جمع البحوث والدراسات

مشاريع حية

تحقيق إستكشافي عن إحتياجات، عراقيل و تسهيلات الوصول للمصالح و المشاركة الإجتماعية للأطفال المعاقين حركيا في مخيمات اللاجئين الصحراويين

البرنامج مغاربي

سبتمبر 2016

RE/DP|21

unicef

وزارة الشؤون الاجتماعية وترقية المرأة

HANDICAP INTERNATIONAL

مؤلف التقرير

ليندا سنسيكو ، انطوني فوتي

المساهمين

يونيسف

وزارة الشؤون الاجتماعية الصحراوية

منظمة الإعاقة الدولية : الهادي كحلوش، كلير مرتال ، أود بروس ، اوجني برجديس

تاريخ النشر

سبتمبر 2016

الناشر

© منظمة الإعاقة الدولية

الصور

© منظمة الإعاقة الدولية

تصميم

Eye Touch Design, contact@eyetouch-design.com

منظمة الإعاقة الدولية

بعثت الجزائر

جمعية تعاونية الاستقلال

15 مكرر طاهر بوشط ، تكسرين

بئر خادم, الجزائر

الهاتف : 23.59.71.63 (+213)

contact.algerie@hi-maghreb.org

المختصرات والتعريفات

م ت خ : مركز التعليم الخاص

ل د ص أ: اللجنة الدولية للصليب الأحمر

م أ م: مركز مخصص للأشخاص المكفوفين

هـ أ ص: الهلال الأحمر الصحراوي

الدائرة: أحياء الولايات

ت ش : تعليم شامل

م م ت: مناقشات مجموعة التركيز

م إ د : منظمة الإعاقة الدولية

و ش إ: وزارة الشؤون الاجتماعية

م غ ح: المنظمات غير الحكومية

م أ م ط: منظمة الأمم المتحدة للطفولة
(اليونيسيف)

م ع أ م ش ل: المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين

م و: مجموعة واشنطن لإحصائيات الإعاقة

الولايات: أقسام إدارية مستعملة في المخيمات الصحراوية، وكل مخيم (السمارة، بوجدور، أوسرد، العيون، الداخلة) يعد ولاية.

تحقيق إستكشافي عن إحتياجات، عراقيل و تسهيلات الوصول للمصالح و المشاركة الإجتماعية للأطفال المعاقين حركيا في مخيمات اللاجئين الصحراويين

المقدمة

أ

فحوى البحث

يضم مخيم تندوف (الجزائر) منذ 1976 م لاجئين[1] صحراويين هاربين من الصراع في الصحراء الغربية. المركز الإداري للمخيمات هو رابوني.

يتوزع السكان اللاجئون بين رابوني ومخيمات بوجدور. أوسرد، العيون، السمارة والداخلة والمقدر عددهم بـ90 000 [2] شخص لكل م ع أ م ش ل. تعد وزارة الشؤون الاجتماعية (و ش إ) الصحراوية الهيئة المكلفة بتنسيق نشاطات مرافقة الفئات الهشة في المخيمات بما في ذلك فئة الأشخاص ذوي الاعاقة. وهي مسؤولة في ذات السياق عن تعداد الأشخاص ذوي الاعاقة ، وتوجيههم نحو الهيئات التربوية المكيفة (مراكز التعليم الخاص، مراكز مخصصة للمكفوفين، مدارس عادية) حينما يكون لتلك الحالة ما يبررها، ونحو أجهزة الصحة العادية والمتخصصة. وقد سجل تعداد سنوي أجرته وزارة الشؤون الاجتماعية سنة 2015 ما مجموعه 2722 شخصا معاقا مقيما في المخيمات. ولا يستند هذا الرقم في الوقت الحالي على تعريف دقيق للإعاقة (التصنيف الدولي الوظيفي، م ع ص) ولا على جهاز للتشخيص المنهجي والمتعدد التخصصات. هذا وبالنظر للتقديرات الدولية لانتشار الإعاقة[3] ومجموع السكان المقدرين في المخيمات، يمكن أن نعتبر أن هذا التعداد يستهين بالسكان ذوي الاعاقة في المخيمات. ومن جانب آخر فالمعطيات المتوفرة لا تعطينا معلومات واضحة عن توزيع هذه الفئة الهشة من حيث السن. ولا توجد بالتالي أرقام رسمية عن عدد الأطفال ذوي الاعاقة الموجودين في المخيمات.

تدخلت منظمة الإعاقة الدولية في مخيمات تندوف في مسعى الاستجابة المستعجلة عقب فيضانات نوفمبر 2015. وقد سمحت مهمة البحث والتدخل الذي تلا ذلك للمنظمة بان تكون لديها نظرة أولية عن حالة الأشخاص ذوي الاعاقة في المخيمات الخمس المعنية لاسيما الوصول للإسعافات الأولية والإسعافات المتخصصة (إعادة التكييف، المساعدة التقنية التعويضية، الدعم النفسي الاجتماعي)، الوصول للتعليم (المدارس العادية، مراكز التعليم الخاص و/أو مراكز مخصصة للأشخاص المكفوفين) والمشاركة الاجتماعية بصفة عامة. وقد ظهر بالخصوص أن تمدرس الأطفال والبالغين ذوي الاعاقة بالمدارس العادية أمر هامشي مع كون 200 طفل مسجلين في أحد المراكز التسعة للتعليم الخاص (م ت خ) أو مراكز مخصصة للأشخاص المكفوفين (م أ م).

وقد تم تسجيل صعوبات في الوصول للإسعافات الصحية المتخصصة إلى جانب نقص في تكوين المهنيين في القطاعات التربوية والاجتماعية والصحية وذلك أثناء اللقاءات مع العائلات والمهنيين. وباستثناء هذه المعاينات الأولى، لم تسمح أية دراسة متخصصة بتحديد الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة لاسيما الأطفال منهم، وما هي الرهانات التي يواجهونها فيما يخص الوصول للمصالح الاجتماعية، التربوية أو الصحية.

في 2016، أكدت منظمة الإعاقة الدولية رغبتها في التدخل المستديم في المخيمات الصحراوية. ترمي إستراتيجية التدخل بالخصوص إلى تعزيز قدرات مراكز التعليم الخاص وترقية التعليم الشامل بالشراكة مع اليونيسيف، وقد تمت مناقشة مجالات أخرى للتدخل (الاجتماعي وإعادة التكييف) مع شركاء آخرين من اجل تقديم استجابة شاملة لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في المخيمات. كما يستجيب هذا البحث بالتالي لضرورة تحديد والإلمام باحتياجات الأطفال ذوي الإعاقة في

1 تعترف المفوضية العليا لشؤون اللاجئين بوصف مجموع الشعب الصحراوي المقيم في مخيمات على أنهم لاجئون.
2 يتراوح عدد اللاجئين الصحراويين بالجزائر ما بين 900 000 (م ع أ م ش ل) و 165 000 (السلطات الجزائرية) حسب المصادر.
3 15٪، المنظمة العالمية للصحة، التقرير الدولي حول الاعاقة، 2011.

مجموع القطاعات الأساسية وهي الصحة والتعليم والمشاركة الاجتماعية، وتحسين الاطلاع على قيود ومسهلات الوصول للمصالح من أجل تكييف أفضل لاستراتيجيات التدخل.

ب
فرضية البحث

- على مستوى الوصول لمصالح الصحة والت، ينبغي تأكيد المزاعم التالية أو نفيها.
  - نسبة الإقبال على المدارس العادية ضعيف جدا بالنسبة لجميع فئات الأطفال ذوي الإعاقة. تعرف المراكز المتخصصة نسبة إقبال تتراوح ما بين ضعيف إلى متوسط بالنسبة للاحتياجات.
  - يوجد عدد لا بأس به من الأطفال ذوي الإعاقة غير المتمدرسين لا في الوسط العادي ولا الخاص. لا يعتبر جزء من هؤلاء الأطفال في حالة إعاقة، وقليلة هي المطالب (الآباء) أو الاستجابة المكيفة (المصالح) المقترحة.
  - يعد الوصول واستخدام مصالح إعادة التكييف (إعادة التربية، المساعدة التقنية)، ومصالح المرافقة النفسية والاجتماعية غير كافية أو قليلة التكييف.
  - لا يستجيب تحديد الأطفال ذوي الإعاقة ، ومتابعتهم الاجتماعية واتخاذ مراجع للوصول النوعي لمختلف المصالح، لشساعة الاحتياجات الموجودة.
- بالنسبة لقيود وتسهيلات الإدماج المدرسي في الوسط العادي والخاص، وتلك المتعلقة باستعمال مصالح إعادة التكييف، ينبغي تأكيد أو نفي المزاعم التالية:
  - هناك قيود ثقافية، بيئية، اقتصادية واجتماعية لدى الشعوب الصحراوية والتي تضعف من الوصول واللجوء لمصالح التربية وللأجهزة الاجتماعية والصحية المتوفرة للأطفال ذوي الإعاقة.
  - هناك عدم معرفة واستهانة من طرف العائلات والمهنيين التابعين لمختلف المصالح المستقبلة للأطفال فيما يخص قدرات الأطفال ذوي الإعاقة على المستوى الصحي والتربوي.
  - يمكن تحسين معارف وقدرات المهنيين الذي بإمكانهم استقبال أطفال والتكفل بـــهم، من اجل تقديم عرض خدمة ذات نوعية ومكيفة مع الاحتياجات الخاصة للأطفال ذوي الإعاقة.

ت
أهداف البحث

يهدف البحث لتصنيف سكان الأطفال ذوي الإعاقة حسب الصنف وشدة القيود الوظيفية وحسب السن والجنس. وهو يطلعنا من جانب آخر على القيود والمسهلات التي يصادفها الأطفال ذوي الإعاقة للوصول لمصالح الصحة والتعليم. وهو يطلعنا في الأخير على مستوى المشاركة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ويعطينا مستوى أول من المعرفة بخصوص مفهوم الحماية مثلما يراه آبائهم أو عائلاتهم. فصلت البيانات، حسب ملائمتها، بالنظر لنوع القيود الوظيفية، سن وجنس الأطفال من أجل تحسين التحليل.

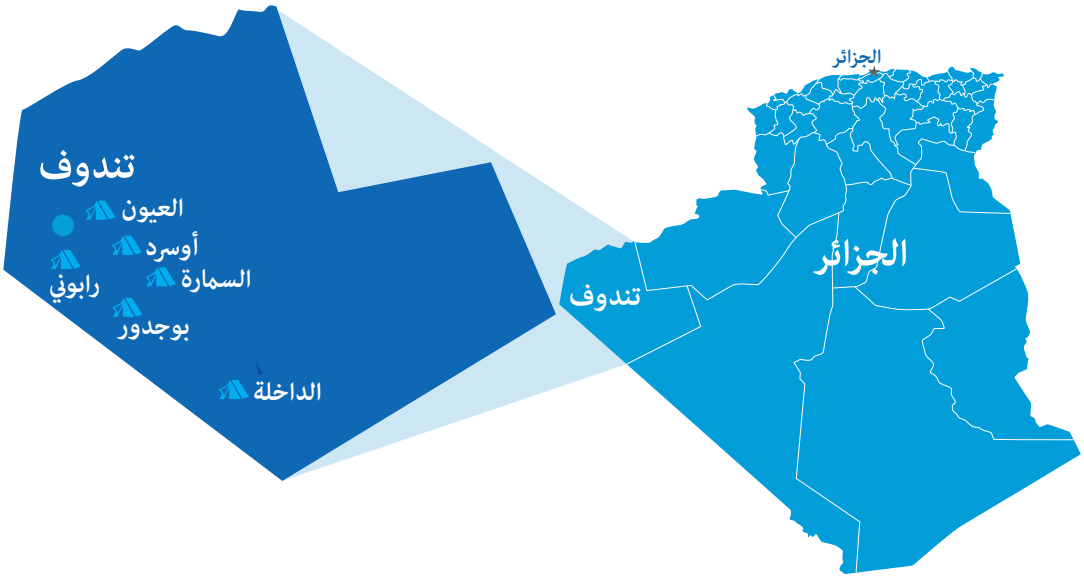
يسمح مجموع النتائج (المعطيات الكمية والنوعية) بتحديد استراتيجية للتدخل مكيفة مع إشكالية الأطفال ذوي الإعاقة في المخيمات الصحراوية. وستوجَه النتائج بذلك نشاطات منظمة الإعاقة الدولية وستتشاطرها مع السلطات الصحراوية في المخيمات،وكذلك بالجزائر العاصمة لدى الفاعلين الذين يعملون في سياق مخيمات اللاجئين الصحراويين من أجل تطوير وصول نوعي للمصالح ومشاركة اجتماعية محسنة للأطفال ذوي الإعاقة.

المنـــهجية

إ

إطار التحقيق (التحديد والفترة)

شمل التحقيق مجموع مخيمات السمارة، بوجدور، أوسرد، العيون، والداخلة. ويبقى تحقيق مجموعات التركيز (الجانب النوعي للتحقيق) الذي كان مرتقبا بالداخلة وحده من غير انجاز بسبب التضاريس وهو الأمر المبين في جزء الوسائل وجمع المعطيات ضمن هذه المنهجية. جرى مسار هذا التحقيق (البروتوكول)، جمع المعطيات وتحليل النتائج من مارس إلى جوان.



ب
تصميم التحقيق

ترتكز الدراسة على منهجية مزدوجة تعتمد على مقاربات نوعية وكمية

المقاربة الكمية

يستلهم التحقيق الكمي في هيكله من الدراسات الصحية، الإعاقات والمشاركة الاجتماعية ومن التحقيقات السريعة لتحليل احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة الجارية والمنفذة في مختلف سياقات التدخل. إنه يعتمد بالخصوص على مجموع الوسائل والخبرات في جمع المعطيات التي قامت بها منظمة الإعاقة الدولية ما بين 2014 و2016. إن محاور التربية والصحة في الاستبيان الكمي مستخلصة على سبيل المثال من بحوث أجرتها منظمة الإعاقة الدولية بفلسطين[4] والعراق[5].

ترتكز محاور الحماية والمشاركة الاجتماعية على دراسة منجزة ببوروندي[6].

أنجز تكييف الاستبيان على اساس المقابلات المسبقة (الأخصائيات الاجتماعية، الآباء) عند وصول فريق البحث للميدان وعلى أساس الفحوصات التصحيحية خلال تكوين الباحثات.

يحدد التحقيق في محتواه أولا أصناف وشدة القيود الوظيفية، باستعمال الاستبيان الصغير لمجموعة واشنطن (6 استبيانات)[7] ، وهو يطلعنا على الوضعية الاجتماعية السكانية للأطفال، ويتجزأ التحقيق فيما بعد إلى ثلاث مواضيع رئيسية وهي: الوصول لمصالح الصحة (بما في ذلك المرافقة النفسية الاجتماعية)، التعليم، المشاركة الاجتماعية والحماية. وبالنسبة للوصول للمصالح، المعرفة، الاحتياجات، الاستخدام، القيود والتسهيلات فقد تم التفصيل فيها والسؤال بشأنها.

يتوجه التحقيق لأولياء الأطفال ذوي الإعاقة ، ويمكن أن يحضره والد واحد أو الوالدان معا. لم يكن حضور الطفل المعني خلال اجراء الاستبيان الزاميا ولكن منصوحا به كثيرا في التعليمات المعطاة للأخصائيات الاجتماعية المكلفة بجمع المعطيات. ويرتبط اختيار توجيه الاستبيان للأولياء بالاختلاف الكبير للحالات من جانب الأعمار وشدة الإعاقة عند سكان الأطفال ذوي الإعاقة المستقطبين من اجل الدراسة.

4 : منظمة الإعاقة الدولية ، تقييم المعوقات، الاحتياجات، فرص وإمكانية الأطفال ذوي الإعاقة للوصول للتعليم بمدينتي غزة ورفح، أوت 2015.

5 : منهجية تقييم سريع للاحتياجات في حالة الأشخاص ذوي الإعاقة ضمن وحوالي مخيم دوميز للاجئين في شمال العراق - من دون تاريخ.

6 : منظمة الاعاقة الدولية ، نخفيهم عن الحب وليس عن العار، دراسة اولية عن الأطفال المعرضين للعنف الجنسي ببوروندي، 2013

7 : http://www.cdc.gov/nchs/washington_group/wg_questions.htm

المقاربة النوعية

يتشكل المحور النوعي من مجموعة التركيز، المقابلات شبه التوجيهية وعمليات المراقبة. وهو يعيد المواضيع المطروحة في المحور الكمي وهو يرمي لتوضيح وإثراء والمقارنة بنتائج المحور الكمي.

تُعنى مجموعات التركيز بالمهنيين،على حدة، المنخرطين في مصالح الاسعافات الطبية العامة والخاصة، المهنيين المنخرطين في قطاعات التعليم العادي والخاص، المساعدات الاجتماعية وأولياء الأطفال ذوي الإعاقة ، الذين تم التعرف عليهم أثناء جمع المعطيات الكمية.

أجريت مقابلات مع سلطات القطاع الصحي (ملحق للتعاون بوزارة الصحة)، وزارة الشؤون الاجتماعية [8] (الأمين العام، والوزير)، وممثلو المنظمات غير الحكومية، الحاضرة في المخيمات الصحراوية، والتي تعمل بخصوص الإشكاليات الصحية والتربوية أو تلك المتعلقة بالإعاقة.

كما تم إجراء زيارات لمراكز التعليم الخاص ومصالح اعادة التكييف في أربع من أصل خمسة مخيمات، وللمصلحة التي تقدم مساعدات تقنية بمستشفى رابوني، وذلك بمناسبة مراقبة المرحلة الكمية لجمع المعطيات أو جلسات مجموعات التركيز.

كما تم علاوة على ذلك زيارة ما يقارب عشرين عائلة اثناء مراقبة المرحلة الكمية لجمع المعطيات. وقد شارك فريق البحث بهذه المناسبة في إجراء الاستبيان. كما تم النظر لزيارات المعاينة في المساكن على أنها مساحات لتبادل الحوار الحر بين العائلات، الأخصائيات الاجتماعية الحاضرة بطريقة نظامية، وفريق البحث، وذلك حول المواضيع التي يثيرها الاستبيان النوعي والكمي وحول تفسير المجيبين عن الاستبيان الكمي للإجابات المقدمة.

8 : لم يتم لقاء وزارة التربية، ولم يتمكن فريق البحث وممثلو هذه الوزارة من التواطؤ على تاريخ للقاء خلال فترة الجمع.

المنـــهجية

ت

العينات

- إن السكان المعنيين بالتحقيق هم الأطفال ذوو الاعاقة، إناث وذكور، والذين تتراوح أعمارهم ما بين 5 إلى 18 سنة من مجموع مخيمات السمارة، بوجدور، أوسرد، العيون والداخلة.

المقاربة النوعية

نظرا لغياب المعطيات الأساسية حول تعداد سكان المخيمات أو دراسة مسبقة تعطي نظرة لحالة الأطفال ذوي الإعاقة في المخيمات، فان الدراسة سعت لتكون استكشافية وأرادت أن تطأ مجموع الأطفال ذوي الإعاقة ، من غير تمييز مسبق لشدة وصنف الإعاقة. لا تطبق وسيلة مجموعة واشنطون المدمجة بالاستبيان على الأطفال دون 5 سنوات، ولم يُقبل بالتالي إلا الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5 و18 سنة لتشكيل العينة[9]

إن الأرقام التي تحدد نسبة الأطفال ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5 و 18 سنة أو الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة في المخيمات الصحراوية متوفرة. وقد تم انجاز حساب العينة بالتالي على أساس التقديرات السكانية في المخيمات والهيكل السكاني بالجزائر.

فمن أصل ما مجموعه 000 90 [10] شخص في المخيمات حسب م ع أ م ش ل بتاريخ 2015، تم قبول ما مقداره 26010 طفل (28,9 ٪ من السكان تبلغ أعمارهم ما بين 5 و19 سنة)[11] على أنهم ممثلون للسكان الذي تبلغ أعمارهم ما بين 5 و 18 سنة في المخيمات الصحراوية. قدر انتشار الاعاقة، في التقرير العالمي الأخير لـ م ع ص[12] حول الاعاقة، بـ 15٪. يقدر السكان الذين اختيروا للدراسة بالتالي3901 طفل معاق تتراوح أعمارهم ما بين 5 إلى 18 سنة (010 26× 15٪). يعطي حساب العينة من أصل 3901 شخص من عينة ممثلة قدرها 350 استبيانا للاختيار، بنسبة ثقة قدرها 95٪ وهامش للخطأ 5٪.

تشمل القوائم المتوفرة على مستوى وزارة الشؤون الاجتماعية المكلفة بتعداد الأشخاص المعرضين للإعاقة 200 طفل معاق. كانت منهجية وضع العينة، لتحديد الأطفال المزمع اختيارهم للاستبيان الكمي، التقنية غير الاحتمالية المسماة التقنية عبر الشبكة أو (كرة الثلج)، مع الاعتماد على تعاون الأخصائيات الاجتماعية المكلفة بإنجاز الاستبيانات. وقد كلفت هذه الأخيرة بتحديد الـ 350 طفلا المختارون للتحقيق، عن طريق تقنية الشبكة والمعرفة، والذين يتوزعون على الولايات، خلال الأسبوعين اللذين يسبقان جمع المعطيات.

9 طورت مجموعة واشنطون بالتعاون مع اليونيسيف برنامجا لتحديد الأطفال الذين يعانون من مخاطر نقص المشاركة الاجتماعية، وقد تم تكييفه مع الأطفال من 2 إلى 17 سنة. غير أن هذا البرنامج لم يكن متوفرا بعد أثناء هذا البحث الاستكشافي.

10 يتراوح عدد اللاجئين الصحراويين بالجزائر ما بين 000 900 و 165 000 (حسب السلطات الجزائرية) تبعا للمصادر.

11 الهيكل الناجم عن الاسقاطات السكانية للسكان لغاية 2015/07/01. http://www.ons.dz/IMG/pdf/ pdf.Demographie2015

12 منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي حول الإعاقة، 2011.

المقاربة النوعية

- **مجموعات التركيز مع مهنيي الصحة، التربية والأولياء.**

لم يكن هدف الجزء النوعي للدراسة التمثيل الإحصائي، وقد تم، كما تم الاتفاق عليه وعلى أساس الصعوبات الميدانية (الوقت، والصعوبات في تجنيد المشاركين في مجموعات التركيز) ،أخذ رقم مجموعتي التركيز حسب أصناف المشاركين (المتعلقة بالصحة والتعليم والأليياء) وذلك من أجل ضمان معيار أقصى من التشبع المرجو من طرق البحث النوعي.

جمعت مجموعات التركيز من موضوع « الصحة» على الأقل موظفين في المستشفى الجهوي المكلف بالإسعافات العامة (الطبيب، الممرض، المساعد الطبي)، موظفين في المستشفى الجهوي المكلف بإسعافات الطب الخاص (إعادة التكييف، المعالجة الفيزيائية) وعلى الأقل أخصائية اجتماعية.

كانت تعليمة التوظيف: يمكن لمهني واحد أن يشغل صنف واحد من المناصب حسب صنف المؤسسة وعن كل ولاية (معالج طبيعي واحد لكل مركز إعادة تكييف عن كل ولاية مثلا).

جمعت مجوعات التركيز من موضوع « التعليم» على الأقل أستاذا أو موجها بالمدرسة العادية (الابتدائية والمتوسطة) ومربيا بمركز للتعليم الخاص، مربيا بمراكز المكفوفين، وعلى الأقل أخصائية اجتماعية.

كانت تعليمة التوظيف: مهني واحد لشغل صنف واحد من المناصب حسب صنف المؤسسة (مديرة واحدة لـ: م ت خ واحد عن كل ولاية مثلا).

في هاتين الحالتين لم يظهر أنه من المناسب فرض قيود السن أو الجنس من أجل تشكيل مجموعات التركيز حرصا على التكافؤ والطابع التمثيلي.

شملت مجموعات التركيز الخاصة بأولياء الأطفال ذوي الإعاقة على الأقل أولياء طفلين يحملان إعاقة ذهنية و/أو نفسية، والد طفل يحمل إعاقة حركية ووالد طفل ضعيف البصر أو السمع. دعيت أخصائيتين اجتماعيتين بانتظام لحضور مجموعات التركيز الخاصة بالأولياء.

لم تعط أية تعليمة للسن أو الجنس بالنسبة لمجموعات التركيز الخاصة بالأولياء، كانت التعليمة الرئيسية جمع ولي الطفل الأكثر قدرة على وصف الحالة ومسار الطفل بالتفصيل.

بعد كل مجموعة من مجموعات التركيز، دعيت الأخصائيات الاجتماعية للبقاء مع فريق البحث من أجل استخلاص المعلومات ومقابلة إضافية[13]. نجد الأخصائيات الاجتماعية للسمارة، أوسرد، العيون، بوجدور اذن في كل مرة حول مواضيع الصحة والتعليم.

وقد تم تصميم توزيع مجموعات التركيز عن كل ولاية وفقا للمخصصات الولائية من الخدمات الأساسية، ومع التقييد بتغطية جميع الولايات في المرحلة النوعية.

- **المقابلات شبه الموجهة لدى موظفي المنظمات غير الحكومية والسلطات الصحراوية**

كانت المنظمات غير الحكومية المستهدفة لإجراء المقابلات تلك العاملة في مجال الصحة أو التعليم، أو التي لها صلة مباشرة مع الأشخاص ذوي الإعاقة في المخيمات الصحراوية (أوكسفام، مثلث الأجيال الإنسانية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، منظمة أطباء العالم، CHIST، الصليب الأحمر الإسباني...).

وكانت السلطات الصحراوية المستهدفة تلك المعنية مباشرة بقضايا الإعاقة، والتعليم، والصحة في المخيمات الصحراوية، وهي وزارة الصحة، الشؤون الاجتماعية، والتربية.

13 المقابلة الإضافية تركز عموما على الموضوع الذي لم يناقش في ذلك اليوم: في حال م م ت حول الصحة، تُسأل الأخصائيات الاجتماعية حول موضوع التعليم القائم على المناقشة الحرة....

ث

جمع المعطيات

المقاربة الكمية

جرى إعطاء الاستبيان الكمي لمدة ثلاثة أسابيع، من 11 أبريل 2016.

كانت الأخصائيات الاجتماعية مسؤولة عن جمع كل البيانات الكمية من أسر الأطفال المعوقين في مناطقهم أو ولاياتهم. نـــُظم تكوين بكل ولاية للمحققات في الأسبوع السابق.

وبعد كل تكوين، أعطت محققة استبيانين لحالتي والدي طفل معوق. سمحت هذه الخطوة، التي أجريت في وجود جميع المشاركين، بمناقشة جماعية لصعوبات الفهم، الإعطاء ، أو أي تناقضات محتملة في الردود. وتم استعراض الاستبيانات وتصحيحها عقب هذه المرحلة لما قبل الاختبار.

واستند القرار الطوعي للتكليف بجمع البيانات الكمية للأخصائيات الاجتماعية على معيارين رئيسيين: (1) إشراك المهنيين الاجتماعيين العاملين في محيط المجتمع، والأشخاص ذوي الإعاقة التابعين للوزارة الوصية من أجل تسهيل تحديد سكان التحقيق (طريقة كرة الثلج)، (2) اغتنام فرصة تكوين المحققين من أجل توعية المهنيين الاجتماعيين بمفهوم الإعاقة (أسئلة مجموعة واشنطن، القيود الوظيفية، الخ)

إن إسناد مهمة تقديم الاستبيانات إلى الأخصائيات الاجتماعية يجعل مع ذلك وضع فرق إشراف لتأطير عمل الجمع أكثر صعوبة. لذا قام فريق البحث بالإشراف بنفسه من خلال الانتقال مرة واحدة (الداخلة، السمارة) إلى مرتين (أوسرد، بوجدور ،العيون) في كل ولاية، بمقدار 2 إلى 3 عائلات تتم زيارتها في يوم واحد من الإشراف.

وقد تمت زيارة عشرين عائلة بالتالي أثناء الإشراف على الاستبيانات من قبل فريق البحث.

تم جمع ما مجموعه 306 استبيانا كميا، مع هدف أولي بـ 350. يفسر ضيق الوقت، والصعوبات التي أبلغت بها بعض الأخصائيات الاجتماعية في تحديد الأطفال ذوي الإعاقة الفجوة بين الهدف والإنجاز.

المقاربة النوعية

قام فريق التحقيق من 5 إلى 14 ماي 2016 بجمع المعطيات النوعية، بما في ذلك مجموعات التركيز، والمقابلات مع السلطات والمنظمات غير الحكومية، المقابلات الفردية مع بعض مهنيي الصحة الخاصة ومراقبة المستشفيات ومصالح الإسعافات الخاصة.

مجموعات التركيز

جعلت صعوبات التنقل إلى الداخلة (مرافقة إلزامية، تغير مواعيد المرافقة في آخر لحظة، وقلة ساعات العمل في الموقع) من تنظيم مجموعات التركيز مستحيلة في هذه الولاية. تفاصيل إنجاز المرحلة النوعية من حيث نوع النشاط على النحو التالي:

الولاية	الداخلة	أوسرد	االعيون	بوجدور	السمارة	المجموع (عدد الأشخاص)
الصحة	-	3 + 2 الأخصائيات الاجتماعية	2 + 2 الأخصائيات الاجتماعية			9
التعليم	-			3 + 1 الأخصائيات الاجتماعية	4 + 2 الأخصائيات الاجتماعية	10
الأولياء	-	4 + 2 الأخصائيات الاجتماعية	5 + 2 الأخصائيات الاجتماعية			13

المقابلات مع المنظمات غير الحكومية:

لم يتم للأسف الوفاء بجميع المقابلات المرجوة خلال مرحلة جمع المعطيات، جرت 4 مقابلات مع:

- أوكسفام، المكلفة بمشروع بناء ملجأ للفئات الهشة، بمن فيهم الأشخاص ذوو الاعاقة في 2015-2016 (مشروع منجز)
- الصليب الأحمر الإسباني، المكلف بمشروع توزيع الأغذية لدى مراكز التعليم الخاص في 2015-2016 (مشروع منجز)
- اللجنة الدولية للصليب الأحمر، المكلفة بالمصلحة التي توفر الأجهزة والمساعدة التقنية في المخيمات بمستشفى الرابوني (في طور الإنجاز)
- بريقاداس كيباناس، فريق من الأطباء الكوبيين الذين يعملون لدعم مستشفى رابوني الوطني (التعاون مستمر)

مقابلات أجريت مع السلطات الصحراوية:

- ملحق التعاون من وزارة الصحة، مكلف بالتنسيق بين لجان الصحة
- الأمين العام ووزير الشؤون الاجتماعية

تم الاتصال بممثلين عن وزارة التربية والتعليم (الوزير، الأمين العام)، ولم يتمكن فريق البحث من لقائهم خلال فترة جمع المعطيات.

المراقبة:

تمت زيارة مراكز التعليم الخاص ومراكز مخصصة لمكفوفي بوجدور، السمارة وأوسرد. وكان مدراء خمسة من هذه المراكز محل مقابلة مع طرح أسئلة مجموعات التركيز حول موضوع التعليم.

تمت زيارة مراكز إعادة التكييف بالسمارة، رابوني وأوسرد. وكان أخصائيو العلاج الطبيعي الثلاثة لهذه المراكز محل مقابلة مع طرح أسئلة مجموعات التركيز على موضوع الصحة والتعليم.

وكان ما مجموعه 20 أسرة من أسر أطفال المعوقين محل زيارات المراقبة عند إجراء الاستبيانات الكمية. وقد انتقل فريق البحث مرتين لأوسرد، العيون والسمارة، ومرة واحدة ببوجدور والداخلة، بمعدل عائلتين إلى ثلاث عائلات يتم لقاؤها في كل مرة.

ج
معالجة وتحليل المعطيات

من أصل 306 استبيانا تم جمعه، نتج عن التحقق من جودة وموثوقية المعطيات الكمية التي تم جمعها إلغاء 59 استبيانا: حذفت من العينة الاستبيانات التي تحتوي على الأقل على عدم إجابة واحدة على السؤال الأساسي (القيود الوظيفية على سبيل المثال)، أو على الأقل عدم الإجابة مرتين على التوالي على الأسئلة الرئيسية (الحاجة، معرفة مصلحة الصحة الخاصة) (43 استبيانا أي 14٪ من العينة التي حقق فيها). كما حذفت الاستبيانات التي أجريت مع أسرة طفل عمره ازيد من18سنة أو أقل من 5 سنوات «معايير الاشتمال» (16 استبيانا أي 5٪ من العينة المحقق فيها). لذا تم اختيار ما مجموعه 247 استبيانا كميا للتحليل.

أدخلت وعولجت جميع المعطيات الكمية في برنامج سفينكس (Sphinx) (اختبار إحصائي) باستخدام أدوات المعالجة لإكسيل (Excel) (الجدول المحوري). مع مؤشر ثقة بنسبة 95٪، وقد بلغ هامش الخطأ المحسوب على عينة من 247 شخصا تمت إجراء مقابلة معهم 6,0٪. لا يتأثر استغلال المعطيات بالتالي بالفجوة بين الأهداف المسطرة (350 استبيانا) والعدد الفعلي للاستبيانات المحللة (247).

تم إنجاز تحليلات إحصائية وصفية، واختبارات مقارنة لإثبات ما إذا كانت الاختلافات الملاحظة (حسب نوع الجنس أو السن أو شدة القيود الوظيفية) كبيرة أم لا (القيمة الاحتمالية <0,05) .

ولم تكن المعطيات النوعية محل معالجة من قبل برامج المحتوى. جمع فريق البحث التكرارات والاستشهادات الأساسية من المذكرات المأخوذة من مجموعات التركيز والمقابلات وجلسات المراقبة.

ح
التحيزات والتقييدات

تؤخذ التحيزات والحدود في الحسبان في هذه الدراسة الاستكشافية في سياق المخيمات الصحراوية. إنها لا تؤثر مع ذلك تأثيرا كبيرا في إمكانية استغلال المعطيات التي تم جمعها.

- **التحيزات في استبيان التحقيق الاستكشافي.** في عدم وجود معطيات أو دراسات أجريت من قبل حول موضوع الإعاقة في المخيمات الصحراوية، أو أكثر عموما على علاقة هؤلاء السكان بالتعليم والصحة، كانت الدراسة المعروضة هنا استكشافية. استلهمت الإجابات المقترحة في الاستبيان من أدوات الجمع المستخدمة في سياقات أخرى مماثلة (مخيمات اللاجئين). تم اختبار الاستبيانات وتصحيحها بعد مراحل الاختبار. لم يسلم الاستبيان مع ذلك من تحيز في اقتراح الأجوبة التحفيزية/ المثيرة المختصة بالوسائل الكمية. يعد هذا التحيز أكثر أهمية لحد أن مستويات معرفة بعض الأجهزة (الصحية على سبيل المثال) التي شملها الاستبيان كانت جديدة أو غير مألوفة لعدد كبير من الأسر. سمحت مناقشات مجموعات التركيز بموازنة بعض نتائج الاستبيان التي كان من الممكن أن تتأثر بهذا التحيز.

- **التحيز في إعطاء الاستبيان الكمي.** كلفت الأخصائيات الاجتماعية، التي تعمل في مرافقة الأشخاص ذوي الإعاقة في المخيمات الصحراوية، بإجراء الاستبيانات. وقد أظهرت جلسات رصد جمع البيانات في بعض الأحيان طرقا متباينة لعرض الأسئلة (التحفيز على أصناف معينة من الإجابات، اللهجة المستخدمة، الخ) وفقا للمحققين. سمحت التكوينات حول تقنية البحث في مطلع الجمع، ومرحلة ما قبل اختبار الاستبيان بموازنة هذا التحيز والسعي إلى التوافق في إعطاء الاستبيانات.

- **التحيز في إنجاز التحقيق.** في سياق المخيمات الصحراوية، تعد التكوينات الطويلة للمحققين والرصد المستمر لجمع البيانات أمرا معقدا. وقد تم تخفيض أوقات التكوين وفقا لذلك. وأجري فريق بحث منظمة الإعاقة الدولية رصدا بنفسه، دون الإسراع في تكوين المشرفين كما كان مقررا في البداية. وقد تأثرت نوعية إجراء الاستبيانات نوعا ما بذلك. وفي موازاة ذلك، كانت جلسات المراقبة الكثيرة فرصة لفريق البحث لمراقبة واستجواب العائلات الذين تم اللقاء بهم. استلهم التحليل من جلسات المراقبة هذه، التي توازن نوعية البيانات التي تم جمعها والنتائج التي تم الحصول عليها.

- **القيود المتعلقة بالسياق.** يقع مخيم الداخلة على بعد ساعتين من السير بالسيارة من رابوني. كان كل تنقل إلى الداخلة بمرافقة من السلطات الصحراوية. أدت صعوبات الحصول على تواريخ المرافقة في سياق أمني متقلب في أبريل وماي 2016 لإلغاء مجموعات التركيز المزمع إجراؤها في الداخلة. ومع ذلك تم تكريس تنقلين لرصد عملية جمع البيانات في هذا المخيم، وتم لقاء ست عائلات في هذا السياق لزيارات المراقبة.

النتائج التفصيلية

أ

التركيبة الاجتماعية السكانية للعينة

توزيع الاستبيانات التي أجريت حسب كل ولاية

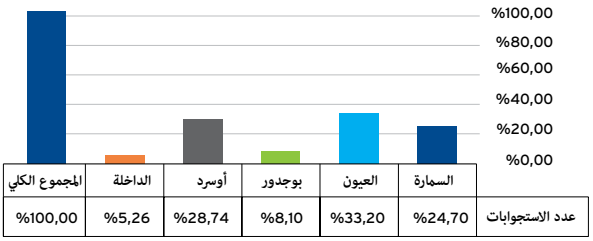
في غياب الأرقام الصادرة عن تعداد السكان، استند توزيع الاستبيانات المرتقبة في كل الولايات على تقدير السكان وحالات الأطفال المعوقين الموجودين في كل ولاية[14] ؛ ولذا كان من المتوقع إجراء 100 استبيان في ولايات السمارة، أوسرد، العيون ، 30 (8,5٪) في محافظة بوجدور و20 (5,7٪) في الداخلة.

يأتي توزيع الاستبيانات التي تم جمعها والتحقق من صحتها للتحليل على النحو التالي[15]

الجدول 1: عدد الاستبيانات المحللة عن كل ولاية

الولاية	عدد الاستبيانات عن كل ولاية
السمارة	61
العيون	82
بوجدور	20
أوسرد	71
الداخلة	13
المجموع الكلي	247

الرسم البياني 1: توزيع الاستبيانات المحللة عن كل ولاية (ع = 247)



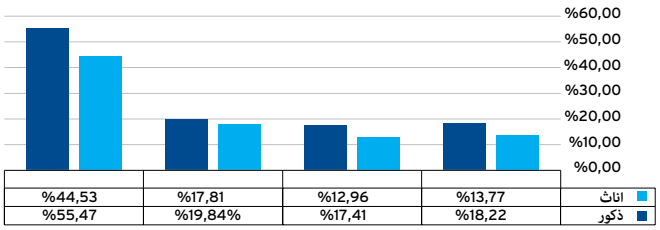
جنس وأعمار الأطفال الذين شملهم التحقيق

لم تذكر أية توجيهات بشأن صفة الأطفال أثناء وضع قوائم الأطفال المسجلين للتحقيق في الاستبيان الكمي. نتج عن التوزيع حسب الجنس من العينة المحصل عليها 44,53٪ (ع = 110) من الإناث و 55,46٪ (ع = 137) من الذكور.

وكانت أعمار الأطفال المستهدفين من خلال التحقيق ما بين 5 و 18 سنة (معيار الاشتمال). ولم تذكر أية تعليمات إضافية فيما يتعلق بالعمر أثناء وضع قوائم الأطفال المسجلين للتحقيق. نتج عن التوزيع العمري ما يلي:

- 31,98٪ (أي 79 طفلا) لهم ما بين 5 و 9 سنوات.
- 30,36٪ (أي 75طفلا) لهم ما بين 9 و 12
- 37,65٪ (أي 93 طفلا) لهم ما بين 13 و 18 سنة.

الرسم البياني 2 : التوزيع بحسب سن وجنس السكان الذين شملهم التحقيق (ع = 247)



14 تمت مناقشة التقديرات، وغيرها، قبيل العمل الميداني مع الأخصائيات الاجتماعية والأمين العام لوزارة الشؤون الاجتماعية.

15 وصفت قيود جمع المعطيات التي تشرح الفرق في عدد الاستبيانات المتوقعة والمنجزة في جزء التحيز والتقييدات ضمن العرض المنهجي.

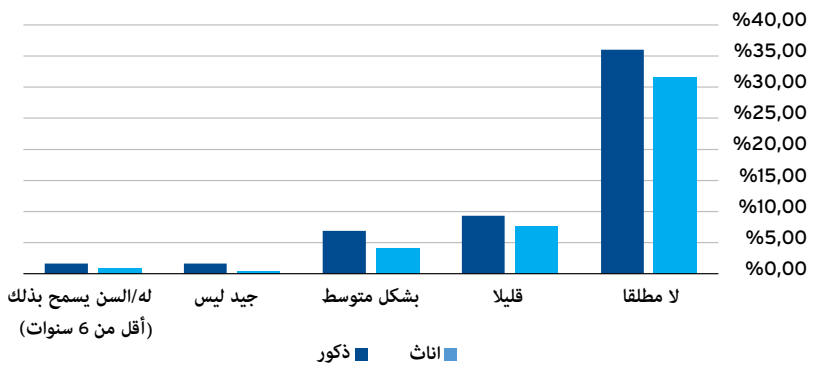
مستويات محو الأمية والتعليم

أظهرت النتائج أن 67,5٪ من الأطفال الذين شملهم التحقيق لا يعرفون القراءة أو الكتابة بتاتا، و 17٪ قليلا، و10,93٪ متوسط و 2,02٪ يجيدون القراءة والكتابة. 2,43٪ لهم ما بين 5 و 6 سنوات وليس لهم السن النظري لتعلم القراءة والكتابة.

تعد مستويات التعليم المصرح بها منخفضة عموما. 76,11٪ من الأطفال ليس لهم أي مستوى من التعليم،16,19٪ لديهم مستوى التعليم الابتدائي، 1,62٪ لديهم مستوى متوسط (التعليم المتوسط)، وفي 4,62٪ من الحالات، يذكر المجيبون أن طفلهم لديه «مستوى التعليم المكتسب من مركز التعليم الخاص.» [16] ينبغي أن نوازن هذه النتيجة، يُظهر باقي التحقيق أن 35,62٪ من الأطفال يحضرون مركزا للتعليم الخاص (م ت خ) أو مركزا مخصصا للأشخاص المكفوفين (م أ م) ضمن العينة. إن الفرق ليس شاذا لهذه الدرجة: ففي ضوء الآراء التي تم جمعها في المرحلة النوعية من الأولياء حول التعليم المقدم في مراكز التعليم الخاص، يمكن جدا للمجيبين أن يعتبروا أن حضور (م ت خ) أو (م أ م) لا يعادل أي مستوى من مستويات التعليم.

يوضح الرسم البياني أدناه أن الجنس ليس له أي تأثير كبير على مستويات محو الأمية في عينة الدراسة (اختبار مربع كاي، القيمة الاحتمالية> 0,05).

الرسم البياني 3 : مستوى محو الأمية حسب الجنس (ع = 247)



16 شخص لا يجيب على السؤال حول مستوى التعليم في الاستبيان الكمي.

ب
الإعاقة: القيود الوظيفية والإدراك

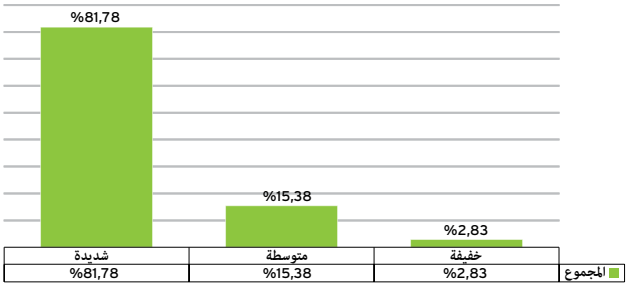
مستويات شدة الإعاقة

أنجز تحليل مستوى الشدة حسب القيود الوظيفية وفقا للتصنيف التالي:

- يوجد الطفل في حالة إعاقة **شديدة** عندما تظهر عليه **العديد من الصعوبات** أو العجز الكلي في سؤال واحد على الأقل من الأسئلة 6 حول القيود الوظيفية لـ: م و.
- يوجد الطفل في حالة اعاقة **متوسطة** عندما تظهر عليه **بعض الصعوبات** في سؤالين على الأقل من الأسئلة 6 حول القيود الوظيفية لـ: م و.
- يوجد الطفل في حالة إعاقة **خفيفة** عندما تظهر عليه بعض الصعوبات في سؤال من الأسئلة 6 لـ: م و.

ويوضح الرسم البياني التالي الانتشار الواسع للأطفال الذين يعانون من مستوى الإعاقة الشديدة.

الرسم البياني 4: توزيع مستويات شدة الإعاقة الملحوظة (ع = 247)



أنواع القيود الوظيفية حسب مستويات شدة الإعاقة:

يعرض الجدول التالي توزيع القيود الوظيفية حسب مستوى الشدة من مجمل العينة المعتبرة في المسح الكمي (بالأرقام).إن النتائج لكل خلية ليست تراكمية: يمكن أن يكون لكل طفل العديد من أنواع الإعاقة.

الجدول 2: توزيع القيود الوظيفية حسب مستوى الصعوبة (ع = 247)

أصناف الصعوبة م و – 6 أسئلة	لا صعوبة	بعض الصعوبة	صعوبة كبيرة	عجز كلي	لا يدري / دون إجابة
له صلة بصعوبة في الرؤية حتى مع ارتداء نظارات	149	46	22	23	7
له صلة بصعوبة في السمع حتى مع وضع جهاز السمع	169	47	16	12	3
له صلة بالقدرة على الاهتمام بنفسه في الحياة اليومية	35	58	54	99	1
له صلة بصعوبات في المشي أو في صعود الدرج	87	52	47	61	
له صلة بصعوبات التركيز و/أو الذاكرة	62	71	66	48	
له صلة بصعوبات في التواصل، مثلا في الفهم أو التفهيم، عندما يستعمل/تستعمل لغته/ا المعتادة	70	69	59	49	

من بين 247 طفلا الذين شملهم التحقيق :

- 18,7٪ (ع = 45) لهم صعوبة كبيرة أو عجز تام عن الرؤية حتى عند ارتداء النظارات.
- 11,5٪ (ع = 28) لهم صعوبة كبيرة أو عجز تام عن الاستماع، حتى مع وضع جهاز السمع .
- 62,2٪ (ع = 153) لهم صعوبة كبيرة أو عجز تام عن رعاية أنفسهم في الحياة اليومية (عن غسل أنفسهم غسلا كاملا على سبيل المثال)
- 43,7٪ (ع = 108) لهم صعوبة كبيرة أو عجز تام عن المشي أو صعود الدرج.
- 46,1٪ (ع = 114) لهم صعوبة كبيرة أو عجز تام عن التركيز أو عجز له صلة بالذاكرة.
- 43,7٪ (ع = 108 لهم صعوبة كبيرة أو عجز تام عن التواصل (أن يَفهموا أو يُفهموا حينما يستعملون لغتهم/لغاتهم المألوفة مثلا).

التاريخ والمصدر المصرح به لبداية حالة الإعاقة:

في أكثر من 88٪ من الحالات (ع = 218)، تم التصريح بكون الإعاقة ظهرت قبل سن 5 سنوات.

الجدول 3: السن المصرح به لبداية حالة الإعاقة (ع: 247)

السن	القيمة العددية	النسبة
عند الولاة	84	%34,01
بين 4 سنوات	134	%54,25
بين 5 - 11سنوات	19	%7,69
بين 12 -18سنوات	6	%2,43
لا يعرف	4	%1,62
المجموع العام	247	%100,00

الجدول 4: مصدر الإعاقة المصرح به:

المصدر	النسبة
منذ الولادة / فطري	%66,40
أثار الأدوية/ المواد التي لها تأثير سلبي	%5,67
حادث (في المنزل، خارج المنزل باستثناء حادث المرور	%4,05
حوادث الطرق	%2,02
مرض مجهول	%8,50
مرض تم الكشف عنه	%9,31
مشكلة نفسية / مرض عقلي	% 1,62
العنف المسلح – الصراع	%0,40
لا يعرف	%1,21
لا اجابة	%0,81
المجموع العام	100,00

تحديد وتشخيص الإعاقة:

ومن بين 191 طفلا المصرح بكونهم خضعوا للتشخيص(77,3٪)، تم تحديد العديد من المهنيين على أنهم قاموا بالتشخيص. وقد ذكر من بينهم الأطباء الخواص في نصف الحالات (ع = 96؛ 50٪)، يليهم مهنيو المستشفى (ع = 88؛ 46٪)، مهنيو المستوصفات (ع = 34؛ 18٪) والمنظمات غير الحكومية (ع = 29؛ 15٪). وذُكر المتخصصون في المصالح الاجتماعية في 40٪ من الحالات، والغريب أن ذلك تم في 6٪ من الحالات (ع = 11) بدون حضور احد مهنيي الصحة.

إن هذه النتائج ،كما تظهر جيدة مع نسبة تشخيص عالية، موازنة مع المقابلات التي أجريت مع مجموع مهنيي الصحة والأخصائيات الاجتماعية، والممثلين عن وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية التي تلتقي في المشكل العام في التكوين (موظفو الصحة)، في

المهارات أو الوسائل اللازمة للتشخيص المنهجي، متعدد التخصصات والرسمي (مستجيبا للتعريف الوحيد ولمعايير التقييم). يبقى مفهوم التشخيص من جانب آخر غامضا للأولياء ولأفراد الأسرة.

لا يتبع تحديد ووضع مراجع والتكفل بالأطفال المعوقين من طرف المصالح الاجتماعية والصحية، الخاصة بالخصوص، آلية منظمة ومهيكلة (مخطط المرجع، تحديد مسؤوليات كل مهني في سلسلة التحديد والتكفل، لجنة تقييم الإعاقة متعددة التخصصات ، بطاقة الإعاقة مع درجة العجز).

تتكفل الأخصائيات الاجتماعية حسب دفتر شروطهن بتحديد المعوقين في أحيائن (الدوائر)، تحديث القوائم المخصصة (الأطفال المعوقون، المسنون الضعفاء، وما إلى ذلك). لا تزال مشاطرة هذه القوائم، في حالة الأطفال المعوقين، مع المصالح أو السلطات الصحية غير منتظمة أو غير موجودة [17].

تحدد مصالح إعادة التكييف الأشخاص الذين يحتاجون إلى التكفل من خلال القنوات التي تخصها غالبا (العمل التطوعي للمريض أو أسرته، التوعية الولائية، المعلومات من المصالح الصحية الأخرى، التعاون في بعض الحالات مع الأخصائيات الاجتماعية في الميدان). تعمل المصالح التي تقدم المساعدة التقنية والتعويض مع الأخصائيات الاجتماعية على تحديد الأشخاص للتكفل بهم ويحدث ذلك في الموعد المحدد، أي عند الزيارات للتنقل الميداني (ل د ص أ)

إدراك الإعاقة بالقيود الوظيفية

في غياب آلية مهيكلة للتحديد والتشخيص التي تكون جنبا إلى جنب مع المهنيين المختصين، فإن إدراك الإعاقة تلعب دورا هاما في تحديد الأشخاص **ذوي الإعاقة**. إن هذا الإدراك يحدد في كثير من الأحيان قرار (الأولياء أو مهنيي المصالح الاجتماعية) لإحالة الطفل إلى المصالح المناسبة لإجراء التشخيص له والتكفل به.

في سياق هذه الدراسة، من المثير للاهتمام أن نلاحظ أن إدراك الإعاقة يختلف تبعا للقيود الوظيفية (إن القيود الحسية تعتبر بدرجة قليلة على أنها إعاقة).

17 يعترف كل من ممثلي وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة الصحة أن هناك تعاونا ضئيلا بين المؤسستين في تسيير حالة الأشخاص ذوي الإعاقة.

الجدول 5: إدراك حالة الإعاقة حسب القيود الوظيفية (ع = 247)

هل تعتقد أن الطفل الذي له ..... هو في حالة إعاقة	يُرى أنه في حالة إعاقة	
	نعم	لا
.... له صعوبات في الرؤية حتى مع ارتداء نظارات (ع =228)	%75	%25
... له صعوبات في السمع حتى مع وضع جهاز السمع (ع =224)	%75	%25
... له صعوبات في المشي أو في صعود الدرج (ع =238)	%95	%5
له صعوبات في التركيز و/أو الذاكرة (ع =232)	%98	%2
... له صعوبات في الاهتمام بنفسه في الحياة اليومية (ع =241)	%99	%1
له صعوبات في التواصل، مثلا في الفهم أو التفهيم، عندما يستعمل/تستعمل لغته/ا المعتادة (ع =228)	%98	%2

الإدراك التلقائي لحالة إعاقة الأطفال الذين شملهم المسح:

ردا على سؤال «**هل تعتقدون أن طفلكم في حالة إعاقة**»، تظهر الإجابات التي تم جمعها (ع = 239) وجود ميل كبير للاستخفاف من مستوى شدة إعاقة طفلهم بالنسبة للتصنيف المقترح (م و) مع 47,4٪ من الآباء فقط ممن يعتبرون أن طفلهم يعاني من إعاقة شديدة ضد 81,8٪ وفقا لتصنيف مجموعة واشنطن. يعتبر2,8٪ من الآباء أن طفلهم ليس في حالة اعاقة.

الجدول 6: مقارنة انتشار الإعاقة حسب مستوى الشدة، بين تصنيف (م و) والإدراك التلقائي للعائلات.

مستوى الشدة	تصنيف مجموعة واشنطن (ع: 247)	الإدراك التلقائي للأولياء (ع: 239)
ليس في حالة إعاقة	% 0	%2,8
إعاقة خفيفة	%2,8	%15,9
إعاقة متوسطة	%15,4	%33,5
إعاقة شديدة	%81,8	47,7

ت

الصحة

الوصول لمصالح الصحة العادية:

كشفت مجموعات التركيز الاستكشافية و المقابلات الأولى مع الأخصائيات الاجتماعية صعوبات محتملة في الوصول للرعاية الصحية العامة و للرعاية الصحية الأكثر استثناء[18] . وتؤكد نتائج الاستبيانات الكمية أن أماكن الاستشارة تعرفها الأسر جيدا، كما تكشف عن العوائق المتعلقة بصعوبات السفر إلى المرافق الصحية.

لا تشكل معرفة المصالح الصحية العادية أي صعوبة مع أكثر من 95٪ من الأشخاص الذين شملهم التحقيق والذين صرحوا بمعرفة أين يذهبون عند وجود مشكلة صحية.

لا يسمح السؤال المطروح بتحديد المكان الذي تم اختياره « في المقام الأول» في حالة وجود مشكلة صحية. ولا يوجد فرق كبير في الأماكن المذكورة حسب طبيعة المشكلة الصحية (عامة أو استثنائية) إن المستشفيات الجهوية والمستشفى الوطني هي أماكن الاستشارة الأكثر ذكرا لكلا النوعين من الرعاية الصحية، بغض النظر عن المشكلة الصحية.

لا توجد أو لا تعمل المستوصفات، أماكن استشارة جوارية، في جميع أحياء (دائرة) الولاية، مما يفسر جيدا انخفاض ذكرها في أماكن الاستشارة لكلا النوعين من الرعاية الصحية. تجدر الإشارة أخيرا إلى أن الأطباء الخواص ذكروا بنسبة 25٪ من طرف المستطلعَين كمكان للاستشارة في حالة وجود مشكلة صحية أكثر استثناء.

الجدول 7: معرفة مكان الاستشارة للحصول على الرعاية الصحية العامة والرعاية الصحية الأكثر استثناء (ع = 247)

الإجابات	في حال مشكلة صحية عامة	في حال مشكلة صحية أكثر استثناء/ خطورة
نعم	%95,95	% 95,14
لا	%3,64	%4,45
لا إجابة	%0,41	%0,41
المجموع الكلي	% 100,00	

الجدول8: الأماكن المذكورة للاستشارة بالنسبة للرعاية الصحية مع نسب الذكر (إجابات عديدة ممكنة، أسئلة باختيارات متعددة) ع: 247

نوع الرعاية الصحية	الرعاية الصحية العامة (نسبة ذكرها)	الرعاية الصحية الأكثر استثناء (نسبة ذكرها)
المستوصف	%39,27	%30,77
المستشفى الجهوي	%61,54	%55,07
المستشفى الوطني	%59,51	%62,75
الطبيب الخاص	%17,41	%25,51
أخرى	%0,81	%1,62

18 : تم شرح شروط الرعاية الصحية العامة والرعاية الصحية الأكثر استثناء خلال جلسات تكوين المحققين (الرعاية الصحية العامة: في حال كان الطفل مريضا أو مصابا، والتي لا تبدي الحكومة قلقا كبيرا إزاءها: صنفت الأنفلونزا، آلام في المعدة والرأس والالتواءات مثلا في - الرعاية الصحية الأكثر استثناء: لأن حالة الطفل تبعث على الخوف لطول وشدة الأعراض المرضية).

الجدول 9: الموانع التي تمت مواجهتها في الوصول إلى المصالح الصحية العادية (إجابات عديدة ممكنة، أسئلة باختيارات متعددة) ع: 247

الموانع	مشاكل الصحة العامة	المشاكل الصحية الاستثنائية
صعوبات التنقل المتعلقة بالإعاقة / المسافة	%89,88	%87,04
تكاليف النقل	% 80,87	%84,21
صعوبات التنقل للمرافق الصحية	%44,13	%42,91
شخص لمرافقة الطفل	%32,39	%35,22
المرفق الصحي مغلق أحيانا	%2,83	%3,24
موقف سلبي للموظفين	%0,81	%1,21
لا صعوبات	%2,02	%1,62

لا يمكن البتة إغفال المسافة التي تفصل عن المستشفيات. فكل ولاية لديها مستشفى جهوي، ولكن قد يكون بعيدا عن مركزها، مع شساعة المخيمات. يقع المستشفى الوطني (الرابوني) على مسافة 35 إلى167 كم من الولايات.

إن الموانع الرئيسية المذكورة للوصول إلى الرعاية الصحية العادية للأطفال ذوي الإعاقة متعلقة أساسا بصعوبات التنقل / وسائل النقل الاقتصادية (التكلفة؛> 80٪ من الإجابات)، جغرافية (المسافة) أو توافر شخص مرافق (32-35٪). وعلاوة على ذلك فإنه من المهم أن نلاحظ أن الصعوبات المتعلقة بشكل مباشر أو غير مباشر بالإعاقة كثيرا ما تذكر (إمكانية الوصول الداخلي للمصالح (42-44٪) ، وتجدر الإشارة في الأخير إلى أنه ما من عائلة تقريبا تذكر مشكلة الاستقبال من قبل المهنيين (موقف سلبي: 1٪)، وهي معلومة مؤكدة أثناء المقابلات ومجموعات التركيز.

الوصول للمصالح الصحية لإعادة التكييف

مصالح إعادة التكييف الموجودة في المخيمات هي :

- تقع مصلحتان مخصصتان ومجهزتان في مستشفيات بولا[19] والرابوني. تحتوي مصلحة مستشفى بولا على مركز للاستقبال الليلي، ومنسقة بدعم من منظمة غير حكومية ايطالية. يعمل أخصائي واحد للعلاج الطبيعي في مستشفى رابوني. وتعمل المصلحة على إحالة المرضى إلى المصالح الأخرى الموجودة (رابوني، السمارة، اوسرد) للمرافقة الطبية طويلة الأمد.
- تقع مصلحتان مخصصتان ومجهزتان في أو بالقرب من المستشفيات الجهوية للسمارة وأوسرد. يعمل أخصائي واحد للعلاج الطبيعي في كل مركز. وقد تم تجهيز مركز السمارة لإعادة التكييف بالتعاون مع المبادرة الإيطالية لمستشفى بولا.
- يشارك عدد كبير من الأطفال ذوي الإعاقة [20] كل عام، في فصل الصيف، في عطلة السلام[21].على عكس الأطفال الأصحاء، تدير وتؤطر المنظمة الايطالية[22] الإقامة المؤقتة للأطفال ذوي الإعاقة والتي تنسق أنشطة مركز إعادة التكييف لمستشفى بولا والسمارة. إن الإقامة المؤقتة في إيطاليا (عدة مناطق معنية) هي فرصة للأطفال لتلقي رعاية إعادة التكييف على مدى عدة أشهر، أو حتى إجراء عمليات جراحية. ويستقبل الأطفال الذين يحتاجون لمرافقة إضافية عند عودتهم من طرف مركز بولا مع دوام كامل و لعدة أسابيع.
- تدعم منظمة غير حكومية فرنسية (ترينقل) تقديم الرعاية المتنقلة لإعادة التأهيل بمعدل زيارة واحدة في الشهر للأطفال الذين يعانون من صعوبة كبيرة في التنقل في المقام الأول. يتألف

19 : يقع مستشفى بولا خارج الولايات الخمس المعنية بهذه الدراسة.

20 : تقدره وزارة الشؤون الاجتماعية بـ ٨٠ طفلا (معاقا) في السنة، دون تقديم سجلات تثبت ذلك.

21 : هي إقامة مؤقتة في العطلة بايطاليا واسبانيا في الغالب، منسقة من قبل حكومات مقاطعات كلا البلدين.

22 : لكون منسقة هذه المنظمة ببولا غائبة أثناء مرحلة الجمع، كان من المستحيل على فريق البحث لقاؤها.

الفريق من عشرة أشخاص، مدربين على الإجراءات العلاجية الطبيعية (من غير أن يكونوا جميعا حاصلين على شهادة في العلاج الطبيعي) من قبل المنظمة الفرنسية. يغطي هذا الجهاز جميع الولايات. هذه المصلحة المتنقلة هي الفرصة الوحيدة للتكفل بإعادة تأهيل الأطفال ذوي الاعاقة لعديد من العائلات بولايات العيون[23]، الداخلة وبوجدور.

- يحتوي مركز التعليم الخاص ببوجدور على غرفة مع بعض المعدات المناسبة (وسائد، دراجات)، عرضت على أنها غرفة لإعادة التكييف من طرف المديرية الخاصة بها. وتشرف معلمات المركز على التمارين.

تجدر الإشارة إلى أن فهم مصالح إعادة التكييف من قبل الأشخاص الذين شملهم التحقيق في سياق المخيمات يقتصر أساسا على العلاج الطبيعي. ولا توجد في الواقع المصالح/الأقسام الأخرى المهنية لإعادة التكييف (العلاج الوظيفي، علاج النطق، تقويم البصر، الحركية النفسية، علاج الأرجل) أو هي موجودة ولكن في نقاط معينة فقط/ معزولة.

معرفة مصالح إعادة التكييف:

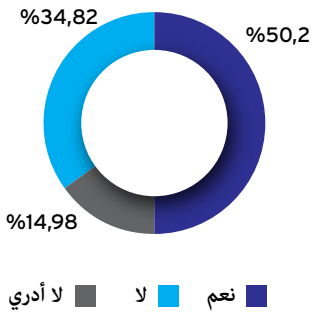
من مجموع العينة المعنية، صرح 59,05٪ (147 شخصا شملهم التحقيق) من المستطلعين أنهم على معرفة بمصلحة إعادة التكييف في الولايات وأما 40,08٪ (99 شخصا شملهم التحقيق) فهم لا يعرفون. وقد عرفت أغلبية العائلات (مجموعات التركيز) مراكز إعادة التكييف إذا وُجدت، كما حددت المهنيين الخاصين بها(المعالج الطبيعي ومساعده عادة) ، طالما تواجدت في المستشفيات الجهوية للولايات، أو في مستشفيات بولا أو رابوني، حيث يذهب السكان الصحراويون في الغالب للاستشارة للحصول على الرعاية الصحية الأساسية.

الحاجة المقدرة واستخدام مصالح إعادة التكييف

تقدر نصف العائلات أن طفلها يحتاج إلى استشارة مصلحة إعادة التكييف، ويعتبر 3/1 أنهم ليسوا في حاجة لذلك، وحوالي 15٪ منهم يقولون إنهم لا يعرفون.

إن النسبة المئوية الأخيرة تسجل صعوبات في إدراك (فهم المصلحة / الحاجة، والأشياء الكثيرة وراء إعادة التكييف) الأولياء أو الأسرة للرعاية الخاصة التي قد تناسب الطفل.

الرسم البياني 5: توزيع الحاجة المقدرة لمصلحة إعادة تكييف للطفل المعاق (ع = 247)



يؤكد تحليل أكثر دقة حسب نوع القيد الوظيفي ومستوى شدة هذه الصعوبات في الإدراك. ونجد بالتالي من بين 247 عائلة شملها التحقيق، 11٪ (ع = 28) هي عائلات، لديها طفل يعاني من صعوبات كثيرة إلى عجز تام عن المشي فيما يخص الحركة، والتي تقول أنها ليست في حاجة إلى مصالح إعادة التكييف. وترتفع هذه النسبة إلى 21٪ عندما يتعلق الأمر بالعائلات التي لها طفل من أطفالها لديه بين

23 : يوجد مركز لإعادة التكييف في المستشفى الجهوي للعيون، لكنه لم يعد يعمل منذ ٤ سنوات على الأقل (المقابلات الشخصية لمستشفى العيون ووزارة الصحة). وهو ينتظر إعادة تأهيله، ويعمل أخصائي العلاج الطبيعي الذي كان فيه الآن لصالح منظمة غير حكومية (م أ إ) التي توفر مساعدات إعادة التكييف المتنقلة داخل الولايات.

صعوبات كثيرة وعجز تام عن رعاية نفسه أو نفسها خلال الأنشطة اليومية (انظر الجدول 11).

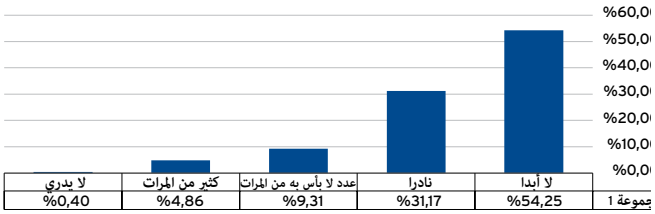
فيما يتعلق باستخدام مصالح إعادة التكييف ، من مجموع العينة، صرح 54,25٪ (ع = 134) من المستطلعين بأنهم لم يسبق لهم أن استخدموا مصالح إعادة التكييف و31,17٪ (ع = 77) نادرا. وصرح 14٪ فقط (ع = 35) من المستطلعين أنهم استخدموا مصلحة إعادة التكييف في عدد لا بأس به من المرات أو كثير من المرات.

لا تسفر أية علاقة معتبرة إحصائيا(القيمة الاحتمالية> 0,05) مع جنس أو عمر الطفل والإقبال على مصالح إعادة التكييف عن نتائج كمية.

يكشف تحليل أكثر دقة حسب نوع القيد الوظيفي ومستوى الشدة الاستعمال غير الكافي لمصالح إعادة التكييف بالنظر للاحتياجات. فمن بين 247 شخصا شملهم التحقيق، على سبيل المثال، 124 (50٪) هي عائلات لديها طفل له العديد من الصعوبات وعجز تام عن رعاية نفسه أو نفسها خلال الأنشطة اليومية، وذكرت أنها لم تستخدم أو استخدمت نادرا مصالح إعادة التكييف.

الرسم البياني 6: تكرر استخدام مصالح إعادة التكييف المصرح به:

يسمح تحليل نهائي يقارن الحاجة المقدرة واستخدام



الجدول 10: الحاجة المصرح بها لإعادة التكييف للأطفال الذين لديهم صعوبة في رعاية أنفسهم خلال الأنشطة اليومية، غسل أنفسهم أو ارتداء الملابس كلية على سبيل المثال:

	نعم	لا	لا يدري	المجوع الكلي
لا صعوبة	%6,07	%7,29	%0,81	%14,17
بعض الصعوبات	%9,72	%6,48	%7,29	%23,48
العديد من الصعوبات	%13,77	%6,48	%1,62	%21,86
عجز كلي	%20,24	%14,57	%5,26	%40,08
لا إجابة	%0,40	%0,00	%0,00	% 0,40
المجموع الكلي	%50,20	%34,82	%14,98	%100,00

الجدول 11. تكرر الاستخدام المصرح به لمصلحة إعادة التكييف للأطفال الذين لديهم صعوبة في الاعتناء بأنفسهم خلال الأنشطة اليومية، غسل أو ارتداء الملابس كلية على سبيل المثال:

	غير موجود أبدا	نادرا	عدد لا بأس به من المرات	كثير من المرات	لا يدري	المجموع الكلي
لا صعوبة	%9,72	%3,64	%0,40	%0,00	%0,40	
بعض الصعوبات	%14,17	%7,29	%0,81	%1,21	%0,00	%23,48
العديد من الصعوبات	%10,12	%6,88	%3,24	%1,62	%0,00	%21,86
عجز كلي	%20,24	%12,96	%4,86	%2,02	%0,00	%40,08
لا إجابة	%0,00	%0,40	%0,00	%0,00	%0,00	%0,40
المجموع الكلي	%54,25	% 31,17	%9,31	%4,86	%0,40	%100,00

الجدول 12: تكرر الاستخدام والحاجة المقدرة لمصالح إعادة التكييف (ع = 247)

الحاجة المقدرة	غير موجودة أبدا	نادرة	في عدد لا بأس به من المرات	في كثير من المرات	لا يدري	المعدل الكلي
نعم	36	55	21	12		124
لا	67	17	2			86
لا يدري	31	5			1	37
المعدل الكلي	134	77	23	12	1	247

مصالح إعادة التكييف، فيما عدا الاستخفاف باحتياجات واستخدام المصالح المقدمة أعلاه، بإظهار أنه من بين الأشخاص الذين يعتبرون أنهم في حاجة (ع = 124)، لم يستخدمها مطلقا 29,03٪ (ع = 36) ، واستخدمها نادرا 44,35٪ (ع = 55)

معوقات ومسهلات لاستخدام مصالح إعادة التكييف

إن المعوقات الرئيسية التي تذكرها العائلات، في الوصول إلى مصالح إعادة التكييف للأطفال ذوي الإعاقة ، والتي استعملت هذه المصالح من قبل، هي تلك التي لاحظتها المصالح الصحية العادية والتي لها صلة في المقام الأول بصعوبات التنقل / النقل الجغرافي أو اللوجستي (المسافة ، النقل الصعب أو المتقطع). وذكر الأشخاص الذين شملهم التحقيق الصعوبات المتعلقة بتنقل الطفل بنسبة32٪. وذكرت العائلات نقص المعلومات بنسبة 6٪ ونوعية الاستقبال بنسبة 3٪. تعد هذه النتيجة متفقة مع تلك التي لوحظت من طرف المصالح الصحية العادية.

من بين العوامل التي تم تحديدها من قبل العائلات التي استخدمت مصالح إعادة التكييف لتسهيل / تحسين الوصول إلى اليها، تشير النتائج في الجدول أدناه لعدة حلول تتفق مع المعوقات التي تم تحديدها. تم اقتراح تحسين قرب وتوفر المصالح بالخصوص(إستراتيجية متنقلة، توفر المصالح)، وتحسين القدرة على النقل(الجماعي، المرافق) وخاصة توعية الناس جيدا حول المصالح المتوفرة. (72,5 ٪)

الجدول 13: الصعوبات التي تمت مواجهتها في استخدام مصالح إعادة التكييف (ع = 113)

الصعوبات	عدد المرات التي ذكرت فيها	النسبة حسب عدد مرات ذكرها
مسافة كبيرة للوصول إلى المصلحة	63	55,75%
النقل صعب أو مستحيل	63	55,75%
وسائل النقل في كثير من الأحيان متوقفة	52	46,02%
تنقل الطفل صعب	42	32,17%
نقص المعلومات (أين ومتى، وكيف نصل إلى هناك)	7	6,19%
نوعية رديئة من الاستقبال من قبل الموظفين	3	2,65%

الجدول 14: مسهلات مصرح بها خلال استخدام مصالح إعادة التكييف(ع = 113)

المسهلات	عدد المرات التي ذكرت فيها	نسبة عدد مرات ذكرها
توفر المصلحة	71	%62,83
العناية الخاصة/ متنقلة للمنزل	57	%50,44
حملة إعلامية حول المصالح المتوفرة	82	%72,57
نقل جماعي متاح نحو مرفق المعالجة	26	%23,01
شخص متوفر من أجل المرافقة / المساعدة في نقل الطفل	17	%15,04
أخرى (غير محددة)	2	%1,77

وبالإضافة إلى ذلك، ظهرت خلال مجموعات التركيز والمقابلة العديد من العوامل عن المعوقات والمسهلات للوصول إلى مصالح إعادة التكييف:

- إن المانع الرئيسي للوصول إلى مصالح إعادة التكييف في الولايات هو محدودية المصالح، ومن أصل ثلاث مصالح رئيسية لإعادة التكييف (السمارة، أوسرد ورابوني)، يعمل أخصائي واحد للعلاج الطبيعي ، ولا يكاد يتجاوز معدل التكفل 3 حالات يوميا.
- تميل مجموع مصالح إعادة التكييف المتاحة في المخيمات إلى التركيز على حالات الأطفال الذين لهم هامش كبير من التحسن. إن الاختيار الذي يستهدف الشبان اليافعين خصوصا يترك جانبا عددا كبير من الأطفال والمراهقين ممن لهم قيود وظيفية كبيرة على مستوى الحركة.
- ترتبط العوائق التي تستخلص من الاستبيان الكمي بالنقل (التكلفة، التوفر، انقطاع) أو صعوبة تنقل الطفل. إن عائق النقل أمر لا جدال فيه. وبالنسبة لسكان الولايات التي ليس لها مركز لإعادة التكييف في المستشفى الجهوي فان الاستشارة بانتظام في المستشفى الوطني رابوني أو بولا أمر معقد جدا.
- إن وسائل التغلب على الصعوبات في الوصول لمصالح إعادة التكييف والمتعلقة بالنقل هشة: ففي السمارة، تتكفل سيارة واحدة لأخذ وجلب الأشخاص المتابعين في المركز وفي منازلهم عند كل جلسة. ونجد بأوسرد نفس النظام حيث ينتقل أخصائي العلاج الطبيعي إلى منزل المرضى الذين يعانون من صعوبة كبيرة في التنقل. كما تتكرر أعطال السيارات في سياق المخيمات[24]، وينجر عن ضرورة أخذ وجلب الأطفال تضييع للوقت مما يقلل من عدد المرضى المتكفل بهم. ليس هناك آلية نقل منظمة بالنسبة لمركز إعادة التكييف بمستشفى رابوني الوطني.
- تعتبر مجموعة من العائلات جلسات إعادة التكييف المقترحة والتي يكون ترددها ضعيفا(مرة واحدة في الشهر، أقل من مرة في الشهر على سبيل المثال)، ولاسيما من طرف مصالح التنقل في عين المكان، غير مجدية. يشرح بعض الآباء كيف أنهم تنازلوا عن المعالجة بعد أن رأوا عدم وجود أي تحسن في حالة الطفل. يمكن للتجارب السلبية التي سمعناها من فم الأشخاص المعنيين أن تساهم في الحد من النظرة الايجابية لنتائج دعم إعادة التكييف.

24 : كانت سيارة مركز السمارة معطلة أثناء زيارتنا. وقد ساعد أشخاص أخرون مختص العلاج الطبيعي لمواصلة الاستشارات.

- لم يُطور التعاون والتكامل بين مصالح إعادة التكييف المختلفة. ويبدو أنه ما من قائمة، للأطفال المتكفل بهم من قبل المصالح (الثابتة والمتنقلة)، مشتركة بين العناصر الفاعلة المختلفة. ولا يتم إشراك/ إعلام الأخصائيات الاجتماعية دائما عندما يتم تحديد الأطفال ذوي الاعاقة مباشرة من طرف مصالح إعادة التكييف.
- يرتبط عائق من المعوقات غير المستخلص من الاستبيانات الكمية بالتخوف من الإعاقة بين السكان الصحراويين. وإذا كانت العائلات تميل إلى قبول القيود الوظيفية لأطفالهم (يشركونه في الحياة المنزلية، لا يخفون الطفل، يسمحون له قدر الإمكان باللعب مع الأشقاء وأبناء الحي) فهي تقاوم تقبل الإعاقة على أنها حالة مستديمة أو نهائية. ويتفق مجموع مهنيي مراكز التكييف على نتيجة مفادها أن الكثير من الأولياء يتراجعون أثناء استشارة مصلحة إعادة التكييف الولائية، على أمل أن تزول هذه القيود الوظيفية من تلقاء نفسها[25].
- وقد ذكرت العين الحسود أيضا في المقابلات الجماعية مع الأولياء: ويستمرون في الاعتقاد أنه إذا ذكر مرض أو عجز الشخص، فإن الوضع معرض للتدهور. من الصعب أن نرى أن هذا النوع من الاعتقاد يشكل عائقا مهيمنا في الوصول لمصالح الرعاية الخاصة مثل إعادة التكييف. وينبغي مع ذلك أخذها بعين الاعتبار في نشاطات التوعية.

الوصول لمصالح الأجهزة والتعويض.

لا تغطَى ولا تُـقدم المصالح التي تعرض مساعدة تقنية وتعويضية في المخيمات الصحراوية إلا من قبل ل د ص أ حصريا (الأطراف الصناعية، الوسائل التقنية) زيادة على المبادرات المحتملة الفردية أو المخصصة (توزيع الكراسي المتحركة، عكازات). تقدم ل د ص أ استشارات في مركزها المنصب خارج المستشفى الوطني رابوني، أو خلال الزيارات التنقلية المنظمة مرتين في السنة للولاية الواحدة[26]. تظهر النتائج التالية الفجوة المستمرة بين الاحتياجات المحددة والاستخدام المصرح به للمصالح التي تقدم مساعدات تقنية وتعويضية.

من المهم أن نلاحظ ضعف المساعدات التقنية للقيود السمعية أو تلك المتعلقة بوضعية الجسم أو الحركات في الحياة اليومية (العلاج الوظيفي ...). في هذا السياق، برمجت منظمة الإعاقة الدولية من قبل لبداية مشروع في سبتمبر 2016 يهدف للاستجابة لاحتياجات إعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة ، ولاسيما من خلال اقتراح تحسين الوصول وتقديم المساعدات التقنية للحركية ووضعية الجسم بالشراكة مع الأخصائيات الاجتماعية و (و ش إ) ومهنيي إعادة التكييف الموجودين.

الحيازة المصرح بها للمساعدة التقنية ضمن العينة (ع = 247)

ردا على سؤال «هل يـ/تستعمل طفلكم (طفلتكم) مساعدة تقنية تعويضية، أجابت 99 عائلة (40٪) بالإيجاب. نجد من بينها، 61 طفلا يستخدمون الكراسي المتحركة، 18 النظارات 9 مشاية 7 عصا للمكفوفين و 5 جهاز السمع. وتؤكد هذه النتائج على

25 : قدمت التصريحات نفسها من قبل مربي أحد مراكز المكفوفين الذين أوضحوا أن عددا من أولياء الأطفال ضعاف البصر لا يسجلون أطفالهم في المركز على أمل أن يروا صعوبات الرؤية تزول وحدها، ويعودون في نهاية المطاف إلى المركز عندما يدركون أنه ما من تحسن حدث.

26 : تقضي فرق ل د ص أ ما يقرب من إقامة مؤقتة لمدة ثلاثة أيام في كل ولاية في السنة، تقوم خلالها باستشارة وتقديم / تنفيذ وضع المساعدات التقنية لمجموعة من الأشخاص ذوي الإعاقة التي تم تحديدها من قبل الأخصائيات الاجتماعية.

قلة المساعدات التقنية المستخدمة ماعدا المساعدات على الحركة. من المهم أخيرا أن نلاحظ أن السؤال لا يسمح بتحديد ما إذا تم تكييف هذه المساعدات لقيود الطفل (التكيف الفردي/ الوضعي..).

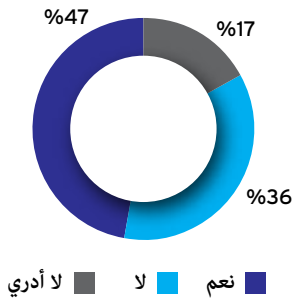
معرفة المصالح التي تقدم مساعدات تقنية تعويضية

من مجموع العينة المستطلعة، يصرح 56,68٪ (ع = 140) من المستطلَعين فقط بمعرفتهم لمصلحة تقديم المساعدات التقنية والتعويضية في الولايات. ويفسر وجود مصلحة واحدة لتغطية جميع المخيمات بالتأكيد جزئيا النسبة المئوية للأشخاص الذين لا يعرفون هذه المصلحة (43,32٪، ع = 107).

الحاجة المقدرة واستعمال المصالح التي تقدم مساعدات تقنية تعويضية.

تعتبر ما يقرب من نصف العائلات أن طفلها يحتاج إلى استشارة المصلحة التي تقدم المساعدات التقنية والتعويضية لطفلها، كما تعتبر أكثر من ثلث العائلات أنها ليس في حاجة لذلك، وحوالي 17٪ منهم يقولون أنهم لا يعرفون (معرفة الفائدة / الحاجة، وجود المصلحة).

الرسم البياني 7: الحاجة المقدرة لمصالح المساعدات التقنية والتعويضية



من بين 247 من العائلات التي شملها التحقيق، 9٪ (ع = 22) هي عائلات لديها طفل له بين العديد من الصعوبات إلى العجز الكلي من حيث الحركة والتي تصرح أنها لا تحتاج لمصالح المساعدة التقنية؛ 13 (5٪) هي عائلات لديها طفل له بين العديد من الصعوبات إلى العجز الكلي عن الرؤية والتي تصرح أنها لا تحتاج لمصالح المساعدة التقنية. وترتفع هذه النسبة إلى 21٪ (ع = 52) عندما يتعلق الأمر بالعائلات التي لديها طفل له بين العديد من الصعوبات إلى العجز الكلي عن رعاية نفسه أو نفسها خلال الأنشطة اليومية.

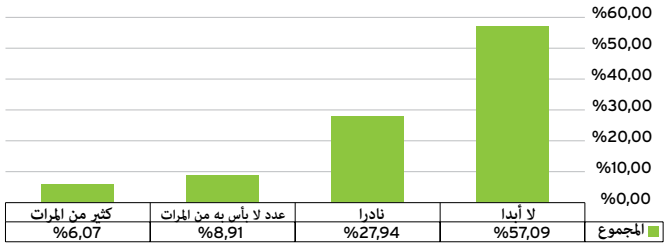
الجدول 15: الحاجة المقدرة للمصالح التي تقدم مساعدات تقنية وتعويضية للأطفال الذين لديهم صعوبات للاعتناء بأنفسهم، خلال الأنشطة اليومية، غسل أو ارتداء الملابس كلية على سبيل المثال،

	الحاجة المقدرة			
الحاجة المقدرة	نعم	لا	لا يدري	المجموع الكلي
لا صعوبة	13	18	4	35
بعض الصعوبات	18	20	20	58
العديد من الصعوبات	27	20	7	54
العجز الكلي	57	32	10	99
لا إجابات	1			1
لا إجابات	116	90	41	247

فيما يتعلق باستخدام هذه المصالح، من مجموع العينة، يصرح 57,09٪ (ع = 141) من المستطلعين أنهم لم يسبق لهم استخدام مصالح المساعدات التقنية و27,94٪ (ع = 69) نادرا. ويصرح 15٪ فقط (ع = 37) من الأشخاص الذين شملهم التحقيق أنهم استخدموا مصلحة الدعم الفني في عدد لا بأس به من المرات أو كثير من المرات.

لا تسفر أية علاقة معتبرة إحصائيا (القيمة الاحتمالية> 0,05) مع جنس أو عمر الطفل والإقبال على هذه المصالح عن نتائج كمية.

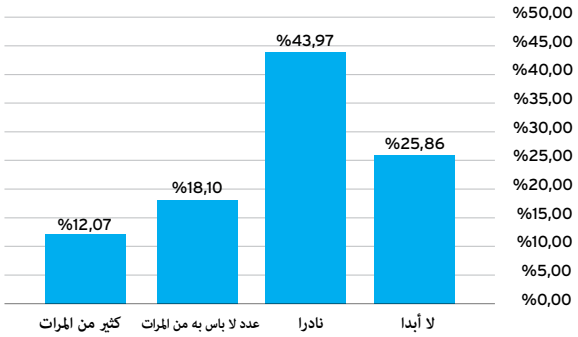
الرسم البياني 8: تكرر استخدام مصالح المساعدات التقنية والتعويض



يكشف تحليل أكثر دقة حسب نوع القيد الوظيفي ومستوى الشدة الاستعمال غير الكافي لمصالح المساعدات التقنية والتعويض بالنظر للاحتياجات. فمن بين 247 شخصا شملهم التحقيق، على سبيل المثال، 136 (55٪) هي عائلات لديها طفل له العديد من الصعوبات وعجز تام عن رعاية نفسه أو نفسها خلال الأنشطة اليومية، وذكرت أنها لم تستخدم مطلقا أو استخدمت نادرا هذه المصالح.

تسمح المقارنة بين الحاجة المقدرة واستخدام مصالح المساعدة التقنية، فيما عدا الاستخفاف بالاحتياجات وفي استعمال المصالح الملحوظة، بإظهار أنه من بين الأشخاص الذين يقولون أنهم في حاجة (ع = 116)، لم يستعمل 25,86٪ (ع = 30) هذه المصالح، واستعملها 43,97٪ (ع = 51) نادرا.

الرسم البياني 9: تكرر استخدام مصالح المساعدة التقنية للأطفال من بين العائلات التي حددت حاجة:



الجدول 16: تكرر الاستخدام المصرح به لمصالح المساعدات التقنية المخصصة للأطفال الذين لديهم صعوبة في الاعتناء بأنفسهم خلال الأنشطة اليومية، غسل أنفسهم أو ارتداء الملابس كلية، على سبيل المثال:

	تكرر الاستعمال					
مستوى الصعوبة	غير موجودة أبدا	نادرة	عدد لا بأس به من المرات	كثير من المرات	لا إجابة	المجموع الكلي
لا صعوبة	26	9				35
بعض الصعوبات	32	22	2	2		58
العديد من الصعوبات	29	17	5	2	1	54
عجز كلي	69	21	5	4		99
لا إجابة		1				1
المجموع الكلي	156	70	12	8	1	247

معوقات ومسهلات لاستخدام المصالح التي تقدم مساعدات تقنية تعويضية

إن الموانع الرئيسية المذكورة للوصول إلى مصالح المساعدات التقنية للأطفال ذوي الإعاقة، والتي ذكرتها العائلات التي استعملت هذه المصالح من قبل كما لاحظته مصالح الصحة العادية ومصالح إعادة التكييف، متعلقة أساسا بصعوبات التنقل / صعوبات النقل ذات الطابع الـجغرافي أو اللوجستي (المسافة / نقل صعب أو منقطع). وذكر الأشخاص الذين شملهم التحقيق الصعوبات المتعلقة بتنقل الطفل بنسبة 59٪. وذكرت 3٪ من العائلات نقص المعلومات و ذكرت نوعية الرعاية بنسبة تقل عن 2٪ من العائلات. تتفق هذه النتيجة مع تلك الملحوظة عند المصالح الأخرى.

من بين العوامل التي تم تحديدها من قبل العائلات التي استخدمت مصالح إعادة التكييف لتسهيل / تحسين الوصول إلى هذه المصالح، تظهر النتائج في الجدول أدناه عدة حلول تتفق مع المعوقات التي تم تحديدها. وقد اقتُرح على وجه الخصوص تحسين جوارية المصالح (استراتيجية متنقلة، توفر المصالح)، وتحسين إمكانيات النقل (الجماعي، المرافق) و لاسيما إطلاع الناس أحسن حول المصالح المتوفرة (67,9٪). بالإضافة إلى نتائج التحقيق الكمي، سمحت مجموعة التركيز بتحديد عائق لبعض الأسر متمثل في صعوبة تقييم الفائدة من استشارة هذا النوع من المصالح أو تجهيز الطفل.

الجدول 17: الصعوبات التي تمت مواجهتها في استخدام مصالح المساعدة التقنية (ع = 106)

الصعوبات	عدد المرات التي ذكرت فيها	نسبة ذكرها
مسافة كبيرة للوصول إلى المصلحة	69	%65,09
وسائل نقل متوقفة غالبا	67	%63,21
تنقل الطفل صعب	63	%59,43
نقل مستحيل أو صعب	61	%57,55
نقص المعلومات (متى وكيف الوصول إلى هناك)	3	%2,83
مشاكل نوعية الاستقبال من قبل الموظفين	2	%1,88
أخرى	1	%0,94

الجدول 18: المعوقات المصرح بها خلال استخدام مصالح المساعدة التقنية (ع = 106)

المسهلات	عدد مرات ذكرها	نسبة ذكرها
حملات اعلامية حول المصالح المتاحة	72	%67,92
توفر المصلحة	59	%55,66
الإسعافات الخاصة المتنقلة / المنزلية	49	%46,23
شخص متاح للدعم / للمساعدة في نقل الطفل	18	%16,98
نقل عمومي مخصص نحو الهيكل	12	%11,32
أخرى	1	%0,94

بالإضافة إلى ذلك، أفرزت مجموعات التركيز والمقابلات عن عدة عناصر حول المعوقات والمسهلات للوصول إلى مصالح إعادة التكييف:

- هناك معوق واضح لاستشارة مصلحة توفر المساعدة التقنية في المخيمات وهو محدودية توفرها. وعلى العائلات أن تنتقل إلى مستشفى رابوني من أجل استشارة المصلحة الوحيدة المتوفرة. إن المعوقات التقليدية التي تنبثق من الاستبيان الكمي (مسافة طويلة لمكان الاستشارة، تكاليف النقل، وصعوبات تنقل الطفل)، هي أكثر أهمية لكون مستشفى رابوني بعيدا جدا من وسط باقي المخيمات.
- يحد غياب المصالح الجوارية في الولايات أيضا من فرصة العائلات في الوعي بالحاجة المحتملة لطفلهم في المساعدة التقنية والتعويضية.
- لا تذهب العديد من العائلات للاستشارة بسبب الجهل بالمساعدة الممكنة أو لغياب مسعى المبادرة. تسعى الزيارات المتنقلة التي تقوم بها ل د ص أ مرتين في السنة للولاية الواحدة، زيادة على هدف الاستشارة، لتحسين مستوى توعية واطلاع العائلات.
- وُجدت معوقات متعلقة بالتخوف من العجز والمرض أثناء مجموعات التركيز التي أجريت مع موظفي الصحة: إن استخدام المساعدة التقنية والتعويضية رهن بالاعتراف بحالة الإعاقة، أو المرض. تميل العائلات بالتالي إلى تأخير وقت الاستشارة، أو على أمل أن تتحسن الصعوبة الصحية بشكل طبيعي. يؤكد مجموع العاملين في المجال الصحي والتعليمي على هذا الاتجاه في المجتمع الصحراوي.
- تتنقل ل د ص أ مرتين في السنة في كل ولاية للتوعية والتثقيف بشأن المساعدات التقنية والتعويضية الممكن توفيرها عن طريق نوع القيد. تعمل في هذه المناسبات مع الأخصائيات الاجتماعية التي تساعد على الكشف المبكر عن الأشخاص الذين لهم حاجة. يمثل هذا النوع من الاستراتيجية الجوارية بلا منازع عنصرا مساهما في الوصول إلى المصالح.

الوصول إلى مصالح الدعم النفسي والاجتماعي

تعد المصالح التي تقدم الرعاية النفسية محدودة جدا في الولايات.

يعمل طبيب نفسي في كل مستشفى جهوي، ولكن لا أحد منهم يتمتع بتكوين خاص للتكفل بالأشخاص ذوي الإعاقة. ولا يوجد أي مكان آخر يمكن إجراء استشارة فيه داخل المخيمات في هذا المجال[27].

تذكر الأخصائيات الاجتماعية المرافقة النفسية / النفسية الاجتماعية لعائلات الفئات الهشة (الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن)، على أنها أحد أدوارهن الأولى[28] . وسمحت المرحلة النوعية من البحوث بالتأكيد على أن عمل الأخصائيات الاجتماعية تنظر إليه العائلات أيضا على أنه مرافقة نفسية (دعم التسيير اليومي / الاستماع). وينبغي أن تـــُقرأ بعض الإجابات على معرفة، استخدام ومعوقات استعمال مصالح المرافقة النفسية،

27 : تم التحقق أثناء مقابلة لدى ملحق التعاون الدولي لوزارة الصحة أنه ما من لجنة أجنبية تقدم استشارة للأطفال المعوقين في المخيمات الصحراوية. تأتي لجنة اسبانية من نافارا من وقت لأخر في السنة إلى المخيمات، ولكن بخصوص نشاطات تكوين علماء النفس فقط.

28 : حينما سئلت عما تعنيه بالرعاية النفسية، أشارت إلى نصائح متعلقة بالتسيير اليومي مع الطفل المعاق (« نشرح للأم كيف تغير الطفل حينما يكون كثير الحركة» ، « كيف نجلسه»، «كيف نفعل حتى يخف سيلان لعابه»، « نتناقش مع الأم إذا رأينا أنها تعبة من كثيرة حركة الطفل « الخ)

مع الأخذ بعين الاعتبار لحقيقة أن المستطلَعين يشيرون بالخصوص لعمل الأخصائيات الاجتماعية

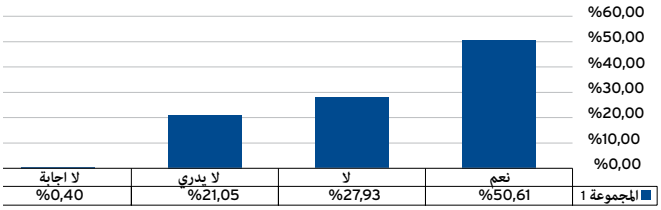
معرفة مصالح المرافقة النفسية الاجتماعية

من أصل العينة المستطلعة، 60,73٪ (ع = 150) من المشاركين يصرحون بمعرفتهم لمصالح المرافقة النفسية الاجتماعية في الولايات وقال 38,86٪ (ع = 96) أنهم لا يعرفون. 21,05٪ من المستطلَعين لا يعرفون الإجابة على السؤال. كما سبقت الإشارة إليه أعلاه فالتواجد القريب للأخصائيات الاجتماعية قد يفسر هذه النسبة.

الحاجة المقدرة واستخدام مصالح المرافقة النفسية الاجتماعية

تعتبر ما يقرب من نصف العائلات أن طفلها يحتاج إلى استشارة مصلحة من المصالح التي تقدم المرافقة النفسية الاجتماعية، يعتبر حوالي 28٪ أنهم ليسوا في حاجة إليها، وحوالي 21٪ منهم يقولون أنهم لا يعرفون.

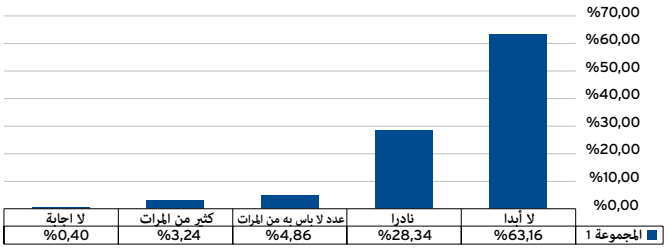
الرسم البياني 10 : الحاجة المصرح بها للمصالح التي تقدم المرافقة النفسية الاجتماعية:



فيما يتعلق باستخدام هذه المصالح، من مجموع العينة، يصرح 63,16٪ (ع = 156) من المستطلعين أنهم لم يسبق لهم استخدام مصالح المرافقة النفسية الاجتماعية، 28,34٪ (ع = 70) نادرا. ويصرح 8,1٪ فقط (ع = 20) من أفراد العينة أنهم استخدموا المرافقة النفسية الاجتماعية في عدد لا بأس به من المرات أو كثير من المرات.

لا تسفر أية علاقة معتبرة إحصائيا (القيمة الاحتمالية> 0,05) مع جنس أو عمر الطفل والإقبال على هذه المصالح على نتائج كمية.

الرسم البياني 11: التكرر المصرح به لاستخدام مصالح المرافقة النفسية الاجتماعية:



يسمح تحليل يقارن الحاجة المقدرة واستخدام مصالح المرافقة النفسية الاجتماعية بإظهار أنه من بين الأشخاص الذين يرون أنهم في حاجة (ع = 125)، لم يستخدم 40,8٪ (ع = 51) هذه المصالح واستعملها 42,4٪ (ن = 53) نادرا

الجدول 19: تكرر استعمال مصلحة المرافقة النفسية للأطفال ضمن العائلات التي حددت الحاجة

الحاجة المصرح بها	تكرر الاستخدام المصرح به					
	لم تذكر مطلقا	نادرا	عدد لا باس به من المرات	عدد كبير من المرات	لا إجابة	المجموع الكلي
نعم	51	53	12	8	1	125
لا	61	8				69
لا أعرف	43	9				52
لا إجابة	1					1
المجموع العام	156	70	12	8	1	247

معوقات ومسهلات استخدام مصالح المرافقة النفسية

إن المعوقات الرئيسية المذكورة للوصول لمصالح المرافقة النفسية الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة مطابقة لمختلف المصالح المعروضة سابقا. غير انه من المستغرب بقاء المسافة ووسائل النقل معوقات هامة مع أن الأخصائيات الاجتماعية تعتبر أصلا مقدمة لخدمة المرافقة النفسية الاجتماعية وموفرة لخدمة جوارية (على عكس المصالح المتطرق إليها سابقا)

من بين العوامل التي تم تحديدها من قبل العائلات التي استخدمت مصالح المرافقة النفسية الاجتماعية لتسهيل / تحسين الوصول إلى هذه المصالح، تظهر النتائج في الجدول أدناه عدة حلول تتفق مع المعوقات التي تم تحديدها. ومن المقترح على وجه الخصوص تحسين قرب المصالح (استراتيجية متنقلة، توفر المصالح) ولاسيما اطلاع الأشخاص بشكل أفضل حول المصالح المتوفرة (58,2٪).

الجدول 20: الصعوبات التي تتم مواجهتها لاستخدام مصالح المرافقة النفسية الاجتماعية (ع = 91)

الصعوبات	عدد مرات ذكرها	نسبة ذكرها
الصعوبات في التنقل المتعلقة بالإعاقة/ المسافة	81	%89,01
صعوبات في النقل إلى الهياكل	39	%42,86
تكاليف النقل	71	%78,02
شخص لمرافقة الطفل	34	%36,02
هيكل مغلق في بعض الأحيان	4	%4,39
موقف سلبي للموظفين	3	%3,23

الجدول 21: المسهلات المصرح بها خلال استخدام مصالح المرافقة النفسية الاجتماعية (ع = 91)

المسهلات الملحوظة اثناء اسخدام مصالح المرافقة النفسية (من أصل 91 شخصا ممن يصرحون باستعمالهم المسبق لها)		
المسهلات	العدد	النسبة
توفر أكثر أهمية للمصلحة	55	%60,44
حملة اعلامية/ اعلام حول توفر المصلحة	53	%58,24
فرق الاسعافات المتنقلة	42	%46,15
النقل الجماعي المخصص/ المنصب نحو مرفق العلاج	13	%14,28
توفر شخص مسؤول عن مرافقة الطفل	9	%9,89
أخرى (غير موضحة)	1	%1,10

وبالإضافة إلى ذلك، أفرزت مجموعات التركيز والمقابلات عدة عناصر حول الموانع والمسهلات للوصول إلى مصالح إعادة التكييف:

- لا توجد على العموم مصالح المرافقة النفسية المخصصة لذوي الإعاقة في المخيمات الصحراوية. إن عدم توفر المصلحة وصعوبة ادراك العائلات لاحتياجات الأطفال ذوي الاعاقة التي تنتج عن ذلك هي بلا شك عائق رئيسي في المجال. وتظهر المرحلة النوعية أن الاحتياجات المقدرة للمرافقة النفسية تظل تقييمات غامضة / ولا تفهمها العائلات إلا قليلا(«أنا لا أعرف ما اذا كان يمكن أن يستشير طبيبا نفسانيا لأنه غير واع جدا «. «لا، انه لا يحتاج إليها لأنه ليس مجنونا»).
- تقديم مرافقة نفسية أو نفسية اجتماعية غير معروفة إلا قليلا. إن جزءا من المستطلعين الذين يقولون إنهم قد استشاروا على الأقل نادرا مصلحة المرافقة النفسية ربما يشيرون إلى الأخصائيات الاجتماعية في معظم الحالات، كما تم التحقق منه من قبل فريق البحث خلال رصد مرحلة جمع البيانات الكمية[29] .

29 تستقبل الاخصائيات الاجتماعية في مكتب مخصص لكل ولاية كما تتنقل في المنزل.

التعليم

في حين تعترف الغالبية العظمى من العائلات بأهمية التعليم لجميع الأطفال (ع = 239؛ 97٪)، يعد إدراك أهمية تعليم الأطفال المعوقين أكثر توسطا، وهذا يتوقف على نوع القيود. ففي حين يعتبر 95٪ التعليم مرغوبا فيه للأطفال المكفوفين والصم والبكم، يتمنى 85 ٪ في تعليم الأطفال ذوي القيود الحركية و 68٪ فقط هم لصالح تعليم الأطفال الذين يعانون من القيود الفكرية و / أو العقلية.

الوصول للتعليم العادي

تتمتع ثلاث «طبقات» للأطفال ذوي الإعاقة بوصول مسهل اجتماعيا للتعليم المدرسي العادي في سياق المخيمات الصحراوية:

- **الأطفال ذوي الإعاقة البصرية:** يشجع استقبال الأطفال ذوي الإعاقة بصريا في المدارس العادية علنا من قبل وزارة التربية والتعليم، ويستجيب لهذه الرغبة موظفو م أ م وموظفو التعليم في المدرسة العادية. والقاعدة هي أن يتم دمج جميع الأطفال ذوي الإعاقة بصريا في المدارس العادية. نجد أن البرامج التعليمية في م أ م والمدارس العادية هي نفسها لتسهيل هذا الادماج. يتمدرس معظم الأطفال ذوي الإعاقة البصرية الذين ينجحون في المدارس العادية بـ م أ م في البداية، ويتم دمجهم تدريجيا في المدرسة العادية.

  يعد التطبيق أمر اكثر تعقيدا، أولا، لأن العديد من الأطفال ذوي الإعاقة البصرية لا يدخلون م أ م. وتعزو الافتراضات التي تم تحديدها في المرحلة النوعية من الدراسة ذلك لإحجام الاولياء عن قبول/ الاعتراف بالإعاقة النهائية لأطفالهم [30]، خوف الأولياء، و صعوبة تنقل الطفل نحو المراكز، الخ. ليس هناك محاولة للانتقال إلى المدرسة العادية في هذه الحالات المذكورة. ثانيا، يعتمد التوجيه للمدرسة العادية إلى حد كبير على رغبة مديرية م أ م ، والتي تختلف من ولاية لأخرى. في م أ م ببوجدور، أوضحت المديرية أنه طالما تـــُتبع نفس المناهج الدراسية في المدارس العادية وفي المركز، فلا فائدة من تشجيع التلاميذ على الانتقال. وتكشف المقابلات أخيرا أن عددا من الأطفال يحاولون التوجه للمدرسة العادية لكنهم يفشلون[31]. إن هذا الفشل يفسَر بغياب أو عدم كفاية مرافقة هؤلاء الأطفال في انتقالهم إلى المدرسة العادية. لا توجد اية آلية للمرافقة الفردية وتختلف طرق التوجيه باختلاف م أ م: في بعض الحالات، تتم مرافقة الطفل لعدة أسابيع من قبل معلم في المدرسة العادية لتسهيل توجيهه. ولا تستمر هذه المرافقة في حالات أخرى سوى بضعة أيام. لا توجد أية مدرسة عادية مجهزة بوسائل بري، ولم يتم تكوين المعلمين على مرافقة الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

  في نتائج المسح الكمي، نجد أن 8 أطفال من بين 18 طفلا معاقا متمدرسا في المدارس العادية هم من ذوي الاعاقة البصرية.

30 : كما بالنسبة للذهاب لجميع المصالح الصحية والتعليمية، يرفض بعض الاولياء في البداية الاعتراف بصعوبات رؤية طفلها. ويمكن أن يسحبوه من المدرسة العادية لأنهم يجدون أنه لا يتابع، أو لا يرسلوه إليها ويستمرون في رفض تسجيله بـ: م أ م على أمل تحسن سريع في رؤية الطفل.

31 : م م ف مع موظفي التربية ببوجدور والسمارة والمقابلات مع مسؤولي م أ م باوسرد والسمارة. نجد في الاستبيان الكمي أن 16 طفلا من أصل 36 الذين ما عادوا متمدرسين أبدا بالمدرسة العادية لكنهم دخلوها في الماضي، هم من ذوي الاعاقة البصرية (بعض الصعوبات على الأقل)

- **الأطفال ذوو الإعاقة الحركية بدون تحديد وظيفي.** سمحت المرحلة النوعية بالكشف عن اندماج اجتماعي مهم نوعا ما للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية في المخيمات الصحراوية. من المعتاد سماع من يقول أن الإعاقة الحركية ليست معتبرة على أنها إعاقة، طالما كان الشخص مستقلا في الذهاب للمدرسة والعمل، وفي تربية أسرة، الخ. وقدم أيضا المشاركون في مجموعات التركيز من العاملين في مجال التعليم أمثلة كثيرة لأطفال متمردسين في المدرسة العادية ولا يعانون من صعوبات خاصة للاندماج. ونجد في نتائج التحقيق النوعي أن 8 من 18 طفلا متمدرسا في المدرسة العادية تظهر عليهم قيود وظيفية حركية.
- **الأطفال ذوو الإعاقة السمعية.** كشف موظفو التربية بمجموعات التركيز عن تجارب الأطفال ممن لهم إعاقة في السمع في أقسامهم. لم يتم حسبهم توفير أية مرافقة خاصة، غير أن الأساتذة وضحوا بأنهم يقومون بجهود الدعم والمرافقة في هذه الحالة.

الاحتياجات المقدرة واستخدام مصالح التعليم العادي

يظل وصول الأطفال ذوي الإعاقة إلى المدارس العادية هامشيا.

تعطي نتائج المسح الكمي بخصوص تمدرس الأطفال في المدرسة العادية النتائج التالية:

الجدول 22: عدد ونسبة الأطفال ذوي الإعاقة المتمدرسين في المدارس العادية (ع = 237)

الاجابات	العدد	النسبة
متمدرس	18[32]	%7,29
غير متمدرس	229	%92,71

يظهر المسح الكمي بالتالي نسبة مئوية قدرها 7,29٪ من الأطفال الذين يذهبون إلى المدرسة العادية. من بين الأطفال الذين شملهم التحقيق (ع = 229)، لم تتمدرس أغلبية كبيرة (79,04٪، ع = 181) أبدا في المدارس العادية في حين تمدرس بها 15,72٪ منهم من قبل (ع = 36).

ردا على سؤال «**هل تعتقد أنه يمكن أن يتمدرس طفلك في المدرسة العادية،** » ، أجابت 8٪ فقط (ع = 18) من العائلات التي لا يتمدرس اطفالهن حاليا في المدارس العادية بالايجاب بينما لا يعتقد 92٪ آخرون أن طفلهم قد يتمدرسون في المدارس العادية. هذه النتيجة منخفضة جدا وربما تفسر معدل التمدرس المنخفض بالمدارس العادية التي تم رصدها. هذا ويمكن أن نوازن هذه النتيجة بالأسباب المذكورة أدناه، بما في ذلك حالة صحة الطفل ومستوى شدة القيود.

المعوقات والمسهلات لاستخدام مصالح التعليم الخاص

إن الأسباب المختلفة المذكورة من طرف الأولياء المستطلعين (ع = 229) لشرح عدم تمدرس اطفالهم في المدارس العادية هي:

- عدم توافق المشاكل الصحية للطفل مع التمدرس في المدارس العادية (ع = 84، 36,68٪).
- الخوف على الطفل ، يكون في حماية أفضل في المنزل (ع= 39، 17,03٪)
- عدم اهتمام الطفل (ع = 23، 10,04٪)
- سوء استقبال التلاميذ (ع = 16 شملهم التحقيق، 6,99٪)
- نقل صعب للذهاب إلى المدرسة والتنقل في المؤسسة (ع = 11 شملهم التحقيق ، 4,80٪)
- سوء استقبال الأساتذة (ع = 7، 3,06٪)

32 : ع:223، الأطفال 18 المتمدرسون في المدرسة العادية غير معنيين بالسؤال.

الجدول 23: المسهلات المصرح بها التي تسهل التمدرس بالمدرسة العادية (ع:229)

المسهلات المنصوص عليها	عدد مرات ذكرها	نسبة ذكرها
الأساتذة المكونون على إدماج الأطفال الذين هم في حالة إعاقة	115	%50,22
مدرسة قريبة من المنزل	79	%34,49
نقل متوفر/ مساعدة على تنقل الطفل	37	%16,16
اطلاع أحسن حول الوصول للمدرسة العادية للأطفال ذوي الاعاقة	23	%10,04

فيما عدا الأسباب، يذكر الأولياء معوقات أخرى لاسيما مشاكل النقل (ع:17)، طرق التعليم غير المكيفة (ع:26)، العتاد غير المكيف في المدارس (ع:16)، والمواقف السلبية للتلاميذ الآخرين (ع:14). يسمح الجزء النوعي من الدراسة بإظهار أن الموظفين المعلمين يتطوعون أكثر لإدراج أوسع للأطفال ذوي الاعاقة في المدارس، غير أنهم يشيرون لنقص الخبرات بالنسبة لطرق التعليم المكيفة، وهم يتساءلون حول طرق الاستقبال (الأقسام المدمجة، المرافقون الخاصون، مناهج مخففة للتعليم، الخ)

إن تعزيز قدرة المعلمين لإدماج الأطفال ذوي الإعاقة هو العامل الأول المذكور من طرف الأولياء الذين شملهم التحقيق (ع = 115؛ 50،22٪). ويأتي بعد ذلك القرب والنقل (على التوالي 34,5 و 16٪) والاطلاع الأفضل حول الوصول إلى المدارس العادية بـ (10٪).

الوصول للتعليم الخاص

تضم كل ولاية مركزا للتعليم العادي ومركزا لذوي الإعاقة البصرية، ومن الجدير الإدلاء ببعض الملاحظات على ضوء الزيارات والمقابلات التي أجريت في مجموع م ت خ / م أ م :

- تم تسجيل وحضور عدد لا باس به من الأشخاص البالغين في (م ت خ) و (م أ م). ويعد وجود عدد كبير من الاشخاص البالغين في بعض المراكز (لاسيما م ت خ بالعيون) عائقا واضحا في تسجيل الأطفال بـ: م ت خ من طرف أوليائهم، حتى ولو كان هذا الرهان لم يفرزه الاستبيان الكمي، أو يُستخلص بطريقة غير مباشرة (خوف على الطفل)
- تؤطر وزارة الشؤون الاجتماعية نظريا استقبال وتوزيع التلاميذ حسب الأقسام بـ: م ت خ، ولابد أن يكون ذلك بالتالي متجانسا نسبيا. أما في الواقع، فطرق العمل التي تم تبنيها تعتمد على الأشخاص الذين يؤطرون م ت خ وعلى القيود القائمة. لا يتمدرس بالعيون مثلا أي طفل دون 13 سنة بمركز للتعليم الخاص بسبب الحضور القوي للتلاميذ البالغين المستقبلين أيضا. لا نجد هذه الحالة في م ت خ بالسمارة وأوسرد حيث يتواجد اطفال كثيرون ابتداء من سن 4 سنوات.
- إن الروابط المباشرة بين م ت خ / م أ م، والمؤسسات العادية غير موجودة تقريبا. وقد أظهرت مجموعتان من مجموعات التركيز التي تضم مؤطرين من م ت خ / م أ م وأساتذة بالمدرسة العادية أن المجموعتين المهنيتين تعرفان بعضهما قليلا: تعرف أساتذة المدرسة العادية على مقاربة العمل الذي تقوم به فرق م ت خ، بمنسابة اجتماعنا.

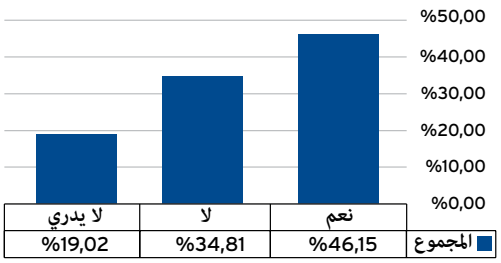
معرفة مصالح التعليم الخاص

حددت الغالبية العظمى من المجيبين عن التحقيق الكمي جيدا مراكز التعليم الخاص لكل ولاية. ويعرف بالتالي 84,90٪ (ع = 208) من المستطلعين م ت خ / م أ م، في مقابل 11,84٪ (ع = 29) ممن لا يعرفونها و 3,27٪ (ع = 8) ممن لا يستطيعون الإجابة على السؤال.

الحاجة المقدرة واستخدام مصالح التعليم الخاص

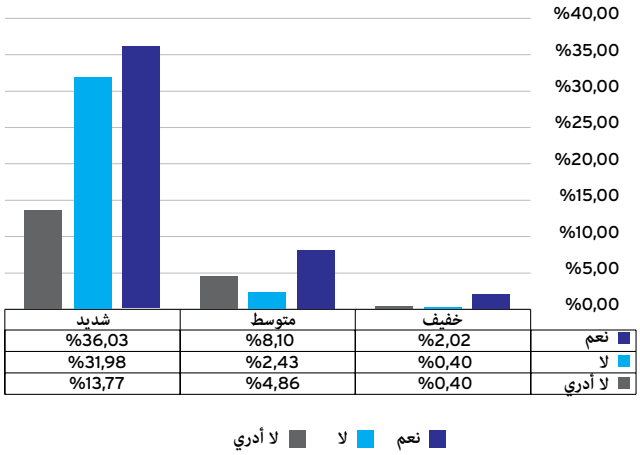
يعتبر ما يقرب من نصف (ع = 116) المستطلعين أن طفلهم يحتاج الإقبال على م ت خ أو م أ م ، ويعتبر34،81٪ (ع = 90) أن طفلهم لا يحتاج ذلك. لا يعرف 19,02٪ (ع = 41) من المستطلعين تحديد ما إذا كان طفلهم يحتاج أن يحضر لـ م ت خ أم لا. لا يمكن تجاهل الأشخاص المترددين: إنهم يعبرون عن ارتباك ملحوظ خلال مجموعات التركيز حول ما يمكن أن يجلبه الإقبال على (م ت خ) أو (م أ م) للطفل. من المتكرر مثلا سماع أحد الأولياء يشير لتطور ضئيل لطفله على المستوى التربوي أو على مستوى الاستقلالية بعد بضعة أشهر من م ت خ، ويستنتجون من ذلك أن إرسال أطفالهم في هذه المراكز غير مجد.

الرسم البياني 12: تقدير الأولياء لحاجة طفلهم المعاق في الإقبال على م ت خ أو م أ م (ع:247):



لا تكشف دراسة، أكثر دقة للحاجة التي تم إبداؤها للإقبال على م ت خ أو م أ م بحسب شدة القيود الوظيفية، عن اختلافات كبيرة بين العائلات التي قالت أنها في حاجة أو لا. وبشكل منطقي أكثر ، نجد أنه ضمن الاشخاص الذين قالوا أنهم في حاجة، كثيرون هم من لهم طفل مع قيود وظيفية شديدة (36٪ شديدة، 8,1٪ متوسطة و 2٪ خفيفة)

الرسم البياني13: تقدير الأولياء للحاجة في الإقبال على م ت خ أو م أ م ومستوى شدة الإعاقة:



يظهر التحليل حسب القيود الوظيفية نتائج غير متوقعة في بعض الأحيان. بالنسبة للأطفال الذين يعانون من صعوبات أو عجز تام، تم تحديد الحاجة بشكل ضئيل. ويبدو أن فرضية الرغبة في الإدراج بالمدرسة العادية غير مرجحة إلا قليلا نظرا للنتائج المعروضة سالفا (8٪ فقط من الأولياء يرغبون في تمدرس أطفالهم بالمدارس العادية). وتفيد الفرضية الأخرى الأكثر ترجيحا بالنظر للنتائج السالفة أن الأولياء الذين لا يرون أنهم في حاجة لا يرغبون في تمدرس أطفالهم لا في المدارس العادية ولا في م ت خ أو م أ م.

- من أصل 45 طفلا لديهم على الأقل صعوبات كبيرة في الرؤية حتى مع استعمال النظارات، 20 طفلا (44,44٪ منهم) هم أطفال يذكر أولياءهم أن لهم حاجة في الاقبال على م ت خ أو م أ م.
- من أصل 28 طفلا لديهم على الاقل صعوبات

كبيرة في السمع حتى مع استعمال جهاز سمع، 10 أطفال (35,7٪ منهم) هم أطفال يذكر أولياءهم أن لهم حاجة في الاقبال على م ت خ أو م أ م.

- من أصل 108 طفلا لديهم على الاقل صعوبات كبيرة في التواصل، في الفهم أو التفهيم مثلا حينما يستعملون/ يستعملن لغتهم/هن المعتادة، 43 طفلا (39,81٪ منهم) هم أطفال يذكر أولياءهم أن لهم حاجة في الاقبال على م ت خ أو م أ م.
- من أصل 114 طفلا لديهم على الأقل صعوبات كبيرة في التركيز أو الذاكرة، 48 طفلا (42,1٪ منهم) هم أطفال يذكر أولياءهم أن لهم حاجة في الإقبال على م ت خ أو م أ م.

ويبدو على العكس من ذلك أن عدد الأولياء، الذين لهم أطفال مع صعوبات حركية كبيرة أو عجز تام والذين يصرحون بالحاجة إلى تمدرس اطفالهم في م أ م أو م ت خ ذ، مرتفع لكون هؤلاء الاطفال يمكن أن يدرجوا بسهولة في المدرسة العادية. وتقول الفرضية أن هؤلاء الأطفال لا يعانون وحسب من صعوبات حركية (صعوبات أخرى مرفقة) أو أن الأولياء غير مطلعين/واعين بإمكانية الإدراج في المدرسة العادية.

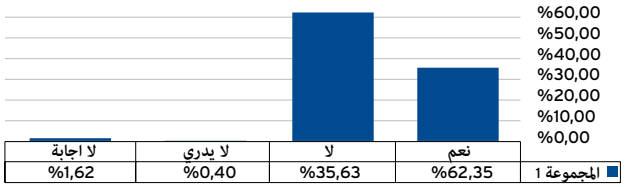
- من أصل 108 طفلا لديهم على الأقل صعوبات كبيرة في المشي أو في صعود الدرج، 32 طفلا (29,6٪ منهم) هم أطفال يذكر أولياءهم أن لهم حاجة في الإقبال على م ت خ أو م أ م، وأن 18 (16,6٪) لا يعرفون.

من بين العينة التي شملها التحقيق، 88 طفلا (35,63٪) يحضرون مركزا للتعليم الخاص أو مركزا للأشخاص المكفوفين. من بين هؤلاء الاطفال، 56 (63,63٪) يذهبون كل يوم لواحد من هذين النوعين من المراكز، 9 أطفال (10,23٪) يذهبون بين 2 و 4 أيام في الأسبوع، و 12 طفلا يذهبون أقل من 2 يومين في الأسبوع.

في 11 حالة، لا يعرف الآباء تقديم معلومات عن تردد ذهاب طفلهم إلى واحد من هذين النوعين من المراكز.

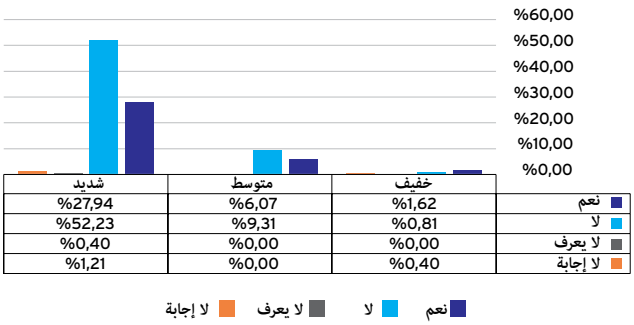
لا تسفر أية علاقة معتبرة إحصائيا (القيمة الاحتمالية > 0,05)، مع جنس أو عمر الطفل والإقبال على هذه المصالح، عن نتائج كمية.

الرسم البياني 14: نسبة الإقبال على م ت خ أو م أ م (ع:247)



تظهر مراقبة أكثر دقة حسب مستوى شدة القيود الوظيفية للإقبال على م ت خ أو م أ م أن العديد من الأطفال الذين يحتاجون بالتأكيد للوصول إلى أجهزة التعليم المتخصص لا يذهبون إلى م ت خ أو م أ م . نجد إلى جانب ذلك أن 33 طفلا (13,3٪) ممن يصرح أولياءهم أنهم في حاجة لا يقبلون على هذا النوع من المؤسسات.

الرسم البياني 15: نسبة الإقبال على م ت خ أو م أ م حسب مستوى شدة القيود الوظيفية (ع: 247)



الجدول 24: الأسباب المصرح بها التي تشرح عدم الاقبال على م ت خ أو م أ م (ع: 158)

معوقات الإقبال على م ت خ أو م أ م	عدد مرات ذكرها	نسبة ذكرها
يذهب الطفل إلى المدرسة العادية	8	%5,06
لم يتم اطلاعه على كيفيات الدخول	11	%6,51
لا مكان	15	%8,88
صعوبات النقل نحو المركز	9	%5,32
النقل للمركز مكلف	5	%2,96
مشاكل التنقل في المركز	20	%11,83
الخوف على الطفل	55	%32,54
نعتقد أن المشاكل الصحية لطفلنا غير متوافقة مع متابعة المركز	96	%56,80
أخرى	9	

معوقات استخدام مصالح التعليم الخاص

إن الاسباب الرئيسية الثلاثة لعدم الإقبال على م ت خ أو م أ م التي تم الكشف عنها في الجزء الكمي للدراسة هي عدم التوافق الذي قدرته العائلة بين إعاقة الحالة الصحية للطفل والتعليم بالمركز الخاص (ع: 96، 56,80٪)، الخوف على الطفل (ع: 55، 32,54٪)، وصعوبات التنقل داخل المراكز (ع: 20، 11,83٪). يسمح الجزء النوعي للبحث بتأكيد المعوقات/ القيود واستخراج أخرى منها. جرى ذكر الخوف على الطفل في الحقيقة في كثير من المرات من طرف الأولياء أو أشارت إليه الأخصائيات الاجتماعية على أنه سبب لعدم الإقبال على م ت خ أو م أ م.

ويمكن أن أن يربط هذا الخوف مثلا بمتوسط السن المرتفع للمسجلين مما يقلق أولياء الأطفال الصغار – تستقبل كل المراكز في الحقيقة أشخاصا بالغين، ويشعر الأولياء من جانب آخر بقلق إزاء عدم رؤية تقدم على أطفالهم (التمتع بالاستقلالية، القراءة، الكتابة) بعد مضي بضعة أشهر في المركز ثم يسحبونهم. وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من صعوبات حركية هامة فقد تم ذكر غياب العتاد لتسهيل التنقل في حرم المراكز وذلك أثناء مجموعات التركيز. وأخيرا تم ذكر الخوف من الاعتراف أو تأكيد حالة إعاقة الطفل بتسجيله في مركز للتعليم الخاص أو مركز للأشخاص المكفوفين، ولاسيما خلال المقابلات مع موظفي م أ م.

يتراجع كثير من الأولياء في لحظة تسجيل طفلهم بالمركز الخاص بسبب الخرافة (العين الحسود) أو على أمل أن تتلاشى حالة الإعاقة. وقد ذكر هذا العائق من قبل في المقابلات النوعية بخصوص الوصول للإسعافات الخاصة (ما يشرح اللجوء المتأخر لإعادة التكييف مثلا). ويكون هذا العائق أكثر أهمية حينما لا يتم تحديد تشخيص الإعاقة بوضوح مما يترك الأولياء في فهم غامض للحالة الصحية لطفلهم.

ج
المشاركة الاجتماعية والحماية

إدراك عزل الأطفال ذوي الإعاقة

يظهر جليا عدم وجود عزل للأطفال ذوي الإعاقة (أو خفيف في المجتمع) أو في حالات استثنائية:

الجدول 25: إدراك عزل الطفل لدى العائلة أو المجتمع، المرتبط بالإعاقة:

هل تقولون أن طفلكم مهمش بسبب إعاقته ؟		
الأجوبة	في العائلة	في المجتمع
لا أبدا	%91,09	%71,25
قليلا	%4,05	%16,60
بشكل متوسط	%1,21	%2,43
بشكل قوي	%2,02	%4,86
لا يدري	0	%0,40
لا اجابة	%1,62	%4,45
المجموع الكلي	%100,00	%100,00

تميل مجموعات التركيز وزيارات المراقبة لتأكيد هذه المسلمة:

- تم استجواب الأولياء حول لحظة تحديد أو ذكر اعاقة طفلهم للمرة الأولى (**في أية لحظة، من طرف من، كيف كان شعوركم**). كانت الأجوبة التي تقول أن الصعوبات الصحية الخاصة للطفل لابد من قبولها لأنها « مشيئة الله » محل إجماع عموما. ولم يذكر أي شعور اخر (العار، الرفض،الخوف الخ) تلقائيا بخصوص حالة الطفل الصحية.
- خلال الزيارات المنزلية التي قامت به فرقة البحث، كان الدخول على الطفل الذي يعاني من إعاقة فوريا وسهلا، مهما كانت شدة إعاقته. كما لوحظت في أغلب الحالات دلائل مهمة لإدماج الطفل في الحياة المنزلية (طفل قريب من أمه، أو متواجد في الغرفة حيث يوجد الكل، طفل يلعب مع اخوانه واخواته أو قرب المنزل مع أطفال اخرين)
- خلال مجموعة من مجموعات التركيز بأوسرد، تمت مسائلة الأولياء حول تجاربهم في استشارة المستشفى او المستوصف مع الطفل الذي يعاني من اعاقة. وقد أوضحت المجموعة أن «**الأطفال ذوي الاعاقة هم في الحقيقة أحسن علاجا منا في المستشفيات ! يترك الأشخاص دورهم حتى نمر بطريقة أسرع مع الطفل، كما يعطينا الأطباء الأولوية**».

المشاركة مع المحيط العائلي والمجتمعي

الجدول 26: التفاعل مع الاخوة والأخوات (لعب، ترفيه)

	القيم العددية	النسبة
عدد كبير من المرات	80	%32,39
غالبا	46	%18,62
أحيانا	62	%25,10
لا أبدا	52	%21,05
لا يدري	1	%0,40
لا اجابة	6	%2,43
المجموع الكلي	247	%100,00

الجدول 27: التفاعل مع الأطفال والمراهقين الآخرين ضمن المجتمع/الحي:

	القيم العددية	النسبة
عدد كبير من المرات	56	%22,67
غالبا	28	%11,34
أحيانا	71	%28,74
لا أبدا	85	%34,41
لا يدري	1	%0,40
لا اجابة	6	%2,43
المجموع الكلي	247	%100,00

لا يظهر أي ترابط بين سن أو جنس الطفل وقدرته على التفاعل مع أشقائه وشقيقاته أو أفراد المجتمع في نتائج الاستبيان الكمي.

ظهرت المشاركة الاجتماعية مع الإخوة والأخوات جيدة مع غالبية الإجابات التي أكدت وجود تفاعل (لعب)، وهذا في نصف الحالات بعدد لا بأس به من المرات أو في كثير من المرات. يظهر أن التفاعل مع أقران الطفل من ذوي الإعاقة في المجتمع أقل وضوحا (3/1 في عدد لابأس به من المرات و في كثير من المرات؛ و 34٪ أبدا). يمكن لهذا أن يتم تفسيره بشدة القيود التي تمنع الطفل من الذهاب خارج المنزل بسهولة. وتـــــــــَـــــدعمُ هذه الفرضية على وجه الخصوص النتائج أدناه والتي تبين صعوبة كبيرة أو عجز تام عن التطور في المنزل أو الخارج لـ 40,40٪ من الأطفال (ع = 99).

الجدول 28: سهولة التنقل داخل وخارج المنزل

	العدد	النسبة
بدون صعوبات	80	32,65%
مع بعض الصعوبات	66	26,94%
مع الكثير من الصعوبات	41	16,73%
لا، لا يستطيع	58	23,67%
المجموع الكلي	245	100,00%

تسمح مجموعات التركيز مع المهنيين بتعميق تقدير هذا المستوى من المشاركة الاجتماعية:

- خلال زيارة بمركز اعادة التكييف بالسمارة، تمت مساءلة المعالج الطبيعي حول وصول الأطفال المتابعين في هذا المركز للمدرسة العادية، وترتبط في نظره الصعوبات للوصول للمدرسة العادية بصعوبة التنقل أو العجز المادي للموظفين المعلمين في تأطير هؤلاء الأطفال (المساعدة في التنقل، التأكد من سلامتهم، الخ). «**يأتي تعريض الأطفال للخطر من لعبهم مع غيرهم، من دون أخذ الحيطة ومن دون تأطير المعلمين، تم منذ مدة ليست بالبعيدة سحب طفل أتابعه من المدرسة لأنه تراجع على المستوى الحركي جراء عدم أخذ الحيطة، يلعب الأطفال في الساحة على إقراض العكازات، الخ**». إن الرفض الاجتماعي المرتبط بالإعاقة ليس عائقا هنا يحول دون المشاركة الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة[33]
- في احدى مجموعات التركيز الخاصة بموظفي التربية، شرحت مديرة م ت خ لبوجدور أنها تأخذ كل يوم خميس أطفالا من مركزها حتى يقضوا الاستراحة في ساحة المدرسة العادية. يلعب أطفال المؤسستين حسبها معا بسهولة، وتم إضفاء الطابع المؤسساتي على الزيارة الأسبوعية بالمدرسة العادية.
- في إحدى مجموعات التركيز الخاصة بموظفي التربية بالسمارة، شرحت أخصائية اجتماعية كيف أنها تأخذ كل اربعاء طفلا معاقا من حيه لقضاء نصف يوم في مدرسة عادية، وترى من وجهة نظرها أنه ما من طفل من الأطفال الذين تأخذهم قادر على متابعة التعليم غير أن الادماج في القسم وفي الساحة يتم بسهولة.

33 : في حالة معينة، تحدث الشخص الذي أجريت معه المقابلة عن أطفال دون قيود وظيفية

إدراك وممارسات ذات صلة بحماية الأطفال

الجدول رقم 29 : هل تعتقدون أن طفلكم معرض للخطر إذا بقي وحده في المنزل؟

	القيم العددية	النسبة
لا أبدا	31	%12,55
بل بالعكس	14	%5,68
نعم هو كذلك	133	%53,84
تماما	56	%22,67
لا إجابة	13	%5,26
المجموع الكلي	247	%100,00

الجدول30 «هل يحدث لكم ترك طفلكم/طفلتكم وحيدا/وحيدة في المنزل على الأقل ساعة واحدة ؟»

	القيم العددية	النسبة
أبدا	149	%60,32
نادرا	81	%32,79
في عدد لا باس به من المرات	9	%3,64
في كثير من المرات	2	%0,81
لا إجابات	6	%2,43
المجموع الكلي	247	%100,00

الجدول 31: « هل يحدث لكم ترك طفلكم/طفلتكم وحيدا/وحيدة في المنزل لعدة ساعات ؟ »

	القيم العددية	النسبة
أبدا	187	%75,71
نادرا	50	%20,24
في عدد لا باس به من المرات	6	%2,43
في كثير من المرات	2	%0,81
لا إجابات	2	%0,81
المجموع الكلي	247	%100,00

لا يسفر أي ترابط بين جنس، سن أو مستوى شدة قيود الطفل الطفل، والممارسة التي تقضي بترك الطفل وحده ما لا يقل عن ساعة واحدة أو ساعات كثيرة في المنزل، عن نتائج كمية (القيمة الاحتمالية> 0,05).

تم تحديد مفهوم الخطر بشكل واضح من قبل الأسر بخصوص ترك الطفل وحده في المنزل (أكثر من ¾ من الإجابات تؤكد الخطر) وتميل الممارسات إلى عدم ترك الأطفال وحدهم في البيت (60٪ أبدا ولو لساعة واحدة، 75٪ أبدا لعدة ساعات). لا يؤثر مستوى شدة القيود على ممارسة ترك الطفل وحده.

التوليفة والمقترحات/ التوصيات

تسمح نتائج هذه الدراسة لنا بتأكيد الغالبية العظمى من الافتراضات المقدمة (انظر المقدمة – فرضيات البحث). ومن المهم أن نلاحظ أنه لا يوجد، في مجموع النتائج المعروضة، تأثير كبير (إحصائيا) للجنس أو السن على هذه النتائج.

النتائج الرئيسية للدراسة هي كما يلي:
ليس لتصور العجز تأثير كبير على المشاركة الاجتماعية (التي تبدو جيدة) أو على الوصول للمصالح (استقبال المهنيين الخ ..).
هناك اختلافات في الاعتراف بالإعاقة بحسب القيود الوظيفية للطفل: على سبيل المثال، يُحدَد الأطفال الذين يعانون من القيود الحسية بشكل أقل على أنهم «طفل معاق» من الأطفال الذين يعانون من أنواع أخرى من القيود الوظيفية، والذي لا يبدو أنه يغير من مستوى مشاركتهم الاجتماعية.
وفي المقابل، يجد أولياء الأطفال اللذين لهم قيود وظيفية، من أي نوع كانت، صعوبات في تحديد وتقبل ذلك بالخصوص. تؤخر هذه الصعوبات في التحديد والتقبل في كثير من الأحيان اللجوء لمصالح التشخيص والرعاية المناسبة.
تم تحديد المخاطر الممكنة، التي تهدد سلامة الطفل حين يُترك لوحده في البيت، من قبل معظم الأولياء وتتفق الممارسات المصرح بها مع هذا الخطر المتصور لأن الأولياء لا يصرحون إلا نادرا بل لا يصرحون أبدا أنهم تركوا أطفالهم ذوي الإعاقة وحدهم.
ويبدو بوضوح أن عرض المصالح لرعاية الأطفال ذوي الإعاقة لا يستجيب لمجموع الاحتياجات التي عبر عنها الأولياء ولا الاحتياجات الفعلية (تحليل مستويات شدة القيود) للأطفال، وهذا في أي قطاع كان.
إن عرض المصالح غير موجود في بعض الأحيان في بعض القطاعات، لا يوجد على سبيل المثال نظام تشخيص منهجي ومتعدد الاختصاصات يرتكز على معايير محددة ومعترف بها دوليا (التصنيف الدولي لتأدية الوظائف) ولا ورشات محلية لتقديم المساعدات التقنية للوضعية. لا تتوفر بعض مهن إعادة التكييف محليا (العلاج الوظيفي، النفسي النفسي)
إلى جانب ذلك، يمكن لعرض المصلحة هذا أن يكون محدودا لتلبية احتياجات السكان المعنيين، وذلك بسبب القدرة غير الكافية للاستقبال في بعض مراكز التعليم الخاص مثلا، مصالح الوسائل التقنية للتنقل، عدد المهنيين الاجتماعيين / علماء النفس، والمهنيين المختصين في إعادة التكييف.
وبالإضافة إلى ذلك، فحينما يتواجد عرض المصلحة فهذا لا يعني أنه يستعمل بالضرورة. نسجل على سبيل المثال نسبة محو الأمية ومستوى تعليم متدن لدى الأطفال ذوي الإعاقة، وكذلك نسبة التمدرس منخفضة جدا في الوسط العادي (18 طفلا، 7,29٪).
تتم توعية أولياء الأطفال ذوي الإعاقة بشكل قليل و / أو لا يفهمون قيمة تمدرس أبنائهم في المدارس العادية. إنهم يقولون على وجه الخصوص أن حالة طفلهم غير متوافقة مع المدارس العادية، أو هم»خائفون» مما يمكن أن يحدث لأطفالهم. تعد نسبة التمدرس بالمدارس الخاصة أكثر أهمية ولكن لا يزال أقل من الاحتياجات المرجوة والتي أعرب عنها الآباء. يعزى التوقف عن التمدرس، بالمحيط الخاص، المصرح به من طرف الآباء أساسا لحالة الطفل الصحية، لخوف الآباء، عدم الوصول للمرافق، ولإدراك الأثر البيداغوجي غير الكافي بالنسبة للطفل.
نلحظ عندما نقارن استخدام المصالح والحاجة التي يشعر بها الآباء، في الوقت ذاته استخفافا بالحاجة إلى استخدام المصالح (التحليل القائم على مستوى شدة القيود) واستعمالا منخفضا للمصالح المتاحة (من بين الأولياء الذي شعروا بالحاجة) أيا كان القطاع المدروس (التعليم، اعادة التكييف، والنفسي الاجتماعي).

تؤكد نتائج الدراسة أيضا وجود حواجز كبيرة أمام الوصول إلى المصالح ويرجع ذلك أساسا إلى عدم إمكانية الوصول أو نقص معلومات المصالح المتوفرة للتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة في جميع القطاعات المدروسة.

إن الأطفال ذوي القيود الوظيفية الكبيرة لهم بالخصوص وصول أقل للمصالح من غيرهم.نجد أن المعوقات الرئيسية للوصول الجغرافية والاقتصادية هي المسافة بين المنزل والمصلحة وتكلفة النقل، وتعزى ايضا لجهل الأولياء بالمصالح (أو عرضها) وعدم الوصول المادي لهذه المصالح لاستيعاب الأطفال ذوي الإعاقة. حتى في حالة وجود عرض خدمة جوارية في المخيمات (الأخصائيات الاجتماعية، وفرق م أ إ لإعادة التكييف، والفرق المتنقلة لـ: ل د ص أ) إلا أنها لا تزال غير كافية لتلبية جميع الاحتياجات والتوقعات. ويبدو أيضا أن عرض المصلحة غير مكيف بالضرورة للاحتياجات الخاصة للأطفال ذوي الإعاقة، وقد عبر مهنيو القطاعات الاجتماعية والتعليمية وإعادة التكييف عن احتياجات في التكوين المهني. (تعريف الإعاقة والمسعى الشامل، البيداغوجية الشاملة، التحديد والتشخيص، المقاربة الشخصية، تكفل بإعادة التأهيل والمعدات الخ ...) ليكونوا قادرين على الاستقبال الأحسن والتكفل بالأطفال ذوي الاعاقة واحتياجاتهم الخاصة.

ويبدو أخيرا أن الإجابات من اجل التكفل الشامل بالأطفال ذوي الاعاقة من خلال هذه المصالح قليلة التنسيق (نظام الإحالة والإحالة المضادة، مجال التنسيق متعدد التخصصات ومتعدد القطاعات ...)، مما يقلل من الاتساق العام لهذا التكفل، وبالتالي من التحسين الفعلي لظروف عيش الأطفال المعنيين.

وتستند التوصيات الواردة أدناه على نتائج الدراسة وقد تم إثراؤها بخبرات واستراتيجيات تدخل منظمة الإعاقة الدولية في سياقات أخرى مماثلة. لم تعرض هذه التوصيات حسب قطاع التدخل (الصحة، إعادة التكييف، الاجتماعي، التعليمي) ولكن في منطق منهجي للحصول للمصالح، على افتراض أن القطاعات المعنية متكاملة وضرورية لتوفير التكفل الشامل والنوعي للأطفال ذوي الاعاقة.

تحديد وتعريف وتشخيص الاعاقة:

- عكس ووضع إطار حول معايير تعريف الاعاقة، مع الأخذ بالحسبان للتوصيات و التصنيفات الدولية للإعاقة من أجل تنسيق فهم مجموع المؤسسات، المصالح، والسكان. هذا يسمح من جانب أخر بتسهيل التعريف الشامل للأطفال ذوي الإعاقة في المخيمات، تسريع تشخيصهم وبالتالي التكفل المناسب بهم. ومن اجل تجنب إنشاء حالات من التشهير بالطفل، يمكن العمل مع المجتمع على معايير الاعتراف بالإعاقة هذه، بعد توعيته وفهم الآثار الايجابية للتشخيص المبكر لحالة عيش الطفل.
- وبناء على معايير التعريف بالإعاقة هذه، وضعُ نظام يسمح بتشخيص حالة إعاقة الطفل، من خلال وضع فريق متعدد التخصصات (طبي، اعادة تكييف، نفسي واجتماعي) لتقييم حالة الطفل. هذا التشخيص ضروري لتكييف التكفل وإحالة الطفل إلى مجموع المصالح في مشروعة / مساره الحياتي (المصالح الاجتماعية، التعليمية، الصحية، وإعادة التكييف...) وفقا لاحتياجاته الخاصة. يسهل هذا التشخيص من جانب أخر تقبل حالة إعاقة الطفل (مع المرافقة) من قبل الأسر، والتي لن تتأخر كثيرا في استشارة المصالح المطلوبة لاحتياجات الطفل.

- تعزيز قدرات مهنيي العمل الاجتماعي لتحديد وإحالة الأطفال ذوي الإعاقة لفريق متعدد التخصصات قائم بالتشخيص (الذي ينتمون إليه من أجل الشروع في المرافقة الاجتماعية الشخصية بعد التشخيص)
- توعية صناع القرار والمهنيين وعامة السكان حول مجال الاعاقة، المقاربة الشاملة وحول حماية الأطفال ذوي الإعاقة.

الوصول للمصالح واستخدامها:

- إبلاغ السكان عموما عن الأجهزة (التشخيص، الفرق المتنقلة، الإحالة) والمصالح / المهنيين الموجودين للتكفل بالأطفال ذوي الإعاقة، وتوعيتهم حول أهمية التكفل المبكر قدر الإمكان وتعزيز جودة التكفل الشامل (متعدد القطاعات)
- وضع آليات التخفيف من المعوقات الجغرافية التي تحول دون الوصول للمصالح من خلال تطوير مصالح جوارية جديدة و / أو من خلال نشر أجهزة التدخل المتنقلة لمهنيي اعادة التكييف في المستشفيات، وهذا لصالح الأطفال ذوي القيود الشديدة بالخصوص .
- تطوير آليات الحد من المعوقات الاقتصادية التي تحول دون الوصول إلى المصالح من خلال تطوير أنظمة النقل الجماعي للتكفل بالأطفال و / أو بدعم مالي لتكلفة النقل.
- ضمان الوصول للمصالح العادية والمتخصصة لاستقبال الأطفال ذوي الاعاقة (المدارس، المصالح الصحية، المصالح الاجتماعية، الخ ...) مهما كانت إعاقتهم الوظيفية (حسية، حركية، إدراكية). وللقيام بذلك، ينبغي تشغيل تشخيص الوصول للمصالح المحددة كأولويات من قبل الاولياء والمجتمع. واقتراح توصيات لتنفيذ الوصول المادي والتواصل أيضا.
- تطوير عرض المصلحة المتوفرة (العادية والخاصة) لتلبية جميع الاحتياجات من خلال تطوير مصالح جديدة على وجه الخصوص (ورشات محلية لتقديم المساعدات التقنية المتعلقة بالتنقل والوضعية على سبيل المثال)، من خلال تعبئة عدد كاف من المهنيين و / أو تكوين مهنيين جدد إذا لزم الأمر (جميع القطاعات).
- تطوير عرض المصلحة لإعادة التكييف بالخصوص من أجل التكفل متعدد التخصصات بالاحتياجات الخاصة للأطفال ذوي الاعاقة (العلاج الوظيفي، العلاج النفسي الحركي، علاج النطق)

الجودة وتكيف عرض المصلحة:

- إبلاغ أولياء الأطفال ذوي الاعاقة على قدرات وإمكانات كل طفل، استنادا إلى أمثلة ملموسة من النجاح المدرسي واستقلالية الأطفال ذوي الاعاقة،واستنادا أيضا إلى مرافقة الأسرة وتحقيق مشروع مخصص للطفل.
- توعية وتكوين المهنيين (جميع القطاعات) حول مجال الإعاقة، المسعى الشامل والمرافقة الاجتماعية الشخصية.
- تعزيز قدرات المهنيين المتصلة مباشرة بالأطفال من حيث مهاراتهم الخاصة، لتحسين نوعية التكفل بالأطفال بغض النظر عن قيودهم الوظيفية.
- تكوين مهنيي اعادة التكييف بالخصوص حتى يكونوا ويرافقوا بأنفسهم أولياء الأطفال ذوي الإعاقة لتحفيز أطفالهم، حركات بسيطة ينبغي انجازها بانتظام، وتحسين آثار التكفل. هذه الحركات لا ينبغي أن تكون ابدا حركات إعادة التأهيل التي هي من مسؤولية المهنيين الحاصلين على شهادة.
- تطوير لجان تقنية متعددة التخصصات والقطاعات (مهنيو اعادة التأهيل، الاجتماعي،

التعليم، الطفولة، الحماية، الصحة العقلية ... ..) من اجل رصد وتكييف التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة ومرافقتهم.

- تطوير زيارات التبادل لمهنيي المخيمات مع هياكل جزائرية أخرى لتقاسم ممارسات العمل الجديدة وتثمين ممارسات مهنيي المخيمات.

نظام التكفل الشامل والتنسيق بين القطاعات:

- تطوير «مسيرة المستخدم / الطفل المعاق» في إطار من التنسيق بين المصالح لضمان تكفل منهجي ومنسق بالطفل. هذا يتطلب على وجه الخصوص تحديد المسؤوليات التكميلية لكل مهني متدخل في مسيرة التكفل. تتكفل المصالح الاجتماعية على هذا النحو، بالتحديد،الإحالة والمتابعة الاجتماعية (مرافقة المشروع الشخصي)، لدينا أيضا لجنة التشخيص متعددة التخصصات للوضع المعيشي للطفل، بما في ذلك حالة إعاقته، مصالح التربية والتعليم (البيداغوجية المكيفة / الشاملة)، مصالح إعادة التكييف للتكفل بإعادة التأهيل والعتاد.
- تطوير مجالات التنسيق بين القطاعات مع صناع القرار والعناصر الفاعلة الأخرى (المنظمات الدولية، المنظمات غير الحكومية، ،المصالح العامة والخاصة، أولياء الأطفال ذوي الإعاقة ...) الموجودين من أجل تنسيق العرض والتآزر والتكامل بين المصالح القائمة وتكييف استراتيجيات التدخل عند الاقتضاء.

قائمة المراجع

مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها - مجموعة واشنطن لإحصاءات الاعاقة:
http://www.cdc.gov/nchs/washington_group/index.html

منظمة الإعاقة الدولية والمنظمة الدولية لمساعدة المسنين، **ضحايا الأزمة السورية المخفيين: المعاقون، المصابون وكبار السن من اللاجئين**، 2014.

منظمة الإعاقة الدولية، منهجية لتقييم سريع للاحتياجات حول حالة الأشخاص من ذوي الإعاقة ضمن وحول مخيم دوميز للاجئين في شمال العراق - غير مؤرخ

منظمة الإعاقة الدولية ، تقييم المعوقات، الاحتياجات، فرص وإمكانية الأطفال ذوي الإعاقة للوصول للتعليم بمدينتي غزة ورفح، أوت 2015.

منظمة الاعاقة الدولية ، نخفيهم عن الحب وليس عن العار، دراسة أولية عن الأطفال المعرضين للعنف الجنسي ببوروندي، 2013

منظمة الاعاقة الدولية ، او تي دي دي بي اش، فتح (2013). تشخيص محلي لحالة وصول ذوي الاحتياجات الخاصة للمصالح بالتجمعات السكانية قابس ودوز قبلي

الديوان الوطني للإحصاء في الجزائر،
http://www.ons.dz/IMG/pdf/Demographie2015.pdf

منظمة الصحة العالمية، منظمة العمل الدولية، التقرير العالمي حول الإعاقة، 2011.
https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/rapport_mondial_handicap_oms_2012.pdf

اليونيسيف، **تقييم شامل حول الطفل بمخيم الأزرق ، جوان 2015.**

البحوث والبيانات المتعلقة باعاقة الطفل نادرة، مما يعيق تطوير سياسات وبرامج فعالة
http://data.unicef.org/child-disability/overview.html

المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ملف العمليات 2015 - الجزائر،
http://www.unhcr.org/fr/dza.html

فريق واشنطن حول إحصاءات الإعاقة، اليونيسيف، مقياس حول أداء وإعاقة الطفل،
https://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting13/wg13_unicef_child_disability_background.pdfp

تحقيق إستكشافي عن إحتياجات، عراقيل و تسهيلات الوصول للمصالح و المشاركة الإجتماعية للأطفال المعاقين حركيا في مخيمات اللاجئين الصحراويين

يهدف البحث لتصنيف سكان الأطفال ذوي الإعاقة حسب الصنف وشدة القيود الوظيفية وحسب السن والجنس. وهو يطلعنا من جانب آخر على القيود والمسهلات التي يصادفها الأطفال ذوي الإعاقة للوصول لمصالح الصحة والتعليم. وهو يطلعنا في الأخير على مستوى المشاركة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ويعطينا مستوى أول من المعرفة بخصوص مفهوم الحماية مثلما يراه آبائهم أو عائلاتهم. فصلت البيانات، حسب ملائمتها، بالنظر لنوع القيود الوظيفية، سن وجنس الأطفال من أجل تحسين التحليل.
يسمح مجموع النتائج (المعطيات الكمية والنوعية) بتحديد استراتيجية للتدخل مكيفة مع إشكالية الأطفال ذوي الإعاقة في المخيمات الصحراوية. وستوجَه النتائج بذلك نشاطات منظمة الإعاقة الدولية وستتشاطرها مع السلطات الصحراوية في المخيمات،وكذلك بالجزائر العاصمة لدى الفاعلين الذين يعملون في سياق مخيمات اللاجئين الصحراويين من أجل تطوير وصول نوعي للمصالح ومشاركة اجتماعية محسنة للأطفال ذوي الإعاقة.

منظمة الإعاقة الدولية
بعثة الجزائر
جمعية تعاونية الاستقلال
15 مكرر طاهر بوشط ، تكسرين بئر
خادم الجزائر
contact.algerie@hi-maghreb.org

unicef
وزارة الشؤون الاجتماعية وترقية المرأة
HANDICAP INTERNATIONAL