مجلة أبحاث نفسية وتربوية ـــــــــــــــــــ العدد 10 ـ جوان 2017، ص.ص.27 ـ 49

تحليل ارغونومي لنوعية الخدمات الاجتماعية المقدمة للمعاق دراسة تحليلية ميدانية بالديوان الوطني للأعضاء الاصطناعية ولواحقها للأشخاص المعوقين لولاية بسكرة

د. سليماني صبرينة
مخبر التطبيقات النفسية والتربوية ـ جامعة قسنطينة 2 ـ عبد الحميد مهري.
مخبر الوقاية والأرغنوميا ـ جامعة الجزائر 2 .

ملخص

تتلخص الدراسة في تحديد نوعية الخدمات التي يحتاجها المعاق في المناطق الصحراوية والتي طبقت في وحدة تصنيع الأطراف الاصطناعية ولواحقها ببسكرة، بحيث حددت نتائج التحليل الارغونومي بعض المشاكل التي تتعلق بنقص الخدمات الصحية التي يجب أن تقدمها لهم الدولة ومؤسسات المجتمع المدني، فضلا عن انعدام الدعم النفسي والمتابعة من قبل المختصين، الأمر الذي يزيد من حدة المشكلات المعيشية لهذه الفئة.

الكلمات المفتاحية: المعاق . المناطق الصحراوية . التحليل الارغونومي.

Résumé

L'objectif de cette étude est de déterminer les conditions d'accès aux différents services des personnes handicapées dans les zones sahariennes. L'étude a été réalisée dans l'unité de fabrication des organes artificiels de Biskra. Les résultats de l'analyse ergonomique démontrent clairement la faible prestation de services de santé apportés par l'État ou les organisations de la société civile aux personnes handicapées, ainsi que le manque de soutien et de suivi psychologiques par les spécialistes, ce qui aggrave encore plus leurs problèmes quotidiens.

Mots clés: Personne handicapée, Zones sahariennes, Analyse ergonomique.

© مخبر التطبيقات النفسية والتربوية ـ جامعة قسنطينة 2 ـ 2017

مُقدّمة :

تعد الإعاقة من المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها العديد من المجتمعات الإنسانية، وقد كانت الإعاقة ولا تزال هاجسا ملازما للمجتمعات الإنسانية منذ أقدم العصور وحتى الآن. وقد تباينت تلك المجتمعات في نظرتها للمعاقين وفي معاملتها لهم حسب القيم والأعراف والتقاليد والأفكار الدينية، والاجتماعية السائدة في كل منها[1] (1). أما أول ظهور لها في الأدبيات من الناحية الإبستيمولوجية ، يشير Henri-Jacques Stiker أن العشرينات من القرن الماضي، هي الفترة التي عرفت تطبيق هذا المفهوم في المجال الإنساني، وهو ما تؤكده، حسب رأيه، كل المعاجم الصادرة في فرنسا على وجه الخصوص بين سنوات 1900–1930 [2]. وخلال العقود الأربعة الأخيرة من القرن العشرين، أخرجت الإعاقة تدريجيا من السياق الطبي ضيق الاختصاص إلى رحاب المجتمع. إذ ظلت المقاربة الطبية إلى وقت متأخر محتكرة لمفهوم الإعاقة، حاصرة إياها في تشخيص ضيق لا يتجاوز جسد الشخص المعاق. غير أن تقدم العلوم وتنوع الاختصاصات خاصة في مجال العلوم الإنسانية، وكذلك ضغط منظمات الأشخاص المعاقين وطنيا ودوليا، دفع إلى إعادة النظر في كثير من المسلمات أو إعطاء الأبعاد الاجتماعية والثقافية و البيئية وزنها الذي تستحقه [3]. وقد اكتسب الحديث عن مشكلة الإعاقة أهمية خاصة في هذه الآونة الأخيرة نظرا للإحصائيات الأخيرة عن الإعاقة و التي تؤكد ارتفاع معدلاتها بشكل ملفت للنظر وذلك بعد أن أثبتت الإحصائيات العالمية للعديد من المنظمات والهيئات الدولية وعلى رأسها هيئة الأمم المتحدة أن نسبة المعاقين بلغت 10% من إجمالي سكان العالم، ما يعادل 650 مليون نسمة مصابين بإعاقة، وقد أكدت تقارير دراسة مشتركة لمنظمة الصحة العالمية و منظمة العمل الدولية واليونسكو أن هذا الرقم يزداد من خلال النمو السكاني، كما أن 80 % من المعاقين يعيشون في الدول

1)-

2)-

3)-

النامية، واستنادا إلى برنامج الأمم المتحد الانمائي، وحسب التقديرات البنك الدول، فإن نسبت تبلغ 20 % من أفقر الناس في العالم هم من المعاقين. ومما هو جدير بذكر أن مشكلة المعاقين في مجتمعات العالم الثالث ترتبط ارتباطا أساسيا بقضايا التنمية ومشكلاتها المتعددة فارتفاع الإعاقة والمعوقين إلى هذه النسبة العلية يعد إهدارا حقيقا لطاقات التنمية واهم عناصرها الحقيقية وهي الموارد البشرية، ومن هذا المنطلق تعمل العديد من دول العالم الثالث جاهدة لتطوير سياستها الاجتماعية نحو تقديم أفضل لعلاج وتأهيل المعاقين والاستفادة من طاقاتهم ومكانياته البشرية.[1]

كما شهدت السياسات والتشريعات المعنية بالإعاقة في فترة التسعينات إحراز تقدم اكبر مما تحقق في العقود السابقة، بحكم حجمها وتعدد العوامل المسببة، وبرامج الوقاية والتأهيل والتربية والتشريع والتشغيل وبحكم تصنيف الذين يعانون منها إلى إعاقات جسمية أو حسية، حركية أو عقلية، نفسية أو اجتماعية، تدخل في اختصاص العديد من الهيئات الحكومية من وزارات ومراكز بحوث، وجامعات ومن هيئات أهلية ومنظمات دولية وإقليمية وغيرها، بما يتطلب توفير سياسة واضحة محددة المعالم.[2] (5) وقد بدا هذا التطور بموجب قرار لجمعية العامة للأمم المتحدة المؤرخ في 09 ديسمبر (1975) خاص بحقوق المعوقين:"إن للمعوق الحق في علاج الطبي والنفسي والوظيفي بما في ذلك الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم، وفي التأهيل الطبي والاجتماعي، وفي التعليم وفي التدريب والتأهيل المهنيين، وفي المساعدة والمشورة، وفي الخدمات التوظيف وغيرها من خدمات التي من إنماء قدراته ومهارته إلى أقصى الحدود وتجعل بعملية إدماجه آو إعادة إدماجه في المجتمع "[3](6) . واقترحت منظمة الصحة العالمية في كتيب صدر عام 1980 بعنوان" التصنيف الدولي، للخلل والعجز والعاهات "[4](7) بحيث ما يميز بين مصطلحات ثلاثة هو:

1)-

2)-

3)-

4)-

- Impairment: ومعناها الخلل أو العيب الحادث من الإصابة أو المسبب، أو العيب الخلقي أو تكويني، والذي يتعرض له الطفل أثناء أو بعد ميلاده) قد يكون المسبب خللا فسيولوجيا أو جينيا أو سيكولوجيا).
- Disability: وهي النقص في مستوى أداء الوظيفة أو الوظائف التي تأثرت بالمسبب، أو بالإصابة الحادثة مقارنة بالعاديين.
- Handicap: وهي الإعاقة أو العسر أو الصعوبة التي يقابلها الفرد من جراء عدم القدرة على تلبية متطلباته في أداء دوره الطبيعي في الحياة اليومية المرتبطة بعمره أو جنسه، أو تبعا لخصائصه الاجتماعية أو الثقافية أو المهنية.

وهنا يبرز الفرق بين العاجز والمعوق من حيث أن الأول يفتقر إلى القدرة على ممارسة مهام الحياة اليومية بصورة عادية، ويحتاج إلى غيره بالاستمرار. أما المعوق فقد يصل إلى مستوى مناسب من الاكتفاء والاستقلال الذاتي إذا ما أحسن تدريبه وتأهيله لذلك [1](8).

كما اعتمد برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين، والأنشطة المضطلع بها خلال العقد الأول للمعوقين (1983–1992)، اتفاقية دولية المتعلقة بالتأهيل المهني المعوقين وتوظيفهم، مبادئ تالين التوجيهية للعمل المتعلقة بتنمية الموارد البشرية في ميدان الإعاقة، ووضع القواعد الموحدة بشان تحقيق تكافؤ الفرص المعوقين فمنذ تلك الفترة خصص اليوم 03 من شهر ديسمبر من كل سنة يوما خاصا بالشخص المعاق، مما نتج ذلك عن الاهتمام الدولي بالإعاقة وحقوق الإنسان المعاق، واتفق رؤساء الدول و الحكومات في قمم الأمم المتحدة للألفية في سبتمبر 2000 على العمل على تحقيق هدف الصحة النفسية للمعاق (9). وفي 9 حزيران/ يونيو 2011 عملت منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع البنك الدولي على إعداد التقرير العالمي الأول حول ألإعاقة عكس التغير جذري والجوهري في النظرة العالمية إلى الإعاقة وفي التجاوب والتعامل معها. فمما لا شك فيه أن ألإعاقة التي تتباين درجاتها بحسب نمطها، جزء من الحالة الإنسانية. فكل شخص تقريباً سوف

1)-

يصاب في مرحلة من مراحل حياته، بنوع من الإعاقة المؤقتة والعرضية ألعابرة أو طويلة المدى وحتى الدائمة. أما من يعيش ويطول به العمر فيواجه صعوبات متزايدة في أداء الوظائف أيضا. والإعاقة بحد ذاتها معقدة، والتدخلات المعتمدة للتغلب على المساوئ المرافقة للإعاقة متعددة ومنهجية، تختلف باختلاف السياق. والتصنيف الدولي لمدى أداء الوظائف والعجز (الإعاقة) والصحة المعتمد كإطار مفاهيمي لهذا التقرير، يعرف الإعاقة بوصفها مصطلحا جامعا يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للاعتلال/ الخلل ألعضوي ومحدودية ألنشاط والقيود التي تحد من المشاركة. كما يعود مصطلح "الإعاقة" إلى السمات السلبية للتفاعل بين الأفراد الذين يعانون حالة صحية ما (الشلل الدماغي أو متلازمة داون، أو الاكتئاب على سبيل المثال) وبين العوامل الشخصية والبيئية (المواقف ألسلبية وانعدام إتاحة وسائل النقل والمباني ألعامة والدعم الاجتماعي المحدود مثلا).[1]

وقد سايرت الدول العربية هذه الاتجاهات واستجابت للعديد من التوصيات وتجلى ذلك باهتمام المجتمعات العربية بالإعاقة من خلال إقامة العديد من المؤتمرات التي تشارك فيها جهات دولية و عربية عديدة ومن هذه المؤتمرات مؤتمر ملتقى دبي الدولي لإعادة التأهيل في 2006 الذي تبنى شعار " الشراكة من النظرية إلى التطبيق " حيث يؤكد ضرورة الانتقال فعلا إلى تطبيق مضمون هذا الشعار.[2](11) وقد دفع هذا التصريح بالعديد من الباحثين إلى ضرورة النظر إلى المعوقين كمجموعات ذات ظروف خاصة ومشكلات متشابهة يمكن إتباع أسلوب معين معها لتقديم خدمات المختلفة لها ورعايتها (12)، ومن هذا المنطلق فهو يحتاج إلى مساعدة خارجية سواء كان ذلك من خلال أفراد آخرين أو برامج تعليمية، أو تجهيزات بيئية، تساعد على إعاقته والاعتماد على نفسه والاستقلال بقدرته، والعناية بذاته[3](13).

1)-

2)-

3)-

فالفرد المعاق الذي يعانى من قصور فسيولوجي سواء كان وراثي أو مكتسب، ويحول دون قيامه بالعمل وان يتولى أموره بنفسه،أو يحول دون إشباع حاجاته الأساسية بما يتناسب والمرحلة العمرية التي يمر بها[1] (14). مما تترك له أثار بدنية ونفسية وأخرى اجتماعية، تتناوب حسب درجة الإعاقة، فكلما اشتدت هذه الأخيرة ازدادت صعوبات الاندماج. ومن التصنيفات الأكثر شيوعا هي فئة المعوقين جسميا الذين يعانون من عجز في الجهاز الحركي أو البدني بصفة عامة كالكسور أو البتر، أصحاب الأمراض المزمنة مثل شلل الأطفال، والدرن والسرطان والقلب[2](15) وعليه تم الاهتمام بالعجز والمعوقين وذوي الاحتياجات الخاصة وضرورة تصميم ما يحتاجونه تصميما ارغونوميا باعتبار أن تنمية المجتمعات تتطلب تضافر جهود جميع الأفراد بما في ذلك من هم في الطرف الأيسر للتوزيع الطبيعي(16). بحيث لفت فيه انتباه توسع ورفع النسبة المئوية لمعدل الأشخاص ذوي الإعاقة بين السكان حتى لامست 14% بل و15%، مما يعني افتراض وجود مليار بشري يمكن تصنيفهم أشخاصاً ذوي إعاقة من أصل مجموع سكان الكرة الأرضية البالغ 7 مليارات. [3](17) وأصبح هذا الاهتمام معيارا يقاس به تقدم المجتمع وتحضره ومدى رعايته لأفراده خاصة رعاية الفئات الخاصة منهم، والتي هي بأمس الحاجة إليهم من غيرهم، نظرا لما يتميزون به من خصائص تجعل من احتياجاتهم ذات طابع خاص، شغلت اهتمام الدول والهيئات والمنظمات الدولية والمحلية في البحث وإيجاد انسب الوسائل العلمية الحديثة للاستفادة من الطاقات والقدرات المتبقية لدى المعاق، وذلك بواسطة النظر إلى القدرات وليس إلى الإعاقات بهدف تحويل هذه الطاقات من سلبياتها إلى ايجابياتها في الإنتاج والتفاعل والاندماج داخل المجتمع (18)[4].

وتكاثفت الجهود في البحث الدائم من جانب المنشغلين في مجال الرعاية والتأهيل المعاقين بتعويض الأعضاء الاصطناعية أو الأجهزة التقويمية للأعضاء كحل بديل والأنسب في حالة

1)-
2)-
3)-
4)-

البتر حيث أن المبتورين قدرت نسبتهم من 50 إلى 80 % يعانون من وهمية الطرف أي وجود الطرف ألمبتور فيقومون بتصرفات وكأن طرفهم لم يبتر مثل: الحك على مستوى البتر الشعور بالألم والأوجاع، الشعور بمكان الأصابع وموضعها.أما بالنسبة للحالة النفسية، فهؤلاء المبتورون يعانون من حالات الحزن الشديد، الاحتجاج، الاكتئاب، التهيج وفقدان معنى الحياة. فالخدمات الطبية لوحدها لا تكفي لتأهيل وتكييف الفرد المعاق للاندماج في الوسط الاجتماعي والأسرى والمدرسي[1](19). وهذا ما أكدته دراسة ميشل 2003 Michael حول أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعوقين، ويرى أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المعوق يؤثر بدرجة كبيرة على جودة الحياة لديه للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية والبيئية التي تقدم للأفراد، (20) وفي نفس السياق يعرف تيمز Times الخدمة الاجتماعية للمعوقين بأنها أنشطة معاونة لتحقيق ذات المعوق لحياته النفسية والاجتماعية لتحقيق حياة أفضل. أما بالنسبة لتيرنير Turner فهي عملية إعادة تكيف المعوق مع واقعه الاجتماعي باستثمار قدراته الباقية لاستعادة أدائه لوظائفه الاجتماعية[2](21) بناء على ذلك تؤمن الخدمة الاجتماعية بإمكانية مساعدة هذه الفئة من خلال التوجيه والتدريب والتأهيل والمعاونة على استثمار ما تبقى لديها من إمكانيات وقدرات والعمل على إعادة تكيفها الاجتماعي والنفسي مع البيئة التي يعيش فيها بحيث يصبح أفراد هذه الفئة أعضاء قادرين منتجين في المجتمع والعمل على زيادة أدائهم لوظائفهم الاجتماعية [3] (22) وتكون لها أهداف علاجية تشمل تكييف المعوق ومساندته في الاندماج مع بيئته الاجتماعية، والمشاركة في الأنشطة التأهيلية كعلاج اجتماعي وممارسة أنشطة نفسية واجتماعية وترويحية وتدريبية مع المعوقين داخل المؤسسات وخارجها[4] (23).

1)-
2)-
3)-
4)-

1 ـ مشكلة الدراسة :

لا تشكل الدولة الجزائرية استثناء عن السياق السالف الذكر بل تميز فضلا عن ذلك بظروف النشأة و خصوصيات الحالة الجزائرية التي شهدت خلال العهد الاستعماري عودت الكثير من الجزائريين إلى ديارهم مبتوري الأيدي والأرجل بعد الحرب العالمية ، عوضت بأعضاء اصطناعية مما جعل الهلال الأحمر السويدي ينشا أول مركز للأجهزة تقويم الأعضاء و تحت الرقابة الإدارية الفرنسية من اجل دعم المحاربين الذين شاركوا مع الجيش الفرنسي سنة 1952. بعد الاستقلال واتجهت نحو تطبيق سياسة إدماج ذوي الاحتياجات الخاصة في الحياة الاجتماعية، مع إنشاء أول مركز في دويرة لمعطوبي الحرب التحريرية وبالتعاون مع الهلال الأحمر كان هذا النشاط من إدارة المجاهدين القدامى لمعطوبي الحرب عبر التراب الوطني هي المتكفلة عن طريق ورشات متنقلة (شاحنات مهيئة). وتأتي في المرتبة الثانية، مؤسسات LIBRE التي كانت تهتم بتوجيه أجهزة تقويم الأعضاء نحو فئة الأشخاص المدنيين المعوقين. ففي سنة 1972، استرجع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي هياكل "مؤسسات LIBRE "ثم أنشأت بعد ذلك المركز الوطني لأجهزة تقويم الأعضاء «CNAB» بعد إنشاء ONAAPH حولت جزء من الهياكل ومعدات وذخائر ومستخدمي CNASAT إليه (24) [1] وفي سنة 2002 صدر في مفهوم قانون حماية المعوقين وترقيتهم في التشريع الجزائري للمادة 02 تنص على "إن حماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم تشمل كل شخص مهما كان سنه وجنسه يعاني من إعاقة أو أكثر، وراثية أو خلقية أو مكتسبة، تحد من قدراته على ممارسة نشاط أو عدة نشاطات أولية أو حياته اليومية الشخصية والاجتماعية، نتيجة لإصابة وظائفه الذهنية أو الحركية أو العضوية-الحسية"[2](25). وحددت مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز، بهدف إتاحة

1)-

2)-

الفرص للفرد لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرصة له لتحقيق حياة أخرى أقرب ما تكون من العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

ولمعرفة نوعية الخدمات الاجتماعية حاولنا الإجابة على بعض التساؤلات حول ما هو الوضع في الجزائر من هذه الدول في التكفل بالمعاق؟

من هذا المنطلق حاولنا الإجابة على بعض من التساؤلات عما يحدث في الديوان الوطني لأعضاء المعاقين الاصطناعية ولواحقها؟ وما هي مختلف الخدمات التي يقدمها الديوان للمعاقين؟ وما هي طبيعة الرعاية الصحية والنفسية المقدمة للفرد المعاق؟ وما هي الأنشطة الممارسة داخل المؤسسة؟

وعليه وضعت خطة بحث تعتمد على المقاربة الارغونومية التي تعرفها الرابطة العالمية للارغونوميا بأنها دراسة العوامل البشرية التي تسعى إلى فهم التفاعلات بين البشر وغيرها من عناصر النظام وتنفيذها في تصميم مزيج من النظريات والمبادئ والأساليب والبيانات ذات الصلة من أجل تحسين الرفاهة والفعالية الشاملة للأنظمة.[1](26)

تهدف هذه الدراسة التحليلية الارغونومية إلى تسليط الضوء على نقائص نوعية الخدمات الاجتماعية للمعاق ونتائجها السلبية وتشخيص أهم المشكلات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي يعاني منها المعاق بالجنوب الجزائري.

2- أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من أهمية النموذج الارغونومي الذي يعنى بتكييف ما يمكن تكييفه، وتصميم ما يمكن تصميمه من جوانب الخدمات الاجتماعية والمؤسسات الإنتاجية ومحيطها إلى الأفراد المتواجدين بها من عمال وإداريين ومعاقين... [2](27) بحيث

-(1

-(2

تتناول نوعية الخدمات في الجنوب بوجه خاص، ومن جهة أخرى أنها تخدم الفرد المعاق الذي لا يستطيع تأمين حاجاته الأساسية بشكل كامل أو جزئي، أو حياته الاجتماعية كنتيجة لعاهة خلقية أو غيرها تؤثر في أهليته الجسمية أو العقلية، وإلى كونها تمثل نتائج حقيقية نابعة من تحليل لواقع خدمات الديوان الوطني للأعضاء الاصطناعية ولواحقها.

3- منهجية الدراسة :

أجريت الدراسة الميدانية في الديوان الوطني لأعضاء المعاقين الاصطناعية التابع لولاية بسكرة ابتداء من تاريخ 2011/03/03. ولطبيعة الموقف المدروس كمصدر مباشر للبيانات، والطريقة المستخدمة " تحليل العمل". والذي يعرفه Shartle بأنه طريقة مباشرة وشاملة للحصول على الحقائق الصحيحة عن الأعمال. ويشمل ملاحظة العمل وتسجيل الحقائق التي تلاحظ والتي تستند إلى المناقشة مع العمال والمشرفين وغيرهم ممن لديهم معلومات قيمة خول العمل [1](28). وللتوصل إلى ذلك، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي" والذي يعتبر طريقة لوصف الظواهر المدروسة وتصويرها كميا عن طريق جمع معلومات مقننة عن المشكلة وتصنيفها، وتحليلها وإخضاعها لدراسة دقيقة"[2](29). ويتم على مرحلتين، مرحلة البحث التحليلي ومرحلة البحث الوصفي التفسيري، بحيث تهدف المرحلة الأولى إلى استكشاف وتوضيح بعض الظواهر، وهي تمهد للمرحلة الثانية. أما المرحلة الثانية فهي ذات طبيعة تفسيرية تسعى إلى استخلاص التعميمات حول الظواهر المدروسة وتحديد العلاقات المتبادلة بين الظواهر.

4- أدوات الدراسة :

اختيرت عينة الدراسة بصفة قصدية للضرورة البحثية لفئة العمال. وتم تطبيق استمارة تحليل العمل لتصنيف المهام للعالم Pierre Jardillier (1986)، ومعالجة الملاحظة العيانية المسلحة بجهاز فيديو، ومقابلة نصف موجهة بمشاركة الأطراف الفاعلة في العملية الإنتاجية من المشرفين ورؤساء المصالح والعمال بالورشات. وحتى يمكن الاعتماد على هذه

1)-

2)-

الوسائل والوثوق في نتائجها في تحديد الخصائص والصفات، تمت دراسة ثبات وصدقها. حيث "يشير الصدق إلى ملاءمة ومعنى وفائدة الاستنتاجات التي يقوم بها الباحث اعتمادا على البيانات التي تم جمعها، بينما يشير الثبات إلى اتساق هذه الاستنتاجات عبر الزمن". ويستخدم الباحثون عددا من الأساليب لمراجعة فهمهم للتأكد من أنهم لم يخطئوا في فهم ما رأوا أو سمعوا، وتتضمن إجراءات المراجعة أو تدعيم الصدق والثبات ما يلي:

- ✓ استخدام أدوات متنوعة لجمع البيانات بحيث تدعم الاستنتاج من البيانات التي جمعت من عدة أدوات، فإن ذلك يدعم الصدق. وطريقة المراجعة هذه تسمى المراجعة المزدوجة.
- ✓ مقارنة وصف الباحث لطريقة أداء عمل ما أو سبب أداء معين مع وصف فرد أخر لنفس الأداء. واختلاف الوصف قد يعني عدم صدق البيانات أو اختلاف في وجهات النظر.
- ✓ التوصل إلى استنتاجات تعتمد على فهم الموقف الملاحظ ثم محاولة التأكد من صدق هذه الاستنتاجات.
- ✓ مقابلة الأفراد العديد من المرات، فإذا وجد عدم اتساق لفرد ما في المقابلات فإن ذلك يدل على أنه مصدر غير ثابت.
- ✓ ملاحظة الموقف موضع الاهتمام لفترة زمنية معتبرة نسبيا. وطول فترة الملاحظة والاتساق مع الوقت لما رآه وسمعه الباحث دليل قوي على الثبات. [1](30)

5- النتائج:

لقد تم التوصل إلى استنتاجات حول نوعية الخدمات المقدمة على ثلاث مراحل من التحليل وجمع للبيانات والتركيب بمقارنة بين الأداء الفعلي والداء النموذجي (المثالي) من خلال ما تم جمعه من مختلف الوسائل التي تم تنظيمها وتلخيصها في تقرير نهائي، تضمن وصفا دقيقا وشاملا لطبيعة العمل ومتطلباته ومشاكله ونقائصه سمح لنا بتكوين صورة وافية عن العمل الذي قمنا بتحليله بهدف تحسين الخدمات للمعاقين.

1)-

6- التحليل والمناقشة:

- إن مشكلة تشخيص الإعاقة لا يجب أن يقتصر على الجانب المعرفي أو التكيفي، فالسلوك التكيفي يعني ما يقوم به الفرد عادة، بينما تعني القدرة المعرفية ما يمكن للفرد أن يقوم به من فعل أو عمل. ومعرفة مستوى المعاق في كل من الجانبين أمر ضروري وهام لوضع برنامج متابعة ملائم لمستوى قدراته المعرفية وسلوكه التكيفي للارتقاء بها.
- إن تصميم أي جهاز أو طرف اصطناعي في الديوان الوطني للأشخاص المعاقين ONAAPH يجب يخضع لضوابط نفسية وسلوكية واجتماعية أساسها القبول والتقبل للإعاقة نفسها والتجهيز خصوصا من أجل التكيف والاندماج في الحركة الاجتماعية اليومية. ونأخذ مثلا ساقا مبتورا إثر حادث عمل أو مرض السكر (يتحتم البتر) يجب حذف القضاء على فكرة الاعتماد ومحاربة مركب النقص الناتج عن النظرة إلى الشخص المعاق. وتصحيح الصورة الذهنية والذاتية إزاء نفسيته والآخرين للقضاء على العدوانية.
- كما ان أي منتوج تقني له هدف ووظيفة نظرا لرغبة أو حاجة معينة، فالأحذية الطبية على سبيل المثال: هي أحذية صحية تصنع وفق مقاييس ومعايير محددة تقنيا وطبيا، والهدف منها إما تكميل نقص في الأطراف السفلية، لتقويم طريقة المشي، أو تصحيح تشوهات وعاهات خلقية. وبالتالي فإن عملية التشخيص لا تنتهي بالتحديد الكمي أو الوصفي لسلوك المفحوص بل لابد من استخدام تلك البيانات وتوظيفها للتعرف على حالة المفحوص وتحديد البرنامج الذي يناسبه ومراعاة إمكاناته المختلفة.
- بالنسبة لظروف العمل بالورشة ورغم أهمية ونوعية المنتوج ،إلا أنها تفتقر إلى أدنى شروط الأمن الصناعي من التهوية في الصيف، ومناخ ملوث بالغبار ومواد التصنيع، وانعدام النظافة ووسائل الوقائية بالورشة مثل القفازات، النظارات، الأحذية، وملابس الورشة، ودفتر الشروط التي تضمن أمن وسلامة العامل من الحوادث والأمراض المهنية.

- أما على مستوى القدرة الإنتاجية فهي ضعيفة بالمقارنة مع الوكالة الجهوية الشرق (الخروب - قسنطينة) ومع عدم تغطيتها إلا لنسبة ضئيلة ممن يستحقون لهذه الخدمات بولاية بسكرة. وهذا لما تعانيه من تأخر في الإنتاج بسبب البطء في دراسة الملفات والطلبات، الإطالة في تجديد الأجهزة على مدى 8 أشهر للكبار و5 أشهر للصغار والكرسي كل 3 سنوات. كما أن العمل بورشة الإنتاج يأخذ 80 بالمائة من الجهد اليدوي، وبالتالي يتأخر الانجاز على غرار تأخر استيراد المواد الأولية وانعدامها في بعض الأحيان، كما تقتصر الوحدة الإنتاجية خدماتها على الإعاقة الحركية دون مراعاة أنواع الإعاقات الأخرى.
- الإعاقة قضية اجتماعية في المقام الأول تتخلق في ظل ظروف اجتماعية معينة تحد من تفعيل ما يمكن تسميته بفائض الطاقة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة. وبالتالي فإن استغلال فائض الطاقة هذا، يتوقف على وعي وإدراك المجتمع بمختلف نظمه ذات العلاقة بالتفاعل الاجتماعي والخصائص النفسية والسلوكية للمعاقين.ومن هنا تأتي وجاهة المناداة بإنشاء مراكز علمية متخصصة لدراسة كافة الموضوعات المرتبطة بالإعاقة والمعاقين.
- دعم أنشطة وبرامج رياضية وثقافية نفسية العاملة في مجال رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة بمختلف الأشكال المادية والبشرية، بحيث يختلف الأثر النفسي للمعاق من الإعاقة المكتسبة أشد ما يحدثه الوقع النفسي للإعاقة الموروثة أو التي يولد بها الإنسان.
- كما أن المتابعة النفسية من الأخصائي النفسي أو المعالج النفسي بإجراء لقاءات مع المرضى والآباء بشكل دوري، ومعرفة احتياجاتهم بهدف مساعدتهم على القبول والتقبل للإعاقة نفسها، والتجهيز خصوصا من أجل إعادة بناء صورة الذات وتقديرها، وتسهيل عملية التكيف والاندماج في المجتمع.

خَاتِمَة :

رغم الجهود المبذولة والإصلاحات التي تم تطبيقها على الوكالة لا يزال النقص في الموارد الخارجية متمثلة في الوسائل المادية من تجهيز والآلات وضعف في تكوين الموارد البشرية المساهمة في العملية الإنتاجية من تقنين في تجهيز الأطراف الصناعية للمعوقين حركيا، والموارد الداخلية التي تحدد نوعية العامل ومستواه، وهذا لنقص في برامج التكوين المستمر والملتقيات والندوات المحلية والدولية. وعليه، يمكن تقديم بعض من التوصيات المتمثلة في:

1 - إدراج تكوين للمختصين في مؤسسات التكوين المهني أو المعاهد المهنية عوض التكوين ببن عكنون (الجزائر العاصمة)، وإنشاء برامج تكوين مستمر يواكب التطلعات العالمية والتطورات التكنولوجية.

2 - تزويد الوحدة الإنتاجية بالتجهيز والماكنات والمواد الأولية وضرورة استقلالية الديوان.

3 - النقص في تقديم الخدمات الذي يلحق الضرر بالأشخاص ذوي الإعاقة في مجالات عديدة، كالرعاية الصحية وإعادة التأهيل والدعم والمساعدة، وجعلها أكثر دمجا، إلى انحسار الاختلافات وخفض معدلات الاحتياجات التي لا تتم تلبيتها. وتستعمل مجموعة متنوعة من الأساليب والطرق لتسهيل تقديم الرعاية الصحية في المرافق العامة من أجل التغلب على العقبات المادية، وعقبات التواصل والمعلومات.

4 - المشكلات المرتبطة بتقديم الخدمات بحيث يؤثر سوء تنسيق الخدمات ونقص العمالة وقلة كفاءة العاملين، سلبيا في جودة الخدمات وفي إمكانية الوصول إليها وكفايتها بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة. فتقديم طيف واسع من خدمات الدعم والمساندة، مع دعم مقدمي الرعاية غير الرسميين، هي جميعا عوامل تعزز استقلالية ذوي الإعاقة وتمكنهم وذويهم من المشاركة في الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية.

قائمة المصادر والمراجع

1- عبد الله عبد المحسن الفوزان، (2001): "مشكلات المعوقين وأسرهم"، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع، ص 12.

2- عدنان الجزولي (2007) "الاعاقة في التشريعات المعاصرة" دراسة لبعض التجارب الوطنية في دول العالم الإسلامي، منشورات المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، ايسيسكو.

3- عدنان الجزولي،المرجع نفسه: (2007).

4- سماح محمد لطفي محمد عبد اللطيف، (2007): "ثقافة الإعاقة"، دراسة سوسيوانثروبولوجية على أسر الأطفال المعاقين بمدينة سوهاج، جامعة جنوب الوادي، مصر، ص 12.

5- إبراهيم فيوليت فؤاد وسعاد وبسيوني، عبد الرحمان سيد سليمان، محمد محمود النحاس (2001): "بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة"، مكتبة الشروق الطبعة الأولى القاهرة، ص4.

6- احمد مصطفى خاطر (1998): الخدمة الاجتماعية: نظرة تاريخية، مناهج الممارسة، مجالات، ط 02، المكتب الجامعي الحديث، مصر، ص397.

7- د. سمير الميلادي، علي عبده محمود، حنان سراج الدين: "التقويم المهني للمعاقين في الوطن العربي"، نسخة من المجلس سنة 1990 العربي للطفولة والتنمية، القاهرة – ص، بـ 15 الاورمان، ص 17.

8- فيوليت فؤاد إبراهيم و اخرون (2001): المرجع السابق، ص 4.

9- الأمم المتحدة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان،الاتحاد البرلماني الدولي (2007): "من الاستثناء الى المساواة اعمال حقوق الاشخاص ذوي الاعاقة"، دليل للبرلمانيين بشان

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري المرتبط بها، الإعاقة، ط، جنيف، سويسرا- رقم 14، ص 6.

10- منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي (2011): "توسيع تعريف الإعاقة هل يعني تغيير منظوره "، التقرير العالمي الأول حول الإعاقة، ص 7.

11- فعاليات ملتقى دبي الدولي لإعادة التأهيل (2006): "توصيات ملتقى دبي الدولي لإعادة التأهيل/ ريهاب دبي من النظرية الى تطبيق"، المنعقد يومي 7-8 مارس، ص4.

12- إبراهيم فيوليت فؤاد وسعاد وبسيوني، (2001): "بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة"، مكتبة الشروق الطبعة الاولى القاهرة، ص480.

13- Oléron, (1996): "l éducation des enfants physiquement handicapés. Nouvelle encyclopédie pédagogique", 1ére Ed. Puf, Paris.

14- د. خليل المقصود عبد الحميد (بدون سنة): الخدمة الاجتماعية وحقوق الإنسان، منشورات كلية الخدمة الاجتماعية جامعة القاهرة، ص216.

15- سيد فهمي محمد وغريب سيد احمد، (1983): "السلوك الاجتماعي للمعاق"، المكتب الجامعي للنشر، ص480.

16 – محمد مقداد، (2010) "الارغونوميا التربوية"، دار قانة للنشر والتوزيع باتنة، ص 28.

17- منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، (2011): "توسيع تعريف الإعاقة هل يعني تغيير منظوره"، التقرير العالمي الأول حول الإعاقة المنظمة العربية للمعوقين،

.http://www.aodp-lb.net/_report.php?events_id=55

18- د.سمير الميلادي ،علي عبده محمود ، حنان سراج الدين(1990): "التقويم المهني للمعاقين في الوطن العربي"، نسخة من المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة – ص، بـ 15 الأورمان، ص 07.

20- سي بشير كريمة، (2012): "أهمية تعديل البيئة والتجهيزات الخارجية والداخلية للمعوق وانعكاساتها على جودة الحياة لديه"، فعاليات الملتقى الدولي حول الارغونوميا ودورها في الوقاية والتنمية، مخبر الوقاية والارغونوميا، جامعة الجزائر 2، ص 145.

21- غادة انور عبد الحميد (2001): "دراسات لبعض المشكلات النفسية الأطفال متعددي الإعاقة ودور الأخصائي الاجتماعي في التعامل معه".عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة، ص 44.

22- غادة انور عبد الحميد، المرجع نفسه، (2001): ص 45.

23- غادة انور عبد الحميد، المرجع نفسه، (2001): ص 45.

24- جريدة رسمية رقم 75/ 1997 رئيس الحكومة بناء على تقرير وزير العمل والحماية الاجتماعية والتكوين المهني، بناء على الدستور، لاسيما المواد 85 (4) و125 (الفقرة 2).

25- الجريدة الرسمية: لقانون حماية المعوقين وترقيتهم، العدد 34 الصادر في 14 مايو 2002 ص6.

26- CNAM (2006): «Ergonomie et Handicap» réalisation IPAT-DNE, édition -science du travail et de la société.

27- Alain Lancry (2006): «l'ergonomie»,puf 1 édition 2009 . France, p94.

28- محمد مسلم، (2007) "مدخل الى علم النفس العمل"، دار قرطبة، المحمدية الجزائر، ص63.

29- عماد بوحوش، محمد محمود: الدنبيات "مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث"، ديوان المطبوعات، ط 3، الجزائر، 2001، ص 140.

30- صلاح مراد وفوزية هادي، (2002): "طرائق البحث العلمي تصميمها واجراءاتها"، دار الكتاب الحديث، كلية التربية – جامعة الكويت، ص 478.

31- مرسوم رقم 88–27 يتضمن انشاء الديوان الوطني لأعضاء المعوقين الاصطناعيين.

32- الجريدة الرسمية: لقانون حماية الصحة وترقيتها، العدد رقم 06 المؤرخ في 10 فبراير 1988، ص225.

33- الجريدة رسمية رقم 75/ 1997 رئيس الحكومة بناء على تقرير وزير العمل والحماية الاجتماعية والتكوين المهني، بناء على الدستور، لاسيما المواد 85 (4) و125 (الفقرة 2).