مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية العدد 60 الجزء الاول اكتوبر 2022
الموقع الاليكتروني: https://jsswh.journals.ekb.eg بريد إليكتروني: jsswh.eg@gmail.com

التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً

Professional intervention in a way of community organizing to achieve social security for the mentally disabled

دكتور أحمد مصطفى محمد طه
أستاذ تنظيم المجتمع المساعد
المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة

ملخص الدراسة:

يعد الأمن الاجتماعى ضرورة مهمة من ضروريات الحياه البشرية ولزاما من لوازمها الاساسية لدوره المهم فى تحقيق الاستقرار والرخاء لأفراد المجتمع، كما يعتبر الركيزة الاساسية لبناء المجتمعات الحديثة وعاملا رئيسا فى حماية منجزاتها والسبيل لتقدمها بما يوفره من بيئة ملائمة وأمنه للعمل والبناء وبعث الطمأنينه فى نفوس أفراد المجتمع، وإذا أردنا تحقيق الأمن الاقتصادي والاجتماعي للمعاقين ذهنيا فلابد من تضافر جهود الدولة ومنظمات المجتمع المدني وكافة شرائح المجتمع أفراداً وجماعات من خلال رسم وتنفيذ سياسات متكاملة تحقق الاستقرار الاجتماعي، لذلك جاءت تلك الدراسة والتي تعد من دراسات قياس عائد التدخل المهني التي تهدف إلى اختبار أثر استخدام المتغير المستقل والذي يتمثل في برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع والمتغير التابع والذي يتمثل في تحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً، وقد تحددت أهداف الدراسة كما يلي: حيث تحدد الهدف الرئيسي في تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً، ويتحقق ذلك الهدف الرئيسي من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التالية: 1. تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق التأهيل المهني للمعاقين ذهنياً. 2. تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاقتصادي للمعاقين ذهنياً. **3.** تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الصحي للمعاقين ذهنياً. 4. تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً، وقد تم إختبار كافة فروض الدراسة بإستخدام المعاملات الإحصائية المناسبة، وقد أثبتت الدراسة صحة فرضها الرئيسي وكافة الفروض الفرعية.

الكلمات المفتاحية: التدخل المهني، الأمن الإجتماعي، المعاقين ذهنيا.

Abstract:

Social security is an important necessity of the necessities of human life and one of its basic requirements for its important role in achieving stability and prosperity for members of society. And if we want to achieve economic and social security for the mentally disabled, the efforts of the state, civil society organizations and all segments of society, individuals and groups, must be combined

through drawing up and implementing integrated policies that achieve social stability. The use of the independent variable, which is the professional intervention program in the way of community organization and the dependent variable, which is to achieve social security for the mentally disabled, and the objectives of the study were determined as follows: This is the main objective by achieving the following sub-objectives: 1. Measuring our profitability Occupational intervention approach in the way of community organization to achieve the vocational rehabilitation of the mentally handicapped. 2. Measuring the return of the professional intervention program in the way of community organization to achieve economic security for the mentally disabled. 3. Measuring the return of the professional intervention program in a way of community organization to achieve health security for the mentally disabled. 4. Measuring the return of the professional intervention program in a way of community organization to achieve social security for the mentally disabled. All the study hypotheses were tested using the appropriate statistical coefficients, the study proved the validity of its main hypothesis and all sub-hypotheses.

Keywords: Professional intervention, social security, mentally disabled.

مشكلة الدراسة:

تعتبر مشكلة الإعاقة من أهم المشكلات التي تحتل مركزاً حيوياً في برامج تنمية الموارد البشرية، تلك الموارد التي تعتبر أحد الأعمدة الرئيسية لنجاح خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية للدولة. ولقد زاد الاهتمام برعاية المعاقين وبذلت الجهود من كافة الدول في سبيل الاعتراف بضرورة توفير خدمات التأهيل المتكاملة التي من شأنها أن تخفف من حدة المشكلات والآلام التي يتعرضون لها، وحيث أكدت منظمة الصحة العالمية أن هناك 600 مليون معاق يعيشون فى جميع أنحاء العالم وأن 80% من هؤلاء المعاقين يعيشون فى الدول النامية (أبو النصر، 2020، ص5).

وتشير الاحصائيات الى ان نسبة ذوى الإعاقة في جمهورية مصر العربية تبلغ حوالى 3% من اجمالى عدد السكان وفقا لبيان الجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء في عام 2018، ووفقا لاحدث بيانات الجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء في عام 2020 فان عدد المواطنين ذوى الإعاقة في مصر يقارب 10 مليون مواطن في جميع انحاء الجمهورية.

وتقوم الرعاية الاجتماعية بمساعدة الشخص المعاق على التكيف الاجتماعي ليستطيع أن يندمج ويشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع وذلك من خلال الوسائل والخدمات التأهيلية المختلفة(عبيد، 2007، ص 85)

ولقد تجسد الاهتمام العالمي بقضايا الإعاقة بإعلان سنة 1982م السنة العالمية لذوي الإعاقة وتبني الفترة 1983- 1992 العقد الدولي للأشخاص ذوي الإعاقة و الذي نشطت فيه المجموعة الدولية والحكومات والمجتمعات ومنظمات ذوي الإعاقة لبلورة الأفكار والاستراتيجيات التي تضع الإعاقة وخدماتها في سياق التوجهات العالمية الحديثة، وهكذا وانطلاقا من الالتزام الدولي والحكومي والشعبي بالمبادئ الموجهة للمتطورات الحديثة في سائر مجالات الحياة فقد ارتبطت قضايا الإعاقة ارتباطا وثيقا بهذه المبادئ، وأفادت بالتالي في توجيه السياسات والاستراتيجيات الدولية والحكومية في مجال تأهيل ذوي الإعاقة (داوود، 2006، ص 189)

وأدرك العالم خطورة مشكلة الاشخاص ذوى الإعاقة وحجمها على المستوى العالمي حيث تقدر بحوالي 450 مليون معاق جسديا وعقليا وبصريا أي 10% من إجمالي سكان العالم، ويوجد 80% منهم في الدول النامية ويزيد عدد ذوي الإعاقة في الوطن العربي عن 15 مليون شخص، وهناك احتمال زيادة هذا العدد مع عوامل التحضر السريع و زيادة حوادث الطرق وإصابات العمل وضحايا الحروب، وغير ذلك، ومن هنا جاءت أهمية مواجهة مشكلات الإعاقة مواجهة شاملة وضرورة تمكين المعاقين من المشاركة الكاملة في حياة مجتمعاتهم أخذ وعطاء وعلى قدم المساواة مع بقية المواطنين (رمضان، 1995، ص155)

وقد شهد القرن العشرين تطورا كبيرا في مجال رعاية ذوي الإعاقة وتأهيلهم وقد لعبت الخدمة الاجتماعية باعتبارها مهنة إنسانية دورا هاما في ذلك من خلال ما لديها من أساليب علمية هامة تمكنها من أن تعمل مع ذوي الإعاقة لرعايتهم والاستفادة من قدراتهم المتاحة حتى تدعم سلوكهم الإيجابي حيث أن فئة ذوي الإعاقة في أشد الحاجة إلى تفهم مظاهر الشخصية لديهم نتيجة لما تفرضه الإعاقة من ظروف جسمية ومواقف اجتماعية وصراعات نفسية. (عبده، 2003، ص21)

ويعاني الأشخاص ذوو الإعاقة من التمييز والإقصاء ليس فقط من صانعي السياسات ولكن أيضاً من قبل أطراف اجتماعية كثيرة فإن كثيراً من الثقافات والممارسات

الاجتماعية تنطوي على تمييز ضد ذوي الإعاقة وتصل في بعض الأحيان إلى التهميش والإقصاء الكامل لتصبح هذه الفئة محرومة من كثير من الحقوق المكفولة لسائر الأعضاء وفي مقدمتها الحق في العمل والحق في التعليم والمشاركة في الحياة العامة. (الهيئة القبطية الانجيلية، 2008)

لقد أصبح المعاقون في المجتمع يشكلون شريحة هامة من حيث العدد وكذلك نوعية أفرادها وطاقتهم ومؤهلاتهم والمسئولية الاجتماعية وحتى الفردية تدعو المجتمع بإلحاح المسئولين والمواطنين إلى إعطاء هذه المسألة الأهمية التي تستحقها.

ومن بين مداخل الرعاية بالشخص المعاق هي عملية تأهيله أو إعادة تأهيله حتى ينهض بذاته أو يسترجع قدرته على المشاركة في البناء الاقتصادي والاجتماعي بهدف ادماجه في المجتمع، وتلعب الجمعيات المتخصصة التي تستهدف فئة المعاقين الدور الأهم في هذا المجال. (بوصنوبره،2010) حيث اشارت دراسة أبو القاسم (2011) بضرورة وضع برامج وأنشطة تقلل من العزلة التي تعيشها الفتيات من ذوى الإعاقة والعمل على تغيير نظرة المجتمع للفتيات المعاقات وضرورة توفير البرامج التوجيهية والعلاجية بهدف ايجاد افضل الاساليب في التعامل مع المشكلات الاجتماعية والنفسية لدى ذوى الإعاقة.

ولذلك فقد أكدت دراسة محمد (2011) على ضرورة التركيز على برامج التوعية للمجتمع المحلي للمساهمة في تعزيز وتكثيف الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة وذلك للاستفادة من قدراتهم الكامنة لإحداث التقدم والرقي للمجتمع وضرورة توفير مصادر دعم فنية لتقديم الإرشاد في مجال التدريب المهني وتطوير المشروعات الصغيرة الموجهة لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة وضرورة استغلال موارد البيئة في تأهيل وتنمية قدراتهم.

كما اثبتت دراسة ليمي وبرانشيت Lemmi v, Blanchet k, (2016) ان تأهيل الاشخاص ذوى الإعاقة وتأهيل اسرهم ومقدمى الرعاية لهم وتوعية المجتمع الذى يعيشون فيه وتوفير الخدمات والبرامج التدريبية لهم قد يكون فعالا جدا في تنمية قدراتهم و تحسين ادائهم الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة لديهم.

وتوصلت دراسة مصطفى (2007) إلى حاجة مجال ذوى الإعاقة إلى المزيد من الاهتمام المجتمعي والمؤسسي والحاجة إلى المزيد من مشاركة الجمعيات الأهلية ومؤسسات المجتمع المدني في رعاية المعاقين من خلال إكسابهم المهارات الفنية والحرفية المختلفة بما يتناسب مع قدراتهم. كما أوصت دراسة غباري (2011) بأهمية

زيادة ميزانية الجمعيات لتوفير الخدمات المختلفة لتلبية احتياجات المعاقين بالإضافة إلى أهمية الدورات التدريبية للجهاز العامل بالجمعية لرفع كفاءتهم المهنية في التعامل مع المعاقين بالإضافة إلى أهمية المشاركة المجتمعية.

واستهدفت دراسة تشانا Chana (2008) التعرف على نوعية الخدمات التي تقدم للأطفال المعاقين من خلال استطلاع لآراء عائلاتهم عن العوامل التي تؤثر على استخدام الخدمات التي توفر الراحة والرفاهية وتوقعاتهم من تلك الخدمات بما يحقق الراحة والحيوية لذوي الاعاقة مدى الحياة، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك الكثير من الخدمات التي تقدم لهؤلاء الأطفال ولكن هناك حاجة قوية لمرونة حركة تمويل الخدمات حتى تستجيب الرعاية لاحتياجات العميل وأن كثيراً من مقدمي الخدمات لديهم خبرة كبيرة في إدارة وتقديم الخدمات وأنه لا بد من تخصيص الموارد والتخطيط لدعمها.

واما دراسة محمد (2011) والتي استهدفت تفعيل دور الخدمات الأهلية في تحسين نوعية الحياة لأسر المعاقين ذهنياً و تفعيل دور الجمعيات الأهلية فيما يتعلق بتحسين الخدمات التعليمية والصحية والاقتصادية مما أدى إلى تحسين نوعية الحياة الخاصة بأسر المعاقين بالإضافة إلى تفعيل المشاركة المجتمعية بالتوعية بمشكلات أسر المعاقين ذهنياً.

واستهدفت دراسة كامل (2011) تحديد دور التخطيط الاستراتيجي كأحد مراحل تنظيم المجتمع بهدف تطوير الدور التربوي والتعليمي الذي تقوم به الجمعيات الأهلية المعنية بالعمل مع المعاقين. كما استهدفت دراسة جاب الله (2012) تحديد الخدمات الفعلية التي تقدم للمعاقين وتحديد الاحتياجات والمشكلات التي تواجه المعاقين بالإضافة إلى تحديد البرامج والأنشطة التي من شأنها اشباع احتياجاتها المعاقين ومواجهة مشكلاتهم من خلال استراتيجية المدافعة وتوصلت الدراسة إلى دور مقترح لطريقة تنظيم المجتمع لتدعيم دور جمعية التأهيل الاجتماعي لرعاية المعاقين باستخدام استراتيجية المدافعة.

واستهدفت دراسة محمود (2014) التعرف على الدور الذي تلعبه الجمعيات الأهلية في تفعيل حماية حقوق المعاقين وتوصلت الدراسة إلى أن الجمعيات الأهلية لها دور بارز في توعية الأسرة بحقوق الطفل المعاق بالإضافة إلى تقديم خدمة من الخدمات التعليمية والصحية والترفيهية للأطفال المعاقين بالإضافة إلى تقديم خدمات الإرشاد الأسري لتوعية الأسرة بكيفية التعامل مع الطفل المعاق.

دراسة ماثيسون Matheson (2005) استهدفت التعرف على طبيعة المشاعر التي تنتاب المعاقين ذهنياً وبخاصة العاطفية أو الشعورية منها، وتوصلت الدراسة إلى أن المعاقين ذهنياً من ذوي السلوكيات العدوانية أقل ميلاً لإبداء المشاعر العاطفية والنفسية في المواقف التي يتعرضون لها مقارنة بغير العدوانين منهم، فسلوك التلاميذ المعاقين ذهنياً قد يكون معوق لأدائهم لوظائفهم الاجتماعية ويعوق تحصيلهم الدراسي ويؤدي هذا إلى شعورهم بالنقص.

كذلك دراسة وارين Warren (2004) استهدفت التعرف على المستويات العديدة من السلوكيات العدوانية بين المصابين بالإعاقة الذهنية، وتوصلت إلى التركيز على علاقة المنزل بظهور أو تزايد السلوك العنيف لدى المصاب بالإعاقة الذهنية.

أما دراسة شاش (2001) استهدفت التعرف على فعالية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، وتوصلت الدراسة إلى تحسن المهارات الاجتماعية وخفض الاضطرابات السلوكية وعدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لمجموعة الدمج في حين وجدت فروقاً بي القياسين لدى مجموعة العزل. اما دراسة سيسالم (2003) استهدفت ضرورة التأكيد على نظام الدمج حيث يعد ذلك حقاً من حقوق المعاقين ذهنياً في أن ينشأوا في بيئة طبيعة مع أفراد الأسرة ولأقران والجيران فيتاح لهم التفاعل والمشاركة والنجاح.

وكذلك دراسة مخيون (2004) استهدفت التعرف على تأثير البرنامج الترويحي المقترح على تنمية الوعي بالذات للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم، وتوصلت إلى أن استخدام البرنامج الترويجي المقترح له أثر بصورة فعالة على تنمية الوعي بالذات.

دراسة مرسي (2002) استهدفت وضع برنامج مقترح لجماعات الأطفال المعاقين ذهنياً والذي يعمل على اشباع حاجاتهم وفق قدراتهم وإمكاناتهم ليسترشد به الاخصائيين الاجتماعيين الممارسين مع هذه الفئة، وتوصلت إلى أن المهارات الفنية التي يتطلبها إعداد وتنفيذ وتقويم برامج هذه الفئة هي مهارة تكوين علاقات اجتماعية ومهارة الاتصال ثم مهارة المشاركة الجماعية ومهارة توظيف إمكانات وموارد الأطفال المعاقين ذهنياً.

كما ان دراسة حسن (2003) استهدفت وضع برنامج لتمرينات المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم ومعرفة أثر ذلك على القدرات الادراكية الحس حركية والسلوك التوافقي، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج المقترح في تنمية بعض القدرات الادراكية الحس

حركية والسلوك التوافقي. اما دراسة سعدي (2005) استهدفت التعرف على مدى فعالية برامج مراكز التدريب الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين ذهنياً وإكسابهم مهارات السلوك التكيفي وأيضاً التعرف على مدى تأثير برامج مراكز التربية الخاصة في اكساب الاطفال المعاقين ذهنياً مهارات الاعتماد على النفس في الحياة اليومية وتوصلت الدراسة إل وجود زيادة في الدرجة الكلية بالنسبة للسلوك النمائي "مهارات الاعتماد على النفس" وانخفاض معظم درجات الاضطرابات السلوكية عند أفراد العينة.

ودراسة عطية (2011) استهدفت تقييم فعالية برامج التأهيل المرتكز على المجتمع في تأهيل المعاقين ذهنياً وأيضاً تقييم كفاءة الأداء المهني لفريق العمل المنفذ لبرامج التأهيل للمعاقين ذهنياً، وتوصلت الدراسة إلى أن مشروع التأهيل حقق أهدافه والتي من أهمها هو تأهيل المعاقين ذهنياً والوصول إليهم في أماكن سكنهم.

ويعد الامن الاجتماعى ضرورة مهمة من ضروريات الحياه البشرية ولزاما من لوازمها الاساسية لدوره المهم فى تحقيق الاستقرار والرخاء لأفراد المجتمع (خالد، 2018، ص35)

إن الأمن الاجتماعي قيمة عظيمة لا تقل أهميته عن وجود الإنسان في هذه الحياة اذ لا يمكن ان يقوم بأداء واجبه في المجتمع إلا اذا اقترنت تلك الحياة بأمنه وطمأنينته لتمكنه من توظيف طاقاته واطلاق قدراته, وتشكيل علاقاته الاجتماعية لبناء مجتمع متكامل على بساط من السكينة والهدوء ولتحقيق النهضة الشاملة (الهيتى،2010)

دراسة برايت (2008) britt التي أشارت نتائجها إلى أن أصحاب الأمراض المتعددة في حاجة إلى إعادة تأهيلهم للعمل في أعمال تناسب قائمة الأمراض الموجودة لديهم أو عدم تركهم في قائمة العاطلين عن العمل وذلك من خلال وضع قواعد محددة للتعاون في عملية التأهيل وتنظيم التعاون بين المنظمات لإنجاز أهداف وسياسات خاصة بهذه الفئة وذلك في ظل التغيرات التي حدثت في سوق العمل والتي تعطي فرصا محدودة لعمل أصحاب قائمة الأمراض الأمر الذي يتطلب تحقيق الأمن الاجتماعي لهم عن طريق مواجهة مشكلاتهم الصحية المؤدية إلى فقدهم لعملهم وهذه الدراسة توضح الحاجة لمواجهة العجز والمرض لتحقيق الأمن الاجتماعي للفئات التي تعاني من ذلك.

ودراسة كانها Kanha (2009) التي أشارت نتائجها إلى أن هناك عدة معوقات تواجه المؤسسات التي تعمل على تحقيق الأمن الاجتماعي منها ما يرجع إلى إدارة تلك

المؤسسات غير القادة على التخطيط السليم للبرامج ومنها ما يرجع إلى الخدمات وعدم القدرة على تحسينها وتقديمها بشكل سليم من خلال فريق العمل المفتقد للخبرة والمهارة وتقدم الدراسة مقترحات تتمثل في تبني استراتيجيات ومداخل عملية للتغيير وتفعيل المشاركة و استثمار القادرين وحائزي القوة ودمجهم في مجالس الإدارات مع تبني المرونة والعمل على كافة المستويات التي من شأنها إحداث التغيير مع توفير فريق عمل كفء مع العمل المستمر على وضع حلول ومقترحات متجددة وفق مستجدات مدعومة بتوضيح كيفية إنجازها وفقاً لآليات عملية تحقق النجاح المطلوب في المستقبل وهذه الدراسة ركزت على المعوقات التي ترجع إلى إدارة المؤسسات والخدمات وفريق العمل غير الكفء كما تقدم مقترحات مثل المشاركة وفريق العمل الكفء كما أكدت على ضرورة وضع آليات لتحقيق المقترحات في المستقبل.

لذا فأن توفير الأمن الاجتماعي عاملا أساسيا في المحافظة على الإنسان والمجتمع ولا يمكن ان يبقى المجتمع قوى البنية والنمو ومستقر الأوضاع اذا لم يتحقق سبل الطمأنينة والتغلب على الاحتياج والمرض والجهل ولكى تتحقق هذه الأهداف لابد من الحفاظ على مقومات الأمن الاجتماعي الأساسية (العوجى،1980، ص80).

ويعتبر الامن الاجتماعى كذلك الركيزة الاساسية لبناء المجتمعات الحديثة وعاملا رئيسا فى حماية منجزاتها والسبيل لتقدمها بما يوفره من بيئة ملائمة وأمنه للعمل والبناء وبعث الطمأنينه فى نفوس أفراد المجتمع(العوامى، 2011، ص10)ولا يكفى فقط توافر نوع من التماسك والتعاطف في المجتمع وان يتواجد استقرار سياسي لمؤسساته لضمان توافر الأمن بل لابد من توافر الأمن الأجتماعي الذى يضمن لكل فرد في المجتمع مستوى معين يتحقق بتوافر فرص العمل والإنتاج وعائد مجزى ليؤمن حاجات الإنسان الضرورية إضافة إلى توافر الخدمات التعليمية والاجتماعية والإنسانية لان مهمة الأمن مهمة كل إنسان والمسئولية عنه مسؤلية جماعية فردا كان أم جماعة (حسين، 2009، ص93)

وإذا أردنا تحقيق الأمن الاقتصادي والاجتماعي للفرد والجماعة والدولة فلا بد من تضافر جهود الدولة ومنظمات المجتمع المدني وكافة شرائح المجتمع أفراداً وجماعات من خلال رسم وتنفيذ سياسات متكاملة تحقق الاستقرار الاجتماعي المستدام في المجتمع وتحقيق التنمية البشرية التي تهدف إلى حياة كريمة هانئة خالية من العلل ورفاهية

اجتماعية، حياة يحصل خلالها على الموارد التي تحقق له مستوى عالياً من العيش ومستوى عالياً من المعرفة، حياة يتمتع فيه بالحرية وبحقوقه كإنسان. (شعيب، 2016)

أما دراسة البيرمانى (2016) استهدفت التعرف على الدور الذى يؤديه الأخصائى الاجتماعى وخريجى الخدمة الاجتماعية فى شبكة الحماية الاجتماعية من خلال زيادة المعرفة النظرية عن شبكة الحماية والتعرف على الآليات وتوصلت الدراسة إلى أن شبكة الحماية الاجتماعية يمكن أن تؤدى إلى أحداث تنمية بشرية ضعيفة. وأيضاً دراسة الطويل (2015) استهدفت التعرف على الدور الوقائى لمهنة الخدمة الاجتماعية فى مجال الأمن المجتمعى وتوضيح العلاقة بين مفهومى الخدمة الاجتماعية والأمن المجتمعى من خلال ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجالات التى لها علاقة بالأمن المجتمعى للأفراد والجماعات.

وتنطلق مهنة الخدمة الاجتماعية في عملها في مجال المعاقين من خلال عدة مبادئ أهمها الشمولية في العمل بمعنى أن المعاق ليس وحده هو من يتأثر بإعاقته ولكن عائلته وأسرته تتأثر كذلك ومن ثم كان للأخصائيين الاجتماعيين دور مهم في دراسة النظام الاجتماعي لأسرة المعاق وتحديد أوجه القوة والضعف فيها. (Haseneez,2010)

والخدمة الاجتماعية كمهنة تضع في أولويات أهدافها المساهمة في تحقيق الأمن الاجتماعي لكل أفراد المجتمع في إطار تضافر جهودها مع جهود مهن أخرى وترتبط أهدافها ارتباطا وثيقاً بمجالات الأمن الاجتماعي. (رمزي، 2000، ص20) وللخدمة الاجتماعية دور مهم في ذلك المجال من حيث استثمار مؤسسات المجتمع وتنظيماته وتغطية كافة الجهود المجتمعية لخدمة فئات المعاقين وقائياً وعلاجياً وتنموياً سواء بالتشريع أو تنظيم العمل مع الجمعيات المعنية بالعمل مع المعاقين فالفرد المعاق جسدياً أو عقلياً بصرف النظر عن درجة إعاقته قبل أن يكون معاقاً فهو إنسان ومواطن يجب أن تتاح له الفرص المتكافئة باعتبارها حقوقاً وليست شفقة أو إحساناً. (السيد، 2012)

ويقوم الأخصائي الاجتماعي بأدوار عدة في مجال المعاقين مثل المشاركة في أعمال التشخيص والتقييم وبناء وتنمية علاقات مهنية مع المعاق ذاته وأسرته والمشاركة في عملية الارشاد الأسري وملاحقة سلوك المعاق وعلاقاته وتفاعلاته مع الآخرين. (منصور، 2003). وبما أن مهنة الخدمة الاجتماعية تتعامل مع كافة انساق العملاء ويقوم

الأخصائيون الاجتماعيون بأدوار متعددة باستخدام المداخل والنماذج والنظريات من خلال التركيز على تحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

ونظراً لأن طريقة تنظيم المجتمع كإحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية تهتم بإحداث تغييرات مقصودة ومرغوبة في الناس ومجتمعاتهم فإنه يمكنها الإسهام في مساعدة المعاقين ذهنياً في الحد من المشكلات التي تحول دون الاستفادة من البرامج والمشروعات المقدمة لهم. كما أن من بين أهداف طريقة تنظيم المجتمع كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية في إكساب الأفراد القوة والمقدرة على القيام بتحقيق الأهداف التي تتعلق بإشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم (Williams,1992)

حيث تمتلك طريقة تنظيم المجتمع العديد من المداخل والنماذج المهنية التي يستخدمها المنظم الاجتماعي في الممارسة المهنية، هذا وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في إعداد الاطار النظري للدراسة وتحديد مشكلة الدراسة وفروضها وأهدافها كما تم الاستفادة من الدراسات السابقة في تحديد الاجراءات المنهجية للدراسة الحالية وتصميم أدوات الدراسة وتحديد مؤشراتها.

ولمزيد من تحديد مشكلة الدراسة قام الباحث بإجراء دراسة تقدير موقف استهدفت ما يلي:

1- تحديد امكانية تطبيق الدراسة.
2- تحديد أبعاد تحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.
3- وضع مؤشرات برنامج التدخل المهني لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

هذا وقد طبقت الدراسة على (20) من المعاقين ذهنياً من المترددين على المؤسسة.

وقد تم تطبيق استمارة استبيان.

هذا وقد اشارت دراسة تقدير الموقف إلى وجود الحاجة إلى تحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً والذي تتحدد أبعاده في:

أولاً: التأهيل المهني مثل:

- برامج التدريب تراعي احتياجات المعاقين.
- تسهيل الإجراءات التي تساعد في الحصول على التدريب.
- المشاركة في برامج التوعية المتعلقة بالتأهيل المهني.
- الحصول على التمويل الكافي للتأهيل.

- التشغيل والتعاون بين المؤسسات.
- توفير متخصصين في مجال التدريب.

ثانياً: الأمن الاقتصادي مثل:

- توفير المنح والقروض.
- توفير فرص عمل.
- اتاحة الفرص للاشتراك في برامج التشغيل.
- المساهمة في توفير وسائل المواصلات.
- المساهمة في تكاليف العلاج.

ثالثاً: الأمن الصحي مثل:

- عمل ندوات للتوعية ضد الأمراض.
- المساهمة في زيادة الوعي الصحي للمعاقين.
- الكشف الدوري الطبي.
- توفير الأجهزة الطبية.
- المساهمة في تكاليف العلاج.

رابعاً: الأمن الاجتماعي مثل:

- تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.
- تقليل الشعور بالخوف من المستقبل.
- التدريب على المهارات الحياتية.
- المساعدة على تقليل المخاوف عند الاختلاط بالمجتمع.
- المشاركة في المناسبات الاجتماعية.

ومن خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة ودراسة تقدير الموقف تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي: ما فعالية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً؟

أهمية الدراسة:

1- تزايد الاهتمام العالمي والمحلي بالفئات الخاصة بصفة عامة والمعاقين ذهنياَ بصفة خاصة.
2- توفير بيئة شاملة داعمة لعملية دمج ذوي الاعاقة. وتنمية الوعي برعاية المعاقين ذهنياً والاتجاهات الايجابية نحوهم.
3- الاهتمام العالمى والمحلى لتحقيق الأمن الاجتماعى لإزالة المعوقات التى تعوق عملية التنمية.
4- قد تساعد هذه الدراسة العاملين والمتخصصين فى وضع سياسات وخطط خاصة بتقديم الخدمات التى تساهم فى تحقيق الأمن الاجتماعى للمعاقين ذهنياً.
5- ما أسفرت عنه الدراسات والبحوث من احتياجات المعاقين ذهنياً إلى الأمن الاجتماعى.
6- توجيه نظر الباحثين والممارسين إلى محاولة استخدام نموذج تنمية وتطوير البرامج المجتمعية لتحقيق الأمن الاجتماعى للمعاقين ذهنياًمن منظورطريقة تنظيم المجتمع.

أهداف الدراسة:

يتحدد الهدف الرئيسي في تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

ويتحقق ذلك الهدف الرئيسي من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

1- تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق التأهيل المهني للمعاقين ذهنياً.
2- تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاقتصادي للمعاقين ذهنياً.
3- تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الصحي للمعاقين ذهنياً.
4- تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

مفاهيم الدراسة وإطارها النظري:

مفهوم التدخل المهني:

يعرف التدخل المهني بأنه مجموعة من الاجراءات المنظمة التي تبنى على أساس من الدراسة والبحث وتتضمن هذه الاجراءات خبرات الممارسة المناسبة لحل مشكلة معينة تواجه كل من الأخصائي والعميل. (March,2002,p201)

كما يعرف التدخل المهني أيضاً بأنه مجموعة من الأنشطة والعمليات التخطيطية والتنفيذية يشترك فيها كل من الأخصائي والوحدة التي يتعامل معها بهدف تيسير العلاقات بين الأفراد وبيئاتهم ومساعدتهم للتغلب على الظروف التي تعوق مشاركتهم في الأنشطة أو القيام بوظائف المجتمع. (Introduction,2001,p120)

يعتبر التدخل المهني جزء من ممارسة الخدمة الاجتماعية، ويستهدف معاونة الأفراد علي الوصول إلي المستوي اللائق للتوافق الاجتماعي خلال تفاعلهم مع بعضهم البعض ومع الآخرين معتمداً علي برنامج أو خطة معينة يتم تصميمها بغرض مواجهة مشكلات اجتماعية محددة أو تلبية احتياجات ومطالب لدي أفراد المجتمع أو مواجهة وضع غير مرغوب فيه. (Adams, et al،2002)

يعرف التدخل المهني في طريقة تنظيم المجتمع بأنه طريقة التدخل المهني الذي يشترك فيها الأفراد والجماعات والمنظمات في عمل مخطط لتعديل المشكلات الاجتماعية وتغيير وتنمية الأنظمة الاجتماعية (عبد العال، ١٩٩١، ص ٧٧)

مفهوم التدخل المهني إجرائياً:

هو مجموعة من الأنشطة والجهود المهنية المنظمة والموجهة التي يقوم بها المنظم الاجتماعي لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً. ويتم التدخل المهني وفق عدة مراحل تشمل الارتباط والتقدير وذلك بهدف التعرف على المشكلات التي يعاني منها المعاق ذهنياً وتحديد امكانيات البيئة المحيطة التي يمكن استثمارها للاستفادة منها ثم التخطيط ووضع الأولويات لتحقيق الامن الاجتماعى ثم التنفيذ لتحقيق الأهداف المقصودة وهي تحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً ثم التقويم للتعرف على عائد برنامج التدخل المهني ثم الانهاء بعد التأكد من تحقيق الأهداف وأخيراً المتابعة للتعرف على مدى احتفاظ المعاق بالتغيرات الناتجة عن التدخل المهني.

وينفذ التدخل المهني من خلال مجموعة من الاستراتيجيات والتكنيكات ويعتمد التدخل المهني ويستخدم المنظم الاجتماعى مجموعة من الأدوات مثل الاجتماعات والندوات والمقابلات وورش العمل والمناقشات والمحاضرات.

مفهوم الإعاقة:

لقد تناول كثير من العلماء والباحثين مفهوم الإعاقة من وجهات نظر مختلفة نظرا لاختلاف مجالات عمل كل منهم ولاختلاف زاوية الرؤية التي نظر كل منهم إلى الإعاقة من خلالها: (عبدالمعطي،2005، ص ص: 14:13)

ففي المجال الطبي: ينظر إلى المعاق باعتباره إنسان محدود في القيام بالأعمال الطبيعية من جراء قصور بدني أو حسي أو ذهني. وفي المجال الاجتماعي: يعتبر الفرد معوقا إذا لم تكن لديه القدرة على الاستجابة لمتطلبات الحياة اليومية وغير قادر على التفاعل الاجتماعي.

وهناك أيضا من يعرفون الإعاقة بأنها تقييد أو تحديد لمقدرة الفرد على القيام بواحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من المكونات الأساسية للحياة اليومية مثل القدرة على الاعتناء بالنفس ومزاولة العلاقات الاجتماعية والأنشطة الاقتصادية وقد ينشأ العجز نتيجة لخلل جسماني أو حسي أو عقلي أو إصابة ذات طبيعة فسيولوجية أو نفسية أو تشريحية ويتميز هذا التعريف عن غيره بأنه لم يقرن الإعاقة مباشرة بفقدان الحواس و الأعضاء بل بمقدرة الفرد على القيام بوظائف الحياة اليومية لذلك فهو تعريف وظيفي. (عزب، البجيرمى، 1996، ص ص 15:14)

وتعرف منظمة الصحة العالمية الإعاقة: بأنها حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة المرتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية. (أبو النصر، 2014، ص23)

مفهوم الاعاقة الذهنية:

تعرف الاعاقة الذهنية بأنها حالة عقلية موروثة أو مكتسبة يتصف صاحبها بمستوى منخفض من الذكاء ويصاحبها عادة قصور خطير في القدرة على التكيف الاجتماعي والمهني وعلى التعليم أو على مجاراة الأسوياء. (بدوي، 1993، ص 357)

وتعرف أيضاً بأنها حالة نقص أو تأخر أو توقف النمو العقلي المعرفي يولد به الفرد أو يحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية مما يؤدي إلى الاعاقة. (فهيم، 2005، ص.24)

وتعرف بأنها درجة الذكاء المتدنية وتشمل جميع فئات التخلف العقلي ويرى البعض أنها مصطلح عام يشمل جميع الأفراد الذين ينخفض مستوى نموهم العقلي إلى الحد الذي لا يستطيعون معه الاستفادة من النمط المعتاد من التعليم المدرسي.(سليمان،2004، ص124)

ويمكن تعريف المعاق ذهنيا من وجهة نظر الباحث في تلك الدراسة بأنه:

هو فرد غير مكتمل في نموه العقلي ويتراوح العمر من18-30 نسبة الذكاء تتراوح ما بين 50%: 70% (اعاقة ذهنية بسيطة) القابل للتعلم.

أسباب الاعاقة الذهنية

1-**الأسباب الوراثية**: تعد الوراثة عاملاً مهماً في حدوث الاعاقة الذهنية فالطفل يرث من والديه وأجداده إما مباشرة عن طريق الجينات وفقاً لقوانين وراثية أو عن طريق غير مباشر خلال عيوب أو قصور أو خلل في الجينات يترتب عليه تلف لخلايا المخ أو إعاقة وظائفه مما يسبب الاعاقة الذهنية.

2-**الأسباب البيئية**: هي تلك التي تتعلق بالأمراض والحزادث التي تصيب الطفل قبل وأثناء وبعد الولادة والتي تسبب ضرراً لأدمغة هؤلاء الأطفال وأجهزتهم العصبية منتجة الإعاقة الذهنية.

3-**الأسباب النفسية والاجتماعية**: يأتي الكثير من الأطفال المعاقين ذهنياً من بيئات غير متكاملة اقتصادياً وهؤلاء الأطفال الذين ينشئون في مثل هذه البيئات يفتقدون الخبرات الملائمة للنمو العقلي المعرفي ونقص الدافعية والاضطراب النفسي في الطفولة المبكرة والعزلة الاجتماعية وضعف الاتصال بلآخرين والحرمان الثقافي وتعد هذه العوامل بمثابة مثيرات لا تؤدي بالفرد إلى النضج العقلي والنفسي والاجتماعي حيث تؤدي به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذي يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام. (Hawkins,2004)

خصائص المعاقين ذهنياً:

1-**الخصائص الجسمية**: يتسم الأطفال المعاقين ذهنياً بأن أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط عند مقارنتهم بالأطفال العاديين لذلك تعتمد معظم الصفات الجسمية على الخصائص الوراثية للطفل إلا إذا كان المعاق ذهنياً من النوع المصحوب بمظاهر جسمية معينة كما في حالات الأنماط الاكلينيكية. (عبدالباقي، 2000، ص 90)

2-**الخصائص العقلية**: يمر الأطفال المعاقين ذهنياً بمعدل بطئ ويقل ذكاءهم عن الأطفال العاديين ويترتب عليه نقص الفهم والتفكير والتخيل والتصور والادراك والتركيز والتحصيل والسمة الواضحة للطفل المعاق ذهنياً هي عدم قدرته على ادراك العلاقات بين الأشياء وعدم القدرة على التركيز وقصور فهمه للرموز المعنوية. (سليمان، 2001، ص 128)

3-**الخصائص الاجتماعية**: يمر الأطفال المعاقين ذهنياً بمظاهر ثانوية تنشأ من المناخ البيئي الذي يحيط بالطفل المعاق ذهنياً وتعرضه للفشل عندما يقارن بالآخرين العاديين الذين يصغرونه في السن ويشعر بالفشل إذا التحق بالمدرسة وأظهر فشله ويشعر بالعجز عندما يفشل في إقامة علاقات اجتماعية مع الأطفال العاديين ورفضهم له، لذا فإن اتاحة الفرص للطفل المعاق ذهنياً في ظروف ملائمة لقدراته وإمكاناته وفي مواقف لا يتعرض فيها للفشل يمكن أن يحسن من نظرة الطفل المعاق ذهنياً إلى نفسه ويقلل من مشكلاته الاجتماعية. (شاش، 2001، ص44)

4-الخصائص النفسية: يمر الأطفال المعاقين ذهنياً بعدم اتزان انفعالي وعدم الاستقرار وكثرة الحركة وسرعة التأثر أحياناً وبطء التأثر أحياناً أخرى مع ردود فعل أقرب ما تكون إلى المستوى البدائي. (عزالدين، بدران، 2003، ص. 97)

5- الخصائص التعليمية: يمر الأطفال المعاقين ذهنياً من تأخر نمو اللغة والكلام وبعضهم يكونون قادرين على فهم كلام الآخرين والتعبير عن أنفسهم بطريقة مقبولة نسبياً لذا يجب أن تخصص لهم مدارس أو فصول خاصة لها مناهجها التي تتفق مع قدراتهم كما لا بد أن تختلف طرق التدريس لهم عن المدارس العادية. (سليمان، 2001، ص. 158)

مفهوم الأمن الاجتماعي:

تعرفه منظمة العمل الدولية على أنه الحماية التي يمنحها المجتمع للمواطنين في مواجهة الصعوبات الاقتصادية والاجتماعية. (الأمم المتحدة، 2003)

ويعرف أيضاً بأنه نشاط حياتي يعبر عن حالة من الإحساس أو الشعور أو الاحتياج لمجموعة من الضمانات تحقق الأمن والأمان للإنسان في يومه وغده. (عفيفي، 2002)

ويعرف الأمن الاجتماعي بأنه ضمان مستوى معين من المعيشة للمواطنين وحمايتهم من أنواع معينة من المخاطر الاجتماعية والاقتصادية من خلال نظام للضمان الاجتماعي ينطلق من أربع عناصر رئيسية هي المساعدة العامة، والتأمين الاجتماعي، وخدمات الرعاية الاجتماعية، والصحة العامة. (Misra,2009)

ويعد الأمن الاجتماعي مجموعة من الاجراءات تهدف إلى حماية المجتمع من كافة المخاطر. (United Nation,2006)

والأمن الاجتماعي يعني تأمين الخدمات الأساسية للإنسان فلا يشعر بالحاجة والعوز كما يتغلب على الفقر والجهل والمرض ويواجه الأحداث الطارئة على صحته وقدرته على العمل والإنتاج (عفيفي، 2009، ص 47)

وينظر إلى المؤشرات التالية بوصفها تمثل محددات الأمن الاجتماعي: برامج إسكان الفقراء، رفع كفاءة سكان المناطق العشوائية، توفير المياه النظيفة ومرافق الصرف الصحي، تسهيل وصول المساعدات الاجتماعية للفقراء، العمل على استدامة الموارد المالية بالنسبة للفقراء. (Subbarao,2000, p.42)

ويمكن تعريف الأمن الإجتماعي للمعاقين ذهنيا إجرائيا في تلك الدراسة بأنه:

1. مواجهة المخاطر والتهديدات التي تواجه المعاق ذهنيا داخل المجتمع.
2. السعي لتحقيق الاستقرار وتهيئة الظروف التى تكفل الحياة المستقرة له.
3. يتضمن الأبعاد التالية: التأهيل المهني للمعاقين ذهنيا، الأمن الاقتصادي للمعاقين ذهنيا، الأمن الصحي للمعاقين ذهنيا، الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنيا.

مقومات الأمن الاجتماعي:

يعتبر الأمن الاجتماعي الركيزة الأساسية لبناء المجتمعات الحديثة، وعاملاً رئيساً في حماية منجزاتها والسبيل إلى تقدمها، ذلك لأنه يوفر البيئة الملائمة والآمنة للعمل والبناء ويبعث الطمأنينة في النفوس، ويتحقق الأمن بالتوافق والإيمان بالثوابت الوطنية التي توحّد النسيج الاجتماعي والثقافي الذي يبرز الهوية الوطنية ويحدد ملامحها، حيث يكون من السهل توجيه الطاقات للوصول إلى الأهداف والغايات التي تتدرج في

إطار القيم والمثل العليا لتعزيز الروح الوطنية وتحقيق العدل والمساواة وتكافؤ الفرص وتكامل الأدوار.. (العوامي، 2011، ص.74)

أهمية الأمن الاجتماعى:

- استحداث برامج ملائمة للحماية الاجتماعية للمجتمع بناء على قاعدة أساس للحماية الاجتماعية.

- برامج الأمن الاجتماعى تساهم فى تأمين مصادر دخل جديدة. (منظمة العمل الدولية، 2010)

- الأمن الاجتماعى يؤدى إلى تحقيق العدالة الاجتماعية بين أفراد المجتمع.

- الأمن الاجتماعى يؤدى إلى التوازن بين طبقات المجتمع. (عبد السميع، 2009، ص.55)

- الأمن الاجتماعى الركيزة الأساسية لبناء المجتمعات والسبيل إلى تقدمها. (العوامى، 2011، ص.78)

أبعاد الأمن الاجتماعي:

- **البعد الاقتصادى**: الذى يرمى إلى توفير المناخ المناسب للوفاء باحتياجات الشعب وتوفير سبل التقدم والرفاهية له.

- **البعد الاجتماعى**: الذى يرمى إلى توفير الأمن للمواطنين بالقدر الذى يزيد من تنمية الشعور بالانتماء والولاء.

- **البعد المعنوى أو الأيديولوجى**: الذى يؤمن الفكر ويحافظ على العادات والتقاليد والقيم.

- **البعد البيئى**: الذى يوفر التأمين ضد أخطار البيئة خاصة التخلص من النفايات ومسببات التلوث حفاظاً على الأمن.

طريقة تنظيم المجتمع ورعاية المعاقين ذهنياً:

وتؤمن الخدمة الاجتماعية بان المعاق إنسان يجب احترامه، حيث أن له حقوقاً يجب الوفاء بها, وهو فرد قادر له طاقات واستثمارها يزيل مشكلات كبيرة ويحقق أهدافا متنوعة, وأن حقه واجب من المجتمع فهو المسئول عن رعايته وإشباع حاجاته.(خاطر، 1995، ص 119)

وللخدمة الاجتماعية أهداف في مجال المعاقين تتمثل بما يلي:

1 – الاعتراف الواعي بهم كأفراد لهم حقوقهم وليعيشوا حياة مستقرة.

2 – حقهم في توفير فرص العلاج بكافة أنواعه وحقهم كذلك في التعليم.

3 – حقوقهم في فرص التأهيل المهني وتوفير فرص للخدمات الاجتماعية عن طريق الأخصائيين الاجتماعيين.

4 – تنوير الرأي العام بهم وبمشكلاتهم.

5 – تأهيلهم ورعايتهم لتحقيق التكيف الاجتماعي والنفسي لهم.(أحمد، 1997، ص 339)

ويتفق هذا مع أهداف ومبادئ طريقة تنظيم المجتمع حيث تشتمل برامج وخطة طريقة تنظيم المجتمع في منظمات الرعاية على:

1 – برامج تتضمن التعرف على الاحتياجات الاجتماعية للمعاقين ذهنياً.

2 – برامج مساعدة المعاقين ذهنياً على الالتزام بخطط العلاج.

3 – برامج استثمار الموارد المتاحة لمساعدتهم على التغلب على مشكلاتهم.

4 – برامج لتقديم الخدمات لأسر المعاقين ذهنياً.

5 – برامج تنسيقية بين منظمات الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية للتعامل المثمر وتبادل الخبرات والإمكانيات لتقديم أقصى خدمات لهم.(فهمي، 1998، ص 251)

ويقدم المنظم الاجتماعي في منظمات رعاية المعاقين ذهنياً:

1 – برامجاً تهدف إلى التعرف على الاتجاهات الاجتماعية للمحيطين بالمنظمة والتي تعرقل خطط العلاج والتأهيل.

2 – برامجاً تساعد المعاقين ذهنياً على التخلص من الاتجاهات السلبية.

3 – برامجاً تهدف إلى مساعدتهم لزيادة وعيهم.

4 – برامجاً تهدف لتحديد احتياجاتهم خارج وداخل المنظمة.

5 – برامجاً لإيجاد تنسيق بين المنظمات الحكومية والأهلية للاستفادة من الخبرات.

6 – برامجاً تقييمية لخطط الخدمات المقدمة.(أحمد، 2002، ص 232)

تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الاجتماعي:

وطريقة تنظيم المجتمع هي إحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية التي تقوم على الدراسة العلمية المنظمة للمجتمعات والمنظمات المجتمعية من حيث حاجاتها ومشكلاتها بهدف مساعدتها على مساعدة نفسها. ومن ثم يعتبر دور طريقة تنظيم المجتمع دوراً هاماً وحيوياً في مساعدتها على تحقيق أهدافها وتطوير خدماتها وتنمية برامجها بشكل مستمر. (حسين، 2002، ص 5)

ويعتبر تحقيق الأمن الاجتماعي للمجتمع من الأهداف الرئيسية للخدمة الاجتماعية كما يعتبر مجال الأمن الاجتماعي وكل ما يحتويه من قضايا ترتبط بإشباع الحاجات الأساسية للإنسان ومساعدته لمواجهة المشكلات التي تحول دون قيامه بوظائفه المجتمعية من مجالات تعليم وممارسة الخدمة الاجتماعية. (عفيفي، 2008، ص 54)

ويقوم الأخصائيون الاجتماعيون بإجراء استطلاعات للرأي للخبراء والمهتمين من قيادات المجتمع لبحث آليات الأمن الاجتماعي ووضع تصورات حول متطلبات عملية الأمن الاجتماعي فضلا عن تحديد المشكلات المرتبطة بأداء شبكات الأمن الاجتماعي من خلال ما هو قائم وما يجب أن يكون مما يساعد على تحقيق الأمن الاجتماعي وفقاً لهذه الآليات. (المكاوي، 2004، ص.55)

والخدمة الاجتماعية كمهنة تضع في أولويات أهدافها المساهمة في تحقيق الأمن الاجتماعي للمجتمع في إطار تضافر جهودها مع جهود مهن أخرى ترتبط أهدافها ارتباطاً وثيقاً بمجالات الأمن الاجتماعي. (الصادي، 2005،ص.63)

كما أن الخدمة الاجتماعية هي من أكثر المهن تميزاً في تحقيق الأمن الاجتماعي على يد الصفوة من الممارسين لهذه المهنة ولذلك فقد أقرت حكومة الولايات المتحدة فعالية هذه المهنة في تحقيق الأمن الاجتماعي الذي تنشده (Karol And Donald:2010,p.75)

و إذا نظرنا إلى الهدف العام لطريقة تنظيم المجتمع نجد أنه يسير بوضوح نحو تحقيق الأمن الاجتماعي. وهذا الهدف العام هو تحسين حال المجتمعات ومساعدتها على إشباع احتياجات المواطنين وإيجاد الحلول لمشكلاتهم في حدود الموارد المتاحة وبدون تحيز، فطريقة تنظيم المجتمع تركز بشكل متوازن على الجوانب العلاجية والوقائية والتنموية الأمر الذي من شأنه تحقيق الأمن الاجتماعي في المجتمع. (علي وآخرون، 2000، ص.85).

كما ان طريقة تنظيم المجتمع هي الطريقة المهنية للخدمة الاجتماعية المنوط بها مساعدة الجمعيات الأهلية لتحقيق أهدافها كما أنها الطريقة المؤهلة لتحقيق الأمن الاجتماعي في المجتمع فإن الجمعيات الأهلية هي وسيلتها لتحقيق الأمن الاجتماعي في المجتمع.

وإن طريقة تنظيم المجتمع تقوم بدور فعال في خدمة ورعاية المعاقين, حيث أن تعاون الناس مع الجهات الرسمية في رعاية المعاقين تتطلب تنوير أذهان الناس بأسباب الإعاقة ونتائجها وطرق علاجها والوقاية منها, لذلك يجب عرض الحقائق على الناس بشكل منظم وباستخدام وسائل الإعلام سواء المسموعة أو المرئية أو الكتب والمجلات وعقد اجتماعات وندوات وحلقات بحث وهذا كله من مسئولية أخصائي تنظيم المجتمع، ويأتي هذا من مفهوم طريقة تنظيم المجتمع, بأنها تساعد سكان المجتمع على اتخاذ قرارات سليمة لتخطيط البرامج لتنمية مواردهم ولتحسين أحوالهم, والعمل على زيادة قدراتهم في إشباع احتياجاتهم.

كذلك إن للمنظم الاجتماعي مهام مع المنظمة التي تقوم على تقديم الرعاية للمعاقين ذهنياً، ومهام مع المعاقين ذهنياً وأخرى مع أسر المعاقين والمجتمع وباستخدام أدوار المنظم الاجتماعي مثل: دورا لخبير والمنشط والمطالب والوسيط والمستثير والمساعد, ويمكن تلخيص المهام بما يلي:

أولاً: ما يختص ببرامج رعاية المعاقين ذهنياُ، وما يتعلق بمراجعتها لتكون مناسبة للإعاقة الذهنية ولتساهم في تغيير حياتهم وتحسينها ومساعدتهم على التعايش مع الإعاقة, حيث يكون للمنظم الاجتماعي مساهمة في وضع خطط الرعاية وتعديلها لتتناسب مع المصلحة الفضلى المعاق ذهنياً، وهذا يتطلب القيام بدراسات وبحوث للوقوف على حجم المشكلة وتأثيرها على الأسرة والمجتمع, هذا مع الدعوة إلى إصدار تشريعات داعمة لرفع كفاءة الرعاية وتقديم المزيد من الخدمات لهم، مستخدماً بذلك دور المطالب.

ثانياً: ما يتعلق بالإعاقة الذهنية وعلاقتها بالأسرة والمجتمع، حيث يقوم بالتوعية بالإعاقة الذهنية وأسبابها ونتائجها وكيفية التخفيف من وطأتها عن طريق الندوات والمؤتمرات والاجتماعات وإشراك أكبر عدد من أفراد المجتمع لطرح هذه القضية وتغيير نظرة المجتمع والأسرة لها وتغيير النظرة السلبية للمعاق ذهنياً.

ثالثاً: ما يتعلق بأسرة المعاق ذهنياً، حيث تغيير النظرة للإعاقة وللمعاق بحيث يتم قبوله داخل الأسرة كفرد له حق في الرعاية الأسرية وتغيير المشاعر السلبية تجاه الإعاقة، وتدعيم العلاقة بين الأسرة ومنظمة الرعاية وإيجاد نوعاً من التعاون بينهما لينعكس بالتالي ايجابياً على حياته، وتكون مشاعر الاهتمام والتقبل والمساندة من الأسرة عوامل ايجابية لكل مناحي حياة المعاق ذهنياً تسهم في حصر الجوانب السلبية للمعاق ذهنياً بالإعاقة الذهنية فقط.

إضافة لهذا هناك مسئوليات لأخصائي تنظيم المجتمع مع المنظمة والمعاقين تتضمن التعاون مع المعاهد والمنظمات المعنية للقيام بحل المشكلات المجتمع المحلي يما يتعلق بالإعاقة, أيضا الاستفادة من الموارد الموجودة في المنظمة لتسخيرها لخدمة المعاقين ذهنياً ، كذلك الأدوار المتعلقة بالتوعية والتثقيف,حيث أن رعايتهم وتحسين نوعية حياتهم إضافة للمنظمات التي ترعاهم تحتاج إلى تغيير في ثقافة المجتمع وواجبات كل فرد من أراد المجتمع تجاه هذه الفئة التي تحتاج كذلك إلى عناية خاصة تضمن لهم العيش بلا تمييز أو استغلال، وهذا مع تفعيل القوانين التي تضمن حقوقهم وتدعمهم وتضمن عيشهم بكرامة. (بني عامر، 2018)

نموذج تنمية وتطوير البرامج المجتمعية: اعتمدت الدراسة الحالية علي نموذج تنمية وتطوير البرامج المجتمعية:

حيث يعد نموذج تنمية وتطوير البرامج أحد النماذج الفرعية الثمانية لنموذج (Vieil. Mob&Gamble, D. N. 1995,p.581))

ويهدف هذا النموذج إلي تنمية البرامج المقدمة للمنظمات من خلال تصميم يجمع بين تحقيق التنمية والتطوير الإنساني والمالي لتلك المنظمات، عن طريق التوسع أو إعادة التوجيه من أجل تحسين مستوي الأداء لتلك المنظمات وزيادة فعاليتها في تحقيق الأمن الإجتماعي للمعاقين ذهنيا.

ويهتم نموذج تنمية وتطوير البرامج:

- بتطوير وتحسين البرامج المقدمة من المنظمات الاجتماعية لصالح الفئات المستهدفة وهي فئة المعاقين ذهنيا لتحقيق الأمن الإجتماعي لهم.
- تصميم برامج تساهم فى تحقيق التمكين الإجتماعي والإقتصادي للمعاقين وأسرهم، وجذب التمويل للمنظمات الاجتماعية لمساعدتهم في تحقيق الأمن الإجتماعي للفئات المختلفة.
- زيادة البرامج التى تحسن مستوي أداء العاملين بالمنظمات الاجتماعية وجعلهم يساهمون في تحقيق الأمن الإجتماعي للمعاقين ذهنيا.

ويركز نموذج تنمية وتطوير البرامج علي العمليات المهنية والتى تتمثل في:

- العمليات التنسيقية.
- العمليات التخطيطية.
- العمليات التنموية.
- العمليات الدفاعية.

لدعم وتحسين موارد المنظمات الاجتماعية المادية- التمويلية- البشرية لتحقيق الأمن الإجتماعي للمعاقين ذهنيا.

- وقد استقي النموذج متغيراته المهنية من العديد من النظريات أهمها:

نظريات التطوير التنظيمي، ونظريات توليد الموارد، ونظريات المنظمات والإدارة، ونظريات التخطيط الإستراتيجي.

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي فى هذا النموذج العديد من الإستراتيجيات المهنية منها: إستراتيجية الاتفاق العام، وإستراتيجية التعليم والتدريب، وإستراتيجية إحداث التغيير، ويستعين بالتكنيكات التالية: تكنيك العمل المشترك، وتكنيك المناقشة الجماعية، وتكنيك تحليل المعلومات وتفسيرها، وتكتيك الشرح والتوضيح، وتكتيك استثمار الموارد المختلفة الداخلية والخارجية للمنظمة في تحقيق الأمن الإجتماعي للمعاقين ذهنيا.

ويقوم الأخصائي الاجتماعي بالعديد من الأدوار المهنية فى إطار هذا النموذج أهمها: دور الإداري، دور المدرب، ودور المخطط، ودور واضع الجسور، ودور المقدم، ويستعين كذلك بالأدوات والوسائل التالية: التدريبات العملية، والمقابلات العلمية، واللجان.

ويسعي إلي اكتساب المهارات ومنها: مهارة الاتصال، ومهارة انتقاء المعلومات والموارد، ومهارة اتخاذ القرارات الرشيدة، ومهارة العلاقة المهنية.

الاجراءات المنهجية للدراسة:

فروض الدراسة:

توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

ويمكن التحقق من صحة الفرض الرئيسي من خلال التحقق من صحة الفروض الفرعية التالية:

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق التأهيل المهني للمعاقين ذهنياً.

2- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الاقتصادي للمعاقين ذهنياً.

3- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الصحي للمعاقين ذهنياً.

4- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

نوع الدراسة:

تعد هذه الدراسة من دراسات قياس عائد التدخل المهني التي تهدف إلى اختبار أثر استخدام المتغير المستقل والذي يتمثل في برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع والمتغير التابع والذي يتمثل في تحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

المنهج المستخدم:

توافقاً مع نوع الدراسة وأهدافها يعتمد الباحث في الدراسة على المنهج شبه التجريبي (تصميم التجربة القبلية والبعدية باستخدام مجموعة واحدة).

أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مقياس الأمن الاجتماعي للمعاق ذهنياً من اعداد الباحث وقد تم اتباع الخطوات التالية في اعداد المقياس:

1- تحديد موضوع المقياس وذلك في ضوء المتغير التابع الذي من خلاله يتم التعرف على مدى التغيير فيه ويتمثل في الأمن الاجتماعي للمعاق ذهنياً.

2- تحديد المؤشرات المتصلة بالموضوع والتي تتمثل في:

- التأهيل المهني للمعاق ذهنياً.
- الأمن الاقتصادي للمعاق ذهنياً.
- الأمن الصحي للمعاق ذهنياً.
- الأمن الاجتماعي للمعاق ذهنياً.

3- صياغة العبارات المتصلة بمؤشرات المقياس وقد بلغ المجموع الكلي للعبارات 44 عبارة.

4- تحكيم المقياس حيث تم عرض المقياس في صورته المبدئية على عدد 10 من المحكمين من الأساتذة بكليات الخدمة الاجتماعية والخبراء في المجال، وتم التحكيم بالنسبة لارتباط كل عبارة بالمؤشر المراد قياسه والمقياس ككل وسلامة العبارات من حيث صياغتها وحذف وإضافة بعض العبارات التي يرون أنها مناسبة.

وبعد عرض المقياس على السادة المحكمين تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة بعض العبارات وإضافة بعض العبارات الجديدة في ضوء آراء المحمكين وأصبح العدد النهائي لعبارات المقياس 38 عبارة.

5- تحديد أوزان المقياس حيث اعتمد على التدرج التالي: (نعم، إلى حد ما، لا) بحيث تحصل الاجابة نعم على 3 درجات والاجابة إلى حد ما على 2 درجة والاجابة لا على 1 درجة بالنسبة للعبارات الايجابية اما العبارات السلبية عكس ذلك حيث تحصل الاجابة نعم على 1 درجة والاجابة إلى حد ما على 2 درجة والاجابة لا على 3 درجات.

6-مرحلة التأكد من صدق وثبات المقياس:

- ثبات المقياس تم باستخدام طريقة إعادة الاختبار بتطبيق المقياس في صورته المبدئية على 10 مفردة من خارج عينة الدراسة وتم إعادة تطبيق المقياس معهم بعد 15 يوم وتم استخدام معامل ارتباط سبيرمان وكانت نتائج ثبات الدرجة الكلية للمقياس 0.9 عند درجة معنوية 0.05
- صدق المقياس وتم باستخدام اسلوبين للتحقق من صدق المقياس: الصدق الظاهري حيث تم عرض المقياس على عدد من المحكمين وأساتذة الخدمة الاجتماعية والخبراء وذلك للحكم على مدى سلامة عبارات المقياس وارتباطها بالمؤشر المراد قياسه وسلامة العبارات من حيث صياغتها وحذف واضافة بعض العبارات التي يرونها مناسبة. الصدق الذاتي وتم التحقق بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس وبلغ 0.95.

مجالات الدراسة:

المجال المكاني: وتحدد في جمعية أصدقاء التربية الخاصة ومقرها بمحافظة الجيزة وذلك للأسباب التالية:

- توافر عينة الدراسة. - الموافقة على إجراء التدخل المهني.

المجال البشري: عينة عمدية تتوفر فيها الشروط التالية:

- المرحلة العمرية من 18: 30 سنة.
- نسبة الذكاء تتراوح ما بين 50%: 70% (اعاقة ذهنية بسيطة).
- الحصول على درجة منخفضة في مقياس الأمن الاجتماعي.

وبتطبيق الشروط على المعاقين ذهنياً المترددين على المؤسسة توافرت الشروط في 30 مفردة تم تطبيق ثبات المقياس على 10 منهم وتطبيق الدراسة على 20 مفردة.

المجال الزمني: فترة إجراء التدخل المهني وهي 4 شهور في الفترة من 2022/4/1 إلى 2022/7/31م

برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً:

أولاً: الأسس التي يرتكز عليها برنامج التدخل المهني:

١ - الإطار النظري للخدمة الاجتماعية.

٢ - نتائج الدراسات السابقة.

٣ - طريقة تنظيم المجتمع، والتي تعتمد على خطوات التدخل المهني والاستراتيجيات والتكتيكات ومهارات وأدوار المنظم الاجتماعي.

٤ - مقابلات الباحث مع بعض الخبراء والمتخصصين في مجال الاعاقة الذهنية

٥ - القياس القبلي وتفسيره وتحليله.

ثانياً: أهداف التدخل المهني:

يتحدد الهدف الرئيسي لبرنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع فى تحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

ويتحقق ذلك الهدف الرئيسي من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

1- تحقيق التأهيل المهني للمعاقين ذهنياً.

2- تحقيق الأمن الاقتصادي للمعاقين ذهنياً.

3- تحقيق الأمن الصحي للمعاقين ذهنياً.

4- تحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

ثالثاً: مراحل التدخل المهني:

المرحلة الأولى: تتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:

١.**الاستعداد**: حيث قام الباحث في هذه المرحلة بإعداد نفسه معرفياً، وذلك من خلال الاطلاع على ما كتب عن المعاقين ذهنياً والأمن الاجتماعي، كما تم الاطلاع على المقاييس الخاصة بالأمن الاجتماعي، وذلك بغرض إعداد المقياس.

2.التعاقد: قام الباحث في هذه المرحلة بالتعاقد الشفوي مع المعاقين ذهنياً حول الخطوات التي سوف يتم اتخاذها وأدوار كل من الباحث والمعاقين ذهنياً، وفترة التدخل المهني

وأماكن ممارسة الأنشطة المختلفة، ويمكن في هذه المرحلة استخدام بعض المهارات، كالاتصال والملاحظة، وبعض الأدوار كالممكن والتربوي.

المرحلة الثانية (مرحلة العمل):

قام الباحث في هذه المرحلة باستخدام الاستراتيجيات والتكتيكات المناسبة لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاق ذهنياً، وكذلك استخدم الأساليب العلاجية الملائمة للأنساق المحيطة بالمعاق ذهنياً.

المرحلة الثالثة(مرحلة الإنهاء):

حيث يقوم الباحث في هذه المرحلة بالانفصال التدريجي، وذلك من خلال تمهيد من جانب الباحث للمعاقين ذهنياً، وذلك من خلال التباعد في المقابلات، ويتم في هذه المرحلة تقويم البرنامج من خلال تطبيق المقياس، ومعرفة التغيرات التي حدثت ومدى فاعلية برنامج التدخل المهني.

رابعاً: الإستراتيجيات المستخدمة في برنامج التدخل المهني:

١.إستراتيجية إعادة البناء المعرفي:

من خلال تزويد المعاقين ذهنياً بالمعلومات والحقائق التي تهدف إلى تنمية وعي المعاقين ذهنياً بذاتهم، والعمل على تصحيح الأفكار الخاطئة عن الذات، وعن الآخرين والمجتمع وتزويد الأسر والمحيطين بالمعلومات عن كيفية التعامل والنظرة المعاقين ذهنياً.

٢.إستراتيجية بناء العلاقات الأسرية:

وتفيد هذه الاستراتيجية في زيادة التفاعلات، والاتصالات السليمة وعلاج الخلل في علاقة المعاقين ذهنياً بأفراد أسرهه والمجتمع المحيط بهم، وذلك من خلال بناء اتصالات داخل نسق أسرة المعاقين ذهنياً، وكذلك بناء اتصالات خارج النسق الأسري، فيما يتعلق بعلاقة المعاقين ذهنياً وأسرهم مع الأنساق الأخرى (الأقارب، والجيران، والمجتمع المحلي المحيط).

٣.إستراتيجية التدعيم الذاتي:

وذلك من خلال التخفيف من حدة المشاعر السلبية التي تسبب القلق، والإحباط، والتوتر، وتحويلها إلى مشاعر الأمل والتفاؤل، وأنهم يمتلكون طاقات وقدرات تمكنهم من التغلب على المشكلات المختلفة التي يتعرضوا لها، ومساعدتهم على حل مشكلاتهم الشخصية معتمدين على أنفسهم، وتنمية تقديرهم لذاتهم من خلال منحهم الثقة في النفس،

وفى قدراتهم وإتاحة الفرصة للحوار، والمناقشة، وإبداء الرأي، بالإضافة إلى الاهتمام والاحترام والتقدير وتنمية جوانب القوة لديهم، وكذلك تشجيعهم على المشاركة في الأنشطة التي تؤدى إلى الاندماج والتعاون مع الآخرين.

٤.إستراتيجية المشاركة:

وذلك من خلال تشجيع المعاقين ذهنياً على المشاركة في البرامج، والأنشطة الخاصة ببرنامج التدخل المهني، والخاصة بالمؤسسة ليتم إدماجهم مع المحيطين وتقوية العلاقات والتفاعلات الإيجابية بينهم لتحقيق الامن الاجتماعى.

خامساً: التكتيكات المستخدمة في التدخل المهني:

١.تحسين أساليب الاتصال:يتم ذلك بين المعاقين ذهنياً وأسرهم والمؤسسة التي يتعاملوا معها.

٢.تيسير استفادة العميل من الموارد: كالتأهيل المهنى، التأمين الصحي، والتضامن الاجتماعي، والجمعيات الأهلية والحكومية التي تقدم أنواعاً مختلفة من الدعم والرعاية المادية، والنفسية، والاجتماعية، والتدريبية المعاقين ذهنياً.

٣.معايشة الواقع: من خلال مساعدة المعاقين ذهنياً على تقبل كافة التحولات في الحياة والتغيرات التي نتجت عن الاعاقة والرضا بها والتركيز على الحاضر.

٤.التدعيم: وذلك بتعزيز كل سلوك إيجابي للمعاقين ذهنياً تجاه أنفسهم أو تجاه الآخرين.

٥.الإفراغ الوجداني: من خلال تشجيع المعاقين ذهنياً على التعبير عما يجول بصدورهم من مشاعر، وخبرات، وتجارب سلبية، مع الوضع في الاعتبار عدم إدانتهم ومساعدتهم على كيفية التخلص منها مستقبلاً.

٦.التعاطف: من خلال مبادلة المعاقين ذهنياً الشعور بوجود العديد من الضغوط، مع إعطائهم الأمل في التخفيف من حدتها.

سادساً: أدوار المنظم الاجتماعى في برنامج التدخل المهني:

١.دور المعلم: حيث قام الباحث بتعليم و إكساب المعاقين ذهنياً المهارة لمواجهة المشكلات (الاجتماعية و النفسية و الاقتصادية)، لتعديل أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة عن أنفسهم وعن الأخرين، وإكسابهم القدرة على تحديد المشاكل، ووضع البدائل للحلول، وإكسابهم القدرة على تنظيم الوقت.

٢.دور الممكن: حيث قام الباحث بمساعدة المعاقين ذهنياً على فهم أنفسهم واكتشاف وتنمية قدراتهم على التحكم في مشاعرهم ويمنح الأمل فيهم، وتشجيعهم على الاستمرار في مواجهة ما يتعرضن له من ضغوط مختلفة من خلال قيام الباحث بتقوية دوافع المعاقين ذهنياً للتعامل بصورة أكثر كفاءة، كما قام الباحث ببث الأمل وتجزئة المشكلة وتحديد الأنماط التفاعلية، وإكساب المعاقين ذهنياً مهارات التحكم في المشاعر السلبية.

٣.دور الوسيط: حيث قام الباحث بمساعدة المعاقين ذهنياً والأنساق الأخرى المرتبطة بالموقف الإشكالي على التعامل والتعاون سوياً بشكل أفضل، والربط بين المعاقين ذهنياً والموارد والتنظيمات المجتمعية المتاحة لإشباع احتياجاتهم واعتمد الباحث في ذلك على مهارات الإقناع والمناقشة والتفاوض.

٤.دور المدافع: حيث قام الباحث ببعض الجهود التي تتضمن التعبير عن أفكار المعاقين ذهنياً واحتياجاتهم ومشكلاتهم، ومحاولة التأثير على المؤسسة، لتكون أكثر استجابة لتحقيق الامن الاجتماعي لهم.

٥.دور مقدم التسهيلات: من خلال قيام الباحث بتسهيل حصول المعاقين ذهنياً على الموارد والخدمات المتنوعة داخل أو خارج المؤسسة، وتعبئة وحشد قدرات المعاقين ذهنياً وطاقاتهم ودعمها من خلال منح الفرص لهم للقيام بعمل ناجح واتخاذ قرارات مناسبة.

سابعاً: أدوات التدخل المهني:

١.المقابلات الفردية والجماعية: التي أجراها الباحث مع المعاقين ذهنياً كل على حدة، أو معهم في مقابلة مشتركة لتوضيح بعض الجوانب المتعلقة بأبعاد الأمن الاجتماعي، وكيفية الاستفادة من المؤسسات المجتمعية لتحقيق الأمن الاجتماعي.

٢.المناقشة الجماعية: وذلك لممارسة أساليب التدعيم النفسي لإعادة الثقة بالنفس لدى المعاقين ذهنياً، وإكسابهم خبرات ومهارات مرتبطة بتحقيق الأمن الاجتماعي لهم.

٣.الندوات والمحاضرات: في موضوعات محددة خاصة بالتأهيل المهني والأمن الاقتصادي والصحي والاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

٤.الحفلات الترفيهية والمسابقات المختلفة: لدعم العلاقات الاجتماعية بين المعاقين ذهنياً وأسرهم، والترويح عن النفس.

نتائج الدراسة:

جدول (1) خصائص عينة الدراسة ن = 20

	الاستجابة	ك	%
السن	22-18	10	% 50
	26-22	6	% 30
	30-26	4	% 20
عدد أفراد الأسرة	3	4	% 20
	4	8	% 40
	5	5	% 25
	6 فاكثر	3	% 15
الحالة التعليمية للأب	أمي	2	% 10
	يقرأ وتكتب	2	% 10
	مؤهل متوسط	7	% 35
	مؤهل فوق المتوسط	6	% 30
	مؤهل عال	3	% 15
الحالة العملية	يعمل	4	% 20
	لا يعمل	16	% 80
الدخل الشهري للأسرة	اقل من 1000	5	% 25
	2000 – 1000	10	% 50
	3000-2000	3	% 15
	3000 فأكثر	2	% 10

يتضح من الجدول السابق والذي يوضح خصائص عينة الدراسة أن المعاقين ذهنياً في المرحلة العمرية من 18 سنة إلى أقل من 22 سنة جاءت في الترتيب الأول بنسبة 50 % يليها المرحلة العمرية من 22 سنة إلى أقل من 26 سنة بنسبة 30% يليها في الترتيب الثالث المرحلة العمرية 26 سنة إلى 30 سنة بنسبة 20%.

وبالنسبة لعدد أفراد الأسرة فجاء في الترتيب الأول عدد أفراد الأسرة 4 بنسبة 40 % يليه في الترتيب الثاني عدد 5 بنسبة بلغت 25 % ثم عدد 3 وذلك بنسبة 20 % وأخيراً 6 فأكثر بنسبة 15 %.

أما بالنسبة للحالة التعليمية للأب فجاء في الترتيب الاول الحاصلون على مؤهل متوسط وذلك بنسبة 35% بينما الحاصلون على مؤهل فوق المتوسط جاءت في الترتيب الثاني بنسبة 30% ثم الحاصون على مؤهل عال بنسبة 15 % وأخيراً يقرأ ويكتب والأمي بنسبة 10%.

وبالنسبة للحالة العملية فجاء في الترتيب الأول لا يعمل بنسبة 80% يليها يعمل بنسبة 20%.

أما بالنسبة للدخل الشهري للأسرة فجاء في الترتيب الأول مبلغ من 1000 جنيه إلى أقل من 2000 جنيه شهرياً بنسبة 50 % يليها في الترتيب الثاني مبلغ أقل من 1000 جنيه بنسبة 25% ثم من 2000 جنيه إلى أقل من 3000 جنيه بنسبة 15% وفي الأخير 3000 جنيه فأكثر بنسبة 10%.

جدول (2) **تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق التأهيل المهني للمعاقين ذهنيا** ن = 20

م	العبارة	قبل التدخل المهني				بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح
1	يقوم المعاق باختيار الحرفة المهنية التي يرغب التدرب عليها	10	6	4	46	0.77	12	7	1	51	0.85
2	برامج التدريب تراعي احتياجات المعاقين	8	7	5	43	0.72	11	8	1	50	0.83
3	يساعد التدريب والتأهيل الحصول على فرص عمل	9	3	8	41	0.68	12	6	2	50	0.83
4	تسهيل الإجراءات التي تساعد في الحصول على التدريب	9	5	6	43	0.72	14	5	1	53	0.88
5	المشاركة في برامج التوعية المتعلقة بالتأهيل المهني	10	4	6	44	0.73	13	5	2	51	0.85

م	العبارة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح
6	الحصول على العلاج الطبيعي للاستمرار في برامج التأهيل المهني	7	8	5	42	0.7	12	5	3	49	0.8
7	الحصول على التمويل الكافي للتأهيل	6	3	11	35	0.58	11	6	3	48	0.8
8	الاستفادة من برامج التوجيه المهني	5	11	4	41	0.68	11	5	4	47	0.78
9	التشغيل والتعاون بين المؤسسات	6	6	8	38	0.63	10	8	2	48	0.8
10	توفير متخصصين في مجال التدريب	11	4	5	46	0.82	15	3	2	53	0.88
	المجموع	81	57	62	419	7.03	121	58	21	500	8.3
	النسبة التقديرية %	40.5	28.5	31			60.5	29	10.5		
	القوة النسبية	% 70					% 83				
	نسبة التغير	% 13									

يتضح من الجدول السابق والخاص بتحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق التأهيل المهني للمعاقين ذهنيا أن القوة النسبية قبل التدخل النسبي بلغت 70% بينما بعد التدخل بلغت 83% بنسبة تغير بلغت 13% ويرجع ذلك لبرنامج التدخل المهني.

كما يتضح ان نسبة الإجابة بنعم قبل التدخل المهني بلغت 40.5% وإلى حد ما بلغت 28.5% ولا بلغت 31%، بينما بعد التدخل المهني بلغت نسبة الاجابة بنعم 60.5% وإلى حد ما بلغت 29% ولا بلغت 10.5%.

وكانت أكثر العبارات تغييراً كل من: تسهيل الإجراءات التي تساعد في الحصول على التدريب بنسبة (0.88) وعبارة يقوم المعاق باختيار الحرفة المهنية التي يرغب التدرب عليها و المشاركة في برامج التوعية المتعلقة بالتأهيل المهني بنسبة (0.85) ثم عبارات برامج التدريب تراعي احتياجات المعاقين و يساعد التدريب والتأهيل الحصول على فرص عمل بنسبة (0.83) يليها عبارات الحصول على العلاج الطبيعي للاستمرار في برامج التأهيل المهني و الحصول على التمويل الكافي للتأهيل و التشغيل والتعاون بين المؤسسات وذلك بنسبة (0.8) وأخيراً عبارة الاستفادة من برامج التوجيه المهني بنسبة (0.78).

واتفقت هذه النتائج مع دراسة ليمي وبرانشيت 2016 ودراسة محمد محمد مصطفى 2007 ودراسة أمال محمد سلامة غباري 2017 ودراسة إيمان محمد جاب الله 2012 ودراسة رباب راضي عطية 2011 ودراسة اريكسون اولا برايت 2008، من حيث أن الأمن الاجتماعي وكل ما يحتويه من قضايا ترتبط بإشباع الحاجات الأساسية للإنسان ومساعدته لمواجهة المشكلات التي تحول دون قيامه بوظائفه المجتمعية.

جدول (3) **تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاقتصادي للمعاقين ذهنيا** ن = 20

م	العبارة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح
1	توفير المنح والقروض	5	11	4	41	0.68	10	8	2	48	0.8
2	توفير فرص عمل	6	6	8	38	0.63	15	3	2	53	0.88
3	اتاحة الفرص للاشتراك في برامج التشغيل	11	4	5	46	0.82	12	7	1	51	0.85
4	توفر البرامج التدريبية التأهيل المناسب لسوق العمل	10	6	4	46	0.77	11	8	1	50	0.83
5	المساهمة في توفير وسائل المواصلات	8	7	5	43	0.72	12	6	2	50	0.83
6	المساهمة في تكاليف العلاج	9	3	8	41	0.68	11	6	3	48	0.8

م	العبارة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح
7	تحسين مستوى المعيشة	10	4	6	44	0.73	11	5	4	47	0.78
8	توفير فرص التوظيف	7	8	5	42	0.7	12	6	2	50	0.83
9	المساعدة في الحصول على الموارد	7	8	5	42	0.7	14	5	1	53	0.88
10	توفير الاستفادة من المؤسسات الأخرى	6	3	11	35	0.58	10	8	2	48	0.8
	المجموع	79	60	61	418	7.01	118	62	20	498	8.28
	النسبة التقديرية %	39.5	30	30.5			59	31	10		
	القوة النسبية	%70					% 83				
	نسبة التغير	% 13									

يتضح من الجدول السابق والخاص بتحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاقتصادي للمعاقين ذهنيا أن القوة النسبية قبل التدخل النسبي بلغت 70% بينما بعد التدخل بلغت 83% بنسبة تغير بلغت 13% ويرجع ذلك لبرنامج التدخل المهني.

كما يتضح ان نسبة الإجابة بنعم قبل التدخل المهني بلغت 39.5% وإلى حد ما بلغت 30% ولا بلغت 30.5%، بينما بعد التدخل المهني بلغت نسبة الاجابة بنعم 59% وإلى حد ما بلغت 31% ولا بلغت 10%.

وكانت أكثر العبارات تغييراً كل من: توفير فرص عمل و المساعدة في الحصول على الموارد بنسبة (0.88) وعبارة اتاحة الفرص للاشتراك في برامج التشغيل بنسبة (0.85) وعبارة توفر البرامج التدريبية التأهيل المناسب لسوق العمل و المساهمة في توفير وسائل المواصلات و توفير فرص التوظيف بنسبة (0.83) يليها عبارة توفير المنح والقروض و المساهمة في تكاليف العلاج و توفير الاستفادة من المؤسسات الأخرى بنسبة (0.8) واخيراً عبارة تحسين مستوى المعيشة بنسبة (0.78).

واتفقت هذه النتائج مع دراسة رشدي السيد أحمد محمد 2011 ودراسة محمد محمد مصطفى 2007 ودراسة أمال محمد سلامة غباري 2017 ودراسة هبة عاطف السيد محمود 2014، من حيث أن برامج الأمن الاجتماعى تساهم فى تأمين مصادر دخل جديدة للمعاقين ذهنياً من خلال توفير فرص التوظيف.

جدول (4) **تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الصحي للمعاقين ذهنيا** ن = 20

م	العبارة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح
1	عمل ندوات للتوعية ضد الأمراض	5	11	4	41	0.68	12	7	1	51	0.85
2	المساهمة في زيادة الوعي الصحي للمعاقين	6	6	8	38	0.63	11	8	1	50	0.83
3	الكشف الدوري الطبي	5	11	4	41	0.68	10	8	2	48	0.8
4	الحصول على خدمات العلاج	5	11	4	41	0.68	15	3	2	53	0.88
5	توفير الأجهزة الطبية	6	6	8	38	0.63	12	7	1	51	0.85
6	المساهمة في تكاليف العلاج	5	11	4	41	0.68	11	8	1	50	0.83
7	المساعدة في عمل التحاليل والأشعة	5	11	4	41	0.68	14	5	1	53	0.88
8	التوعية ببرامج التثقيف الصحي	6	6	8	38	0.63	10	8	2	48	0.8
	المجموع	43	73	44	319	5.29	95	54	11	404	6.72
	النسبة التقديرية	27	45	28			59	34	7		
	القوة النسبية	% 66					% 84				
	نسبة التغير	% 18									

يتضح من الجدول السابق والخاص بتحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الصحي للمعاقين ذهنيا أن القوة النسبية قبل التدخل النسبي بلغت 66% بينما بعد التدخل بلغت 84% بنسبة تغير بلغت 18% ويرجع ذلك لبرنامج التدخل المهني.

كما يتضح ان نسبة الإجابة بنعم قبل التدخل المهني بلغت 27% وإلى حد ما بلغت 45% ولا بلغت 28%، بينما بعد التدخل المهني بلغت نسبة الاجابة بنعم 59% وإلى حد ما بلغت 34% ولا بلغت 7%.

وكانت أكثر العبارات تغييراً كل من: الحصول على خدمات العلاج و المساعدة في عمل التحاليل والأشعة بنسبة (0.88) وعبارة عمل ندوات للتوعية ضد الأمراض و توفير الأجهزة الطبية بنسبة (0.85) ثم عبارات المساهمة في زيادة الوعي الصحي للمعاقين و المساهمة في تكاليف العلاج بنسبة (0.83) يليها الكشف الدوري الطبي و التوعية ببرامج التثقيف الصحي وذلك بنسبة (0.8)

واتفقت هذه النتائج مع دراسة رشدي السيد أحمد محمد 2011 ودراسة محمد محمد مصطفى 2007 ودراسة أمال محمد سلامة غباري 2017 ودراسة هبة عاطف السيد محمود 2014 ودراسة نيت تنام كانها 2009، من حيث أن برامج الأمن الاجتماعي تساعد المعاقين ذهنياً على الالتزام بخطط العلاج.

جدول (5) تحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنيا ن = 20

م	العبارة	قبل التدخل المهني					بعد التدخل المهني				
		نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الاوزان	المتوسط المرجح
1	تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين	6	6	8	38	0.63	11	5	4	47	0.78
2	تقليل الشعور بالخوف من المستقبل	5	11	4	41	0.68	12	6	2	50	0.83
3	التدريب على المهارات الحياتية	5	11	4	41	0.68	11	5	4	47	0.78
4	اكساب مهارات اجتماعية جديدة	6	6	8	38	0.63	13	5	2	51	0.85
5	المساعدة على تقليل المخاوف عند الاختلاط بالمجتمع	8	7	5	43	0.72	12	5	3	49	0.8
6	المساعدة في حل المشكلات الاجتماعية	9	3	8	41	0.68	11	6	3	48	0.8
7	المساعدة على التواصل مع الآخرين	9	5	6	43	0.72	11	5	4	47	0.78
8	المشاركة في المناسبات الاجتماعية	10	4	6	44	0.73	11	8	1	50	0.83
9	التخفيف من الضغوط من قبل المجتمع	5	11	4	41	0.68	11	6	3	48	0.8
10	المساعدة على الشعور بالأمان في الحياة المستقبلية	6	6	8	38	0.63	11	5	4	47	0.78
	المجموع	69	70	61	408	6.78	114	56	30	484	8.03
	النسبة التقديرية	34.5	35	30.5			57	28	15		
	القوة النسبية	% 68					% 80				
	نسبة التغير	% 12									

يتضح من الجدول السابق والخاص بتحديد مستوي فاعلية برنامج التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع لتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنيا أن القوة النسبية قبل التدخل النسبي بلغت 68% بينما بعد التدخل بلغت 80% بنسبة تغير بلغت 12% ويرجع ذلك لبرنامج التدخل المهني.

كما يتضح ان نسبة الإجابة بنعم قبل التدخل المهني بلغت 34.5% وإلى حد ما بلغت 35% ولا بلغت 30.5%، بينما بعد التدخل المهني بلغت نسبة الاجابة بنعم 57% وإلى حد ما بلغت 28% ولا بلغت 15%.

وكانت أكثر العبارات تغييراً كل من: اكساب مهارات اجتماعية جديدة بنسبة (0.85) وعبارات تقليل الشعور بالخوف من المستقبل و المشاركة في المناسبات الاجتماعية بنسبة (0.83) ثم عبارات المساعدة على تقليل المخاوف عند الاختلاط بالمجتمع و المساعدة في حل المشكلات الاجتماعية و التخفيف من الضغوط من قبل المجتمع بنسبة (0.8) ويليها اخيرا عبارات تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين و التدريب على المهارات الحياتية و المساعدة على التواصل مع الآخرين و المساعدة على الشعور بالأمان في الحياة المستقبلية بنسبة (0.78).

واتفقت هذه النتائج مع دراسة رشدي السيد أحمد محمد 2011 ودراسة محمد مرسي محمد مرسي 2002 ودراسة جيفري تشانا 2008 ودراسة هبة عاطف السيد محمود 2014 ودراسة نيت تنام كانها 2009 ودراسة سهير محمد سلامة شاش 2001، من حيث أن الامن الاجتماعى ضرورة مهمة من ضروريات الحياه البشرية لدوره المهم فى تحقيق الاستقرار لأفراد المجتمع، فطريقة تنظيم المجتمع تركز بشكل متوازن على الجوانب العلاجية والوقائية والتنموية الأمر الذي من شأنه تحقيق الأمن الاجتماعي في المجتمع.

النتائج العامة للداسة:

إتضح من نتائج الدراسة صحة الفرض الرئيسي للدراسة والقائل بأنه توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

وإتضح من نتائج الدراسة أيضا صحة كافة الفروض الفرعية وهي كالتالي:

- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق التأهيل المهني للمعاقين ذهنياً.
- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الاقتصادي للمعاقين ذهنياً.
- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الصحي للمعاقين ذهنياً.
- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين التدخل المهني بطريقة تنظيم المجتمع وتحقيق الأمن الاجتماعي للمعاقين ذهنياً.

وفيما يلي عرض توضيحي لأحد هذه المحاضرات:

- **البيانات الأولية:**

اليوم والتاريخ: السبت 2022/5/14

النسق المستهدف: جماعة المعاقين ذهنياً

مكان المحاضرة: مقر الجمعية (قاعة المحاضرات)

مدة المحاضرة : ساعة ونصف

القائم بالمحاضرة: طبيب

عدد الحاضرين: 20 معاق

- **الهدف من المحاضرة:**
  - توضيح الأضرار الجسمية والصحية التى تصيب المعاق.
  - تنمية الوعى الصحى للمعاقين.
- **محتوي المحاضرة:**

قام الباحث بالاتفاق مع الطبيب لقيامه بإعطاء محاضرة عن الأضرار الجسمية والصحية التى تصيب المعاق وتنمية الوعى الصحى للمعاقين وحدد الباحث اليوم والساعة وقام بإعداد المكان

وبدأت المحاضرة بتقديم الطبيب والموضوع وأهمية الاستماع إلى الآراء والحقائق من المتخصصين، بدأ الطبيب بشرح التوعية ببرامج التثقيف الصحي وكيفية الحصول على الخدمات الصحية وعمل الاشعات والتحاليل الدورية.

وعند انتهاء المحاضرة قام الباحث بتلخيص ما قاله الطبيب وشكره وانتهت المحاضرة.

أ- الاستراتيجيات المستخدمة:

1- استراتيجية إعادة البناء المعرفى: حتى يمكن إعادة البناء المعرفي من الجانب الطبي السليم وذلك بتوضيح المفاهيم الصحيحة

2- استراتيجية الاتصال: من خلال اتصال الباحث بالقائم بالمحاضرة وبالأعضاء وتحديد الهدف منها وتحديد الموعد الذى يناسب الطرفان.

ب- التكنيكات المستخدمة:

التوضيح: من خلال تزويدهم بالمعارف والحقائق السليمة عن التثقيف الصحي وكيفية عمل التحاليل الدورية والاشعات.

جـ - المهارات المستخدمة:

1- مهارة الاتصال: من خلال الاتصال بالطبيب وإقناعه بإعطاء محاضرة فى الموضوع كذلك الاتصال بالمستفيدين.

2- مهارة التنظيم والإدارة: وذلك بتنظيم المحاضرة من كافة جوانبها من حيث الموضوع والهدف والقائم بها والحاضرين والمكان والزمان ومدتها.

د- أدوار الممارس العام:

1- دور المخطط: وذلك لتحديد موضوع المحاضرة وميعادها وزمانها والاتفاق مع المحاضر والمستفيدين وتجهيز القاعة.

2- دور التربوى: من خلال تزويد المعاقين بالمعلومات والمعارف والحقائق.

3- دور الوسيط: من خلال شرح وتوضيح ما يقصده القائم بالمحاضرة من معلومات وحقائق عن طريق التلخيص والتفسير لما قاله الطبيب حتى يستطيع المعاقين الحاضرين فهم ما يقال.

المراجع:

المراجع العربية:

أبوالقاسم، إلهام عيد (2011). التدخل المهني للخدمة الاجتماعية وتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي للمعاقات حركياً، رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.
أبو النصر، مدحت محمد (2014). الإعاقة والمعاق (رؤية حديثة)، القاهرة، المجموعة العربية للتدريب والنشر.
أبو النصر، مدحت محمد (2020). الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الأشخاص ذوى الإعاقة من منظور الممارسة العامة، جمهورية مصر العربية، المنصورة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
أحمد، محمد مصطفى (1997). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية.
أحمد، سميرة كامل (2002). الزيارات الميدانية لحالات الخدمة الاجتماعية, الإسكندرية, المكتب الجامعي الحديث.
الهيتي، عبد الستار (2010). مسئولية الأفراد والأجهزة الحكومية في تحقيق الأمن الاجتماعي، مؤتمر المجلس الأعلى للشئون الإسلامية.
العوجي، مصطفى(1983). الأمن الاجتماعى " مقوماته تقنياته"، مؤسسة نوفل، بيروت.
البيرماني، كواكب صالح حميد (2016). الخدمة الاجتماعية وشبكات الحماية والأمان الاجتماعى أفاق مستقبلية، مجلة الاطروحة للنشر العلمى، ع2.
الطويل، رمضان عياد (2015). الخدمة الاجتماعية والأمن المجتمعى، جامعة الزيتونة، مجلة جامعة الزيتونة.
السيد، خالد مجاهد أحمد (2012). المتطلبات التنظيمية اللازم توافرها في الجمعيات الأهلية العاملة في مجال رعاية الأطفال التوحديين وأسرهم، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ع 33.
العوامي، مستور حماد (2011). الأمن الاجتماعى، جامعة سبها، مجلة جامعة سبها للعلوم الإنسانية، مجلد 10 ع2.
التقرير العالمى الأول لمنظمة العمل الدولية بشأن الأمن الاجتماعى 2010.
المكاوي، عايده نبيه (2004). تأثير أنشطة الضمان الاجتماعي والأسر المنتجة للوحدات الاجتماعية على تحقيق الأمن الاجتماعي بالمجتمع المحلي، رسالة ماجستير، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
الصادي، أحمد فوزي (1993). الخدمة الاجتماعية والأمن الاجتماعي، ورقة عمل، المؤتمر العلمي السادس، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم.
الهيئة القبطية الانجيلية للخدمات الاجتماعية (2008). ورشة عمل في إطار مشروع الأطفال في خطر.
بدوي، أحمد زكي (1993). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان.
برنامج الأمم المتحدة الانمائي: تقرير التنمية البشرية لعام 2003. أهداف التنمية للألفية تعاهذ بين المم المتحدة لإنهاء الفاقة البشرية، بيروت، مطبعة كركي.
بني عامر، علي محمود محمد (2018). منظمات رعاية المعاقين ذهنياً وتحسين نوعية حياتهم، مجلة الخدمة الإجتماعية، ع60.
بوصنوبره، عبدالله (2010). دور الجمعيات في رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، الجزائر، جامعة 8 مارس 1945، قالمة، مجلة الباحث الاجتماعي.
جاب الله، ايمان محمد محمد (2012). تصور مقترح لطريق تنظيم المجتمع لتدعيم دور جمعية التأهيل الاجتماعي لرعاية المعاقين باستخدام استراتيجية المدافعة، رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم
حسن، نجدة لطفي أحمد (2003). فاعلية برنامج للتمرينات على بعض القدرات الحس حركية والسلوك التوافقي للأطفال بمدارس المعاقين ذهنياً، رسالة دكتوراه، جامعة الاسكندرية، كلية التربية الرياضية للبنات.
حسين، زكريا (2009). مفهوم الأمن الاجتماعي، مركز الدراسات الإستراتيجية، الكويت.
حسين، زكريا: الأمن القومى، أكاديمية ناصر العسكرية، مصر.
حسين، عزيزة (2002). المشكلة السكانية والمنظمات الأهلية في إطار تحديث مصر، المؤتمر السنوي الرابع للاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الخاصة: الجمعيات الأهلية وتحديث مصر.
خالد، حسن(2018). الامن الاجتماعى والاقتصادى، وزارة الاوقاف والشئون والمقدسات الاسلامية.
خاطر، أحمد مصطفى (1995). الخدمة الاجتماعية, الإسكندرية،المكتب الجامعي الحديث.

داوود، عزيز (2006). الإعاقة من التأهيل إلى الدمج، عمان، دار العلوم للطباعة.
رمزي، نبيل (2000). الأمن الاجتماعي والرعاية الاجتماعية من وجهة نظر سوسيولوجية، الاسكندرية، دار الفكر العربي.
رمضان، السيد (1995). إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
سعدي، فتحية (2005). فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
سليمان، عبدالرحمن سيد، معجم التخلف العقلي، القاهرة، دار القاهرة
سليمان، عبدالرحمن سيد (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة (أساليب التعرف والتشخيص)، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
(سليمان، عبدالرحمن سيد (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة (الخصائص والسمات)، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
سيسالم، كمال سالم (2003). الدمج في فصول ومدارس التعليم العام، الامارات، دار الكتاب الجامعي.
شعيب، محمد مصطفى (2016). الأمن الاقتصادي من منظور إسلامي، الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة ظاهري محمد بشار.
شاش، سهير محمد سلامة (2001). اللعب وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، القاهرة، دار القاهرة.
شاش، سهير محمد سلامة (2001). فعالية برنامج التنمية لبعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة دكتوراه، جامعة الزقازيق، كلية التربية.
عبدالباقي، علا (2000). الإعاقة العقلية (التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقلياً) القاهرة، دار الكتب.
عبد العال، عبد الحليم رضا (١٩٩١). تنظيم المجتمع- النظرية والتطبيق، القاهرة، دار الهلال المصرية.
عبدالسميع، أسامة السيد (2009). الأمن الاجتماعى فى الإسلام، دراسة مقارنة، الإسكندرية، دار الجامعة المصرية الجديدة.
عبدالمعطي، حسن مصطفى (2005). الإعاقة الجسمية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
عبده، بدر الدين كمال (2003). الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد (2007). رعاية المعاقين، عمان، دار صفاء.
عزب، حسام الدين محمود و البجيرمى، سامي (1996). جعلوني معوقا ولكن؟، القاهرة، دار الكتب العلمية.
عزالدين، أبو النجا أحمد و بدران، عمرو حسن أحمد (2003). ذوي الاحتياجات الخاصة للإعاقات (الذهنية والحركية والبصرية والسمعية)، المنصورة، مكتبة الايمان.
عطية، رباب راضي (2011). تقييم برامج التأهيل المرتكز على المجتمع المقدمة للأطفال المعاقين ذهنياً، رسالة ماجستير، جامعة الفيوم، كلية الخدمة الاجتماعية.
علي، ماهر أبو المعاطي وآخرون (2000). مدخل الخدمة الاجتماعية – مفاهيم، طرق، مجالات، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي بجامعة حلوان.
عفيفي، عبدالخالق محمد (2002). الخدمة الاجتماعية ودورها المعاصر في تحقيق السلام والأمن الاجتماعي، المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
عفيفي، عبد الخالق محمد (2008). الرعاية الاجتماعية بين التنظير والتأريخ، المنصورة، المكتبة العصرية.
عفيفي، عبد الخالق محمد (2009). الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع وتوجهات القرن الحادي والعشرين، القاهرة، دار نور الإسلام.
غباري، أمال محمد سلامة (2011). دور الجمعيات الأهلية في دعم الخدمات الاجتماعية للمعاقين، المؤتمر العلمي الرابع والعشرون، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان.
فهيم، كلير (2005). المعوقون ذهنياً نحو حياة طبيعية، القاهرة، دار المعارف.
كامل، راضي عدلي (2011). التخطيط الاستراتيجي كمدخل لتطوير الدور التربوي للجمعيات الأهلية المعنية بالمعوقين، رسالة كتوراه، كلية التربية، جامعة أسوان.
مصطفى، محمد محمد (2007). استخدام مدخل الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية وتفعيل الاداء الاجتماعى لذوى الاحتياجات الخاصة، رسالة دكتوراه غير منشورة،كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.
محمد، رباب راضي عطية (2011). تقييم برامج التأهيل المرتكز على المجتمع المقدمة للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتدريب، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.

محمد، رشدي السيد أحمد (2011). تفعيل دور الجمعيات الأهلية في تحسين نوعية الحياة لأسر المعاقين ذهنياً، رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.
محمود، هبة عاطف السيد (2014). دور الجمعيات الأهلية في تفعيل حماية حقوق المعاقين، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنصورة.
مخيون، حنان فايز محمود (2004). برنامج ترويحي مقترح وأثره على تنمية الوعي بالذات لذوي الاحتياجات الخاصة من الأطفال المعاقين ذهنياً، رسالة ماجستير، جامعة الاسكندرية، كلية التربية الرياضية للبنات.
مرسي، محمد مرسي محمد (2002). دراسة تقويمية لبرامج العمل مع جماعات الأطفال المعاقين ذهنياً، رسالة ماجستير، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.
منصور، عبدالصبور (2014). مقدمة في التربية الخاصة سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

المراجع الاجنبية

Adams, Robert, et al (2002). Critical Practice in Social Work،New York Palgrave Publisher.
Britt, Eriksson Ulla et al (2008). Falling between two stools: how a weak co – operation between the social security and the unemployment agencies obstructs rehabilitation of unemployed sick – listed persons, UK, An international Multidis cipinary journal, vo130.
Chana, Jeffrey B (2008). A profile of respite service providers in new vol 55, No 4.

Haseneez، N.M (2010). Grand parents of children with autism-support care giving، Advocacy، social work magazine، vol 10، No 5
Hawkins، A (2004). Mental illness in person with mental retardation
(66) Introduction, U.S.A, Brooks، cole، Wadsworth inc, 2001 Rosalie Ambrosino: Social Work & Social Welfare.
Kanha, Net Thnam (2009). Organizational strategic planning: Acase study on the social security administration and disability services improvement intiative, MA, USA, Massachustts university.
Lemmi v،Blanchet K (2016). community based rehabilitation for people with physical and mental disabilities in low and middle income countries, journal of development effectiveness.
March, Elizabeth (2002). The General Method of social work practice، Boston، Allyn & Bacon.
Matheson, Edith (2005). Emotional understanding in violence and nonaggressive individuals with mild or moderate mental retardation.
Misra, Ranjan (2009). Security Systems in japan, Lessons for india reitaku international journal of Economic studies vol 17 No. 2
Subbarao, K (2000). Namibias social safety net issues and options for reform, The world Bank poverty Reduction and Economic Management network poverty Division، USA.
United Nation (2006). World summit for social development،N.Y
Warren, Keith (2004). House and housemate an exploratory study of residential setting, interpersonal interaction and violence in tow persons with intellectual disabilities
Williams, Danid G. (1992). Uipan Planning In Development Quntries, N. Y., Peryman Press.
Wwil, M. O., & Gamble, D.N, (1995) Community practice models, in R. L. Edwards & J. G. Hopps (Eds). Encyclopedia of social work (19th ed) Washington, DC: NASW.