية في مجال التأهيل في إطار المجتمع. تقوم بتنفيذ البرامج (17) مؤسسة أهلية شريكة من خلال خمس لجان إقليمية على النحو التالي حسب أقدمية التأسيس:

- الجمعية الوطنية للتأهيل قطاع غزة، وتتكون من: جمعية الهلال الاحمر- قطاع غزة، اتحاد الكنائس، والإتحاد النسائي العربي، وجمعية بنك الدم المركزي، ووكالة الغوث الدولية- قطاع غزة وجمعية الشبان المسيحية، والمستشفى الأهلي العربي. (1967)
- اللجنة الاقليمية للتأهيل في منطقة الشمال (منطقة جنين) وتضم: جمعية الاغاثة الطبية الفلسطينية، وجمعية أصدقاء المريض، جنين. (1988)
- اللجنة الإقليمية للتأهيل في منطقة الوسط (وسط الضفة الغربية) وتتكون من جمعية أصدقاء المريض- رام الله وجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني- رام الله.
- اللجنة الإقليمية للتأهيل في منطقة الجنوب (جنوب الضفة الغربية)، وتشارك في عضويتها: جمعية بيت لحم العربية للتأهيل، واتحاد لجان العمل الصحي، وجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني- رام الله.

- اللجنة الإقليمية للتأهيل في منطقة الشمال (شمال الضفة الغربية: نابلس وطولكرم وقلقيلية)، وتتكون من جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية- نابلس.

تنشط البرامج في كافة محافظات الضفة الغربية (11 محافظة) وفي 4 من أصل 5 محافظات في قطاع غزة، ويغطي عمل البرنامج (442) موقعاً من الضفة الغربية لتشكل ما نسبته (49%) من مجموع المواقع و(20) موقعاً في قطاع غزة، يشكل عدد سكان الضفة الغربية وحوالي (73%) من مجموع سكان غزة. وتشير سجلات البرامج إلى أن مجموع الأشخاص المعاقين الذين عملت أو مازالت تعمل معهم على المستوى الفردي حتى أواسط العام (2006) قد بلغ (21.806) أشخاص (10.501) في الضفة الغربية و (11.305) في قطاع غزة، وهو ما تيراوح بين 50 -60% من عدد المعاقين المتوقع أنهم بحاجة إلى تأهيل فردي في مواقع عمل البرنامج. وقد ساهم الدعم التقني والمالي الذي قدمته دياكونيا وناد منذ بدايات عمل البرامج وحتى الآن في تعزيز عمل البرنامج في كافة مناطق عملها (قطنية، 2007).

26.2 واقع الإعاقة في فلسطين

أظهرت نتائج مسح الإعاقة لعام 2011 أن أعداد ذوي الإعاقة وصلت إلى حوالي 113 ألف فرد، منهم (75) ألف في الضفة، أي 2.9% من مجمل السكان، و(33) ألف في الضفة، أي 2.9% من مجمل السكان، و (38) ألف في قطاع غزة أي 2.4% من مجمل السكان وأن الإعاقة الحركية هي الأكثر انتشاراً، وأن حوالي 49% من الأفراد ذوي الإعاقة هم معاقون حركياً، بواقع (49.5)% في الضفة الغربية مقابل (47.2%) في قطاع غزة، تليها إعاقة بطء التعلم إذا بلغت (24.7%) و (23.6%) في الضفة الغربية مقابل 26.7% في قطاع غزة.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية ومجموعة واشنطن للإحصاءات الإعاقة فقد تم تطوير مفهوم وتعريف موحد لقياس الصعوبات الإعاقات في أي مجتمع.

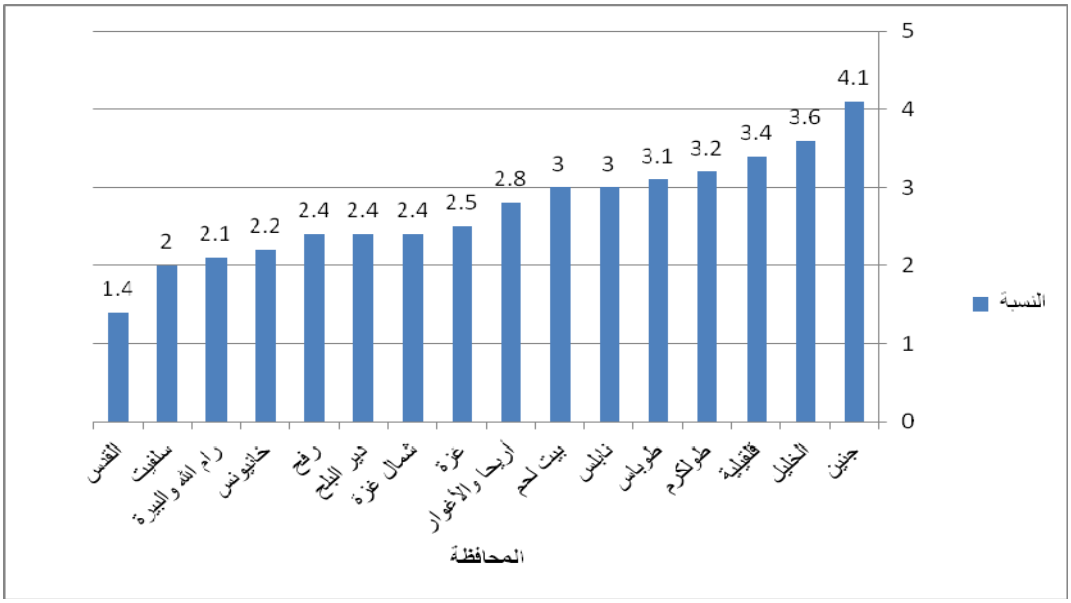
التعريف الضيق ـ وأوصت به مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة والذي يعرف الفرد ذو الإعاقة على أنه الفرد الذي يعاني صعوبة كبيرة، أو لا يستطيع مطلقاً.

التعريف الموسع ـ فيها يتم تعريف الفرد ذو الإعاقة على أنه الفرد الذي يعاني من بعض الصعوبة، أو صعوبة كبيرة، ولا يستطيع مطلقاً (الجهاز الإحصائي المركزي الفلسطيني، 2011).

جدول1.2: يوضح نسب انتشار الإعاقة بين أفراد المجتمع الفلسطيني وفقاً لتعريف الضيق والتعريف الموسع.

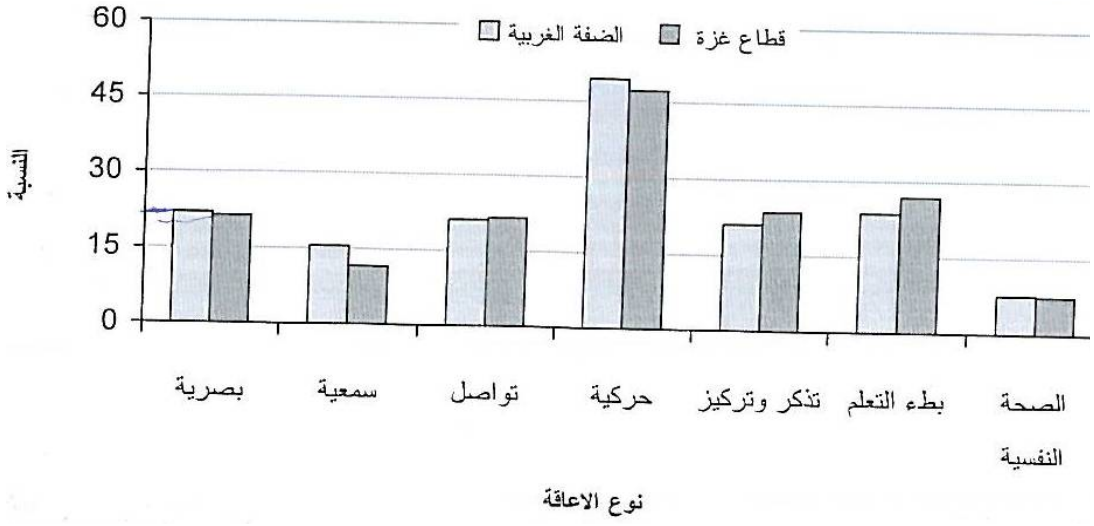
نوع الإعاقة	التعريف الضيق (صعوبة كبيرة، لا يستطيع كليا)			التعريف الموسع (بعض الصعوبة، صعوبة كبيرة، لايستطيع كليا)		
	الأراضي الفلسطينية	الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية	الضفة الغربية	قطاع غزة
مجموع ذوي الإعاقة/ الصعوبة	2.7	2.9	2.4	6.9	6.9	6.9
النظر	0.6	0.5	0.6	2.4	2.5	2.4
السمع	0.4	0.5	0.3	1.3	1.3	1.2
الحركة	1.3	1.4	1.1	2.9	3.0	2.7
التذكر والتركيز	0.6	0.6	6.0	1.5	1.5	1.6
التواصل	0.6	0.6	0.5	1.1	1.2	1.0
بطء التعلم	0.7	0.7	0.6	1.1	1.1	1.2
الصحة النفسية	0.4	0.4	0.4	0.7	0.7	0.7

وكانت أعلى نسبة إعاقة هي في محافظة جنين وأدناها في محافظة القدس، بأن 4.1% من مجموع الأفراد في محافظة جنين هو ذوي الإعاقة، تليها محافظة الخليل بنسبة 3.6%، بلغت هذه النسبة 1.4% في محافظة القدس. أما في قطاع غزة كانت أعلى نسبة انتشار للإعاقة في محافظة غزة، 2.5% ثلثها محافظات شمال غزة ورفح ودير البلح بنفس النسبة 2.4%، وأدناها في محافظة خانيونس 2.2%. والرسم البياني رقم 2.1 الآتي يوضح نسبة انتشار الإعاقة حسب المحافظة، 2011.



شكل 1.2: نسبة انتشار الإعاقة حسب المحافظة، 2011.

كما سجل المركز الاحصائي الفلسطيني للدراسة الإحصائية للمعاقين لعام (2011) أن أعلى نسبة إعاقة سجلت كانت الإعاقة الحركية بين الأفراد المعاقين، حيث كانت حوالي (49%) من إجمالي المعاقين في الأراضي الفلسطينية هم معاقون حركياً، و 49.5% في الضفة الغربية مقابل 47.2% في قطاع غزة تليها إعاقة بطء التعلم 24.7% بواقع 23.6% في الضفة الغربية مقابل 26.7% في قطاع غزة مع إعتبار أنه قد يكون لدى المعاق أكثر من إعاقة في نفس الوقت. والرسم البياني رقم 2.2 يوضح نسب انتشار الإعاقة بين المعاقين حسب نوع الإعاقة والمنطقة، 2011 (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني، 2011). وأثر الإعاقة على حياة الأفراد ذوي الإعاقة 18 سنة فأكثر بحسب ما أوضحها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعام 2011 بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية وإدارة الإحصاءات الاجتماعية.



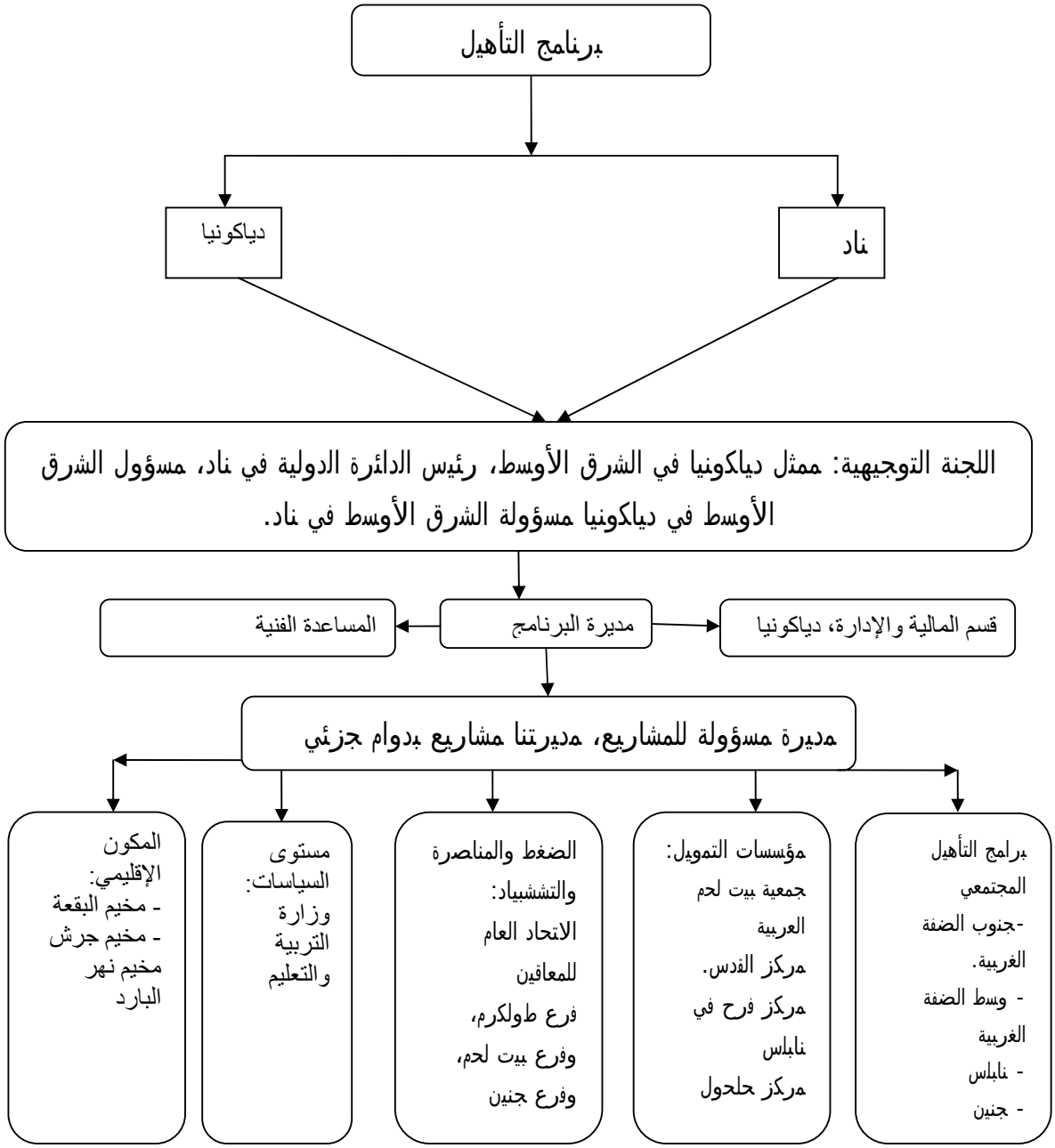
شكل 2.2: نسب انتشار الإعاقة بين المعاقين حسب نوع الإعاقة والمنطقة، 2011 (الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني، 2011).

27.2 التأهيل المبني على المجتمع المحلي (CBR) في محافظات الشمال (نابلس، جنين، طولكرم، قلقيلية، سلفيت).

يعمل برنامج التأهيل المجتمعي في الأراضي الفلسطينية بشكل رسمي في عام 1990 وذلك بالتعاون مع دياكونيا وهي منظمة العون والتنمية الدولية لخمس كنائس سويدية ومؤسسة ناد التي بدأ عملها في الأراضي الفلسطينية عام (1992) وهي مؤسسة نرويجية للمعاقين شعارها مجتمع شامل لا يتعرض فيه أحد للتمييز بسبب إرثه الوراثي أو تكوينه البيولوجي أو ثقافته أو إيمانه أو قيمه. هذا بالإضافة لامتلاك ناد 20 سنة من الخبرة في التعاون التنموي الدولي.

تعمل المؤسسات الشريكتان معاً على تقديم الدعم المالي والفني لعدد كبير من المؤسسات الأهلية الشريكة وبعض المستشفيات الخاصة منذ عام (1992). وبذلك تكون دياكونيا تعمل على استراتيجية عمل من خلال برامج مرتكزة على الحقوق حيث يتم تناول هذه الموضوعات بطريقة عملية. (دياكونيا وناد، 2008). أما نادي المؤسسة النرويجية فيتركز عملها بالأساس في المشورة والدعم المالي، وتمكين منظمات الأشخاص المعاقين ودعم مبادرات التأهيل المجتمعي من خلال الشراكة مع السلطات الوطنية والمؤسسات المقدمة للخدمات.

يأتي تمويل أي برنامج التأهيل من نوراد عبر مظلة ائتلاف أطلس النرويجية، بالإضافة إلى مبدأ تشترك في تمويل البرنامج من خلال طلبات تمويل دورية تقدمها دياكونيا حيث تساهم سيدا بمساهمة مالية مباشرة بنسبة (100%). وهم عبارة عن مؤسسات لخدمة المعاقين ضمن 16 مؤسسة نرويجية تحت ائتلاف مظلة أطلس النرويجي. ويوضح الشكل التالي الهيكلية التنظيمية لبرنامج التأهيل المجتمعي في الشرق الأوسط:



شكل 3.2: الهيكلية التنظيمية لبرنامج التأهيل

يوضح الشكل رقم (3.2) الهيكلية التنظيمية لبرنامج التأهيل، حيث تأتي على رأس الهيكلية لجنة توجيهية للبرنامج تجتمع مرة في السنة لمناقشة التوجهات الاستراتيجية والإطلاع على التقارير والخطط، تتكون اللجنة التوجيهية من مديرة الدائرة الدولية في ناد ويمثل دياكونيا في الشرق الأوسط وحتى العام (2008) أوردت الإتفاقية الموقعة بيت دياكونيا وناد مديرة برنامج التأهيل كأحد أعضاء اللجنة التوجيهية (دياكونيا، ناد، 2009: ص20، ص21).

28.2 التأهيل المبني على المجتمع المحلي في الشمال (جنين، نابلس)

برنامج التأهيل المجتمعي برنامج مشترك تابع لجمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية وجمعية أصدقاء المريض ـ جنين ـ ويعنى بتقديم الخدمات التأهيلية للمعاقين في المجتمع الفلسطيني، تم البدأ بالعمل في البرنامج عام 1988 مع اللجنة المحلية للمخيم ضمن مشروع دراسة لـ (23) قرية فلسطينية في جنين وبعد ذلك تم عمله بشكل رسمي عام 1992، انطلاقاً لتلبية الاحتياجات الناتجة عن ازدياد حالات الإعاقة خاصة في السنوات الأخيرة نتيجة الأوضاع السياسية التي تمر بها الأراضي الفلسطينية والتي بلغت 2-3% من مجموع السكان الكلي بالإضافة إلى شح المؤسسات العاملة في مجال التأهيل والإعاقة وعدم قدرة المؤسسات التأهيلية على استيعاب الأعداد المتزايدة من الأشخاص المعاقين، حيث يقدم البرنامج الخدمات إلى (5304) من المعاقين في كافة قرى جنين وجنين نفسها والجدول التالي يوضح عدد الأفراد المعاقين في منطقة جنين وطبيعة العمل في البرنامج أو الشراكة.

جدول 2.2-أ: توزيع مناطق عمل برنامج التأهيل ـ جنين

الرقم	الموقع	المنطقة	عدد السكان	عدد الأشخاص المعاقين	الملفات النشطة 2011	طبيعة العمل
.1	المغير	A	2651	61	22	برنامج
.2	جلقموس	A	2182	57	38	برنامج
.3	أم التوت	A	1084	23	9	برنامج
.4	الزبابدة	A	4015	96	34	شراكة
.5	رابا	A	3446	64	35	برنامج
.6	صبر	A	815	18	8	برنامج
.7	عقابا	A	7379	154	56	شراكة
.8	طوباس	A	18205	457	166	شراكة

جدول 2.2-ب: توزيع مناطق عمل برنامج التأهيل ـ جنين

9.	تياسير	A	2805	49	17	برنامج
10.	دير أبو ضعيف	A	6264	84	33	شراكة
11.	الشهداء	A	1915	44	18	برنامج
12.	مسلية	A	2616	52	21	شراكة
13.	ميثلون	A	7620	137	50	شراكة
14.	الجديدة	A	5191	120	45	شراكة
15.	سيريس	A	5353	115	43	شراكة
16.	صانور	A	4456	97	35	برنامج
17.	برقين	A	6229	128	76	شراكة
18.	كفردان	A	5640	90	38	شراكة
19.	اليامون	A	17949	434	75	شراكة
20.	سيلة الحارثية	A	10323	230	84	شراكة
21.	العرقة	A	2368	29	13	برنامج
22.	الهاشمية	A	1151	21	7	برنامج
23.	كفيرت	A	2636	66	24	برنامج
24.	عجة	A	5538	128	48	شراكة
25.	فحمة	A	2724	57	22	برنامج
26.	كفرراعي	A	8068	182	66	برنامج
27.	عرابة	A	11869	207	76	شراكة
28.	كفرقود	A	1285	20	9	برنامج
29.	طمون	A	12166	256	95	شراكة
30.	مخيم جنين	A	11363	467	170	شراكة
	Sub – Total Area A		175306	3943	1433	
31.	المطلة	B	323	2	3	برنامج
32.	الثغرة	B	636	16	6	برنامج
33.	بيت قاد + مشروع بيت قاد	B	1585	27	11	شراكة

جدول 2.2-ج: توزيع مناطق عمل برنامج التأهيل ـ جنين

.34	فقوعة	B	3799	102	39	شراكة
.35	عربونة	B	887	21	7	شراكة
.36	دير غزالة	B	981	40	16	شراكة
.37	عرانة	B	2187	50	6	شراكة
.38	الجلمة	B	2257	48	7	شراكة
.39	تعنك	B	1096	25	10	شراكة
.40	زبوبا	B	2119	48	11	شراكة
.41	رمانة	B	3440	74	13	شراكة
.42	الطيبة	B	2361	50	19	شراكة
.43	عانين	B	4044	83	29	شراكة
.44	عنزا	B	2052	54	28	شراكة
.45	جبع	B	9304	224	72	شراكة
.46	الفندقومية	B	3726	64	34	شراكة
.47	سيلة الظهر	B	6348	105	53	شراكة
.48	جلبون	B	2619	27	31	شراكة
.49	يعبد	B	14944	225	46	شراكة
	Sub- total Area B		64708	1285	441	
.50	العقبة	C	250	11	10	برنامج
.51	عابا	C	480	10	10	برنامج
.52	بردلة	C	1845	49	12	برنامج
.53	كردلة	C	346	6	6	برنامج
	Sub-Total Area c		2921	76	38	
			population	PWDS	Active files	
			242935	5304	1912	0

ويقوم على تنفيذ البرنامج طاقم مكون من (23) أربعة منسقين ومشرفين محليين اثنين و (15) عاملة تأهيل جزء منهم برنامج و الآخر شراكات مع المجالس المحلية للقرى والباديات. وهذا نهج جديد في برنامج التأهيل في الشمال يضمن استمرارية عمل البرنامج في المناطق. بالإضافة إلى

عضو واحد للضغط والمناصرة وعامل تأهيل مجال التدريب (نشرات جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية، جمعية أصدقاء المريض ـ جنين).

أما بالنسبة لبرنامج التأهيل المجتمعي في نابلس فتأسس بشكل رسمي عام (1990) يعتمد في عمله على اللامركزية والتنسيق القطاعي كما في جنين وتعزيز الشراكة المجتمعية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم والمتطوعين بهدف دمجهم في مجتمعاتهم المحلية، ويعد البرنامج لجنة اقليمية مشتركة من جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني وجمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية تعمل على تطوير وتعزيز عمل البرنامج بما يمكنه من أداء مهمات وتقديم خدماته لذوي الإعاقة وأسرهم على أكمل وجه، حيث يقدم البرنامج الخدمات إلى (4717) من المعاقين في كافة قرى ومناطق نابلس، والجدول التالي يوضح عدد الأفراد المعاقين الذكور والإناث بالإضافة إلى المناطق التي يعمل بها البرنامج.

جدول3.2-أ: توزيع مناطق عمل برنامج التأهيل ـ نابلس

الرقم	اسم الموقع	التصنيف	عدد السكان	العدد الإجمالي للمعاقين			طبيعة العمل
				ذكور	إناث	المجموع	
1	نابلس البلدة القديمة	A	4000	170	90	260	شراكة
15	ياصيد	A	2700	23	12	35	شراكة
16	نصف جبيل	A	600	12	11	23	برنامج
24	بيت إيبا	A	3266	40	20	60	برنامج
35	عنبتا	A	10000	142	109	251	برنامج
40	سلفيت	A	14000	111	113	224	شراكة
	Sub- total Area A		34566	498	355	853	
7	تل	B	5500	80	72	152	شراكة
10	يتما	B	3000	57	48	105	برنامج
33	بيت ليد	B	5908	59	34	93	برنامج
	Sub- total Area B		14408	196	154	350	
8	صره	A+B	3000	60	55	115	شراكة
17	بيت أمرين	A+B	3500	56	37	93	شراكة
19	الناقورة	A+B	2000	41	23	64	شراكة
20	اجنسنيا	A+B	600	5	10	15	شراكة
25	النقار	A+B	2836	25	20	45	شراكة

جدول3.2-ب: توزيع مناطق عمل برنامج التأهيل ـ نابلس

26	غياظة والقرعان	A+B	6556	78	75	153	شراكة
36	كفر عبوش	A+B	2000	36	21	57	شراكة
37	كفر زيباد	A+B	1500	26	4	30	شراكة
	Sub- total Area A-B		21992	327	245	572	
9	عراق بورين	A+C	2000	20	9	29	شراكة
2	حواره	B+C	6000	80	63	143	شراكة
3	بيتا	B+C	10000	159	110	269	شراكة
4	عقربا	B+C	10000	70	75	145	شراكة
5	جماعين	B+C	7000	90	60	150	شراكة
6	قبلان	B+C	8000	90	69	159	شراكة
12	بيت فوريك	B+C	13000	110	82	192	شراكة
13	سبسطية	B+C	3000	58	59	117	شراكة
14	عصيره الشمالية	B+C	10000	120	124	244	شراكة
22	دير شرف	B+C	3000	34	35	69	برنامج
18	برقة	B+C	4500	80	63	143	شراكة
28	كفر ثلث	B+C	4000	48	39	87	شراكة
31	بلعا	B+C	8600	77	37	114	شراكة
32	دير الغصون	B+C	10000	181	137	318	شراكة
30	النبي إلياس	B+C	2500	12	9	21	برنامج
39	جيوس	B+C	3500	37	19	56	برنامج
	Sub- total Area A-C or B-C		105100	1266	990	2256	
11	بيت دجن	A+B+C	3850	62	59	121	شراكة
21	بزاريا	A+B+C	2570	50	30	80	برنامج
23	زولتا	A+B+C	2000	34	29	63	شراكة
29	عزون	A+B+C	11500	54	42	96	شراكة
38	كفر جمال	A+B+C	3000	43	31	74	شراكة
	Sub- total Area A+B+C		22920	243	191	434	
27	حبلة	#+B+C	6500	93	46	139	

جدول3.2-ج: توزيع مناطق عمل برنامج التأهيل ـ نابلس

34	زيتا	#+B+C	3500	57	56	113	
	Sub- total Area #+B+C		10000	150	102	252	
المجموع الكلي			208986	2680	2037	4717	

ويقوم بتنفيذ البرنامج طاقم مكون من (28) مدير إقليمي لمحافظات الشمال يقوم بالإشراف على منطقة (نابلس وجنين) وعلى جميع آليات العمل في البرنامج لمنطقة الشمال في الضفة الغربية وخمسة منسقات ومنسقة وعامل مسؤول عن الضغط والمناصرة وعامل تأهيل في مجال التدريب بالإضافة إلى 19 عاملة تأهيل جزء برنامج وجزء شراكات من مجالس البلديات المحلية.

- **الأنشطة الرئيسية لبرنامج التأهيل المجتمعي في الشمال (نابلس، وجنين)**

- العمل التطوعي مع الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم يقوم البرنامج بتنظيم الزيارات المنزلية للأشخاص ذوي الإعاقة والتي يتم من خلالها تحديد الاحتياجات والأولويات بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم ووضع الخطط اللازمة بناءً على ذلك.
- التحويل والمتابعة للأشخاص ذوي الإعاقة: يستخدم البرنامج آليات للتحويل إلى المراكز المتخصصة على المستويين المتوسط والوطني للحالات التي تحتاج إلى تحويل. ويتضمن ذلك الحالات التي بحاجة إلى تشخيص أو علاج طبيعي أو تأهيلي أو خدمات إرشاد. أو وصف الأدوات المساعدة المناسبة وغيرها، كما يقوم البرنامج بمتابعة الحالات التي يتم تحويلها لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من الخدمة التي يتم تقديمها.
- الوقاية من الإعاقة والكشف والتدخل المبكر: يتم تنظيم أنشطة الوقاية بالتعاون مع شبكات وبرامج الرعاية الصحية الأولية بهدف اكتشاف حالات الإعاقة وإتخاذ الإجراءات المناسبة للتدخل على المستويات المختلفة في الوقت المناسب.
- العمل المجتمعي: يعمل البرنامج المجتمعي على تسهيل عملي تشكيل مجموعات منظمة من قبل ذوي الإعاقة وأهاليهم ومتطوعين في إطار المجتمعات المحلية بهدف التعامل مع قضايا الإعاقة ودعمها.
- الدمج المدرسي: يعتبر الدمج المدرسي أحد المؤشرات الرئيسية على التغيير الحاصل في النظرة المجتمعية تجاه الإعاقة، حيث قام البرنامج بالتعاون مع أخصائيين تربية

اجتماعية وتربية خاصة يوضح دليل لإنخراط الطفل المعاق في المنهاج المدرسي في المدارس وهذا يعد من الإنجازات المهمة في تاريخ التأهيل المجتمعي.

- التدريب المهني والتشغيل: يعمل البرنامج على مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة في سن العمل على تطوير مهاراتهم العملية والمهنية. ويتم التنسيق في هذا المجال مع مؤسسات التدريب المهني وكذلك مع مؤسسات الانتاجية الخاصة.
- تسهيل عملية توفير الأجهزة والأدوات المساعدة وإجراء التعديلات البيئية اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- التدريب والتعليم المستمر للمجموعات المساندة من المجتمع المحلي وللعاملين في البرنامج لتطوير أدائهم. (نشرات الإغاثة الطبية، الهلال الأحمر الفلسطيني)

- **نظرة مستقبلية للبرنامج في الشمال:**

- التوسع في مناطق جديدة سكانية كبيرة.
- أن تتبنى المجالس والمؤسسات المجتمعية قضية الإعاقة من خلال الشراكة مع البرنامج وأخذ جزء من مسؤوليتها تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة.
- الوصول إلى المناطق المعزولة والمهمشة (قرى الجدار، والأغوار).
- دعم منظمات الأشخاص المعاقين وتشجعيهم على الضغط والمناصرة من أجل تطبيق قانون حقوق الأشخاص المعاقين.
- تعزيز ثقافة الديمقراطية وحقوق الإنسان.
- تلبية احتياجات المعاقين وأسرهم في مجال الدعم النفسي والإجتماعي(الإغاثة الطبية وجمعية أصدقاء المريض بدعم من ديلكونيا/ناد).

29.2 الدراسات السابقة

فيما يأتي تعرض الباحثة لأهم الدراسات العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الدراسة

1.29.2. الدراسات العربية

دراسة أعدتها مجموعة نوردك الاستشارية بعنوان: تقييم برامج التأهيل في الأراضي الفلسطينية المحتلة والأردن ولبنان، 2009، هدفت هذه الدراسة إلى توثيق الانجازات الملموسة والدروس

المستفادة من العمل السابق لدياكونيا/ ناد في قطاع التأهيل، والنظر في الاستدامة المالية والتنظيمية لبرنامج التأهيل المجتمعي واقتراح خطوات لتعزيزها، والنظر إلى برنامج التأهيل كطرف فاعل في المجتمع المدني في قطاع التأهيل في فلسطين وتحديد مجالات التعاون المهمة بالنسبة لدياكونيا/ ناد في الفترة البرامجية القادمة، وتقييم برنامج التأهيل من ناحية وثاقة صلته باستراتيجيات التعاون التنموي الخاصة لدياكونيا/ ناد والوكالات (سيدا) السويدية و(نوردا) النرويجية، تقديم توصيات يمكن ان تضع الأساس لاتخاذ قرارات بشأن اتجاهات برنامج التأهيل المستقبلية. هذا بالنسبة للضفة وقطاع غزة.

أما بالنسبة للإقليم فكانت أهداف التقييم، تندرج تحت تقييم استراتيجيات التعاون التنموي الراهنة مع الأنروا والمخيمات الفلسطينية في الأردن والتوصية بأفكار للتقدم إلى الأمام بشكل فعال وتقييم استراتيجيات التعاون التنموي الراهنة في لبنان والتوصية في السبل التي تساعد على تقويتها.

حيث تمثلت منهجية الدراسة بالمنهج الكيفي فكانت أدوات الدراسة الرئيسية لجمع البيانات:

- مقابلات معمقة مع الأطراف الرئيسية ذات الشأن مثل مديرة البرنامج في دياكونيا/ ناد.
- ومناقشات في مجموعة بؤرية وورشة عمل مع اللجان الإقليمية من جنين ونابلس وجنوب الضفة الغربية ووسط الضفة الغربية وقطاع غزة باستخدام تمرين تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات (SWOT).
- استشارات مع عدد من صناع السياسات في وزارة التربية والتعليم العالي ووزارة الحكم المحلي والأنروا ومجالس محلية في الضفة الغربية.

بالإجمال تمت مقابلة 123 شخصاً. وتم تسجيل الملاحظات من كل المقابلات والمناقشات في المجموعة البؤرية وتناولها داخل الفريق حتى يحصل جميع أفراد الفريق على صورة كاملة للنتائج التي تم الحصول عليها من المناطق الجغرافية المختلفة.

وتم عرض النتائج الأولية على طاقم برنامج التأهيل لنقاشها والتحقق منها، كما تم تقديم إيجاز عن النتائج عبر الهاتف ولمدة ساعة من الزمن لمدير دياكونيا الإقليمي في القدس ومسئول الشرق الأوسط في مقر دياكونيا الرئيسي في السويد، وأجريت متابعات عبر الهاتف والبريد الإلكتروني مع مدراء كل من دياكونيا / ناد. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- تطوير مؤسسات التحويل على المستوى الوطني، ودعم المناصرة من خلال منظمات الأشخاص المعاقين وتطوير السياسات بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم وبناء القدرات

والبحث والتوثيق، إلى جانب مكون إقليمي لدعم برامج التأهيل المجتمعي الفلسطينية في لبنان والأردن.

- يتبين من البرنامج أن أداة برنامج التأهيل في ديلكونيا / ناد تتمتع بقدرة مثيرة للانطباع على التكيف ودمج التغيرات والمؤشرات الجديدة لقاس التقدم في جودة التأهيل المجتمعي.
- يتبع البرنامج منهجاً ميدانياً منخفض الكلفة وله تأثير موثق على حياة الأشخاص ذوي الإعاقات.
- أظهرت النتائج أن اهتمام ديلكونيا /ناد كان منصباً على تزويد الاتحاد العام بالمهارات الفنية والإدارية والمالية بدلاً من مهارات استقطاب الأعضاء والتعبئة المجتمعية والمناصرة المنهجية وتطوير السياسات بناءاً على هذا الإدراك قام برنامج التأهيل مؤخراً مع جامعة محلية للعمل مع فروع الإتحاد العام على تحسين أدائهم لمهماتهم ومسؤولياتهم.
- أظهرت النتائج أن الدور الجماعي للجان الإقليمية بقي ضعيفاً وبدأ البرنامج لعام 2007 عملية مراجعة القيمة المضافة والدور الجماعي للجان الإقليمية والمؤسسات الشريكة فيها، حيث بدأ البرنامج بتطبيق نموذج تقييمي يتضمن معايير لمواصلة الدعم المالي لهذه اللجان.
- تبين من هذه الدراسة أن برنامج التأهيل قد أولى اهتمامه بالأساس للتحويلات على المستوى الوطني بقدر أكبر من اهتمامه بالخدمات على مستوى المنطقة أو المحافظة.
- لذا قرر البرنامج تغيير استراتيجيته وبدأ بدعم إقامة مركزين على المستوى المتوسط الذي يؤدي دوراً مهماً في العمل كحلقة وصل بين التأهيل المجتمعي ومراكز التحويل على المستوى الوطني، وتيسير وصول الأشخاص المعاقين إلى الخدمات بالنظر إلى القيود التي تفرضها اسرائيل على الحركة والتنقل على الأعوام التسعة الاخيرة.
- بدأ برنامج التأهيل المجتمعي وشركائه مؤخراً بتبني نهجاً لا مركزياً في إدارة الأنشطة التأهيلية في شراكة مع أطر المجتمع المحلي وخاصة هيئات الحكم المحلي وركز عليها في عام 2008 على (25) موقعاً وهذه العملية تقتصر فقط على الضفة الغربية دون أن يتم حتى الآن تبني نهج بديل يتناسب مع الظرف الخاص السائد في غزة.
- دعم برنامج التأهيل مشاريع بناء القدرات التي نفذت لدعم المكونات الرئيسية ومشاريع خلال الفترة 2006- 2009.
- بالنسبة لبرنامج التأهيل المجتمعي في المخيمين الفلسطينيين في الأردن مازال بحاجة إلى بناء الكفاءات والقدرات في مجال التأهيل المجتمعي في مخيمي جرش والبقعة.
- إن الطاقم العامل في مخيمي جرش والبقعة في الأردن لازال بحاجة إلى تطوير في مهارات الطاقم في العمل التأهيلي.

- الاستجابة لأوضاع الطوارئ وذلك أثبت في غزة ولبنان قدرتهما على تقديم العون الإنساني والمساعدة النفسية والاجتماعية في أوضاع الأزمات لتلبية احتياجات المعاقين.

دراسة إبراهيم (2009) بعنوان" واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأُسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية. هدفت هذه الدراسة إلى تعرف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد المعاقين وأُسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن. وذلك من خلال وجهات نظر الأفراد المعاقين في مراكز التأهيل المجتمعي والأفراد المنتفعين منها، حيث تكونت العينة من الأفراد العاملين (أخصائيين ومتطوعين) جميعهم البالغ عددهم (154) فرداً من الافراد المنتفعين (الأفراد ذوي الإعاقة وأُسرهم) من الخدمات حيث طور الباحث استبانة تم التأكد من ثباتها باستخدام إعادة الاختبار (Test-Re-Test) وحساب معامل كرونباخ ألفا (a-Chronbach) وقد تكونت الاستبانة من (150) فقرة موزعة على ستة محاور. تم جمع البيانات، وجرى تحليلها باستخدام التحليل الإحصائي (SPSS)، تحليل التباين الاحادي (One-way-ANOVO) وتم إجراء (LCD) لأجل معرفة المقارنات البعدية لتأثير المتغير بين المتغيرات، وقد أظهرت نتائج الدراسة فعالية خدمات التأهيل المجتمعي بحسب رأي الأشخاص العاملين في محاور جودة تقديم الخدمات، امتلاك المعرفة الفنية ومدى استخدام وسائل التواصل الاجتماعي المتبعة كما وأظهرت الدراسة ضعف خدمات التأهيل المجتمعي في استخدام التكنولوجيا، كما أظهرت الدراسة اختلاف في كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة ووفرة الجاهزية المحلية وعليه أوصى الباحث بإجراء المزيد من الدراسات حول مستوى فاعلية الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي في الأردن، مع ضرورة السعي لدعم هذه المراكز مادياً ومعنوياً.

دراسة معدة من قبل برنامج التأهيلي المبني على المجتمع المحلي جنيف بالتعاون مع المؤسسة السويدية للإعاقة الفردية (2009) ، بعنوان: تقييم احتياجات المعاقين عقلياً وعائلاتهم.
هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمعاقين عقلياً وعائلاتهم، والتعرف على وجهات نظر المعاقين عقلياً ورؤياهم حول المشاكل الأساسية التي يواجهونها في إدارة حياتهم اليومية وكيفية تلقي الخدمات والدعم الذي يحتاجونه والكشف عن مدى التطرق للمشاكل التي تؤرقهم، حيث كانت العينة هي مجموعة (234) عائلة في (45) موقع من مواقع عمل برنامج التأهيل، حيث تم تحديد المعاقين عقلياً، وتم عقد لقاءات مع عاملي البرنامج لتحديد أهم الأسئلة التي سيتم طرحها في التقييم استناداً على مشاهدات فريق البرنامج حيث تم تدريب موظفين من طاقم البرنامج على تعبئتها، إذ وصلت نسبة العائلات المشاركة في هذا التقييم إلى (99%) ثم

جمع البيانات وإدخالها إلى الحاسوب باستخدام التحليل الاحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) حيث توصلت الدراسة إلى أن نسبة البطالة في عائلات المعاقين عقلياً مرتفعة وصلت إلى (24%) من الآباء عاطلين عن العمل و (27%) يعملون بشكل متقطع مما يزيد من ارتفاع نسبة الفقر لدى هذه العائلات وباعتبارها مهمشة بينما هي في أمس الحاجة إلى مساعدة وتأهيل أفرادها المعاقين عقلياً. كما وتوصلت الدراسة إلى (69%) من المعاقين أُميين بشكل كامل كما أوصت الدراسة بدمج صغيري السن من المعاقين عقلياً في المدارس إذ أن (18%) فقط ينتظمون في مدرسة ما.
كما أن زواج الأقارب (42%) من الحالات لديها فرد من المعاقين عقلياً، وتوصلت الدراسة إلى ضرورة إنشاء منظمات ذاتية تدعمهم وتوفر لهم الخدمات بتشجيع قيام جماعات ضاغطة مما يتيح لهم إمكانية التواصل وتشجيعهم في المطالبة بحقوقهم والعمل على إمكانية الحصول على الخدمات الاساسية كما من الضروري أخذ قضية الفقر والعوز المادي التي تعاني منها أُسر المعاقين عقلياً، في هذا السياق يمكن توسيع نطاق أنشطة برنامج التأهيل التي تعمل على توفير الدعم والخدمات لهذه الفئة المستهدفة.

دراسة نيلسون وقطينة (2005) عنوان: تقييم برنامج التأهيل المجتمعي في فلسطين من منظور الأشخاص المعاقين أنفسهم. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى مساهمة برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في تحسين نوعية حياة الأشخاص المعاقين في فلسطين، واقتراح السبل التي من شأنها أن تمكن البرنامج من تلبية احتياجات الأشخاص المعاقين بمزيد من الكفاءة.
حيث قام الباحثان بإجراء الدراسة في محافظة جنين في الشمال ومحافظة الخليل في جنوب الضفة الغربية إضافة إلى غزة حيث تكون مجتمع الدراسة من (650) شخصاً ثم اختيرت عينة عشوائية طبقية بلغ حجمها (130) شخص موزعين على المناطق التي يعمل بها البرنامج، واعتمدت المشاهدة والمقابلة وحلقات النقاش كأدوات لجميع البيانات، وتم تحليل الإجابات وتصنيفها وفقاً لثمانية مجالات لنوعية الحياة (حسب تعريف IASSID). كما تم تحليل النتائج حسب الجنس والعمر ونوع الإعاقة وجرى بحث في التباينات المختلفة بين مختلف المناطق ومختلف المؤسسات المنفذة للبرنامج وقد خلصت الدراسة إلى أن البرنامج قد أحدث أثراً إيجابياً متميزاً في الجانب النفسي والوجداني للمعاق. حيث أثر البرنامج على السلامة البدنية للمعاقين. وخاصة في غزة ووسط الضفة الغربية. وضمنت تأثير البرنامج في مجال قدرة المعاقين على تقرير أمورهم بأنفسهم وقدرتهم على التأثير، والرفاه المادي والاقتصادي. كذلك تبين أن هناك تفاوتاً ملموساً في الأثر الذي تركه البرنامج على بعض المجالات بحسب نوع الإعاقة، والجنس والمنطقة، والمؤسسة المنفذة للبرنامج.

دراسة أبو الحلاوة (2004) ،بعنوان: فاعلية التأهيل المبني على المجتمع في خفض الضغوط النفسية لدى أُسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في خفض الضغوط النفسية لدى أُسر الاطفال ذوي الإعاقة العقلية، تألف مجتمع الدراسة من أُسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المنتفعين من برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في الأردن وغير المنتفعين من تلك البرامج والمسجلين على قوائم الانتظار في المراكز التابعة لوكالة الغوث الدولية ووزارة التنمية الاجتماعية في الأردن.

بلغ حجم العينة (110) أُسرة منها (60) أُسرة منتفعة من برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، و(50) أُسرة غير منتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي (المسجلة على قائمة الانتظار).

استخدم الباحث الصورة العربية المختصرة من مقياس هولوريد (Hollroyed) للضغوط النفسية والذي تكون من (66) فقرة. ثم تطبيق المقياس على جميع أفراد الدراسة، في حين أن إجراء المقابلات الفردية اقتصر على الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي بهدف التعرف على الخدمات المقدمة لهم، وأساليب تعاملهم مع الضغوط النفسية، وأثر ذلك في التقليل من الضغوط النفسية.

تم استخدام الاختبار **(ت)** من أجل مقارنة متوسطات استجابات أسر الاطفال المعاقين عقلياً المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وأسر الأطفال المعاقين غير المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي المسجلة على القوائم الانتظار. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين مجموعة الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي ومجموعة الأسر غير المنتفعة من برامج التأهيل المجتمعي والمسجلة على قوائم الانتظار تعزى لمتغيرات الجنس، أوالعمر (1- أقل من 12 سنة) و(12-18سنة) أو مستوى دخل الأسرة الشهري، أو درجة الاعاقة العقلية المتوسطة والشديدة. في حين أظهرت النتائج فرقاً ذا دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أُسر الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة. كما أظهرت النتائج ان الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين عقلياً المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تتمثل في تدريب الطفل على مهارات مختلفة وزيارات ميدانية أسرية ومحاضرات توعية والمشاركة في نشاطات ترفيهية وتزويد الطفل بوسائل معينة وأشكال مختلفة من العلاج.

وقد أفادت النتائج أن (80%) من الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المجتمعي غالباً ما تستخدم أساليب مختلفة في التعامل مع الضغوط مثل أساليب تعديل السلوك أو طلب الاستشارة والإرشاد من المختصين.

وبذلك فإن النتائج أظهرت أن مستوى الضغوط النفسية لدى الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي لم يتغير بشكل دال بالرغم من المشاركة في برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، مقارنة مع الأسر غير المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي والمسجلة على قوائم الانتظار.

دراسة عز الدين (1999) ، بعنوان:تقييم فاعلية خدمات برامج التأهيل المجتمعي في الأردن.حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية خدمات برامج التأهيل المجتمعي وتقييمها. وتكونت عينة الدراسة من (88) شخصاً، وهم الإداريون والأخصائيون وعاملات التأهيل موزعين على (11) مركزاً للتأهيل وقد تم تطوير اداة الدراسة من قبل الباحث حيث تكونت من استبانة مكونة من جزأين، تعتمد على المقابلة في جمع المعلومات يغطي الجزء الاول منها طبيعة الخدمات المقدمة، وتعداد المستفيدين منها، ومقدمي الخدمات.
أما الجزء الثاني فتالف من (59) فقرة موزعة على خمسة مجالات لخدمات التأهيل المجتمعي وهي خدمات التدخل المبكر والوقاية، ولخدمات التأهيلية المساندة، وخدمات التربية الخاصة، وخدمات الدمج المدرسي وخدمات الدمج والمشاركة المجتمعية.
وتوصلت الدراسة إلى أن عدد قليل من مراكز التأهيل المجتمعي تقدم خدمات التأهيل المجتمعي جيداً إلا أن باقي المراكز تفتقر خدماتها على الفاعلية المطلوبة، والتي يفترض وجودها من خلال العناصر الأساسية للبرنامج، ومازالت هذه الخدمات لا تلبي احتياجات الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم بسبب عدم وجود تخطيط للخدمات على المستوى المحلي.
كما أنه أدى وجود مؤسسات غير حكومية داعمة للبرنامج إلى زيادة تطور الخدمات الفنية على نحو ملحوظ وإلى توافر مقومات أساسية قوية مثل الأخصائيين وعاملات التأهيل المدربات على نحو جيد.

2.29.2. الدراسات الأجنبية

دراسة أبو جابر(2010) ، بعنوان: تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي CBR (إدماج المعاقين في مراكز المجتمع المحلي في الأردن).هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مشروع التأهيل المجتمعي وتكامله في الأردن من وجهة نظر ومواقف العاملين في مراكز المجتمع المحلية، فضلاً عن الآراء والمواقف من وجهة نظر أسر المعاقين وأعضاء المجتمع المحلي، حيث تكون مجتمع الدراسة من الأشخاص المعاقين الذين في مراكز المجتمع المحلي وعددهم(53) الذين يتلقون الخدمة والعاملين في مراكز المجتمع المحلي وعددهم(30) وأفراد المجتمع المحلي.

حيث كانت أداة الدراسة عبارة عن استبانات، الاستبانة الأولى: وكانت تحتوي على معلومات الافراد المعاقين وتكونت من (21) وحدة ركزت على مواقف واتجاهات عائلات المعاقين نحو التأهيل المجتمعي ومواقف أسر المعاقين نحو جودة الخدمات المقدمة لأبنائهم المعاقين.

أما الاستبيان الثاني: فكان موجه للأفراد العاملين في البرنامج في مراكز المجتمع المحلي حيث احتوى الاستبيان على (12) وحدة تتمحور حول الرضا الوظيفي للعاملين ومواقف العاملين تجاه أسر المعاقين والرضا على نوعية الخدمات المقدمة.

أما الاستبيان الثالث: فكان موجه لأفراد المجتمع المحلي ويتألف من (16) وحدة لمعرفة مواقفهم اتجاه برنامج التأهيل المجتمعي.

حيث تم فحص الاستبيانات ومدى صدقها وحساب معامل الثبات للاستبيانات فوجدت على التوالي(0.90)،(0.88)،(0.72) للعائلات والعمال والمجتمع المحلي.

حيث تم جمع الاستبانات وتحليل البيانات وتحليلها باستخدام الحزم الإحصائية (SPSS). ومن النتائج التي توصلت لها هذه الدراسة:

- أن أسر المعاقين يتقبلون فكرة التأهيل المجتمعي وإدماج أبنائهم في المجتمع، ولا يتقبلون فكرة إرسال أبنائهم إلى مراكز المجتمع المحلي بسبب أنهم يخشون عدم توافر خدمات كافية لهم، عدم وجود تعاون بين أسر المعاقين والعاملين في مراكز المجتمع المحلي وذلك بسبب عدم الانفتاح الكافي لمشروع التأهيل المبني على المجتمع المحلي.
- أما بالنسبة للعاملين كانت النتائج عدم رضا العاملين في بعض المراكز في الأردن عن الرواتب والمكافآت والعلاوات، حيث أنها كانت متدنية ولا تتوافق مع الضغط الوظيفي الذي يقوم به العامل في هذه المراكز، وعدم رضى العاملين في بعض المراكز عن الخدمات التي يقدمونها عن للأفراد المعاقين بحسب نظرهم بأنها ليست كافية بالشكل المطلوب فبعض المراكز توفير وجبات غذائية للأفراد المعاقين والنشاطات الترفيهية. كما ان البرنامج يعاني من عدم كفاية الدعم المالي ونقص في وسائل النقل للمعاقين العاملين. وأن بعض المراكز لا تحتوي على فناء أو حديقة بحيث تلائم حاجات الأفراد المعاقين من نشاطات رياضية وترفيهية، بالإضافة إلى نقص عاملي التأهيل والتدريب، وبعض المراكز تفتقر إلى الخدمات الطبية.

وتوصلت الدراسة إلى التوصيات التالية:-

- إعداد كتيبات عن مشروع التأهيل المجتمعي لنشر الوعي بين أسر المعاقين وأفراد المجتمع المحلي ولمعرفة مدى اهمية وفوائد المشروع CBR
- ترتيب لقاءات ومحاضرات للعاملين في مراكز المجتمع المحلي وكذلك لأولياء أمور المعاقين من أجل تفعيل دورهما في تقديم الخدمات للأطفال المعاقين خارج المركز.

- اجراء دراسات لمتابعة المعاقين في مجتمعاتهم المحلية لمعرفة الصعوبات التي تواجههم في أماكنهم الجديدة.

دراسة ماريلا(2010) ، بعنوان: تقييم خدمات برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي (CBR) في كمبوديا تحت إشراف برنامج التنمية في كمبوديا (CDMD). كشفت هذه الدراسة للكشف عن مواطن القوة والضعف في البرنامج المجتمعي الكمبودي وتحديد استراتيجيات لتحسين: نظام تقديم الخدمات، وإدارة البرنامج، وقدرة البرنامج على التشبيك.
حيث كانت أداة الدراسة إجراء مقابلات مع الإداريين الماليين ومسئولي التأهيل في برنامج (CBR)، وأيضاً استخدمت أداة المراقبة المباشرة لأنشطة التأهيل المجتمعي من(CDMD) وهي منظمة غير حكومية تقوم بالإشراف على نشاطات التأهيل المجتمعي حيث كان مجمع الدراسة مكون من (148) من الإداريين الماليين والمسؤولين الحكوميين والعاملين.
حيث توصلت الدراسة إلى ان نظام تقديم الخدمات حيث كانت أن ليس كل العاملين ميدانيين، أن الأطفال المعاقين يحصلوا على نوعية خدمات مبكرة مثل الكشف المبكر عن الإعاقة دون سن الخامسة.
كما أن عاملي التأهيل يجدون صعوبة في التعرف على نوعية أسر المعاقين هذا بالإضافة للمواقف السلبية اتجاه أسر العاملين كما أن الاموال المخصصة لسد احتياجات الأفراد المعاقين غير كافية.
أما بالنسبة لإدارة البرنامج فكانت إيجابية ولكن الضعف يكمن في أن عدد عاملين التأهيل الميدانيين قليل لا يسد احتياجات الافراد المعاقين، وكما أنه يوجد محدودية في الاستدامة المالية للبرنامج.
أما بالنسبة للتشبيك أن المنظمة (CDMD) لها صلات طيبة مع لجنة المساعدة الإنمائية (CDPO) في تقديم المساعدة في إدماج المعاقين في المدارس والمؤسسات التعليمية الأخرى وإعادة التأهيل المهني والتشغيلي ولكن لايزال ضعيف بعض الشيء في المواقف الحكومية والتشريعات القانونية.
لذلك توصي الدراسة بزيادة وعي أسر المعاقين لحالة أبنائهم وذلك عن طريق نشر التوعية بين الأسر والمؤسسات الغير حكومية بالإضافة إلى التشديد على المواقف الحكومية والتشريعات القانونية في حقوق المعاقين، في حقهم في العيش الكريم، والرفع من الوضع الاقتصادي لأسر المعاقين وعدم تهميشهم، بالإضافة إلى ضرورة عقد الدورات التدريبية لعاملي التأهيل الميدانيين في كيفية التعامل مع الاطفال المعاقين وضرورة الكشف المبكر عن الإعاقة.

دراسة Metelda،Lathaand،Johnson،(2004)، بعنوان: تقييم احتياجات مكاملة لبرامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي إلى نشاطات الصحة. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى حاجة المنظمات التطوعية وغير الحكومية في تاميل(Tamil) إلى الدمج الفعال لبرنامج التأهيل المبني

على المجتمع المحلي في نشاطات التعزيز الصحي، إضافة إلى دمج التأهيل المجتمعي مع المنظمات التي ترعى ذوي الإعاقة، وقد اعتمدت الدراسة على كل من المقابلة والاستبانة والملاحظة في ميدان العمل كأدوات لجمع البيانات. وأظهرت الدراسة أن العاملين في المجال الصحي لديهم مفهوم ضعيف للاحتياجات التي تواجه ذوي الإعاقة، لكن الموظفين في موقع رؤساء ومن يمتلكون شهادات اكاديمية عليا كان لديهم تفهم أكثر لهذه الاحتياجات، كذلك تبين أن ما نسبة (80%) من المنظمات قد أبدت الرغبة في التعرف إلى آلية دمج برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في برامجها، وأبدى (74%) من الرؤساء الرغبة في التعرف على البرنامج، أما الغالبية العظمى من المشاركين فكانوا لا يفرقون بين العجز والخلل والإعاقة كمفاهيم وحالات. ؟أما من حيث نسبة الذين لديهم معرفة ووعي بالإعاقة، فلم تتجاوز (1%).

دراسة Sharma(2004) بعنوان، مناقشة بعض الطرائق والأساليب الناجحة في تقويم مادة التأهيل المجتمعي. ، وقد حلل في هذه الدراسة الأساليب النوعية المتعلقة بتقويم برامج التأهيل المجتمعي، وأظهر الباحث صعوبة في استخدام نموذج التقييم الكمي في تطبيق تقييم برنامج التأهيل المجتمعي مرجعاً سبب ذلك إلى عدم امتلاك الموظفين التدريب الكافي في التعامل مع هذا النموذج، إضافة إلى أن المنهج الكمي يحتاج إلى مستوى عامل من الاعتماد على تطوير التكنولوجيا خلال استخدام أدوات القياس وتحليل البيانات في استخدام الإحصاءات، في حين أن استخدام المنهج النوعي يعتمد في التقييم على المشاركة أو المشاركين قيد الدراسات ويظهر عدم استخدام التكنولوجيا في التحليل والإحصاء. إذ يقوم به محللون لذا تمثل هدف الدراسة في مناقشة الأساليب النوعية لتقييم برامج التأهيل المجتمعي في البلدان النامية وذكر الباحث تلك الأساليب النوعية لتقييم برامج التأهيل المجتمعي، كدراسات لحالة المجموعة المركزة، وتحليل المحتوى والمقابلات الرسمية وغير الرسمية. وقد أشارت النتائج إلى جدوى هذه الأساليب ودورها في كشف واقع التأهيل المجتمعي، من حيث تقييمها وعينتها وطرق جمع البيانات فيها وتحليلها وتفسيرها. ولم تدع الدراسة إلى إهمال الأساليب الكمية وإنما دعت إلى جعل هذه الأساليب تسير جنباً إلى جنب مع الأساليب النوعية.

دراسة ياسر (2004) ، بعنوان: التقييم الخارجي لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيم البقعة، عمان في الأردن.، هدفت هذه الدراسة للوصول إلى أكبر عدد من ذوي الإعاقة في حاجة إلى تأهيل وذلك تقييم لقدراتهم من خلال الخدمات المقدمة لهم، وتقييم للعاملين في مراكز التأهيل المجتمعي من (أخصائيين، وعاملين، ومدراء، ومتطوعين) من ناحية توافق مؤهلاتهم مع الوصف الوظيفي لعملهم داخل البرنامج وبرامج تدريباتهم إن وجدت، والرواتب والضمانات للعاملين حيث تم استخدام

المنهجين النوعي والكمي لجمع المعلومات اللازمة من دراسة تقييمات لتقارير سابقة ب(1999-2000) وتقارير سنوية لـ (2000-2004).

فكان مجتمع الدراسة مكون من المستفيدين وذوي الإعاقة وأسرهم والعاملين من (أخصائيين مدراء، عاملين، ومتطوعين).

فكانت عدد عينة المستفيدين وهي عينة عشوائية (222) مستفيد (ذوي الإعاقة) حيث كشفت الدراسة عن رضا ذوي الإعاقة وأسرهم عن الخدمات المقدمة ولكن بشكل متوسط، وذلك بسبب عدم وجود تنوع في الخامات وذلك بسبب عدم كفاءة الأخصائيين.

أما بالنسبة للعاملين في مراكز التأهيل المجتمعي حيث كانت العينة عددها (23) منهم (12) يحملون شهادات تخصص بالتأهيل مثل: علاج طبيعي، ووظيفي، نطق، وسمع وتأهيل تربوي و(7) من المتطوعين لديهم مستوى تعليم ثانوي، وأربعة فقط لديهم مستوى تعليم ابتدائي، وكشف الدراسة من تقييم العاملين (أخصائيين، ومدراء، وعاملين، ومتطوعين) عن عدم رضا العاملين بسبب تدني الرواتب التي يتلقونها وغياب البدلات والضمانات وأيضا سوء التنظيم في العمل في دوائر لجنة حقوق الطفل مما يؤدي إلى خفض الإنتاجية في العمل. وعدم تحديد للوصف الوظيفي للأخصائيين، ومن حيث كمشرف أو مدير أو مزود للخدمة وسوء في التخطيط للمشاريع والخدمات المستقبلية للتأهيل المجتمعي تضمن استمرارية البرنامج، وأيضا يفتقر البرنامج إلى آلية تدريب أسر ذوي الإعاقة على نهج يقوم على المشاركة بين أهالي ذوي الإعاقة وذوي الإعاقة أنفسهم في التأهيل، وأيضاً كشفت الدراسة إلى عدم وجود مجموعة من المؤشرات لتقييم نوعية الرعاية والعلاجات وآلية عمل الأخصائيين، والنقص في عددهم وعدد عاملي التأهيل والمتطوعين والحاجة إلى تدريب متطوعين وعاملي تأهيل أكثر وحصول البرنامج على أخصائيين ذا خبرة بمجال التأهيل للوصول إلى نوعية خدمات أعلى وبجودة عالية، للوصول إلى فعالية عالية في البرنامج.

دراسة (Wehman ،Barcus ،Willson ،2002) ، بعنوان: الاحتياجات التدريبية والدعم الفني لمقدمي خدمات التأهيل المجتمعي.، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الحاجات التدريبية والدعم الفني لمقدمي خدمات التأهيل المجتمعي في الولايات المتحدة الأمريكية.

حيث تمت هذه الدراسة على (46) ولاية، ومحافظة كمبوديا، تم تطوير استبانة من قبل فريق مختص مهني وتربوي وأعضاء من مقدمي خدمات التأهيل المجتمعي، وأعضاء من أُسر ذوي الإعاقة انفسهم إضافة إلى استشارة خبراء من الجامعات في تصميم أداة الدراسة المسحية، وذلك لتصميم الاداة ومحتواها وطريقة استخدامها لرصد الاحتياجات التدريبية لمقدمي خدمات التأهيل المجتمعي، وقد أُجريت الدراسة المسحية خلال (3 أشهر) لتحديد الاحتياجات التدريبية في موضوعات متخصصة والنمط التدريبي الأكثر رغبة فيه.

وتم تقسيم الدراسة المسحية إلى ثلاث مستويات تمثلت بنمط التدريب ومحتوى التدريب والتوزيع الجغرافي للمستجيبين على الاداة.
تكونت الاداة من خمسة أجزاء رئيسية، قبل الخدمة، في أثناء الخدمة، الاجتماعات الوطنية، المصادر الإعلامية، والمصادر المكتوبة، ثم توزيع الاداة على (975) مشاركاً بواسطة إرسالها بالبريد الإلكتروني،فكانت عينة المستجيبين من مقدمي خدمات التأهيل (مديري المراكز، الأخصائيين، المشرفين، العاملين) التي طبقت الاداة عليها،(277) شخصاً. أما نسبة الاستجابة كانت 30% من الأفرد و3/1 الاستجابات كانت من المناطق الريفية. وأظهرت النتائج تحديد احتياجات تدريبية عليا مثل ورشات العمل والتدريب المستمر، والإطلاع على مستجدات البحث المعني بإعادة التأهيل، واحتياجات تدريبية دنيا مثل استراتيجيات نحو المقدمين عملهم ولتسهيل استخدام التكنولوجيا.

دراسةAbu-Khader (2002)، بعنوان: تقييم خدمات التأهيل في شمال الضفة الغربية في فلسطين. .هدفت الدراسة إلى تقييم خدمات التأهيل في محافظات شمال الضفة الغربية (نابلس، سلفيت، طولكرم وقلقيلية، طوباس، وجنين) وشملت الدراسة (43) مؤسسة عاملة في مجال التأهيل في شمال الضفة الغربية، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت كل من المقابلة والإستبانة كأدوات لجمع البيانات حيث ضمت الاداة (13) مجالاً دارت حول أنواع وحجم خدمات التأهيل، والأمور المادية، والنظم الإدارية، ونظام التحويل والتنسيق والتعاون مابين المؤسسات والسياسات العامة ذات العلاقة بالتأهيل، بالإضافة إلى الأولويات في مجال التأهيل.
كما تطرقت الدراسة لأهم المشكلات التي تحد من تطور خدمات التأهيل، ومدى الحاجة لتطوير سياسات التأهيل، كذلك استكشاف السبل الضرورية لتحسين خدمات التأهيل.
أظهرت النتائج أن (86%) من خدمات التأهيل المقدمة كانت العلاج الطبيعي، كذلك تبين وجود ازدواجية في تقديم الخدمات بين المؤسسات. وكان هنالك مؤشرات عالية على ضرورة زيادة العمل في المؤسسات حيث بلغت النسبة (90.6) وأوضحت النتائج أن هناك ضعف في التخطيط، والتعامل الإداري السليم، والقوانين التي تحد بدورها من تطور خدمات التأهيل. أما التوصيات فأشارت إلى ضرورة وجود سياسات تأهيل شاملة على الصعيد الوطني، ودمج ذوي الإعاقة في المجتمع، وضرورة دراسة العوامل التي تؤثر على رسم السياسات في مجال التأهيل، وأهمية دعم الحكومة للمؤسسات العاملة في هذا المجال.

دراسة (2001) (Deepak،Sharm) بعنوان: تقييم فاعلية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في شمال وسط فيتنام ضمن معايير منظمة الصحة العالمية.

هدفت هذه الدراسة إلى التواصل إلى ما حققه برنامج التأهيل المجتمعي في مجالات العمل التأهيلي المختلفة. حيث قام الباحثان بتطبيق مشروع تجريبي على خمس مقاطعات في شمال وسط فيتنام مدته ثلاث سنوات وأشتمل مجتمع الدراسة وعينته على سكان القرى والمقاطعات والسكان المحليين من أعضاء المجلس الوطني لتأهيل المجتمع المحلي. حيث كانت أداة الدراسة إجراء المقابلات بطريقة عشوائية مع اثنين من أعضاء اللجان المحلية لمراكز التأهيل المجتمعي في كل مقاطعة ومع العاملين جميعهم في مراكز البلديات، ومع ثلاثة مشرفين في مراكز القرى.

بالإضافة إلى استخدام أداة الاستبانة على(23) فرداً من المعاقين في كل مقاطعة، أظهرت هذه الدراسة جوانب القوة خلال جمع البيانات، تمثلت في إنتاج الوسائل التأهيلية المساعدة، وتفعيل نظام التحويل خارج المؤسسة للمعاقين، إضافة للعمل على تدريب مشرفين وأعضاء التدريب المجتمعي لرفع كفاءتهم المهنية وجعلهم أعضاء مدربين في مراكز التأهيل المجتمعي.

كما أظهرت الدراسة جوانب ضعف البرنامج في أثناء جمع البيانات التي تتمثل في عدم كفاية الدخل لأسر المعاقين، وعدم وجود دعم فني كاف للأسر بسبب ضغط العمل على عاملي التأهيل. وعدم انتظام اجتماعات اللجنة التوجيهية والعمل على التخطيط المركزي أحياناً، وعدم تأمين فرص الدعم الفني والإداري مادياً، وتفعيل دور مشاركات مؤسسات المجتمع المحلي في البرنامج التأهيلي، والسعي وراء تدريب عاملي التأهيل المجتمعي على الجانب الصحي، والعمل على رفع المكافآت والحوافز المادية والمعنوية لعمال التأهيل المجتمعي.

3.29.2. دراسة نقدية للدراسات السابقة

من خلال ما تقدم عرضه للدراسات السابقة نلاحظ أن هناك دراسات ركزت في مضمونها على فاعلية خدمات التأهيل المجتمعي وتقييمها، كدراسة عز الدين (1999)، ودراسة أبو حلاوة حيث هدفت كلتا الدراستين إلى التعرف على فاعلية خدمات برنامج التأهيل المجتمعي، حيث أن الدراستين حددتا مجتمع الدراسة، وعينة الدراسة والأدوات المستخدمة، وعدد المجالات التي تم تناولها في الدراستين، وكما نجد بعض الدراسات تناولت واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد المعاقين وأسرهم من وجهة نظر ومواقف العاملين في مراكز المجتمع المحلية، كدراسة أبو جابر (2010)، ودراسة إبراهيم (2009)، حيث هدفت كلتا الدراستين إلى التعرف على واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد المعاقين وأسرهم من وجهة نظر العاملين في برنامج التأهيل المجتمعي.

وبعض الدراسات ركزت على الأثر الذي أحدثه برنامج التأهيل المجتمعي على المعاقين وأسرهم، وعلى المجتمع المحلي. كدراسة نيلسون وقطينة (2005)، ودراسة معدة من قبل المؤسسة السويدية

للإغاثة الفردية (2009)، ودراسة Johnson, Lathaand, Metilda (2004)، واتجه البعض الآخر من الدراسات إلى التعرف على كفاية البرنامج سواء من أجهزة مساعدة للمعاقين، أو دورات تدريبية للعاملين مما تزيد من كفاءة العاملين في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وعن مدى رضا العاملين عن الرواتب والعلاوات والمكافئات المادية والعبء الوظيفي كدراسة Sharma, Deeoak (2001)، ودراسةWehman, Barcus, Wilson (2002)، ودراسة ياسر (2004)، ودراسة أيضاً أبو جابر (2010).

بينما ركزت بعض الدراسات على مدى ملائمة أنشطة وخدمات برنامج التأهيل كدراسة إبراهيم (2009)، والبعض الأخر من الدراسات تحدث عن قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة كدراسة ماريلا (2010)، ودراسة أبو جابر (2010)، ودراسة Sharma, Deepak (2001).

ومن جميع ما تقدم عرضه من دراسات سابقة عربية وأجنبية ومراجعتها والإطلاع على أهدافها وطرق إجرائها والنتائج التي خرجت بها، إضافة إلى مجموعة التوصيات التي قدمتها كل دراسة.

خلصت الباحثة إلى أن هناك قلة أو نقص في الدراسات التي تهدف إلى تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين التي تحدد الصعوبات التي تواجه العاملين في برنامج التأهيل المبني عل المجتمع المحلي وهذا ما قد يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة وذلك من خلال تحديد المنهجية والأدوات التي سوف تستخدم لإجراء هذه الدراسة، وما سوف يخرج عن هذه الدراسة من نتائج تساعد في تطوير برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي بكافة جوانبه المختلفة.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

1.3 مقدمة

يتناول هذا الفصل، عرضا للمنهج الذي اتبع في هذه الدراسة وإجراءاتها ووصفا لمجتمع، وعينة الدراسة، وكذلك وصف خطوات إعداد أداة الدراسة، وتقنينها إضافة إلى توضيح طريقة جمع البيانات ووصف متغيرات الدراسة، وأخيرا تحديد المعالجة الإحصائية التي تم استخدامها للوصول إلى النتائج.

2.3 منهج الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على المنهجين الكمي ، لملائمة هذا المنهج لإغراض هذه الدراسة، خاصـة وأن المنهج الكمي يهدف إلى عرض صورة دقيقة ومتكاملة عن الظاهرة كما هي في الواقع، ومن ثـم تحليلها ومحاولة تفسيرها وربطها بالظواهر الأخرى.

3.3 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في محافظات الشمال والتابع للإغاثة الطبية الفلسطينية وجمعية أصدقاء المريض في جنـين، وجمعيـة الهلال الأحمر الفلسطيني والإغاثة الطبية في نابلس.

ففي منطقة جنين وجميع قراها وطوباس بلغ عدد العاملين (24) شامل عاملات تاهيـل ومنسـقيين ميدانيين، مشرفين محليين والتشبيك والمناصرة (27) في منطقة نابلس، طولكرم، قلقيلية وسـلفيت، من عاملات تاهيل ومنسقين ميدانيين ومشرفين محليين ومدير مالي ومدير إقليمي.

4.3 عينة الدراسة

من اجل تحقيق هدف الدراسة، فقد قامت الباحثة باختبار عينة مسحية شاملة شملت جميع العـاملين من (اخصائين، ومدراء وماليين، ومشرفين محليـين، ومنسـقين ميـدانيين ومسـئولي التشـبيك والمناصرة) وعددها (51) عامل في برنامج التأهيل المبني على المجتمـع المحلـي العامـل فـي محافظات شمال الضفة الغربية، وتم توزيع الاستبيانات عليهم جميعاً. بلغ عدد الاستبيانات التي تـم توزيعها (47)، وذلك كان بسبب سفر بعض العاملين لغرض الاجتماعات في الخارج. والجـداول التالية تبين توزيع عينة الدراسة من العاملين في برنامج التأهيل المبنـي علـى المجتمـع المحلـي للمستهدفين حسب المتغيرات الديمغرافية للدراسة (كالجنس، سنوات الخبرة، العمر، الحالة الزوجية، المسمى الوظيفي، الدخل الشهري، المؤهل العلمي) والجداول التالية تبين خصائص عينة الدراسة.

جدول 1.3: توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	4	%6
أنثى	43	%94

يبين الجدول أعلاه توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب الجنس، ويلاحظ أن معظم العاملين في البرنامج هم إناث عددهم 43 وعدد الذكور 4.

جدول 2.3: توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	24	%51
من 5 إلى 10 سنوات	8	%17
من 11 إلى 15 سنة	7	%15
أكثر من 15 سنة	8	%17

يبين الجدول أعلاه توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب سنوات الخبرة، ويلاحظ أن حوالي 51% أي حوالي نصف عدد العاملين هم ذو خبرة أقل من 5 سنوات، وبقية العاملين في البرنامج بأعداد تقريبا متساوية من فئات الخبرة الأخرى وتشكل كل فئة حوالي سدس عدد العاملين.

جدول 3.3: توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	16	%34
من 30 إلى 40 سنة	23	%49
من 41 إلى 50 سنة	5	%11
أكثر من 50 سنة	3	%6

يبين الجدول أعلاه توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب العمر، ويلاحظ أن حوالي 49% أي حوالي نصف عدد العاملين هم من الفئة العمرية من 30 إلى 40 سنة، ويليها الفئة العمرية أقل من 30 سنة بنسبة 345 وتشكل حوالي ثلث عدد العاملين في البرنامج، والفئات الأخرى بنسب قليلة حيث تشكل الفئة من 41 إلى 50 سنة نسبة 11%، والفئة أكثر من 50 سنة نسبة 6%.

جدول 4.3: توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب الحالة الزواجية.

الحالة الزوجية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	20	%43
متزوج	23	%49
مطلق	1	%2
أرمل	3	%6

يبين الجدول أعلاه توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب الحالة الزواجية، ويلاحظ أن حوالي 49% أي نصف عدد العاملين هم متزوجون، وأن الحالة الزواجية أعزب تشكل نسبة حوالي 43% من العاملين في البرنامج، وأما بقية الحالات الزواجية مطلق أو أرمل نسب ضئيلة جدا، حيث تشكل الحالة الزواجية مطلق نسبة حوالي 2%، والحالة الزواجية أرمل نسبة حوالي 6%.

جدول 5.3: توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب المسمى الوظيفي.

المسمى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية
عامل إعادة تأهيل	35	74%
وظيفة إدارية	1	2%
متخصص علاج طبيعي	1	2%
منسق إعلامي	1	2%
مشرف ميداني	3	6%
سكرتارية	1	2%
منسق ميداني	4	9%
متخصص علاج وظيفي	1	2%

يبين الجدول أعلاه توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب المسمى الوظيفي، ويلاحظ أن نسبة عالية من العاملين في البرنامج هم من فئة عامل إعادة تأهيل بنسبة 74% وعددهم 35 ويشكلون حوالي ثلاثة أرباع العاملين في البرنامج، ويليها فئة منسق ميداني بنسبة 9% وعددهم 4، ومن ثم مشرف ميداني بنسبة 6% وعددهم 3، واما بقية الفئات فمن كل فئة عامل واحد وتشكل كل فئة نسبة 2%.

جدول 6.3: توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب الدخل الشهري.

الدخل الشهري	التكرار	النسبة المئوية
1000 فأقل	15	%32
1500-1001	20	%44
2500-1501	11	%23
2500 فأكثر	1	%2

يبين الجدول أعلاه توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب الدخل الشهري، ويلاحظ أنه يمكن ترتيب فئات الدخل الشهر حسب نسبها حيث أعلى نسبة لفئة الدخل الشهري من 1001 إلى 1500 بنسبة حوالي 44%، ويليها فئة الدخل الشهري 1000 فأقل بسبة حوالي 32%، وفئة الدخل الشهري من 1501 إلى 2500 بنسبة حوالي 23%، وفئة الدخل الشهري 2500 فأكثر بنسبة ضئيلة جدا حوالي 2% وهي تعود لشخص واحد.

جدول 7.3: توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب المؤهل العلمي.

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
الثانوية أو أقل	5	%11
دبلوم	11	%23
بكالوريوس	27	%57
ماجستير فأعلى	4	%9

يبين الجدول أعلاه توزيع العاملين في برنامج إعادة التأهيل المستهدفين في الدراسة حسب المؤهل العلمي، ويلاحظ أنه يمكن ترتيب فئات المؤهل العلمي حسب نسبها يحيث أعلى نسبة مؤهل علمي بكالوريوس بنسبة حوالي 57% أي أكثر من نصف العاملين، ويليها فئة دبلوم بنسبة حوالي 23% أي حوالي ربع العاملين، وبقية الفئات تتراوح حول 10% حيث فئة الثانوية العامة فأقل بنسبة حوالي 11%، وفئة ماجستير فأعلى بنسبة حوالي 9%.

5.3 أداة الدراسة

يتناول هذا الجزء من الدراسة إعداد أداة الدراسة إضافة إلى فحص صدقها وثباتها:

1.5.3. إعداد الأداة:

تم إعداد لهذه الدراسة اداة الاستبانه تدور حول مجالات تقيـيم برنـامج التأهيـل المبنـي علـى المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيـه، حيـث مـرت عمليـة تطـوير الاسـتبانة بعـدة مراحل حتى وصلت إلى شكلها النهائي، وذلك وفق الخطوات التالية:

- الرجوع إلى الأدبيات السابقة المتعلقة بموضـوع الدراسـة، والاطـلاع علـى مـا كتـب عن برامج التأهيل المجتمعيـة ومـدى أهميتهـا فـي خدمـة المعـاقين فـي مجتمعـاتهم المحلية و الدور الذي يلعبه طـاقم العـاملين فـي البـرامج المجتمعيـة، بالإضـافة إلـى الاطلاع على عدد من الأدوات السابقة، والتـي اسـتخدمت للكشـف عـن مـدى أهميـة العاملين في القيام بالعملية التاهيلية للمعاق والمجتمع المحلي.
- إجراء دراسة استطلاعية شملت (20) عامل، مـن الـذين يعملـون فـي شـمال الضـفة الغربية، من مدن وقرى في شمال الضفة الغربيـة، حيـث وجهـه لهـم سـؤال مكتـوب يطلب منهم ذكر تقييم برنامج التأهيل المبني علـى المجتمـع المحلـي CBR مـن وجهـة نظرهم، وبعد جمع الإجابات تم تثبيـت مجـالات تقيـيم برنـامج التأهيـل المبنـي علـى المجتمع المحلي التي اتفق عليها وبلغت وبلغت (5) مجالات
- من خلال الخطوات السابقة إضافة إلى خبرة الباحثة الشخصية، تـم بنـاء اسـتبانه أوليـة اشتملت على: (5) مجالات وزعت علـى (49) فقـرة علـى نفـس المجـالات، معتمـدة على مقياس ليكرت الخماسي.

2.5.3. صدق الأداة (الاستبيان)

ولتحقيق ذلك قامت الباحثة بعرض أداة الدراسة بصورتها الأوليـة علـى لجنـة محكمـين مـن الأساتذة المختصين، ومن لهم خبرة طويلة في مجال التأهيـل. (انظـر ملحـق الاسـتبيان رقـم 1.3 وملحق رقم 2.3)، حيث طلب منهم إبـداء أرائهـم وإصـدار أحكـامهم علـى الأداة مـن

حيث مدى وضوح الصياغة اللغوية لها، ومدى وضوح المعنـى لهـذه الفقـرات، ووضـع أيـة ملاحظات يرتئونها مناسبة، وفي ضوء ملاحظاتهم تم ما يلي:

- إضافة بعض الفقرات التي اقترحها بعض المحكمين.
- تعديل بعض العبارات وإعادة صياغتها لتعطي المدلول المقصود منها.
- تحديد المجالات التي تنتمي إليها العبارات بدقة.
- بعد إضافة الفقرات التي اقترح إضـافتها المحكمـون، أصـبحت الأداة مكونـة مـن (53) فقرة موزعة على(5) مجالات.

3.5.3 ثبات الأداة

للتحقق من ثبات أداة الدراسة واستقرار النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام (أداة القياس) تم إجراء اختبار أولي للتأكد من عدم تعرض النتائج للتغير مع ظروف القياس، حيث تم حساب معامل كرونباخ_الفا (Cronbach -Alpha)_ باعتباره مؤشرا على التجانس الداخلي (Consistency) ذلك من خلال توزيع فقرات الأداة والبالغ عددها (53) فقرة على عينة ثبات قوامها (20) عامل من عينة الدراسة، وبعد تحليل بيانات الاختبار للأداة تشير النتائج في الجدول (8.3) أن الأداة تتمتع بمعاملات ثبات عالية جدا، إذ بلغ معامل الثبات للأداة الكلية (0.95)، وهي معاملات ثبات مناسبة لهدف إجراء الدراسة، وعليه وبعد استكمال إجراءات الصدق والثبات، خرجت الأداة في صورتها النهائية مؤلفة من (53) فقرة، أما المجالات التي تضمنتها الأداة فكانت كما يلي: (ملحق رقم 1)

جدول8.3: نتائج اختبار الثبات لكل مجال وعلى مجال الأداة الكلي.

الرقم	المجال	عدد الفقرات	معامل كرونباخ الفا
.1	كفاية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي.	13	0.73
.2	ملائمة أنشطة البرنامج المجتمعي بحاجات الأفراد ذوي الإعاقة داخل مجتمعاتهم المحلية	20	0.91
.3	فعالية البرنامج المجتمعي	7	0.84
.4	تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية	7	0.84
.5	قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة	6	0.72
.6	المجال الكلي		0.95

- القسم الأول: المتغيرات الديمغرافية لعينة الدراسة (7) فقرات.
- القسم الثاني: مجالات تقييم برنامج التأهيل المجتمعي (5) مجالات مكونة من (53) فقرة. وتكون من المجالات التالية:

- مجال كفاية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي: من فقرة (1- 13).
- مجال ملائمة أنشطة البرنامج المجتمعي بحاجات الأفراد ذوي الإعاقة داخل مجتمعاتهم المحلية
- من فقرة (14 – 33).
- مجال فعالية البرنامج المجتمعي: من فقرة (34 - 40).
- مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية: من فقرة (41 - 47).
- مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة: من فقرة (48-53).

هذا وقد تم اعتماد مقياس ليكرت الخماسي وفق ترتيب درجات القياس:

منخفضة جدا	منخفضة	متوسطة	كبيرة	كبيرة جدا
1	2	3	4	5

6.3 إجراءات الدراسة وجمع البيانات

تم اعتماد مصدرين أساسيين للحصول على البيانات ذات العلاقة بالدراسة الحالية هما:

- مصادر أولية: وتشمل الكتب، والمقالات، والأبحاث، والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة، وذلك لغرض جمع المادة العلمية الخاصة بالإطار النظري للدراسة ومن اجل توضيح المفاهيم الأساسية للموضوع، إضافة إلى بناء أداتين للدراسة وتجديد المنهجية المناسبة.
- مصادر ثانوية: تتمثل في جمع البيانات بواسطة أولا استبانه تم إعدادها واعتمادها وتوزيعها والتي من خلالها تم تحليل البيانات، واختبار الأسئلة والفرضيات، هذا بالإضافة إلى مجموعة بؤرية مركزة اعتمدت في النقاش على مجالات الاستبيان الخمس، ولكن بشكل موسع وحر في الإجابة دون الاعتماد على الخيارات كما في الاستبانة لتغطية الجانب الميداني للدراسة، والوصول إلى النتائج وتقديم المقترحات والتوصيات.

وبعد إعداد أدوات الدراسة في صورتهما النهائية، قامت الباحثة بتوجيه خطاب(ملحق رقم 2) إلى لمدير الإقليمي في برنامج التأهيل المجتمعي في منطقة شمال الضفة الغربية، حيث تضمن طلب المساعدة في توزيع الاستبيانات و القيام بعقد المجموعات البؤرية على عينة الدراسة من جميع العاملين في البرنامج المجتمعي في منطقة شمال الضفة الغربية، وقد قام المدير الإقليمي بالشرح على الكتاب مخاطبا العاملين بوجوب المساعدة، وقد تم تعميم الكتاب عليهم وتم إرسال الاستبيانات إليهم من قبل الباحثة، حيث تم استلامها على دفعتين وان ما تم استرجاعه من استبيانات عدده (47) من أصل (51) عدد العينة المسحية كامل وان عدم استرجاع الاستبيانات الأربع كان بسبب سفر بعض العاملين للخارج. علما بان عملية جمع البيانات قد تمت خلال الفترة الممتدة ما بين (15/ 9/ 2012 - 26/ 9/ 2012).أما بالنسبة للمجموعة البؤرية تم تعميم الخطاب نفسه (ملحق رقم 2) على العاملين من قبل المدير الإقليمي والالتزام بالمجموعة البؤرية لكل منطقة (جنين، نابلس) في شمال الضفة الغربية، حيث عقدت جلسة النقاش الأولى في منطقة جنين في (9/25/ 2012)، أما جلسة النقاش الثانية عقدت في منطقة نابلس في (9/30 /2012).

7.3 متغيرات الدراسة

تناولت هذه الدراسة المتغيرات التالية:

- المتغيرات المستقلة وهي متغيرات:
  - الجنس للعامل وفق مستويين هما: ذكر، أنثى.
  - سنوات الخبرة للعامل وفق مستويات هم: اقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، من 11 إلى 15 سنة، أكثر من 15 سنة.
  - العمر للعامل وفق أربع مستويات هما: اقل من 30سنة، من 31إلى 40، من41إلى50، أكثر من 50.
  - الحالة الزوجية للعامل وله أربع مستويات هم: أعزب، متزوج، مطلق، أرمل.
  - المسمى الوظيفي لا يوجد مستويات له، فقد وضع المسمى الوظيفي لكل عامل.
  - الدخل الشهري للعامل بالشيقل وفق مستويات وهم: 1000 فأقل، 1001 _ 1500، 1501 _ 2500، أكثر من 2500.

- المؤهل العلمي وفق أربع مستويات هم: ثانوية عامة فأقل، دبلوم، بكالوريوس، ماجستير فأعلى.

- المتغير التابع: تضم الدراسة متغيرا واحدا وهو تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في محافظات الشمال، والذي يضم خمسة مجالات فرعية مكونة من (53) فقرة.

8.3 المعالجة الإحصائية

بعد جمع الاستبيانات من عينة الدراسة تم تفريغ إجابات أفراد العينة وإدخالها إلى الحاسب الآلي، إذ تم معالجتها باستخدام برمجية أل (spss) وذلك بعد تحويل استجابات أفراد العينة على سلم ليكرت الخماسي إلى درجات خام، بعد ذلك تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، بهدف الإجابة عن أسئلة الدراسة، كما تم إجراء اختبار (ت) للعينات المستقلة، واختبار تحليل التباين الأحادي، واختبار اقل فرق دال إحصائيا (LSD) من اجل فحص فرضيات الدراسة، بعد الحصول على النتائج الإحصائية الكمية، تم مقارنتها مع نتائج المجموعات البؤرية الكيفية ومناقشتها.

الفصل الرابع

عرض وتحليل نتائج الدراسة الكمية

1.4 تمهيد

يتضمن هذا الفصل عرضا لنتائج هذه الدراسة، التي هدفت إلى تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في شمال الضفة الغربية، حسب استجابات العاملين في البرنامج، وسيتم عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة كالآتي:

2.4 النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة ومناقشتها

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (05. $\alpha \leq 0$) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تبعا للمتغيرات (الجنس، سنوات الخبرة، العمر، الحالة الزوجية، المسمى الوظيفي، الدخل الشهري، المؤهل العلمي)؟

- الجنس:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه، تعزى للمتغير المستقل الجنس. تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t) لمقارنة المتوسطات

الحسابية لفئات المتغير المستقل الجـنس(ذكـر، أنثـى) ، وكانـت نتـائج الاختبـار كمـا فـي الجدول (1.4) أدناه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) بـين متوسـطات درجـة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلـي مـن وجهـة نظـر العـاملين فيـة، تعـزى للمتغير المستقل الجنس.

جدول 1.4: توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الجنس	ذكر	4	4.2	0.3	1.89	0.07
	أنثى	43	3.8	0.4		

تفسيرالنتائج:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبـول الفرضـية الصـفرية وهـي أنـه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجـة المجـال الكلـي تقيـيم برنـامج التأهيـل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العـاملين فيـه تعـزى لمتغيـر الجـنس، وتعـزي الباحثة النتيجة إلى أن تقييم برنامج التأهيل المبني علـى المجتمـع المحلـي مـن وجهـة نظـر العاملين فيه تشمل جميع إجابات المبحوثين في البرنامج سواء ذكور أم إناث.

- سنوات الخبرة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصـائية عنـد مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) فـي درجـة تقيـيم برنامج التأهيل المبني على المجتمـع المحلـي مـن وجهـة نظـر العـاملين فيـه قـادر علـى استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

تـم اختبـار الفرضـية باسـتخدام اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنـة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل سـنوات الخبـرة (أقـل مـن 5 سـنوات، مـن 5 إلى 10 سنوات، من 11 إلى 15 سنة، أكثر مـن 15 سـنة) ، وكانـت نتـائج الاختبـار كمـا في الجدول (2.4) أدناه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصـائية عنـد مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) فـي درجـة تقيـيم برنامج التأهيل المبني على المجتمـع المحلـي مـن وجهـة نظـر العـاملين فيـه قـادر علـى استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

جدول 2.4: توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	24	3.7	0.4	1.71	0.18
	من 5 إلى 10 سنوات	8	3.9	0.5		
	من 11 إلى 15 سنة	7	3.8	0.5		
	أكثر من 15 سنة	8	4.0	0.4		

تفسير النتائج: قيمة دلالـة الاختبـار (P) أعلـى مـن 0.05 ويعنـي ذلـك قبـول الفرضـية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بـين متوسـطات درجـة المجـال الكلـي تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلـي مـن وجهـة نظـر العـاملين فيـه، تعـزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة. وتعـزي الباحثـة هـذه النتيجـة إلـى أن إجابـات المبحـوثين جميعا في البرنامج لدرجة تقيـيم برنـامج التأهيـل المبنـي علـى المجتمـع المحلـي متشـابهة وقريبة بغض النظر عن سنوات الخبرة للمبحوثين.

- العمر:

لا توجد فروق ذات دلالـة إحصـائية عنـد مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) فـي درجـة تقيـيم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلـي مـن وجهـة نظـر العـاملين فيـه وقـادر علـى استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل العمر.

تـم اختبـار الفرضـية باسـتخدام اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنـة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل العمـر (أقـل مـن 30 سـنة، مـن 30 إلـى 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول(3.4) أدناه:

لا توجد فروق ذات دلالـة إحصـائية عنـد مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) فـي درجـة تقيـيم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلـي مـن وجهـة نظـر العـاملين فيـه وقـادر علـى استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل العمر.

جدول3.4: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب بمتغير العمر

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
العمر	أقل من 30 سنة	16	3.7	0.4	0.68	0.51
	من 30 إلى 40 سنة	23	3.8	0.5		
	أكثر من 40 سنة	8	3.9	0.5		

تفسير النتائج:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة المجال الكلي تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه تعزى للمتغير المستقل العمر. وتعزى الباحثة هذه النتيجة إلى أن إجابات المبحوثين في درجة تقييم البرنامج وهم العاملين كافة لا تتأثر بالمتغير المستقل العمر.

- الحالة الزواجية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه وقادر على استيعاب الفروق في القـدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t)/ اختبار تحليل التباين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنـة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الحالة الزواجية (أعزب، متـزوج، مطلـق/أرمـل)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول(4.4) أدناه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه وقادر على استيعاب الفروق في القـدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

جدول4.4: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الزواجية

المتغير المستقل	فئات المتغير	عـدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الحالة الزواجية	أعزب	20	3.7	0.5	0.17	0.84
	متزوج	23	3.8	0.4		
	مطلق/أرمل	4	3.9	0.5		

تفسير النتائج:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنـه لا توجـد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة المجال الكلي تقييم برنامج التأهيل المبنـي علـى المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الحالة الزواجية لا تؤثر على درجة إجابة المبحوثين في تقييم برنـامج التاهيـل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين.

- المسمى الوظيفي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه وقادر على استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t)/ اختبار تحليل التباين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنـة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل المسمى الوظيفي (عاملة تأهيل /تخصصات علاجية، أخرى (إدارية / مشرفين ومنسقين /سكرتاريا)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه وقادر على استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

جدول5.4: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المسمى الوظيفي

المتغيـــر المستقل	فئات المتغير	عـــدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المســمى الوظيفي	عاملة تأهيـل /تخصصـات علاجية	36	3.8	0.4	-0.41	0.69
	أخرى (إداريـة / مشـرفين ومنسقين /سكرتاريا)	10	3.8	0.5		

تفسير النتائج:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة المجال الكلي تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.وتعزى الباحثة النتيجة إلى عدم تأثر إجابات المبحوثين في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه للمسمى الوظيفي.

- الدخل الشهري:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه وقادر على استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t)/ اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الدخل الشهري (1000 فأقل، من 1001 إلى 1500، أكثر من 1500) ، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول (6.4):

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه وقادر على استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري.

جدول 6.4: توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغير الدخل الشهري

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الدخل الشهري	1000فأقل	15	3.6	0.5	2.21	0.12
	من 1001 إلى 1500	20	3.8	0.4		
	أكثر من 1500	12	4.0	0.4		

تفسير النتائج:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة المجال الكلي تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري. وتعزى الباحثة النتيجة أن إجابات المبحوثين لم تتأثر بالمتغير المستقل الدخل الشهري.

- المؤهل العلمي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه وقادر على استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل المؤهل العلمي (الثانوية أو أقل، دبلوم، بكالوريوس، ماجستير فأعلى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه وقادر على استيعاب الفروق في القدرات بين أفراده، تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

جدول 7.4: توزيع أفرد عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المؤهل العلمي	الثانوية أو أقل	5	3.9	0.5	0.27	0.85
	دبلوم	11	3.8	0.5		
	بكالوريوس	27	3.7	0.4		
	ماجستير فأعلى	4	3.9	0.3		

تفسير النتائج:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة المجال الكلي تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي. وتعزى الباحثة النتيجة إلى أن جميع إجابات المبحوثين على المجال الكلي درجة تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين فيه لم تتأثر في المؤهل العلمي للمبحوثين لان الغالبية العظمى من المبحوثين (العاملين في البرنامج المجتمعي) يقومون بنفس المهام في توفير الخدمات والأنشطة التأهيلية المناسبة للأفراد المعاقين داخل مجتمعاتهم المحلية سواء من عاملات تأهيل أو منسقين ميدانيين أو مشرفين محليين أو حتى مدراء وأخصائيين علاج طبيعي، لذلك فان إجاباتهم على المجال الكلي لم تتأثر.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل تم استخدام الموارد المتاحة بطريقه علمية سليمة وإعداد كافي ومنظم للقوى البشرية العاملة في البرنامج بشكل منظم ومدرب؟

جدول8.4: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإجابات على فقرات مجال "كفاية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي "

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة المشكلة
.1	يمتلك البرنامج إدارة ذات خبرة في تسيير النشاطات التاهيلية	4.4	0.7	كبيرة جدا
.2	يمتلك البرنامج إدارة ذات معرفة واسعة في تسيير النشاطات التاهيلية.	4.4	0.7	كبيرة جداً
.3	توجد قوانين وأنظمة تيسر عملية التأهيل في البرنامج.	4.3	0.7	كبيرة جدا
.4	يتمتع البرنامج بوجود عاملي تأهيل وأخصائيين ذا مؤهل علمي مناسب.	4.2	0.7	كبيرة جداً
.5	يتمتع البرنامج بوجود عاملي تأهيل و أخصائيين ذا خبرة مناسبة وكافية.	4.0	0.8	كبيرة
.6	توكل المهام للعاملين حسب التخصص والخبرة	3.8	1.0	كبيرة
.7	يتم توفير وسائل النقل للعاملين أثناء تأدية العمل.	2.2	1.5	منخفضة جدا
.8	يعتمد برنامج التأهيل المجتمعي على سياسة تقليل الاعتماد على الأدوات المساعدة المكلفة واستبدالها بالتقنيات المحلية الغير مكلفة.	3.7	0.9	كبيرة
.9	الراتب الذي يتقاضاه العامل في برنامج التأهيل المجتمعي يتناسب مع المهام والواجبات التي يقوم بها	1.7	0.9	منخفضة جدا
.10	سياسة إدارة البرنامج غير مقيدة للحرية و تعطي للعامل فرصة للمشاركة في اتخاذ القرار.	3.7	0.8	كبيرة
.11	زيادة عبء العمل تؤدي إلى شعور العامل بعدم الانجاز المناسب في عمله.	3.2	1.0	متوسطة
.12	تقوم إدارة البرنامج بعقد دورات تدريبية كافية للعاملين.	4.2	0.7	كبيرة جداً
.13	يتلقى العاملين مكافئات وعلاوات بشكل عادل.	1.9	1.0	منخفضة جدا
	المجال الكلي	**3.5**	**0.4**	**متوسطة**

يوضح الجدول (8.4) أعلاه المتوسطات الحسابية لفقرات المجال "كفاية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي "الذي يتكون من (13) فقرة، حيث بلغت درجة كبيرة جدا الى كبيرة على الفقرات (12,10,8,6,5,4,3,2,1)، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين (4.4 _ 3.8)، في الوقت التي كانت فيه تلك المتوسطات منخفضة جدا على الفقرات (13,9,6).

حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين (1.7 _ 2.2)، كما بلغت متوسط الاستجابة على الدرجة الكلية للمجال (3.5)، وهذه النتائج تشير إلى أن برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في شمال الضفة الغربية تحت إشراف جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بالتنسيق مع الهلال الأحمر الفلسطيني في نابلس، وجمعية أصدقاء المريض في جنين).

يتمتع بإدارة ذات خبرة بمجال التأهيل بالإضافة إلى احتوائها على قوانين و أنظمة تمكن العاملين من معرفة المهام الوظيفية، وهذه النتيجة تتعارض مع دراسة إبراهيم (2009) ودراسة Abu_ Khader (2002) اللتين أوضحتا إلى وجود ضعف في التخطيط و التعامل الإداري السليم إلى جانب الاختلاف في الكفاءة القيادية المحلية والكوادر المتطوعة، كما أن الدراسة الحالية أيضا لا تتفق مع دراسة ياسر (2004) حيث بينت وجود سوء التنظيم في العمل لدى العاملين، ومن وجهة نظر الباحثة كونها عملت في مجال التأهيل المجتمعي تجد أن قوة برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في ادارتة السليمة وقدرتها على التخطيط ووضع الاستراتيجيات في سبيل تقديم أفضل الخدمات والأنشطة للأفراد المعاقين داخل مجتمعاتهم المحلية وبيئتهم الأسرية، وبما أنة برنامج يعتمد على المجتمع المحلي وبيئة المعاق الأسرية في التعامل معهم ومع أسرهم من المهم وجود التنظيم والتخطيط للعمل ليتم عن طريقهما وضع المهام الوظيفية الملقاة على عاتق العاملين في البرنامج لتقديم أفضل الخدمات التاهيلية.

أما بالنسبة للفقرات(13.9) فكانت المتوسطات الحسابية (1.9 – 1.7) منخفض جدا والتي تتحدث عن الدخل الشهري والعلاوات والمكافئات، وهذا يدل من إجابات المبحوثين عدم وجود رواتب عادلة، إضافة إلى عدم وجود العلاوات والمكافئات وهذه النتيجة تتفق مع دراسة أبو جابر (2010) ودراسة Sharma, Deepak (2001) ودراسة ياسر (2004) في عدم حصول العاملين على الحوافز المادية والعلاوات إضافة إلى رواتب تتفق مع العبء الوظيفي، من المهم جدا بحسب رأي الباحثة موضوع الرواتب فالرواتب المتزنة مع مهام العمل الوظيفي تعطي العامل الحافز لإعطاء أفضل ما يملك من طاقات في الأنشطة التأهيلية، وفي الواقع ومن خلال قيام الباحثة بالمجموعات البؤرية المركزة وجدت الباحثة أن إدارة البرنامج في مناطق الشمال لديها مشكلة في صرف

الرواتب لبعض العاملين، فرواتب بعض العاملين في منطقة جنين قسم من الإغاثة الطبية و القسم الأخر من جمعية أصدقاء المريض. ورواتب العاملين في منطقة نابلس قسم من الإغاثة الطبية، والقسم الأخر من الهلال الأحمر الفلسطيني لذلك نرى أن البرنامج يعتمد في صرف الرواتب للعاملين فيه على الشراكات والتنسيق مع الجمعيات المذكورة، وذلك أيضا لان البرنامج التأهيلي مدعوم من مؤسستين نرويجيتين، وهذا ما سيتم الشرح عنة في تحليل نتائج مجال قدرة البرنامج على الاستدامة والديمومة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: هل يرتبط ويلاءم البرنامج بحاجات المعوقين وأسرهم ومجتمعهم؟

جدول 9.4-أ: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإجابات على فقرات مجال "ملائمة أنشطة البرنامج المجتمعي بحاجات الأفراد ذوي الإعاقة داخل مجتمعاتهم المحلية"

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة المشكلة
.1	يهتم العاملين في البرنامج بالظروف الاجتماعية الخاصة بالإفراد ذوي الإعاقة.	4.4	0.7	كبيرة جدا
.2	يبحث العاملين في البرنامج بالشؤون النفسية الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم.	4.2	0.8	كبيرة جداً
.3	تتلاءم الخدمات التاهيلية مع قدرات الأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية والعقلية والبيئية المحيطة بأسرهم.	4.0	0.8	كبيرة
.4	توجد مشاركة فعلية للإفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مناقشة خطط التأهيل الملائمة لهم مع فريق العمل التاهيلي.	3.6	1.0	كبيرة
.5	يقوم البرنامج بتوفير التحويلات الطبية اللازمة للأفراد ذوي الإعاقة.	4.4	0.6	كبيرة جدا
.6	يتبنى البرنامج أنشطة كافية للكشف المبكر عن الإعاقة.	4.1	0.6	كبيرة جداً
.7	يساعد البرنامج في توفير الأجهزة المساعدة الكافية والمناسبة للفرد ذوي الإعاقة.	4.0	0.8	كبيرة
.8	ينسق البرنامج مع المؤسسات التعليمية لالتحاق الأطفال ذوي الإعاقة بالتعليم المدرسي المناسب	4.5	0.6	كبيرة جدا
.9	يحصل جميع الأفراد ذوي الإعاقة في البرنامج على الخدمات الطبية اللازمة بحسب حاجاتهم الصحية	3.9	0.7	كبيرة
.10	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة داخل منازلهم.	3.5	1.2	كبيرة

جدول 9.4-ب: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإجابات على فقرات مجال "ملائمة أنشطة البرنامج المجتمعي بحاجات الأفراد ذوي الإعاقة داخل مجتمعاتهم المحلية"

.11	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة في الأماكن العامة	3.3	1.2	متوسطة
.12	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة في المواصلات العامة.	2.7	1.2	متوسطة
.13	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة في المؤسسات الحكومية.	2.9	1.2	متوسطة
.14	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة في المؤسسات التعليمية.	3.5	1.3	كبيرة
.15	يعمل البرنامج على تأهيل ذوي الإعاقة مهنيا	4.0	0.9	كبيرة
.16	يعمل البرنامج على تأهيل ذوي الإعاقة تشغيليا	3.9	0.9	كبيرة
.17	يساعد البرنامج في توفير فرص عمل ملائمة للأفراد ذوي الإعاقة.	3.4	1.0	متوسطة
.18	المساعدة في تنظيم النشاطات الرياضية للأفراد ذوي الإعاقة.	3.3	1.1	متوسطة
.19	المساعدة في تنظيم النشاطات الترفيهية للأفراد ذوي الإعاقة.	4.1	0.8	كبير جدا
.20	يتم إعداد الأفراد ذوي الإعاقة للقيام بالمهارات اليومية في سد احتياجاتهم الخاصة.	4.3	0.8	كبيرة جدا
	المجال الكلي	**3,8**	**0.6**	**كبيرة**

يبين الجدول التالي فقرات مجال ملائمة أنشطة البرنامج المجتمعي بحاجات الأفراد ذوي الإعاقة داخل مجتمعاتهم المحلية حيث تكون المجال من (20) فقرة و كانت هناك (5) فقرات كبيرة جدا، و(10) فقرات كبيرة، والأخرى متوسطة وعددها (5). فيتضح من الجدول السابق (4. 9) أن تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في محافظات شمال الضفة الغربية تحت إشراف جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بالتنسيق مع الهلال الأحمر الفلسطيني في نابلس، وجمعية أصدقاء المريض في جنين). من وجهة نظر العاملين فيه في مجال ملائمة أنشطة البرنامج المجتمعي بحاجات الأفراد ذوي الإعاقة داخل مجتمعاتهم المحلية كانت إجابات المبحوثين عالية على الفقرات (20,8,5,1)، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين (4.3_4.5) فكانت أعلى فقرة (ينسق البرنامج مع المؤسسات التعليمية لالتحاق الأطفال المعاقين بالتعليم المدرسي المناسب).

وهذا يدل على أن البرنامج المجتمعي اهتم بضرورة تلقي الأطفال المعاقين التعليم المدرسي كباقي الأطفال في المجتمع، وهذا ما يتعارض مع دراسة التي قامت بها المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية (2009) والتي كشفت على أن (69%) من الأطفال المعاقين عقليا أميين بشكل كامل مما أوصت الدراسة إلى العمل على التحاقهم بالتعليم.

أما بالنسبة للفقرات (16,15,10,9,7,6,4,3,2) حيث تراوحت المتوسطات الحسابية ما بين (3.5 _4.2)، وهذا يدل على أن البرنامج يقوم بتلبية احتياجات الأفراد المعاقين داخل مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية عن طريق الأنشطة التي تلاءم قدراتهم البدنية والعقلية والجسدية وهذه النتيجة تتفق مع دراسة أبو الحلاوة (2004) التي أشار فيها إلى أن الأطفال المعاقين عقليا وأسرهم يتلقون المهارات المناسبة التي تتمثل في تدريب الأطفال وأسرهم على النشاطات التي تلاءم وضعهم التأهيلي.

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: هل تمكن البرنامج بما يحويه من أخصائيين وعاملين على تحقيق الخدمات التاهيلية اللازمة لإعداد المعاقين داخل مجتمعهم المحلي؟

جدول10.4: "المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإجابات على فقرات مجال فقرات "مدى فعالية البرنامج المجتمعي"

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة المشكلة
.1	يتم وضع أهداف البرنامج التاهيلي مسبقا من قبل فريق العمل وإدارة البرنامج.	4.4	0.7	كبيرة جدا
.2	تكون الأهداف واقعية في إطار العوائق القائمة في مجتمع الفرد ذوي الإعاقة.	4.2	0.7	كبيرة جداً
.3	يتم شرح مفصل عن وضع الفرد ذوي الإعاقة لأسرته وكيفية التعامل مع وضعة داخل بيئته المحلية.	4.4	0.8	كبيرة جدا
.4	يوفر البرنامج المعلومات لذوي الإعاقة بوسائل يستطيعون فهمها واستعمالها مثل لغة بريل.	3.6	1.2	كبيرة
.5	قدرة العاملين في البرنامج على التواصل مع ذوي صعوبات التواصل مثل لغة الإشارة.	3.2	1.0	متوسطة
.6	يضمن البرنامج حق التعبير لذوي الإعاقة عن احتياجاتهم بشكل منهجي.	4.0	0.8	كبيرة
.7	يعمل البرنامج على مساعدة ذوي الإعاقة في تنظيم أنفسهم في مجموعات مساعدة ذاتية.	4.1	0.8	كبيرة جداً
	المجال الكلي	**4.0**	**0.6**	**كبيرة**

يوضح الجدول (10.4) فقرات المجال الذي تكون من (7) فقرات، حيث كانت إجابات المبحوثين بين كبيرة وكبيرة جدا على جميع الفقرات ما عدا فقرة (5) حيث كانت إجابات المبحوثين على هذه الفقرة بمتوسطة، فكانت المتوسطات الحسابية على جميع الفقرات تتراوح بين (4.4 _ 3.2) مما يدل على أن برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في شمال الضفة الغربية تحت إشراف جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بالتنسيق مع الهلال الأحمر الفلسطيني في نابلس، وجمعية أصدقاء المريض في جنين).

أثبت فعاليته بمجمل الخدمات والأنشطة التي يقدمها البرنامج وهذا ما يدل علية المتوسط الحسـابي الكلي للمجال حيث كان (4.0) أي أن البرنامج اثبت فعاليته من خلال الأنشطة والخدمات التاهيليـة التي يقدمها للمعاقين، ،اذ أشار العاملين إلى نهج لا مركزي جديد في إدارة الأنشطة التأهيلية فـي شراكة مع اطر المجتمع المحلي وخاصة هيئات الحكم المحلي، وهذه النتيجـة تتفـق مـع دراسـة مجموعة نوردك الاستشارية في الأراضي الفلسطينية (2009) التي أوضحت أن بـرامج التأهيـل المجتمعي باشرت نهجها الجديد في إشراك هيئات الحكم المحلي في إدارة الأنشطة التأهيلية منذ عام (2008).

أما بالنسبة لفقرة (5) للمجال كانت هي الوحيدة إجابة المبحوثين عليها بدرجة متوسطة، وذلك بسبب عدم تلقي جميع عاملات التأهيل على دورات للتعلم على كيفية التواصل مع صعوبات التواصل مثل لغة الإشارة، لان البرنامج اكتفى في توفير وسائل لمعاقين صعوبة التواصل مثـل لغـة الإشـارة وطريقة بريل وذلك عن طريق التنسيق مع المؤسسات التي ترعى مشاكل صعوبات التواصل لهـذه الفئة من المعاقين.

وبرأي الباحثة وبسبب الخبرة الشخصية من الضروري لعاملي التأهيل أن يتلقوا دورات تسـاعدهم في التواصل مع هذه الفئة من المعاقين، ولان البرنامج بين من خلال الجدول السابق (9.4) كفايـة العاملين من دورات تدريبية لا باس من أن يقوم البرنامج بتدريب العاملين في البرنامج على دورات للتواصل مع معاقين صعوبات التواصل لتكون الأنشطة مكتملة لدى البرنامج.

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: ما تأثير البرنامج على سلوكيات الغير معاقين في المجتمع نحو تقبل الفرد المعاق في إعطاء له فرص متكافئة على مستوى المواقف المؤسسية والاجتماعية؟

جدول (11.4) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإجابات على فقرات مجال "تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة المشكلة
.1	يسعى العاملين في البرنامج لإشراك المجتمع في برامج تدريب ذوي الإعاقة.	4.3	0.8	كبيرة جدا
.2	يتم التنسيق مع مؤسسات المجتمع المحلي ذوي في الخدمات التاهيلية.	4.4	0.7	كبيرة جدا
.3	تهيئة الأفراد الغير معاقين في المجتمع المحلي للتعامل مع ذوي الإعاقة دمجهم في المجتمع وبعدها.	4.3	0.8	كبيرة جدا
.4	يسعى البرنامج في تفعيل القيادات الدينية في دعم حقوق ذوي الإعاقة.	3.6	1.1	متوسطة
.5	يسعى البرنامج في تفعيل القيادات العشائرية في دعم حقوق ذوي الإعاقة.	3.3	1.2	متوسطة
.6	يسعى البرنامج في إشراك مجالس البلديات المحلية في دعم حقوق ذوي الإعاقة.	4.6	0,7	كبيرة جدا
.7	يقوم العاملين في البرنامج ببرامج توعية محلية داخل المجتمع المحلي المتعلق بالأفراد ذوي الإعاقة.	4.4	0.7	كبيرة جدا
	المجال الكلي	**4.1**	**0.6**	**كبيرة جداً**

يوضح الجدول (11.4) الفقرات لمجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية، حيث تكون المجال من (7) فقرات، الفقرات (7,6,3,2,1) كانت إجابات المبحوثين عليها بدرجة كبيرة جدا، وهذا يبين من المتوسطات الحسابية التالية (4.3, 4.4، 4.3،4.6،4.4)، أما الفقرتين (5,4) فكانت إجابات المبحوثين بدرة متوسط، وهذا يبين من المتوسطات الحسابية التالية (3.6، 3.3)، أما المجال الكلي فكان (4.1). مما يلي تستخلص الباحثة أن برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في شمال الضفة الغربية تحت إشراف جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بالتنسيق مع الهلال

الأحمر الفلسطيني في نابلس، وجمعية أصدقاء المريض في جنين) قد اثر على المجتمع المحلي بشكل كبير لتقبل الإعاقة فيه وإدماج المعاقين فيه.

فمن النقاش مع العاملين في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي داخل المجموعات البؤرية أوضحت احدي المنسقات الميدانيات أن البرنامج يقوم بنشاط سنوي ترفيهي مخيمات صيفية) يجمع المعاقين وأسرهم مع أبناء المجتمع المحلي والعائلات كافة في كل منطقة مثلا في منطقة نابلس أو منطقة جنين، يتخلله نشاطات ترفيهية يشترك فيها الأفراد المعاقين مع الأفراد غير المعاقين من المجتمع يمارسون الألعاب والنشاطات المنوعة بهدف توعية المجتمع المحلي لكل منطقة بقضية الإعاقة ولتعريف المعاقين بحقوقهم المجتمعية، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة نيلسون وقطينة (2005) التي أوضحت أن البرنامج المجتمعي احدث أثرا ايجابيا متميزا في مجال قدرة المعاقين على تقرير أمورهم بأنفسهم وقدرتهم في التأثير على المجتمع المحلي.

بينما لا تتفق الدراسة الحالية مع دراسة ماريلا (2010) التي أوضحت عدم وعي اسـر المعـاقين والمؤسسات الغير حكومية إلى قضية الإعاقة، كما أن الدراسة الحالية لا تتفق مع دراسة أبو جـابر (2010) ودراسة Johnson, Lathaand, Metilda (2004) اللتـين أوضـحتا أن مؤسسـات المجتمع المحلي تشجع البرامج المجتمعية ولكن ليس بالشكل المطلوب والكافي، كما أن البعض مـن أفراد المجتمع المحلي لا زالوا يجهلون قضية الإعاقة.

فمن وجهة نظر الباحثة من المهم جدا في عمل برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي توعيـة أفراد المجتمع بقضية الإعاقة وذلك يسهل عمل البرنامج في آلية دمج المعاقين داخـل مجتمعـاتهم المحلية.

أما بالنسبة إلى الفقرتين اللتين تكلمتا عن (يسعى البرنامج في تفعيل القيادات العشائرية فـي دعـم حقوق ذوي الإعاقة).

حيث كانت إجابة المبحوثين متوسطة، ما يدل على وجود صعوبات لدى البرنامج في نشر التوعيـة للمعاقين في الفئة العشائرية والدينية حيث كان المتوسط الحسابي للفئة العشـائرية متـدني بالنسـبة لجميع المتوسطات الحسابية للفقرات في هذا المجال حيث تراوح (3.3)، وهذا يدل على أن الفئـة العشائرية لا زالت تتمسك ببعض المعتقدات السيئة نحو الأفـراد المعـاقين وهـذا مـا أوضـحوه المبحوثين بشكل واضح خلال النقاش في المجموعة البؤرية. بالنسبة لرأي الباحثة في هذه النقطة لا

بد من إدارة البرنامج المبني على المجتمع المحلي أن تشدد على ضرورة نشر التوعية في الفئة العشائرية عن طريق عمل جلسات مكثفة وندوات لهذه الفئة لان الفئة العشائرية في المجتمع الفلسطيني تعد مهمة فهي تؤثر في أراء أفراد المجتمع الواحد، كما أن لها تأثير على الحكومة في أن تدعم أكثر البرنامج المبني على المجتمع المحلي وتتبناه ضمن خدماته الحكومية، هذا الرأي يتفق مع دراسة Abu Khader (2002) الذي أوضح إلى وجود سياسات تأهيل شاملة على الصعيد الوطني ن وأهمية دعم الحكومة للمؤسسات العاملة في مجال التأهيل.

النتائج المتعلقة بالسؤال السادس: ما مدى قدرة البرنامج على الاستمرار والتطوير في المجتمع المحلي, وهل استمرار دعم الدولة يساعد في تشجيع الدعم الخارجي للنشاطات والبرامج التاهيلية ؟

جدول (12.4) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للإجابات على فقرات مجال "قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة.

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة المشكلة
.1	يستطيع البرنامج تامين الموارد الكافية لتنظيم أنشطته التأهيلية	3.6	0.8	متوسطة
.2	يشترك المجتمع المحلي بمساهمة كافية في تمويل البرنامج.	3.5	1.0	متوسطة
.3	يعتمد البرنامج في التمويل على الوكالات الأجنبية	3.7	1.1	كبيرة
.4	يساهم الحكم المحلي في المساعدة بتمويل بعض النشاطات التاهيلية.	3.7	1.2	متوسطة
.5	يمتلك البرنامج إستراتيجية موثقة لاستقطاب الداعمين للبرنامج لضمان الاستمرارية.	3.8	1.0	كبيرة
.6	لدى البرنامج قدرة تخطيطية على تقدير احتياجات ذوي الإعاقة للعمل على سدها.	4.0	0.8	كبيرة
	المجال الكلي	**4.0**	**0.6**	**كبيرة**

يوضح الجدول (12.4) فقرات المجال قدرة البرنامج المجتمعي على الديمومة والاستمرارية، حيث تكون من (6) فقرات تراوحت إجابات المبحوثين بين كبيرة ومتوسطة، فكانت كبيرة على الفقرات (3، 5، 6)، ومتوسطة على الفقرات (1، 2، 4)، والمجال الكلي (4.0) نلاحظ آن الفقرة (6)

كانت أعلى متوسط حسابي (4.0) وهي (لدى البرنامج قدرة تخطيطية على تقدير احتياجات ذوي الإعاقة للعمل على سدها) وهذا يدل على أن البرنامج المبني على المجتمع المحلي العامل في محافظات شمال الضفة الغربية تحت إشراف جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية بالتنسيق مع الهلال الأحمر الفلسطيني في نابلس، وجمعية أصدقاء المريض في جنين) قادر بادارتة الحالية على التخطيط وتقدير احتياجات الأفراد ذوي الإعاقة مما يعني أنة يمتلك إستراتيجية موثقة، فمن مقومات البرنامج المجتمعي أن يكون له إستراتيجية موثقة على أثرها يتم وضع الخطط للخدمات والأنشطة التأهيلية التي تلاؤم الأفراد المعاقين.

وبما أن إدارة البرنامج قادرة على وضع إستراتيجية تضمنها خطط سواء كانت بعيدة المدى أو قصيرة المدى فهذا يساعد الإدارة في معرفة إمكانية استدامة البرنامج المبني على المجتمع المحلي وديمومته.

وفي الفقرة (1، 2) كانت إجابة المبحوثين متوسطة وهذا يدل على أن مؤسسات المجتمع المحلي لا تساهم في تمويل البرنامج مادياً، فقط الاكتفاء بإعارة البرنامج لأدوات مساعدة فقط مثل(كرسـي متحرك، عكازان، وغيرها من أدوات مساعدة أخرى) كما أوضحه العاملين في لبرنامج المبني على المجتمع المحلي من خلال نقاش المجموعة البؤرية.

وبالنسبة لفقرة (يستطيع البرنامج تامين الموارد الكافية لتنظيم أنشطته التأهيلية) كانت الإجابة عليها من قبل المبحوثين متوسطة مما يدل على أن البرنامج قادر بالوضع الحالي من توفير موارده سواء كانت هذه الموارد بشرية أو غير بشرية (ما يلزم من معدات للتأهيـل للمعـاقين) ولكـن بشـكل متوسط، فعند سؤال المبحوثات (عاملات التأهيل والمنسقات الميـدانيات، والمشـرفات المحليـات) خلال حلقة النقاش داخل المجموعة البؤرية كشفت المبحوثات على أن ميزانية البرنامج لا تكفي لسد احتياجات العاملين من جهة كفايتهم من رواتب وعلاوات ومكافئات.

لذلك تطرق البرنامج إلى عقد شراكات مع هيئات الحكم المحلي في توظيف عاملات تأهيل مجتمعي يتم دفع الراتب مجزأ قسم من الراتب تقوم بدفعة إدارة البرنامج المحلي والقسم الثاني يقـوم بدفعـة مجلس الحكم المحلي للقرية أو البلدة بشرط على أن تكون عاملة التأهيل من نفس البلدة أو القرية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة ياسر (2004) في إمكانية استمرار البرنامج المبني علـى المجتمـع المحلي في العمل في مخيمات عمان والبقعة في الأردن بسبب عدم الدعم الكافي للمؤسسات الغيـر

حكومية التي ترعى البرنامج المجتمعي، كما وتتفق مع دراسة أبو جابر (2010) في عـدم كفايـة الدعم المالي للبرنامج، كما وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة ماريلا (2010) في أن البرنامج لـه صلات طيبة وتشبيك مع مؤسسات الغير حكومية التي تدعم البرنامج ماديا ولكنها لا تكفـي لسـد احتياجات البرنامج ماديا وذلك بسبب ضعف المواقف والتشريعات القانونية والحكومية.

3.4 النتائج المتعلقة بفحص فرضيات الدراسة ومناقشتها

- اختبار فرضيات مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي

الفرضية 1:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجـة مجـال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلـي تعـزى للمتغيـر المسـتقل الجنس.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t) لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الجنس(ذكر،أنثى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول(13.4) نتائج اختبار ت حسب متغير الجنس

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الجنس	ذكر	4	4.1	0.2	2.8	0.01
	أنثى	43	3.5	0.4		

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار(P) أقل من 0.05 ويعني ذلك رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة وهي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل الجنس، ويتبين من الجدول أعلاه أن متوسط درجة المجال للإناث أقل من متوسط درجة المجال للذكور. مما يدل على أن جميع عاملي التأهيل والمشرفين المحليين والمنسقين الميدانين من الإناث وذلك لسهولة تنقل الأنثى

العاملة بين بيوت اسر المعاقين وبالأخص التعامل مع أمهات المعاقين ومع فئات الإناث لدى اسر المعاقين. وذلك بحكم المجتمع الفلسطيني وبالأخص في القرى الذي يجعل الإناث تتولي مسؤولية الأولاد وكافة أفراد الأسرة لذلك تم التشديد من قبل الأسر على أن تكون أنثى لسهولة التعامل مع ربات أسر المعاقين.

الفرضية 2:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، من 11 إلى 15 سنة، أكثر من 15 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (14.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير سنوات الخبرة

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	24	3.4	0.5	2.47	0.08
	من 5 إلى 10 سنوا	8	3.7	0.4		
	من 11 إلى 15 سن	7	3.5	0.3		
	أكثر من 15 سنة	8	3.8	0.2		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة. مما يدل على أنة لا توجد فروق في كفاية

العاملين في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من دورات تدريبية أو في درجات الرواتب أو في كمية العبء الوظيفي على العاملين ، وهذه النتيجة تتعارض مع دراسة إبراهيم في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال امتلاك العاملين المعرفة والمهارات الفنية ومدى استخدامها.

الفرضية 3:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل العمر.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل العمر (أقل من 30 سنة، من 30 إلى 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول(15.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير العمر

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
العمر	أقل من 30 سنة	16	3.4	0.5	0.55	0.58
	من 30 إلى 40 سنة	23	3.5	0.4		
	أكثر من 40 سنة	8	3.6	0.4		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل العمر. مما يدل على أن كفاية العاملين في البرنامج لا تتحدد في المتغير المستقل العمر، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة(Wehman,Barcus,Wilson,2002) في تحديد احتياجات تدريبية عليا مثل ورشات العمل والتدريب المستمر لجميع كوادر التأهيل كافة.

الفرضية 4:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الحالة الزواجية (أعزب، متزوج، مطلق/أرمل)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول(16.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير الحالة الزوجية

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الحالة الزواجية	أعزب	20	3.6	0.4	1.38	0.26
	متزوج	23	3.4	0.4		
	مطلق/أرمل	4	3.6	0.5		

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الأختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

الفرضية 5:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل المسمى الوظيفي (إعادة تأهيل /تخصصات علاجية، أخرى (إدارية / مشرفين ومنسقين /سكرتاريا)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (17.4): نتائج اختبار ت حسب متغير المسمى الوظيفي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المسمى الوظيفي	إعادة تأهيل /تخصصات علاجية	37	3.5	0.5	-0.66	0.51
	أخرى (إدارية / مشرفين ومنسق سكرتاريا)	10	3.6	0.3		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الأختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فـروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

الفرضية 6:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسـابية لفئات المتغير المستقل الدخل الشهري (1000 فأقل، من 1001 إلى 1500، أكثـر مـن 1500) ، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول(18.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير الدخل الشهري

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الدخل الشهري	1000فأقل	15	3.4	0.5	3.22	0.05
	من 1001 إلى 1500	20	3.5	0.4		
	أكثر من 1500	12	3.8	0.3		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الإختبار:

قيمة دلالة الاختبـار (P) تسـاوي 0.05 ويعنـي ذلـك رفـض الفرضـية الصـفرية وقبـول الفرضية البديلة وهي أنه توجد فـروق ذات دلالـة إحصـائية بـين متوسـطات درجـة مجـال كفاية الموارد المتاحة في برنـامج التأهيـل المبنـي علـى المجتمـع المحلـي تعـزى للمتغيـر المستقل الدخل الشهري.

ومن أجل تحديد فئات الدخل الشهري التي توجد فيمـا بينهـا الفـروق بـين متوسـطات درجـة المجال فقد تم عمـل اختبـار متعـدد(multiple comparisons) باسـتخدام طريقـة مربعـات الانحرافات الصغرى (LSD)، وقد كانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (19.4): اختبار متعدد المقارنات LSD (Multiple Comparisons)

المجال	(I)الدخل الشهري	(J)الدخل الشهري	فروق المتوسطات	P.
كفاية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي	1000فأقل	من 1001إلى 1500	-0.14	0.31
		أكثر من 1500	-0.40	0.02
	من 1001إلى 1500	1000فأقل	0.14	0.31
		أكثر من 1500	-0.25	0.09
	أكثر من 1500	1000فأقل	0.40	0.02
		من 1001إلى 1500	0.25	0.09

ويتبين من الجدول أعلاه أن قيمة دلالة الاختبار أقـل مـن 0.05 عنـد مقارنـة الفئتـين (أكثـر من 1500، 1000 فأقل) ونستنتج أنهما الفئتين الـذين بينهمـا فـروق ذات دلالـة إحصـائية، ويتبين أن متوسط درجة المجال أقـل للأشـخاص الـذين دخلهـم 1000 فأقـل بالمقارنـة مـع الأشخاص الذين دخلهم أكثر من 1500.

الفرضية 7:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) بـين متوسـطات مجـال كفاية الموارد المتاحة في برنـامج التأهيـل المبنـي علـى المجتمـع المحلـي تعـود للمتغيـر المستقل المؤهل العلمي.

تـم اختبـار الفرضـية باسـتخدام اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنـة المتوسطات الحسابية لفئـات المتغيـر المسـتقل المؤهـل العلمـي (الثانويـة أو أقـل، دبلـوم، بكالوريوس، ماجستير فأعلى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (20.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير المؤهل العلمي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المؤهل العلمي	الثانوية أو أقل	5	3.8	0.2	2.10	0.11
	دبلوم	11	3.5	0.3		
	بكالوريوس	27	3.4	0.4		
	ماجستير فأعلى	4	3.8	0.5		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الإختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال كفاية الموارد المتاحة في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

توضح الجداول التالية مستوى الدلالة الفـا لكـل متغيـر مسـتقل (الجـنس، سـنوات الخبـرة، العمر، المسمى الوظيفي، الـدخل الشـهري، والمؤهـل العلمـي) حيـث كانـت علـى التـوالي (0.01، 0.08،0.58،0.26،0.51،0.05،0.11).

ففي المتغيران المستقلين الجنس والعمـر أصـغر وتسـاوي قيمـة الدلالـة الإحصـائية (0.05) أن بحكم المجتمع الفلسطيني وبالأخص فـي القـرى الـذي يجعـل الإنـاث تتـولي مسـؤولية الأولاد وكافة أفراد الأسرة لذلك تم التشديد مـن قبـل الأسـر علـى أن تكـون أنثـى لسـهولة التعامل مع ربات اسر المعاقين.

أما بالنسبة للمتغير المستقل الدخل الشهري فكانت الدلالة الإحصائية تساوي قيمة الفا (0.05) وهذا يدل على عدم رضا العاملين عن الرواتب والأجور، فمن اختبار (LSD) لفئات الدخل الشهري نجد أن قيمة دلالة الاختبار أقل من 0.05 عند مقارنة الفئتين (أكثر من 1500، 1000 فأقل) ونستنتج أنهما الفئتين اللتين بينهما فروق ذات دلالة إحصائية، ويتبين أن متوسط درجة المجال أقل للأشخاص الذين دخلهم 1000 فأقل بالمقارنة مع الأشخاص الذين دخلهم أكثر من 1500. وهذه النتيجة تعني أن قيمة الرواتب للعاملين في البرنامج بغض النظر عن (المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، العمر، سنوات الخبرة) كانت ما بين (1000 - 1500) شيقل. وهذه النتيجة تتفق مع دراسة Sharma, Deepak (2001)، ودراسة دراسة ياسر (2004)، ودراسة أبو جابر (2010)، في تدني الرواتب وعدم وجود بدلات وعلاوات.

- اختبار فرضيات مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم

الفرضية 1:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل الجنس.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t) لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الجنس(ذكر، أنثى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (21.4): نتائج اختبار ت حسب متغيرالجنس

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الجنس	ذكر	4	4.0	0.5	0.80	0.43
	أنثى	43	3.8	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الإختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل الجنس.

الفرضية 2:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، من 11 إلى 15 سنة، أكثر من 15 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (22.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير سنوات الخبرة

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P (P)
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	24	3.7	0.4	0.45	0.72
	من 5 إلى 10 سنوات	8	3.9	0.7		
	من 11 إلى 15 سنة	7	3.7	0.8		
	أكثر من 15 سنة	8	3.9	0.7		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

الفرضية 3:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل العمر.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل العمر (أقل من 30 سنة، من 30 إلى 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (23.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير العمر

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
العمر	أقل من 30 سنة	16	3.8	0.4	0.35	0.71
	من 30 إلى 40 سنة	23	3.7	0.6		
	أكثر من 40 سنة	8	3.9	0.7		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 و يعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل العمر.

الفرضية 4:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الحالة الزواجية (أعزب، متزوج، مطلق/أرمل)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (24.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير الحالة الزواجية

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الحالة الزواجية	أعزب	20	3.7	0.7	0.13	0.88
	متزوج	23	3.8	0.5		
	مطلق/أرمل	4	3.9	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

الفرضية 5:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل المسمى الوظيفي (إعادة تأهيل / تخصصات علاجية، أخرى (إدارية/مشرفين ومنسقين / سكرتاريا)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (25.4): نتائج اختبار ت حسب متغير المسمى الوظيفي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المسمى الوظيفي	إعادة تأهيل /تخصصات علاجية	36	3.8	0.5	-0.19	0.85
	أخرى (إدارية / مشرفين ومنسقين /سكرتاريا)	10	3.8	0.8		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنـه لا توجـد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

الفرضية 6:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الدخل الشهري (1000 فأقل، من 1001 إلى 1500، أكثر من 1500)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (26.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير الدخل الشهري

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الدخل الشهري	1000فأقل	15	3.7	0.6	0.97	0.39
	من 1001 إلى 1500	20	3.8	0.6		
	أكثر من 1500	12	4.0	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فـروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمـع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري

الفرضية 7:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل المؤهل العلمي (الثانوية أو أقل، دبلوم، بكالوريوس، ماجستير فأعلى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (27.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير المؤهل العلمي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المؤهل العلمي	الثانوية أو أقل	5	3.6	0.8	0.29	0.83
	دبلوم	11	3.9	0.8		
	بكالوريوس	27	3.8	0.5		
	ماجستير فأعلى	4	3.7	0.3		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الأختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنـه لا توجـد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال ملائمة وترابط برنامج التأهيـل المبنـي على المجتمع المحلي وحاجات المعاقين في مجتمعهم تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

توضح الجداول أعلاه مستوى الدلالة الفا لكل متغير مستقل (الجنس، سنوات الخبرة، العمر، المسمى الوظيفي، الدخل الشهري، والمؤهل العلمي) حيث كانت على التوالي (0.43، 0.71،0.72، 0.88، 0.85، 0.39، 0.83) فجميع قيم الدلالة الإحصائية كانت لجميع المتغيرات المستقلة لمجال ملائمة الأنشطة اعلي من قيمة الفا (0.05) مما يدل على قبول الفرضية الصفرية لمجال ملائمة وترابط الأنشطة في البرنامج المبني على المجتمع المحلي، هذه النتيجة تدل على أن أنشطة التأهيل في البرنامج تلاءم وتتفق مع احتياجات الأفراد المعاقين داخل مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية، وهذه النتيجة لا تتفق مع دراسة عز الدين (1999) في ان الخدمات التي يقدمها البرنامج المبني على المجتمع المحلي لا يلبي احتياجات المعاقين في المجتمع.

- اختبار فرضيات مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه:

الفرضية 1:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل الجنس.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبـار ت (t) لمقارنـة المتوسـطات الحسـابية لفئـات المتغيـر المستقل الجنس(ذكر،أنثى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (28.4): نتائج اختبار ت حسب متغير الجنس

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الجنس	ذكر	4	4.5	0.2	4.45	0.00
	أنثى	43	4.0	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أقل من 0.05 ويعني ذلك رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة وهي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل الجنس، ويتبين من الجدول أعلاه أن متوسط درجة المجال للإناث أقل من متوسط درجة المجال للذكور.

الفرضية 2:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات،من 5 إلى 10 سنوات، من 11 إلى 15 سنة،أكثر من 15 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (29.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير سنوات الخبرة

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	24	3.8	0.6	2.39	0.08
	من 5 إلى 10 سنوات	8	4.2	0.6		
	من 11 إلى 15 سنة	7	4.2	0.6		
	أكثر من 15 سنة	8	4.3	0.3		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

الفرضية 3:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل العمر.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل العمر (أقل من 30 سنة، من 30 إلى 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه

جدول (30.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير العمر

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
العمر	أقل من 30 سنة	16	3.8	0.6	1.61	0.21
	من 30 إلى 40 سنة	23	4.1	0.6		
	أكثر من 40 سنة	8	4.1	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار(P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فـروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبنـي علـى المجتمـع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل العمر.

الفرضية 4:

لا توجد إحصائية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الحالة الزواجية (أعزب،متزوج، مطلق/أرمل) ، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (31.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير الحالة الزواجية

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الحالة الزواجية	أعزب	20	3.9	0.7	0.44	0.65
	متزوج	23	4.1	0.5		
	مطلق/أرمل	4	3.9	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

الفرضية 5:
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل المسمى الوظيفي (إعادة تأهيل /تخصصات علاجية، أخرى (إدارية / مشرفين ومنسقين /سكرتاريا)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (32.4): نتائج اختبار ت حسب متغير المسمى الوظيفي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المسمى الوظيفي	إعادة تأهيل /تخصصات علاجية	36	4.0	0.6	-1.22	0.23
	أخرى (إدارية / مشرفين ومنسقين /سكرتاريا)	10	4.2	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار(P) أعلى من 0.05 و يعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

الفرضية 6:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل للدخل الشهري.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الدخل الشهري (1000 فأقل، من 1001 إلى 1500، أكثر من 1500)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (33.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير الدخل الشهري

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الدخل الشهري	1000فأقل	15	3.7	0.6	3.85	0.03
	من 1001 إلى 1500	20	4.1	0.6		
	أكثر من 1500	12	4.3	0.5		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار(P) أقل من 0.05 ويعني ذلك رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة وهي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري.

ومن أجل تحديد فئات الدخل الشهري التي توجد فيما بينها الفروق بين متوسطات درجة المجال فقد تم عمل اختبار متعدد (multiple comparisons) باستخدام طريقة مربعات الانحرافات الصغرى (LSD)، وقد كانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (34.4): اختبار متعدد المقارنات LSD (Multiple Comparisons)

المجال	(I)الدخل الشهري	(J)الدخل الشهري	فروق المتوسطات	P.
فعالية البرنامج المجتمعي	1000فأقل	من 1001إلى 1500	-0.43	0.03
		أكثر من 1500	-0.57	0.01
	من 1001إلى 1500	1000فأقل	0.43	0.03
		أكثر من 1500	-0.14	0.51
	أكثر من 1500	1000فأقل	0.57	0.01
		من 1001إلى 1500	0.14	0.51

ويتبين من الجدول أعلاه أن قيمة دلالة الاختبار أقل من 0.05 عند مقارنة الفئة (1000 فأقل)مع كل من الفئتين (من 1001إلى 1500) ونستنتج أن الفئة (1000 فأقل) تختلف عن بقية الفئات، ويتبين أن متوسط درجة المجال أقل للأشخاص الذين دخلهم 1000 فأقل بالمقارنة مع الأشخاص الذين دخله ممن بقية الفئات.

الفرضية 7:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل المؤهل العلمي (الثانوية أو أقل، دبلوم، بكالوريوس، ماجستير فأعلى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (35.4): نتائج اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA) حسـب متغيـر المؤهـل العلمي.

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المؤهل العلمي	الثانوية أو أقل	5	4.3	0.5	1.04	0.39
	دبلوم	11	4.1	0.8		
	بكالوريوس	27	3.9	0.5		
	ماجستير فأعلى	4	4.2	0.7		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الإختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبـول الفرضـية الصـفرية وهـي أنـه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجـة مجـال مـدى فعاليـة برنـامج التأهيـل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

توضح الجداول أعلاه مستوى الدلالة الفا لكل متغير مستقل (الجـنس، سـنوات الخبـرة، العمـر، المسمى الوظيفي، الدخل الشهري، والمؤهـل العلمـي) (0.00، 0.08، 0.21 , 0.65 ,0.23 , 0.03, 0.39)، فكانت قيمة الدلالة الإحصائية للمتغير المستقل الجنس(0.0) و هذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال مدى فعالية برنامج التأهيل المبنـي علـى المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير المستقل الجنس مما يدل على أن متغير الجـنس لدى العاملين يؤثر على مدى فاعلية البرنامج، وكانت قيمة الدلالة الإحصائية للمتغير المستقل الدخل الشهري (0.03) وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجـة المجـال مدى فعالية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على تحقيق أهدافه تعزى للمتغير الـدخل الشهري. وهذه النتيجة توضح مدى تأثير الدخل الشهري للعاملين في البرنامج على فعالية البرنامج في تحقيق أهدافه، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة عز الدين (1999).

- اختبار فرضيات مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية

الفرضية 1:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل الجنس.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t) لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الجنس(ذكر، أنثى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (36.4): نتائج اختبار ت حسب متغير الجنس

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الجنس	ذكر	4	4.5	0.4	1.21	0.23
	أنثى	43	4.1	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل الجنس.

الفرضية 2:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، من 11 إلى 15 سنة، أكثر من 15 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (37.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير سنوات الخبرة

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	24	3.9	0.6	1.52	0.22
	من 5 إلى 10 سنوات	8	4.4	0.5		
	من 11 إلى 15 سنة	7	4.0	0.7		
	أكثر من 15 سنة	8	4.4	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

الفرضية 3:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل العمر.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل العمر (أقل من 30 سنة، من 30 إلى 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (38.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير العمر

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
العمر	أقل من 30 سنة	16	3.9	0.6	2.45	0.10
	من 30 إلى 40 سنة	23	4.1	0.7		
	أكثر من 40 سنة	8	4.5	0.5		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبـول الفرضـية الصـفرية وهـي أنـه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجـال تـأثير البرنـامج علـى المواقـف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل العمر.

الفرضية 4:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الحالة الزواجية (أعزب، متزوج، مطلق/أرمل) ، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (39.4): نتائج اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA) حسـب متغيـر الحالـة الزواجية

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الحالة الزواجية	أعزب	20	3.9	0.7	1.92	0.16
	متزوج	23	4.2	0.5		
	مطلق/أرمل	4	4.4	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

الفرضية 5:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبـار ت (t)، لمقارنـة المتوسـطات الحسـابية لفئـات المتغيـر المستقل المسمى الوظيفي (إعـادة تأهيـل /تخصصـات علاجيـة، أخـرى (إداريـة/مشـرفين ومنسقين/سكرتاريا)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (40.4): نتائج اختبار ت حسب متغير المسمى الوظيفي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المسمى الوظيفي	إعادة تأهيل /تخصصات علاجية	36	4.1	0.6	-0.14	0.89
	أخرى (إدارية / مشرفين ومنسقين /سكرتاريا)	10	4.1	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبـول الفرضـية الصـفرية وهـي أنـه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجـال تـأثير البرنـامج علـى المواقـف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

الفرضية 6:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) بـين متوسـطات درجـة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسـية والمجتمعيـة تعـزى للمتغيـر المسـتقل الـدخل الشهري.

تـم اختبـار الفرضـية باسـتخدام اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنـة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الـدخل الشـهري (1000 فأقـل، مـن 1001 إلـى 1500، أكثر من 1500)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (41.4): نتائج اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA) حسـب متغيـر الـدخل الشهري

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الدخل الشهري	1000فأقل	15	3.9	0.6	1.89	0.16
	من 1001 إلى 1500	20	4.2	0.6		
	أكثر من 1500	12	4.3	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبـول الفرضـية الصـفرية وهـي أنـه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجـال تـأثير البرنـامج علـى المواقـف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري.

الفرضية 7:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) بـين متوسـطات درجـة مجال تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعيـة تعـزى للمتغيـر المسـتقل المؤهـل العلمي.

تـم اختبـار الفرضـية باسـتخدام اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنـة المتوسطات الحسابية لفئـات المتغيـر المسـتقل المؤهـل العلمـي (الثانويـة أو أقـل، دبلـوم، بكالوريوس، ماجستير فأعلى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (42.4): نتائج اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA) حسـب متغيـر المؤهـل العلمي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المؤهل العلمي	الثانوية أو أقل	5	4.1	0.7	0.29	0.83
	دبلوم	11	4.2	0.7		
	بكالوريوس	27	4.0	0.6		
	ماجستير فأعلى	4	4.2	0.1		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار(P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهـي أنـه لا توجـد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنامج علـى المواقـف المؤسسـية والمجتمعية تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

توضح الجداول أعلاه مستوى الدلالة الفا لكل متغير مستقل (الجـنس، سـنوات الخبـرة، العمـر، المسمى الوظيفي، الدخل الشهري، والمؤهل العلمي) (0.23، 0.22، 0.10 ، 0.89، 0.89، 0.16، 0.8) فكانت جميعها أعلى من الدلالة الإحصائية الفا (0.05).

وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال تأثير البرنـامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية تعزى للمتغيرات المستقلة المذكورة، وهذا يدل على أن جميـع المتغيرات المستقلة لا تؤثر على تقيم تأثير برنامج التأهيل المبني على المجتمـع المحلـي وهـذه الدراسة تتفق مع دراسة ابو جابر (2010).

- اختبار فرضيات مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة

الفرضية 1:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل الجنس.تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t) لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الجنس(ذكر، أنثى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (43.4): نتائج اختبار ت حسب متغير الجنس

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الجنس	ذكر	4	4.3	0.6	1.85	0.07
	أنثى	43	3.7	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل الجنس.

الفرضية 2:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل سنوات الخبرة (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، من 11 إلى 15 سنة، أكثر من 15 سنة) ، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (44.4): نتائج اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA) حسـب متغيـر سـنوات الخبرة

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	24	3.5	0.6	1.31	0.28
	من 5 إلى 10 سنوات	8	3.9	0.7		
	من 11 إلى 15 سنة	7	3.7	0.6		
	أكثر من 15 سنة	8	4.0	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبـول الفرضـية الصـفرية وهـي أنـه لا توجد فـروق ذات دلالـة إحصـائية بـين متوسـطات درجـة مجـال قـدرة البرنـامج علـى الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل سنوات الخبرة.

الفرضية 3:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) بـين متوسـطات درجـة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل العمر.

تـم اختبـار الفرضـية باسـتخدام اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنـة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل العمـر (أقـل مـن 30 سـنة، مـن 30 إلـى 40 سنة، أكثر من 40 سنة)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (45.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير العمر

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
العمر	أقل من 30 سنة	16	3.6	0.7	0.16	0.86
	من 30 إلى 40 سنة	23	3.8	0.6		
	أكثر من 40 سنة	8	3.7	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل العمر.

الفرضية 4:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t)/ اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الحالة الزواجية (أعزب، متزوج، مطلق/أرمل)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (46.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير الحالة الزواجية

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الحالة الزواجية	أعزب	20	3.6	0.7	0.40	0.67
	متزوج	23	3.8	0.6		
	مطلق/أرمل	4	3.8	0.5		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبـول الفرضـية الصـفرية وهـي أنـه لا توجد فروق ذات دلالـة إحصـائية بـين متوسـطات درجـة مجـال قـدرة البرنـامج علـى الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل الحالة الزواجية.

الفرضية 5:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مسـتوى الدلالـة (α= 0.05) بـين متوسـطات درجـة مجال قدرة البرنـامج علـى الاسـتمرارية والديمومـة تعـزى للمتغيـر المسـتقل المسـمى الوظيفي.

تم اختبار الفرضية باسـتخدام اختبـار ت (t)/ اختبـار تحليـل التبـاين الأحـادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسـابية لفئـات المتغيـر المسـتقل المسـمى الـوظيفي (عاملـة تأهيـل /تخصصات علاجيـة، أخـرى (إداريـة / مشـرفين ومنسـقين/ سـكرتاريا)، وكانـت نتـائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (47.4): نتائج اختبار ت حسب متغير المسمى الوظيفي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المسمى الوظيفي	إعادة تأهيل /تخصصات علاجية	36	3.7	0.7	0.71	0.48
	أخرى (إدارية / مشرفين ومنسقين /سكرتاريا)	10	3.6	0.4		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل المسمى الوظيفي.

الفرضية 6:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار ت (t)/ اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل الدخل الشهري (1000 فأقل، من 1001 إلى 1500، أكثر من 1500)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (48.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير الدخل الشهري

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
الدخل الشهري	1000فأقل	15	3.6	0.7	0.83	0.44
	من 1001 إلى 1500	20	3.8	0.7		
	أكثر من 1500	12	3.6	0.4		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل الدخل الشهري.

الفرضية 7:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

تم اختبار الفرضية باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، لمقارنة المتوسطات الحسابية لفئات المتغير المستقل المؤهل العلمي (الثانوية أو أقل، دبلوم، بكالوريوس، ماجستير فأعلى)، وكانت نتائج الاختبار كما في الجدول أدناه:

جدول (49.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) حسب متغير المؤهل العلمي

المتغير المستقل	فئات المتغير	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	P
المؤهل العلمي	الثانوية أو أقل	5	3.8	0.7	0.42	0.74
	دبلوم	11	3.6	0.4		
	بكالوريوس	27	3.7	0.7		
	ماجستير فأعلى	4	4.0	0.6		

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الفا = 0.05

تفسير نتائج الاختبار:

قيمة دلالة الاختبار (P) أعلى من 0.05 ويعني ذلك قبول الفرضية الصفرية وهي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجة مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي.

توضح الجداول أعلاه مستوى الدلالة الفا لكل متغير مستقل (الجنس، سنوات الخبرة، العمر، المسمى الوظيفي، الدخل الشهري، والمؤهل العلمي) حيث كانت على التوالي (0.07، 0.28، 0.86، 0.67، 0.48، 0.44، 0.74)، فكانت جميعها أعلى من قيمة الفا (0.05) وهذا يدل على أن جميع المتغيرات المستقلة لا تؤثر في تقييم البرنامج على مجال قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة ابو جابر (2010) ودراسة ماريلا (2010).

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

1.5 الاستنتاجات

من خلال إجراء هذه الدراسة، وفي ضوء تحليل البيانات التي تم جمعها في هذه الدراسة، خلصت الباحثة إلى جملة من الاستنتاجات التالية:

- إن برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في محافظات شمال الضفة الغربية يمتلك إدارة سليمة قادرة على التخطيط ووضع استراتيجيات للأنشطة والخدمات التأهيلية التي تلبي احتياجات الفرد المعاق في المجتمع.
- تمتاز إدارة البرنامج في المرونة في التعامل مع العاملين داخل البرنامج.
- هناك قصور في قيمة رواتب العاملين في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي حيث أنها قليلة جدا ولا توافق العبء العملي الذي يقوم به العاملين داخل البرنامج، إضافة إلى عدم وجود حوافز مادية وبدلات في الوقت الحاضر.
- وجود قصور في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في توفير وسيلة نقل للعاملين أثناء العمل الميداني.
- تبين من تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في شمال الضفة الغربية إلى انه يقدم أنشطة متعددة وتلاءم احتياجات المعاقين بحيث تتنوع ضمن (الخدمات التعليمية، والصحية، والكشف المبكر عن الإعاقة، الترفيه، وبرنامج الإعارة، والإحالات، والتشغيلية، والمهنية).

- من تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في شمال الضفة الغربية من وجهة العاملين فيه اثبت فعاليته من خلال التقارير الشهرية والدراسات التقويمية للمعـاقين وأسـرهم للبحث في مشاكلهم والقيام بالحلول التي تقدم الراحة لهم لان رأيهم مهم وتعاونهم مع عـاملات التأهيل مهم لاستمراره في تقديم الخدمات وهذا أيضا لحرص انتقاء عاملات تأهيل لهن القـدرة على التعامل مع المعاقين وتدريبهم على كيفية التعامل مع المعاقين في كافة الأعمار والحالات.
- هناك بعض القصور في تدريب عاملات التأهيل على تلقي دورات تدريبية في كيفية التـدريب والتعامل مع معاقي صعوبات التواصل، فقط اقتصر العمل مع هذه الفئة مـن المعـاقين علـى التنسيق مع مراكز خدمة معاقي صعوبات التواصل فقط.
- أثر البرنامج على المجتمع فأصبح على دراية بقضية الإعاقة وهذا ما يساعد عـاملي التأهيـل على تسهيل مهمتهم في المجتمع. أما بالنسبة للمواقف المؤسسية أصـبح هنالـك تعامـل مـع مؤسسات مثل الشؤون الاجتماعية ووزارة الشباب والعمل و العمال ووزارة الصحة.
- كشف تقييم البرنامج من وجهة نظر العاملين فيه على عدم وجود اتصال وتعاون وثيق مع الفئة الدينية، والعشائرية في المجتمع المحلي.
- كشف تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي على وجود قصور فـي مجـال تـأثير البرنامج على المواقف المؤسسية مثل وزارة المواصلات على تـوفير مواصـلات للمعـاقين، ووزارة الإنشاء والمباني على احتواء المباني المشيدة على تصاميم تساعد المعاقين في التنقـل داخل هذه المباني، وكذلك المتنزهات العامة.
- من خلال تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي من وجهة نظر العاملين أن البرنامج قادر على التخطيط ووضع الخطط الإستراتيجية للعمل في الوقت الحالي.
- وجود قصور في وضع خطط مستقبلية بسبب ضعف في استدامة البرنامج وديمومتـه، وعـدم تبني الدولة برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي.

2.5 التوصيات

توصيات تتعلق بالإغاثة الطبية والمؤسسات الشريكة

- العمل على توفير رواتب عادلة للعاملين داخل البرنامج إذا أمكـن ذلـك , أو تـوفير بـدلات ومكافئات معنوية للرفع من كفاءة العاملين وشعورهم بقيمة العمل المنجز.
- توفير دورات تدريبية للعاملين لمعاقي صعوبات التواصل مما يساعد علـى تـوفير نشـاطات خاصة لهذه الفئة تغني البرنامج عن حالات الإحالة لهذه الفئة، وتساعد اسر معاقي صـعوبات

التواصل على التعامل مع أبنائهم داخل بيئة بيتهم ومحيطهم الاجتماعي دون الانفصال عن الأسرة واللجوء إلى مؤسسات مغلقة.

- العمل على توثيق العلاقة بشكل اكبر مع الفئة الدينية والعشائرية لما لها من تأثير كبير على المجتمع المحلي وبالأخص المجتمع الريفي الفلسطيني.

توصيات تتعلق بالحكومة الفلسطينية

- على الحكومة الفلسطينية أن تتبنى مشكلة الإعاقة على ان تكون من مقدمة سلسلة أولوياتها في البرامج التنموية المجتمعية، بدعمها للمبادرات التنموية المحلية، بان تخصص من الضرائب العامة لصالح المعاقين، وتحديد جزء من الميزانية العامة لخدمات التأهيل.
- أن تتبنى الحكومة العاملين في البرنامج المبني على المجتمع المحلي على أنهم موظفين عاملين فيها يتمتعون بميزات الموظف الحكومي، من رواتب جيدة، وتأمينات صحية، وغيرها من المزايا لمساعدة البرنامج على الاستمرارية والديمومة في العطاء للمحافظة على حقوق ودعم المعاقين في المجتمعات المحلية.
- أن تلزم الحكومة أصحاب المباني والإنشاءات على توفير جميع الخدمات داخل المباني لتلاءم حاجات المعاقين، وكذلك بالمثل وزرة المواصلات توفير احتياجات المعاقين في استخدام مواصلات خاصة بهم.

3.5 مقترحات بحثية

هذه الدراسة لتقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي العامل في شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيه.

بناءا على النتائج التي تم التوصل إليها ومن خلال استنتاجات الباحثة فإنها ترى بضرورة إجراء بعض الدراسات التي تتعلق في المشاكل أو الصعوبات التي يواجهها العاملين في مثل هذه البرامج التنموية. لأنها تعد من أهم وانجح البرامج المجتمعية التي تساعد فئة المعاقين من المجتمع وتدعمهم بواسطة جهود العاملين فيها. كما وترى الباحثة ضرورة إجراء دراسات عن قدرة البرامج المجتمعية على الاستمرارية والديمومة في حالة غياب التمويل الخارجي من المؤسسات والوكالات الأجنبية، كما يمكن اقتراح إجراء دراسة عن إمكانية وزارة المواصلات ووزارة الإنشاء والمباني على التعاون في سن قوانين تلزم أصحاب المباني والإنشاءات على توفير مباني تساعد المعاقين على التنقل فيها. والموصلات على إمكانية استخدامها.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- إبراهيم، م، (2009): واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية (unrwa) في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة – الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- أبو الحلاوة، أ، (2004): فاعلية التأهيل المبني على المجتمع المحلي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، رسالة غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العربية، عمان، الأردن.
- أبو الغد، إ، (1960): التقويم في برامج تنمية المجتمع: مبادئ وخبرات – سرس الليان – المركز الدولي للتربية الأساسية في العالم العربي، ص12.
- الإغاثة الطبية الفلسطينية، برنامج التأهيل المبنى على المجتمع المحلي
  - http://www.pmrs.ps/lastlatemplat.php?id=17
- برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، (معد)، (2009): تقييم احتياجات المعاقين عقلياً وعائلاتهم، جنين – الضفة الغربية. فلسطين.
- برنامج التأهيل المجتمعي – لبنان (1997). http://www.vintob.com/cbr/
- بندك، ل، (معد)، (1999): نحو سياسات واستراتيجيات التأهيل في فلسطين، وقائع ورشة العمل الوطنية، 16، 17 كانون الأول/ ديسمبر 1999، اللجنة المركزية الوطنية للتأهيل، القدس. ص135-ص136.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني – وزارة الشؤون الاجتماعية – تقرير المؤتمر الصحفي، مسح الإعاقة الفلسطيني، حزيران / يونيو – 2011.
- الخطيب. م، (2001): الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، الطبعة الأولى، مركز التميز الأردني- التربية الخاصة، ص33http://www.josece.com/10.html
- الخطيب، ج، وآخرون، (2001): الدليل الموحد لمصطحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، المنامة، البحرين: مجلس وزارة شؤون العمل والشؤون الاجتماعية بدون مجلس التعاون لدول الخليج العربية، ص33.
- د. الغرير. أ: التأهيل المجتمعي في الأردن، المعهد الوطني للتأهيل المجتمعي في الأردن – المقالات. http://www.spneeds.org/ar/articles:action=show-id-687.html

- داؤود، ع، (2006): الإعاقة من التأهيل إلى الدمج، مقدمة حول التأهيل في المجتمع المحلي للأشخاص المعوقين، منظمة العمل الدولية، مؤسسة مصطفى قانوصة للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان. ص35، ص30، ص02، ص311.
- الرحمن، م، (1999): سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، ص10، ص15.
- الزعمط، ي، (2005): التأهيل المهني للمعاقين، الطبعة الثانية، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- زيدان. م، وآخرون، (1976): سيكولوجية الإدارة المدرسية والإشراف الفني والتربوي – القاهرة، مكتبة غريب، ص125.
- سالم. ي، (1997): التأهيل المهني والإجتماعي للمعاقين، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان، الأردن.
- السلطة الوطنية الفلسطينية – الهيئة العامة للإستعمالات – مركز المعلومات الوطني الفلسطيني. القوانين والتشريعات، قانون رقم 4 سنة 1999 قانون حقوق المعوقين.http://www.pnic.gov.ps/arabic/law/law=makeen.html,2011/10/5
- السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة العامة للإستعلامات، مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، الشؤون الاجتماعية.
  - http://www.pnic.gov.ps/arabic/social/palestineland 13.html,2011/10/5
- شاهين. ع، النواووي. م (2009): مبادئ التأهيل المرتكز على المجتمع (التأهيل المجتمعي).
- عبيد، م، (2000): مقدمة في تأهيل المعاقين، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- عيد. م، (1986): مفاهيم التقويم وأسسه –مجلة التقويم التربوي- الكويت المركز العربي للبحوث التربوية لدول الخليج، ص10، ص38.
- غباري، م، (2003): رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية رعاية المعاقين، 14 ش دينوقراط، الأزارطية، الاسكندرية، ص103،ص136، ص137.
- فهمي، م، (2005): التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، المكتب الجامعي الحديث، شارع سويتر كليوباترا مدخل (أ)، ص71، ص72، ص371، ص373، ص375، ص379.
- اللجنة الإقليمية للتأهيل – برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي – فلسطين.http://www.cbr-center.org.ps/services-3.html-,2009/3/16
- اللجنة الإقليمية للتأهيل في منطقة الشمال- كانون أول (1994)، (معد): دراسة لـ 22 قرية فلسطينية في منطقة جنين مع إهتمام خاص باحتياجات الأشخاص المعاقين، جنين، فلسطين، ص7.

- مجاهد. ه، فهمي. ن، (1974): أسس تقويم الأسلوب التكاملي في التنمية الاجتماعية، المجلة الاجتماعية القومية –القاهرة- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية- العدد الثالث، المجلد الحادي عشر، ص398.
- مجموعة نوردك الاستشارية (NCG) (معد)، (2009): تقييم برنامج التأهيل في الأراضي الفلسطينية المحتلة، الأردن، ولبنان، القدس – فلسطين.
- مختار. ع، (1982): التخطيط للرعاية الإجتماعية ـ القاهرة ـ معهد التخطيط القومي ـ مذكرة رقم 776، ص44.
- المعايطة، القمس، (2005): التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة، الطريق للنشر والتوزيع، ص56، ص54.
- المعايطة، د، (2006): التأهيل المجتمعي (فلسفته، مبادئه، مفهومه، آليات تنفيذه، تجاربه)، الطبعة الأول، الحامد للنشر والتوزيع، الرياض، ص21، ص29، ص30، ص47.
- منسي. م، (1987): قراءات في علم النفس –الاسكندرية- المكتب الجامعي الحديث، ص103.
- ناشد، عبد الرحمن، خطاب، (1984): الرعاية الاجتماعية للمعاقين، الأنجلو المصرية للطبع والنشر شارع محمد فريد، القاهرة، ص38.
- نشرات الإغاثة الطبية الفلسطينية – جمعية أصدقاء المريض الخيرية – جنين.
- نشرات الإغاثة الطبية الفلسطينية – جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني – نابلس – خلة العامود – قلقيلية – طولكرم.
- نيلسون، أ، قطينة، م، (معدان). (كانون أول/2005): تقييم برنامج التأهيل المجتمعي في فلسطين من منظور الأشخاص المعاقين أنفسهم. دباكونيا/ ناد. القدس.
- ورنر. د، (1992): رعاية الأطفال المعوقين، دليل شامل للعائلة وللعاملين في إعادة التأهيل وصحة المجتمع، النسخة العربية من ورشة الموارد العربية.

المراجع الأجنبية

- Abu Khader, N. (2009): " Assessment of Rehabilitation Services in the north districts of West Bank in Palestine". An- najah National University, Palestine. (published master thesis).
- AL Yassir, S. (2004). " External Evaluation of the community based Rehabilitation. Jarash camp, Amman, Jordan, By Atlas, Jordan.
- http://www.norad.nolenltools.and-publications/publications/pubilication?key=117279.2001/12/12.
- Armstrong, T. "Evaluation, Chang, and community works Op. Cit, p.212.
- Community Based Rehabilitation- Wikipedia, the free encyclopedia. http://en.wikipedia.org/wiki/community:based-rerehabilitation.
- Dr. Abu Jaber, M.(2010). 9 july" Evaluating the Community Based Rehabilitation (CBR) program (Integrating the Disabled in Local Community Centers, Al'- Baqa "Applied University, Princess Rahma University College.
- Epstein, I. Tripodi, T, fellin, F. "Community Development Programs and their Evaluation" Community Development Journal, London, Vol.8, No.1, P.32.
- Helander, E. (1993). "Prejudice and dignity" An Introduction to community- Based Rehabilitation, UNDP. New York: united nations; P.175-182.
- Hope, A and Timmel,S. (1992). "Training for Transformations, A Hand book for community workers, 3 books, Mambo press, Zimbabwe.
- Johnson, S. Latha, D. and Metilda. (2004), "Needs assessment of programs integrating community based Rehabilitation in to health activities. "Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. Volume 15. Issue1. P.69.
- Marella, M. May (2010), "Evaluation of Community based rehabilitation (CBR) services at Cambodian development mission for disability (CDMD), cbm, center for eye Research Australia.
- O'Tool,B. (1991), "Guide to Community- Based Rehabilitation, UNISCO, Paris.
- Sharma, M. (2004). " viable methods for Evaluation of community – Based Rehabilitation, 26 (6) P, 326-334.

- Sharma, M. and Deepak, S. (2001). "Disability and Rehabilitation. Taylor and frances.
- Suchman, (1967). "Evaluation Research: Principles and Practice in Public Service and social Action program, Op.cit P.16- P.27.
- Thomas, M. (1990). " BR – what Do We Understand By It''. ACTIONAID Disutility News; 1 (1): P3.
- Wehman, P. Barcus, M.and Wilson, K. (2002): A survey of traning and technical assistance needs of community – based rehabilitation providers, Richmond: Virginia common weath university, Rehabilitation Reach and Training Center.
- World Health Organization (who)- SHIA, (1992), Community- Based Rehabilitation, as we have experienced, 2parts, who, Geneva.
- World Health Organization (who), (2004) "Meeting Report on the development of guidelines for Community Based Rehabilitation (CBR) programs. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (WHO). (2004): " (BR Guidelines IST Meeting 01-02 November, Geneva, Switzerland.
- Zhao, T. (1999). " Evaluating Community Based Rehabilitation: Guidelines for Accountable Practice. China Rehabilitation Research Center. http://www.difn.ne.jp/doc/english/resource/z00021/20002101.htmL.

ملحق رقم 1.3: تحكيم الاستبانة

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الأستاذ الدكتور: ..... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله،،،

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان (**تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في محافظات الشمال من وجهة نظر العاملين فيه)**

وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في برنامج التنمية الريفية / بناء مؤسسات وتنمية بشرية في جامعة القدس.

ولأغراض هذه الدراسة فقد قامت الباحثة ببناء الاستبانة المرفقة وتطويرها وهي مكونة من ثلاثة أقسام: القسم الأول: يتعلق بمقدمة الاستبيان. القسم الثاني: يتعلق بالمعلومات العامة.

القسم الثالث: يتكون من مجموعة فقرات عن تقييم برنامج التأهيل موزعة على عدة أبعاد.

علما بأن الإجابة عن فقرات الاستبانة ستكون وفقا لتدرج ليكرت الخماسي على النحو الآتي:

كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	منخفضة	منخفضة جداً
5	4	3	2	1

وقد قامت الباحثة ببناء استبانه خاصة بهذه الدراسة وتطويرها من خلال مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات المتعلقة بالموضوع.

وبما أنكم المختصون والمهتمون في هذا المجال يسر الباحثة أن يضع بين أيديكم هذه الاستبانة في صورتها الأولى راجين منكم التكرم بقراءة فقراتها وتحكيمها من حيث:

1. مدى إنتماء الفقرة للمجال الذي تندرج تحته، وملاءتها لموضوع الدراسة.
2. شمولية المجال الواحد، ووضوح الفقرات وسلامتها العلمية واللغوية.
3. الإضافة أو الحذف أو التعديل كما ترونه مناسباً.
4. أية ملاحظات أو اقتراحات أخرى.

هذا وسيكون لآرائكم وتوجيهاتكم الأثر الفعال في تطوير الأداة وإخراجها بصوره ملائمة، لذا نرجو الباحثة إبداء رأيكم في كل فقرة من فقرات الأداة وذلك بوضع إشارة (X) في الحقل الذي ترونه مناسبا وتدوين ملاحظاتكم (حذف، إضافة، تعديل، دمج، إعادة صياغة) ودرجة موافقتكم على فقرات الأداة.

شاكرا لكم تعاونكم مع وافر إحترامي وتقديري واعترافي بغزير علمكم

ملحق رقم 2.3: أسماء المحكمين للاستبيان:

الرقم	اسم المحكم	المؤسسة
1-	الدكتور بسام بنات	جامعة ابوديس
2-	الدكتور الياس ضبيط	الجامعة العربية الامريكية
3-	الدتور مالك قطينة	ديلكونيا – القدس
4-	الدكتور عبد الوهاب الصباغ	جامعة ابوديس
5-	الكتور شاهر العالول	
6-	الأستاذ عبدالله شريف سعيد	متقاعد

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الباحثة ندى حداد

ملحق رقم 3.3: الاستبانة

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس / عمادة الدراسات العليا

برنامج التنمية المستدامة/ بناء مؤسسات وتنمية الموارد البشرية

تحية طيبه وبعد،،،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان

(تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في محافظات شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيه)

وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التنمية الريفية المستدامة/تخصص بناء مؤسسات وتنمية الموارد البشرية من جامعة القدس، وعليه فقد طورت الباحثة استبانه مكونة من قسمين أقسام، القسم الأول خاص بالبيانات العامة، والثاني خاص بمحاور الدراسة والتي تشمل مجموعة فقرات تقيس كفاية البرنامج، والثاني على مجموعة فقرات عن مدى ملائمة وترابط البرنامج بحاجات المعاقين داخل مجتمعهم المحلي والثالث فقرات تقيس مدى فاعلية البرنامج، والرابع الفقرات التي تقيس مدى تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية، والخامس الفقرات التي تقيس قدرة البرنامج على الاستمرارية والديمومة.

الرجاء الإجابة على فقرات الاستبانه بصدق وموضوعية، علماً بان المعلومات التي ستدلي بها ستوظف لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة: ندى مطيع حداد

التاريخ / / 2010

إشراف: الدكتور ربيع عويس

❖ القسم الأول: البيانات العامة

عزيزي الموظف: يحتوى هذا القسم على المعلومات الخاصة بك، من فضلك ضع إشارة (X) في الخانة التي تلاؤمك مع الشكر:

1.	الجنس	1. ذكر □ 2. أنثى □
2.	سنوات الخبرة	1. أقل من 5 سنوات □ 2. من 5 إلى 10 سنوات□ 3. من 11 إلى 15 سنة □ 4. من 15 سنة فأكثر □
3.	العمر	1. اقل من 30 سنة □ 2. من 30 إلى 40 سنة □ 3. من 41 إلى 50 سنة □ 4. 50 سنة فأكثر □
4.	الحالة الزوجية	1. أعزب □ 2. متزوج □ 3. مطلق□ 4. أرمل□
5.	المسمى الوظيفي	----------
6.	الدخل الشهري	1. 1000فأقل □ 2. 1000-1500 □ 3. 1501-2500 □ 4. 2500 فأكثر □
7.	المؤهل العلمي	1. ثانوية عامة فأقل □ 2. دبلوم □ 3. بكالوريوس □ 4. ماجستير فأعلى □

❖ القسم الثاني: محاور الدراسة

الرجاء قراءة العبارات التالية والتي تشكل فقرات الاستبيان، وأن تحدد حسب رأيك إلى أي درجة يقوم التأهيل المجتمعي ببناء مجتمع شامل للجميع وقادر على استيعاب الفروق في القدرات بين افرادة, وذلك بوضع إشارة (X) في المكان المناسب:

الرقم	الفقرة	درجات التقييم				
		كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	منخفضة	منخفضة جدا
أولا:	**كفاية برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي:**					
.1	يمتلك البرنامج إدارة ذات خبرة في تسيير النشاطات التاهيلية.					
.2	يمتلك البرنامج إدارة ذات معرفة واسعة في تسيير النشاطات التاهيلية.					
.3	توجد قوانين وأنظمة تيسر عملية التأهيل في البرنامج.					
.4	يتمتع البرنامج بوجود عاملي تأهيل وأخصائيين ذا مؤهل علمي مناسب.					
.5	يتمتع البرنامج بوجود عاملي تأهيل و أخصائيين ذا خبرة مناسبة وكافية.					
.6	توكل المهام للعاملين حسب التخصص والخبرة.					
.7	يتم توفير وسائل النقل للعاملين أثناء تأدية العمل.					
.8	يعتمد برنامج التأهيل المجتمعي على سياسة تقليل الاعتماد على الأدوات المساعدة المكلفة واستبدالها بالتقنيات المحلية الغير مكلفة.					
.9	الراتب الذي يتقاضاه العامل في برنامج التأهيل المجتمعي يتناسب مع المهام والواجبات التي يقوم بها					
.10	سياسة إدارة البرنامج غير مقيدة للحرية و تعطي للعامل فرصة للمشاركة في اتخاذ القرار.					
.11	زيادة عبء العمل تؤدي إلى شعور العامل بعدم الانجاز المناسب في عمله.					
.12	تقوم إدارة البرنامج بعقد دورات تدريبية كافية للعاملين.					
.13	يتلقى العاملين مكافئات وعلاوات بشكل عادل.					

14.	سياسة البرنامج غير مقيدة للحرية و تعطي للعامل فرصة للمشاركة في اتخاذ القرار					
ثانيا	ملائمة أنشطة البرنامج المجتمعي بحاجات الأفراد ذوي الإعاقة داخل مجتمعاتهم المحلية					
15.	يهتم العاملين في البرنامج بالظروف الاجتماعية الخاصة بالإفراد ذوي الإعاقة.					
16.	يبحث العاملين في البرنامج بالشؤون النفسية الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم.					
17.	تتلاءم الخدمات التاهيلية مع قدرات الأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية والعقلية والبيئية والمحيطة بأسرهم.					
18.	توجد مشاركة فعلية للإفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مناقشة خطط التأهيل الملائمة لهم مع فريق العمل التاهيلي.					
19.	يقوم البرنامج بتوفير التحويلات الطبية اللازمة للأفراد ذوي الإعاقة.					
20.	يتبنى البرنامج أنشطة كافية للكشف المبكر عن الإعاقة.					
21.	يساعد البرنامج في توفير الأجهزة المساعدة الكافية والمناسبة للفرد ذوي الإعاقة.					
22.	ينسق البرنامج مع المؤسسات التعليمية لالتحاق الأطفال ذوي الإعاقة بالتعليم المدرسي المناسب.					
23.	يحصل جميع الأفراد ذوي الإعاقة في البرنامج على الخدمات الطبية اللازمة بحسب حاجاتهم الصحية.					
24.	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة داخل منازلهم.					
25.	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة في الأماكن العامة					
26.	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة في المواصلات العامة.					
27.	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة في المؤسسات الحكومية.					
28.	مساهمة البرنامج في إجراء تعديلات تلاءم الأفراد ذوي الإعاقة في المؤسسات التعليمية.					
29.	يعمل البرنامج على تأهيل ذوي الإعاقة مهنيا.					

.30	يعمل البرنامج على تأهيل ذوي الإعاقة تشغيليا.					
.31	يساعد البرنامج في توفير فرص عمل ملائمة للأفراد ذوي الإعاقة					
.32	المساعدة في تنظيم النشاطات الرياضية للأفراد ذوي الإعاقة.					
.33	المساعدة في تنظيم النشاطات الترفيهية للأفراد ذوي الإعاقة.					
.34	يتم إعداد الأفراد ذوي الإعاقة للقيام بالمهارات اليومية في سد احتياجاتهم الخاصة.					
ثالثا	**فعالية البرنامج المجتمعي**					
.35	يتم وضع أهداف البرنامج التاهيلي مسبقا من قبل فريق العمل وإدارة البرنامج.					
.36	تكون الأهداف واقعية في إطار العوائق القائمة في مجتمع الفرد ذوي الإعاقة.					
.37	يتم شرح مفصل عن وضع الفرد ذوي الإعاقة لاسرتة وكيفية التعامل مع وضعة داخل بيئته المحلية					
.38	يوفر البرنامج المعلومات لذوي الإعاقة بوسائل يستطيعون فهمها واستعمالها مثل لغة بريل.					
.39	قدرة العاملين في البرنامج على التواصل مع ذوي صعوبات التواصل مثل لغة الإشارة.					
.40	يضمن البرنامج حق التعبير لذوي الإعاقة عن احتياجاتهم بشكل منهجي.					
.41	يعمل البرنامج على مساعدة ذوي الإعاقة في تنظيم أنفسهم في مجموعات مساعدة ذاتية.					
رابعا	**تأثير البرنامج على المواقف المؤسسية والمجتمعية**					
.42	يسعى العاملين في البرنامج لإشراك المجتمع في برامج تدريب ذوي الإعاقة.					
.43	يتم التنسيق مع مؤسسات المجتمع المحلي ذوي في الخدمات التأهيلية.					
.44	تهيئة الأفراد الغير معاقين في المجتمع المحلي للتعامل مع ذوي الإعاقة دمجهم في المجتمع وبعدها.					

45.	يسعى البرنامج في تفعيل القيادات الدينية في دعم حقوق ذوي الإعاقة.					
46.	يسعى البرنامج في تفعيل القيادات العشائرية في دعم حقوق ذوي الإعاقة.					
47.	يسعى البرنامج في إشراك مجالس البلديات المحلية في دعم حقوق ذوي الإعاقة.					
48.	يقوم العاملين في البرنامج ببرامج توعية محلية داخل المجتمع المحلي المتعلق بالأفراد ذوي الإعاقة.					
خامساً: قدرة البرنامج على الإستمرارية والديمومة						
49.	يستطيع البرنامج تامين الموارد الكافية لتنظيم انشطتة التاهيلية.					
50.	يشترك المجتمع المحلي بمساهمة كافية في تمويل البرنامج.					
51.	يعتمد البرنامج في التمويل على الوكالات الأجنبية.					
52.	يساهم الحكم المحلي في المساعدة بتمويل بعض النشاطات التاهيلية.					
53.	يمتلك البرنامج إستراتيجية موثقة لاستقطاب الداعمين للبرنامج لضمان الاستمرارية.					
54.	لدى البرنامج قدرة تخطيطية على تقدير احتياجات ذوي الإعاقة للعمل على سده.					

انتهت فقرات الإستبانة مع الشكر

ملحق رقم 4.3: كتاب تسهيل المهمة

بسم الله الرحمن الرحيم

معهد التنمية المستدامة

Institute of Sustainable Development

التاريخ: 2/11/2022

الى من يهمه الأمر،،

الموضوع: افادة طالب

تحية طيبة وبعد،،

يفيد معهد التنمية المستدامة- جامعة القدس ان الطالب ..... ورقمه الجامعي.....20817578. مسجل في برنامج الدراسات العليا لتخصص بناء المؤسسات والتنمية البشرية للفصل الدراسي الأول للعام الأكاديمي 2010-2011 ويقوم حاليا بإعداد رسالة الماجستير بعنوان:

..... تقييم برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي

:العاملين في محافظات شمال الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فية

يرجى من حضرتكم الإيعاز للمعنيين تقديم المساعدة الممكنة له لاستكمال دراسة الماجستير.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

د. زياد قاسم

مدير المعهد

Jerusalem – Abu Deis
Tel / Fax: 009722790345
P.O.Box: 51000, 20002
email: Info@srd.alquds.edu

القدس- أبوديس
تلفاكس 009722790345
ص.ب: 51000 او 20002
البريد الالكتروني: Info@srd.alquds.edu

فهرس الملاحق

فهرس الأشكال

فهرس الجداول

فهرس المحتويات