

أسس سيرورة إعادة التأهيل لدوي العجز

محمود بوسنة

أستاذ بمعهد علم النفس وعلوم التربية

قدمة

إن الشرة البشرية للمجتمع تتمثل في الأفراد البالغين سن العمل (18-60 سنة) وذلك لكون تظافر مجهوداتهم تؤدي إلى خلق الشرة والمحافظة على تقدم المجتمع ككل، وتجذر الإشارة إلى أن المكانة الإجتماعية للأطفال والمراهقين والمسنين، تسمح لهم بالاندماج دون أية مشكل معنوي أو مادي في حالة عدم مساهمتهم في هذا المجهود إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للأفراد الذين ينتمون إلى هذه الفئة العمرية لكن بسبب عجز معين يكونون مكروهين على عدم المشاركة في عملية خلق الشرة أي «العمل» أن مثل هذه الوضعية لديها انعكاسات سلبية على صاحب العجز (الشعور بالنقص، التهميش...) والمجتمع (الإنفاق على مجموعة من المواطنين، عدم استثمار نسبة من الشرة البشرية...). ويمكننا أن نلاحظ بأن العمل على تطوير السبل المناسبة لادماج فئة ذوي العجز إجتماعيا يعتبر حديث العهد (بوسنة 1985). أن عمليات إعادة التأهيل (Réadaptation) برزت وتطورت بسرعة بعد النصف الثاني من الأربعينات، حيث أنه بعد الحرب العالمية الثانية بدأ التفطن إلى أن انعكاسات العاهات من مسؤولية المجتمع ككل وليس فقط العلاج الطبي إن هذا الإتجاه يفسر لنا تزايد اهتمام العديد من التخصصات (علم النفس، علم الاجتماع، العلوم الطبية...) بدراسة

هذا الموضوع وتقديم إقتراحات عملية للمساهمة في التخفيف من نتائج العاهات على الأفراد والتكفل بإدماجهم الفعلي.

1 - نموذج العجز

تستخدم مفاهيم نموذج العجز (Modèle de l'incapacité) (العاهة - العجز - الإعاقة) (Handicap- Incapacité- Difcience) في الغالب بشكل تبادلي وكأنها مترادفات، رغم الدلالة الخاصة بكل مفهوم فمثلا نجد السببي (1982) يقول «كان الإنسان الذي يصاب في بصره أو سمعه أو شل قدميه عاجزا، وفكرة العجز فكرة قديمة ومؤلة فوق أنها ضارة لأنها تسمم الشخصية وتلحق العار بصاحبها... لهذا استبدلها البشر بفكرة أخرى أرحب وأوسع وأكثر تفتحا وإشراقا ألا وهي فكرة الإعاقة..»

إن هذا الخلط في معاني هذه المفاهيم زاد في تعقد عملية التعرف على أفراد هذه الفئة في المجتمع (إحصائهم) وغموض إشكالية إدماجهم إجتماعيا ومهنيا.

من الناحية اللغوية يعرف أبو الفضل وإبن منصور (1956) هذه المصطلحات كما يلي :

- العاهة تعني الآفة

- العجز هو مصدر عجز ويعني نقيض الحزم ويقال يعجز عن الأمر إذا قصر عنه.

- الإعاقة مشتقة من عوق، أي الأمر الشاغل، عوائق الدهر هي شواغله.

إن التمعن في المعاني اللغوية لهذه الكلمات يوضح لنا طبيعة الاختلاف فيما بينها. أن العاهة والعجز مرتبطان بالفرد في حين أن الإعاقة مصدرها خارجي. ان تاريخ استعمال كلمة الإعاقة « أصلها انجليزي» يعود إلى سنة 1827 وكان محصورا في الميدان الرياضي للدلالة على الحمل الإضافي الذي يفرض على المتفوقين من الرياضيين (رفع وزن أثقل أو قطع مسافة أطول) طوماس (Thomas) (1973). وفي سنة 1889 بدأ استعمالها للدلالة على حالة الأفراد الذين يعانون من عاهة ما.

قدم وودس (Woods) (1980) بحث يعتبر مرجعي حول تصنيف العاهة - العجز والإعاقة سمح بتجاوز الفراغ فيما يخص الضبط الإجرائي والمعرفي لهذه المصطلحات وبالتالي رفع الغموض المحاط بها وطبيعة العلاقة الموجودة فيما بينها الجدول (1)

التعريف	
هي أي فقدان أو شذوذ لبنية أو وظيفة نفسية، فزيولوجية أو تشريحية.	العاهة
هو أي نقص أو افتقار (ناتج عن العاهة) في القدرة على تنفيذ نشاط بشكل عادي وبكامله كما هو منتظر من الانسان السوي.	العجز

هي أي ضرر أو إجحاف يلحق بالفرد نتيجة العجز، ويؤدي إلى الحد أو منع تأدية أي دور يعتبر طبيعياً بالنسبة له إذا راعينا سنه، وجنسه والعوامل الاجتماعية والثقافية.

المجدول (1)

تعريف هامة

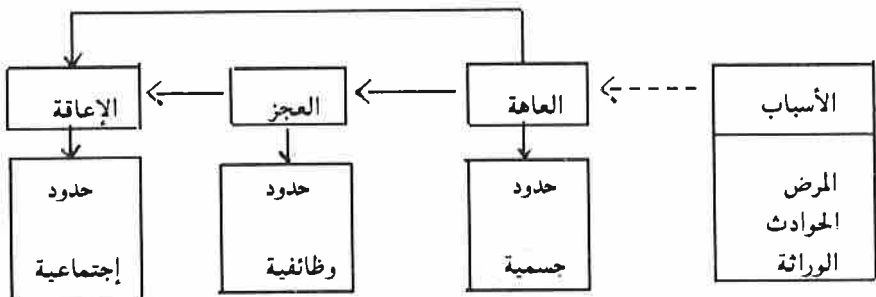
يتبين لنا من خلال تحديد معاني هذه المفاهيم الأساسية، الجدول (1) مايلي :

أ - ان البعد الطبي هو الذي يبرز في تعريف العاهة، البعد الوظيفي فيما يخص العجز والبعد الاجتماعي بالنسبة إلى الإعاقة.

ب - إن العاهة والعجز يمكن إعتبار مصدرهما داخلي أي طبيعة البناء والوظيفة البيولوجية الفزيولوجية والنفسية للفرد، أما الإعاقة فإلى جانب هذا السبب هناك مصدر آخر خارجي يتعلق بالمحيط الذي يعيش فيه الفرد المصاب بالعجز أي الحواجز الفيزيكية الاجتماعية والثقافية التي قد تمنع هذه الفئة من المشاركة في الكثير من النشاطات الاجتماعية والمهنية المتاحة للآخرين.

إن نموذج العجز الذي يبين لنا نوع العلاقة بين هذه المفاهيم موضح في الشكل.

شكل (1) نموذج العجز



إن طبيعة العلاقة بين مفاهيم نموذج العجز، الشكل (1) تجعلنا ندرك مصدر الخطأ الشائع والمتمثل في اعتبار الإعاقة ناتجة عن العاهة وليس الحدود الوظيفية المترتبة عنها أي العجز (وتجدر الملاحظة بأن بعض العاهات لا تؤدي بالضرورة إلى عجز مثلاً حروق خفيفة في الوجه، إلا أنها قد تؤدي إلى الإعاقة بسبب الإعتبارات الثقافية والاجتماعية للجمال).

إن الإعاقة ليست ثابتة بل هي متغيرة عبر الزمان والمكان وحسب صاحب العجز، فمثلاً أننا لا يمكن أن نتكلم عن فرد لديه عاهة معينة بأنه معوق مهنيًا إلا بالنسبة إلى حدودياته الوظيفية مقارنة مع متطلبات مركز عمل معين. بمعنى أنه قد يكون معوقاً بالنسبة إلى مركز العمل (أ) وغير معوق فيما يخص مركز العمل (ب).

إن الاختلافات من حيث المعنى المعرفي لهذه المفاهيم أصبحت الآن واضحة لا يمكن إستخدامها بشكل تبادلي أو إستبدال أحدهما بالآخر لكونه أخف أثر كما ذهب السببي.

وتبرز أهمية الإستخدام المناسب لهذه المفاهيم عندما نحاول أن نتعرف على المسار الذي يمكن أن يمر به الفرد من وضععية مرض أو الإصابة بعاهة إلى وضععية ادماج مهني، وبالتالي تحديد طبيعة المساعدات التي يمكن تقديمها لهؤلاء الأفراد. ان الشكل (2) يوضح لنا إجراءات الإدماج المهني. ان هذا المسار المعقد أدى بالضرورة إلى أحداث تصنيفات (taxonomie) مختلفة لأفراد هذه الفئة وهذا حسب طبيعة الخدمات (طبية - اجتماعية - مهنية) التي يحتاجون إليها في مساهمهم نحو الإدماج.



الشكل (2) : إجراءات الادماج المهني

- عن سنغلطون (1982)

إن الشكل (2) يوضح لنا بشكل جلي بأنه يوجد مرحلتين أساسيتين في عملية الإدماج المهني الأولى عيادية هدفها تمكين الفرد من استرداد صحته إلى أقصى حد ممكن والثانية مهنية غايتها مساعدة المصاب في الإعداد والحصول على عمل يناسب قدراته المتبقية. أن الإجراءات المختلفة للإدماج المهني لدوي العجز معقدة وتتطلب تظافر جهود العديد من التخصصات من أجل التوصل إلى الإجابة على السؤال التالي : « كيف يمكن أن نمر من المرحلة العيادية والتي هي اختيار من بين كل أنواع الأمراض (العاهات) إلى المرحلة المهنية والتي هي اختيار لمركز عمل من بين كل مراكز العمل ؟ » إن الحل الأمثل لإشكالية الإدماج الحقيقي لدوي العجز يتمثل في اعتماد نسق متكامل لعمليات إعادة التأهيل وتؤكد ذلك نتائج العديد من الخبرات العالمية في هذا المجال.

(2) - سيرورة اعادة التأهيل لدوي العجز

يعني مفهوم إعادة التأهيل جملة من الخدمات الطبية، الإجتماعية، التربوية، المهنية موجهة إلى دوي العجز من أجل تمكينهم من الاستفادة لأقصى حد ممكن من قدراتهم المتبقية. ومن الضروري التأكيد على أن إعادة التأهيل هي سيرورة، بمعنى أن خدماتها لا تنتهي بانتهاء العلاج الطبي واسترجاع أقصى حد ممكن للقدرات الحسية - الحركية - الذهنية - ولا تبدأ بتوفير منصب عمل. إن العناية الطبية والحصول على منصب عمل نقطتان فقط على الخط المتصل لسيرورة إعادة التأهيل مع العلم أنه يوجد تفاعل وتكامل بين مختلف عمليات إعادة التأهيل وما يحدث في مرحلة معينة لديه تأثير عميق على المراحل الأخرى. الشكل (3) يشير بوضوح إلى أن سيرورة إعادة التأهيل تشكل نسق واحد يتكون من عدة خدمات تأهيلية منها :

أ- إعادة التأهيل الطبي :

إنه لا ينحصر فقط في التدخلات الجراحية والعلاج المناسب وإنما يشمل أيضا وبالضرورة الخدمات شبه الطبية المساعدة على الحد من نتائج العاهات على القدرات الوظيفية مثل : العلاج التشغيلي (Ergotherapie) والعلاج بواسطة الحرارة، الضوء... (Physiotherapy).

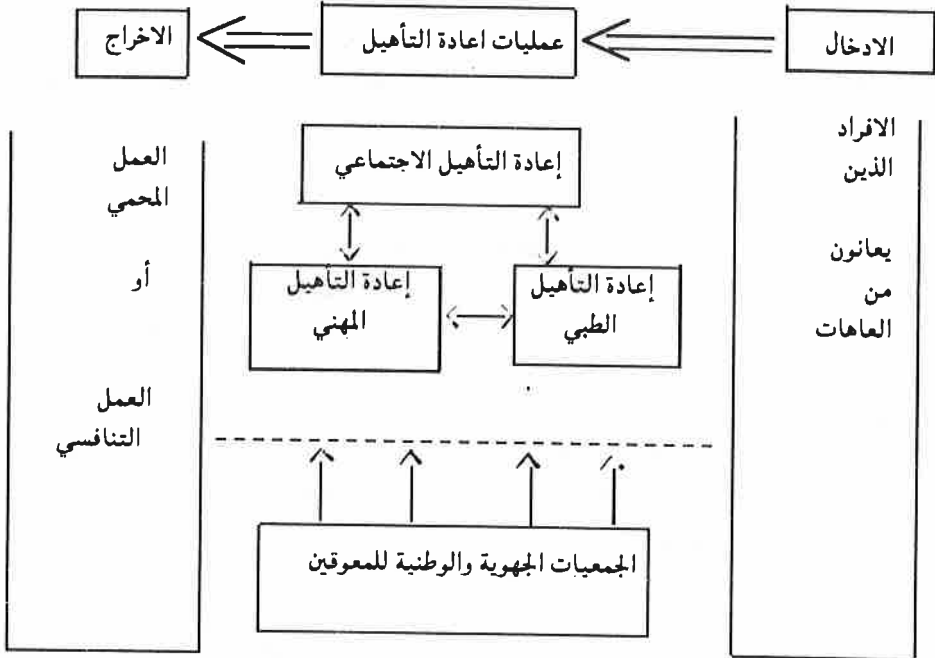
ب- إعادة التأهيل الإجتماعي :

ويهدف إلى مساعدة دوي العجز على التكيف مع متطلبات الحياة العائلية والإجتماعية، وإزاحة الحواجز التي قد تعرقل هذا التكيف. إن المختص في الخدمة الإجتماعية يمكن أن يكون سنداً قوياً لدوي العجز وذلك بمساعدتهم على الاستفادة من مختلف التسهيلات المتوفرة في ولايتهم أو على مستوى الوطن من جهة ومن جهة أخرى مواجهة مشاكلهم الإجتماعية.

ج- إعادة التأهيل المهني :

إنها تهدف إلى توفير لدوي العجز العديد من الخدمات المختصة في ميدان الترقية المهنية مثل

التعليم المختص - التكوين المهني المكيف - التوجيه المهني والتعيين وذلك من أجل السماح لهم بالحصول على منصب عمل والمحافظة عليه.



شكل (3) مخطط سيرورة إعادة التأهيل

ان فلسفة سيرورة إعادة التأهيل تستند على مايلي :

1 - يجب أن يكون التكفل بدوي العجز مبني على ضمان خدمات مختصة، متكاملة ومتواصلة وليس متقطعة : فمثلا تقديم علاج مختص، دون أن يكون مرافق أو مباشرة بعد الإنتهاء من العلاج (حسب الحالات) بتعليم مختص أو تكوين مهني مكيف، ومساعدة إجتماعية مناسبة لوضعية الفرد، وادماج مهني يوافق قدراته واستعداداته يعتبر مجهودا لا يؤدي إلى نتائج دائمة ومرضية، حيث أن الفرد بعد العلاج اذا وجد نفسه وجها لوجه مع مشاكله الاجتماعية - النفسية والحواجز المتعددة التي قد تقف أمام تحقيق ذاته من خلال القيام بنشاطات إجتماعية ومهنية وترفيهية فانه مع الزمن يصبح زبون دائم لمصالح العلاج الطبي.

ولهذا فإن فعالية سيرورة إعادة التأهيل تتوقف على مدى تكامل مختلف العمليات المكونة له

(الطبية - الاجتماعية - المهنية) ان انعدام التنسيق بين الخدمات المختصة يعتبر في حد ذاته حاجزا كبيرا أمام الإدماج الفعلي لأفراد هذه الفئة.

2 - يجب أن يكون التكفل بالأفراد الذين يعانون من العاهات مبكرا (بمجرد حدوث الإصابة) حتي يتسنى للمختصين القيام بالعمل المخطط والهادف من البداية وبالتالي تسهيل عملية الإدماج.

3 - يجب أن تكون عمليات إعادة التأهيل المختلفة معتمدة على مبدأ الفردية والتناول المناسب لكل حالة وبالتركيز على الحاجيات الحقيقية الخاصة بكل فرد وأخذ بعين الإعتبار خبراته الشخصية ونقط شخصيته.

4 - يجب أن نبني عمليات إعادة التأهيل على أساس إبراز القدرات المتبقية للفرد مهما كانت محدودة. واعتبار الأفراد المعنونين «بالمعوقين» يتشابهون أكثر مما يختلفون عن الأفراد المعنونين «بالعاقدين».

وتجدر الإشارة إلى أن تحقيق السيرة والتكامل بين مختلف العمليات المختصة لإعادة التأهيل يعتمد جوهريا على :

- 1 - تقييم (Evaluation) قدرات وحاجيات الأفراد قبل وبعد الاستفادة من أية خدمة تأهيلية (علاج - تعليم - تكوين - عمل محمي...)
- 2 - توجيه مناسب بعد اتمام أية عملية تأهيلية.
- 3 - المتابعة

ان تقنيات التقييم - التوجيه - المتابعة تقدم للعاملين المختصين البيانات الموضوعية التي تضمن تضافر وتواصل جهودهم وصحة قراراتهم في إطار إجراءات الإدماج الفعلي لذوي العجز. ان تعقد وتنوع عمليات إعادة التأهيل ليست بالضرورة معروفة من طرف الرأي العام وفي هذا الإطار يمكن أن تلعب جمعيات «المعوقين» دورا رئيسيا في الإعلام والتحسيس. ان الإعلام الواسع حول أهمية عمليات إعادة التأهيل ونوعية النتائج التي يمكن التوصل إليها من خلال هذه الخدمات يمكن أن تساهم في تمكين الأفراد «العاقدين» في المجتمع من تصحيح إنجذاراتهم وتصوراتهم الخاطئة في أغلب الحالات نحو هذه الفئة من جهة ومن جهة أخرى يمكن ازاحة عدد من الاعاقات الثقافية والاجتماعية المتصلة بالأحكام المسبقة ونمطية الإستجابات (Stéréotype) المنتشرة في أوساط المجتمع نحو «المعوقين».

(3) - عمليات إعادة التأهيل في الجزائر

سمحت العدة التشريعية المعتمدة في الجزائر، فيما يخص ادماج ذوي العجز (بوسنة 1994) بإحداث شبكة من الهياكل المختصة في مختلف عمليات إعادة التأهيل موزعة على ولايات الوطن.

العدد الإجمالي	الخصائص العامة للمستفيدين		طبيعة	تسمية
	السن	العاهة الأساسية	التكفل	المركز
08	5 - 15 سنة	- الكمه (عجز في النظر) -Ecole des jeunes aveugles (EJA)	تعليم أساسي متكيف	المدارس المختصة
28	5 - 15 سنة	- الصم البكم -Ecole des jeunes souds- muets (EJS)		
39	5 - 15 سنة	- العاهات الذهنية -Centre Medico- Pedag. pour enfants inadaptés mentaux (CMPEIM)	تعليم أساسي متكيف وتكفل طبي	المراكز الطبية البيداغوجية
05	5 - 15 سنة	- العاهة الحركية -Centres Medico-pedag. pour Handicapés Moteurs (CMPHM)		
06	5 - 15 سنة	- العاهات التنفسية -Centres pour insuffisants Respiratoires (CIR)		
02	15 سنة +	- العاهات الحركية	تكوين مهني متكيف	مراكز التكوين المهني

04	كل الأعمار	- العاهات الحركية	تكفل طبي وشبه طبي	مراكز إعادة التأهيل الوظيفي
16	المسنين وذوي العجز (15 سنة فما فوق)	- كبار السن ومختلف أنواع العجز	تكفل إجتماعي (أكل وإيواء) بالإضافة إلى نشاطات داخل المركز	مراكز الإيواء لل كبار والمعوقين
25	الراشدين (سن العمل)	- الكمه (عجز في النظر)	تكفل مهني (صناعة الفرش)	الورشات المحمية

الجدول (2) الشبكة الوطنية للهيكل المختصة في إعادة التأهيل.

ان الجدول (2) يقدم لنا جملة من المعلومات حول هذه الشبكة. ان القراءة المعمقة للجدول (2) تؤهلنا إلى تسجيل الملاحظات التالية :

1 - ان عمليات إعادة التأهيل في الجزائر تركزت بالأساس على التعليم المختص. وبناء على هذا الاتجاه يمكننا أن نطرح الإشكالية التالية : هل التعليم الأساسي المقدم في هذه المراكز المختصة يؤهل ذوي العجز من الإدماج الفعلي الاجتماعي والمهني ، خاصة وأن أغليبيتهم تجد نفسها فيما بعد تعاني من عدد من التحديات بمفردها ، مثل الحصول على منصب تكوين أو منصب عمل... مع العلم أنهم يغادرون هذه المدارس وعمرهم لا يتجاوز 15 سنة. بمعنى آخر ان الإستثمار الاجتماعي في التعليم المختص دون إدراجه ضمن استراتيجية سيرورة إعادة التأهيل (أنظر الشكل 3) لا يؤدي بالضرورة إلى النهايات المنتظرة.

2- ان مراكز الإيواء انشئت بالأساس للمسنين ، ثم فتحت أبوابها لذوي العجز بسبب تزايد الطلب الاجتماعي لافراد هذه الفئة. ويشير الوضع الحالي لهذه المراكز عدة تساؤلات أهمها : هل يمكن الاستجابة إلى حاجيات ذوي العجز وحاجيات المسنين في إطار فضاء واحد ومن طرف نفس المشرفين ، مع العلم أنه بالإضافة الى تميز كل فئة من حيث ظروفها الصحية ، والاجتماعية فانه يوجد اختلاف كبير في توزيع المسنين وذوي العجز حسب السن. وتجدد الإشارة كذلك إلى أن نسبة ذوي العجز في هذه المراكز أصبحت معتبرة فمثلا في مركز دالي ابراهيم وصلت إلى 66٪ سنة 1991 وفي مركز باب الزوار بلغت 86٪ .

3 - ان عمليات الإدماج المهني مثل التكوين المهني المختص ، ورشات العمل المحمي ، تخصيص مراكز عمل... لم تحض بالاهتمام اللازم والمناسب لحجم الطلب ، ولقد ساعد هذا الخلل في تفشي البطالة بين أفراد ذوي العجز الراشدين. ان هذه الظاهرة تزيد في حدة معاناتهم ليس فقط من الناحية المادية وانما أيضا من ناحية الصحة النفسية (الشعور بالنقص ، التهميش والنبد...) من خلال ماسبق يتضح لنا أن واقع عمليات اعادة التأهيل في الجزائر لا يشكل سيرورة متكاملة وشاملة.

وبهدف جمع بعض المعلومات حول سير هذه الهياكل المختصة ثم اجراء مقابلة موجهة مع المشرفين على (19) مراكز متواجدة بالعاصمة وهي :

- المركز الطبي - البيداغوجي للأطفال الغير متكيفين دهنيا (الحراش - بولوجين - المدنية) .

- مركز المساعدة بواسطة التشغيل (بئر خادم)

- المركز الطبي - البيداغوجي للأطفال المعوقين حركيا (الحراش)

- مدرسة صغار الصم - البكم (تيليملي - براقبي - المحمدية)

تدل المعطيات التي تم الحصول عليها على أن التكفل الحالي في هذه المراكز يعتبر هدف في حد ذاته وليس مدرج ضمن استراتيجية إدماج واضحة المعالم.

ان أهم نقص تعاني منه هذه الهياكل هو فقدانها لأي نسق للتوجيه والمتابعة. حيث أن المعنيين يلتحقون بها بشكل فردي من جهة ومن جهة أخرى لا يستفيدون أثناء التكفل من أية معلومات أو توجيه لعمليات إعادة تأهيل أخرى مكملّة. وبالإضافة إلى ذلك تجدر الإشارة إلى أن المختصين في هذه المراكز لا يعملون بشكل مستمر ومنظم على تقييم القدرات المتبقية لذوي العجز وهذا سواء قبل أو أثناء أو بعد الانتهاء من التكفل. وعلى هذا الأساس فانه يصبح من الصعب عليهم ليس فقط أن يكونوا التصور المناسب للمسار الذي يمكن أن يتبعه فيما بعد، كل صاحب عجز متواجد تحت إشرافهم من أجل التمكن من استخدام طاقاته بشكل أمثل والاندماج في المجتمع، وإنما أيضا متابعته ومعرفة مدى تقدمه واستفادته من محتوى البرنامج المسطر في المركز.

ان هذه النتائج الأولية حول طبيعة سير مراكز إعادة التأهيل لدوي العجز تشير إلى أنه ليس لديها افاق حقيقية تؤدي إلى ادماج فعلي لأفراد هذه الفئة بسبب وجود تقاطع أو عدم استمرارية في عمليات إعادة التأهيل المختلفة.

وكخطوة أولى يجب العمل على تامين الشبكة الوطنية للهياكل المختصة في إعادة التأهيل بواسطة أحداث نسق للتوجيه والتقييم والمتابعة، حتي يمكن خلق ديناميكية وسيرورة وتنسيق فيما بينها وبالتالي ضمان الادماج الفعلي لأكبر نسبة من المستفيدين من خدمات هذه المراكز.

المراجع

- 1 - بوسنة محمود (1985) الافراد المعوقون في العالم النامي
المجلة الجزائرية لعلم النفس وعلوم التربية العدد (1) 1985.
- 2-Boussena Mahmoud (1994) : Insertion des personnes handicapées en Algérie : -
Analyse du dispositif législatif. Revue Algérienne de Psychologie et des Sciences de
l'Education .No 06.
- 3-SINGLETON. W.O. (1980) Occupational disability. M.T.P. Press limited.
- 4-Thomas. C. (1973) Le handicapé physique. Bruxelles.
- 5-W.H.O. (1980) International classification of impairments
Disabilities and handicaps. GENEVA.