



عمادة الدراسات العليا  
جامعة القدس

واقع التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين حركيا في فلسطين من  
وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين في بعض المراكز التأهيلية

أشواق عبد اللطيف جمال عمر

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1431 هـ - 2010 م

واقع التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين حركيا في فلسطين من  
وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين في بعض المراكز التأهيلية

إعداد الطالبة:

أشواق عبد اللطيف جمال عمر

إشراف الدكتورة:

سهير سليمان الصباح

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي  
والتربوي من عمادة الدراسات العليا / جامعة القدس

1431 هـ – 2010 م



عمادة الدراسات العليا  
جامعة القدس

### إجازة الرسالة

واقع التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر  
المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين في بعض المراكز التأهيلية

اسم الطالبة: أشواق عبد اللطيف جمال عمر  
الرقم الجامعي: 20714119

المشرف: الدكتورة سهير الصباح

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ / / من لجنة المناقشة المدرجة  
أسمانهم وتوقيعهم أنناه :

1. رئيس لجنة المناقشة : د. سهير الصباح  
2. ممتحنا داخليا : د. سمير شقير  
3. ممتحنا خارجيا : د. نبيل الجندي

القدس - فلسطين

1431 هـ - 2010 م

## إهداء

أهدي نتاج زراعة أيام وما تحويه الكلمات من نور ومعان ....  
إلى أرض تفوح برائحة الرجال ومنها انشد الطير للحرية الحان ..فلسطين  
أرض الأديان .  
إلى من أكسبت دماؤهم الأرض اخضرارا وبسواعدهم أصبح الليل للمغتصب رعبا  
وشرارا... الشهداء الإبرار .  
إلى عقول الحق وثورات الانتصار إلى من أشعلوا بصدور الجبناء  
النار... الأسرى الأحرار  
إلى من أحاطاني بالرعاية وكانوا لي سنداً لبلوغ أي غاية ... أبي وأمي كنزا  
السعادة .  
إلى من زينوا أيامي بالمودة ووجدت أيديهم تمتد لي عند الشدة...أخوتي جذور  
المحبة .  
إلى من يحبونني كحبهم لأبنائهم وكانوا لي دعما ...أقربائي المقربين .  
إلى من شاركتهم قصة تدعى الحياة بما فيها من فرح وكدر وعناء...أروع  
الأصدقاء  
إلى الوردة التي أزهرت بين ثنايا الحقول وجعلت حياتي تتسم بجنون  
معقول...ابنتي شيرين شمعة السكون .

الباحثة

## إقرار

أقرأ أنا مقدمة الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تمت الإشارة له حينما ورد، وأن هذه الرسالة أو جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع: 

التاريخ: / /

## شكر وعرافان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين سيدنا محمد وعلى  
آله وصحبه أجمعين. الحمد لله الذي أعانني ووفقني لإتمام هذه الرسالة .  
وانه لمن دواعي فخري واعتزازي بعد إنهاء هذا الجهد العلمي المتواضع أن  
أتقدم بالشكر والتقدير إلى الدكتورة سهير صباح التي أشرفت على هذه الرسالة  
ومنحتني الكثير من وقتها وعلمها وأمدتني بالأفكار والملاحظات حتى خرجت  
هذه الرسالة إلى النور .  
وأشكر لجنة المناقشة على تفضلهم بمناقشة هذه الرسالة وعلى ما قدموه من  
أفكار عملت على إثراء هذه الرسالة .  
ولا أنس شكري وتقديري العميق لأساتذتي بالجامعة الذين كانوا لي موجهين  
 ومرشدين ولم يبخلوا علي بوقتهم وخبرتهم. فلهم مني الاحترام والتقدير لسعة  
صدرهم طوال فترة انجاز الرسالة .  
كما أقدم كل الشكر لزملاء وأصدقاء كانوا لي دعما وسندا.. بهمتهم معي كبرت  
همتي ودعمهم لي كان دافعا لي .  
وأخيرا لا يفوتني أن أشكر أفراد عينة الدراسة الذين لم يبخلوا علي بوقتهم.

فجزى الله الجميع خير الجزاء

الباحثة

## واقع التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين في بعض المراكز التأهيلية

إعداد: أشواق عمر

إشراف: د.سهير الصباح

### الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على درجة واقع التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين في المراكز التأهيلية ، وعلاقة ذلك بعدد من المتغيرات منها العمر ودرجة الإعاقة للمعاق. والجنس والعمر والمؤهل العلمي للعاملين في المراكز التأهيلية. وصلة القرابة ومستوى الدخل لاولياء امور المعاقين ، ولتحقيق هدف الدراسة قامت الباحثة بتطوير أداة لقياس واقع التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين حركيا في فلسطين بعد استخراج صدقها وثباتها ، حيث تم تطبيقها على عينة تمثلت من المعاقين حركيا ومن العاملين في مراكز التأهيل ومن أولياء أمور المعاقين. بلغ حجمها (255) معاق حركيا، و(100)عامل وعاملة و( 145) ولي أمر.

وقد أظهرت الدراسة عدة نتائج أهمها : أن التأهيل الاجتماعي نال أعلى الدرجات من وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم للبرامج التأهيلية ثم التأهيل النفسي وأخيرا كان التأهيل المهني. أما العاملين فقد كان التأهيل النفسي بالمرتبة الأولى تلاه الاجتماعي والمهني.

كما انه كان هناك فروقا في وجهة نظر المعاقين نحو واقع التأهيل المهني تعزى لدرجة الإعاقة لصالح ذوي الإعاقة الشديدة. وفروقا تعزى لمتغيرات العمر والحالة الاجتماعية لكن الدراسة لم تجد فروقا في وجهة نظر العاملين نحو واقع التأهيل تعزى لمتغيرات العمر والمؤهل العلمي.

كما وجدت الدراسة فروقا في وجهة نظر أولياء الأمور لواقع برامج التأهيل تعزى لمتغير صلة القرابة ومستوى الدخل.

وكانت رؤية العاملين لواقع برامج التأهيل أعلى وأكثر ايجابية من المعاقين وأولياء أمورهم.

كما تم التعرف على أهم المشاكل التي تواجه المعاق في فلسطين وكان أهمها النظرة السلبية للمعاق من قبل المجتمع، صعوبة التنقل في المجتمع ومؤسساته، عدم توفر فرص عمل لهم. أما عن أهم المشاكل التي تحد من نجاح البرامج التأهيلية فكان أبرزها

عدم توفر الإمكانيات المادية اللازمة لنجاح برامج التأهيل، وعدم وجود دورات تدريبية تطويرية مستمرة للعاملين في مجال التأهيل ، وغياب المتابعة من قبل المؤسسات للمعاقين بعد تخرجهم من هذه المؤسسات .

بناء على نتائج الدراسة ومناقشتها تم اقتراح عدد من التوصيات أهمها :العمل على تطوير برامج التدريب والتأهيل بشكل دائم ومستمر من خلال متابعة التطور العالمي لهذه الخدمات وضرورة إشراك المعاقين وأولياء أمورهم في تخطيط برامج التأهيل وضرورة وجود آلية واضحة للتشغيل والمتابعة في سوق العمل المحلي.



**The physically handicap's psychological, social and profession rehabilitation in Palestine from the handicap and their parents' perspectives among rehabilitation centers.**

**Prepare : Ashwaq Omar**

**Supervise : Saheer Sabbah**

**Abstract**

The aim of this study is to represent the evaluation degree of the Palestinian handicapped psychological, social and professional rehabilitation, considering physically handicapped, parents and rehabilitation centers' workers' views along with a number of variables such as, the handicap's age and handicap degree, the rehabilitation center workers' age, sex and education, and the parents' income level and type of relation. In order to achieve the aim of this study, the researcher developed a standard to measure the psychological, social and professional rehabilitation's evaluation degree for Palestinian handicaps. After approving its validity, it is been applied upon a sample that consisted of handicaps, rehabilitation centers' workers and the handicaps' parents that reached 255 physically handicaps 100 workers(males and females) and 145 parents, On the other hand, the study showed the following results:

The social rehabilitation has scored the highest evaluation degree considering the handicaps and their parents; in the second place came the psychological rehabilitation then the professional rehabilitation. On the other hand, the rehabilitation centers' workers' psychological rehabilitation scored the first place followed by the social and professional rehabilitations.

While there were some handicaps' perspectives differences towards the rehabilitation status concerning the severe handicap, besides other age,

social status variables but the study did not find any workers' perspectives' differences towards rehabilitation status due to age and education variables. On the other hand, the study has reached some parents' perspectives towards rehabilitation programs status due to relation type and income level. While the workers' perspectives towards rehabilitation programs were higher and more positive than the handicaps and parents' perspectives. Moreover, the most important difficulties that face the Palestinian handicap have been recognized including, the negative attitude towards the handicap, transportation and movement difficulties among associations and shortage in job opportunities. But the most important difficulties that prevent the rehabilitation programs are the followings:

The absence of necessary financial supports for the rehabilitation programs success, the absence of continuous developing training courses for workers in rehabilitation field and the absence of handicap association's supervision after the handicap's graduation.

Depending on the study results and discussions a number of recommendations were presented as follows: Work on the rehabilitation and training programs continuously through following the international development for these services, involve the handicaps and their parents in rehabilitation programs planning and the existence of a clear supervision and execution mechanism among the local community.

## الفصل الأول

### مشكلة الدراسة وأهميتها

#### 1.1 المقدمة

#### 2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

#### 3.1 أهمية الدراسة

#### 4.1 أهداف الدراسة

#### 5.1 فرضيات الدراسة

#### 6.1 محددات الدراسة

#### 7.1 مصطلحات الدراسة

### مشكلة الدراسة وأهميتها

#### 1.1 مقدمة:

شهد العالم بعض التغييرات في نظرتة للأخلاقيات التي تسوده ، فالיום لم يعد عالمنا يتقبل وفاة أو إعاقة الملايين من الناس نتيجة وقوع أحداث طارئة أو مفاجئة، فأخلاقياتنا بدأت ترتفع بقدر ما أصبح لدينا من إمكانيات وقدرات جديدة. وأصبح العلم ينظر لحالات العجز والإعاقة نفس نظرة البشرية الراضة للعبودية والتفرقة العنصرية، وزاد إدراكنا لأهمية حقوق المعاقين في المجتمع، لأن هذه الفئة لها حق الحياة والنمو الصحي، فهم بحاجة للحماية في مراحل النمو المختلفة بكل الإمكانيات والقدرات المتوفرة، فإذا لم تبذل العناية الكافية بها أصبحت قوة معطلة في المجتمع وطاقة معطلة لعملية الإنتاج، ويؤدي عدم الاهتمام بعلاج مشكلات ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية إلى انحراف الكثيرين منهم لإحساسهم بالنقص ولشعورهم بالضيق من جراء نبذ المجتمع لهم (مخلوف، 1991).

لذا نرى أن هناك نموا تاريخيا لمرحل، التأهيل وانه تطور مع مرور الوقت نظرا للحاجة الماسة له. إذ منذ الستينات تصاعد الاهتمام العالمي وما يزال بقضية الإعاقة والمعاقين وتنامي الوعي الدولي بها خاصة مع صدور وثيقة حقوق الإنسان وإعلان حقوق الطفل وحقوق المعاقين لسنة 1975 والتي تضمنت مبادئ تأهيلية مستحدثة مثل أهمية الدمج الاجتماعي (Integration)، والمشاركة (Participation)، والفرص المتكافئة

(Equal opportunities) وكان طبيعيا تكثيف الجهود والدراسات لابتكار أساليب جديدة لتناول قضية الإعاقة والمعاقين، وهكذا تبلورت فكرة الخدمات التأهيلية (هلال، 2009).

وفي أواخر السبعينات قدمت منظمة الصحة العالمية بواسطة فريق من الخبراء نموذج تأهيل يهدف إلى تلبية احتياجات التأهيل الضرورية من موارد لدى الدول النامية مثل إفريقيا وAsia، ومع بداية الثمانينات تم تصور التأهيل وتطوره بشكل أساسي كطريقة لتقديم الخدمات مع التركيز على الخدمات الطبية، وقد أوصت منظمة الصحة العالمية على أن يتم دمج هذه الخدمة مع الرعاية الصحية الأساسية الموجودة بالفعل في معظم الدول النامية، وكنتيجة لذلك مالت برامج التأهيل إلى التركيز على اللجوء إلى القدرة الوظيفية لدى الأفراد المعاقين لكي يتم التوفيق بينهم داخل مجتمعاتهم، وخلال عقدي الثمانينات والتسعينات تطور برنامج التأهيل ليشمل التعليم والتدريب

المهني وإعادة التأهيل الاجتماعي وأساليب الوقاية من الإعاقة إلى جانب هذا فان التأهيل ليس فقط للتعامل مع المعاق كفرد فحسب، بل لتغيير البيئة التي يعيش فيها أيضا (هلال، 2009).

والفترة الأخيرة من القرن العشرين شهدت ملامح كبيرة للتغير الاجتماعي، واتسمت الحياة الاجتماعية بدنامية لم يشهد لها العالم مثيلا، وبعد تغير الاتجاهات التي كانت تسود العالم بالنسبة للعلاقات الإنسانية، وتحول الاتجاه إلى احترام الإنسان وتأكيد حقوقه في أن يعيش حياة كريمة، فكانت برامج الخدمة الاجتماعية التأهيلية نتيجة حتمية لهذا التطور في العلوم الإنسانية (مخلوف، 1991).

ولعل تزايد الاهتمام بتقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين يرجع إلى ارتفاع حجم مشكلة الإعاقة إذ تقدر نسبة الأفراد الذين لديهم إعاقات مختلفة بحوالي 10% من مجموع السكان الكلي في أي مجتمع (هلال، 2009).

لذا انطلقت فلسفة تأهيل المعاقين من التركيز على الفرد كإنسان يستحق العيش بكرامة واحترام في المجتمع الذي يعيش فيه. فالإنسان المعوق يعيش ضمن إطار اجتماعي يتأثر به ويؤثر فيه وبالتالي فان دمج المعوق في المجتمع مسؤولية اجتماعية عامة وليست قصرا على مجموعة من الأفراد أو المؤسسات، كذلك فان فلسفة التأهيل تؤكد أهمية انتقال الشخص المعوق من الاعتمادية إلى الاستقلالية قدر المستطاع وتعزيز ثقته بنفسه وثقة الآخرين بقدراته (الريحاني، 1985).

أما في فلسطين فقد شهد المجتمع الفلسطيني منذ عام 1987 زيادة في أعداد الجرحى والمعوقين نتيجة استمرار الاعتداءات الإسرائيلية المتكررة والتي طالت وتطال يوميا كل مناحي الحياة من قتل للنساء والأطفال والشيوخ تحت ستار حجة الأمن، حيث أصبح شعبنا الفلسطيني بأسره تحت قائمة الانتظار إما شهيدا، أو معاقا، أو أسيرا. وقد أشارت البيانات الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2006 أن 2.7% من الأفراد لديهم إعاقة واحدة على الأقل في الأراضي الفلسطينية، بواقع 2.9% في الضفة الغربية و 2.3% في قطاع غزة، وترتفع النسبة بين الذكور عنها بين الإناث (3.0%، 2.3% على التوالي). وبلغ عدد المعوقين في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية 69145) والمحافظات الجنوبية (قطاع غزة 39890)، وبذلك يكون العدد الإجمالي 109,035 معاقاً في جميع محافظات الوطن من عدد السكان الإجمالي (3634495) نسمة. من جانب آخر، أشارت البيانات الصادرة عن الجهاز في العام 2006 إلى أن 32.2% من الأفراد الذين لديهم إعاقة واحدة على الأقل لم يتلقوا خدمات طبية أو اجتماعية في العام 2005، بواقع (32.6% في الضفة الغربية و 31.2% في قطاع غزة)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين لديهم إعاقة واحدة على الأقل وتلقوا رعاية اجتماعية 4.9% في الأراضي الفلسطينية في العام 2005، وكانت النسبة أعلى في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية (6.6%، 4.1% على التوالي) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008).

هذه النسبة تعتبر من أعلى النسب في العالم ، وقد يعزى ذلك إلى أن المعاقين الفلسطينيين ومؤسساتهم يعيشون ظروفاً بالغة الصعوبة كباقي الشعب الفلسطيني الذي يمارس ضده أشنع صور القمع والتعذيب والحصار المشدد وبناء جدار الفصل العنصري الذي قطع أوصال الوطن وجعل منه سجوناً كبيرة تحاصر أبناء شعبنا وتمنعهم من الوصول إلى مراكز الخدمات والمدارس والجامعات وأماكن عملهم مما زاد من معاناتهم. ومنذ استحداث الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة في أواخر العام 1988 والتابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية تعمل جاهدة لحل مشاكل المعوقين ودمجهم في المجتمع تمثيلاً مع سياسة وزارة الشؤون الاجتماعية وقانون المعوقين رقم 4 / 1999. حيث تعنى الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة بشؤون المعوقين من جميع الجوانب الاجتماعية والرعاية والتأهيل في كافة أنحاء الوطن بالتعاون والتنسيق مع باقي الإدارات بالوزارة والوزارات الأخرى والمؤسسات ذات العلاقة لتحقيق أهدافها التي تسعى لتحقيقها من رعاية اجتماعية ، ومساعدة اقتصادية، وتأهيل طبي ومهني ، وتشغيل ودمج المعوقين في المجتمع من خلال الدوائر التالية:

1. دائرة الرعاية الاجتماعية: وتشمل الإعاقات بأنواعها البصرية والعقلية والحركية والسمعية والنطقية.
2. دائرة الدمج الاجتماعي: وتشمل قسم بطاقة المعاق، قسم التنسيق ومتابعة اللجان النوعية في الوطن.
3. دائرة التأهيل: وتشمل الأدوات المساعدة، والتأهيل المهني والتشغيل، وقسم التدريب (وزارة الشؤون الاجتماعية، 2004).

## 2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

يعتبر الفرد المعاق جزءاً لا يتجزأ من مجتمعنا الفلسطيني، فالمعاقون شريحة من شرائح المجتمع لهم دورهم ومكانتهم، فبالإضافة لإعاقات نتجت عن أسباب وراثية منذ الولادة، هناك معاقون أصيبوا بالإعاقة بتأثير بيئي كالحوادث وغيرها، كما يوجد نسبة كبيرة من معاقى الانتفاضة كانت إصابتهم ناتجة عن احتلال مريز ومقاومة قوية منهم من أجل بلدهم وحريتهم مما أدى إلى أصابتهم بإعاقات حركية الذي أثر على حياتهم وعملهم ونفسيتهم وعلاقاتهم الاجتماعية، وبعد مجيء السلطة الوطنية الفلسطينية عام 1994 برزت بعض المراكز التأهيلية التي وجهت عنايتها لهذه الفئة من المجتمع وقدمت لها العديد من الخدمات. وهذه الفئة تحتاج إلى الكثير من الاهتمام والرعاية، كي تتمكن من القيام بدورها القيادي والريادي والطبيعي في المجتمع وبناء مؤسساته، ولا يستطيع

أحد أن ينكر وجود طاقة كبيرة لدى أعضاء هذه الشريحة والتي يجب استغلالها والاستفادة منها في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع، فتعزيز قدرات المعاقين وتدعيم مواهبهم وإتاحة الفرص أمامهم للتعبير عن آرائهم وأفكارهم يزيد حتماً من إنتاجيتهم. وهذا الاهتمام والرعاية يحتاج إلى مؤسسات ومراكز تعمل على توفيره وتوجيهه الوجهة الصحية علمياً ومهنياً، ومن هنا برزت مشكلة الدراسة في التعرف على الخدمات التي توفرها مراكز التأهيل ومدى قيامها بواجبها وتحقيقها لأهدافها، إضافة إلى التعرف على كفاءة هذه المراكز لاستيعاب المعاقين وإعادة تأهيلهم، وتمثلت مشكلة الدراسة بالسؤال العام التالي:

\* ما واقع التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين في فلسطين من وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين في المراكز التأهيلية؟  
وقد انبثقت عن السؤال العام الأسئلة الفرعية التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية والعمر ودرجة الإعاقة؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين من وجهة نظر العاملين تعزى لمتغيرات الجنس والعمر والمؤهل العلمي؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين تعزى لمتغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل والتفاعل بينهما؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين تبعا لفئة المستجيب؟

### 3.1 أهمية الدراسة:

إن مجتمعنا الفلسطيني بحاجة إلى كل القدرات والإمكانات المتاحة لمواجهة ما يتعرض له من احتلال وحصار وبطالة، وإلى مشاركة كل الفئات والشرائح في هذا المجتمع في تقدمه وتطوره وبناءه، وما لا يمكن تجاهله هو دور شريحة المعاقين التي هي جزء لا يتجزأ من هذا المجتمع، ورغم أهمية الموضوع وضرورة الاهتمام بالمعاقين وعمل ما يمكن عمله لتأهيلهم ودمجهم في مجتمعهم إلا أنني لم أجد دراسات في فلسطين تلقي الضوء على هذا الجانب من حيث الاحتياجات

النفسية والمهنية والاجتماعية للمعاقين ، والتي من واجب المراكز التأهيلية العمل على تحقيقها. لذا تطمح الباحثة أن تلفت النظر إليهم لبذل قصارى الجهود لتقوية برامج التأهيل المتوفرة والعمل على تطويرها بشكل دائم ومستمر بما يتناسب مع قدرات المعاق وحاجاته وحاجات المجتمع الذي هو جزء منه، فأهمية الدراسة تتمثل في الجوانب التالية:

1. كون هذه الدراسة ستجرى على فئة مهمة من المجتمع الفلسطيني وهي فئة المعاقين حركيا الذين يشكلون شريحة كبيرة وهامة في المجتمع بلغ عددهم 42.181 ألف معاقا ومعاقة حسب إحصائيات جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني سنة 2007، وهم فئة كبيرة ومهمة يجب الاهتمام بها وعدم إهمالها لما لها من اثر كبير في تقدم المجتمع من جهة ، ولكي لا يشعروا بأنهم عالة على مجتمعهم.

2. تبرز هذه الدراسة دور برامج التأهيل المختلفة في تعزيز نظرة المعاق حركيا لنفسه من خلال تغيير نظرة المجتمع للمعاقين.

3. تعزز هذه الدراسة ميدان الدراسات العربية والفلسطينية بفضله التعرف على أهمية تأهيل المعاقين حركيا من عدة نواح ولفت النظر للبرامج التأهيلية والعمل على تحسينها.

4. كما وتبرز أهمية هذه الدراسة من خلال ما سينجم عنها من نتائج تفيد بعض المجالات التربوية والنفسية وبخاصة في مجال الإرشاد والتوجيه التربوي والنفسى إذ أنها ستساعد المرشدين النفسيين في إعداد الخطط والبرامج الإرشادية وفقا لحاجات المعاق وقدراته ومتطلباته .

5. تفيد هذه الدراسة المراكز التأهيلية التي تم تطبيق الدراسة فيها وذلك من خلال لفت نظرهم إلى نقاط القوة والضعف في البرامج المطبقة في مراكزهم ، والعمل على التطوير والتحسين لجني نتائج أفضل لكلا الإطراف .

#### **4.1 أهداف الدراسة:**

انبثقت هذه الدراسة للتعرف على واقع التأهيل النفسى والاجتماعى والمهني للمعاقين في فلسطين ومعرفة وجهة نظر المعاقين بالخدمات التأهيلية التي تقدم لهم، إضافة إلى وجهة نظر العاملين في هذه المراكز، وأولياء أمور المعاقين في هذه الخدمات، وبالتحديد فإنها ستحاول تحقيق الأهداف الآتية:

1. التعرف على واقع التأهيل النفسى والاجتماعى والمهني للمعاقين في فلسطين من وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين في المراكز التأهيلية تبعا لعدة متغيرات.

2. التعرف على مدى ملائمة برامج التأهيل النفسى والاجتماعى والمهني التي تقدمها مراكز التأهيل مع ميولهم واتجاهاتهم وقدراتهم من وجهة نظرهم.



3. التعرف على مدى استفادة الفرد المعوق من الخدمات التي تقدمها مراكز التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني في فلسطين.
4. التعرف على الصعوبات والمشكلات التي تواجه المعاق حركيا في مجتمعنا الفلسطيني والعقبات التي تحد من فاعلية البرامج التأهيلية .

### 5.1 فرضيات الدراسة:

من خلال أسئلة الدراسة انبثقت الفرضيات الصفرية التالية لفحصها:  
**الفرضية الأولى:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير العمر .

**الفرضية الثانية:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

**الفرضية الثالثة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

**الفرضية الرابعة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تبعاً لمتغير الجنس.

**الفرضية الخامسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تبعاً لمتغير العمر.

**الفرضية السادسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تبعاً لمتغير المؤهل العلمي .

**الفرضية السابعة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين تبعاً لمتغيرات صلة القرابة ، مستوى الدخل والتفاعل بينها.

**الفرضية الثامنة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين تبعاً لمتغير فئة المستجيب.

## **6.1 محددات الدراسة:**

اقتصرت هذه الدراسة على المحددات التالية:

**محدد مكاني:** طبقت هذه الدراسة في المؤسسات التأهيلية التالية : جمعية الشبان المسيحية (YMCA) ، الهلال الأحمر الفلسطيني ، مركز أبوريا للتأهيل ، مركز الأمل .

**محدد زمني:** أجريت هذه الدراسة في الفصل الثاني من العام الدراسي (2009/2008).

**محدد بشري:** تقتصر هذا الدراسة على المعاقين حركيا، وأولياء أمورهم، والعاملين في مراكز التأهيل المذكورة .

**محدد مفاهيمي:** المفاهيم والمصطلحات الواردة في هذه الدراسة.

**محدد إجرائي:** أدوات الدراسة من حيث صدقها وإجراءات تطبيقه والفئات المستهدفة وهم المعاقون وأولياء أمورهم والعاملين في المؤسسات التأهيلية.

## 7.1 مصطلحات الدراسة:

**التقويم (Evaluation):** قياس النتائج المرغوبة وغير المرغوبة الناتجة عن إجراء أو برنامج قصد به إحراز هدف ما له قيمة عند القائم به (الشناوي، 1997).

**المعاق (Handicapped):** هو كل إنسان يختلف عن يطلق عليه لفظ سوي جسميا ، أو عقليا ، أو نفسيا، أو اجتماعيا، إلى الحد الذي يستوجب عمليات تأهيلية خاصة، حتى يتحقق أقصى تكيف تسمح به قدراته وإمكاناته المتبقية. (عز الدين وبدران، د.س). والمعاق حركيا هو فرد يعاني نتيجة عوامل وراثية/ خلقية، أو بيئية مكتسبة من قصور جسمي يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية ( الميزر، 2008)

**الإعاقة (Handicapping):** هي حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة المرتبطة بعمره، وجنسه وخصائصه الاجتماعية، والثقافية، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية (البللوي، 2004)

**الإعاقة الحركية :** وهي الإعاقة الناتجة عن خلل وظيفي في الأعصاب أو العضلات أو العظام والمفاصل والتي تؤدي إلى فقدان القدرة الحركية للجسم نتيجة البتر، وإصابات العمود الفقري. (الطائي، 2008)

**التأهيل (Rehabilitation):** التأهيل لغة هو رد الاعتبار . فهو عبارة عن عملية إعادة تكيف الإنسان مع البيئة، أو إعادة الإعداد للحياة (فهمي، 2000). ويعرف بأنه استعادة الشخص المعوق لأقصى ما تسمح به قدراته من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية (الزارع، 2003). وبصورة عامة هو العمل على تزويد المعاق بالمهارات اللازمة للعمل والنشاط والى التوافق مع المحيط الذي يعيش فيه

**التأهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation):** مجموعة من الخدمات تهدف إلى مساعدة الفرد على التكيف والتفاعل بشكل ايجابي مع المجتمع (إبراهيم، 2007).

**التأهيل النفسي (Psychological Rehabilitation):** هو مساعدة المعاق على فهم وتقدير خصائصه النفسية وإمكاناته الجسمية والعقلية والوصول إلى أقصى درجة من التوافق الشخصي، وتطوير اتجاه ايجابي نحو الذات لتحقيق التوافق الاجتماعي والمهني .  
(RISK, 2003) .

**التأهيل المهني للمعاقين (Professional Rehabilitation):** هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهني ، والتدريب المهني والتشغيل ، مما يجعل المعاق قادرا على الحصول على عمل مناسب حسب قدراته واهتماماته والاستقرار فيه (شرف، 1982).

## الفصل الثاني

### الإطار النظري ودراسات السابقة

### الإطار النظري ودراسات السابقة

#### 1.2 مقدمة

إن عملية التأهيل المهني والاجتماعي للمعوقين واجب ومسؤولية تقع في الدرجة الأولى على المجتمع والدولة ممثلة بالمؤسسات الرسمية، وهو حق لجميع المعاقين بوصفهم مواطنين لديهم حقوق وعليهم واجبات، لذلك فإن توفير التأهيل الاجتماعي، والنفسي، والطبي والمهني، يصبح عملية مهمة للمعاق، من أجل مساعدته على التكيف مع المجتمع وتقبل ذاته ليصبح عضوا منتجا ومشاركا في البناء، بدلا من أن يكون مثيرا للشفقة وسلبيا ينتظر صدقات الآخرين، فالتأهيل يقوي ثقة المعاق في ذاته، ويزيد من تقبله لنفسه وتقبل الآخرين له، فمبررات التأهيل كثيرة أهمها أنها تعيد للمعاق كرامته واحترامه وتقديره لذاته، وبالتالي تساعد على التكيف مع المجتمع بمعناه الواسع، سواء أكان في مجال المهنة أم العلاقات الاجتماعية أم المجالات الصحية أم غير ذلك (بشير ومخولف، 1985).

هذا وقد كان نتاج الانتفاضات المتكررة عددا كبيرا من الجرحى الذين أصيب منهم بإعاقات إما دائمة أو مؤقتة، ومعظمهم من الأطفال أو الشباب الأمر الذي جعله من الصعب عليهم تقبل هذا الوضع الجديد من جميع النواحي الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، فمن الناحية الاجتماعية أصبح تقبلهم من قبل مجموعاتهم ورفاقهم أمرا صعبا خاصة لذوي الإعاقات التي تتطلب مساعدة في الحركة أو تقديم الخدمات مما جعلهم يصعبوا عبئا على هذه المجموعة، ومن الناحية النفسية أصبح لديهم رفض للواقع ومحاولة اضطهاد للذات، أما من الناحية الاقتصادية فقد أصبح المعاق يشكل عبئا اقتصاديا على الأسرة بعد أن كان في الغالب يشكل وسيلة مساندة أو دعم لهذه المؤسسة الاجتماعية (بيضون، 2002).

وعرفت منظمة العمل الدولية التأهيل المهني للمعاقين هو عملية مستمرة ومتراصة تتطوي على تقديم الخدمات كالتوجيه المهني، والتدريب المهني، والتشغيل، مما يجعل المعاق قادرا على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، وتختلف حالات الأفراد من حيث مدى حاجتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثر من تلك الأنواع في وقت واحد كالتأهيل الطبي، الاجتماعي، والمهني. وهناك من يعرف التأهيل على أنه أقصى استفادة ممكنة للفرد في جميع مجالات الحياة بحيث تتجمع فيه خدمات عديدة تقدم للشخص المعاق لتشمل الخدمات

الصحية، والتعليمية، والرعاية الاجتماعية، والتدريب المهني، والتوظيف، وكل ما يساعد المعاق على التوافق الاجتماعي أو إعادة التوافق. وهناك من يعرف التأهيل على أنه إعادة تكيف الإنسان مع البيئة أو إعادة الإعداد للحياة، فإذا كان اختلال تكيف الإنسان مقتصرًا على الناحية الطبية فإنه يحتاج إلى (التأهيل الطبي) أي استعادة أقصى ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية مثل حالات بتر الأطراف أو ضعف السمع أو البصر، أما إذا كان الإنسان بحاجة إلى إعادة تكيفه من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى (التأهيل النفسي) حيث يتناوله الأخصائي النفسي بالتعاون مع الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي التأهيل في أغلب الحالات، وإذا كان الاختلال في التكيف مع المهنة بسبب إصابته بعائق فإنه يحتاج إلى التأهيل المهني (عوض، 2001).

## 1.1.2 التطور التاريخي لتأهيل المعاقين

كانت النظرة للمعاقين في العصور القديمة تتسم بممارسات تتصف بالنبذ باعتبار الأشخاص المعوقين مساً من الشر وروح الشيطان بحيث يتوجب العمل على تنقية المجتمع من هذا الشر وذلك بالقضاء على المعوقين والتخلص منهم.

أما في العصور الوسطى اتسمت النظرة بنوع من التعديل الإيجابي نحو الأشخاص المعوقين في إطار من الشفقة والرعاية وذلك تمثيلاً مع روح التسامح التي واكبت ظهور الديانات السماوية الا أنه ورغم هذا التحول الإيجابي نحو المعوقين فلم ينفي ذلك استمرار بعض ممارسات الاضطهاد والعقاب والنبد في كثير من الثقافات وبشكل متفاوت. (الميزر، 2008).

وحيثما جاء الإسلام نادى منذ أربعة عشر قرناً ونيف بالمحافظة على المعاقين وأعطاهم حقوقهم كاملة في إنسانية أخاذاة، ورفق جميل، مما ابعده عن المعاقين شبح الخجل، وظلال المسكنة، فالرسول عليه الصلاة والسلام استطاع أن يزرع القيم الطيبة في النفوس ليس اتجاه أصحاب الإعاقات فحسب بل داخل أنفس أصحاب الإعاقات، فالإسلام تميز بنظرته الايجابية إلى المعاقين، فقد عنى الخلفاء وحكام المسلمين بالمعاقين، ويبدو ذلك واضحاً في اهتمام عمر بن الخطاب وعبد الملك بن مروان وغيرهم بتوفير الرعاية الاجتماعية للمعاقين، وقد بلغ اهتمام عمر بن عبد العزيز - رضي الله عنه - بهذا المجال لدرجة أنه حث على عمل إحصاء للمعاقين وخصص مرافقاً لكل كفيف، وخادماً لكل مقعد لا يقوى على القيام.

(الشربيني، 2004)

فنظرة الإسلام إلى المعاق تقوم على أسس عديدة أهمها حفظ كرامته، وحقه في المساواة والعدل، والعمل بحدود طاقاته واستعداداته، وأن على المجتمع واجب رعايته والاهتمام به.

وعليه نرى أن رعاية المعاقين في الإسلام تستند على حرية الإنسان وتحرره الوجداني، العدل والمساواة الإنسانية، الإحسان، التكافل الاجتماعي. (الميزر، 2008)

وفي العصور الحديثة تميز بظهور بدايات التأهيل المؤسسي التقليدي وذلك بإنشاء مؤسسات الرعاية والإيواء للأشخاص المعوقين إلا أنه وعلى الرغم من منظور العزل الذي كان يوجه أهداف إنشاء هذه المؤسسات فقد بدأت بعض البرامج التعليمية التأهيلية البسيطة التي كانت تمثل بدايات التأهيل المنظم الهادف من خلال المؤسسات الخيرية الشعبية و في القرن العشرين تعتبر فترة الحرب العالمية الأولى بداية الاهتمام الحكومي بتأهيل الأشخاص المعوقين وذلك نتيجة التوجه الشعبي نحو مواجهة مسؤوليات الرعاية والحماية والتأهيل للأشخاص المعوقين وذلك تقديراً لدورهم في العمليات الحربية بحيث أصبحت مسؤولية التأهيل لهذه الفئات مسؤولية وطنية وشهدت فترة ما بعد الحرب إنشاء العديد من المؤسسات التأهيلية واستصدار تشريعات الحماية والرعاية وبلورة القوانين الداعمة لحقوق الأشخاص المعوقين في الحياة والعمل (يوسف، 2005).

وبعد الحرب العالمية الثانية شهد تأهيل الأشخاص المعوقين انتعاشاً ملحوظاً باستحداث المئات من المؤسسات الطبية والتعليمية وبيوت الإيواء والتأهيل وتطور الدراسات والبحوث وتخصيص الميزانيات الحكومية لبناء المؤسسات التأهيلية المتخصصة لكافة الفئات والأعمار في العديد من البلدان

أما حالياً فإن التقييم الشامل لنتائج فترة ما بعد الحربين العالميتين أكد الحاجة إلى ضرورة البحث عن بديل يتلاءم مع ظروف وإمكانيات الدول الفقيرة التي لم تستطع أن تواكب المنهجية المؤسسية بسبب تدني الموارد وتصارع أولويات التنمية لديها . وهكذا فقد كانت بداية التفكير نحو طرح جديد يقوم على مفاهيم الدمج للخدمات التأهيلية في البنى العادية للمجتمع بما يحقق للشخص المعوق فرصة التكيف بعيداً عن العزل المؤسسي وبما يوفر إمكانية التفاعل مع المجتمع من خلال أدوار المشاركة المجتمعية في توفير الخدمات للغالبية العظمى من الأشخاص المعوقين وبحيث تبقى التخصصية المؤسسية ومجالاً لفئات محدودة تتطلبها طبيعة الإعاقة وقد تعززت هذه الفلسفة الجديدة من خلال البرامج والاستراتيجيات التي تبنتها المجموعة الدولية (أبوشرار، 2005).

إن أحد أهم الركائز التي تقوم عليها الاتجاهات الحديثة للتأهيل هو موائمة المجتمع لتقبل الإعاقة كواقع وفروق فردية وحقوق إنسانية وذلك من خلال النشاطات الموجهة نحو تحسين الوعي الاجتماعي وإزالة الحواجز ودعم دمج الأشخاص المعوقين في كافة مناحي حياة المجتمع وبهذا تكون الإجراءات التأهيلية للأشخاص المعوقين مجرد عوامل مساعدة لتحقيق الحد الأقصى من الدمج في المجتمع (أبوشرار، 2005).



## 2.1.2 الإرشاد النفسي ودوره في تأهيل المعاقين

الإرشاد النفسي هو عملية تقديم المساعدة للمعاق حركياً في اكتشاف وفهم وتحليل شخصيته نفسياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً وحل مشكلاته المرتبطة بإعاقته أو الناتجة عن الاتجاهات الاجتماعية لأفراد المجتمع نحوه حتى يحقق أفضل مستوى للتوافق مع إعاقته وتقبلها والتوافق مع مجتمعه . فالمعاق حركياً كانسان له متطلبات كثيرة ومتداخلة تفوق متطلبات الإنسان السوي فهو بحاجة ماسة لإرشاد خاص في جميع شؤون الحياة ، في رعاية صحية و إرشاد نفسي واهتمام تربوي خاص ، و إعداد مهني يتميز بالتخطيط والمناهج وفوق كل ذلك لابد من توعيته توعية روحية سلوكية تساعده على تقبل إعاقته وبذلك يصبح عضواً عاملاً وليس عالماً بل يساهم بما لديه من واجبات وحقوق بكل عزة وكرامة في بناء الكيان الاجتماعي لأسرته وأمته . (أبو شرار، 2005)

فالإرشاد من العلوم الإنسانية التي تهدف إلى خدمة الإنسان وسعادته ومساعدته للحصول على الطرق المختلفة التي يستطيع عن طريقها استخدام إمكانياته وقدراته ليتمكن من أن يعيش في أسعد حال ممكن بالنسبة إلى نفسه وإلى مجتمعه الذي يعيش فيه . (قطينة، 2000)

ويهتم المرشد في مجال الإرشاد النفسي بدراسة نفسية الشخص؛ لتحقيق التوافق الشخصي والتربوي والمهني والاجتماعي، وتحقيق الصحة النفسية وسعادة الفرد، والإعاقة موجودة في تكوين الإنسان؛ إذ يصاب بعض الأشخاص بقصور أو عيب في وظائفهم العضوية أو النفسية؛ بحيث يؤدي ذلك إلى خلل في عملية تكيف هذه الوظائف مع المحيط بالشخص، أو يصاب أحد أفراد العائلة بإعاقة في حياة الأسرة وتسبب قلقاً لها فتكون بحاجة إلى من يساعدها، مما يتطلب إجراءات تربوية تعليمية خاصة تنسجم مع الحاجات التي يتطلبها كل نوع من أنواع الإعاقة .

وللإرشاد دورٌ مهمٌ في التأهيل ومكافأة الفرص ودمج المعوقين اجتماعياً ونفسياً . (جامعة القدس المفتوحة، 2002) .

ولا شك في أن المعوق يحتاج إلى عون خارجي واعٍ؛ فالإعاقة قضية اجتماعية وليست حالة فردية وعلى المجتمع أن يدرك أن المعوقين جزء من المجتمع ولهم الحق في العيش حياة كريمة منتجة. وللتغلب على السلبيات الناتجة في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة لا بد من تكامل البرامج التربوية والتعليمية، والنفسية، والعلاجية. وللإرشاد النفسي أهمية بالغة في إزالة الآثار النفسية الناتجة عن الظروف غير العادية؛ وذلك برفع الروح المعنوية للمعوقين وتعديل الاتجاهات نحو الإعاقة في الأسرة والمجتمع ثم مساعدة الأسرة والقائمين على تربية وتعليم المعوقين على التكيف مع الحالة وتبصيرهم بالفرص المتاحة في تأهيل المعوقين وإرشادهم إلى الطرق التربوية والتعليمية المناسبة والاستفادة مما هو متاح في تحسين وضع المعوقين . (فسيسي، 2005).

الإرشاد خدمة واجبة لدعم الأسرة؛ لأن الأسرة عندما يكون لديها فرد معوق فإن الضغط تزداد عليها، ثم إنها تحتاج إلى خدمات الإرشاد الأسري التي تكون مهمة جداً للأسرة في البداية قبل نقل الخبر وبعده مباشرة؛ ثم تستمر أهمية الإرشاد طوال الحياة؛ لأن الأسرة بعد اكتشاف الحالة تكون في حاجة إلى معلومات عن الإعاقة وطرق المساعدة، ولقلة خبرتهم في ذلك فإن للإرشاد دوراً مهماً في مساعدة الأسرة وتبصيرها بما يملكه القائمون به من خبرات سواء كانت طبية أو علاجية أو تربوية أو تعليمية أو اجتماعية، ويساعدون الأسرة كذلك على كيفية التعامل مع الطفل المعوق. ولذا فإن الأسرة في أمس الحاجة إلى مرشد متخصص ذي خبرة ليساعدها على الحصول على أغلب الخدمات اللازمة. ولأن أغلب أسر ذوي الاحتياجات الخاصة لا يعرفون كيفية مساعدة أبنائهم أو الخدمات اللازمة لهم ولا يعرفون الفرص المتاحة لهم والخيارات الطبية والتربوية والتعليمية والنفسية، فإنهم لا يستفيدون من الخدمات المتوفرة.

(الواوي، 2006)

### 3.1.2 التّأهيل:

برزت فلسفة التّأهيل المهني مع تطور الصناعة، لتنتقل من بعدها إلى ميادين متعددة في الزراعة والطب والتربية وسواها، وتقوم هذه الفلسفة على احترام الفرد وتقديره والتعامل معه كوحدة قائمة بذاتها، والاعتراف بقدرته على التوافق والمرونة مع أوضاع العمل التي يوجد فيها. ويهدف التّأهيل المهني للاستفادة من قدرات الفرد وإمكاناته ومعاونته على استعادة قدرته على التنافس والإنتاج، كما يعمل على تنمية ثقة الفرد بنفسه والاستقلال بذاته، فهو يبتكر ويبني، لأنه يبحث عن استثمار جميع الإمكانيات والموارد التي تكفل تحقيق ما يهدف إليه (العبد الله، 2009).

لقد تضافرت جهود العلماء والمفكرين في سبيل توفير برامج التّأهيل التي تساعد الفرد المعوق على استرداد أقصى ما يمكن من إمكانياته في الحياة، وذلك بتنمية ما يتبقى لديهم من قدرات لأقصى ما يمكن، ويعمل الأطباء والمهندسون والاجتماعيون على البحث فيما يساعد الفرد المعوق من وسائل تكنولوجية واجتماعية ونفسية كي يحيا في بيئة مناسبة، ويقوم بأنشطته اليومية بأقل جهد ممكن (جرار، 1999).

مع قدوم السلطة الوطنية عام 1994 إلى أرض الوطن، ومباشرتها القيام بمهامها، وتشكيل الوزارات المختلفة، ومن ضمنها وزارة الشؤون الاجتماعية، والتي تم تحديد اختصاصها وهيكلتها، تم إنشاء الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة عام 1998، وهي إدارة تهتم بشؤون المعوقين، وذوي الاحتياجات الخاصة. وقد أخذت الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة على عاتقها ومنذ إنشائها اقتراح تشريعات قانونية جديدة ومتطورة تضمن للمعوقين حقوقهم الخاصة والعامة وتضمن

مستقبلهم ومساواتهم مع أبناء المجتمع كشريحة فاعلة لها نفس الحقوق وعليها نفس الواجبات بحدود ما تسمح به قدراتهم، ودمجهم في المجتمع وسوق العمل ومشاركتهم في بناء السلطة الوطنية الفلسطينية. لقد جاء قانون حقوق المعوقين رقم (4) لسنة 1999 ثمة لعمل الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة وبالتعاون مع الجهات المعنية والوزارات المختلفة، حيث تم إقرار القانون بتاريخ 1999/8/4 والمصادق عليه من قبل سيادة رئيس دولة فلسطين بتاريخ 1999/10/10.

وقد كان من الفصل الأخير مادة رقم (19) التي تلزم مجلس الوزراء في السلطة الوطنية الفلسطينية بإصدار لوائح تنفيذية من أجل تنفيذ بنود القانون. من هنا قامت الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة والإدارة العامة للتخطيط والمتابعة في الوزارة بالتنسيق مع الوزارات الأخرى المعنية والمؤسسات الأهلية بإعداد مسودة مشروع اللائحة التنفيذية للقانون وإرسالها إلى ديوان الفتوى والتشريع من أجل تدقيقها ومراجعتها قبل رفعها لمجلس الوزراء للمصادقة عليها. ومن باب تكثيف الدور الإعلامي للحصول على الحقوق الكاملة للمعاقين بادرت الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة بالتنسيق مع سكرتارية الخطة الوطنية للطفل الفلسطيني وبدعم من المؤسسة الحكومية السويدية (سيدا) بترجمة هذا القانون إلى اللغة الإنجليزية (منشورات وزارة العمل، 1999).

يعد التأهيل والتدريب المهني أسلوباً من أساليب مواكبة التطور المعرفي والتقني التي يجب تزويد الفرد بها، وقد بات لزاماً عليه أن يتابع نتائج هذه التطورات وينتقي لنفسه المعارف والخبرات التي تفيده في مجال عمله، والتي تشبع رغباته الذاتية نحو علم ما. ويعدّ مفهوم التدريب المهني في الوقت الحاضر أحد الدعائم الرئيسة للحضارة بكل ما فيها من تقدم تقني شمل المجالات كافة، ذلك أن الفهم الصحيح لهذا المصطلح يرشد إدارة التدريب ويوجهها إلى عناصر النجاح في أداء الأعمال، ويقوي من هذا الترابط بين هذه العناصر. ويعنى التدريب المهني بالمعلومات التي تعطى للفرد كي يستطيع مزاوله عمل معين، سواء كان صناعياً أم تجارياً أم زراعياً، ويمكن أن يتم بطرائق التعليم دون إشراف تربوي، أو التعليم في أماكن مخصصة، أو في مدارس للتلمذة الصناعية سواء أكانت رسمية أم غير رسمية. والتدريب بمعناه الواسع عملية تعلم تمكن الفرد من إتقان مهنته والتكيف مع أوضاع عمله (العبد الله، 2009).

أما التدريب المهني فيؤدي إلى معرفة كافية بالعمل، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتلبية متطلبات التطور، وبالتالي تحسين أداء العاملين. ولعل المزوجة بين التأهيل والتدريب المهني قائمة ومقبولة منطقياً، فكلاهما يسعى لتمكين الفرد من اكتساب المهارة المهنية التي تساعد على مواجهة مقتضيات المهنة للعمل، حتى يستطيع التنافس مع الآخرين في المجال المهني. ويمكن لبرامج التأهيل والتدريب المهني أن تسهم في إتاحة فرص التعليم المستمر للكبار عن طريق الأساليب، التي يمكن أن تستعين بها هذه البرامج إضافة إلى أنواع هذه البرامج، فهناك علاقة قوية تربط التأهيل والتدريب المهني بتعليم الكبار والتعليم المستمر، فقد غدا التأهيل والتدريب المهني

جزءاً مهماً من خطط المؤسسات، الإنتاجية منها أو الخدمية لرفع مستوى كفاءة العاملين فيها وتحسين أدائهم، وإبقائهم في حالة تواصل مستمر مع ما يستجد، بغية الوصول إلى درجة عالية من الإنتاجية بفاعلية وكفاية عاليتين (العبد الله، 2009).

وقد تعددت التعاريف الخاصة بالتأهيل غير أنها تؤدي جميعها إلى المفهوم الذي سبقت الإشارة إليه ومن هذه التعاريف:

أن التأهيل هو عبارة عن عملية إعادة تكيف الإنسان مع البيئة أو إعادة الإعداد للحياة ، فإذا كان اختلال تكيف الإنسان مقتصرًا على الناحية الطبية فإنه يحتاج إلى تأهيل طبي أي استعادة أقصى ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية ، وإذا كان الاختلال في التكيف مع المهنة بسبب إصابته بعائق فإنه يحتاج لتأهيل مهني (فهيم ورمضان، 1999).

كما يقصد به مجموعة الخدمات المتكاملة كالتدريب المهني، والتشغيل، والتعليم والعلاج الطبي، والإرشاد النفسي، والاجتماعي ، والدمج المجتمعي وتقديم ومتابعة جميع هذه الخدمات التي تقدم عن طريق أخصائيين مدربين علمياً ومهنيًا في جامعات ومعاهد وكليات للأفراد والجماعات عامة وذوي الاحتياجات الخاصة بشكل خاص، على اعتبار أن التأهيل لا يخص المعاقين فقط بل يشمل جميع أفراد المجتمع الأصحاء والمعاقين الذين تواجههم مشاكل اجتماعية وأزمات حياتية تعيق سير حياتهم براحة وهدوء لمساعدتهم على التكيف وإعادة الإعداد للحياة والتوافق معها والعمل ضمن قدراتهم وطبيعتهم وإعاقتهم (فسيسي، 2005).

وفي تعريف آخر هو إعادة تكيف الفرد في البيئة التي يعيش فيها، إذا ما أصيب بعجز جسدي، أو عقلي أو نفسي يعوقه عن أدائه الاجتماعي. وتعرف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه الاستفادة من الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية من أجل تدريب وإعادة تدريب الأفراد لتحسين مستوياتهم الوظيفية. أما مصطلح إعادة التأهيل فتعرفه منظمة العمل الدولية 1984 بأنه الاستخدام المجمع والمنسق للتدابير الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لتدريب وإعادة تدريب حتى أعلى مستوى ممكن من القدرة الوظيفية (الميزر، 2008).

ويُعرف قاموس الخدمة الاجتماعية التأهيل بأنه: "إعادة للحالة السوية وتوظيف للقدرات بهدف الوصول إلى وضع مرضي بقدر الإمكان". ويستخدم الأخصائيون الاجتماعيون هذا المصطلح مع حالات الإعاقة الناتجة عن الحوادث، وحالات المرض، واضطرابات الأداء بصفة عامة، وتقدم عملية المساعدة من خلال المستشفيات، والمؤسسات، والعيادات، والمدارس، والسجون، وتتم عملية المساعدة في العديد من الجلسات، التي تتضمن العلاج الجسدي، والعلاج النفسي، والتدريب، وتغيير أسلوب الحياة (الميزر، 2008).

ويرى سوليفان أن التأهيل عملية استرجاع للحالة الجسمية والعقلية والمهنية والمكانة الاجتماعية إلى وضع مرضي، إلى ما كانت عليه قبل الإصابة أو المرض متضمنة الأمراض

العقلية، – ولا يعني هذا أن تعود الحالة تماماً إلى ما كانت عليه قبل الإصابة أو المرض – وفي نفس الوقت قد تتضمن عملية التأهيل علاجاً للناحية الجسمية والنفسية لتحقيق أهداف محددة (الميزر، 2008).

ويقصد بالتأهيل المهني تلك المرحلة من عملية التأهيل المتصلة والمنسقة التي تشمل توفير خدمات مهنية مثل التوجيه المهني، والتدريب المهني، والاستخدام الاختياري بقصد تمكين الشخص من ضمان عمل مناسب له والاحتفاظ به والترقي فيه (عسراوي، 2002).

وعرفت منظمة العمل الدولية التأهيل المهني للمعاقين بأنه ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة والمترابطة التي تنطوي على تقديم الخدمات كالتوجيه المهني والتدريب المهني، والتشغيل، مما يجعل المعاق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، وتختلف حالات الأفراد من حيث مدى حاجتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثر من تلك الأنواع في وقت واحد كالتأهيل الطبي الاجتماعي والمهني، وهناك من يعرف التأهيل على أنه أقصى استفادة ممكنة للفرد في جميع مجالات الحياة بحيث تتجمع فيه خدمات عديدة تقدم للشخص المعاق لتشمل الخدمات الصحية، والتعليمية، والرعاية الاجتماعية، والتدريب المهني، والتوظيف، وكل ما يساعد المعاق على التوافق الاجتماعي أو إعادة التوافق (غريب، 1998).

ومن خلال التعاريف السابقة نلاحظ أن تأهيل المعاقين يقصد به تقديم الخدمات الاجتماعية، والنفسية، والطبية، والتعليمية، والمهنية التي يلزم توفيرها للمعاق، لتمكينه من التغلب على الآثار التي تخلفت عن إعاقته، أي مساعدة المعاق على الاستفادة من قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية لأقصى حد ممكن وتوظيف هذه القدرات ليحقق المعاق تكيفه ورضاه النفسي والاجتماعي.

#### 4.1.2 فلسفة التأهيل:

تقوم فلسفة تأهيل المعاقين على أساس أن الاهتمام الرئيس يتركز على الإنسان لأنه الشخص المستهدف في عملية التأهيل، ولا يستطيع العيش بمعزل عن بقية الأفراد الآخرين حيث أنه يعيش في مجتمع إنساني وبشري قد يتأثر به أو يؤثر فيه كشخص وعضو في هذا المجتمع. وتعتبر عملية التأهيل مسؤولية اجتماعية عامة تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي على كافة المستويات، وكذلك فإن فلسفة التأهيل تؤكد على الانتقال بالمعاق من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات، وذلك عن طريق الاستقلال الذاتي، والكفاية الشخصية، والاجتماعية، والمهنية، واستعادة الشخص المعاق لأقصى درجة من درجات القدرة الجسمية، أو

العقلية، أو الحسية المتبقية لديه. هذا بالإضافة إلى تقبل المعاق اجتماعيا والعمل على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوقه الإنسانية (الميزر، 2008). ويهدف التأهيل إلى ما يلي:

1. توفير الفرص والإمكانات اللازمة للمعاقين في مجال العلاج والرعاية الطبية، والنفسية والاجتماعية.

2. إتاحة فرص التعليم في مؤسسات التربية الخاصة والمدارس العامة وبرامج الأمية وتعليم الكبار.

3. توسيع مجالات التدريب، والتأهيل المهني للمعاقين، وتطوير مجالات هذا التدريب بما يناسب قدراتهم وميولهم.

4. توفير فرص عمل وتشغيل لهم في مختلف قطاعات النشاط الاقتصادي والاجتماعي والحكومي.

5. تمكين المعاقين من عملية الاندماج الاجتماعي، واكتساب الثقة بأنفسهم، وزيادة ثقة المجتمع نحوهم (الروسان، 1997).

6. تهيئة جميع المجالات والوسائل المناسبة لنموهم للوصول بهم إلى درجة معينة من الإشباع الثقافي والترويحي عن طريق الأنشطة الرياضية والثقافية والفنون والإعلام.

7. وضع السياسات التي تكفل مساواتهم في الحقوق مع غيرهم من أقرانهم غير المعاقين بصفقتهم مواطنين وخاصة في الحقوق السياسية والمدنية.

8. توفير فرص الوقاية والتحصين والعلاج من الأمراض السارية والمعدية المستوطنة في البيئات الاجتماعية والإنسانية المختلفة.

9. تأمين المعاقين ضد حالات العجز والشيخوخة والبطالة (شكير، 2002).

10. تحويل الفرد المعاق من مستهلك إلى منتج من خلال تدريبيه على مهن تتناسب مع قدراته، وتحقيق الكفاءة المهنية له بتعليمه بعض المهارات اليدوية والفنية بما يناسب طبيعة الإعاقة والاستعداد الشخصي، مما يجعله قوة بشرية منتجة.

11. توفر خدمات التأهيل للمعاقين تحقق أهداف إنسانية لهم، حيث تشعرهم بالسعادة والأمن، والتكيف والاندماج مع المجتمع.

12. توفير الفرص الملائمة للتعليم بما يتناسب مع القدرات والاستعدادات، بالإضافة إلى فرص التوجيه والتأهيل المهني تحقيقاً للعدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع.

13. تهيئة أفضل الظروف في مؤسسات الرعاية والتأهيل لتنشئة الفئات الخاصة لتنشئة اجتماعية صالحة لزيادة قدرتهم على تحمل المسؤولية وتنمية قدرتهم على التفكير والأخذ والعطاء.

14. تحقيق الكفاءة الشخصية للمعاق بتنمية إمكانياته الشخصية، واستعداداته العقلية، والجسمية، والنفسية، والاجتماعية ليعيش حياة الاستقلالية، والاكتفاء، والتوجيه الذاتي والاعتماد على النفس.
15. تحقيق الكفاءة الاجتماعية للمعاقين بغرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية بهدف زيادة التفاعل وتكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين من خلال إكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة والتنقل وتساعدهم على الاندماج في المجتمع (الميزر، 2008)

## 5.1.2 ميادين التأهيل:

1. التأهيل النفسي (**Psychological Rehabilitation**): هو ذلك الجانب من عملية التأهيل الشاملة، والتي ترمي إلى تقديم الخدمات النفسية التي تهتم بتوافق الشخص المعوق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذا العالم (عبيد، 2000).
  2. التأهيل الاجتماعي (**Social Rehabilitation**): هو مجموعة الخدمات المتكاملة والمنظمة والهادفة لتحقيق أقصى استثمار ممكن للقدرات والإمكانيات المتاحة والتي يمكن استنارتها للمعاق حتى يكون أكثر قدرة وفعالية في التعامل مع نفسه ومع البيئة المحيطة به بالشكل الذي يحافظ ويدعم حقه في الحياة الطبيعية (عبد، 2003)
  3. التأهيل المهني (**Vocational Rehabilitation**): هو سلسلة متتابعة من الخدمات مصممة كي تنقل المعاق نحو هدف التشغيل في مهنة ذات فائدة وكسب، ويشكل التدريب المهني جزءاً أساسياً وهاماً في عملية التأهيل المهني للمعاقين ويتضمن أي نوع من التدريب الذي يمكن أن يكون ضرورياً للتأهيل وإعداد المعاقين للتشغيل المناسب والناجح (سليمان، 2004).
  4. التأهيل الأكاديمي (**Academic Rehabilitation**): وهو تعليم المعاقين أكاديمياً حسب قدراتهم ودرجة إعاقاتهم الجسمية والعقلية، وتزويدهم بالمهارات الأكاديمية اللازمة، والتي تفيدهم في حياتهم العملية كإجادة القراءة والكتابة والحساب أو نشاطات الحياة اليومية.
  5. التأهيل الطبي والبدني (**Physical Rehabilitation**): وهو إعادة الفرد المعاق إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية البدنية أو العقلية عن طريق استخدام المهارات الطبية للتقليل من الإعاقة وإزالتها إن أمكن (درنيقة، 1984).
- ويفيد التأهيل الطبي في الكشف عن إعاقة الفرد الأساسية وكذلك في التعرف على حدود القدرات الوظيفية عنده، كذلك يعمل على تحديد نوع المعالجة التي تتطلبها حالة الفرد المعوق والتعديلات الضرورية التي يجب أخذها بعين الاعتبار اعتماداً على ذلك وتحديد الأخصائيين الأكثر ملائمة للتعامل مع المعاق وتقديم الخدمات المناسبة له (الزارع، 2003).



6. التأهيل التربوي (Educational Rehabilitation): ويركز على تزويد الفرد بعدد من المهارات الأكاديمية اللازمة له كمهارات القراءة والكتابة والحساب والمهارات الأكثر تقدماً من الناحية الأكاديمية واللازمة لكل حالة إعاقة على حدة (الميزر، 2008).

### 6.1.2 مراحل التأهيل:

من أجل فهم أعمق لعملية تأهيل المعاقين يمكن تقسيمها إلى ست مراحل:

**أولاً: مرحلة التأهيل المبكر:** يبدأ التأهيل مبكراً، أي في المراحل العمرية المدرسية، ولكنه لا يكون تأهيلاً مهنيًا يركز على مهنة بذاتها، بل يكون إكساب مهارات ومعارف عامة قد تفيد بمثابة أساسيات ومتطلبات لكل مهنة، مثل تدريب الفرد على التمييز بين الألوان والأحجام والأطوال ومعرفة الأوزان (بيومي وعبد، 2002).

**ثانياً: مرحلة الإعداد والتهيئة المهنية:** وتبدأ هذه المرحلة من مراحل التأهيل المهني من سن 14 تقريباً وتمتد إلى سن 16 أو 17، ويعتمد ذلك على حالة الشخص المعاق، فكلما كانت درجة إعاقته خفيفة أو بسيطة أمكنه أن ينهي مرحلة الإعداد والتهيئة بشكل أسرع، ويقوم المرشد أو المدرب المهني في هذه المرحلة بالمهام التالية:

1. عملية استكشاف ميول الفرد المعاق ورغباته وذلك عن طريق الملاحظة والمراقبة والتفاعل معه في جو التدريب، وكذلك بإجراء الاختبارات النفسية والإرشادية والتربوية.

2. عملية قياس مستوى القدرات لدى الشخص، حيث يمكن للمدرب عن طريق التدريب المهني والتعامل اليومي مع المعاق أن يتعرف على قدراته ومستوى كل قدرة، كذلك يمكن استخدام بعض الاختبارات الخاصة بقياس القدرات الجسمية، والحركية، والتناسق الحركي، وقوة الإبصار وغير ذلك (شكور، 2008).

3. التعرف على الجوانب الشخصية خصوصاً السلوك المهني: كالالتزام بساعات التدريب والانضباط بالتعليمات والأنظمة في قاعة التدريب، واحترام المواعيد والوقت، والانتظام في الحضور والمغادرة من أماكن التدريب، وعدم القيام بالسلوكيات غير المرغوب فيها في جو العمل، ومدى المثابرة والجدية في العمل، وفي إنهاء المهمات الموكلة إليه، وإطاعة أوامر المسؤولين عنه (الطائي، 2008).

**ثالثاً: مرحلة الإرشاد المهني:** ويقوم المرشد المهني في هذه المرحلة بإرشاد وتوجيه المعاق نحو المهنة التي يشعر بأنها تتناسب وميوله ومستوى قدراته، كما يقوم المرشد أيضاً بمهمة تحليل المهنة أو ما يعرف بتحليل العمل، ويعني أن المرشد أو المدرب يقوم بحصر جميع المتطلبات اللازمة للقيام بالمهنة، أي يحلل متطلبات المهنة إلى مجموعة من النقاط ويستعرضها مع الشخص المعاق



ويقارنها بمستوى قدراته ، وبناء عليه يوجهه إلى المهن التي يمكنه القيام بها، فإذا كانت المهنة لها متطلبات معينة وغير متوافرة لدى المعاق أو أن قدراته لا تسمح له ولا تمكنه من ممارستها، يقوم المرشد بتوجيهه إلى مهنة أكثر ملائمة له، ويجب أن يقيس تحليل العمل الأمور التالية:

1. ماذا يعمل العامل ؟
2. كيف يقوم العامل بالعمل ؟
3. المهارات المطلوبة في أداء العمل (فسيسي، 2005).

## 7.1.2 مبادئ ومبررات التأهيل المهني للمعاقين:

إن عملية التأهيل المهني والاجتماعي للمعاقين واجب ومسؤولية تقع في الدرجة الأولى على المجتمع والدولة ممثلة بالمؤسسات الرسمية، فكل إنسان معرض في أي وقت أن يصبح لديه إعاقة معينة، لذلك فإن توفير التأهيل الاجتماعي ، والنفسي، والطبي ،والمهني يصبح عملية مهمة للمعاق ، من أجل مساعدته على التكيف مع المجتمع وتقبل ذاته ليصبح عضوا منتجا ومشاركا في البناء، بدلا من أن يكون مثيرا للشفقة وسلبيا ينتظر صدقات الآخرين، فالتأهيل يقوي ثقة المعاق في ذاته، ويزيد من تقبله لنفسه وتقبل الآخرين له، فمبررات التأهيل كثيرة أهمها أنها تعيد للمعاق كرامته واحترامه وتقديره لذاته، وبالتالي تساعد على التكيف مع المجتمع بمعناه الواسع، سواء أكان في مجال المهنة ،أم العلاقات الاجتماعية، أم المجالات الصحية ،أم غير ذلك، وفي هذا المجال نشير إلى مجموعة المبادئ والمبررات الأساسية لتأهيل المعاقين وهي:

1. يعد الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانعا للحضارة، لذا ينبغي أن يكون هدفا مباشرا لمجالات التنمية الشاملة عن طريق جهودها المتنوعة.
2. يعد المعاق فردا قادرا على المشاركة في جهود التنمية، ومن حقه الاستمتاع بثمارها بإتاحة الفرص والأساليب اللازمة لذلك (عبيد، 2000).
3. يعد المعاقون طاقة إنسانية ينبغي الحرص عليها، وهم كذلك جزء لا يتجزأ من الموارد البشرية التي ينبغي أخذها بالاعتبار عند التخطيط والإعداد للموارد الإنمائية في المجتمع.
4. يمتلك المعاقون مهما بلغت درجة إعاقتهم واختلفت فئاتهم، قابلية وقدرة ودوافع للتعلم والنمو والاندماج في الحياة العادية في المجتمع، لذلك لا بد من التركيز على تنمية ما لديهم من إمكانيات وقدرة في مجالات التعلم والمشاركة (عبيد، 1996).
5. تشكل عملية التأهيل في مجال المعاقين سلسلة من الجهود والبرامج الهادفة في مجالات الرعاية والتأهيل والتعليم والاندماج الاجتماعي والتشغيل وهذه السلسلة هي حلقات متكاملة في

- البناء، والقيام بواحدة منها لا يعد كافياً من حيث المفهوم الشامل لمواجهة مشكلات المعاقين سواء على المستوى الفردي أم الجماعي (الزارع، 2003).
6. يجب توفير الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل لجميع المعاقين دون تمييز بينهم بسبب الجنس، أو الأصل، أو المركز الاجتماعي، أو الانتماء السياسي.
7. تعد الإدارة السياسية على الأصعدة كافة وفي أعلى المستويات الدعامة الأساسية والراسخة لتوفير أكبر قدر من البرامج المطلوبة للعناية بالمعاقين ورعايتهم، وذلك بوصفها جهداً وطنياً شاملاً، ويتأتى هذا عن طريق سن التشريعات والقوانين المناسبة لهم (شقير، 2002).
8. تعد المعرفة العلمية والفنية والتكنولوجية أساساً مهماً للتصدي لحالات الإعاقة والوقاية منها، والعناية بشؤون المعاقين.
9. تعد عملية التأهيل حقاً للمعاقين في مجال المساواة بغيرهم من المواطنين، لتوفير فرص العيش الكريم لهم.
10. تعد التنمية الشاملة التأهيل جزء منها، وما تتطلبه هذه التنمية من تطوير في الهياكل والبنى الاقتصادية والاجتماعية ركيزة أساسية في القضاء على أسباب الإعاقة بمختلف صورها، وذلك بوصفها إستراتيجية وقائية للحد من انتشار ظاهرة الإعاقة (هلال، 2009).
11. تقع مسؤولية التأهيل على عاتق الدولة والمجتمع والأسرة بشكل عام من أجل مواجهة مشكلات الإعاقة وما ينجم عنها (فسيسي، 2005).

## 8.1.2 أنواع برامج التأهيل:

- تقوم المؤسسات باعتماد وتنفيذ برامج تدريبية متعددة وتنفيذها للمساعدة في تحقيق أهدافها، ومن هذه البرامج:
1. برامج التأسيس والتأهيل: وتهدف إلى إعطاء قاعدة عريضة من المهارات التي تصلح أساساً للعديد من التخصصات أو الأعمال، وكذلك إلى تأهيل المبتدئين لاكتساب مهارات عملية بقصد ممارسة المهنة.
  2. برامج التصحيح: وتهدف إلى ترسيخ المفاهيم الصحيحة الخاصة بالعمل والخطوات المأمونة لأدائه بأعلى إنتاجية ممكنة، وغالباً ما يتم تنفيذ هذه البرامج للعمال الذين ينتقلون من مؤسسة لأخرى يهدف التأكد من تطبيق خبراتهم بأكثر من مكان عمل، وتخليهم عن أية عادات أو أساليب خاطئة للعمل (غباري، 2003).
  3. برامج رفع الكفاءة: ويقصد بها البرامج الخاصة برفع مستوى الأداء، أو الإحاطة بكامل جوانب العمل وإكسابه مهارات جديدة يتطلبها الموقع الجديد الذي يمكن أن يكفاه العامل. ومن أمثلة ذلك

الدورات التدريبية التي يشارك فيها الموظفون، أو العاملون في المؤسسات المهنية للتكيف مع متطلبات جديدة للعمل (العبد الله، 2009).

ولابد من الإشارة إلى أن التأهيل والتدريب المهني، عملية شاملة لازمة مستمرة ومشتركة (تعاونية)، لا تلتزم به جهة واحدة، وإنما تسهم فيه جهات متعددة، وذلك لأن كل فرد يلزمه العوز في جانب معين، ولاسيما في عصر يتسم بسرعة وجدة التغيير والتقدم المذهل، ويمكن لبرامج التأهيل والتدريب المهني، أن تسهم في تغطية هذا العوز وإشباعه، من خلال الالتحاق بهذه البرامج وفقاً للشكل الذي يتوافق وطبيعة العوز وخصائص الفرد ذاته، وقد يتم التأهيل والتدريب المهني، من خلال التعليم النظامي، الذي هو تعليم مقصود وهادف، يجري في مؤسسات رسمية ضمن مراحل محددة. كما قد يتم من خلال التعليم غير النظامي الذي يفتتح لأغراض محددة، وينتهي مع إنجازها، فهو لا يتقيد بنظام المراحل الدراسية وسواها من نظم التعليم النظامي، بل يتم في الغالب في دورات تدريبية مهنية توجه إلى جمهور محدد خلال فترة زمنية (العبد الله، 2009).

ويشمل التعليم غير النظامي، جمهرة كبرى من الأفراد ويناسب جميع الأعمار، ويكون الإشراف هنا حكومياً أو أهلياً، أو حكومياً تابعاً لأنشطة مؤسسات الدولة أو اتحاداتها، أو يأخذ شكلاً مستقلاً وذلك عن طريق مؤسسات أهلية يقصد منها مساعدة جمهرة كبيرة من الأفراد وخاصة لمن حرموا من التعليم النظامي، بحيث يتمكن هؤلاء من تعلم مهنة على شكل دورات تدريبية، أو تعلم مستمر القصد منه تأهيل العاملين في مؤسسة ما. مثال ما يتم في مراكز التأهيل والتدريب المهني التابعة لوزارة الصناعة في الجمهورية العربية السورية، وكذلك في وزارة الثقافة والاتحاد النسائي والجهات غير الحكومية. كما يسهم التعليم غير النظامي من خلال وسائله المتعددة إسهاماً كبيراً من خلال ما يتمتع به من قدرة على تلبية الاحتياجات الاجتماعية والوظيفية والمهنية للأفراد، وما يتصف به من مرونة وحادثة وتوفير البدائل من جهة، وارتباطه بحاجات سوق العمل للعمال المؤهلة والمدرّبة من جهة أخرى. ويستدعي التجديد والتطوير في التأهيل والتدريب المهني الاهتمام بمؤسسات التعليم غير النظامي لتصبح قادرة بالفعل على تكوين الإنسان المعاصر والمجتمع الحديث، ويبقى المجال مفتوحاً أمام التأهيل والتدريب المهني للاستفادة من حركة التقدم والتطور العلمي والتقني في برامجهم، من خلال التركيز على التكامل بين التعليم النظامي والتعليم غير النظامي. والأجدى لهذه البرامج أن تؤسس على المنحى التكاملية للنظم المعرفية، مما يمكنها من الاستجابة لحاجات المتدربين وحاجات السوق على نحو متناغم، لأن التأهيل والتدريب المهني يعد مصدراً أساسياً من مصادر إنماء الموارد البشرية بجانب المصدرين الأساسيين: التربية المدرسية، والتطور الذاتي (العبد الله، 2009).

## 9.1.2 فوائد التأهيل:

فيما يلي أهم فوائد التأهيل:

1. يحقق المعاق الاستقلال الذاتي والاقتصادي بدلا من التبعية والاعتماد على الآخرين.
2. تأهيل المعاق واستغلال قدرته على العمل تجعله راضيا بالمشاركة في بناء مجتمعه أسوة ببقية أفراد المجتمع.
3. يقضي على شعوره بالدونية والنقص.
4. يساعد على تغيير النظرة المجتمعية السلبية للمعاقين بحيث تصبح النظرة إلى المعاق بأنه إنسان له احترامه وتقديره باعتباره عضوا فعالا في المجتمع الذي يعيش فيه (فرح، 1995).

## 10.1.2 فريق التأهيل:

1. الأخصائي الاجتماعي.
2. الأخصائي النفسي.
3. معلم التربية الخاصة.
4. مدير المدرسة أو المؤسسة.
5. الطبيب.
6. الوالدان.
7. الشخص المعاق.
8. التمريض (شقيير، 2002).

## 11.1.2 التأهيل المرتكز على المجتمع:

هو أسلوب من أساليب التأهيل يمكن عن طريقه تقديم برامج التأهيل المختلفة للمعاقين في أماكن سكنهم بصرف النظر عن السن ، والجنس ، ونوع الإعاقة مما يحقق الدمج الكلي للمعاقين في المجتمع معتمدين علي تمكين الأسرة والمجتمع والمعاقين أنفسهم في تنفيذ هذه البرامج ، وكذلك تغيير اتجاهات المجتمع، ويعتبر هذا الأسلوب هو الحل الأمثل لمواجهة مشكلة الإعاقة. ويتم إشراك أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع المحلي وأسرة المعاقين والمعاقين أنفسهم في تخطيط وتنفيذ وإدارة المشروع (تجاري أو صناعي بسيط) حتى تنتقل ملكية المشروع بالكامل إليهم في أسرع وقت ممكن

، ثم ينسحب الطرف الذي ساند المشروع ليبدأ مشروعاً جديداً في منطقة أخرى. وهناك العديد من نماذج التأهيل المجتمعي تطور نفسها وتحاول الحفاظ على ملامح الشكل المجتمعي وعاداته وروابطه، وتعمل على تحقيق أقصى استفادة ممكنة من خبرات الموارد البشرية المدربة والمتخصصة بالمراكز الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة، والهدف الجوهرى الذى يشمل التأهيل المجتمعي هو تمكين الأسرة والمجتمع من تدريب وتأهيل الشخص المعاق وإتاحة الفرصة أمامه ليعيش حياته بشكل طبيعي في بيئته- وحتى يتحقق هذا الهدف فهناك احتياج لتبسيط المادة العلمية والتكنولوجيا الحديثة في مجال الإعاقة وتوفير الوسائل المعينة على ذلك (أفلام - كتيبات توضيحية - نشرات - برامج تثقيفية... الخ). ويعتمد التأهيل المرتكز على المجتمع على الانتقال بالخدمات إلى المجتمع الذي يعيش فيه الشخص المعاق ويتم الاعتماد على مصادر المجتمع والأسرة في تمويل وإدارة هذه الخدمات (شاهين، 2009).

### 12.1.2 أهداف التأهيل في إطار المجتمع:

1. تحقيق الدمج الاجتماعي للأشخاص المعاقين.
2. تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص والعدالة الاجتماعية وحماية حقوق العاملين.
3. مساعدة المعاقين على اكتساب مهارات الحياة اليومية.
4. تغيير النظرة السلبية للمجتمع اتجاه الإعاقة.
5. إحداث تغييرات إيجابية في المحيط البيئي والاجتماعي والثقافي والاقتصادي بما يتناسب مع احتياجات كافة فئات المجتمع بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة (قطنية، 2000).

### 13.1.2 المشاركون في إطار التأهيل المرتكز على المجتمع:

1. مشاركة أساسية مع الأهل.
2. تبنى الأسرة لمسؤولية التأهيل.
3. فهم الأسرة لدور المراكز المتخصصة والربط بين دورها ودور الأسرة.
4. تعاون الأسر مع بعضها.
5. مشاركة المجتمع المحلي كخطوة لتملك أو تبنى المجتمع المحلي للمشروع.
6. دور جديد للمراكز المتخصصة في إطار التأهيل المجتمعي يفعل دورها في المجتمع، ويضاعف من الأعداد المستفيدة من خدماتها (شاهين، 2009).

## 14.1.2 أدوات التأهيل المجتمعي:

الأنشطة والبرامج التي تعتمد عليها مشروعات التأهيل المجتمعي هي:

1. التوعية.
2. الزيارة المنزلية.
3. المجموعات التدريبية للصغار والكبار.
4. النادي الاجتماعي للأسر.
5. بناء النظام التحويلي.
6. الأنشطة الدامجة.
7. الأنشطة الرياضية الدامجة (شاهين، 2009).

## 15.1.2 مسوغات التأهيل والتدريب المهني:

1. النمو المتزايد والمتسارع للمعرفة ، أو ما يعرف بالانفجار المعرفي المتمثل بالمنجزات والمخترعات، وإتقان الصناعات، وغير ذلك من الانتاجات العلمية والتقنية.
2. السعي لتقديم الأفضل ، لأن فلسفة التأهيل المهني تقوم على الخلق والبناء، وتشير لتحسين نوعية الأداء.
3. مواكبة ما يحدث في العالم من تجديد وتغيير، فسهولة تدفق المعلومات من خلال وسائل الاتصال، وشبكات المعلومات، جعلت العالم الواسع الأرجاء والمفعم بالمنجزات عالماً صغيراً في أحداثه ومنجزاته، ولم يعد بالإمكان العزلة عما يجري فيه.
4. تغير المهن، إذ غابت مهن كانت معروفة وتقدمت، وظهرت بالمقابل مهن جديدة لم تكن معروفة من قبل.
5. إتاحة فرص التعليم المستمر للكبار، الذين يرغبون في رفع مستوى ثقافتهم، لمواصلة تعليمهم والاستزادة والتكيف مع الواقع الجديد.
6. تلبية رغبات الفرد وميوله، ومساعدته على اكتشاف قابليات وقدرات مخبأة لديه، وتعزيز ثقته بنفسه.
7. تنمية وتطوير التفكير المتجدد وتطويره لدى الفرد (العبد الله، 2009).

## 16.1.2 المبادئ الأساسية قبل بدء عملية التأهيل:

تختلف استجابات المعاقين نحو إعاقاتهم باختلاف العوامل الذاتية والبيئية التي أكسبتهم السلوك نحو مواقف الحياة المختلفة، كما تتميز كل إعاقة بطابع خاص يؤثر على سلوك الفرد المعاق وفي مدى استجابته لأنواع التأهيل المختلفة (الطبي، النفسي، الاجتماعي، المهني)، ويتميز السلوك الإنساني بمجموعة من الخصائص منها:

1. السلوك الإنساني هادف.
2. السلوك الإنساني مسبب (أسباب جسمية/اجتماعية/معنوية ومادية/نفسية)
3. السلوك الإنساني متنوع.
4. السلوك الإنساني مرن.
5. وراء كل سلوك دافع (الخطيب والحديدي، 2004).

وتقوم عملية التأهيل على أسس ومبادئ تتضمن مراعاة الجوانب التالية:

1. التعرف على شخصية المعاق من حيث مكوناتها المختلفة (جسماً/عقلياً/نفسياً/اجتماعياً) والمرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً وظيفياً، وأي خلل أو اضطراب أو نقص يؤدي إلى اضطراب في البناء العام الأداء الوظيفي للشخصية.
2. التعرف على الميول والاهتمامات.
3. المساواة وعدم التمييز.
4. مراعاة فرص العمل الفعلية في المجتمع.
5. التقبل (الميزر، 2008)

## 17.1.2 خطوات التأهيل الاجتماعي:

تتضمن عملية التأهيل الاجتماعي ثمان خطوات تستهدف الوقاية من الوصول إلى العجز، وتلخص هذه الخطوات في التالي:

1. استكشاف الحالات وحصرها: الكشف المبكر للإعاقة يحد من تفاقمها، ويضمن نجاح عملية التأهيل، ويتطلب ذلك وجود ترابط بين المؤسسات المعنية برعاية وتأهيل المعاقين في المجتمع.

2. التشخيص والتقييم: يتضمن التشخيص إجراء الفحوص الطبية المناسبة، وتقييم الحالة النفسية والاجتماعية والتربوية والقدرات والاستعدادات المهنية، مما يساعد في تحديد نوع الإعاقة ودرجة العجز

3. التأهيل التربوي: ويتضمن تحديد المستوى التعليمي والقدرات العقلية، وإعداد برنامج تعليمي لتزويد المعاق بالمهارات الأكاديمية، والثقافة الصحية والجسمية والتربية الرياضية، والترفيه وشغل أوقات الفراغ بأنشطة بناءة واكتشاف القدرات والمهارات من خلال ممارسة الهوايات (يوسف، 2003).

4. الرعاية الصحية - استعادة الطاقة البدنية: وتشمل الخدمات الطبية وما يتبعها من علاج طبيعى يقلل من العجز، وتتضمن:

- 1) تقرر طبيعة العجز ومداه وعلاقته بالعاهة.
- 2) توضح درجة الشفاء المتوقع.
- 3) تدل على مقدار ما يحتاجه المعاق من إرشاد نفسي.
- 4) تشير إلى إمكانية التحاق المعاق بوظيفة معينة.
- 5) الوقاية أحد جوانب عناصر البرنامج الصحي وتتضمن الفحص الطبي الدوري والتتقيف و التطعيم و العلاج.

5. التأهيل المهني: يقوم التأهيل المهني بمفهومه الشامل على مجموعة من العمليات والأنشطة المختلفة التي يتضمنها برنامج متكامل من الخدمات الفنية والمهنية، التي تستهدف الكشف عن قدرات الفرد المعاق والآثار الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية المترتبة على الإعاقة، وتهيئة الفرد وتوجيهه وإعداده للعمل في حرفة أو مهنة تتفق مع قدراته ونواحي عجزه حتى يكتسب المهارة الكافية، ويمكنه الالتحاق بالعمل الملائم وتحقيق الاستقلالية الاقتصادية والشعور بالرضا والاستقرار النفسي المنبعث من إحساسه بقيمته في المجتمع، كما يستهدف إعداد الفرد المعاق ليصبح قادرا على التكيف مع ظروف العمل ومع من يتعامل معهم في العمل (الميزر، 2008).

أما إبراهيم فيجد أن خطوات التأهيل للمعاقين هي:

1. الاتصال المبكر بالحالة.
2. استعادة اللياقة البدنية والحسية والفكرية.
3. الإرشاد والتوجيه النفسي.
4. التدريب.
5. الالتحاق بالعمل المناسب.
6. تشريعات التأهيل.
7. أجهزة التأهيل (إبراهيم، 2002).



## 18.1.2 العناصر الأساسية لتأهيل المعاقين:

تقوم مراكز الرعاية التأهيلية بتقديم برامج علاجية مرنة لكل معاق حسب حالته، سواء كانت الإعاقة بسبب إصابة أو بسبب المرض حيث يتم تقييم كل شخص يدخل برنامج التأهيل وتعد له خطة تأهيل تهدف إلى مساعدته على تطوير قدراته بحيث يعيش معتمداً على نفسه وبأكبر قدر من الاستقلالية بعد خروجه من المستشفى (Goodgold,1988) فالمهمة الأساسية لعملية التأهيل هي استعادة قدرات المعاق لأقصى درجة من درجات القدرة الجسمية، أو العقلية، أو الاجتماعية، أو المهنية، وتحقيق الاستقلالية والكفاية الذاتية والاجتماعية والمهنية، من خلال تنظيم وسائل تساعد في مواجهة آثار الإعاقة، وتتضمن أدوات لتنفيذ تلك العملية تتمثل في:

1. البرامج: تختلف برامج التأهيل من حيث الحجم والتنظيم والأهداف والجهات المشرفة عليها، فقد يكون تقديم البرامج على مستوى الدولة أو المجتمع المحلي، وقد تشرف عليها أجهزة الدولة أو تكون تحت إشراف مؤسسات وجمعيات خيرية أو خاصة أو تطوعية، كما قد تهدف لتأهيل طبي لفئة معينة دون غيرها كما في حالات الشلل الدماغي، أو في مجال معين من مجالات الإعاقة كما هو الحال في مؤسسات التأهيل الشامل وغيرها.

2. الخدمات: وتتضمن جميع الخدمات المتخصصة في النواحي الطبية والتربوية والاجتماعية والمهنية والنفسية، وتستهدف إعادة تأهيل الفرد المعاق كالمعالجة الطبية والجراحية والتمريض، معالجة السمع والكلام، الإرشاد النفسي وتطبيق الاختبارات النفسية والتربوية، التوجيه المهني والتشغيل والمتابعة.. الخ.

3. الكوادر المتخصصة: يتطلب تقديم الخدمات المتخصصة توفر كوادر متخصصة تشرف على تلك الخدمات المقدمة، ويتكون فريق العمل من عدة تخصصات هي: الأطباء من مختلف التخصصات الطبية، الأخصائي الاجتماعي الطبي، الممرضات، أخصائي علاج عيوب النطق والكلام، أخصائي السمع، أخصائي نفسي، مرشد مهني، معلمون وفنيون.. الخ.

4. مكان تقديم الخدمات: تقدم الخدمات في مستشفيات تتوفر فيها أقسام للتأهيل، أو في مراكز طبية متخصصة، مراكز التدريب المهني، المعاهد والمدارس الخاصة، كمعهد النور للمكفوفين، ومعهد التربية الفكرية للمعاقين عقلياً.. الخ. ويراعى في تصميم بناء المؤسسة أن يكون مناسباً لطبيعة الإعاقة بحيث يستطيع الفرد المعاق الاستفادة من خدمات المؤسسة دون عوائق تمنعه من سهولة التنقل والحركة.

5. الأجهزة: تتعدد الأجهزة على حسب تعدد نوع الإعاقة وطبيعة الخدمات المقدمة ومنها الأجهزة الطبية بما فيها من أجهزة للأشعة وفحص للنظر وتحاليل وأطراف صناعية.. الخ (الميزر، 2008).

## 19.1.2 أجهزة التأهيل:

1. مراكز التأهيل: وهي مؤسسة تشتمل على خدمات متنوعة تقدم لفئات من المعوقين لتحقيق غرض أو عدة أغراض تأهيلية.
2. مكاتب التأهيل: حيث توصل هذه المكاتب الخدمات التأهيلية إلى أكبر عدد ممكن من المعوقين لأنها أقل نفقة وأيسر إنشاء (إبراهيم، 2002).

## 20.1.2 معوقات التأهيل المهني:

- تشير نتائج الدراسات التي أجريت على المعاقين إلى الكثير من الصعوبات التي تواجه تحقيق أهداف التأهيل في مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين، ومن هذه المعوقات ما يلي:
1. العجز في التخصصات المهنية والفنية العاملة في هذه المؤسسات، وخاصة أخصائيو التأهيل النفسي، والاجتماعي، والمهني، والتربوي، والعلاج الطبيعي وغيرهم من التخصصات التي تعمل في هذه المؤسسات على أساس تكامل فريق العمل مما يؤدي إلى صعوبة تكامل الخدمات المقدمة.
  2. عدم الأخذ بأراء ومقترحات العاملين بمؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين خاصة المؤسسات التي تقدم خدمات مباشرة لهم مثل: مراكز التأهيل، مكاتب التأهيل... الخ، في وضع الخطط المناسبة، مما يجعل الخطط بعيدة عن واقع الممارسة الفعلية في تلك المؤسسات.
  3. القصور في البيانات والمعلومات اللازمة التي تساعد في التعرف على أبعاد الإعاقات وتزايد أو تناقص أعداد المعاقين في المجتمع.
  4. النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لعمليات التأهيل المختلفة، مثل: قاعات التدريب والتأهيل وأجهزة العلاج الطبيعي والأجهزة التعويضية... الخ.
  5. زيادة الطلب على المؤسسات وعدم قدرتها على استيعاب جميع المتقدمين لطلب الخدمة.
  6. عدم تعاون الأسرة مع المؤسسات التي ترعى أبناءها المعاقين، مما ينعكس على عمليات تأهيل المعاق وصعوبة تكيفه نفسياً واجتماعياً لعدم متابعة الأسرة له.
  7. عدم توفر مؤسسات متخصصة تهتم بعمليات تشغيل ومتابعة المعاقين الذين تم تأهيلهم ومتابعة تطبيق قوانين العمل، مما يسبب هدراً لعمليات التأهيل المبذولة، وينعكس على شعور المعاق بالاغتراب النفسي والاجتماعي.

8. عدم التنسيق بين مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين وغيرها من المؤسسات المجتمعية الأخرى سواء الأهلية أو الحكومية، مما يقلل من فعالية الخدمات المقدمة لهم.
9. عدم الاهتمام بتنظيم دورات تدريبية للعاملين لتعدهم بالإعداد المستمر وتكسيبهم الخبرات وتنمي معارفهم ومهاراتهم لمواكبة المستجدات في العلم.
10. جهل أفراد لمجتمع بصفة عامة والمعاقين بصفة خاصة لأهداف وطبيعة وإمكانية تواجد أجهزة ومؤسسات رعاية المعاقين في المجتمع، مما يؤدي إلى عدم استفادة المعاقين من خدمات تلك المؤسسات فور حدوث الإعاقة، مما يؤدي إلى تفاقم الإعاقة.
11. عدم تواجد تكامل في الخدمات المقدمة من جانب الوزارات المعنية برعاية وتأهيل المعاقين، فيما يتعلق بتقديم الرعاية الشاملة، مما يؤدي إلى نقص في الرعاية المستحقة في المواعيد المناسبة لها (الميزر، 2008).

## 21.1.2 واقع تأهيل المعاقين في المجتمع الفلسطيني:

إن الظروف الخاصة التي مرت وما زالت تمر بها فلسطين من ظروف الاحتلال وتعدد أشكال القمع والإرهاب الصهيوني، واستخدامه لكافة أنواع الأسلحة بما فيها المحرمة دولياً كما هو حاصل في انتفاضة الأقصى الحالية و الوضع الذي أدى إلى زيادة وتعدد حالات الإعاقة وبالتالي زيادة عدد الأشخاص الذين هم بحاجة إلى خدمات تأهيلية مختلفة سواء كانت طبية أم اجتماعية أم نفسية أم مهنية، وعلى الرغم من الظروف الصعبة التي عاشتها وتعيشها فلسطين إلا أن المؤسسات الخيرية بادرت إلى تقديم الكثير من أشكال الرعاية والتأهيل للمعاقين سواء كان ذلك في الضفة الغربية أم في قطاع غزة، ولعل الاهتمام الواسع بالمعاقين في فلسطين قد ظهر عام (1978) مع انعقاد المؤتمر الفلسطيني الأول للأفراد المعاقين، وفي عام 1981 وضمن فعاليات السنة الدولية للمعاقين انعقد المؤتمر الثاني للمعاقين، وقد جاء في ورقة العمل المقدمة للجنة الوطنية للتأهيل في القدس تحت عنوان "قطاع التأهيل في فلسطين من منظور العمل الأهلي رؤياً مستقبلية" وتحت بند واقع الخدمات التأهيلية في فلسطين تم توضيح النقاط التالية:

1. إن مقدمي الخدمات التأهيلية في فلسطين هم من القطاع الحكومي والقطاع الأهلي، وبعض المؤسسات الأجنبية ووكالة الغوث الدولية، بالإضافة إلى القطاع شبه الحكومي، ويعتبر القطاع غير الحكومي المقدم الأكبر للخدمات التأهيلية في بلادنا، ويعتقد أن هناك (174) مؤسسة تقوم بتقديم خدمات تأهيلية من نوع أو آخر وأن ما نسبته 60% من هذه المؤسسات هي غير حكومية.
2. تتركز خدمات التأهيل في المدن وخاصة في مناطق الوسط، ويترافق ذلك مع ضعف لهذه الخدمات في المناطق الريفية، وكذلك في مناطق شمال وجنوب الضفة الغربية، وتتركز الغالبية

العظمى لهذه الخدمات في قطاع غزة في مدينة غزة ، وتتواجد في الضفة الغربية (122) مؤسسة أما في قطاع غزة فهناك (52) مؤسسة فقط تبعا لإحصائيات العام (2008).

3. تتركز الخدمات التأهيلية في مجالات من الإعاقة دون غيرها، ففي مجال الإعاقة الحركية تفوق الخدمات الاحتياجات في كثير من الأحيان، في الوقت الذي يعتقد بأن هناك نقصا شديدا في خدمات التأهيل المقدمة لأنواع الإعاقات الأخرى، وحسب دراسة أجريت حول خدمات التأهيل الوسيطة تقدر الطاقة الاستيعابية لهذه المؤسسات ب (20) شخص فقط، كما أن مؤسسات الإعاقة الحركية على سبيل المثال تشكل ثلثي المؤسسات التأهيلية.

4. النموذج الطبي والطابع المؤسسي يشكلان السمة العامة لعمل المؤسسات التأهيلية والتي تعتمد على المفهوم الخيري وهي في غالبيتها لا تضع الدمج الاجتماعي الشامل للأشخاص المعاقين كهدف نهائي للعملية التأهيلية.

5. غياب السياسات العامة في مجال التأهيل على الصعيد الوطني ، وعدم وجود آليات مناسبة للتخطيط على صعيد مركزي مع عدم وضوح في الاستراتيجيات التأهيلية الملائمة للواقع الفلسطيني.

6. غياب آليات فعالة للتنسيق على المستوى الوطني وخاصة على صعيد العلاقة بين القطاع الحكومي والأهلي.

7. احتكار المعرفة من قبل المختصين في بعض المجالات التأهيلية وحصرها عليهم من دون تعميمها وتبسيطها (الزعمط، 1992).

وفي الوقت الذي يجري فيه الحديث عن النواقص على صعيد السياسات والاتجاهات العامة لخدمات التأهيل في فلسطين، فإنه لا بد من الإشارة إلى التطور الكبير الذي حصل على هذا القطاع خلال السنوات القليلة الماضية وكذلك السمات والمزايا الإيجابية لهذه الخدمات وهذا ما سيتم عرضه في النقاط التالية:

1. اعتماد إستراتيجية التأهيل المجتمعي كإستراتيجية رئيسة لخدمات التأهيل في فلسطين على النطاق العرضي باعتبارها إستراتيجية قطاعية شاملة تعمل ضمن المستويات المختلفة ، وتهدف إلى تحقيق الدمج الاجتماعي الشامل للأشخاص المعاقين وبمشاركتهم التامة ومن خلال تمكينهم وتعزيز قدراتهم ، وإحداث تغيير في بيئتهم الاجتماعية بما يتلاءم مع احتياجاتهم.

2. وجود برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي والتي تقدم من خلال نماذج مختلفة في الضفة الغربية وقطاع غزة والتي تغطي ما يقارب (50%) من إجمالي المواقع السكنية في الريف والمدن والمخيمات.

3. وجود خطوط رئيسة موجهة لسياسات التأهيل على الصعيد الوطني تم إقرارها من قبل القطاع الأهلي ومن خلال ورشة العمل التي عقدت مع أواخر العام 1998م.

4. على الرغم من الضعف الحاصل على مستوى الكوادر البشرية إلا أنه يشار إلى نمو وتطور كبير على صعيد الكوادر البشرية المدربة خلال العقد الماضي.
5. توفير قاعدة أساسية من المعلومات يمكن استخدامها في عمليات التخطيط سواء على المستوى الوطني، أو على المستوى المناطق والقطاعات التأهيلية المختلفة (جرار، 1999).
- وخدمات التأهيل في المناطق الفلسطينية تقدم من خلال ثلاث مستويات رئيسية وهي المستوى الوطني، والمستوى المتوسط، والمستوى المجتمعي.
1. المستوى الوطني: ويقدم خدماته من خلال ثلاث مواقع رئيسية ومتخصصة في الضفة الغربية وقطاع غزة ويمثل (10%) من مستوى خدمات التأهيل، حيث يتم الاتفاق فيما بينها على توزيع التخصص والتعاون والتنسيق المتواصل، وهذه المراكز هي: الجمعية العربية في بيت لحم وهي متخصصة في مجالات إصابات الدماغ، ومركز أبو ريا للتأهيل رام الله وهو متخصص في إصابات الحبل الشوكي، ومركز الأميرة بسمة في القدس حيث يقدم خدمات الشلل الدماغي.
2. المستوى المجتمعي: ويتكون من اللجان المحلية ومؤسسات المجتمع المدني، والمنظمات الصحية حيثما وجدت، حيث لازال هذا المستوى في طور التطوير، ولا زالت هناك جهود جبارة للارتقاء بهذا المستوى من حيث تهيئة المجتمع وإعادة توزيع الخدمات الموجودة وهذا المستوى يغطي ما نسبته (60-70%) من خدمات التأهيل (BASR,2002).
3. المستوى المتوسط وهو الذي يعمل بين المستويين السابقين، ويتمثل في الخدمات التي تقدمها المستشفيات العامة، العيادات الخاصة، عيادات الرعاية الأولية، عيادات الحضانه والطفولة، برامج التأهيل المهني وغيرها (العمرى، 2007)

## 22.1.2 آلية عمل برنامج التأهيل في فلسطين:

1. تحديد الأشخاص المعاقين في المجتمع المحلي.
2. تيسير دمج الأطفال المعاقين في المدارس.
3. مساعدة الأشخاص المعاقين وأسرهم على التكيف.
4. دعم فرص الأشخاص المعاقين في العمل.
5. التحويل والمتابعة.
6. أنشطة الوقاية من الإعاقات والكشف المبكر.
7. التدريب.
8. التأثير في السياسات والتشريعات الوطنية.
9. التنظيم الذاتي للمعاق.

10. تمكين المجتمع المحلي.
11. التكامل مع القطاعات الأخرى.
12. التعاون مع القطاع الحكومي.
13. الاعتماد على الطاقات والموارد المحلية (قطنية، 2000).

## 23.1.2 المؤسسات الحكومية لرعاية المعاقين في فلسطين:

يوجد في قطاع غزة ثماني مؤسسات حكومية عاملة في مجال رعاية وتأهيل المعاقين، إضافة إلى ثلاثة مراكز محمية، بينما توجد في الضفة الغربية خمس مؤسسات. وتشرف على جميع هذه المؤسسات وزارة الشؤون الاجتماعية، التي أنشأت الإدارة العامة لذوي الاحتياجات الخاصة، والتي بدورها تقدم جملة من الخدمات للمعاقين. ومن بين هذه الخدمات التأمين الصحي والمساعدات العينية. وتضم مدينة غزة أكبر عدد من هذه المؤسسات، حيث يوجد بها ست مؤسسات، بينما توجد مؤسسة واحدة في كل من خان يونس ودير البلح. من الواضح أن هذا التوزيع للمراكز على المحافظات المختلفة في قطاع غزة غير عادل، كما أن وصول المعاق إلى المؤسسة يكون عادة في غاية الصعوبة، ويحجم المعاقون أحياناً عن القدوم إلى هذه المؤسسات لبعدها عن مكان سكنهم.

بلغ عدد العاملين في هذه المؤسسات الحكومية 165 عاملاً عاملة حتى عام 1998. يعتبر هذا العدد غير كاف لتوفير الخدمات المقدمة للمعاقين بالمستوى المطلوب. كما أن معظم البرامج تقدم للمعاقين أثناء تواجدهم في المقرات، نظراً لعدم وجود برامج لمتابعة المعاق في المنزل. وتفاوت مدة إقامة المعوق في المؤسسة حسب نوع وحجم الإعاقة التي يعاني منها. فغالبية هذه المؤسسات تقدم خدمات علاجية جزئية في أغلب الأحيان، باستثناء مستشفى الطب النفسي في مدينة غزة الذي يقدم خدمة إقامة دائمة خلال فترة العلاج. وغني عن القول بأن الإجراءات الإسرائيلية العقابية كالإغلاقات المتكررة، وعزل المدن عن بعضها البعض وعن القرى المحيطة بها، إضافة إلى إزدياد عدد المعوقين بسبب الاستخدام المفرط للقوة المميتة، ألقت بظلالها الثقيلة على انتظام سير عمل المؤسسات الحكومية والأهلية التي تقدم الخدمات للمعاقين. هذه الإجراءات والممارسات الإسرائيلية القاسية تتطلب إعادة النظر في مسألة التوزيع الجغرافي للمؤسسات العاملة، وذلك إضافة إلى استحداث مراكز وبرامج جديدة لمواجهة الحالات المتزايدة والمستجدة (الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، 2001).

## 24.1.2 المؤسسات الأهلية لرعاية المعاقين في فلسطين:

توجد في الضفة الغربية وقطاع غزة (108) مؤسسة غير حكومية تعنى بشؤون المعاقين، منها (41) مؤسسة في القطاع مسجل لديها 9379 معاق مصابين بمختلف أنواع الإعاقات. وبلغ عدد العاملين فيها 693 عاملاً وعاملة، منهم أخصائيو اجتماعيون ، وأخصائيو سمع، وعلاج طبيعي ، ومدرسون متخصصون في لغة الإشارة للصم، ومهنيون لتعليم الحرف مثل النجارة والخياطة، وعاملون في مجال إدارة المؤسسات، ورغم هذا العدد الكبير من المؤسسات الأهلية، إلا أن عنايتهم بشريحة المعوقين تقليدية على العموم، وذلك نظراً للتركيز حسب ادعاء المعوقين أنفسهم، على تأهيل المعوق دون الاهتمام بالبيئة المحيطة به، ودون السعي إلى تغيير المفاهيم المجتمعية الشائعة التي لا تتقبل المعاق بالشكل الصحيح، كما أن بعض المؤسسات ما زالت في أمس الحاجة إلى تجديد مفاهيمها المتعلقة بالتأهيل، حيث يعمل بعضها على تعزيز مبادئ التكالية بدلاً من الاهتمام بالدعم وتمكين المعاق وحثه على الاستقلالية وممارسة حياته بشكل طبيعي (الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، 2001).

وتتفق هذه المؤسسات على برامجها من خلال التمويل الذي يصل في غالب الأحيان من خلال منظمات دولية، حكومية وغير حكومية، كما تشكل الرسوم المالية التي تتقاضاها هذه المؤسسات مقابل خدماتها جزءاً هاماً من تمويلها، وقد أوجدت بعض المراكز آليات داخلية لإيجاد تمويل لأعمالها، ومنها مبيعات إنتاجها. وتقدم المؤسسات ثلاثة أنواع من الخدمات الأساسية هي: التأهيل، والعلاج، والتعليم. وتعد جلسات علاج طبيعي للمعوقين حركياً ولإصابات الشلل بمختلف أشكاله تحت إشراف أخصائيين في العلاج الطبيعي، كما تقوم هذه المؤسسات بتدريب الأطفال الصم على استخدام لغة الإشارة والأطفال المكفوفين على استخدام طرق القراءة الخاصة بهم، إضافة إلى تطبيق اختبارات القدرات العقلية للتعرف على القدرات ونواحي القصور، وبالتالي معالجة بطئي التعلم. كذلك تهتم بعض المؤسسات بتأهيل المعوقين مهنياً من خلال عقد دورات مهنية في النجارة والحياسة وشغل الصوف. كما يحاول عدد من الأخصائيين حل المشاكل الاجتماعية والنفسية الناجمة عن الإعاقات (الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، 2001).

## 25.1.2 العقبات التي تعترض عمل المؤسسات الحكومية والأهلية في فلسطين:

تتداخل المشكلات الناجمة عن أوضاع المؤسسات الحكومية وغير الحكومية العاملة مع فئة المعوقين. وعلى رأس هذه المشكلات:

1. نقص الأدوات المساعدة لتأهيل المعاقين وارتفاع كلفتها، وخصوصاً للمعاقين سمعياً وبصرياً، مما يحد من قدرة المؤسسات على التواصل مع المعوق، رغم قيام عدد من هذه المؤسسات بتوزيع كمية من تلك الأدوات على المعاقين مؤخراً.
2. النقص الحاد في الكادر المهني المتخصص. وهذا النقص يتمثل في عدم قدرة العاملين في مجال الطب النفسي على تفهم الحالات الخاصة بالمرض نظراً لغياب التخصص في هذا المجال، كذلك في مجال التربية الخاصة، والتأهيل النفسي والمهني، والتأهيل الوظيفي والنطقي.
3. ضيق الأمكنة وعدم قدرتها على استيعاب المعاقين وعدم وجود ملاعب وساحات، أو أماكن لتقديم الخدمات الترفيهية.
4. عدم قدرة تلك المؤسسات على توفير أعمال خارجية للمعاقين والتي من شأنها تخفيف المعاناة التي يواجهونها في التنقل بواسطة وسائل المواصلات. إن عدداً كبيراً من تلك المؤسسات مازالت عاجزة عن توفير وسائل مواصلات خاصة بالمعاقين.
5. الإجراءات البيروقراطية والرسوم العالية في بعض الأحيان، إضافة إلى استخدام الوسطاء والمحابة في تحويل المعوقين إلى المراكز المتخصصة أو توفير فرص العمل لهم.
6. عدم وجود برامج أو خطط محددة يتم إتباعها في المراكز التي ينتسب إليها المعوقون، وعدم تزويد عائلاتهم بمعلومات لازمة بهذا الخصوص.
7. أكد عدد من المعاقين أنهم انقطعوا عن مراكز التأهيل لعدة أسباب منها: الشعور بالاغتراب وعدم الراحة داخل هذه المراكز، عدم الاستفادة من البرامج، الصعوبات المالية، والمشاكل الشخصية والعائلية. وفي بعض الحالات، فإن المعاقين أنفسهم تعرضوا لسوء المعاملة لدى وصولهم إلى باصات المراكز في حال توفر مثل هذه الباصات.
8. غياب المتابعة للمعاق من قبل تلك المراكز والمؤسسات، مما أثر على نفسية المعوق وعائلته. إذ تنحصر المتابعة في مجال العلاج الطبيعي. وقلة من المعاقين يتلقون اتصالات هاتفية من تلك المراكز أو يتم تحويلهم إلى مراكز أخرى لغرض المتابعة.
9. عدم وجود مرافق مريحة ومناسبة، فالبنية التحتية الراهنة تحد من قدرات المعاقين على الحركة. إضافة إلى كل ذلك، وبفعل الممارسات الإسرائيلية خلال الانتفاضة الحالية، فإن العديد من البرامج والمشاريع التي تقوم بها تلك المراكز والمؤسسات توقفت إما جزئياً أو كلياً. وفي مقابلة مع الدكتور سمير أبو جياب، رئيس جمعية المعوقين حركياً بغزة، أكد على أن برامج المؤسسة العلاجية والإنتاجية والتعليمية قد تعطلت إلى حد كبير. وتشارك في ذلك غالبية المؤسسات العاملة في هذا المجال. وعلى سبيل المثال لا للحصر، يقوم طاقم من الجمعية بالأشراف على علاج 560 حالة ممن يعانون من شلل رباعي. إضافة إلى ذلك، فإن برنامج العلاج الطبيعي الذي يقدم خدماته لأكثر من 30 معوقاً يومياً تعطل بشكل كبير جداً نتيجة للإغلاقات الإسرائيلية المتكررة، خاصة وأن نسبة كبيرة من



المستهدفين هم من سكان المنطقة الوسطى والجنوبية لقطاع غزة (الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، 2001).

## 26.1.2 تعليق على الإطار النظري

هكذا يتضح لنا بالنهاية أن عملية التأهيل للمعاقين لا تقتصر على تقديم خدمات لمساعدة المعاق لتعلم مهارات فقدتها أو تعويضه عن مهنة لن يقدر على امتنانها بسبب إعاقته فحسب، فالتأهيل عملية شاملة تهدف إلى استعادة المعاق لأقصى قدراته الجسدية والعقلية ومساعدته على قبول ذاته وقبول مجتمعه له. ولكي تصل المؤسسات والبرامج التأهيلية لهذا الهدف يجب وجود برامج تطويرية مستمرة للخدمات التأهيلية وكوادر متخصصة قادرة على إنجاز هذه البرامج. وفي حين أن المؤسسات التأهيلية يجب أن تقدم خدماتها لكافة المعاقين كل حسب فئته العمرية ودرجة إعاقته ومستوى احتياجاته، إلا أن هذا ما لم نجده في مؤسساتنا التأهيلية. حيث أن معظم المؤسسات التأهيلية تفتقر بالدرجة الأولى للإمكانات المادية التي تساعدهم في توفير باقي العناصر اللازمة لإنجاح التأهيل فنرى المؤسسات تأخذ من المعاقين رسوما باهظة الثمن مقابل التحاقهم بأي برنامج تأهيلي مما يؤدي إلى عدم استمرار هؤلاء المعاقين بالالتحاق في هذه المراكز خاصة إذا وجد أكثر من معاق لنفس الأسرة. كما أن المؤسسات التأهيلية والتي تدرج تحت عنوان تأهيل المعاقين بعضها لا يقدم أية خدمة تأهيلية بل تقتصر خدماته على العلاج الطبيعي والوظيفي للمعاق وكثير من الكوادر التأهيلية هي كوادر طبية عملها قائم على العلاج وليس التأهيل فبعض المؤسسات تخلو من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وان وجدوا فدوامهم يكون أسبوعيا وشهريا فهم غير متواجدين باستمرار، وهذا إن دل على شيء فيدل على عدم وعي المؤسسات والمجتمع بدور وأهمية التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني مما يتطلب نشاطات وبرامج مجتمعية توعية بأهمية المعاق وأهمية تأهيله وتوفير كل ما يلزم لإنجاح هذا التأهيل والوصول للأهداف المرجوة.

## 2.2 دراسات السابقة:

ينضمن هذا القسم استعراضا للعديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت موضوع تقويم فاعلية التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين في فلسطين من وجهة نظر المعاقين والعاملين في المراكز التأهيلية، حيث استخدمت الباحثة دراسات ذات علاقة بدراساتها الحالية، حيث اعتمد الباحث عند مراجعة الدراسات السابقة على المجالات التي استهدفتها في الاستبانة، لأنها الركائز التي اعتمدت عليها في عملية التقييم، وتم تصنيف البحوث والدراسات حسب ترتيبها زمنيا من الأقدم إلى الأحدث.

### 1.2.2 دراسات العربية:

هدفت دراسة فهمي (1981) إلى إلقاء الضوء على بعض الظواهر النفسية والاجتماعية المتصلة بالمعاقين جسميا ، والمشكلات المترتبة على تلك الإصابات ، وإبراز أهمية دور الخدمة الاجتماعية في دعم وتطوير السلوك الايجابي عند المعاقين جسميا والتصدي للمشكلات المترتبة على تلك الإعاقة ، إضافة إلى توضيح بعض الجوانب المتصلة بتطبيق الخدمة الاجتماعية مع المعاقين . وانطلقت الدراسة من افتراض رئيسي وهو أن ممارسة الخدمة الاجتماعية تؤدي إلى تطوير السلوك الايجابي عند المعاقين جسميا إضافة إلى فروض فرعية أخرى . واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي ، واستخدمت كل من المقابلة والاستبانة كأدوات لجمع المعلومات ، وذلك من عينة كافة المعاقين المقيمين داخل مؤسسة التأهيل المهني في الإسكندرية وخلصت الدراسة إلى نتائج أهمها :

- أن للاختصاصي دورا في تطوير السلوك الايجابي لدى المعاقين .
- أن للخدمة الاجتماعية دورا في تعديل وتطوير سلوك المعاق.
- جماعات النشاط في المؤسسة لها دور ايجابي في تعديل وتغيير اتجاهات المعاقين

وعملت دراسة الفريحي (1984) على التعرف على فاعلية الخدمات التي تقدم للفتيات المعوقات وأثرها على تحقيق تكيفهن الشخصي والاجتماعي والكشف عن مدى تكيف الفتاة المعوقة لحاجاتها الأساسية مثل استقلاليتها وإحساسها بقيمتها بالإضافة إلى تحديد الأنماط المختلفة لتكيف الفتيات المعوقات مع أنفسهن ومع غيرهن، ولتحقيق هذه الأهداف أجريت الدراسة على عينة بلغت 25 فتاة تراوحت أعمارهن ما بين 15 - 25 من الملتحقات بمراكز التأهيل المهني بالرياض. وخلصت

الدراسة لمجموعة من النتائج أهمها وجود علاقة ايجابية بين الخدمات التأهيلية والتكيف الشخصي والاجتماعي للفتيات المعوقات وكذلك تكيفهن العام (الشمري، 2003).

كما هدفت دراسة **الشواهين (1989)** إلى تقييم خدمات التأهيل المهني للمعوقين عقليا في الأردن من خلال التعرف على واقع خدمات التأهيل من جهة، ومدى تلبية خدمات التأهيل المقدمة للمعاقين عقليا لحاجاتهم الفعلية من جهة أخرى. طور الباحث استبانة مكونة من جزأين الأول يغطي المستفيدين من الخدمات ومقدمي الخدمات، والثاني تألف من (84) فقرة موزعة على جوانب التأهيل المهني السبعة. وقد كشفت هذه الدراسة أن هناك عددا من المراكز التي تقدم خدمات التأهيل للمعاقين عقليا، وأن معظم هذه المراكز تفتقر خدماتها إلى الكفاية والفاعلية التي يفترض توفرها للأفراد المعاقين عقليا لتأهيلهم مهنيا. كما وأن خدمات التأهيل المتوافرة في المراكز المختلفة لا تعمل في معظم جوانبها على تلبية حاجات المعوقين المستفيدين من هذه المراكز، كما ولم تكشف الدراسة عن الحاجات الفعلية لخدمات تأهيل المعوقين عقليا.

وهناك دراسة **الخطيب (1991)** التي هدفت الى تقييم برامج التأهيل المهني للمعوقين من وجهة نظر المنتفعين منها. حيث وزع استبانته كان قد عمل على تطويرها على الأشخاص المعوقين اللذين تخرجوا من مراكز التأهيل المهني في الفترة (1983 - 1988) من مراكز التأهيل الأردنية وبلغ عدد الخريجين 66 شخصا. أشارت النتائج إلى أن حوالي 73 % ممن تمت متابعتهم كانوا يعملون عند إجراء الدراسة إلا أن نسبة كبيرة منهم غيرت عملها أو أنها بصدد تغييره، ولقد أبدى معظم الخريجين مواقف ايجابية نحو البرنامج، لكنهم أشاروا إلى تحديات كثيرة تواجههم بعد التخرج منها الاتجاهات السلبية لأصحاب العمل وعدم توافر المهن المناسبة في سوق العمل وعدم توافر تدريب شامل وعادل.

ودراسة **خميس (1993)** التي هدفت إلى تحديد مدى إسهام الخدمات الخاصة في التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين وجملة ما يراه المنتفعون من درجة كفاءة المؤسسات التأهيلية في رعاية المعاقين وإشباع حاجاتهم الخاصة. تكونت عينة الدراسة من (131) جريحا من مصابي الانتفاضة المعاقين بإعاقات جسدية وبصرية، اختيرت من مؤسسات ومراكز تأهيلية فلسطينية، منهم (120) ذكرا، و(11) أنثى، تراوحت أعمارهم بين (10-58) سنة بمتوسط (21.96) سنة، أمكن الوصول إليهم، واعتمدت الدراسة تصنيف منظمة الصحة العالمية (1983) لمختلف فئات المعاقين من هذه العينة للتفرقة بين حالات الاعتلال والعجز والتعوق. وللإجابة عن أسئلة الدراسة قامت الباحثة ببناء مقاييس للتوافق النفسي والاجتماعي تكون من (25) عبارة تقريرية، ومقياس الخدمات الخاصة

للمعاقين تكون من (16) عبارة تقريرية. وأظهرت النتائج: أن هناك معامل ارتباط إيجابي بين الخدمات الخاصة المتاحة والتوافق النفسي والاجتماعي لمعاقى الانتفاضة، كما أظهرت الدراسة عدم تلقي المعاقين أي نوع من أنواع التدريب المهني، كما أظهر (68%) من عينة الدراسة عدم كفاية الرعاية والخدمات الصحية، كما أبدى (60%) من العينة عدم رضاهم عن الخدمات الاجتماعية.

**أجرت اللجنة الإقليمية للتأهيل في وسط فلسطين (1995) بدراسة لـ 23 قرية فلسطينية في وسط الضفة الغربية مع تركيز خاص على الأشخاص المعاقين.** وهدفت الدراسة إلى التعرف على الاحتياجات المحلية اللازمة في حقل الرعاية الصحية الأولية أو تأهيل المعاقين والعمل على تلبيتها. وقد اعتمدت الدراسة على البيانات التي تم جمعها بالاستبانة ، وقد تمكن الاستطلاع من تحديد 1056 شخصا معوقا في هذه القرى وقد شكل الذكور 56% والإناث 44% ولقد كان المعوقون في غالبيتهم يعانون من إعاقات متوسطة أو شديدة إذ أن 4% فقط من الإعاقات كانت بسيطة مما يؤكد وجود حاجة في هذه القرى إلى مشاريع التأهيل في إطار المجتمع. وهناك 2139 مهارة من مهارات الحياة اليومية إما أن الأشخاص المعوقون لا يؤدونها كما ينبغي أو لا يؤدونها على الإطلاق. وأكدت البيانات وجود مشكلة عزل المعاقين كنتيجة للصعوبات البدنية والاجتماعية. وأكدت النتائج الحاجة إلى تقديم المساعدة العاجلة لهم من خلال إقامة برامج التأهيل التي تركز لا على التعامل مع المشاكل البدنية وحسب بل وكذلك على المشاكل النفسية - الاجتماعية التي تقود إلى عزل المعاقين عن مجتمعاتهم.

**قام علي وعبد الهادي (1997) بدراسة نفسية لتأهيل فاقدى أعضاء الجسم عن طريق البتر.** وقد تكونت عينة البحث من مجموعتين تتكون كل مجموعة من 50 فردا، المجموعة الأولى لم تلق تأهيلا نفسيا واجتماعيا، وأما المجموعة الثانية فإنهم تلقوا برامج تأهيلية نفسية واجتماعية، وقد استخدم الباحثين مقياس (تنسي) لمفهوم الذات، وكان من أهم نتائج الدراسة: إن المعاق جسميا ومنهم المبتورين بصفة عامة يعانون من القلق والتوتر والشعور بالتعاسة والشعور بالدونية، وبعض المبتورين يشعرون بحالة جسمية غير عادية، وعدم راحة، والحياة اللاشعورية أيضا ينتابها التغيير نتيجة تشويه صورة الجسم.

**وتناولت اللجنة الإقليمية للتأهيل (1997) في منطقة جنوب فلسطين دراسة لـ 19 مجتمعا سكانيا فلسطينيا في منطقة جنوب الضفة الغربية مع اهتمام خاص بحاجات الأشخاص المعاقين.** وقد شملت هذه المجتمعات مخيما واحدا للاجئين هو مخيم الدهيشة وثلاث بلدات في منطقة الخليل يزيد تعداد سكانها عن 10 آلاف شخص. أما بقية المواقع السكانية فهي مجتمعات صغيرة يتراوح تعداد سكانها

بين 350 شخصا و 7 آلاف شخص، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة المعاقين تشكل 2.4% من إجمالي السكان، وقد كان معدل الإعاقة في الخليل 2.5% أعلى من بيت لحم 2.2% وان الأشخاص المعاقين المقيمين في هذه المجتمعات لازالوا بحاجة إلى الحصول على مساعدة في أداء مهارات الحياة اليومية كتناول الطعام والتنظيف والتنقل. كما أشارت النتائج إلى انه يمكن عمل الكثير في مجال دمج المعاقين اجتماعيا وخاصة الأطفال فقد تبين من الاستطلاع أن أكثر من نصف الأطفال المعاقين في سن الدراسة في هذه المجتمعات (52% منهم) يواظبون على المدرسة وان 12 % منهم لا يلعبون بتاتا و 7% من الأشخاص المعاقين لا يشاركون حتى في الأنشطة العائلية الاعتيادية، وان 22% منهم لا يشاركون في أي أنشطة اجتماعية وان 77% من الأشخاص المعاقين البالغين لا يملكون أي عمل أو مصدر للدخل.

أما برنامج دراسات التنمية -جامعة بيرزيت بشراكة مع العالمية للمعوقين (200) فقام بعمل دراسة تقييمية حول مواقف المنتفعين وتقييماتهم للخدمات المختلفة التي تقدمها سبعة من ابرز مراكز التأهيل في الضفة الغربية وقطاع غزة بعنوان " نحو تطوير العلاقة بين ذوي الاحتياجات الخاصة ومركز التأهيل في الضفة الغربية وقطاع غزة". هدفت الدراسة إلى تشجيع المراكز التأهيلية لمراجعة أساليب التأهيل لديها والعمل على تحسينها ، وتوليد نقاش حيوي حول وسائل تطوير الخدمات التي تقدمها هذه المراكز وخلق علاقة أكثر فعالية مع المنتفعين (المعوقين وعائلاتهم ) ، وقد اعتمدت الدراسة بالدرجة الأولى على تقييمات المنتفعين . وقد تم انتقاء 131منتفعا (من بين 595حالة) لإجراء مقابلات معهم، وتم اختيار العينة اختيارا عشوائيا ارتكز على (طريقة العينة المنتظمة ). وأظهرت الدراسة أن مراكز التأهيل تواجه عدد من التحديات كعدم توفر المصادر المالية التي تشكل ضرورة لتزويد العاملين بمهارات عملية ومهنية . وعلى المراكز تطوير معايير لتقييم عمل العاملين في المراكز بحيث تتم مكافأة النجاح وإصلاح الفاشل. كما وجد اختلاف في وجهات النظر التي يتبناها كل من مراكز التأهيل والمعوقين وعائلاتهم من حيث توقعاتهم ومفهوم التأهيل لديهم وغير ذلك ، كما أن القضايا الحقيقية التي تواجه المعوقين كحقوقهم وقيمهم الإنسانية لم تتم معالجتها بشكل تام من قبل المراكز بالإضافة إلى عدم المتابعة التي تعتبر قضية كبيرة تحتاج إلى علاج .

وهدف دراسة الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن (2001) إلى إلقاء الضوء على أنواع ومستويات الخدمات المقدمة للمعوقين من قبل مؤسسات التأهيل، الحكومية وغير الحكومية. كما ويهدف إلى التعرف على حجم وجوانب المشكلة وآليات معالجتها. هذا بالإضافة إلى محاولة استكشاف

آفاق وإمكانيات تمتع المعوقين الفلسطينيين بالحقوق التي منحتها لهم القوانين المحلية والمواثيق الدولية ذات العلاقة. وتوصلت الدراسة إلى:

1. كشفت انتفاضة الأقصى عن عدم جاهزية المؤسسات العاملة في مجال رعاية وتأهيل المعوقين لمواجهة حالة الطوارئ وما نتج عنها من ازدياد أعداد المعوقين خلال فترة وجيزة. وتجلّى ذلك في سوء توزيع مراكز التأهيل من الناحية الجغرافية، عدم كفاية المخزون من الأدوات المساعدة، عدم كفاية أعداد العاملين، عدم توفر البرامج المتخصصة والعاملين المتخصصين، ونقص الأموال المرصودة لتمويل برامج التأهيل اللازمة.

2. العمل على توفير واستحداث برامج خدمات خاصة بذوي الإعاقات المختلفة. فبالرغم من توفير بعض التخصصات مثل العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي، إلا أنه يجب التأكيد على أهمية وجود تخصصات أخرى مثل التربية الخاصة والعلاج النطقي والعلاج النفسي.

3. تحسين علاقة المشاركة بين المراكز والمؤسسات المتخصصة وعائلات المعوقين، لغرض إشراك العائلة في عمليتي التأهيل والدمج، إن انفتاح المراكز والمؤسسات على المجتمع من شأنه تعزيز قدراتها على تقديم خدمات أفضل.

4. تحسين ظروف عمل العاملين في هذه المؤسسات، الأمر الذي قد يؤدي بدوره إلى تشجيعهم على أن يكونوا أكثر إيجابية مع المعوقين، وتكثيف المتابعة والتقييم لأداء الطاقم وتحسين قنوات الاتصال بين الإدارة العليا والعاملين المتخصصين.

5. ضرورة سن تشريعات تلزم الجامعات والمعاهد والمدارس باتخاذ إجراءات وتدابير لاستيعاب المعوقين. ربما كان هذا العامل هو الأكثر تأثيراً على الحالة النفسية للطلبة المعوقين والأكثر أثراً في قراراتهم، سواء بمواصلة التعليم أو التسرب من المعاهد والمدارس.

6. ضرورة إقامة الورش المحمية للمعوقين من ذوي الإعاقات الشديدة، غير القادرين على الانخراط في ورش العمل العادية، وتشجيع المعوقين بصورة عامة على تأسيس جمعيات تعاونية إنتاجية خاصة بهم، وإقامة مشاريع إنتاجية صغيرة يديرونها بأنفسهم أو بالمشاركة مع آخرين، مع مراعاة إعفاء أدوات الإنتاج التي يستخدمها المعوقون في عملهم من الرسوم الجمركية.

أجرى الشمري (2003) دراسة هدفت إلى التعرف على ترتيب الإيجابيات والسلبيات لبرامج التأهيل المهني للمعوقين التي تقدمها مراكز التأهيل المهني للمعوقين، من وجهة نظر كل المعوقين والمشرفين ورجال الأعمال، والتعرف على دلالة الفروق في النظر إلى برامج التأهيل المقدمة للمعوقين، والتعرف على دلالة الفروق في النظر إلى برامج التأهيل المقدمة من المشرفين وهل تعود إلى اختلاف طبيعة العمل والمستوى التعليمي. استخدم الباحث في دراسته المنهج الوصفي التحليلي، وقام بإعداد استبانة غطت محاور الدراسة المختلفة، وطبقت الاستبانة على عينة حجمها

(287) فردا. وقد أظهرت الدراسة أن برامج التأهيل تساعد في تغيير فكرة المجتمع عن المعوقين، كما أن هناك اختلاف في وجهات النظر بين المعوقين من جهة وبين المشرفين ورجال الأعمال من جهة من حيث استفادة المعاقين من برامج التأهيل. كما انفق المعوقون والمشرفون ورجال الأعمال على أن برامج التأهيل تتناسب مع قدرات المعوقين الجسمية والعقلية. كما وجدت الدراسة فروقا تعود لسبب الإعاقة من حيث وجهات النظر الايجابية والسلبية لبرامج التأهيل.

أجرت اللجنة المحلية لتأهيل المعاقين (2003) دراسة هدفت فيها إلى معرفة وجهة نظر الباحثين نحو تقييم خدمات مشروع الشلل الدماغي، وأثرها على المجتمع والمعاقين وأسرة المعاقين والمؤسسة نفسها، وقد تالف مجتمع الدراسة من أهالي المعاقين وإدارة المؤسسات المساندة للبرنامج والمتطوعين والعاملين في مجال رعاية وتأهيل المعاقين في محافظة جنين في العام 2002. وشملت عينة الدراسة (150) شخصا، واستخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وقد خلصت الدراسة إلى أن اتجاهات الباحثين قد كانت ايجابية بدرجة كبيرة جدا نحو جميع مجالات الدراسة. كذلك وجدت فروق في اتجاهات الباحثين نحو خدمات المشروع وكفاءة طاقم العمل، واثار المشروع وأهميته على حياة اللجنة المحلية والمجتمع وذلك تبعا لمتغير الدخل الشهري للمستجيب ، وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة في اتجاهات الباحثين نحو مجالات الدراسة وذلك تبعا لكل من متغير العمر، والمستوى التعليمي، والفئة المستهدفة.

وتناولت دراسة نيلسون وقطينة (2005) تقييم برنامج التأهيل المجتمعي في فلسطين من منظور الأشخاص المعاقين أنفسهم . حيث حاولوا التعرف على 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. ولتحقيق الهدف السابق قام الباحثان بإجراء الدراسة في كل من محافظة جنين في الشمال ومحافظة الخليل في جنوب الضفة الغربية إضافة إلى غزة حيث تكون مجتمع الدراسة من (650) شخص تم اختيار عينة عشوائية طبقية بلغ حجمها (130) شخصا ، موزعين على المناطق التي يعمل فيها البرنامج واعتمدت المشاهدة والمقابلة وحلقات النقاش كأداة لجمع البيانات ، وتم تحليل الإجابات وتصنيفها وفقا لثمانية مجالات لتوعية الحياة (حسب تعريف IASSID) كما تم تحليل النتائج حسب الجنس، والعمر ، ونوع الإعاقة . وجرى البحث في البيانات المحتملة بين المناطق ومختلف المؤسسات المنفذة للبرنامج . وقد خلصت الدراسة إلى ما يلي :

إن البرنامج قد احدث أثرا ايجابيا متميزا في الجانب النفسي والوجداني للمعاق .

هناك اثر للبرنامج على السلامة البدنية للمعاقين وخاصة في غزة ووسط الضفة الغربية في مجال قدرة المعاقين على تقرير أمورهم بأنفسهم وقدرتهم على التأثير والرفاه المادي والاقتصادي .  
ضعف تأثير البرنامج في الأثر الذي تركه على بعض المجالات بحسب نوع الإعاقة، والجنس ، والمنطقة ، والمؤسسة المنفذة للبرنامج .

أجرت وكالة الغوث الدولية (2006) دراسة هدفت إلى توفير قاعدة بيانات حول المعاقين في مخيمات الضفة الغربية بالإضافة إلى توفير مؤشرات حديثة وموثقة حول خصائصهم الاجتماعية والسكنية والاقتصادية من أجل استثمار النتائج في وضع الخطط وصناعة القرار، حيث استخدم في الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم إجراء مسح شامل للمعاقين في جميع المناطق التي شملتها الدراسة ، واعتمدت الاستبانة كأداة لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم (3549) فردا وبعد جمع البيانات وتحليلها وجد بان نسبة الإعاقة لدى الذكور في المخيمات (61.9%) وبلغت نسبة الإناث (38.1%) كما وجد أن (4.60%) من مجمل عدد المعاقين في مخيمات الضفة الغربية هم من سكان مخيم عسكر بلاطة والفارعة وجنين، في حين بلغ متوسط عمر الإعاقة لكلا الجنسين (5.31) حيث بلغت نسبة الإعاقة الحركية (21%) من مجمل الإعاقات، أما عن شدة الإعاقة فقد وجد بان (4.87%) من أفراد العينة كان لديهم إعاقات شديدة ومتوسطة، أما فيما يخص أسباب الإعاقة فوجد بان (4.53%) من هذه الأسباب تعود لأحداث الانتفاضة، كما وجد بان ما نسبته (9.53%) من الذكور هم من المتزوجين، وان (29%) هم من الإناث، وان (36%) منهم دخلهم الشهري اقل من (1000) شيقل، كما أظهرت هذه الدراسة أن موائمة البيئة الخارجية، وتوفير الإطراف الصناعية تعد من اقل الخدمات التي حصل عليها المعاقون.

أما ملحم (2007) فهدفت دراسته إلى التعرف على مهارات الحياة الانتقالية الضرورية للأفراد المعاقين في الأردن، والتعرف على درجة امتلاكهم لتلك المهارات. تكونت عينة الدراسة من (104) فردا معاقا من مجتمع الدراسة الملتحقين ببرامج التأهيل المهني في مختلف محافظات المملكة منهم (60) ذكرا، و(44) أنثى، تراوحت أعمارهم بين (16-30) سنة بمتوسط (19.5) سنة، أمكن الوصول إليهم. كما تكونت عينة الدراسة من (104) معلما ومعلمة، وكذلك (52) أبا وأما من أولياء أمور الأفراد المعاقين، وممن أمكن الوصول إليهم. وللإجابة عن أسئلة الدراسة قام الباحث ببناء قائمة بمهارات الحياة الانتقالية تكونت من (35) فقرة ضمن خمسة أبعاد. وتم استخراج دلالات صدق وثبات لها، وطلب من المعلمين وأولياء الأمور تقدير الطلبة على هذه القائمة، وأظهرت النتائج: امتلاك الأفراد المعاقين (31) مهارة، حسب تقديرات المعلمين وأولياء الأمور، وامتلاك الأفراد المعاقين عقليا (14) مهارة حسب تقديرات المعلمين، و(18) مهارة حسب



تقديرات أولياء الأمور، وامتلاك الأفراد المعاقين سمعياً لجميع المهارات تقريبا حسب تقديرات المعلمين وأولياء الأمور، وامتلاك الأفراد المعاقين حركياً (21) مهارة حسب تقديرات المعلمين، و(12) مهارة حسب تقديرات أولياء الأمور. كما أظهرت النتائج أن أكثر المهارات امتلاكاً من مهارات الحياة الانتقالية للأفراد المعاقين هي المهارات الاجتماعية تليها مهارات تقرير المصير.

## 2.2.2 دراسات الأجنبية:

هدفت دراسة كوفمان (Kauffmann, 1995) إلى تقييم برامج التأهيل المهني في ولاية بنسلفانيا الأمريكية في مراكز خدمات التأهيل المهني والتوظيف الذاتي. استخدمت عينة من 161 فرد أخذت بطريقة عشوائية تدربوا على مهن مختلفة في مراكز التأهيل المهني لمدة 12 شهر وقد بينت النتائج من السنة الأولى ومن خلال متابعة التقييم تحسنا ملحوظا في التأهيل المهني للذين تلقوا تدريبا ضمن هذه المراكز، وهذا يبين أن مساعدة الرفاق ومساندتهم الذاتية سوف ترفع مستوى الخدمات المهنية. وكذلك بينت الدراسة أن المشاركة في برنامج التأهيل المهني مثل مركز التوظيف الذاتي في جامعة (Oakland) تؤدي إلى تحسين النتائج المهنية مقارنة بعدم المشاركة. وهذه النتائج متوقعة بعد اثني عشر شهرا من بداية الخدمة. فهي تساعد المشارك في الوصول إلى أهداف التأهيل المهني.

أما دراسة Abu-khadra(2002) هدفت إلى تقييم خدمات التأهيل في شمال محافظات الضفة الغربية (نابلس وسلفيت وطوباس وجنين) وشملت الدراسة 43 مؤسسة عاملة في مجال التأهيل ، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي ، واستخدمت كلا من المقابلة والاستبانة كأدوات لجمع البيانات حيث ضمنت الأداة 13 مجالا دارت حول أنواع وكمية خدمات التأهيل ، والأمور المادية والنظم الإدارية ونظام التحويل والتنسيق والتعاون ما بين المؤسسات والسياسات العامة ذات العلاقة بالتأهيل. وتطرقت الدراسة لأهم المشكلات التي تحد من تطور خدمات التأهيل ومدى الحاجة لتطوير سياسات التأهيل. أظهرت النتائج أن 86% من خدمات التأهيل المقدمة كانت العلاج الطبيعي وهناك مؤشرات عالية تشير إلى 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 ، وأشارت التوصيات إلى ضرورة وجود سياسات تأهيل شاملة على الصعيد الوطني ، ودمج المعاق في المجتمع، وضرورة دراسة العوامل التي تؤثر على رسم السياسات في مجال التأهيل وأهمية دعم الحكومة للمؤسسات العاملة في مجال التأهيل.

وأجرى فورد (Ford,2003) دراسة هدفت إلى اختبار معلومات سكان بوبا حول الإعاقة قبل التخطيط لبرنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، حيث تم توجيهه (10) أسئلة استعراضية تتعلق بالإعاقة في الطفولة المبكرة ، واستخدام الأسلوب الكمي والنوعي بهدف تحديد نوع الإعاقة الموجودة وتحديد أسبابها، وتحديد السلوك السائد ومدى مشاركة المعاقين في نشاطات القرية والتعرف على احتياجات المعاقين والأشخاص الذين يقدمون الرعاية لهم. تم التعرف من خلال الدراسة على (158) شخص معاق من مجموع السكان البالغ عددهم (4964) نسمة، وأجريت 20 مقابلة، وتم تحليل البيانات التي تم جمعها بما يتناسب مع مضمون برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، من أجل تحديد الاحتياجات لهؤلاء السكان، حيث تبين أن نسبة انتشار العجز قد وصلت إلى (3.2%) من مجموع سكان منطقة الدراسة ، وفي تقييم أسلوب البحث أظهر إيجابية عالية، حيث مكن الأسلوب النوعي فريق العمل من جمع معلومات دقيقة وحساسة نابعة من صميم الأفراد المعاقين وأحاسيسهم، وكما ساعد هذا الأسلوب العاملين في ميدان الدراسة على الشعور بأحاسيس ومعتقدات المعاقين، وعليه أوصت الدراسة بضرورة استخدامه من قبل العاملين في البرنامج التأهيلي المبني على المجتمع المحلي في مناطق أخرى من غينيا (جرار، 2008).

كما هدفت دراسة ميركر وهارت (Mercer and Harte, 2005) إلى تقييم نوعية حياة المعاقين في كمبوديا، والتعرف على اثر خدمات التأهيل المقدمة إليهم، كالتأهيل الفيزيائي والتأهيل المبني على المجتمع المحلي والمساعدة في سوق العمل، وقد تكونت العينة من (164) شخصا من المعاقين في الحضر والريف. أشارت النتائج إلى أن حياة الأشخاص الذين حصلوا على أكثر من نوع من خدمات التأهيل، كانت أفضل من حياة الأشخاص الذين حصلوا على نوع واحد من هذه الخدمات. كما تبين أن هناك ضعفا كبيرا بين المجموعات في مستوى المشاركة في عملية التخطيط وصناعة السياسات وتقديم خدمات التأهيل. أوصت الدراسة بضرورة توفير خدمات تلبي احتياجات الأشخاص المعاقين بهدف استدامة نوعية حياة جديدة لهم، وكذلك ضرورة وجود نظرة تكاملية في تقديم الخدمات لأنها أفضل طريقة لزيادة اثر خدمات التأهيل على حياة الأفراد في كمبوديا.

وتناولت دراسة جيواسونتافي (Cheausuwantave, 2005) الوضع الحالي والمستقبلي لبرنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في تايلند حيث هدفت دراسته إلى التعرف على مدى حاجة المنظمات التطوعية وغير الحكومية في التأهيل (Tamil) إلى الدمج الفعال لبرامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في نشاطات التعزيز الصحي، إضافة إلى دمج برنامج التأهيل المجتمعي مع المنظمات التي ترعى المعاقين، وقد اعتمدت الدراسة على كل من الاستبانة والمقابلة والملاحظة في

ميدان العمل كأدوات لجمع البيانات. وأظهرت الدراسة أن العاملين في المجال الصحي لديهم مفهوم ضعيف للاحتياجات التي تواجه المعاقين، لكن الموظفين في مواقع رؤساء، ومن يمتلكون شهادات أكاديمية عليا كان لديهم تفهم لهذه الاحتياجات. كذلك تبين أن (80%) من المنظمات قد أبدت الرغبة في التعرف على آلية دمج برنامج 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 اللذين لديهم معرفة ووعي بالإعاقة فلم تتجاوز ما نسبته (1%) (جرار، 2008).

أجرى **ارمسترونج وآخرون (Armstrong & other, 2005)**: دراسة حول منظورات العجز في افغانستان وأثرها على خدمات التأهيل. تمثل الهدف من الدراسة في استكشاف طبيعة الإعاقة بهدف تطوير خدمات التأهيل في افغانستان، وقد استخدمت المقابلة ومجموعات النقاش بالاضافة إلى الملاحظات في العمل الميداني كأدوات لجمع البيانات، حيث تكونت العينة من عدد من المستفيدين من خدمات التأهيل والعاملين في مجال التأهيل (اختصاصيو العلاج الطبيعي وممثلون من لجنة الإعاقة الافغانية) وذلك في محافظتي كابول وهيرات. اعتمد في تحليل البيانات ومناقشتها على ثلاثة مواضيع رئيسية طبيعة الإعاقة، سبب الإعاقة، وأولويات خدمات التأهيل للمعاقين. وقد أشارت نتائج الدراسة أن المجتمع يميز في النظرة بين الإعاقات الخلقية والإعاقات الناتجة عن إصابة، حيث هناك تفضيل وتمثيل أعظم في منظمات المعاقين نحو الإعاقة الناتجة عن إصابة، وهناك مسؤولية ثقافية واهتمام بهذه الفئة على حساب الفئة الأخرى. أما الأولوية الرئيسية للمعاقين فقد أعطيت للجوانب الاقتصادية، وكان لديهم تدن في مستوى المعرفة حول إعادة التأهيل كذلك الأمر بالنسبة للفريق الطبي. وأوصت الدراسة بضرورة تدريب فريق التأهيل والفريق الطبي للنظر نحو الإعاقة باعتبارها نموذج اجتماعي، إضافة إلى ضرورة رفع وتعزيز برامج الوعي العام نحو الإعاقة الخلقية بصورة اكبر (جرار، 2008).

ودراسة **لندهولم واخرون (Lindholm & Others, 2005)** التي تناولت مفاهيم المساعدات الشخصية للتعاون في تأهيل الاشخاص المعاقين. حيث أجريت الدراسة في الجزء الجنوبي من السويد حيث نصف مليون من السكان، وقد تم منح ثلاثة وسبعين معاقا في تلك المنطقة مساعدة شخصية، وكان منهم ثمانية واربعون يستشيرون وكالات مساعدة خاصة والباقون كانوا يحصلون على المساعدة من سلطات الرفاه الاجتماعي في البلدية، وكان لكل معاق منهم أكثر من مساعد. تم جمع البيانات عن طريق أربعين من المساعدين الشخصيين، وقام عشرون منهم بالإجابة عن اهتمامهم في المشاركة. وتم جمع البيانات باستخدام مقابلات شبه مركبة، وبينت الدراسة أن الإعاقة

كانت جسمية ونفسية وإدراكية ، ويجب أن يكون إعادة التأهيل مبنيا على القدرات الفردية لكل منهم ، وان هؤلاء المعاقين يتطلبون جهودا إضافية لإعادة تأهيلهم لمنع تدهور حالتهم بشكل سريع ومن اجل إعادة تأهيل هؤلاء وتحفيزهم يجب أن يشاركوا في تكوين أهداف الحياة، وان يكونوا مشاركين في التخطيط والمتابعة لأنها وسيلة من وسائل إعادة التأهيل، وان على المساعدين الشخصيين أن يأخذوا رغبة مرضاهم ودورهم المهني وقدراتهم وبيئتهم في الحسبان أثناء التأهيل.

قام **دكسون وثورتون (Dixon & Thorton,2006)** بدراسة تطرق من خلالها إلى الإدراك الحسي لقوة تأثير الشخصية وإعادة التأهيل بين الشباب المعاقين عصبيا. حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها 28 مريضا أعمارهم من 17 - 59 عاما وكان 8 منهم يعانون جلطات و6 يعانون من إصابات في الدماغ و10 يعانون من أمراض أعصاب ، وتم مقابلتهم وطرحت عليهم أسئلة. وتم مقابلة 7 منهم في الداخل أما الباقين فقد تم مقابلتهم في الخارج حيث يخرجون من اجل إعادة التأهيل. وكانت نصف العينة ذكور والنصف الآخر إناثا. وكانت لديهم هذه الإعاقة من شهرين إلى 360 شهرا ، وقد قال المعاقون أنهم شعروا بأن جلسات العلاج المقدمة لهم كانت أكثر فاعلية من لو أنهم يقومون بذلك بأنفسهم ذلك بأنهم يتلقون حافزا من شخص آخر يشجعهم. واجمع هؤلاء انه بإعادة التأهيل يمكن التقليل من الاعتماد على الآخرين.

دراسة **Al-akhrass & Hamdan (2006)** التي هدفت لجمع معلومات عن أسباب وأنواع وخصائص ذوي الاحتياجات الخاصة في 27 قرية فلسطينية من محافظتي طولكرم وقلقيلية. وذلك من اجل دعم وتعزيز تنفيذ برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في هذه المواقع. وقد اتبع المنهج الوصفي من خلال إجراء مسح شامل لتلك القرى حيث تكون مجتمع الدراسة من 11 قرية في طولكرم و16 قرية في قلقيلية والتي تضم 53.500 نسمة واستخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الإعاقة الحركية قد حصلت على اعلي نسبة من بين الإعاقات بشكل عام حيث بلغت ما نسبته 34% كذلك تبين أن نسبة الإعاقة لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث ، كما تبين أن ما نسبته 37% من المعاقين لا يوجد لأسرهم أي معيل ، وان 57% من المعاقين هم من أصحاب الدخل المنخفض. أما من حيث طبيعة الخدمات وجد بان 19% من المعاقين قد حصلوا على تأهيل وإرشاد نفسي ، وان 35 % من المعاقين هم بحاجة لرعاية وتأهيل متخصص وتحويل، إضافة إلى أن 2.17% منهم بحاجة لأدوات مساعدة وأجهزة تعويضية. وان 1.5% من المعاقين بحاجة إلى فرص عمل.

دراسة **Stander (2007)**: التي هدفت إلى التعرف على مدى تقييم أصحاب العمل وأولياء الأمور لبرامج ومراكز تأهيل المعاقين. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (415) صاحب عمل وولي أمر، وتوصلت النتائج إلى أن أصحاب العمل وأولياء الأمور ما زالوا غير مؤمنين بشكل كامل بكفاءة مراكز التأهيل والتدريب الخاصة بتأهيل المعاقين ويتخوفون من تشغيلهم، ووجدت الدراسة فروقا تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، ولمتغير شدة الإعاقة لصالح بسيطى الإعاقة.

دراسة **Marcos (2008)** التي هدفت إلى التعرف على آراء مشغلي المعاقين خريجين مراكز التأهيل بمستوى أدائهم المهني. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (500) صاحب عمل ومشغل، وتوصلت النتائج إلى أن المعاقين خريجين مراكز التأهيل يختلفون عن المعاقين الغير مؤهلين حيث أن المعاقين خريجين مراكز التأهيل أكثر قدرة على التعامل مع المشكلات نتيجة إعدادهم بطرق واليات عمل جديدة ومهنية وتم تعريضهم للمشكلات الحديثة.

دراسة **Reco (2008)**: التي هدفت إلى التعرف على مستوى تقييم أصحاب العمل للمعاقين خريجين مراكز التأهيل. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (213) صاحب عمل، وتوصلت النتائج إلى أن أصحاب العمل ما زالوا يتخوفون من المعاقين خريجين مراكز التأهيل وينظرون إليهم على أنهم أقل قدرة على أدائهم لوظائفهم مقارنة مع العمال الأسوياء.

دراسة **فريدريك (2009)**: حيث أجرى دراسة بعنوان: دور الإرشاد النفسي في تأهيل المعاقين الذين تعرضوا لحوادث طرق. هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الإرشاد النفسي وخدمات التأهيل للمعاقين الذين تعرضوا لحوادث طرق. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (300) معاق من ولاية أريزونا الأمريكية. واستخدم مقياس يهدف على قياس هذه العلاقة مكون من ثلاث مجالات و(36) فقرة. ووجدت الدراسة علاقة بين دور الإرشاد النفسي وتقبل المعاق للعودة إلى السياقة مرة أخرى، ولم تجد الدراسة فروق تعزى لمتغير الجنس، أو العمر، ووجدت علاقة تعزى لكون المعاق كان سائقا أو راكبا لصالح السائق.

دراسة **بارسون (2009)**: الذي كانت دراسته بعنوان: مدى اندماج المعاقين من ذوي الإعاقات الحركية الذين تلقوا الإرشاد النفسي في المجتمع. هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الارشاد النفسي في اعادة دمج المعاقين في المجتمع. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (500) معاق،

ووجدت الدراسة فروق تعزى لمتغير العمر لصالح الذكور، ولمتغير العمر لصالح الاصغر سنا، ولم تجد فروق لصالح طبيعة العمل.

### 3.2.2 تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال ما تقدم عرضه من دراسات سابقة نجد أن هناك دراسات ركزت على تحديد واقع احتياجات المعاقين من اجل بناء قاعدة بيانات والاستفادة من النتائج في التخطيط كدراسة (وكالة الغوث الدولية، 2006) و (حمدان والأخرس، 2006) ، وبعض الدراسات تناولت تقييم خدمات التأهيل من منازير متعددة كالمعاقين أو العاملين في مؤسسات التأهيل كدراسة (اللجنة المحلية لتأهيل المعاقين في مخيم جنين، 2003) ودراسة (جامعة بيرزيت بشراكة العالمية للمعوقين، 2000) ، وقد اتفقت هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة من أمثال (دراسة فلاح، 1982) في أن هناك للتأهيل بأنواعه أثرا كبيرا على المعاقين وأن هناك فرقا بين المعاقين المؤهلين وغير المؤهلين، إضافة إلى أن مراكز وبرامج التأهيل تعمل على وجود علاقة ايجابية بين الخدمات التأهيلية والتكيف الشخصي والاجتماعي للفتيات المعاقات وكذلك تكيفهن العام. واتفقت هذه الدراسة مع (دراسة الشمري، 2003) و (دراسة اللجنة المحلية لتأهيل المعاقين، 2003) في أن برامج التأهيل لها دور كبير وتعمل على تغيير فكرة المجتمع عن المعوقين ، إلا أن نتائج الدراسة تعارضت مع (دراسة الشواهين، 1989) و (دراسة الخطيب، 1991) في أن المراكز التي تقدم خدمات التأهيل للمعاقين تفتقر خدماتها إلى الكفاية والفاعلية التي يفترض توفرها للأفراد المعاقين لتأهيلهم مهنياً.

كذلك بالنسبة عن ما ورد في الدراسات الأجنبية فنجد أن هناك دراسات اتفقت مع هذه الدراسة من أمثال دراسة (Kauffmann, 1995) في أن برامج التأهيل تساعد في تغيير فكرة المجتمع عن المعاقين. واتفقت الدراسة مع دراسة كل من ( Marcos ، 2008)، و ( Reco ، 2008) في أن المعاقين خريجي مراكز التأهيل يختلفون عن المعاقين الغير مؤهلين حيث أن المعاقين خريجي مراكز التأهيل أكثر قدرة على التعامل مع المشكلات نتيجة إعدادهم بطرق واليات عمل جديدة ومهنية، وتم تعريضهم للمشكلات الحديثة. كمان تشابهت بعض من متغيرات هذه الدراسة مع متغيرات بعض الدراسات السابقة كدراسة ( نيلسون وقطينة، 2005) ودراسة (فريدريك، 2009) حيث تناولت متغيرات الجنس والعمر ومدى اختلاف استجابة المبحوثين لواقع التأهيل باختلاف هذه المتغيرات وهناك دراسة (ستاندر، 2007) أيضاً التي بحثت بمتغيرات الجنس ودرجة الإعاقة . فالباحثة استفادت من هذه الدراسات بالتعرف المبدئي على اهم المتغيرات التي يجب دراستها والتعرف على مدى تأثيرها بالواقع التأهيلي. وتتميز هذه الدراسة في كونها تتعرض لموضوع واقع

التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني للمعاقين حركيا في فلسطين حيث تناولت أهم ثلاث أنواع من التأهيل التي بوجودها وجودتها توفر للمعاق الحياة المثلى له وفق قدراته وحاجاته، كما أنها ارتكزت على وجهة نظر أكثر من عنصر من عناصر عملية التأهيل بينما الدراسات الأخرى كانت تستهدف فئة واحدة فقط في دراستها لذا فان تنوع عينة الدراسة واشتمالها على أهم عناصر عملية التأهيل وهم المعاقين أنفسهم والعاملين في المراكز وأولياء أمور المعاقين سيؤدي إلى إعطاء وجهة نظر اقرب ما يكون للواقع وهذا ما يجعل هذه الدراسة متميزة.

وجملة القول أن معظم الدراسات السابقة تطرقت لأثر البرامج التأهيلية على حياة المعاقين ولم تتطرق كثيرا إلى دور الخدمات التأهيلية في تحقيق تنمية المعاقين ومعظمها أخذت من منظور فئة واحدة بينما يجب المقارنة والأخذ بأكثر من وجهة نظر ورأي للوصول إلى تقييم أفضل للمراكز والبرامج .

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

1.3 منهج الدراسة

2.3 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

4.3 أدوات الدراسة

5.3 إجراءات الدراسة

6.3 متغيرات الدراسة

7.3 المعالجة الإحصائية



## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل عرضاً لمنهج الدراسة ومجتمعها وعينتها، والأدوات المستخدمة فيها، وإجراءات الصدق والثبات، والإجراءات التي قامت بها الباحثة لتنفيذ الدراسة وكيفية سير الدراسة، كما ويشتمل على وصفا للطرق الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات واستخراج النتائج.

#### 1.3 منهج الدراسة

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، لأنه المنهج المناسب في مثل هذه الدراسات التربوية والنفسية، وذلك لمعرفة درجة واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين والعاملين في مراكز تأهيل المعاقين، وأولياء الأمور.

#### 2.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع المعاقين حركيا وأولياء أمورهم وجميع العاملين بمراكز التأهيل في الضفة الغربية. ويقدر عدد هؤلاء المعاقين حركيا المنتفعين من مراكز التأهيل حوالي (2000) معاق ومعاقه، وذلك حسب المسح الذي أجرته الباحثة بنفسها لهذه المراكز وأخذها للإحصاءات منها مباشرة خلال العام الذي أجريت فيه الدراسة (2009/2008) أما عدد العاملين في مراكز التأهيل التي شملتها الدراسة فقد بلغ (500) عامل وعاملة، ويوضح الجدول (1.3) توزيع مجتمع الدراسة حسب المركز أو المؤسسة وموقعها.

جدول 1.3: يبين توزيع أفراد المجتمع الأصلي حسب المؤسسة وموقعها والجنس.

الرقم	اسم المؤسسة	نوعها (حكومية/خاصة)	الموظفين		المعاقين	
			ذكور	إناث	ذكور	إناث
1	الهلال الأحمر	خاصة	21	126	577	1435
2	جمعية الشبان المسيحية	خاصة	50	135	492	223
3	مركز الأمل للتأهيل	خاصة	2	14	14	15
4	الجمعية العربية للتأهيل	خاصة	73	65	1083	663
5	مركز أبو ريا	خاصة	58	32	11	9

2345	2177	372	204	المجموع
------	------	-----	-----	---------

### 3.3 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الكلية من (510) من المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين بمراكز التأهيل في الضفة الغربية، وقد بلغت عينة المعاقين حركيا (255) معاق حركيا، شكلت عينة المعاقين حركيا ما نسبته (12%) تقريبا من المجتمع الأصلي للدراسة، أما عينة العاملين في مراكز التأهيل فقد بلغت (100) عامل وعاملة في هذه المراكز وقد شكلت هذه العينة ما نسبته (20%) من مجتمع العاملين في مراكز التأهيل، أما عينة أولياء أمور المعاقين فقد بلغت (145) ولي أمر، وقد شكلت هذه العينة ما نسبته (7%) من مجتمع الدراسة المتمثل بأولياء أمور المعاقين، وتعتبر هذه النسب جيدة وكبيرة حيث يشير عودة ومكاوي (1992) إلى أن العينة تكون ممثلة بمثل هذه البحوث التي يكون فيها مجتمع الدراسة عدة مئات تكون نسبة التمثيل (20%) فما فوق كما هو الحال بالنسبة لعينة العاملين في مراكز التأهيل، أما عندما مجتمع الدراسة عدة آلاف تكون نسبة التمثيل المناسبة (10%) كما هو الحال بالنسبة لعينة المعاقين وأولياء أمورهم، وبعد إتمام عملية جمع البيانات وصلت حصيلة الجمع (510) استبانة استبعد منها 10 استبانات بسبب عدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي لكي تصبح عينة الدراسة التي تم إجراء التحليل الإحصائي عليها (500) من المعاقين حركيا وأولياء أمورهم والعاملين في مراكز التأهيل في الضفة الغربية، والجدول (2.3) و(3.3) و(4.3) تبين وصف عينة الدراسة تبعا لمتغيراتها المستقلة:

جدول 2.3 يبين توزيع أفراد العينة وفقا لمتغيرات عمر المعاق، والحالة الاجتماعية، ودرجة الإعاقة.

المتغير	مستوياته	التكرار	النسبة المئوية %
العمر	15 - 25 سنة	94	36.9
	بين 25 - 35 سنة	110	43.1
	أكثر من 35 سنة	51	20.0
الحالة الاجتماعية	أعزب	139	54.5
	متزوج	116	45.5
درجة الإعاقة	بسيطة	57	22.4
	متوسطة	153	60.0
	شديدة	45	17.6

جدول 3.3 يبين توزيع أفراد العينة وفقا لمتغيرات جنس العامل، والعمر، والمؤهل العلمي.

المتغير	مستوياته	التكرار	النسبة المئوية %
جنس العامل	ذكر	47	47.0
	أنثى	53	53.0
العمر	20 - 30 سنة	61	61.0
	31 - 40 سنة	19	19.0
	41 - 52 سنة	18	18.0
المؤهل العلمي	دبلوم	22	22.0
	بكالوريوس	88	88.0

جدول 4.3 يبين توزيع أفراد العينة وفقا لمتغيرات صلة القرابة، ومستوى الدخل.

المتغير	مستوياته	التكرار	النسبة المئوية %
صلة القرابة	أب	63	43.4
	أم	54	37.2
	غير ذلك	28	19.3
مستوى الدخل	أقل من 1000 شيكل	43	29.7
	بين 1000 - 2000 شيكل	87	60.0
	أكثر من 3000 شيكل	15	10.3
المجموع		145	100%

#### 4.3 أداة الدراسة:

بعد إطلاع الباحثة على عدد من الدراسات السابقة وعلى الأدب التربوي المتعلق بموضوع الدراسة وأهدافها وفروضها قامت بتطوير استبانته خاصة من أجل التعرف إلى واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين في فلسطين كما تراها عناصر عملية التأهيل (العاملين في مراكز التأهيل، المعاقين حركيا أنفسهم، وأولياء أمور المعاقين)، وقد تكونت الأداة في صورتها النهائية من جزأين: الجزء الأول: تضمن بيانات أولية عن المفحوصين لكل عينة من المبحوثين من المعاقين حركيا والعاملين في مراكز التأهيل وأولياء أمور المعاقين حركيا.

الجزء الثاني: تضمن الفقرات التي تقيس واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين حيث بلغ عدد هذه الفقرات (45) فقرة وزعت على ثلاثة مجالات رئيسة على النحو الآتي:

جدول 5.3 يبين توزيع فقرات أداة الدراسة على محاورها الرئيسية.

عدد الفقرات	أرقام الفقرات	المحاور
15	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	التأهيل المهني
14	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29	التأهيل الاجتماعي
16	30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45	التأهيل النفسي
45	المجموع	

وقد تم تصميم الأداة على أساس مقياس ليكرت (Likert Scale) خماسي الأبعاد وقد بنيت الفقرات بالاتجاه الإيجابي والسلبي وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت:

كبيرة جدا: خمس درجات.

كبيره: أربع درجات.

متوسطة: ثلاث درجات.

قليلة: درجتين.

قليلة جدا: درجة واحدة.

وبذلك تكون أعلى درجة في المقياس =  $45 \times 5 = 225$ .

وتكون أقل درجة =  $45 \times 1 = 45$ .

وتعكس الأوزان للفقرات السلبية عند التصحيح

تفسير نتائج مقياس واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي (مقياس الواقع):

بعد تحويل المتوسطات الحسابية إلى نسب مئوية تم تفسير النتائج على هذا الأساس وفق

المعيار الوارد في جدول (6.3):

جدول 6.3 النسب المئوية ودرجة الواقع.

درجة الواقع	الوزن بالنسبة المئوية
قليلة جدا	أقل من 50%
قليلة	50-59.9%
متوسطة	60-69%
كبيرة	من 70-79.9%
كبيرة جدا	80% فأكثر

وقد استندت الباحثة في تفسيرها لنتائج المقياس لأسلوب ليكرت الذي يحدد درجة المبحوث

على المقياس في ضوء درجة موافقته أو عدم موافقته على بنود المقياس، وتتحدد درجة الواقع

بإعطاء أوزان مختلفة للاستجابة.

## تقنين أداة الدراسة:

### صدق الأداة:

استخدمت الباحثة صدق المحكمين أو ما يعرف بالصدق المنطقي وذلك بعرض الاستبانة على (12) محكما من ذوى الاختصاص كما هو ظاهر في ملحق رقم (00) بهدف التأكد من مناسبة الاستبانة لما أعدت من أجلها، وسلامة صياغة الفقرات وانتماء كل منها للمجال الذي وضعت فيه، وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين على عبارات الاستبانة 90%، وهو ما يشير إلى أن الاستبانة تتمتع بصدق مقبول (عودة، 1998، ص383). وتشير الباحثة بأن عدد فقرات الاستبانة بصورتها الأولية قبل عرضها على المحكمين قد بلغ (60) فقرة، إلا أن الباحثة أخذت بآراء المحكمين الذين اجمعوا بضرورة زيادة عدد الفقرات في بعض المجالات وحذف الفقرات المكررة التي تحمل نفس المعنى في حالات أخرى كما تم خفض عدد أبعاد الدراسة، فبعد أن كانت ستة أبعاد، فقد أخذت الباحثة بآراء المحكمين وخفضتها إلى ثلاثة أبعاد فقط، كذلك حذفت تلك الفقرات التي لا تتسجم مع أهداف الدراسة ليصل عدد فقرات الاستبانة في صورتها النهائية (45) فقرة.

كما تم التأكد من صدق الأداة تبعا لوجهة نظر المعاقين والعاملين في مراكز تأهيل المعاقين والياء أمور المعاقين في الدراسة الحالية من خلال استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) حيث تبين أن جميع الفقرات دالة إحصائيا وذلك كما في الجداول (7.3) و(8.3) و(9.3).

جدول 7.3. نتائج معامل الارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا من وجهة نظر المعاقين مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة.

الفقرات	قيمة ر	الدالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدالة الإحصائية
.1	0.779**	0.000	24	0.641**	0.000
.2	0.844**	0.000	25	0.654**	0.000
.3	0.827**	0.000	26	0.784**	0.000
.4	0.461**	0.000	27	0.749**	0.000
.5	0.623**	0.000	28	0.816**	0.000
.6	0.586**	0.000	29	0.570**	0.000
.7	0.722*	0.000	.30	0.795**	0.000
.8	0.801**	0.000	31	0.773**	0.000
.9	0.865**	0.000	32	0.783**	0.000
.10	0.757**	0.000	.33	0.541**	0.000
.11	0.732**	0.000	.34	0.557**	0.000
.12	0.553**	0.000	.35	0.809**	0.000
.13	0.136*	0.041	.36	0.871**	0.000
.14	0.426**	0.000	.37	0.671**	0.000
.15	0.604**	0.000	.38	0.751**	0.000

0.000	0.777**	.39	0.000	0.724**	.16
0.000	0.789**	.40	0.000	0.677**	17
0.000	0.676**	.41	0.000	0.689**	18
0.000	0.760**	.42	0.000	0.752**	19
0.000	0.780**	.43	0.000	0.611**	20
0.000	0.689**	.44	0.000	0.455**	21
0.000	0.639**	.45	0.000	0.535**	22
			0.000	0.482**	23

جدول 8.3. نتائج معامل الارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة.

الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية
.1	0.742**	0.000	24	0.614**	0.000
.2	0.783**	0.000	25	0.536**	0.000
.3	0.707**	0.000	26	0.684**	0.000
.4	0.538**	0.000	27	0.528**	0.000
.5	0.480**	0.000	28	0.747**	0.000
.6	0.647**	0.000	29	0.527**	0.000
.7	0.807**	0.000	.30	0.650**	0.000
.8	0.774**	0.000	31	0.532**	0.000
.9	0.780**	0.000	32	0.680**	0.000
.10	0.723**	0.000	.33	0.469**	0.000
.11	0.752**	0.000	.34	0.263**	0.008
.12	0.479**	0.000	.35	0.794**	0.000
.13	0.240*	0.016	.36	0.720**	0.000
.14	0.635**	0.000	.37	0.632**	0.000
.15	0.624**	0.000	.38	0.645**	0.000
.16	0.589**	0.000	.39	0.666**	0.000
.17	0.506**	0.000	.40	0.652**	0.000
.18	0.628**	0.000	.41	0.665**	0.000
.19	0.630**	0.000	.42	0.774**	0.000
.20	0.516**	0.000	.43	0.702**	0.000
.21	0.423**	0.000	.44	0.413**	0.000
.22	0.495**	0.000	.45	0.658**	0.000
.23	0.549**	0.000			

جدول 9.3. نتائج معامل الارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة.

الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية
.1	0.925**	0.000	24	0.688**	0.000
.2	0.948**	0.000	25	0.756**	0.000
.3	0.932**	0.000	26	0.742**	0.000

0.000	0.734**	27	0.000	0.770**	.4
0.000	0.873**	28	0.000	0.771**	.5
0.000	0.728**	29	0.000	0.758**	.6
0.000	0.856**	.30	0.000	0.857*	.7
0.000	0.904**	31	0.000	0.929**	.8
0.000	0.850**	32	0.000	0.940**	.9
0.000	0.854**	.33	0.000	0.809**	.10
0.000	0.618**	.34	0.000	0.750**	.11
0.000	0.790**	.35	0.000	0.479**	.12
0.000	0.931**	.36	0.030	0.168*	.13
0.000	0.704**	.37	0.000	0.663**	.14
0.000	0.794**	.38	0.000	0.737**	.15
0.000	0.791**	.39	0.000	0.808**	.16
0.000	0.805**	.40	0.000	0.828**	17
0.000	0.603**	.41	0.000	0.740**	18
0.000	0.812**	.42	0.000	0.738**	19
0.000	0.671**	.43	0.000	0.768**	20
0.000	0.706**	.44	0.000	0.648**	21
0.000	0.757**	.45	0.000	0.586**	22
			0.000	0.756**	23

تشير المعطيات الواردة في الجداول السابقة أن جميع قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للأداة دالة إحصائياً، مما يشير إلى الاتساق الداخلي لفقرات الأداة وأنها تشترك معاً في قياس واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً من وجهة نظر المعاقين والعاملين في مراكز تأهيل المعاقين وأولياء أمور المعاقين مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة، في ضوء الإطار النظري الذي بنيت الأداة على أساسه.

#### ثبات الأداة:

قامت الباحثة باحتساب ثبات الأداة بعدة طرق على النحو التالي:

#### أولاً: طريقة إعادة الاختبار (Test- Retest Method):

حيث تم تطبيق أداة الدراسة على عينة استطلاعية (استكشافية أولية) (Pilot Study) مكونة من (30) من المعاقين حركياً، لم يتم تضمينهم في عينة الدراسة الأصلية وبفرق زمني (14) يوماً بين التطبيقين، ثم تم احتساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات مرتي التطبيق، وقد بلغ (0.93) وهو معامل مرتفع جداً ويمكن الوثوق به.

## ثانياً: ثبات التجانس الداخلي (Consistency):

وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدم الباحث طريقة (كرونباخ ألفا) (Cronbach Alpha). والجدول (6.3) يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقتي كرونباخ ألفا والتجزئة النصفية على محاور الاستبانة المختلفة: جدول 10.3. يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على أبعاد الدراسة والدرجة الكلية.

أولياء أمور	نفسى	اجتماعى	مهني	عاملين	نفسى	اجتماعى	مهني	معاق	نفسى	اجتماعى	مهني	البعد
0.98	0.95	0.94	0.95	0.95	0.90	0.90	0.92	0.97	0.95	0.92	0.93	كرونباخ ألفا
0.96	0.93	0.93	0.89	0.88	0.73	0.86	0.89	0.91	0.89	0.87	0.87	التجزئة النصفية

ينضح من الجدول (10.3) أن قيمة معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا لمحاور المقياس المختلفة تراوحت بين (0.90) و(0.98) بطريقة كرونباخ ألفا، بينما تراوحت بطريقة التجزئة النصفية بين (0.73) و(0.96) وهي قيم ثبات عالية جداً.

## 5.3 إجراءات الدراسة

تم إتباع الخطوات الآتية في تطبيق إجراءات الدراسة الحالية:

1. بناء أداة الدراسة، وعرضها على محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص.
2. مخاطبة مراكز التأهيل الحكومية والخاصة في الضفة الغربية، بالسماح للباحثة بتوزيع الاستبانة على المعاقين والعاملين في مراكز التأهيل.
3. التنسيق مع وزارة الشؤون الاجتماعية ومخاطبة المؤسسات التابعة لها التي وقع عليها خطأ حتى يتم السماح للباحثة بزيارة هذه المراكز وتوزيع أداة الدراسة على العينة.
4. تم توزيع أداة الدراسة على عينة استطلاعية من المعاقين استبعدت فيما بعد من العينة الأصلية للدراسة.
5. قامت الباحثة باختيار عينة عشوائية من مجتمع الدراسة.
6. بعد التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة توجهت الباحثة إلى مدراء مراكز التأهيل الحكومية والخاصة في الضفة الغربية، بهدف توزيع الاستبانات على أفراد العينة.
7. استعانة الباحثة بالمرشدين العاملين في المؤسسات والاتصال معهم للتأكيد على تعبئة الاستبانات من قبل أفراد العينة.



8. قام الباحثة بجمع الاستبيانات التي تم الحصول عليها من قبل أفراد عينة الدراسة، للتأكد من صلاحيتها، كما تم استبعاد الاستبيانات التي لم تفي الشروط المطلوب مراعاتها من قبل المفحوص.
9. تم فرز الاستبيانات المستوفية لشروط الاستجابة والبالغ عددها (510) استبانته وتم استبعاد (10) استبانات لعدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي.
10. تم إعطاء الاستبيانات الصالحة أرقاماً متسلسلة وإعدادها لإدخالها للحاسوب.
11. قامت الباحثة بتفريغ الاستبيانات بواسطة الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات واستخراج النتائج.

### 6.3 متغيرات الدراسة :

#### المتغيرات المستقلة:

أولاً: المتغيرات التصنيفية (classification variables) المتعلقة بالمعاقين حركياً:

- 1- الجنس: وله مستويان: 1. ذكر 2. أنثى.
- 2- العمر: 1- 15-25 سنة 2- 26-35 سنة 3- أكثر من 35.
- 3- الحالة الاجتماعية: 1- أعزب 2- متزوج 3- مطلق 4- أرمل.
- 4- المستوى التعليمي: 1- أساسي فما دون 2- ثانوي 3- جامعي فأعلى.
- 5- مكان السكن الحالي: 1- مدينة 2- قرية 3- مخيم.
- 6- درجة الإعاقة.

ثانياً: المتغيرات التصنيفية (classification variables) المتعلقة بالعاملين في مراكز التأهيل

#### للمعاقين حركياً:

- 1-الجنس: وله مستويان: 1. ذكر 2. أنثى.
- 2- العمر: 1- 20-30 سنة 2- 31-40 سنة 3- 41-50 سنة 4- 51 سنة فأكثر.
- 3- المؤهل العلمي: 1- دبلوم 2- بكالوريوس 3- أعلى من ذلك

ثالثاً: المتغيرات التصنيفية (classification variables) المتعلقة بأولياء أمور المعاقين حركياً:

- 1- صلة القرابة: 1. أب 2. أم 3-غير ذلك.
- 2- مستوى الدخل: 1- اقل من 1000 شيكل 2- من 1000 - 2000 3- أكثر من 2000 شيكل.

#### المتغيرات التابعة: (Dependent Variables):

وقد تمثلت المتغيرات التابعة في الفقرات التي تقيس واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين في فلسطين من وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين بمراكز التأهيل.

### 7.3 المعالجة الإحصائية:

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات باستخراج الأعداد والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات، وقد فحصت فرضيات الدراسة عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )، باستخدام الاختبارات الإحصائية: اختبار تحليل التباين الثنائي (Tow way analysis of variance)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance)، واختبار (t-test)، وكذلك تم استخدام اختبار (Tukey) ومعامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، ومعامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) وذلك باستخدام الحاسوب وباستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

### 8.3 التعريفات الإجرائية :

التأهيل الاجتماعي هو: مجموع درجات المقياس المكون من (255) درجة ومتوسطه يبلغ (4.01) وبالتالي فهو يعتبر أقوى أنواع المقاييس.

التأهيل النفسي هو: مجموع درجات المقياس المكون من (255) درجة ومتوسطه يبلغ (4.00) وبالتالي فهو يعتبر ثاني أقوى أنواع المقاييس.

التأهيل المهني هو: مجموع درجات المقياس المكون من (255) درجة ومتوسطه يبلغ (3.62) وبالتالي فهو يعتبر ثالث أقوى أنواع المقاييس.

الفصل الرابع  
• نتائج الدراسة

### 1.4 نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة، وذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها ومناقشتها، وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد درجة واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين من وجهة نظر المعاقين والعاملين في مراكز المعاقين وأولياء أمور المعاقين وفق قيمة المتوسط الحسابي تم اعتماد المقياس التالي:

1. درجة قليلة جداً: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي (أقل من 2.5).
2. درجة قليلة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي تتراوح بين (2.5-2.9).
3. درجة متوسطة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي تتراوح بين (3-3.4).
4. درجة كبيرة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي تتراوح بين (3.5-3.9).
5. درجة كبيرة جداً: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي (4 فما فوق).

#### 1.1.4 نتائج السؤال الأول:

ما واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين من وجهة نظر المعاقين؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين من وجهة نظر المعاقين على أبعاد التأهيل المهني والاجتماعي والنفسي والدرجة الكلية، وذلك كما هو واضح في الجدول (1.4).

جدول (1.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين من وجهة نظر المعاقين.

الدرجة	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المتغير
كبيرة جداً	80.2%	0.63	4.01	255	التأهيل الاجتماعي
كبيرة جداً	80%	0.52	4.00	255	التأهيل النفسي
كبيرة	72%	0.72	3.62	255	التأهيل المهني
كبيرة	76%	0.57	3.88	255	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (1.4) أن درجة التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين كانت كبيرة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الدرجة على الدرجة الكلية للأداة (3.88) مع انحراف معياري (0.57). كما تبين أن التأهيل الاجتماعي أخذ أعلى درجات الواقع حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.01) معبرا عن درجة كبيرة جداً، وجاء في المرتبة الثانية التأهيل النفسي بمتوسط حسابي (4.00) معبرا أيضا عن درجة كبيرة جداً، بينما جاء التأهيل المهني في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (3.62) معبرا عن درجة كبيرة.

وتظهر الملاحق رقم (1، 2، 3) فقرات أبعاد التأهيل الاجتماعي والمهني والنفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين أنفسهم. حيث تبين أن أعلى فقرة في التأهيل المهني - ملحق رقم (1) تمثلت في (مدة التأهيل التي يجتازها المعاق كافية) بمتوسط حسابي قدره (3.95)، بينما كانت أقل فقرة (تلبي برامج التدريب المهني احتياجات سوق العمل الخاص بالمعاقين) بمتوسط حسابي قدره (3.15). كما تبين أن أعلى فقرة في بعد التأهيل الاجتماعي - ملحق رقم (2) تمثلت في (يستفيد المعاق من برامج التأهيل الاجتماعي الموجودة في المركز) بمتوسط حسابي قدره (4.23)، بينما كانت أقل فقرة (تساهم برامج التأهيل في تعديل اتجاهات الأسر نحو النظرة التقليدية للزواج) بمتوسط حسابي قدره (3.68). أيضا تبين أن أعلى فقرة في بعد التأهيل النفسي - ملحق رقم (3) تمثلت في (تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاهها ايجابيا نحو نفسه) بمتوسط حسابي قدره (4.29)، بينما كانت أقل فقرة (يوجد في الجمعية برنامج متابعة للخريجين من الجمعية) بمتوسط حسابي قدره (3.61).

#### 2.1.4. نتائج السؤال الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تعزى لمتغيرات (العمر، والحالة الاجتماعية، ودرجة الإعاقة).

وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية (1-3) وفيما يلي نتائج فحصها:

#### 1.2.1.4. نتائج الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تعزى لمتغير العمر.

للتحقق من صحة الفرضية الأولى تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول (2.4).

جدول 2.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمتوسطات واقع التأهيل تبعا لمتغير العمر.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	المتغير
0.7009	3.6702	94	15 - 25 سنة	التأهيل المهني
0.7725	3.4097	110	بين 25 - 35 سنة	
0.4975	3.9817	51	أكثر من 35 سنة	
0.4764	4.0790	94	15 - 25 سنة	التأهيل الاجتماعي
0.5792	3.8695	110	بين 25 - 35 سنة	
0.4221	4.1527	51	أكثر من 35 سنة	
0.6410	4.0785	94	15 - 25 سنة	التأهيل النفسي
0.6549	3.8881	110	بين 25 - 35 سنة	
0.5449	4.1936	51	أكثر من 35 سنة	
0.5448	3.9426	94	15 - 25 سنة	الدرجة الكلية
0.6187	3.7228	110	بين 25 - 35 سنة	
0.4484	4.1102	51	أكثر من 35 سنة	

يتضح من الجدول (2.4) وجود فروق بين متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير العمر، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (3.4).

جدول 3.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في متوسطات واقع التأهيل تبعا لمتغير العمر.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التأهيل المهني	بين المجموعات	11.774	2	5.887	12.051	0.000**
	داخل المجموعات	123.105	252	0.489		
	المجموع	134.879	254			
التأهيل الاجتماعي	بين المجموعات	3.647	2	1.823	6.901	0.001**
	داخل المجموعات	66.585	252	0.264		
	المجموع	70.232	254			
التأهيل	بين المجموعات	3.773	2	1.887	4.763	0.009**

		0.396	252	99.807	داخل المجموعات	النفسي
			254	103.580	المجموع	
0.000**	9.188	2.894	2	5.788	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.315	252	79.380	داخل المجموعات	
			254	85.168	المجموع	

يتضح من الجدول (3.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير العمر في الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قامت الباحثة باستخدام اختبار (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (4.4).

جدول 4.4. نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير العمر في الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.

المتغير	العمر	15 - 25 سنة	بين 25 - 35 سنة	أكثر من 35 سنة
التأهيل المهني	15 - 25 سنة		0.2605*	-0.3115*
	بين 25 - 35 سنة			-0.5720*
	أكثر من 35 سنة			
التأهيل الاجتماعي	15 - 25 سنة		0.2095*	-0.0736
	بين 25 - 35 سنة			-0.2832*
	أكثر من 35 سنة			
التأهيل النفسي	15 - 25 سنة		0.1904	-0.1152
	بين 25 - 35 سنة			-0.3056*
	أكثر من 35 سنة			
الدرجة الكلية	15 - 25 سنة		0.2197*	-0.1677
	بين 25 - 35 سنة			-0.3874*
	أكثر من 35 سنة			

يتضح من الجدول (4.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير العمر في الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى. أن الفروق كانت في بعد التأهيل المهني والاجتماعي والنفسي وكذلك الدرجة الكلية بين المعاقين ذو الفئة العمرية (15 - 25 سنة) والفئة العمرية (بين 25 - 35 سنة) لصالح الفئة العمرية (15 - 25 سنة). كما كانت في بعد التأهيل المهني فقط بين الفئة العمرية (15 - 25 سنة) وبين الفئة العمرية (أكثر من 35 سنة) لصالح الفئة العمرية (أكثر من 35 سنة)، بينما تبين أن الفروق في بعد التأهيل المهني والاجتماعي والنفسي وكذلك الدرجة الكلية كانت بين الفئة العمرية (25 - 35 سنة) وبين الفئة العمرية (أكثر من 35 سنة) لصالح الفئة العمرية (أكثر من 35 سنة).

#### 2.2.1.4 نتائج الفرضية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

للتحقق من صحة الفرضية الثانية استخدم اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (5.4).

جدول 5.4. نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

المتغير	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحاسبي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	الدالة الإحصائية
التأهيل المهني	أعزب	139	3.69	0.72	1.686	253	0.093
	متزوج	116	3.53	0.73			
التأهيل الاجتماعي	أعزب	139	4.07	0.50	2.458	253	0.015*
	متزوج	116	3.91	0.53			
التأهيل النفسي	أعزب	139	4.12	0.55	2.935	253	0.004**
	متزوج	116	3.89	0.70			
الدرجة الكلية	أعزب	139	3.96	0.52	2.553	253	0.011*
	متزوج	116	3.78	0.63			



يتضح من الجدول (5.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ( $0.05 \geq \alpha$ ) في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية، حيث كانت الفروق في بعد التأهيل النفسي والاجتماعي وكذلك في الدرجة الكلية، لصالح المعاقين ذوي الحالة الاجتماعية (أعزب) حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للتأهيل من وجهة نظر (المعاق الأعزب) (3.96) في حين بلغ المتوسط الحسابي للمعاق المتزوج (3.78). بينما تبين عدم وجود فروق في بعد التأهيل المهني وتبعاً لوجود فروق في الدرجة الكلية فقد تم رفض الفرضية الصفرية الثانية.

• نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ( $0.05 \geq \alpha$ ) في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تعزى لمتغير درجة الإعاقة.

للتحقق من صحة الفرضية الثالثة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير درجة الإعاقة، وذلك كما هو واضح في الجدول (6.4).

جدول 6.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل تبعا لمتغير درجة الإعاقة.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	درجة الإعاقة	المتغير
0.74	3.50	57	بسيطة	التأهيل المهني
0.77	3.56	153	متوسطة	
0.36	3.94	45	شديدة	
0.47	4.01	57	بسيطة	التأهيل الاجتماعي
0.61	4.00	153	متوسطة	
0.14	3.97	45	شديدة	
0.73	4.10	57	بسيطة	التأهيل النفسي
0.65	3.96	153	متوسطة	
0.36	4.08	45	شديدة	
0.57	3.87	57	بسيطة	الدرجة الكلية
0.64	3.84	153	متوسطة	
0.28	4.00	45	شديدة	

يتضح من الجدول (6.4) وجود فروق بين متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير درجة الإعاقة، في بعد التأهيل المهني فقط، ووجود تقارب بين باقي المتوسطات الأخرى، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (7.4).

جدول 7.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One – Way Analysis of Variance) للفروق في متوسطات واقع التأهيل تبعاً لمتغير درجة الإعاقة.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التأهيل المهني	بين المجموعات	6.052	2	3.026	5.919	0.003**
	داخل المجموعات	128.827	252	0.511		
	المجموع	134.879	254			
التأهيل الاجتماعي	بين المجموعات	0.057	2	0.0287	0.103	0.902
	داخل المجموعات	70.174	252	0.278		
	المجموع	70.232	254			
التأهيل النفسي	بين المجموعات	0.964	2	0.482	1.183	0.308
	داخل المجموعات	102.616	252	0.407		
	المجموع	103.580	254			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	0.854	2	0.427	1.276	0.281
	داخل المجموعات	84.314	252	0.335		
	المجموع	85.168	254			

يتضح من الجدول (7.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير درجة الإعاقة في بعد التأهيل المهني فقط، بينما تبين عدم وجود فروق في بعد التأهيل الاجتماعي والنفسي والدرجة الكلية، ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة قامت الباحثة باستخدام اختبار (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (8.4).

جدول 8.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير درجة الإعاقة في بعد التأهيل المهني.

المتغير	درجة الإعاقة	بسيطة	متوسطة	شديدة
التأهيل	بسيطة		-0.0643	-0.4452*

-0.3808*			متوسطة	المهني
			شديدة	

يتضح من الجدول (8.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعاً لمتغير درجة الإعاقة في بعد التأهيل المهني. أن الفروق كانت بين المعاقين ذوي الإعاقة البسيطة والمتوسطة، وبين المعاقين ذوي الإعاقة الشديدة لصالح المعاقين ذوي الإعاقة الشديدة.

### 3.1.4 نتائج السؤال الثالث:

ما واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين على أبعاد الواقع والدرجة الكلية، وذلك كما هو واضح في الجدول (9.4).

جدول (9.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين.

الدرجة	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المتغير
كبيرة جدا	84%	0.45	4.23	100	التأهيل النفسي
كبيرة جدا	82%	0.40	4.13	100	التأهيل الاجتماعي
كبيرة	76%	0.60	3.84	100	التأهيل المهني
كبيرة جدا	80%	0.42	4.07	100	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (9.4) أن درجة واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين كانت كبيرة جدا، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الدرجة على الدرجة الكلية للأداة (4.07) مع انحراف معياري (0.42). كما تبين أن التأهيل النفسي أخذ أعلى درجات الواقع حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.23) معبرا عن درجة كبيرة جدا، وجاء في المرتبة الثانية التأهيل الاجتماعي بمتوسط حسابي (4.13) معبرا أيضا عن درجة

كبيرة جدا، بينما جاء التأهيل المهني في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (3.84) معبرا عن درجة كبيرة.

وتظهر الملاحق رقم (4، 5، 6) فقرات أبعاد التأهيل الاجتماعي والمهني والنفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين. حيث تبين أن أعلى فقرة في التأهيل المهني - ملحق رقم (4) تمثلت في (يستفيد المعاق من برامج التأهيل المهني الموجودة في المركز) بمتوسط حسابي قدره (4.33)، بينما كانت أقل فقرة (تلمي برامج التدريب المهني احتياجات سوق العمل الخاص بالمعاقين) بمتوسط حسابي قدره (3.14). كما تبين أن أعلى فقرة في بعد التأهيل الاجتماعي - ملحق رقم (5) تمثلت في (تساعد خدمات التأهيل المعاق على التكيف مع إعاقته) بمتوسط حسابي قدره (4.44)، بينما كانت أقل فقرة (تساهم برامج التأهيل في خلق أجواء ديمقراطية بين صفوف المعاقين وإقرانهم الأسوياء داخل العمل) بمتوسط حسابي قدره (3.70). أيضا تبين أن أعلى فقرة في بعد التأهيل النفسي - ملحق رقم (6) تمثلت في (يطبق في المركز اختبارات نفسية تقييم ميول وقدرات المعاق) بمتوسط حسابي قدره (4.52)، بينما كانت أقل فقرة (برامج التأهيل تعلم المعاق القدرة على ضبط الذات إذا تعرض لمواقف مؤلمة أثناء تعامله مع الأسوياء) بمتوسط حسابي قدره (4.00).

#### 4.1.4 نتائج السؤال الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تعزى لمتغير الجنس والعمر والمؤهل العلمي؟  
وانبثق عن هذا السؤال الفرضيات الصفرية 4-6 وفيما يلي نتائج فحصها:

#### 1.4.1.4 نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من صحة الفرضية الرابعة استخدم اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (10.4).

جدول 10.4. نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تعزى لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
التأهيل المهني	ذكر	47	3.85	0.59	0.221	98	0.825
	أنثى	53	3.83	0.61			
التأهيل الاجتماعي	ذكر	47	4.23	0.39	2.432	98	0.017*
	أنثى	53	4.04	0.39			
التأهيل النفسي	ذكر	47	4.27	0.42	0.863	98	0.390
	أنثى	53	4.19	0.48			
الدرجة الكلية	ذكر	47	4.12	0.39	1.126	98	0.263
	أنثى	53	4.02	0.45			

يتضح من الجدول (10.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تعزى لمتغير الجنس وذلك على الدرجة الكلية وفي بعد التأهيل المهني والنفسي، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للتأهيل من وجهة نظر الذكور (4.12) في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث (4.02). في حين تبين وجود فروق في بعد التأهيل الاجتماعي لصالح الذكور، وتبعاً لعدم وجود فروق في الدرجة الكلية فقد تم قبول الفرضية الصفرية الرابعة.

#### 2.4.1.4. نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تعزى لمتغير العمر.

للتحقق من صحة الفرضية الخامسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تبعاً لمتغير العمر، وذلك كما هو واضح في الجدول (11.4).

جدول 11.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل تبعاً لمتغير العمر.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	المتغير
0.69	3.77	61	20 - 30 سنة	التأهيل المهني
0.37	3.95	19	31 - 40 سنة	
0.42	3.94	20	41 - 52 سنة	
0.40	4.12	61	20 - 30 سنة	التأهيل الاجتماعي
0.48	4.24	19	31 - 40 سنة	
0.31	4.05	20	41 - 52 سنة	
0.47	4.21	61	20 - 30 سنة	التأهيل النفسي
0.28	4.26	19	31 - 40 سنة	
0.51	4.25	20	41 - 52 سنة	
0.46	4.04	61	20 - 30 سنة	الدرجة الكلية
0.34	4.15	19	31 - 40 سنة	
0.40	4.09	20	41 - 52 سنة	

يتضح من الجدول (11.4) وجود تقارب بين متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تبعاً لمتغير العمر، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (12.4).

جدول 12.4: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في متوسطات واقع التأهيل تبعاً لمتغير العمر.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التأهيل المهني	بين المجموعات	0.749	2	0.374	1.041	0.357
	داخل المجموعات	34.898	97	0.360		
	المجموع	35.646	99			
التأهيل الاجتماعي	بين المجموعات	0.367	2	0.184	1.121	0.330
	داخل المجموعات	15.899	97	0.164		
	المجموع	16.266	99			
التأهيل	بين المجموعات	0.0469	2	0.023	0.112	0.894
	داخل المجموعات	20.364	97	0.210		

			99	20.411	المجموع	النفسي
0.581	0.545	0.102	2	0.203	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.186	97	18.089	داخل المجموعات	
			99	18.293	المجموع	

يتضح من الجدول (12.4) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تبعا لمتغير العمر على الدرجة الكلية، وكذلك على باقي الأبعاد الأخرى، فقد كانت المتوسطات متقاربة على مختلف الأبعاد، وتبعا لعدم وجود فروق فقد تم قبول الفرضية الصفرية الخامسة.

#### 3.4.1.4 نتائج الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تعزى لمتغير المؤهل العلمي. للتحقق من صحة الفرضية السادسة استخدم اختبار ت (t-test)، كما هو واضح في الجدول رقم (13.4).

جدول 13.4. نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحاسبي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
التأهيل المهني	دبلوم	22	3.87	0.53	0.306	98	0.760
	بكالوريوس	78	3.83	0.61			
التأهيل الاجتماعي	دبلوم	22	4.08	0.37	-0.680	98	0.498
	بكالوريوس	78	4.15	0.41			
التأهيل النفسي	دبلوم	22	4.14	0.43	-1.036	98	0.303
	بكالوريوس	78	4.26	0.45			
الدرجة الكلية	دبلوم	22	4.03	0.42	-0.444	98	0.658
	بكالوريوس	78	4.08	0.43			

يتضح من الجدول (13.4) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر

العاملين في مراكز تأهيل المعاقين تبعا لمتغير المؤهل العلمي وذلك على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للتأهيل من وجهة نظر الذين مؤهلاتهم العلمية (دبلوم) (4.03) في حين بلغ المتوسط الحسابي للذين مؤهلاتهم العلمية بكالوريوس (4.08) وتبعا لعدم وجود فروق في الدرجة الكلية فقد تم قبول الفرضية الصفرية السادسة.

#### 5.1.4 نتائج السؤال الخامس:

ما واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين؟

للإجابة عن سؤال الدراسة الخامس استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين على أبعاد الواقع والدرجة الكلية، وذلك كما هو واضح في الجدول (14.4).

جدول (14.4) الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين.

الدرجة	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المتغير
كبيرة	%78	0.64	3.93	145	التأهيل الاجتماعي
كبيرة	%76	0.71	3.88	145	التأهيل النفسي
كبيرة	%74	0.71	3.78	145	التأهيل المهني
كبيرة	%70	0.85	3.53	145	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (14.4) أن درجة التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين كانت كبيرة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الدرجة على الدرجة الكلية للأداة (3.53) مع انحراف معياري (0.85). كما تبين أن التأهيل الاجتماعي أخذ أعلى درجات الواقع حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.93) معبرا عن درجة كبيرة أيضا، وجاء في المرتبة الثانية التأهيل النفسي بمتوسط حسابي (3.88) معبرا أيضا عن درجة كبيرة، بينما جاء التأهيل المهني في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (3.78) معبرا عن درجة كبيرة.

وتظهر الملاحق رقم (7، 8، 9) فقرات أبعاد التأهيل الاجتماعي والمهني والنفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين. حيث تبين أن أعلى فقرة في التأهيل المهني -



ملحق رقم (7) تمثلت في (يستفيد المعاق من برامج التأهيل المهني الموجودة في المركز) بمتوسط حسابي قدره (3.88)، بينما كانت اقل فقرة (تلبى برامج التدريب المهني احتياجات سوق العمل الخاص بالمعاقين) بمتوسط حسابي قدره (2.99). كما تبين أن أعلى فقرة في بعد التأهيل الاجتماعي - ملحق رقم (8) تمثلت في (يستفيد المعاق من برامج التأهيل الاجتماعي الموجودة في المركز) بمتوسط حسابي قدره (4.20)، بينما كانت اقل فقرة (تساهم برامج التأهيل في تعديل اتجاهات الأسر نحو النظرة التقليدية للزواج) بمتوسط حسابي قدره (3.48). أيضا تبين أن أعلى فقرة في بعد التأهيل النفسي - ملحق رقم (9) تمثلت في (تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاها ايجابيا نحو نفسه) بمتوسط حسابي قدره (4.20)، بينما كانت اقل فقرة (يوجد في الجمعية برنامج متابعة للخريجين من الجمعية) بمتوسط حسابي قدره (3.28).

#### 6.1.4 نتائج السؤال السادس:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين تعزى لمتغيرات (صلة القرابة ومستوى الدخل) والتفاعلات بينها. وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الصفرية السابعة وفيما يلي نتائج فحصها:

#### 1.6.1.4 الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين تعزى لمتغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل والتفاعلات بينها.

للتحقق من صحة الفرضية السابعة تم استخراج نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Tow way analysis of variance) وذلك حسب ما هو مشار إليه في الجدول (15.4).

جدول (15.4) نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Tow way analysis of variance) للفروق في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا حسب متغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل.

المظاهر	المتغيرات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التأهيل المهني	صلة القرابة	2.747	2	1.374	3.364	0.037*
	مستوى الدخل	40.391	2	20.195	49.465	0.000**
	صلة القرابة * مستوى الدخل	0.613	2	0.306	0.750	0.474

		0.408	138	56.341	الخطأ	
			145	1918.209	المجموع	
			144	104.194	المجموع الكلي	
0.000**	26.253	4.460	2	8.919	صلة القرابة	التأهيل الاجتماعي
0.000**	58.331	9.909	2	19.818	مستوى الدخل	
0.000**	14.834	2.520	2	5.040	صلة القرابة * مستوى الدخل	
		0.170	138	23.442	الخطأ	
			145	2303.347	المجموع	
			144	59.287	المجموع الكلي	
0.000**	8.722	2.645	2	5.290	صلة القرابة	التأهيل النفسي
0.000**	37.652	11.418	2	22.836	مستوى الدخل	
0.472	0.755	0.229	2	0.458	صلة القرابة * مستوى الدخل	
		0.303	138	41.849	الخطأ	
			145	2258.875	المجموع	
			144	73.852	المجموع الكلي	
0.000**	9.808	2.592	2	5.183	صلة القرابة	الدرجة الكلية
0.000**	51.201	13.530	2	27.061	مستوى الدخل	
0.109	2.251	0.595	2	1.189	صلة القرابة * مستوى الدخل	
		0.264	138	36.468	الخطأ	
			145	2148.207	المجموع	
			144	72.943	المجموع الكلي	

يتبين من الجدول (15.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  بين متوسطات درجات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين على الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين، فقد كشفت النتائج عن وجود فروق في بعد التأهيل المهني والتأهيل النفسي والدرجة الكلية فقط تبعا لمتغير صلة القرابة و متغير مستوى الدخل، ولكن دون وجود تفاعل بين صلة القرابة و متغير مستوى الدخل.

كما كشفت النتائج عن وجود فروق في بعد التأهيل الاجتماعي تبعا لمتغير صلة القرابة و متغير مستوى الدخل، وتبين وجود تفاعل بينهما في بعد التأهيل الاجتماعي لصالح صلة القرابة (غير ذلك) من ذوي الدخل (اقل من 1000 شيكل). وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية

لدرجة واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء المعاقين حسب تفاعلات متغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل في ملحق رقم (10). ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة في بعد التأهيل المهني والتأهيل النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية في متغير صلة القرابة ومستوى الدخل قامت الباحثة باستخدام اختبار (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجداول (16.4) و(17.4).

جدول 16.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في بعد التأهيل المهني والتأهيل النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية تبعا لمتغير صلة القرابة.

المتغير	صلة القرابة	أب	أم	غير ذلك
التأهيل المهني	أب		-0.1439	-0.6019**
	أم			-0.4579**
	غير ذلك			
التأهيل الاجتماعي	أب		-0.4341**	-0.7469**
	أم			-0.3128**
	غير ذلك			
التأهيل النفسي	أب		-0.3876**	-0.6240**
	أم			-0.2364
	غير ذلك			
الدرجة الكلية	أب		-0.3208**	-0.6549**
	أم			-0.3340**
	غير ذلك			

يتضح من الجدول (16.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير صلة القرابة على مختلف الأبعاد والدرجة الكلية كانت بين أولياء الأمور الذين صلة قرابتهم (أب) والذين صلة قرابتهم (غير ذلك) لصالح الذين صلة قرابته (غير ذلك). وكذلك في بعد التأهيل المهني والاجتماعي والدرجة الكلية باستثناء التأهيل النفسي كانت بين أولياء الأمور الذين صلة قرابتهم (أم) والذين صلة قرابتهم (غير ذلك) لصالح الذين صلة قرابته (غير ذلك). كذلك تبين وجود فروق في بعد التأهيل الاجتماعي والنفسي

والدرجة الكلية باستثناء التأهيل المهني كانت بين أولياء الأمور الذين صلة قرابتهم (أب) والذين صلة قرابتهم (أم) لصالح الذين صلة قرابته (أم).

جدول 17.4: نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في بعد التأهيل المهني والتأهيل النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية تبعا لمتغير مستوى الدخل.

المتغير	مستوى الدخل	أقل من 1000 شيكل	بين 1000 - 2000 شيكل	أكثر من 3000 شيكل
التأهيل المهني	أقل من 1000 شيكل		0.9012**	1.8713**
	بين 1000 - 2000 شيكل			0.9701**
	أكثر من 3000 شيكل			
التأهيل الاجتماعي	أقل من 1000 شيكل		0.7563**	1.2133**
	بين 1000 - 2000 شيكل			0.4570**
	أكثر من 3000 شيكل			
التأهيل النفسي	أقل من 1000 شيكل		0.7583**	1.3378**
	بين 1000 - 2000 شيكل			0.5795**
	أكثر من 3000 شيكل			
الدرجة الكلية	أقل من 1000 شيكل		0.8053**	1.4769**
	بين 1000 - 2000 شيكل			0.6716**
	أكثر من 3000 شيكل			

يتضح من الجدول (17.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في واقع التأهيل المهني النفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير مستوى الدخل على جميع الأبعاد والدرجة الكلية كانت بين أولياء الأمور الذين مستوى دخلهم (أقل من 1000 شيكل) والذين مستوى دخلهم (بين 1000 - 2000 شيكل، وأكثر من 3000 شيكل) لصالح الذين مستوى دخلهم (أقل من 1000 شيكل)، وكذلك بين أولياء الأمور الذين مستوى دخلهم (بين 1000 - 2000 شيكل) والذين مستوى دخلهم (أكثر من 3000 شيكل) لصالح الذين مستوى دخلهم (بين 1000 - 2000 شيكل).

#### 7.1.4 نتائج السؤال السابع:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين تبعا لمتغير فئة المستجيب.

وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الصفرية الثامنة وفيما يلي نتائج فحصها:

#### 1.7.1.4 الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين تبعا لمتغير فئة المستجيب.

للتحقق من صحة الفرضية الثامنة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين تبعا لمتغير الصلة، وذلك كما هو واضح في الجدول (18.4).

جدول 18.4: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمتوسطات تبعا لمتغير فئة المستجيب

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الصلة	المتغير
0.72	3.62	255	معاق	التأهيل المهني
0.60	3.84	100	عاملين	
0.85	3.53	145	ولي أمر	
0.52	4.00	255	معاق	التأهيل الاجتماعي
0.40	4.13	100	عاملين	
0.64	3.93	145	ولي أمر	
0.63	4.01	255	معاق	التأهيل النفسي
0.45	4.23	100	عاملين	
0.71	3.88	145	ولي أمر	
0.57	3.88	255	معاق	الدرجة الكلية
0.42	4.07	100	عاملين	
0.71	3.78	145	ولي أمر	

يتضح من الجدول (18.4) وجود فروق بين متوسطات أبعاد واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين تبعا لمتغير فئة المستجيب. ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (19.4).

جدول 19.4. نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين والعاملين في مراكز تأهيل المعاقين وأولياء الأمور.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التأهيل المهني	بين المجموعات	5.800	2	2.900	5.246	0.006**
	داخل المجموعات	274.719	497	0.553		
	المجموع	280.519	499			
التأهيل الاجتماعي	بين المجموعات	2.447	2	1.224	4.172	0.016*
	داخل المجموعات	145.785	497	0.293		
	المجموع	148.232	499			
التأهيل النفسي	بين المجموعات	7.438	2	3.719	9.342	0.000**
	داخل المجموعات	197.843	497	0.398		
	المجموع	205.281	499			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	5.076	2	2.538	7.150	0.001**
	داخل المجموعات	176.404	497	0.355		
	المجموع	181.480	499			

يتبين من الجدول (19.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى  $(\alpha \geq 0.05)$  في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين تبعا لمتغير فئة المستجيب. حيث بلغت قيمة (ف = 7.150) على الدرجة الكلية لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين عند مستوى الدلالة (0.001) وبدرجة دالة إحصائية على مختلف الأبعاد.

ولمعرفة مصدر الفروق واختبار اتجاه الدلالة في بعد التأهيل المهني والتأهيل النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية بين المعاقين والعاملين مراكز تأهيل المعاقين وأولياء الأمور قامت الباحثة باستخدام اختبار (Tukey) وكانت نتائج هذا الاختبار كما هي في الجدول (20.4).

جدول 20.4. نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في بعد التأهيل المهني والتأهيل الاجتماعي والنفسي والدرجة الكلية تبعا للفروق بين المعاقين والعاملين مراكز تأهيل المعاقين وأولياء الأمور.

المتغير	صلة القرابة	معاق	عاملين	ولي أمر
التأهيل المهني	معاق		-0.2239*	0.0831
	عاملين			0.3070*
	ولي أمر			
التأهيل الاجتماعي	معاق		-0.1331	0.0693
	عاملين			0.2024*
	ولي أمر			
التأهيل النفسي	معاق		-0.2169*	0.1375
	عاملين			0.3544*
	ولي أمر			
الدرجة الكلية	معاق		-0.1931*	0.0981
	عاملين			0.2913*
	ولي أمر			

يتضح من الجدول (20.4) أن الفروق كانت دالة لصالح المتوسطات الحسابية الأعلى، حيث تشير المقارنات البعدية للفروق في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين والعاملين في مراكز تأهيل المعاقين وأولياء الأمور. على بعد التأهيل المهني والتأهيل النفسي فقط والدرجة الكلية كانت بين (المعاق نفسه) و (العاملين في مراكز تأهيل المعاقين) لصالح (العاملين في مراكز تأهيل المعاقين)، كما كانت الفروق على بعد التأهيل المهني والتأهيل الاجتماعي والتأهيل النفسي والدرجة الكلية بين (العاملين في مراكز تأهيل المعاقين) و (أولياء أمور المعاقين) لصالح (العاملين في مراكز تأهيل المعاقين).

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 مناقشة النتائج

2.5 التوصيات



## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

يتضمن هذا الفصل مناقشة كاملة لنتائج الدراسة، وذلك في تفسير لإجابات تساؤلات الدراسة، وذلك كما يلي:

#### 1.5 مناقشة نتائج الدراسة

##### 1.1.5 مناقشة نتائج السؤال الأول:

ما واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين ؟

توصلت الدراسة إلى أن درجة تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين كانت كبيرة بحيث كان المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية لأبعاد الأداة هو ( 3.88 ) . وأن التأهيل الاجتماعي اخذ أعلى الدرجات. بمعنى أن اهتمامات البرامج ومراكز التأهيل تركزت على البعد الاجتماعي حيث أن هذا النوع من التأهيل قادر على تغيير فكرة المجتمع نحو المعاق وهذا ما أكدته دراسة (الشمري ، 2003) التي أظهرت ان للتأهيل الاجتماعي أكبر الأثر في تعديل النظرة السلبية في المجتمع نحو المعاق.

وقد نالت الفقرة رقم ( 23 ) أعلى المتوسطات الحسابية والتي أشارت إلى أن المعاق يستفيد من برامج التأهيل الاجتماعي الموجودة في المركز حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه الفقرة ( 4.23 )، بينما الفقرة رقم ( 20 ) والتي تشير إلى أن برامج التأهيل الاجتماعي تساهم في تعديل اتجاهات الأسر نحو النظرة التقليدية للزواج فقد نالت اقل متوسط حسابي وهذا يدل على النظرة السلبية من قبل المجتمع والتي مازالت قائمة نحو المعاق رغم التقدم العلمي والانفتاح الحضاري .

ثم جاء البعد النفسي الذي يعتبر من أهم المجالات التي يجب التركيز عليها عند تطبيق برامج التأهيل ، فتحسين الوضع النفسي للمعاق يجعله متحمسا أكثر للاستفادة من باقي خدمات التأهيل والمشاركة فيها وهذا يتفق مع نتائج (نيلسون وقطينة، 2005) في تأثير البرامج التأهيلية على الجانب النفسي للمعاق . وقد أخذت الفقرة رقم ( 38 ) التي تشير إلى أن خدمات التأهيل تكون لدى المعاق اتجاها ايجابيا نحو نفسه أعلى متوسط حسابي حيث كان متوسطها الحسابي ( 4.29 ) إذ أن تقوية نظرة المعاق لنفسه وزيادة ثقته بها من أهم العوامل التي تعمل على إنجاح عملية التأهيل، بينما الفقرة رقم ( 45 ) كانت اقل متوسط حسابي حيث أشارت إلى عدم وجود متابعة للمعاقين بعد

خروجهم من المركز التأهيلي وهذا الجانب من أهم الجوانب التي يجب أن تلتزم به المراكز التأهيلية لان المعاق يحتاج إلى دعم ومساندة نفسية حتى بعد أن يتخرج من المركز .  
وأخيرا كان البعد المهني، الذي نالت فيه الفقرة رقم (3) أعلى متوسط حسابي وهي التي أشارت إلى أن مدة التأهيل المجتازة كافية للمعاق قابلها بذلك اقل فقرة نالت متوسطا حسابيا وهي الفقرة رقم ( 5 ) التي أشارت إلى أن برامج التدريب المهني تلبي احتياجات سوق العمل الخاص بالمعاقين وهذا نفته المتوسطات الحسابية كونه نال اقل المتوسطات إذ أن سوق العمل لا يقبل دائما المعاقين ولا يعمل على تشغيلهم .  
فنرى أن التأهيل النفسي والاجتماعي كان بالمقدمة وهذا ما تعمل المؤسسات التأهيلية بالتركيز عليه وذلك عائد إلى أن نظرة المجتمع للمعاق والتأثير النفسي للإعاقة على المعاق هما المدخل الرئيسي لزيادة ثقة المعاق بنفسه ومن ثم اقتناعه التام بالمشاركة في المجتمع من خلال العمل، وبالتالي فإن تكيف المعاق مع إعاقته ومع البيئة المحيطة به ، و العمل على تقبل المجتمع للمعاق، وتفهم ضرورة استيعابه، وتوفير الاستعداد النفسي لدى المعاق هما الأساس والمدخل لتقبل المعاق كعنصر فاعل ومساهم في المجتمع من خلال العمل.

### 2.1.5 مناقشة نتائج السؤال الثاني :

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تعزى لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية، درجة الإعاقة ) وللإجابة على هذا السؤال صيغت الفرضيات 1-3  
مناقشة نتائج الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تعزى لمتغير العمر.

توصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق في درجة تقويم التأهيل المهني والاجتماعي والنفسي والدرجة الكلية من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير العمر، حيث كانت الفروق في كل الأبعاد والدرجة الكلية بين المعاقين من المرحلة العمرية من 15-25 وبين المعاقين من المرحلة العمرية من 26-35، لصالح الفئة الأولى. وبين المعاقين من المرحلة العمرية من 26-35 وبين المعاقين من المرحلة العمرية من 15-25 فأكثر، لصالح الفئة الثانية. بمعنى أن المعاقين من الفئات العمرية 15-25 وأكثر من 35 كانوا أكثر تقبلا واندماجا مع البرامج من المعاقين من الفئة العمرية 26-35، وذلك عائد إلى أن هذه الفئة (26-35) تعتبر فترة النضج والعطاء والحصول على الاستحقاقات من الحياة، ففي هذا العمر يتزوج الإنسان، ويحصل على العمل، ويبدأ بإظهار شخصيته، وبالتالي فإنه يشعر بالنقص والظلم في كونه لم يحصل على استحقاقاته من الحياة، بينما الفئة (15-25) فهي فترة

المراقبة والشباب وبالتالي غالبا ما يكون الفرد فيها ما زال لنا قابلا للاندماج والتطور، والفئة أكثر من (35) سنة يكونون في مرحلة النضج الكامل وبدؤوا يتقبلون واقعهم ويعملون من خلال وجوده كأمر واقع، وهذه المرحلة العمرية غالبا ما تتسم بالموضوعية والوعي الكامل. لذلك كانت الفروق. وهذا ما أوجدته أيضا دراسة كل من (نيلسون وقطينة، 2005) و (بارسون، 2009) بان هناك فرق في استجابة المبحوثين تبعا لمتغير العمر إلا انه بتلك الدراسات كانت الفروق لصالح من هم اصغر سنا. ولكن هذه النتيجة تعارضت مع (دراسة اللجنة المحلية لتأهيل المعاقين في مخيم جنين، 2003) و (فريدريك، 2009) التي لم تجد فروقا في اتجاهات المبحوثين نحو واقع التأهيل تبعا لمتغير العمر .

**مناقشة نتائج الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $a \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.**

توصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق في واقع التأهيل والنفسي والاجتماعي والدرجة للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين حركيا تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية، وقد كانت الفروق لصالح المعاقين العزاب. بمعنى أن المعاقين العزاب كانوا أكثر تقبلا وإيمانا ببرامج التأهيل من غيرهم، وذلك عائد إلى أن المعاقين العزاب يكونون أكثر احتياجا إلى تأهيلهم من أجل انتقالهم من مرحلة العزوبية إلى الزواج وذلك من خلال توفير المتطلبات المالية عن طريق التأهيل المهني، وتوفير الاستعداد النفسي والاجتماعي للزواج وبناء الأسرة من خلال التأهيل النفسي والاجتماعي. أما التأهيل المهني فلم تكن هناك فروق ذلك لان الأعزب والمتزوج كلاهما بنفس الحاجة للمهنة والعمل كي لا يكونوا عالة على غيرهم. ووجدت الباحثة أنه لا توجد أي دراسة سابقة تناولت هذا المتغير رغم أهميته الكبرى في حياة المعاق لان هذا المتغير يعكس أيضا نظرة المجتمع نحو المعاق وتقبله له كزوج ومسئول عن أسرة .

**مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $a \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير درجة الإعاقة.**

توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق في درجة تقويم التأهيل النفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير درجة الإعاقة. وذلك عائد إلى أن هذه البرامج لا ترتبط بشكل كبير وكلية بشدة الإعاقة كما هو الأمر بالنسبة لبرامج التأهيل

المهني. وهذه النتيجة تعارضت مع دراسة (ستاندر، 2007) التي أوجدت بان المعاقين بدرجة بسيطة هم أكثر تقبلا واستفادة من برامج التأهيل وكذلك هم أوفر حظا بالحصول على فرصة عمل بعد تأهيلهم .

بينما وجدت الدراسة فروقا في واقع التأهيل المهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير درجة الإعاقة. حيث كانت الفروق بين المعاقين من درجة إعاقة بسيطة وبين المعاقين من درجة إعاقة شديدة لصالح الفئة الثانية. وبين المعاقين من درجة إعاقة متوسطة، وبين المعاقين من درجة إعاقة شديدة لصالح الفئة الثانية. بمعنى أن المعاقين بدرجة إعاقة شديدة كانوا أكثر احتياجا وتقبلا وإقبالا على برامج التأهيل المهني من المعاقين من ذوي الشدة البسيطة والمتوسطة، وذلك عائد إلى أن درجة الإعاقة الشديدة تجعل من الفرد عالة على المجتمع بدرجة أكبر من غيره الأمر الذي يعله يناضل من أجل تخفيف حجم هذه الإعالة من خلال حصوله على التأهيل المهني، كما أن تقبل المجتمع له بدون تأهيل يكون بدرجة أقل من كونه مؤهل.

### 3.1.5 مناقشة نتائج السؤال الثالث

**ما واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في المراكز التأهيلية ؟**

أوجدت الدراسة أن واقع التأهيل المهني والاجتماعي والنفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في المراكز التأهيلية كان كبيرا جدا حيث كانت الدرجة الكلية للمتوسطات الحسابية لأبعاد الأداء هو ( 4.7 ) وقد كان التأهيل النفسي بالمقدمة من وجهة نظر العاملين للبرامج التأهيلية، وقد نالت الفقرة رقم ( 42 ) والتي نوهت إلى أن المؤسسات التأهيلية تعمل على تطبيق اختبارات نفسية تقيم ميول وقدرات المعاق حيث كان المتوسط الحسابي لهذه الفقرة هو ( 4.52 ) وهذا أن دل على شيء فيدل على الأهمية القصوى لتلك الاختبارات كي يتم نجاح التأهيل، إذ انه بدون إلمام كبير وشامل بميول المعاق واتجاهاته لا يمكن مساعدة المعاق بشكل جيد . أما عن اقل الفقرات في هذا البعد فكانت من حظ الفقرة رقم ( 35 ) والتي تقول بان برامج التأهيل تعلم المعاق القدرة على ضبط الذات إذا تعرض لمواقف مؤلمة أثناء تعامله مع الأسوياء وهذا برأي العاملين غير موجود ويعود هذا برأي الباحثة أن المعاق أثناء تلقيه أي نوع من التأهيل يكون بداية متذمرا ومرهقا ويرجو نتيجة بأسرع وقت فلا يكون تعامله مع العاملين أو أي شخص سوي بانضباط فقد يكون عصبيا صارخا وعدوانيا أحيانا .

ثم تلاه التأهيل الاجتماعي ربما هذا يعود برأي الباحثة أن برامج التأهيل النفسي والاجتماعي هي برامج مكتملة لبعضها لا تحتاج لكثير من وقت وجهد العاملين في هذه المراكز هي بحاجة أكثر لأفراد قادرين على الإقناع والعمل على تحسين نفسية المعاق والعمل على جعله متقبلا لنفسه

وجعل المجتمع متقبلا له فهم يعدونها من أهم البرامج وقلها جهدا وتكلفة وقد تعارضت هذه النتيجة مع (دراسة بيرزيت مع العالمية للمعاقين ، 2000) حيث أشارت إلى أن العاملين بحاجة كبيرة إلى تدريب مهني وعملي .وأخيرا كان التأهيل المهني الذي هو معروف انه بحاجة لتخطيط وحسن تنفيذ وكوادر متخصصة ومواد وأدوات تساعد على نجاحه وهذا يتفق مع دراسة Abu- (2002) khadra التي أشارت إلى أن هناك ضعف في التخطيط والتعامل الإداري السليم والقوانين التي تحد بدورها من تطور خدمات التأهيل لذا احتل التأهيل المهني المرتبة الأخيرة لدى العاملين لأنه كي يصل المعاق لمرحلة التأهيل المهني عليه أن يكون متحمسا نفسيا ومتقبلا اجتماعيا لهذا التأهيل .

أما عن الفقرات التي نالت أعلى متوسط حسابي في البعد الاجتماعي فكانت الفقرة رقم (27) التي تشير إلى أن التأهيل النفسي يعمل على تكيف المعاق مع إعاقته وبالتالي هذا لا يعني القبول بالأمر الواقع والاستسلام له بل العمل على التطور والمشي قدما رغم وجود الإعاقة. أما البعد المهني فقد كانت الفقرة رقم ( 8 ) والتي تشير إلى استفادة المعاق من التأهيل الموجود فقد كانت ذات أعلى متوسط حسابي إلا أن هذا لا يدل على أن المعاق المستفيد مهنيا سيكون في سوق العمل وهذا أكدته الفقرة رقم ( 5 ) والتي نالت اقل المتوسطات الحسابية كونها أشارت إلى عدم تلبية برامج التدريب المهني احتياجات سوق العمل الخاص بالمعاقين

#### 4.1.5 مناقشة نتائج السؤال الرابع

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $a \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تعزى لمتغيرات الجنس والعمر والمؤهل العلمي ؟

انبثق عن السؤال الفرضيات 4-6

مناقشة نتيجة الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $a \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تبعا لمتغير الجنس.

توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقويم التأهيل للمعاقين حركيا تبعا لمتغير الجنس على بعدي التأهيل المهني والنفسي. وذلك عائد إلى أن العاملين في مراكز التأهيل هم أفراد متخصصين ومهنيين يقومون بأدوارهم ويؤدون واجباتهم بشكل مهني غير مبني على العواطف أو الجنس، الأمر الذي لم يخرج فروقا في هذه الأبعاد.

بينما وجدت الدراسة أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقويم التأهيل الاجتماعي للمعاقين حركيا تبعا لمتغير الجنس، وقد كانت الفروق لصالح الذكور. وذلك عائد إلى أن البعد

الاجتماعي مرن ويحمل أكثر من وجهة نظر وبالتالي فإن الاختلاف فيه هو أمر طبيعي، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن طبيعة المجتمع تجعل من آلية تطبيق البرامج من قبل الذكور تتم بأريحية أكبر من تلك التي تتم من خلال الإناث.

**مناقشة نتيجة الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تبعاً لمتغير العمر .**

توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق في درجة تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تبعاً لمتغير عمر العامل في مركز التأهيل وذلك على بعدي التأهيل المهني والاجتماعي والنفسي للمعاقين حركيا وهذا ما أكدته (دراسة اللجنة المحلية لتأهيل المعاقين ، 2003). وذلك عائد إلى أن هذه البرامج تعتبر أكثر وضوحاً وأكثر استقراراً، كما أن درجة تقبل وتعامل المعاق معها أكثر وأسهل ، لذلك لم تكن هناك فروق. فالعاملين من المراحل العمرية الصغيرة حصلوا على تأهيل أكاديمي مبني على الخبرات والتجارب والنظريات الحديثة، كما أن المراحل العمرية الكبيرة تكون ذات خبرة عالية بمجال التأهيل ولذا لم تكن الفروق لأن كل عامل بعمر له ميزاته فالشباب يمتلكون نظريات وأساليب حديثة ومتطورة بالتأهيل والذين أكبر عمراً يمتلكون الخبرة العملية وروح التآني والصبر وفن في التعامل مع المعاقين .

**مناقشة نتيجة الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تبعاً لمتغير المؤهل العلمي .**

تبين من الدراسة عدم وجود فروق في وجهة نظر العاملين لواقع برامج التأهيل بكل أبعاده والدرجة الكلية تعزى لمتغير المؤهل العلمي، إذ إن رؤية واقع البرامج والعمل فيها والحكم عليها يتم من خلال معايشة هذا الواقع وسواء كان العامل من حملة الدبلوم أو أعلى من ذلك فليس هذا دليلاً على كفاءته وصواب حكمه على هذه البرامج إنما الخبرة العملية هي الأعمق .

### 5.1.5 مناقشة نتائج السؤال الخامس

ما واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين ؟

توصلت الدراسة إلى أن التأهيل الاجتماعي احتل المرتبة الأولى في تقويم أولياء الأمور ثم تلاه التأهيل النفسي وأخيرا كان التأهيل المهني ، وذلك يعود برأي الباحثة إلى أن اهتمامات البرامج ومراكز التأهيل تركزت على البعد الاجتماعي بالدرجة الأولى ثم البعد النفسي، وأخيرا على البعد المهني، وذلك عائد إلى أن التأثير النفسي للإعاقة ونظرة المجتمع للمعاق هما المدخل الرئيسي لزيادة ثقة المعاق بنفسه ومن ثم اقتناعه التام بالمشاركة في المجتمع من خلال العمل، وبالتالي فإن توفير الاستعداد النفسي لدى المعاق وتكيفه مع إعاقته ومع البيئة المحيطة به، ثم العمل على تقبل المجتمع للمعاق وتفهم ضرورة استيعابه، هما الأساس والمدخل لتقبل المعاق كعنصر فاعل ومساهم في المجتمع من خلال العمل.

أما بالنسبة للفقرات فقد كانت الفقرة رقم ( 38 ) و ( 23 ) و ( 8 ) ذات متوسطات حسابية عالية في الأبعاد النفسية والاجتماعية والمهنية وهي التي أشارت إلى أن البرامج التأهيلية النفسية تكون للمعاق اتجاهها ايجابيا وانه يستفيد من البرامج التأهيلية المقدمة بالمراكز بأنواعها . وهذا برأي الباحثة ممكن أن يشير لنا على أن المعاق يستفيد من البرامج المقدمة لكنه لا يشير لنا حجم الاستفادة وماهيتها.

أما الفقرات التي كان لها اقل المتوسطات الحسابية فكانت نفسها البارزة في وجهة نظر المعاقين وهي الفقرات التي تشير إلى عدم تغيير برامج التأهيل للنظرة السلبية للزواج من معاقين وعدم تلبية البرامج التأهيلية لاحتياجات سوق العمل وعدم وجود برنامج متابعة وحماية للمعاق بعد خروجه من المركز التأهيلي

### 6.1.5 مناقشة نتائج السؤال السادس

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين تعزى لمتغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل ؟

وانبثق عن هذا السؤال الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في درجة تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في

فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين تبعاً لمتغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل والتفاعل بينهما.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق في أبعاد التأهيل الثلاثة والدرجة الكلية لهم تبعاً لصلة القرابة بين (أب) و(غير ذلك) لصالح الأقارب الآخرين، وهذه تعارضت مع نتيجة (ملحم، 2006) التي أوجدت أن الآباء والأمهات هم الذين قيموا درجة امتلاك أبنائهم للمهارات الاجتماعية التي اكتسبوها من خلال برامج التأهيل.

كما أن درجة تقويم (الأم) و(غير ذلك) كان أيضاً لصالح غير ذلك، وهذا يعود برأي الباحثة إلى أن الأقارب من الدرجة الأولى عادة يكونون غير منطقيين أو قنوعين بما يقدم من خدمات إذ أنهم دوماً يرغبون بالأحسن والأفضل كي يتم تحسن أبنائهم بسرعة أكبر أما الأقارب الآخرون فإنهم ينظرون بشكل واقعي أكثر للأمر ويقيمون الخدمات المقدمة بشكل منطقي وموضوعي بشكل أكبر. أما في تقويم التأهيل فإن الأمهات كن أكثر تقديراً لبرامج التأهيل من الآباء، وذلك عائد إلى أن الأمهات أكثر اهتماماً ومتابعة لأبنائهن كما أنهن أكثر عاطفة من الآباء، وبالتالي كونهن أيضاً أكثر ملازمة مع أبنائهن فإنهن يلاحظن التغيير بشكل أكثر من الآباء وأسرع منهم حتى لو كان بسيطاً.

#### 7.1.5 مناقشة نتائج السؤال السابع

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين تبعاً لمتغير فئة المستجيب. وللإجابة على هذه السؤال تتم مناقشة الفرضية الخامسة وهي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \geq 0.05$ ) في متوسطات تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً في فلسطين تبعاً لمتغير فئة المستجيب.

حيث توصلت الدراسة إلى أن درجة تقويم العاملين للبرامج التأهيلية كان أعلى منه لدى المعاقين في البعد المهني والنفسي والدرجة الكلية وهذا يعود برأي الباحثة إلى مدى انتماء العاملين لمؤسساتهم وتقويمهم لهذه البرامج تم بشكل عملي ومهني. وهذا ما تعارض مع دراسة ارمسترونج وآخرون (Armstrong & other, 2005) الذي اعتبر ان العاملين بالمؤسسات التأهيلية غير مهنيين وبحاجة لتأهيل وتدريب.

وكذلك كانت درجة التقويم بين العاملين وأولياء الأمور لصالح العاملين في المؤسسات التأهيلية في كلا الأبعاد والدرجة الكلية وهذا يعود برأي الباحثة أن حكم أولياء الأمور على البرامج التأهيلية يكون بشكل تغلبه العاطفة. إذ يتأمل أولياء أمور المعاقين أن البرامج التأهيلية ستعيد أبنائهم أسوياء بالكامل لكن الواقع هو غير ذلك. فالخدمات التأهيلية تحتاج لوقت كبير كي يستطيع



الفرد أن يكون معتمدا على نفسه قادرا على مواجهة مجتمعه وربما لن يعود سويا مهما كانت برامج التأهيل فاعلة وهذا يتفق مع دراسة (بيرزيت مع العالمية للمعاقين ،2000) بأنها اعتبرت هناك اختلاف في وجهات النظر والتوقعات المستقبلية بين أولياء الأمور وسياسة الجمعيات والعاملين .

### 8.1.5 ملخص لنتائج الدراسة :

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة يمكن تلخيصها بالنقاط التالية:

1. نال التأهيل الاجتماعي أعلى الدرجات في تقويم المعاقين وأولياء أمورهم للبرامج التأهيلية ثم التأهيل النفسي وأخيرا كان التأهيل المهني ،وأرجعت الباحثة السبب إلى كون التأهيل النفسي والاجتماعي هو بداية نجاح التأهيل المهني للمعاق فتأهيله نفسيا واجتماعيا يجعله أكثر قوة لتحدي ومواجهة المجتمع أما العاملين فقد كان التأهيل النفسي بالمرتبة الأولى تلاه الاجتماعي والمهني يرجع إلى أن التأهيل المهني بحاجة إلى أدوات وكوادر وأموال عالية لنجاحه بعكس التأهيل النفسي والاجتماعي.
2. ووجدت الدراسة فروقا في درجة تقويم التأهيل المهني تعزى لدرجة الإعاقة لصالح ذوي الإعاقة الشديدة.
3. لم تجد الدراسة فروقا في درجة تقويم العاملين لبرامج التأهيل كافة باستثناء التأهيل الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس أما التأهيل الاجتماعي فكانت الفروق لصالح العاملين الذكور
4. وجدت الدراسة فروق في درجة تقويم أولياء أمور المعاقين لبرامج التأهيل تعزى لمتغير صلة القرابة حيث كان بين (أب) و(غير ذلك) لصالح غير ذلك أما بين (أم) و(غير ذلك) في التأهيل المهني والاجتماعي والدرجة الكلية أيضا لصالح غير ذلك. أما بين (أب) و(أم) فلصالح الأم في التأهيل الاجتماعي والنفسي والدرجة الكلية. أما عن مستوى الدخل فكان على كلا الأبعاد بين (اقل من 1000) و(1000-2000) لصالح (اقل من 1000) وبين (1000-2000) و(أكثر من 2000) لصالح (1000-2000) .
5. توصلت الدراسة إلى أن درجة تقويم العاملين لبرامج التأهيل أعلى وأكثر ايجابية من المعاقين وأولياء أمورهم ويمكن أن يرجع ذلك إلى مدى انتمائهم لمؤسستهم واقتناعهم بان هذا أقصى ما يمكن أن يقدموه لإنجاح التأهيل .
6. وأخيرا ومن خلال الأسئلة المفتوحة في نهاية الاستبانة والتي صيغت للتعرف على أهم المشاكل التي تواجه المعاق في فلسطين وأهم المشاكل التي تحد من نجاح البرامج التأهيلية فكان من ابرز المشاكل التي تواجه المعاق من وجهة نظر الجميع مكابلي :

- النظرة السلبية للمعاق من قبل المجتمع .
  - صعوبة التنقل في المجتمع ومؤسساته .
  - عدم توفر فرص عمل لهم .
- أما عن المشاكل التي تواجه عملية التأهيل فكان أبرزها كالتالي:
- عدم توفر الإمكانيات المادية اللازمة لنجاح برامج التأهيل .
  - عدم وجود دورات تدريبية تطويرية مستمرة للعاملين في مجال التأهيل .
  - غياب المتابعة من قبل المؤسسات للمعاقين بعد تخرجهم من هذه المؤسسات .

## 2.5 التوصيات:

- في ضوء النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة خلصت الباحثة إلى التوصيات التالية:
1. توفير وتصميم الأبنية الملائمة التي تتفق وتتلاءم مع أهداف التدريب المهني للمعوق سواء في مساحات المشاغل، أو الإنارة، أو التهوية، والمرافق الصحية وأجهزة الإنذار المبكر وأن تكون بعيدة عن الازدحام السكاني.
  2. العمل على تطوير برامج التدريب والتأهيل بشكل دائم ومستمر من خلال متابعة التطور العالمي لهذه الخدمات، وذلك من خلال تنظيم إقامة الندوات والمؤتمرات لتبادل الخبرات ومعرفة الجديد في تقنية تدريب وتأهيل المعاقين.
  3. ضرورة وجود آلية واضحة للتشغيل والمتابعة في سوق العمل المحلي حتى يستطيع المعاق الحصول على العمل والاستمرار فيه باطمئنان ودون خوف.
  4. إقامة معارض لإنتاج المعاقين لتعزيز ثقتهم بأنفسهم أكثر وتعزيز دمجهم في مجتمعاتهم.
  5. العمل على تفعيل القوانين التي تحث على إيجاد فرص عمل للمعاقين داخل المؤسسات المحلية الحكومية والخاصة .

## المراجع العربية

إبراهيم، مروان. (2002). الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة. مؤسسة الوراق، عمان، الأردن.  
إبراهيم، مروان. (2007). رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة. مؤسسة الوراق، عمان، الأردن.

أبوشرار، وليد. (2005). التوجيه والإرشاد النفسي للمعاقين بصريا. أطفال الخليج

[http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show\\_res&r\\_id=68&topic\\_id=1397](http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=68&topic_id=1397)

البيلاوي، إيهاب. (2004). توعية المجتمع بالإعاقة. مكتبة الراشد، الرياض، السعودية.

بشير، إقبال ومخلوف، إقبال. (1985). الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين. المكتبة الجامعية الحديثة، الإسكندرية، مصر.

بيضون، محمود. (2002). مدى قدرة جرحى انتفاضة الأقصى على التكيف النفسي والاجتماعي. مجلة بلسم، العدد 56. منشورات الهلال الأحمر، رام الله.

بيومي، محمد وعبد، بدر الدين. (2002). الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية تدعيم النسق القيمي لجماعات المعاقين. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

جامعة القدس المفتوحة (2002) التأهيل المهني والاجتماعي للمعاقين. القدس: جامعة القدس المفتوحة.

جرار، علام. (1999). قطاع التأهيل في فلسطين من منظور العمل الأهلي رؤيا مستقبلية. منشورات اللجنة الوطنية للتأهيل، القدس.

جرار، عبد السلام. (2008). دور اللجان المحلية لتأهيل المعاقين في مخيمات شمال الضفة الغربية في رعاية وتأهيل المعاقين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.

- جمعه، سلطان. (2009). التطور التاريخي للتأهيل المجتمعي المحلي. مركز القدس للأبحاث والدراسات الإستراتيجية، طولكرم، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2008) الأشخاص المعوقون في فلسطين. رام الله: منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.
- خريشة، رنا. (2003). تقدير معلمي التربية الخاصة لقدرات طلبتهم من ذوي الإعاقة الحركية وتأثير ذلك على التحصيل. مشروع تخرج غير منشور، طولكرم: جامعة القدس المفتوحة.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى. (2004). مدخل إلى التربية الخاصة. مكتبة الفلاح، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال. (1991). تقييم برامج التأهيل المهني للمعوقين من وجهة نظر المنتفعين منها. مكتبة الفلاح، عمان، الأردن.
- خميس، فيفيان. (1993). فعالية مؤسسات التأهيل الفلسطينية لمعاقين الانتفاضة. مجلة جامعة بيت لحم. العدد 11، 12، ص ص 87-97.
- درنيقة، رياض. (1984). المعاقون - دراسة ميدانية للمعاقين جسديا في مدينة طرابلس. مكتبة جوخدار، طرابلس، لبنان.
- الروسان، فاروق. (1997). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة. دار الفكر، عمان، الأردن
- الريحاني، سليمان. (1985). التخلف العقلي. مطابع الدستور التجارية، عمان، الأردن.
- الزارع، نايف. (2003). تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الفكر، عمان، الأردن.
- الزعمط، يوسف. (1992). التأهيل المهني للمعاقين. دار المطبوعات والنشر، عمان.
- سعيد ، نادر. (2000). نحو تطوير العلاقة بين ذوي الاحتياجات الخاصة ومراكز التأهيل في الضفة الغربية وقطاع غزة . برنامج دراسات التنمية، جامعة بيرزيت.

- سليمان، عبد الرحمن. (2004). **الإعاقات البدنية**. مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- الشربيني، زكريا. (2004). **طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات**. دار الفكر العربي، القاهرة.
- شرف، إسماعيل. (1982). **تأهيل المعاقين**. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- علي، علي وعبد الهادي، أحمد. (1997) دراسة نفسية لتأهيل فاقد أعضاء الجسم عن طريق البتر. **مجلة علم النفس**، مجلد 10-11.
- شكير، زينب. (2002). **خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة. سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين**. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- شكور، جليل. (2008). **معاقون لكن عظماء - دراسة توثيقية**. الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
- الشمري، مشوح (2003) **تقويم فعالية برامج التأهيل المهني للمعوقين من وجهة نظر المعوقين والمشرفين ورجال الأعمال**. رسالة ماجستير منشورة، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض.
- الشناوي، محمد. (1997). **تأهيل المعوقين وإرشادهم**. دار المسلم للنشر والتوزيع، الرياض، السعودية.
- الشواهين، علي، (1989) **تقويم خدمات التأهيل المهني للمعوقين عقليا في الأردن**. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- الطائي، عبد المجيد. (2008). **طرق التعامل مع المعوقين**. دار الحامد، القاهرة، مصر.
- العبد الله، فواز. (2009). **التأهيل والتدريب المهني**. مجلة التربية وعلم النفس، المجلد الخامس.
- [http://www.arab-ency.com/index.php?module=pnEncyclopedia&func=display\\_term&id=3860](http://www.arab-ency.com/index.php?module=pnEncyclopedia&func=display_term&id=3860)
- عبد، بدر الدين. (2003). **الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية - دراسة في تدعيم النسق القيمي لجماعات المعوقين**. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.

- عبيد، ماجدة. (2000). *مقدمة في تأهيل المعاقين*. دار صفاء، عمان، الأردن.
- عز الدين، أبو النجار وبدران، عمرو. (د.س). *الاحتياجات الخاصة - الإعاقات الذهنية والحركية والبصرية والسمعية*. مكتبة الإيمان، المنصورة، مصر.
- عسراوي، سحر. (2002). *محددات قبول الأشخاص المعوقين في مراكز التأهيل المهني في محافظة عمان ودور الأخصائي الاجتماعي فيها*. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- عوض، حسني. (2001). *دور المؤسسات المختلفة في مواجهة الآثار النفسية المختلفة على الأطفال والمراهقين والناجمة عن انتفاضة الأقصى في محافظة طولكرم*. بحث غير منشور، جامعة القدس، القدس.
- عيد، أميرة (1996) *اتجاهات الاطفال المشلولين نحو الخدمات المقدمة لهم وعلاقتها بالسلوك التكيفي*. رسالة ماجستير منشورة، جدة: جامعة الملك سعود.
- غباري، محمد. (2003). *رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية رعاية المعوقين*. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- غريب، سيد. (1998). *السلوك الاجتماعي للمعاقين*. دار المطبوعات للنشر والتوزيع، عمان
- فرح، سليمان. (1995). *دمج وتشغيل الأشخاص المعاقين*. دار العلم للملايين، القاهرة.
- فسيبي، سامر. (2005). *كفاية الخدمات التي تقدمها جمعية الشبان المسيحية للمعاقين في محافظة طولكرم*. مشروع تخرج غير منشور، جامعة القدس المفتوحة، طولكرم.
- فهمي، محمد السيد، ورمضان، السيد. (1999). *الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية*. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

فهيمى ، محمد. (1981). دور الخدمة الاجتماعية في دعم وتطوير السلوك الايجابي عند المعاقين  
جامعة الاسكندرية ،مصر (رسالة دبلوم معهد العلوم الاجتماعية غير منشورة )

فهيمى، محمد. (2000). واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي. المكتب الجامعي الحديث،  
الإسكندرية، مصر.

قطنية، مالك. (2000). نظرة إلى برنامج تأهيل المعاقين المبني على المجتمع في فلسطين.  
مطبعة الرسالة المقدسية، القدس، فلسطين.

قطنية ، مالك (2006) . التوزيع والتغطية السكانية لخدمات التأهيل على مستوى المجتمع في  
المحافظات الفلسطينية. مطبعة الرسالة للنشر والتوزيع، القدس

اللجنة الإقليمية للتأهيل في وسط فلسطين. (1995). الاحتياجات المحلية اللازمة في حقل الرعاية  
الصحية الاولية او تأهيل المعاقين والعمل على تلبيتها. منشورات اللجنة الإقليمية للتأهيل في وسط  
فلسطين، فلسطين.

اللجنة الإقليمية للتأهيل في منطقة الجنوب. (1997). دراسة لـ 19 مجتمعا سكانيا فلسطينيا في  
منطقة جنوب الضفة الغربية مع اهتمام خاص بحاجات الأشخاص المعوقين. منشورات اللجنة  
الإقليمية للتأهيل في منطقة الجنوب الخليل، فلسطين.

اللجنة المحلية لتأهيل المعاقين في جنين. (2003). اتجاهات المبحوثين نحو تقييم مشروع الشلل  
الداغي الذي تنفذه اللجنة المحلية لتأهيل المعاقين في محافظة جنين. جنين: منشورات اللجنة  
المحلية لتأهيل المعاقين.

مخولف، إقبال. (1991). الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين. دار المعرفة الجامعية،  
الإسكندرية، مصر.



ملحم، عايد. (2007). درجة امتلاك الأفراد المعاقين الملتحقين بمراكز التأهيل المهني لمهارات الحياة الانتقالية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

منشورات وزارة العمل. (1999). قانون حقوق المعوقين رقم 4. منشورات وزارة العمل، رام الله. الميزر، هند. (2008). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة. رسالة ماجستير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

هلال، أسماء. (2009). تأهيل المعاقين. دار المسيرة، عمان، الأردن.

الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن. (2001). حقوق المعوقين في المجتمع الفلسطيني. سلسلة تقارير خاصة (47)، منشورات الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله، فلسطين.

الواوي، تامر. (2006). مستوى القلق النفسي لدى الأسرة الناجم عن وجود ابن معاق في محافظة طولكرم. مشروع تخرج غير منشور، طولكرم: جامعة القدس المفتوحة. وزارة الشؤون الاجتماعية، (2004) واقع المعاقين ومراكز تأهيلهم في فلسطين. منشورات وزارة الشؤون الاجتماعية، رام الله.

وكالة الغوث الدولية، (2006). دراسة واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في مخيمات الضفة الغربية. الشيخ جراح، القدس.

يحيى، خولة. (2003). إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة . أطفال الخليج

[http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show\\_res&r\\_id=68&topic\\_id=1452](http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=68&topic_id=1452)

يوسف، طلال. (2005). التربية الخاصة في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

يوسف، محمد. (2003). دراسات في الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة. دار غريب، القاهرة، مصر.

- Abu-khader,N.(2002):"**Assessment of rehabilitation services in the north districts of west bank in Palestine**" .AL-Najah National University , Palestine .
- Al-Akhrass,N. and Hamdan,M.(july 2006): **A survey of people with special needs at 27 palestinian villages in tulkarem & Qalqelia**. (first edition). Union of Helth Care Commitees ,Nablus. Palestine
- (BASR) Bethlehem Arab Society For Rehabilitation (2002).Situational analsis: "**Impact of the Palestinian Intifada on disability** " Bethlehem , Palestinian
- Dixon , Guy & Thornton , Everard.(2006): "**Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically adults**". Clinical Rehabilitation .
- ford j, veenstra N, Gi S (Mar-Jun. 2003):" **Towards amethod for informing the planning of community – based rehabilitation in papua New Guinea**" papua & New Guinea Medical journal.Volume 46. page 63-80.
- Fredrec, Sanders (2009): **Role guidance in rehabilitation handicapped to be exposed to occurring way**. Eric. AAC9832764.
- Kauffman M.James & Hallahan P.Daniel .(1995)" **exceptional children , introduction to special education**" . prentice hall Inc . NY .
- Lindholm & Others,Scandinavian.(2005): "**Personal assistant of their cooperation in the rehabilitation of disabled persons**". Journal Of Occupational Therapy.
- Marcos, Gloria. (2008) "**The views of the operators of disabled graduates rehabilitation centers, the level of their professional performance** ". ERIC. AAC 3056819.
- Parson, Farwel. (2009): **Merger handicapped hindering kinetic to receive guidance in society**. Eric. AAC9929067.
- Reco, Tsai-Sheng. (2009) "**Level of assessment of employers for the disabled graduates rehabilitation centers** ". ERIC. AAC 3053180.

Risk , E.Donn .(2003) " **vocational preparation of person with handicaps**" .  
Bell & Howell company ,

Stander, John Peter. (2009) " **Assess the extent of employers and parents to  
programs and rehabilitation centers for disabled** ". ERIC. AAC  
3055209.

# الملاحق

ملحق رقم (1) فقرات بعد التأهيل المهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين أنفسهم.

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الفقرة	الرقم
كبيرة	1.1370	3.6157	255	تساعد المؤسسة المعاقين على اختيار المهن التي تتناسب مع قدراتهم .	1.
كبيرة	1.1097	3.8000	255	تساعد المؤسسة المعاقين على اختيار المهن التي تتناسب مع ميولهم	2.
كبيرة	1.0282	3.9569	255	مدة التأهيل التي يجتازها المعاق كافية .	3.
كبيرة	0.8187	3.4235	255	يكتسب المعاق من خلال التدريب مهارات تؤهله للحصول على عمل .	4.
متوسطة	1.1101	3.1529	255	تلبى برامج التدريب المهني احتياجات سوق العمل الخاص بالمعاقين	5.
متوسطة	0.8669	3.3137	255	برامج التدريب التي يمارسها المعاق تساعده في الحصول على فرصة عمل بعد التخرج	6.
كبيرة	1.2084	3.7412	255	يتوفر في المركز خدمات التوجيه والإرشاد المهني لاختيار مهنة مناسبة	7.
كبيرة	1.1231	3.8392	255	يستفيد المعاق من برامج التأهيل المهني الموجودة في المركز .	8.
كبيرة	0.9369	3.7059	255	تساهم برامج التأهيل المهني في رفع مستوى تكيف المعاق مع بيئة العمل	9.
كبيرة	0.8561	3.8941	255	تساهم برامج التأهيل المهني في مساعدة المعاق على بناء علاقات مهنية جيدة مع زملاء العمل .	10.
كبيرة	0.9572	3.9294	255	برامج التأهيل المهني تعرف المعاق بحقوقه الوظيفية.	11.
كبيرة	0.8066	3.6824	255	المركز مزود بالخدمات والأدوات التي تزيد من نجاح تأهيل المعاق	12.
كبيرة	1.0301	3.5294	255	برامج التأهيل والتدريب الموجودة حاليا بحاجة إلى تطوير .	13.
كبيرة	.8107	3.5569	255	تزود برامج التأهيل المعاقين بمعلومات تتعلق بالسلامة المهنية .	14.
متوسطة	1.0766	3.1608	255	تساهم برامج التأهيل في تشغيل العديد من المعاقين في المؤسسات المحلية .	15.

ملحق رقم (2) فقرات بعد التأهيل الاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين أنفسهم.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
.16	تؤدي برامج التأهيل لتغيير فكرة الناس ونظرتهم للمعاق	255	4.0353	0.7854	كبيرة جدا
.17	البرامج التأهيلية تمكن المعاق من التخطيط لتنظيم حياته في المستقبل	255	3.8353	0.8536	كبيرة
.18	تساهم برامج التأهيل في خلق أجواء ديمقراطية بين صفوف المعاقين وإقرانهم الأسوياء داخل العمل	255	3.7451	0.7436	كبيرة
.19	تساهم برامج التأهيل في تنظيم برامج ترفيهية يشارك فيها المعاقين أنفسهم	255	4.1020	0.7081	كبيرة جدا
.20	تساهم برامج التأهيل في تعديل اتجاهات الأسر نحو النظرة التقليدية للزواج	255	3.6824	0.9583	كبيرة
.21	برامج التأهيل تزود المعاق بالمساعدة والدعم الاجتماعي من قبل الآخرين .	255	3.8784	0.7509	كبيرة
.22	البرامج التأهيلية تقوي علاقات المعاق الاجتماعية.	255	4.1098	0.7449	كبيرة جدا
.23	يستفيد المعاق من برامج التأهيل الاجتماعي الموجودة في المركز	255	4.2392	0.5696	كبيرة جدا
.24	الخدمات التأهيلية تزيد من رغبة المعاق في الانخراط في المجتمع	255	4.0510	0.5694	كبيرة جدا
.25	تقدم المؤسسات الدعم المستمر لخريجها لمساعدتهم على النجاح	255	4.0039	0.7015	كبيرة جدا
.26	تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاهاً إيجابياً نحو الآخرين .	255	4.0863	0.7320	كبيرة جدا
.27	تساعد خدمات التأهيل المعاق على التكيف مع إعاقته .	255	4.1843	0.6768	كبيرة جدا
.28	يساهم التأهيل النفسي للمعاق في الحد من شعوره بالوحدة.	255	4.0039	0.7659	كبيرة جدا
.29	تقدم الجمعية العون لخريجها في حال تعرضهم لانتهاك أي حق من حقوقهم	255	4.0902	0.6785	كبيرة جدا

ملحق رقم (3) فقرات بعد التأهيل النفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين أنفسهم.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
.30	تساهم برامج التأهيل النفسي في التخفيف من مستوى شعور المعاق بالاكنتاب .	255	4.0627	0.7761	كبيرة جدا
.31	تساعد برامج التأهيل النفسي المعاق على توكيد الذات .	255	4.1686	0.7881	كبيرة جدا
.32	تساعد برامج التأهيل النفسي المعاق على التخلص من مشاعر العدائية .	255	4.1098	0.7342	كبيرة جدا
.33	برامج التأهيل النفسي تعمل على رفع الروح المعنوية لدى المعاقين بالعودة للعمل.	255	3.8784	0.9826	كبيرة
.34	البرامج التأهيلية تشعر المعاق بالأمن النفسي.	255	4.0118	1.0555	كبيرة جدا
.35	برامج التأهيل تعلم المعاق القدرة على ضبط الذات إذا تعرض لمواقف مؤلمة أثناء تعامله مع الأسوياء .	255	3.7922	0.8229	كبيرة
.36	يزود التدريب المعاق بالمقدرة على الاعتماد على النفس	255	4.0745	0.7725	كبيرة جدا
.37	يستفيد المعاق من برامج التأهيل النفسي الموجودة في المركز بشكل كبير.	255	3.9569	0.7438	كبيرة
.38	تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاها ايجابيا نحو نفسه	255	4.2902	0.6476	كبيرة جدا
.39	البرامج التأهيلية النفسية المتوفرة في المركز تراعي قدرات المعوق	255	4.0745	0.7360	كبيرة جدا
.40	تساهم برامج التأهيل في رفع مستوى ثقة المعاق بنفسه	255	4.2824	0.6450	كبيرة جدا
.41	برامج التأهيل المختلفة تزيد من قوة شخصية المعاق .	255	4.0863	.7989	كبيرة جدا
.42	يطبق في المركز اختبارات نفسية تقييم ميول وقدرات المعاق .	255	4.0196	1.0956	كبيرة جدا
.43	يتوفر مدربون مؤهلون قادرين على التعامل مع المعاقين والتواصل معهم .	255	4.1961	0.8376	كبيرة جدا
.44	تتوفر دورات تطويرية بشكل مستمر لرفع كفاءة الأخصائيين .	255	3.6941	0.8788	كبيرة
.45	يوجد في الجمعية برنامج متابعة للخريجين من الجمعية	255	3.6118	0.9853	كبيرة

ملحق رقم (4) فقرات بعد التأهيل المهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1.	تساعد المؤسسة المعاقين على اختيار المهن التي تتناسب مع قدراتهم .	100	4.2200	1.0306	كبيرة جدا
2.	تساعد المؤسسة المعاقين على اختيار المهن التي تتناسب مع ميولهم	100	4.2500	0.9361	كبيرة جدا
3.	مدة التأهيل التي يجتازها المعاق كافية .	100	4.1000	0.8227	كبيرة جدا
4.	يكتسب المعاق من خلال التدريب مهارات تؤهله للحصول على عمل .	100	3.4400	0.6864	متوسطة
5.	تلبي برامج التدريب المهني احتياجات سوق العمل الخاص بالمعاقين	100	3.1400	0.9642	متوسطة
6.	برامج التدريب التي يمارسها المعاق تساعده في الحصول على فرصة عمل بعد التخرج	100	3.2900	0.8201	متوسطة
7.	يتوفر في المركز خدمات التوجيه والإرشاد المهني لاختيار مهنة مناسبة	100	4.0500	1.0286	كبيرة جدا
8.	يستفيد المعاق من برامج التأهيل المهني الموجودة في المركز .	100	4.3300	0.8047	كبيرة جدا
9.	تساهم برامج التأهيل المهني في رفع مستوى تكيف المعاق مع بيئة العمل	100	4.0800	0.6769	كبيرة جدا
10.	تساهم برامج التأهيل المهني في مساعدة المعاق على بناء علاقات مهنية جيدة مع زملاء العمل .	100	4.0700	0.6237	كبيرة جدا
11.	برامج التأهيل المهني تعرف المعاق بحقوقه الوظيفية.	100	3.9800	0.7911	كبيرة
12.	المركز مزود بالخدمات والأدوات التي تزيد من نجاح تأهيل المعاق	100	3.8200	0.8805	كبيرة
13.	برامج التأهيل والتدريب الموجودة حاليا بحاجة إلى تطوير .	100	3.8000	0.8409	كبيرة
14.	تزود برامج التأهيل المعاقين بمعلومات تتعلق بالسلامة المهنية .	100	3.8200	0.8212	كبيرة
15.	تساهم برامج التأهيل في تشغيل العديد من المعاقين في المؤسسات المحلية .	100	3.2700	0.8745	متوسطة



ملحق رقم (5) فقرات بعد التأهيل الاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
.16	تؤدي برامج التأهيل لتغيير فكرة الناس ونظرتهم للمعاق	100	4.2000	0.5505	كبيرة جدا
.17	البرامج التأهيلية تمكن المعاق من التخطيط لتنظيم حياته في المستقبل	100	4.0600	0.6790	كبيرة جدا
.18	تساهم برامج التأهيل في خلق أجواء ديمقراطية بين صفوف المعاقين وإقرانهم الأسوياء داخل العمل	100	3.7000	0.6276	كبيرة
.19	تساهم برامج التأهيل في تنظيم برامج ترفيهية يشارك فيها المعاقين أنفسهم	100	4.1600	0.4866	كبيرة جدا
.20	تساهم برامج التأهيل في تعديل اتجاهات الأسر نحو النظرة التقليدية للزواج	100	3.8800	0.8075	كبيرة
.21	برامج التأهيل تزود المعاق بالمساعدة والدعم الاجتماعي من قبل الآخرين .	100	4.1100	0.6340	كبيرة جدا
.22	البرامج التأهيلية تقوي علاقات المعاق الاجتماعية.	100	4.2400	0.6050	كبيرة جدا
.23	يستفيد المعاق من برامج التأهيل الاجتماعي الموجودة في المركز	100	4.2400	0.5341	كبيرة جدا
.24	الخدمات التأهيلية تزيد من رغبة المعاق في الانخراط في المجتمع	100	4.2000	0.4264	كبيرة جدا
.25	تقدم المؤسسات الدعم المستمر لخريجها لمساعدتهم على النجاح	100	4.1400	0.6034	كبيرة جدا
.26	تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاهًا ايجابياً نحو الآخرين .	100	4.2400	0.4740	كبيرة جدا
.27	تساعد خدمات التأهيل المعاق على التكيف مع إعاقته .	100	4.4400	0.5187	كبيرة جدا
.28	يساهم التأهيل النفسي للمعاق في الحد من شعوره بالوحدة.	100	4.2700	0.5835	كبيرة جدا
.29	تقدم الجمعية العون لخريجها في حال تعرضهم لانتهاك أي حق من حقوقهم	100	4.0300	0.7714	كبيرة جدا

ملحق رقم (6) فقرات بعد التأهيل النفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
.30	تساهم برامج التأهيل النفسي في التخفيف من مستوى شعور المعاق بالاكتئاب .	100	4.2100	0.5183	كبيرة جدا
.31	تساعد برامج التأهيل النفسي المعاق على توكيد الذات .	100	4.3400	0.5168	كبيرة جدا
.32	تساعد برامج التأهيل النفسي المعاق على التخلص من مشاعر العدوانية .	100	4.1900	0.5260	كبيرة جدا
.33	برامج التأهيل النفسي تعمل على رفع الروح المعنوية لدى المعاقين بالعودة للعمل.	100	4.0500	0.8572	كبيرة جدا
.34	البرامج التأهيلية تشعر المعاق بالأمن النفسي.	100	4.0800	1.0606	كبيرة جدا
.35	برامج التأهيل تعلم المعاق القدرة على ضبط الذات إذا تعرض لمواقف مؤلمة أثناء تعامله مع الأسوياء .	100	4.0000	0.6030	كبيرة جدا
.36	يزود التدريب المعاق بالمقدرة على الاعتماد على النفس	100	4.3600	0.5949	كبيرة جدا
.37	يستفيد المعاق من برامج التأهيل النفسي الموجودة في المركز بشكل كبير.	100	4.2300	0.5478	كبيرة جدا
.38	تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاها ايجابيا نحو نفسه	100	4.3300	0.5515	كبيرة جدا
.39	البرامج التأهيلية النفسية المتوفرة في المركز تراعي قدرات المعوق	100	4.3000	0.5774	كبيرة جدا
.40	تساهم برامج التأهيل في رفع مستوى ثقة المعاق بنفسه	100	4.3900	0.5104	كبيرة جدا
.41	برامج التأهيل المختلفة تزيد من قوة شخصية المعاق .	100	4.2100	0.8324	كبيرة جدا
.42	يطبق في المركز اختبارات نفسية تقييم ميول وقدرات المعاق .	100	4.5200	0.6110	كبيرة جدا
.43	يتوفر مدربون مؤهلون قادرين على التعامل مع المعاقين والتواصل معهم .	100	4.4500	0.7703	كبيرة جدا
.44	تتوفر دورات تطويرية بشكل مستمر لرفع كفاءة الأخصائيين .	100	4.0900	0.8177	كبيرة جدا
.45	يوجد في الجمعية برنامج متابعة للخريجين من الجمعية	100	4.0300	0.9583	كبيرة جدا

ملحق رقم (7) فقرات بعد التأهيل المهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1.	تساعد المؤسسة المعاقين على اختيار المهن التي تتناسب مع قدراتهم .	145	3.4759	1.1965	متوسطة
2.	تساعد المؤسسة المعاقين على اختيار المهن التي تتناسب مع ميولهم	145	3.6207	1.2697	كبيرة
3.	مدة التأهيل التي يجتازها المعاق كافية .	145	3.5655	1.2350	كبيرة
4.	يكتسب المعاق من خلال التدريب مهارات تؤهله للحصول على عمل .	145	3.4276	0.7144	متوسطة
5.	تلبي برامج التدريب المهني احتياجات سوق العمل الخاص بالمعاقين	145	2.9931	1.1211	قليلة
6.	برامج التدريب التي يمارسها المعاق تساعده في الحصول على فرصة عمل بعد التخرج	145	3.2207	0.7947	متوسطة
7.	يتوفر في المركز خدمات التوجيه والإرشاد المهني لاختيار مهنة مناسبة	145	3.3724	1.3278	كبيرة
8.	يستفيد المعاق من برامج التأهيل المهني الموجودة في المركز .	145	3.8828	1.3307	كبيرة
9.	تساهم برامج التأهيل المهني في رفع مستوى تكيف المعاق مع بيئة العمل	145	3.8276	1.0431	كبيرة
10.	تساهم برامج التأهيل المهني في مساعدة المعاق على بناء علاقات مهنية جيدة مع زملاء العمل .	145	3.7241	1.0896	كبيرة
11.	برامج التأهيل المهني تعرف المعاق بحقوقه الوظيفية.	145	3.6207	1.1247	كبيرة
12.	المركز مزود بالخدمات والأدوات التي تزيد من نجاح تأهيل المعاق	145	3.8069	0.8105	كبيرة
13.	برامج التأهيل والتدريب الموجودة حاليا بحاجة إلى تطوير .	145	3.8483	0.8923	كبيرة
14.	تزود برامج التأهيل المعاقين بمعلومات تتعلق بالسلامة المهنية .	145	3.5931	1.0034	كبيرة
15.	تساهم برامج التأهيل في تشغيل العديد من المعاقين في المؤسسات المحلية .	145	3.0759	0.8904	متوسطة

ملحق رقم (8) فقرات بعد التأهيل الاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
.16	تؤدي برامج التأهيل لتغيير فكرة الناس ونظرتهم للمعاق	145	3.8621	0.7228	كبيرة
.17	البرامج التأهيلية تمكن المعاق من التخطيط لتنظيم حياته في المستقبل	145	3.9103	0.8243	كبيرة
.18	تساهم برامج التأهيل في خلق أجواء ديمقراطية بين صفوف المعاقين وإقراءهم الأسوياء داخل العمل	145	3.7103	0.7161	كبيرة
.19	تساهم برامج التأهيل في تنظيم برامج ترفيهية يشارك فيها المعاقين أنفسهم	145	4.0276	0.7723	كبيرة جدا
.20	تساهم برامج التأهيل في تعديل اتجاهات الأسر نحو النظرة التقليدية للزواج	145	3.4828	1.0213	متوسطة
.21	برامج التأهيل تزود المعاق بالمساعدة والدعم الاجتماعي من قبل الآخرين .	145	3.7862	0.9368	كبيرة
.22	البرامج التأهيلية تقوي علاقات المعاق الاجتماعية.	145	4.0414	0.8239	كبيرة جدا
.23	يستفيد المعاق من برامج التأهيل الاجتماعي الموجودة في المركز	145	4.2069	0.5997	كبيرة جدا
.24	الخدمات التأهيلية تزيد من رغبة المعاق في الانخراط في المجتمع	145	4.1448	0.6768	كبيرة جدا
.25	تقدم المؤسسات الدعم المستمر لخريجها لمساعدتهم على النجاح	145	4.0828	0.7862	كبيرة جدا
.26	تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاهها ايجابياً نحو الآخرين .	145	4.0414	0.8154	كبيرة جدا
.27	تساعد خدمات التأهيل المعاق على التكيف مع إعاقته .	145	4.1379	0.8218	كبيرة جدا
.28	يساهم التأهيل النفسي للمعاق في الحد من شعوره بالوحدة.	145	3.9103	0.9994	كبيرة
.29	تقدم الجمعية العون لخريجها في حال تعرضهم لانتهاك أي حق من حقوقهم	145	3.7310	0.9736	كبيرة

ملحق رقم (9) فقرات بعد التأهيل النفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين.

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
.30	تساهم برامج التأهيل النفسي في التخفيف من مستوى شعور المعاق بالاكتئاب .	145	3.8207	0.9103	كبيرة
.31	تساعد برامج التأهيل النفسي المعاق على توكيد الذات .	145	4.0138	0.8248	كبيرة جدا
.32	تساعد برامج التأهيل النفسي المعاق على التخلص من مشاعر العدائية .	145	3.8552	0.7167	كبيرة
.33	برامج التأهيل النفسي تعمل على رفع الروح المعنوية لدى المعاقين بالعودة للعمل.	145	3.9724	0.7260	كبيرة
.34	البرامج التأهيلية تشعر المعاق بالأمن النفسي.	145	3.8069	1.2150	كبيرة
.35	برامج التأهيل تعلم المعاق القدرة على ضبط الذات إذا تعرض لمواقف مؤلمة أثناء تعامله مع الأسوياء .	145	3.7724	0.7614	كبيرة
.36	يزود التدريب المعاق بالمقدرة على الاعتماد على النفس	145	4.0552	0.9188	كبيرة جدا
.37	يستفيد المعاق من برامج التأهيل النفسي الموجودة في المركز بشكل كبير.	145	3.9379	0.7566	كبيرة
.38	تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاها ايجابيا نحو نفسه	145	4.2000	0.8628	كبيرة جدا
.39	البرامج التأهيلية النفسية المتوفرة في المركز تراعي قدرات المعوق	145	3.9310	0.8221	كبيرة
.40	تساهم برامج التأهيل في رفع مستوى ثقة المعاق بنفسه	145	4.1793	0.6939	كبيرة جدا
.41	برامج التأهيل المختلفة تزيد من قوة شخصية المعاق .	145	3.7862	1.0151	كبيرة
.42	يطبق في المركز اختبارات نفسية تقيم ميول وقدرات المعاق .	145	4.0345	1.2716	كبيرة جدا
.43	يتوفر مدربون مؤهلون قادرين على التعامل مع المعاقين والتواصل معهم .	145	4.1655	0.9206	كبيرة جدا
.44	تتوفر دورات تطويرية بشكل مستمر لرفع كفاءة الأخصائيين .	145	3.2966	0.9511	متوسطة
.45	يوجد في الجمعية برنامج متابعة للخريجين من الجمعية	145	3.2828	0.9839	متوسطة

ملحق رقم (10): الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمتغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل والتفاعلات بينهما.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مستوى الدخل	صلة القرابة	
0.96	3.80	8	أقل من 1000 شيكل	أب	التأهيل المهني
0.80	3.30	55	بين 1000 – 2000 شيكل	أم	
0.77	3.36	63	المجموع		
0.20	4.34	13	أقل من 1000 شيكل		
0.81	3.48	32	بين 1000 – 2000 شيكل	غير ذلك	
0.45	2.40	9	أكثر من 3000 شيكل		
0.88	3.51	54	المجموع		
0.56	4.39	22	أقل من 1000 شيكل	المجموع	
0.86	2.40	6	أكثر من 3000 شيكل		
0.83	3.96	28	المجموع		
0.25	4.27	43	أقل من 1000 شيكل	أب	التأهيل الاجتماعي
0.80	3.37	87	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.47	2.40	15	أكثر من 3000 شيكل		
0.85	3.53	145	المجموع	أم	
0.74	3.7143	8	أقل من 1000 شيكل		
0.36	3.6156	55	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.34	3.6281	63	المجموع	غير ذلك	
0.74	4.5055	13	أقل من 1000 شيكل		
0.71	4.0000	32	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.81	3.6429	9	أكثر من 3000 شيكل	المجموع	
0.61	4.0622	54	المجموع		
0.92	4.8084	22	أقل من 1000 شيكل		
0.89	2.7857	6	أكثر من 3000 شيكل	أب	التأهيل النفسي
0.84	4.3750	28	المجموع		
0.41	4.5133	43	أقل من 1000 شيكل		
0.55	3.7570	87	بين 1000 – 2000 شيكل	أم	
0.43	3.3000	15	أكثر من 3000 شيكل		
0.64	3.9340	145	المجموع		
0.69	3.9375	8	أقل من 1000 شيكل	غير ذلك	
0.65	3.5705	55	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.62	3.6171	63	المجموع		
3.54	4.6587	13	أقل من 1000 شيكل	المجموع	
0.71	3.9688	32	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.77	3.1875	9	أكثر من 3000 شيكل		
0.72	4.0046	54	المجموع	أب	التأهيل النفسي
0.35	4.5625	22	أقل من 1000 شيكل		
0.46	3.0625	6	أكثر من 3000 شيكل		
0.70	4.2411	28	المجموع	أم	
0.36	4.4753	43	أقل من 1000 شيكل		
0.70	3.7170	87	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.63	3.1375	15	أكثر من 3000 شيكل	المجموع	
0.71	3.8819	145	المجموع		

0.61	3.8222	8	أقل من 1000 شيكل	أب	الدرجة الكلية
0.59	3.4958	55	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.56	3.5372	63	المجموع		
0.10	4.5077	13	أقل من 1000 شيكل	أم	
0.73	3.8167	32	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.58	3.0667	9	أكثر من 3000 شيكل		
0.72	3.8580	54	المجموع	غير ذلك	
0.14	4.5838	22	أقل من 1000 شيكل		
0.99	2.7556	6	أكثر من 3000 شيكل		
0.77	4.1921	28	المجموع	المجموع	
0.31	4.4191	43	أقل من 1000 شيكل		
0.66	3.6138	87	بين 1000 – 2000 شيكل		
0.15	2.9422	15	أكثر من 3000 شيكل		
0.71	3.7831	145	المجموع		

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



جامعة القدس / أبوديس

حضرة السيد / ة .....المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان " تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم والعاملين بمراكز التأهيل " وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي جامعة القدس /أبوديس .  
لذا نرجو منكم التعاون معنا بتعبئة هذه الاستبانة، وذلك بما يتوافق ووجهة نظرك . علما بان بيانات الدراسة هي لأغراض البحث العلمي فقط وسيتم الحفاظ على سريتها .

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحثة : أشواق عمر

إشراف: د.سهير صباح



القسم الأول :

أ. معلومات شخصية تتعلق بالمعاق

الرجاء وضع علامة ( x ) أمام الإجابة التي تعبر عنك :

1. العمر : 15-25 سنة ( ) 26-35 سنة ( ) أكثر من 35 سنة ( )  
3. الحالة الاجتماعية : أعزب ( ) متزوج ( ) غير ذلك ( )  
6. درجة الإعاقة: بسيطة ( ) متوسطة ( ) شديدة ( )

ب. معلومات شخصية تتعلق بالعاملين في مراكز تأهيل المعاقين

الرجاء وضع علامة ( x ) أمام الإجابة التي تعبر عنك :

1. الجنس : ذكر ( ) أنثى ( )  
2. العمر : ( ) عاما .  
3. المؤهل العلمي : دبلوم ( ) بكالوريوس ( ) غير ذلك ( )

ج. معلومات شخصية تتعلق بولي أمر المعاق :

1. صلة القرابة : أب ( ) أم ( ) غير ذلك ( )

حدد.....

2. مستوى الدخل : أقل من 1000 شيقل ( ) من 1000-2000 ( ) أكثر من 2000 ( )  
(



23	يستفيد المعاق من برامج التأهيل الاجتماعي الموجودة في المركز				
24	الخدمات التأهيلية تزيد من رغبة المعاق في الانخراط في المجتمع				
26	تكوّن خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاهًا إيجابياً نحو الآخرين .				
27	تساعد خدمات التأهيل المعاق على التكيف مع إعاقته .				
28	يساهم التأهيل النفسي للمعاق في الحد من شعوره بالوحدة.				
29	تقدم الجمعية العون لخريجها في حال تعرضهم لانتهاك أي حق من حقوقهم				

ج	التأهيل النفسي				
30	تساهم برامج التأهيل النفسي في التخفيف من مستوى شعور المعاق بالانكئاب .				
31	تساعد برامج التأهيل النفسي المعاق على توكيد الذات .				
32	تساعد برامج التأهيل النفسي المعاق على التخلص من مشاعر العدائية .				
33	برامج التأهيل النفسي تعمل على رفع الروح المعنوية لدى المعاقين بالعودة للعمل.				
34	البرامج التأهيلية تشعر المعاق بالأمن النفسي.				
35	برامج التأهيل تعلم المعاق القدرة على ضبط الذات اذا تعرض لمواقف مؤلمة أثناء تعامله مع الاسوياء .				
36	يزود التدريب المعاق بالمقدرة على الاعتماد على النفس				
37	يستفيد المعاق من برامج التأهيل النفسي الموجودة في المركز بشكل كبير.				
38	تكون خدمات التأهيل لدى المعاق اتجاهها ايجابيا نحو نفسه				
39	البرامج التأهيلية النفسية المتوفرة في المركز تراعي قدرات المعوق				
40	تساهم برامج التأهيل في رفع مستوى ثقة المعاق بنفسه				
41	برامج التأهيل المختلفة تزيد من قوة شخصية المعاق .				
42	يطبق في المركز اختبارات نفسية تقيم ميول وقدرات المعاق .				
43	يتوفر مدربون مؤهلون قادرين على التعامل مع المعاقين والتواصل معهم .				
44	تتوفر دورات تطويرية بشكل مستمر لرفع كفاءة الأخصائيين .				
45	يوجد في الجمعية برنامج متابعة للخريجين من الجمعية				

\* من وجهة نظرك ما هي أهم ثلاث مشاكل تواجه المعاق في المجتمع ؟

-1

-2

-3

\* من وجهة نظرك هل توجد صعوبات ومشكلات تحول دون تحقيق برامج التأهيل لأهدافها داخل المركز ؟

-1

-2

-3

ملحق رقم (12) قائمة أسماء المحكمين

الرقم	الاسم	مكان العمل
1	أ.د. أحمد فهيم جبر	جامعة القدس
2	د. محسن عدس	جامعة القدس
3	د. ايداد الحلاق	جامعة القدس
4	د. عفيف زيدان	جامعة القدس
5	د. زياد قباجية	جامعة القدس
6	د. سمير شقير	جامعة القدس
7	د. تيسير عبدالله	جامعة القدس
8	د. موسى نجيب	جامعة القدس
9	د. عبد عساف	جامعة النجاح الوطنية
10	أ. فايز محاميد	جامعة النجاح الوطنية
11	د. حسني عوض	جامعة القدس المفتوحة
12	د. زياد بركات	جامعة القدس المفتوحة
13	أ. نادر ابو عمشا	جمعية الشبان المسيحية

## فهرس الجداول

الرقم	اسم الجدول	الصفحة
1.3	توزيع أفراد المجتمع الأصلي حسب المؤسسة وموقعها والجنس	55
2.3	توزيع أفراد العينة وفقا لمتغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، ودرجة الإعاقة.	56
3.3	توزيع أفراد العينة وفقا لمتغيرات جنس العامل، والعمر، والمؤهل العلمي.	57
4.3	توزيع أفراد العينة وفقا لمتغيرات صلة القرابة، ومستوى الدخل.	57
5.3	توزيع فقرات أداة الدراسة على محاورها الرئيسية	58
6.3	النسب المئوية ودرجة التقويم.	58
7.3	نتائج معامل الارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا من وجهة نظر المعاقين مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة.	59
8.3	نتائج معامل الارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة.	60
9.3	نتائج معامل الارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة.	60
10.3	نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على أبعاد الدراسة والدرجة الكلية.	62
1 4.	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة تقويم التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين.	66
2.4	الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمتوسطات واقع التأهيل تبعا لمتغير العمر.	68
3.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي ( One – Way Analysis of )	68

	(Variance) للفروق في متوسطات واقع التأهيل تبعا لمتغير العمر.	
69	نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير العمر في الدرجة الكلية وباقي الأبعاد الأخرى.	4.4
70	نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.	5.4
71	الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل تبعا لمتغير درجة الإعاقة.	6.4
72	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One – Way Analysis of Variance) للفروق في متوسطات واقع التأهيل تبعا لمتغير درجة الإعاقة.	7.4
72	نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في متوسطات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين تبعا لمتغير درجة الإعاقة في بعد التأهيل المهني.	8.4
73	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين.	9.4
75	نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تعزى لمتغير الجنس.	10.4
76	: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل تبعا لمتغير العمر.	11.4
76	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One – Way Analysis of Variance) للفروق في متوسطات واقع التأهيل تبعا لمتغير العمر.	12.4
77	نتائج اختبار ت (t-test) للفروق في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين تعزى لمتغير المؤهل العلمي.	13.4
78	الأعداد، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين.	14.4

79	نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي (Tow way analysis of variance) ( للفروق في واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا حسب متغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل.	15.4
81	نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في بعد التأهيل المهني والتأهيل النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية تبعا لمتغير صلة القرابة.	16.4
82	نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في بعد التأهيل المهني والتأهيل النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية تبعا لمتغير مستوى الدخل.	17.4
83	لأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمتوسطات تبعا لمتغير فئة المستجيب	18.4
84	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي ( One Way Analysis of Variance) للفروق في درجات واقع التأهيل المهني والنفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين والعاملين في مراكز تأهيل المعاقين وأولياء الأمور.	19.4
85	نتائج اختبار (Tukey) لمعرفة اتجاه الدلالة في بعد التأهيل المهني والتأهيل الاجتماعي والنفسي والدرجة الكلية تبعا للفروق بين المعاقين والعاملين مراكز تأهيل المعاقين وأولياء الأمور.	20.4

## فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
107	ملحق رقم (1) فقرات بعد التأهيل المهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين أنفسهم.	1
108	ملحق رقم (2) فقرات بعد التأهيل الاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين أنفسهم.	2
109	ملحق رقم (3) فقرات بعد التأهيل النفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر المعاقين أنفسهم.	3
110	ملحق رقم (4) فقرات بعد التأهيل المهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين.	4
111	ملحق رقم (5) فقرات بعد التأهيل الاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين	5
112	ملحق رقم (6) فقرات بعد التأهيل النفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر العاملين في مراكز تأهيل المعاقين.	6
113	ملحق رقم (7) فقرات بعد التأهيل المهني للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين.	7
114	ملحق رقم (8) فقرات بعد التأهيل الاجتماعي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين.	8



115	ملحق رقم (9) فقرات بعد التأهيل النفسي للمعاقين حركيا في فلسطين من وجهة نظر أولياء أمور المعاقين.	9
116	ملحق رقم (10): الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لمتغيرات صلة القرابة ومستوى الدخل والتفاعلات بينهما.	10
118	ملحق (11) الاستبانة	11
122	ملحق (12) قائمة أسماء المحكمين	12

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الإقرار
ب	الشكر والتقدير
ت	الملخص باللغة العربية
ج	Abstract
1	الفصل الأول / مشكلة الدراسة وأهميتها
2	1.1 المقدمة
4	2.1 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
5	3.1 أهمية الدراسة
6	4.1 أهداف الدراسة
7	5.1 فرضيات الدراسة
8	6.1 محددات الدراسة
9	7.1 مصطلحات الدراسة
11	الفصل الثاني / الإطار النظري والدراسات السابقة
12	1.2 الإطار النظري
13	1.1.2 التطور التاريخي لتأهيل المعاقين
15	4.1.2 الإرشاد النفسي ودوره في تأهيل المعاقين
16	5.1.2. التأهيل
19	6.1.2. فلسفة التأهيل
21	6.1.2. ميادين التأهيل
22	7.1.2. مراحل التأهيل
23	8.1.2. مبادئ ومبررات التأهيل
24	9.1.2. أنواع برامج التأهيل
26	10.1.2. فوائد التأهيل
26	11.1.2. فريق التأهيل
26	12.1.2. التأهيل المرتكز على المجتمع
27	13.1.2. أهداف التأهيل في إطار المجتمع

27	14.1.2. المشاركون في التأهيل المرتكز على المجتمع
28	15.1.2. أدوات التأهيل المجتمعي
28	16.1.2. مسوغات التأهيل المجتمعي
29	17.1.2. المبادئ الأساسية قبل بدء عملية التأهيل
29	18.1.2. خطوات التأهيل الاجتماعي
31	19.1.2. العناصر الأساسية في تأهيل المعاقين
32	20.1.2. أجهزة التأهيل
32	21.1.2. معوقات التأهيل المهني
33	22.1.2. واقع تأهيل المعاقين في المجتمع الفلسطيني
35	23.1.2. آلية عمل برنامج التأهيل في إطار المجتمع في فلسطين
36	24.1.2. المؤسسات الحكومية لرعاية المعوقين في فلسطين
37	25.1.2. المؤسسات الأهلية لرعاية المعوقين في فلسطين
37	26.1.2. العقبات التي تعترض عمل المؤسسات الحكومية والأهلية في فلسطين
39	27.1.2. تعليق على الاطار النظري
40	2.2. الدراسات السابقة
40	1.2.2. الدراسات العربية
47	2.2.2. الدراسات الأجنبية
52	3.2.2. التعقيب على الدراسات
54	الفصل الثالث / الطريقة والإجراءات
55	1.3 منهج الدراسة
55	2.3 مجتمع الدراسة
56	3.3 عينة الدراسة
57	4.3 أدوات الدراسة
62	5.3 إجراءات الدراسة

63	6.3 متغيرات الدراسة
64	7.3 المعالجة الإحصائية
64	8.3 التعريفات الإجرائية
65	الفصل الرابع / نتائج الدراسة
66	1.4 نتائج الدراسة
66	1.1.4 نتائج السؤال الأول
67	2.1.4 نتائج السؤال الثاني
67	1.2.1.4 نتائج الفرضية الأولى
70	2.2.1.4 نتائج الفرضية الثانية
71	3.2.1.4 نتائج الفرضية الثالثة
73	3.1.4 نتائج السؤال الثالث
74	4.1.4 نتائج السؤال الرابع
74	1.4.1.4 نتائج الفرضية الرابعة
75	2.4.1.4 نتائج الفرضية الخامسة
77	3.4.1.4 نتائج الفرضية السادسة
78	5.1.4 نتائج السؤال الخامس
79	6.1.4 نتائج السؤال السادس
79	1.6.1.4 نتائج الفرضية السابعة
83	7.1.4 نتائج السؤال السابع
83	1.7.1.4 نتائج الفرضية الثامنة
86	الفصل الخامس /مناقشة النتائج والتوصيات
87	1.5 مناقشة النتائج
87	1.1.5 مناقشة نتائج السؤال الأول
88	2.1.5 مناقشة نتائج السؤال الثاني وفرضياته
90	3.1.5 مناقشة نتائج السؤال الثالث
91	4.1.5 مناقشة نتائج السؤال الرابع وفرضياته
93	5.1.5 مناقشة نتائج السؤال الخامس
93	6.1.5 مناقشة نتائج السؤال السادس وفرضياته
94	7.1.5 مناقشة نتائج السؤال السابع

95	8.1.5 ملخص لنتائج الدراسة
97	2.5 التوصيات
98	قائمة المراجع العربية
104	References
106	الملاحق
123	فهرس الجداول
126	فهرس الملاحق
128	فهرس المحتويات