الموازنة بين الامكانات المتاحة والمتطلبات المجتمعية لمركز تأهيلي في منطقة ريفية (دوما – ريف دمشق)

د. سندس حلاق ★ د. موزه هلال سليم السعديه ★★

المقدمة :

حدث مؤخرا اهتماما كبيرا بالاعاقة تجلى في افتتاح العديد من المراكز العامة والخاصة وحتى الاهلية بالإضافة إلى المحاضرات والندوات التي تقام للتعريف بالاعاقة وسبل الوقاية منها واساليب رعاية المعوقين مع وجود الدعم من مجموعة من الجهات الممولة أو الداعمة أو التي تسعى لاعداد وتدريب الكوادر في تلك المراكز ألا إن هذه الخدمات لا تزال محصورة في المدن والمناطق المجاورة لها ولم تصل إلى المراكز الريفية التي رغم أنها تأسست في ظروف صعبة ونتيجة الحاجة الماسة لها لرعاية المعوقين في تلك المناطق ألا أنها تعاني من كثرة المتطلبات وقلة الموارد المادية منها والعلمية والخدمية وبما انه لابد لهذه المراكز من إن تقوم بدورها فيكون الحل بتحديد الاولويات من مجموع المهام الموكلة اليها ضمن المجتمع المحلي الذي تقوم بتخديمه

مشكلة البحث :

يمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال الرئيسى التالي :

ما هي الأسس المعتمدة من قبل المراكز الريفية للتأهيل لاجراء الموازنة بين المتطلبات المجتمعية لرعاية الإعاقة و الامكانات المتاحة لديها؟

★ دكتوراه تربيه خاصه – جامعة عمان العربية للدراسات العليا – المملكة الأردنية الهاشمية .

★★ دكتوراه تربيه خاصه – جامعة عمان العربية للدراسات العليا – المملكة الأردنية الهاشمية .

اسئلة البحث :

١. ماهي مصادر التمويل لمراكز التأهيل الريفية ؟

٢. ماهي الصعوبات التي يواجهها العاملون في مثل تلك المراكز ؟

٣. ماهي المتطلبات المجتمعية من تلك المراكز ؟

٤. كيف يتم ترتيب الاولويات بين المتطلبات حسب الموارد المتاحة ؟

الهدف من البحث :

يهدف البحث إلى لفت النظر إلى الدور الكبير الذي تقوم به المراكز الريفية في تأهيل خدمة الأشخاص المعوقين الذين لا يمتلكون الامكانات المادية ولا الوقت الذي يسمح لهم بتلقي الخدمات في مراكز في المدينة بالإضافة إلى قلة الوعي بهذا الامر,مما يحتم على المراكز الريفية إن تقوم بدور كبير في التوعية والتأهيل وتوفير اقصى الخدمات الممكنة ضمن الظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة التي تحيط بها ومن هنا كان الهدف من البحث هو معرفة الأسس التي تقوم عليها عملية ترتيب للاولويات في المهام المطلوبة منها تجاه المجتمع المحلي

الاطار النظري :

تعد مسألة رعاية المعاقين أمر حديث العهد نوعا ما في بلداننا العربية وخاصة على الصعيد الدولي أي عقد مؤتمرات خاصة ومحاولة توجيه جهد سياسي مكثف في البلدان العربية بوضع سياسات خاصة أو حتى اجتماعات على مستوى عربي .

ورغم وجود جهود تنظيمية وجهات أصبحت مخولة رسميا بمتابعة مثل تلك القضايا ألا إن الامر مايزال في اطار نظري مثالي وواقع عملي غير موازي.

هذا على صعيد المدن والمحافظات المدنية اما في المناطق النائية والريفية فيصبح الوضع اصعب رغم إن كل تلك الجهود ومنذ انطلاقها كانت تركز على شمل هذه المناطق بالخدمات وتضعها ضمن خططها.

فقد ورد في توصيات مؤتمر الإعاقة في الوطن العربي الذي شهد اطلاق العقد العربي للمعاقين في لبنان بيروت عام ٢٠٠٣ وكان بحضور المنظمة العربية للمعاقين وجامعة الدول العربية انه يجب انشاء وحدات للكشف المبكر عن الإعاقة في الريف والحضر وتزويدها بالمتخصصين القادرين على التدخل المبكر للحد من مضاعفات الإعاقة.

كما اقر المجلس الاعلى لشؤون الاشخاص المعوقين في الاردن في خطته عام ٢٠٠٩ الاستراتيجية الوطنية للاعاقة (٢٠٠٧ –٢٠١٥) وكانت اهم توصياته التوسع في برامج التأهيل المجتمعي والامتداد للاقاليم والمحافظات النائية .

وقد اكدت امين عام المجلس دكتورة امل نحاس على وجود ثلاثة محاوررئيسية للاستراتيجية .

اولها : الانتقال من مستوى تقديم الخدمة لكل معاق الى مستوى نوعية الخدمة المقدمة اما المحور الثاني فكان : اصدار الدليل الخاص بمراكز الخدمات المتوفرة في كل انحاء المملكة للوصول الى ٦٠٠٠ معاق غير قادر على متابعة الخدمات التأهيلية ماديا لتقديم الفرص لهم من خلال مكاتب الارتباط في اقاليم المملكة لتطوير جودة الخدمة ورفع مستواها بخاصة في المحافظات والمناطق النائية.

وكان المحور الثالث : التنسيق مع كل الجهات للعمل بطريقة شمولية.

ولا يعد هذا الاهتمام امرا مبالغا فيه أو بعيد المنال بل هو امر ضروري ويحتاج الى التخطيط والتنظيم ككل المشاريع التي تسعى لها الحكومات في المدن الرئيسية لان المناطق النائية والريفية تعد مناطق اكثر خطورة في زيادة نسبة الاعاقة وانتشارها بسبب الاوضاع المادية المتدنية التي تؤدي لوجود الكثير من الخلل في الرعاية الطبية والصحية حتى في الامور البسيطة كذلك الاوضاع التعليمية والثقافية واعتماد اهل تلك المناطق على الموروث الثقافي بدل المعطيات العملية الجديدة في كل امور حياتهم .

فقد اورد الموقع العربي لاصابات العمود الفقري والحبل الشوكي بحثا عن الإعاقة في السودان ذكر فيه إن لامم المتحدة حددت نسبة الإعاقة من سكان العالم كله بـ ١٠% وتزيد هذه النسبة في الدول النامية بسبب الامراض والحوادث والحروب ونقص الرعاية الصحية الأولية والاهم إن هذه النسبة ليست متساوية التوزيع أو تعتمد على التناسب الطردي لتواجد السكان وقد اكد البحث ان معدل الإعاقة في الريف في السودان يصل إلى ٥١,٣% بينما تنخفض ال نسبة في المناطق الحضرية إلى ٤٨,٧% .

وان كان هذا مثال عن احدى الدول العربية فالامر مماثل في الدول الأخرى نظرا للتشابه في طبيعة التوزع السكاني والظروف الاجتماعية والاقتصادية بشكل عام في كل الدول العربية .

إذ إن معظم البيئات المحرومة والفقيرة هي بيئات خصبة لتفشي الإعاقة.

ففي دراسة عن تنظيم المجتمع لتحديد المشكلات المجتمعية في منطقة حضرية متخلفة تمت الدراسة في منطقة عزبة الورد في ريف القاهرة في مصر و كانت العينة من سكان البلدة تم توزيع استمارة لرب الاسرة لتحيد اهم المشاكل التي قد تعاني منها منطقة ريفية فكانت النتيجة إن مشكلات الفتيات هي النسبة الأكبر لالاضافة إلى ارتفاع نسبة الطلاق والجريمة والفقر وعدم وجود مدارس كافية أو مراكز تدريبية مع عدم توفر الخدمات الصحية وانتشار البطالة وانخفاض دخل الاسرة الذي يؤثر سلبا على كل مناحي الحياة في المنطقة وهذا ما يستدعي ايجاد طرق تداخل للتخفيف من تلك المشاكل وتحديد نسب الاعاقات الناجمة عن التخلف وسوء الاوضاع الصحية من خلال التداخل المبكر .

وقد ذكر محمد عاكف محمد أخصائي تعديل السلوك في وزارة التربية في السعودية في بحث عن التدخل المبكر إن هذه البيئات تؤدي لتأخر في النمو وسلوكيات شاذة بين الأطفال وان الكثير من الأطفال المتأخرين نمائيا وخاصة المتخلفين عقليا بسبب الحرمان البيئي قد يظهرون نمو تعويضي في سن المراهقة.

ويكمن الحل في تلك البيئات بالتداخل المبكر والذي يتطلب خدمات تربوية وطبية ونفسية واجتماعية متكاملة يقوم بها مختصون تم اعدادهم اكاديميا بالإضافة إلى أهمية توفر ادوات قياس مقننة وتطوير مقاييس تشخيصية ومناهج تطبيقية .

إلا أن هذا التدخل لن يماثل التدخل المبكر الذي تطالب به الهيئات الصحية في المدن الذي يمكن إن يتركز في المشافي أو

المدارس أو مراكز الرعاية الخاصة بل سيكون في المنزل لان معظم الحالات لا يمكنها الحضور للمركز في المدينة من المناطق النائية أو الريفية إذ يصعب حضورهم يوميا فالخدمة هنا تقدم للطفل واسرتهز

وعن طبيعة هذا التدخل قدم عمر المديفر ورقة عمل في ورشة دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة في الخليج تحدث فيها عن إن مراكز التدخل المبكر سواء كان مركز أو مدرسة هي في معظمها مراكز ربحية ومكلفة وكثير من الفقراء لا يستفيدون منها لأنها باهظة التكاليف لذا يكون الحل في التدخل في المنزل بزيارة واحدة أو ثلاث مرات اسبوعيا في الريف والاماكن النائية .

ومن ايجابيات هذا النظام:

١) عدد المعاقين في كل منطقة قليل نظرا لقلة السكان وبهذا يمكن تقديم الخدمات في نطاق محدد لكل منطقة.

٢) هو أمر غير مكلف للاسر.

٣) يتم توفير الخدمات للطفل في بيئته.

٤) تشارك الاسرةفي هذا التداخل لان التدريب سيكون في هذه الزيارات للاهالي عن كيفية رعاية الطفل.

ألا إن سلبيات هذا النظام هي:

١- أن اولياء الامور غير قادرين على تقديم التدريب الفعال للطفل لانهم في الهاية غير مختصين.

٢- هذا النظام يقود إلى فرص تفاعل محدودة للطفل في منزله أو مركز الرعاية لمتواجد في منطقته وهو بهذا لم يلتق باطفال جدد ولا خبرات جديدة تساعده على التطور.

٣- الامر الاخر هو صعوبة للاخصائين في طول الوقت الذي سيمضونه في التنقل بين تلك المراكز أو البيوت وعدم تفهم الاهل للتعليمات بشكل مناسب.

ورغم ذلك فالمراكز الريفية حاليا وبسلبياتها يمكن إن تكون مصدر لتشر الوعي والثقافة وتقديم الخدمات ولو بشكل مبسط وهو حل جزئي ومرحلي يفي بالغرض إذا ما قارنها بكل الجهود التي تبذل والتي ما تزال دون المستوى المطلوب حتى في المدن لرعاية الإعاقة.

عن فعالية مثل تلك المراكز فقد تمت دراسة تقويمية لامثلة عنها كما في مراكز الشباب في تنمية البيئة الريفية ومنهاج عملهم ,كان الهدف من الدراسة تحديد الخدمات المطلوب القيام بها في مثل تلك المراكز وما هي اهم الصعوبات في تنظيم المجتمع في تلك المناطق.

كانت عينة الدراسة كل الإفراد المستفيدين من خدمات المركز والعاملين فيه ومن النتائج التي تم التوصل اليها انه يجب الاهتمام بالتعاون بين المركز ودور القيادة لنشر انشطة المركز والتعريف باهمية دوره وتوفير الامكانات المادية والمكافآت للعاملين لاستمرار العمل .

وفي دراسة أخرى عن تنظيم المجتمع من خلال دمج المعاق ذهنيا في المجتمع من خلال مراكز الرعاية تم اجراء مسح اجتماعي لاسر المعاقين الذين يستفيدون من خدمات تلك المراكز وجمع اراءهم عن اهم طرق الدمج التي يمكن إن ينجح المعاق ذهنيا فيها كانت اهم التوصيات تدريب المعاق على عمل يتناسب مع قدراته وتوفير ادوات مهنية لتغني التدريب مع تسويق المنتجات التي يعمل عليها .

الاجراءات المتبعة في البحث :

١. تم تصميم استبانة عن مصادر الموارد المالية التي يمكن إن يحصل عليها أي مركز تأهيلي وعن المتطلبات المجتمعية من المراكز التأهيلية في الريف حصرا المحدودة الامكانات وعن الصعوبات التي يعانيها الكادر التأهيلي في مثل تلك المراكز.

٢. كانت عينة البحث مجموعة العاملين في مركز ريفي للتأهيل (دوما – ريف دمشق)

٣. موقع الباحثتان: ملاحظ مشارك

نتائج البحث :

كان السؤال الأول في الاستبانة كالتالي

القسم الأول : مصادر الموارد المالية

– كيف يمكن لاي مؤسسة أو جمعية خيرية الحصول على الموارد المالية اللازمة لعملها برأيك ؟

وتتلخص الاجابات في:

المصدر الأول : هو التبرعات اما من الأشخاص الموسرين من اهالي المنطقة أو اصحاب رؤوس الاموال أو من المعاهد اسلامية التي تقدم اعانات مالية أو من الأشخاص الذين اوجدوا المشروع.

المصدر الثاني كان:

من مشاريع صغيرة تتبع للجمعية يعمل فيها الفقراء والمحتاجين فينتجون ويحصلون على راتبهم وما يفيض يوضع في خطة لمساعدة

المراكز التأهيلية التابعة لها أو من اعمال مهنية تقوم بها الجمعية في مقرها.

المصدر الثالث كان : فرض اقساط شهرية أو رمزية أو سنوية تدفعها الحالات.

ألا إن إشكالية الاستمرارية بالتبرعات أو الاقساط التي تتحدد الفترة الزمنية التي يمكن إن سيقى المشروع قائما بها.

كان هناك اجابات متفرقة عن الضرائب – الصدقات الموسمية – و مساعدات الدولة

وكان هناك فكرة فتح مجال للتبرع في الجمعية أو المركز التأهيلي لان بعض الزوار ليس لديهم زيارات دائمة بل عابرة.

– ماهي مصادر الموارد المالية لاي جمعية خدمية تعمل في مجال التأهيل؟.

تنوعت الاجابات وهي كالتالي:

– اشتراك بعض الإفراد في توفير الموارد المالية.

– مساعدة الدولة.

– مشروع مشترك بين الدولة و مجموعة افراد.

– الاعمال التي تقوم بها الجمعية لتغطي التكاليف.

– الأشخاص المجتمعين على انشاء هذا المشروع.

– من الطلاب المحتاجين للتأهيل ليحصلوا عليه.

- ماهي مصادر الموارد المالية لمراكز التأهيل الخاصة؟.

كل الاجابات اجمعت على شخص أو مجموعة أشخاص لديهم الامكانية المادية وهم من انشأ المركز والغرض منه هو الربح وتشغيل الاموال

بالإضافة إلى اهالي الطلاب والمحتاجين للتأهيل.

- ماهي مصادر الموارد المالية لمراكز التأهيل الحكومية؟

- قسم من ميزانية الدولة.
- ضرائب الشركات الخاصة أو الاجنبية.
- مساعدات الدول الغنية.
- من الإدارة الحكومية.
- من الدولة.

القسم الثاني : المتطلبات المجتمعية من مراكز التأهيل الخدمية

كان السؤال كالتالي : برأيك كعامل في احد القطاعات التأهيلية العامة أو الخاصة أو الاهلية

ماهي المهام التي يطلبها المجتمع المحلي من جمعية خدمية تعمل في مجال التأهيل؟.

- على المستوى الاقتصادي \ المالي

يطالب الاهالي بشكل كبير اما بتخفيض الاجور أو التأهيل المجاني.

يركز المجتمع على فكرة المحافظة على راس المال.

أو الحصول على ايرادات مالية دائمة لاستمرار المركز.

أو عمل لدراسة لجعل الوارد يغطي التكاليف مما يسب استمرارية العمل.

كذلك هناك مهام تتعلق بتحقيق اكبر استفادة ممكنة من الأشخاص المحتاجين للتأهيل.

-على المستوى الاجتماعي \الخدمي

تنوعت المهام ولم تتركز في جانب واحد.

- فكانت اما باستيعاب كافة الحالات يمكن.
- أو حتى تامين اشغال خاصة للمعاقين ضمن الجمعية أو خارجها
- بالإضافة إلى تأمين مواصلات أو وجبة طعام للعاملين فيها والاطفال المنتسبين اليها.
- وتحقيق المستوى المطلوب من التأهيل.
- مراعاة الوضع الاجتماعي.
- العمل باخلاص مع المعاقين.
- وجود امكانات للعمل بشكل خاص.
- اقامة دورات خاصة للاهالي.

-على المستوى العلمي \ الثقافي

زيادة تدريب العاملين وزيادة الوعي والثقافة لديهم.

إن يكون التعليم بشكل اكبر واوسع.

اتباع الاساليب البسيطة مع الأطفال.

الوصول إلى مستوى ثقافي جيد.

يمكن دمج الأشخاص المحتاجين للتأهيل في المجتمع.

تنمية الوعي والثقافة لدى العاملين باقامة دورات تدريبية وثقافية.

توفير الكادر المناسب.

-على المستوى المهني \ الخدمي

تركزت الاجابات حول العمل مع الاهالي اما بتقديم الخدمات لجميع الحالات والدعم لاولياء الامور مع السير بخطوات جيدة مع الاهالي من خلال تدريبهم واقامة دورات خاصة لهم.

كذلك كان هناك محور تدريب العاملين فمنهم من راى إن تكون المعلمة على مستوى عالي من العلم والثقافة و ايجاد برنامج عمل جيد وهذا يتم بتقديم الخدمات اللازمة للعاملين.

ووضع برنامج لكل طفل مع مراعاة القوة والضعف لديه.

- على المستوى التأهيلي

إن يكون تأهيل الطالب اكبر من مستوى استيعابه وهذا لا يكون متاح لان الاهل أحيانا لا يعرفون مصلحة الطفل.

وجود بعض الحالات التي لاتكون ضمن تخصص الكادر فمثلا الكادر مؤهل لتعليم الصم ومصادفة حالات الإعاقة العقلية تتطلب تأهيل الكادر لجميع الاعاقات.

تأهيل العاملين باقامة دورات لهم.

تاهيل الحالات جميعا.

وطلب من المشارك بعد تحديد المهام من وجهة نظره , إن يصنف كل هذه المهام إلى (يمكن اداؤها – لايمكن اداؤها – يمكن اداؤها أحيانا)

وكانت النتيجة كالتالي:

المهام التي يطالب بها المجتمع الجمعية الخدمية ولا يمكن تحقيقها على كافة المستويات المالية أو المهنية أو العلمية أو الاجتماعية.

انه لايمكن اعتماد سياسة التأهيل المجاني.

كما لا يمكن استيعاب كافة الحالات مهما كان نوع الإعاقة فيها.

و لايمكن إن نصل بالطفل إلى ما هو اقصى من قدراته.

وقسم من المهام كانت ممكنة أحيانا وهي :

يمكن أحيانا تخفيض الرسوم لمن لا يستطيعون فعلا.

يمكن أحيانا وضع سياسة تغطي فيها الواردات التكاليف.

يمكن أحيانا اقامة دورات خاصة للاهالي.

اما المهام الممكنة فكانت الأكثر وهي:

يمكن الاستفادة من وجود الأطفال من هم بحاجة التأهيل والمحافظة على راس المال.

ويمكن التفكير في تامين اشغال خاصة للمعاقين و دمجهم في المجتمع ووضع برنامج خاص لكل طفل.

و يمكن تأمين مواصلات أو وجبة طعام للعاملين والاطفال.

ويمكن تدريب العاملين وتقديم الخدمات اللازمة من خلال الدورات التدريبية.

القسم الثالث : الصعوبات في مجال العمل في التأهيل

ماهي الصعوبات التي تواجهها جمعية خدمية ي مجال عملها.

- مع المجتمع ومؤسساته الأخرى

كانت الصعوبات في هذا المجال تركز على الدعم المادي غير المتوفر بسبب.

اما التنافس مع المؤسسات الخاصة.

أو تبني الناس الذين يتبرعون للجمعية مشاريع للايتام أو الارامل وترك مؤسسات التأهيل دون دعم كبير وهذا يؤدي إلى زيادة الاعباء المادية نتيجة تقديم هذه الخدمات التأهيلية باجور مخفضة.

وهناك نظرة سلبية من المجتمع إن الجمعية تأخذ المال لصالحها.

وهناك من وجد إنه وان وجدت المساندة من البعض فهناك النقد من قبل الكثير.

وهناك من وجد إن على المجتمع المحلي ايجاد كتب خاصة عن الإعاقة والصمم وايجاد لغة اشارة معممة على مستوى عالمي أو عربي على الأقل.

- مع اولياء امور المحالات

تركزت معظم الاجابات حول فكرة الرسوم اما التخفيض أو الاستقبال المجاني وظن البعض بان الجمعية بامكانها ذلك ولكنها لا تفعل.

الامر الاخر الذي كان مطلب كبير هو تمني القبول لكل الحالات حتى لو لم تكن من اختصاص الجمعية (الصم) - أو زيادة الحالات في المدرسة ولو كانت الطاقة الاستيعابية لا تسمح بتأهيل هذا العدد.

هناك من وجد إن التعامل مع اهل طفل معاق يحتاج إلى تدريب لان الاهل بحاجة للتأهيل مثل الطفل المعاق لمساعدتهم على مصابهم وعلى كيفية التعامل معه في البيت للتمكن من اعطاءه الفائدة الأكبر والاسرع بالإضافة إلى رغبة اولياء الامور إن يكون بنهم في احسن حال بغض النظر عن قدراته.

- مع الحالات المتواجدة في المركز

كانت اهم الصعوبات هي :

- وجود بعض الحالات الصعبة اما اعاقات مختلطة كالصمم مع اعاقة عقلية وهذه الحالات تحتاج إلى تهيئة العامل معهم بشكل اكبر.

- الاهالي ومطالبهم بنسب أو صور لتحسن ابنهم لاتتناسب مع قدرات الطفل المستقبلية حتى رغم أنها قد تكون ذات تحسن جيد نسبيا.

- هناك صعوبة مع تواجد هذه الحالات في المجتمع الذي ينبذ الطفل المعاق واهله كما في حالات الزواج.

- تكمن الصعوبة أيضا في الامهات الضائعات اللواتي يحتجن إلى النصيحة الدائمة.

- ومنهم من راى إن الصعوبة مع الحالات تكون فقط في البداية إلى التمكن من الطفل والاهل وطبيعتهم فتسير الامور بخير.

- مع الكادر الاداري للمركز.

كانت الاجابات بين انه لا يوجد صعوبات إلى إن الإدارة لا تسمح بالنقاش في بعض الامور ولو حدث وطرحت لا تؤخذ وجهات النظر

بعين الاعتبار ، ومنهم من رأى أنها إدارة جيدة لكن الجفاء في التعامل وعدم الانصاف أحيانا هو صعوبة.

كان هناك رأي عن إن القرارات غير مدروسة وغير صائبة بشكل عام لأنها من جانب واحد.

كذلك وجدوا إن القرارات المفاجئة المتعلقة بالعمل قد لا تناسب امكانية الأخصائي أو تسبب الضرر لبعض الحالات والاهالي.

- مع الكادر التأهيلي للمركز.

كانت الاجابات كالتالي :

- إن عدم التنسيق بين الكادر التأهيلي هو اكبر صعوبة.

- اجد إن الحسد بين المعلمات والمواجهات الحادة صعوبة كبيرة.

- هذا الكادر التأهيلي غير مسار حياة ابني.

- التعاون بين اعضاء الكادرامر مطلوب لينجح العمل والصعوبات في وجهات النظر أو والخلاف في طرق التعامل والذي ينتهي اخيرا لمصلحة الطفل.

تحليل نتائج البحث :

كان هدف البحث هو معرفة كيفية اجراء الموازنة بين المتطلبات المجتمعية وبين الموارد المتاحة لمراكز تأهيل المعاقين في المناطق الريفية.

وقد تبين من تحليل الاجابات في الاستبانة التي صممها الباحث لهذا الغرض ما يلي :

أولا – إن تمويل مثل تلك المراكز التي تصنف على أنها جمعيات خدمية لأنها تقدم الخدمات مقابل اجر مادي غير ربحي يأتي بشكل اساسي من التبرعات سواء كانت من اغنياء المنطقة أو اصحاب رؤوس الاموال كصدقات.

اما المصدر الثاني فهو المشاريع المهنية التي ترعاها مثل تلك الجمعيات وتعكس الارباح لتمويل مراكز التأهيل كورشات الخياطة أو الاعمال اليدوية.

واخيرا الاقساط الشهرية التي تتقاضها الجمعية من الاهالي لقاء الخدمات التأهيلية التي تقدمها.

ثانيا – تعد المهام المطلوبة من تلك المراكز شبيهة بتلك التي تطلب من اكبر المراكز المتخصصة الخاصة التي تتمتع بسمعة حسنة رغم التكاليف الباهظة التي تطلبها لقاء تلك الخدمات ومن هذه المهام استيعاب كل الحالات المتواجدة في المنطقة مهما كان نوع الإعاقة بالإضافة إلى الرغبة في ايجاد فرص لعمل هؤلاء الأشخاص بعد تأهيلهم.

كذلك يطلب من تلك المراكز إن يكون الكادر التأهيلي على أعلى مستوى من العلم والثقافة والكفاءة المهنية التي تتطلب تهيئتهم في دورات ومناهج عربية ودولية وهذا طبعا غير متاح لان المركز اصلا يعتمد على المتطوعين أو الراغبين في العمل بغض النظر عن كفاءتهم لان الكفاءات عالية التدريب ستكون مكلفة ماديا ولن يتناسب الدخل الذي تطلبه مع ما يمكن إن تقدمه مثل تلك المراكز.

بالإضافة إلى الاصرار على الحصول على تأهيل عالي المستوى للطفل بدون إن تكون هناك أهداف واقعية أو تعاون من قبل اهل الطفل

ثالثا – وبالمقارنة بين الموارد المتاحة والمهام المطلوبة تنتج مجموعة من الصعوبات التي تعانيها مثل تلك المراكز على كافة الاصعدة, فماديا واجتماعيا تحيى هذه المراكز في صراع بين مطالب المجتمع بتخفيض الاجور أو تحويلها إلى خدمات مجانية وبين مشكلة إن المصادر المالية الرئيسة والتي تعتمد عليها لاستمرارية تقديم الخدمات غير دائمة بينما الخدمات التي تقدمها ستبقى دائمة بل وفي تزايد.

بالإضافة إلى الطلب المتزايد على استيعاب كل الحالات التي تعاني من الإعاقة نظرا لعدم قدرة الاهل على دفع تكاليف التأهيل في مراكز خاصة وعدم قدرة المركز على تقديم كل الرعاية كون المركز متخصص بالاطفال الصم والكادر الذي يمتلكه هو خبرات ورغبة في المساعدة وليس تخصص عالي المستوى.

ويضاف إلى تلك الصعوبات رغبة الكادر التأهيلي في الحصول على تدريب عالي المستوى ليكون قادر على القيام بالمهام الموكلة إليه وكون المركز ناشئ في منطقة ريفية وليس لديه القدرة على التواصل مع مراكز التدريب الكبيرة ولا دفع أجور مثل تلك الدورات التأهيلية.

أيضا تعاني مثل تلك المراكز من رغبتها في الحصول على تعاون الاهالي في عملية التأهيل من خلال عقد اللقاءات الدورية والمحاضرات التعريفية بالامور البسيطة عن الإعاقة وعن دور الاهل ومن كون الاهالي محدودي الثقافة والمستوى التعليمي ووجود وجهة نظر أساسية لديهم إن الامر اكبر من إن يستطيعوا القيام به وانه واجب المركز فقط.

في ظل هذه المتطلبات والمهام والصعوبات كان لابد لتلك المراكز من وضع خطط وخطط بديلة تتضمن الاستمرارية في العمل ماديا واجتماعيا وعلميا ومهنيا بحيث ترتب اهدافها حسب الاولويات كالتالي

– الهدف الأول هو الاستمرارية في العمل أي تقديم الخدمات التأهيلية وما يضمن هذه الاستمرارية هو وجود الموارد المالية وضمان استمراريتها ووجود الحالات التي تحتاج هذه الخدمات وتعاونها

وهذا يتم من خلال تقديم خدمة جيدة قدر الامكان يمكن من خلالها ضمان سمعة جيدة للمركز يؤدي إلى استمرارية الحالات وتشجع اصحاب رؤوس الاموال إلى تحويل تبرعاتهم وجزء من مشاريعهم لدعم مثل تلك الخدمات

بالإضافة وضع اقساط شهرية أو سنوية تدفعها الحالات المستفيدة من الخدمات لكن بشكل مرن ويوازي الوضع الاجتماعي لكل حالة على حدة مما يضمن وجود دخل دائم يغطي تكاليف أجور العاملين وحتى أي مصاريف دائمة

– الهدف الثاني هو تطوير الكادر التأهيلي ليكون قادر على القيام بالمهام الموكلة إليه ويمكن من خلال الاتصال الجيد بمؤسسات المجتمع الأخرى أو المؤسسات العالمية الراعية للاعاقة الحصول على دعم مادي أو معنوي من خلال دورات تدريبية على مستوى علمي ومهني عالي يضيف إلى قدرات الكادر التأهيلي مزايا تقدر له دون إن تتكلف تلك المراكز أجور مثل تلك الدورات لو أنها ستجريها لوحدها

– الهدف الثالث التوعية المجتمعية لكل اهالي المنطقة سواء كانوا مستفيدين من خدمات المركز ام لا والهدف من التوعية هو تعريف اهالي المنطقة بالدور الذي يقوم به المركز والصعوبات التي يعانيها وعندها يصبح الاهل شركاء في ايجاد الحلول بدل إن يكونوا طرف في المشكلة وهذا يضمن تعاون اهالي الأطفال في القيام بدورهم التأهيلي

الذي يخفف العبء الملقى على عاتق الكادر التأهيلي ويدفع الاهالي إلى وضع تصور منطقي لما يمكن إن يقدم للطفل والمستوى الذي يمكن الوصول إليه

وهذا يتم باللقاءات الدورية والاجتماعات أو حتى تأسيس مجالس من اهالي المنطقة تكون مهمتها العناية بتلك المراكز

المراجع

١. www.faculty.ksu.edu.sa سلسلة ابحاث ودراسات وملخصات

٢. المجلس الاعلى لشؤون الاشخاص المعوقين, الاردن.

٣. www.arabspine.net الموقع العربي لاصابات العمود الفقري والحبل الشوكي

٤. محمد عاكف محمد, بحث التدخل المبكر, وزارة التربية في السعودية.

٥. http://swmsa.net مؤتمر الإعاقة في الوطن العربي.

٦. عمر المديفر, ورقة عمل في ورشة دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة, الخليج.