2695 رمز

UN ECONOMIC COMMISSION
FOR WESTERN ASIA
10 MAR 1981
LIBRARY

الأمم المتحدة

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

التوزيع: عام

E/ECWA/119

٥ آذار/مارس ١٩٨١

الاصل: بالعربية

اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا

الدورة الثامنة

٢١-٢٥ نيسان/ابريل ١٩٨١

بيروت، لبنان

البند ١٠ من جدول الاعمال المؤقت

مشكلة المعاقين في منطقة غربي آسيا
الملامح وأبعاد المواجهة وخطة العمل الاقليمية

81-3705

المحتويـــــات

الصفحة

القسم الاول : ملامح المشكلة وأبعاد المواجهة ١

أولا : مقدمة : الابعاد الاساسية في مشكلة الاعاقة ١

ثانيا: الاعاقة في منطقة غربي آسيا ٥

- الملامح والآثار الرئيسية ٥

١- مفهوم الاعاقة بين التحديد الواسع والضيق ٥

٢- مشكلة الاعاقة في منطقة غربي آسيا ،الحجم والابعاد . ٧

٣- العوامل الرئيسية للاعاقة في منطقة غربي آسيا ١٣

٤- المشكلة : آثارها الاقتصادية والاجتماعية ١٩

القسم الثاني : خطة العمل الاقليمية ٢٠

أولا : مستلزمات السياسة الاجتماعية في مواجهة الاعاقة . ٢٠

ثانيـا : الدراسة العلمية لأبعاد المشكلة..... ٢٢

ثالثـا : الاعلام وتكوين وعي جماهيري بخطورة المشكلة... ٢٤

رابعـا : سن التشريعات المناسبة لمواجهة الاعاقة..... ٢٦

خامسا: التوسع في اقامة مؤسسات التربية الخاصة بالمعاقين . ٢٨

سادسا : التوسع في انشاء مؤسسات ملائمة للتأهيل..... ٣٠

سابعـا : سياسة الادماج الاجتماعي للمعاقين ومجالاتها .. ٣٢

ثامنـا : المعاقون في اطار سياسات التنمية الوطنية ٣٣

تاسعـا : التعاون الاقليمي العربي في مجال المعاقين... ٣٥

عاشرا : الاجراءات الخاصة لمساعدة المعاقين من الشعب الفلسطيني ٣٧

حادى عشر : التعاون الدولي ٣٧

القسم الاول

ملامح المشكلة وابعاد المواجهة

أولا - مقدمة : الابعاد الاساسية في مشكلة الاعاقة

لقد خصصت الامم المتحدة السنة الميلادية ١٩٨١ لتكون عام المعاقين ، مثلما خصصت أعواما سابقة لمسائل السكان والمرأة والطفل . وهي بذلك تضع مشكلة المعاقين في مصاف المسائل الاجتماعية الكبرى التي ينبغي على العالم مواجهتها بالتحليل والفهم العلمي ، وبالتوعية الحكومية والجماهيرية ، وبتعبئة الموارد الدولية والاقليمية والقطرية ، لارساء وتنفيذ برامج العمل الكفيلة بمحاصرة المشكلة وايجاد الحلول لها .

وجوهر المواجهة في مسألة المعاقين ببساطة هو كيف يستطيع الفكر والارادة البشرية على كل المستويات الجماعية والفردية أن تحول " الانسان المعاق" من كائن عاجز جسمانيا أو عقليا أو نفسيا الى كائن " فاعل" اجتماعيا ، ومن فرد يتملكه الاحساس " بالنقص" الى انسان يتملكه الاحساس "بالتحدى الخلاق" ، ومن " اقتصاره على الاعتمادية المطلقة" الى تمتعه آفاق من "الاستقلال النسبي" ، ومن كونه مجرد "مستهلك " الى كونه " منتجا" ايضا . وباختصار - اذن - تهدف المواجهة الى القضاء على عزلة وسلبية المعاقين ودمجهم وتكاملهم الايجابي في المجرى الرئيسي للحياة الاجتماعية . والمواجهة بهذا المعنى تتجاوز بمسألة المعاقين ابعادها الفردية الخيرية الى آفاقها الاجتماعية - الاقتصادية التنموية . وبهذا التجاوز تصبح رعاية وتأهيل ودمج المعاقين في المجتمع خطوة عملاقة على المسيرة الطويلة لتعظيم حقوق الانسان وحرياته الاساسية .

ان حجم مشكلة المعاقين يضيف سببا آخر لهذه المواجهة على الاصعدة العالمية والاقليمية والمجتمعية والفردية . فطبقا لتقديرات الامم المتحدة لعام ١٩٧٩ ، وصل عدد المعاقين نحو ٤٥٠ مليون شخص - أى حوالي نصف سكان الصين ، أو ما يماثل سكان الاتحاد السوفيتي والولايات المتحدة معا . وتكمن أحد عناصر الدراما الانسانية للمعاقين في أن ثلاثة ارباع هذا العدد هم من بين سكان العالم النامي . فاذا كان احد تعريفات " المعاق" كفرد هو العجز والاعتمادية ، فان معظم مجتمعات العالم النامي نفسها تتسم بنوع مشابه من العجز والتبعية الجماعية . أى اننا بصدد ظاهرة اعاقة يبلغ حجمها حوالي ٣٥٠ مليون يعيشون في مجتمعات هي نفسها " معوقة" في اطار تعاملها مع النظام الاقتصادى - الاجتماعي - السياسي العالمي . فالفرد المعاق في هذه الحالة يعيش في مجتمع معاق . واذا كان الفرد المعاق في العالم النامي عاجزا وهامشيا في مجتمعه ، فان هذا العالم بدوره يعتبر عاجزا وهامشيا في النظام العالمي القائم . وفي هذا السياق يتحمل الفرد فيه عبئا مركبا لا يتحمله

نظيره في العالم الصناعي . وبذلك يقع عبء اعاقته الفردية ، وعبء تخلف مجتمعه . ان تخلف مجتمعه يعقد من عبء اعاقته ، ويكاد يكون العكس صحيحا . فالمجتمع المتخلف لا تقتصر ازمته على عدم قدرته على الرعاية والتأهيل لمعوقيه فحسب ، بل انه في الغالب الاعم يفقد مشاركتهم ومساهمتهم في جهوده التنموية .

ان حالة التخلف الاقتصادى - الاجتماعي كما سنرى هي احدى الروافد الاساسية لتغذية مشكلة الاعاقة في العالم الناهي . ولكن مما يضيف الى هذه الروافد ويحول الدراما الانسانية الى مأساة جماعية هو ان هذا العالم قد اصبح منذ الحرب العالمية الثانية الساحة التي تصفّى على ارضها التناقضات المحلية والاقليمية التاريخية المتراكمة من عصور الاستعمار والتبعية ، وكذلك صراعات التنافس للقوى الدولية العظمى . فما شهده العالم الثالث - بما في ذلك المنطقة العربية في غربي آسيا - من حروب واهوال ودمار قد أضاف الى جيوش المعاقين فلولا متزايده .

ذلك يعني ان قضية الاعاقة وان تناولناها بمعناها الجسدى والعقلي فان علينا أن لا نغفل البعد المجتمعي الشامل سواء على مستوى وضع الدول النامية بالنسبة للنظام العالمي أو بالنسبة لوضع مختلف الفئات أو الجماعات الداخلية الاقل حظا والاكثر حرمانا داخل كل مجتمع من مجتمعات تلك الدول ذاتها .

واذا كان لنا ان نتفق على تحديد هذه الدراسة بالاعاقة الجسدية - العقلية التي تؤدى الى العجز الجزئي أو الشامل بالنسبة لبعض افراد المجتمع بسبب ظروف خلقية أو وراثية أو صحية أو اجتماعية ، فاننا نلاحظ تباينا في النظرة الى المعاقين . ومن ثم اختلافا من حيث طبيعة الاستراتيجية المتبعة لمواجهة هذه القضية .

ففي المراحل التاريخية المبكرة اتسمت النظرة الى المعاقين بطابع غير انساني ومن ثم اتسمت استراتيجيات تناول مشكلتهم بذات الطابع ايضا . حيث اعتبر المعاق مخلوقا بشريا " ناقصا" يعيش عالة على المجتمع - يستهلك دون عطاء . ومن ثم فالمعاقين كانوا يعتبرون " نفايات بشرية" تستهلك طاقة المجتمع دون ان تسهم فيه ايجابيا . ومن ثم كانت ممارسات المواجهة تنطوى على ضرورة عزلهم حتى لا يشوهوا ايجابية الحياة ، وقد وصل الامر في بعض الحالات الى محاولة القضاء عليهم بوسائل مختلفة كالقتل والحرق وما الى ذلك . ولعل اسبرطة القديمة كانت النموذج البارز لهذه النظرة .

وفي مرحلة تاريخية تالية ظهر ما يمكن ان نسميه " بالمنظور الاخلاقي " . واعتبر المعاقون مخلوقات تثير الشفقة والعطف الانساني . ومن ثم أكدت الممارسات في تلك المرحلة على الطابع الخيرى للسلوك الموجه نحو هذه الفئة ، باطعامهم والاشفاق عليهم . بل اننا نجد حثا دينيا على حسن معاملتهم . وفي ذلك يختلف التراث العربي - الذى يلعب الدين

الاسلامي دورا جوهريا في اظهاره - عن التراث الاسبرطي . فنجد مثلا ان القرآن الكريم يعتب على رسول الله ويخاطبه حين " عبس وتولى ان جاءه الاعمى وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فتنفعه الذكرى" بل اننا نجد ان العاهات الجسدية لدى عدد من الناس لم تحل دون تصدرهم لمجالس الفتوى والادب والعلم والشعر، بل وان يصلوا الى بعض المناصب القيادية في تاريخنا القديم والمعاصر.

ثم جاءت المرحلة الثالثة حيث صدرت اعلانات عالمية وانسانية كثيرة بدأت "بالاعلان العالمي لحقوق الانسان في ١٩٤٨"، ثم "اعلان حقوق الطفل في ١٩٥٩" ثم "اعلان حقوق الاشخاص المتخلفين عقليا في ١٩٧١". وقرار المجلس الاقتصادى والاجتماعي بالوقاية من الاعاقة وتأهيل الاشخاص المعاقين (١٩٢١/١٠٨/١٩٧٥) . هذا الى جانب القرارات العديدة التي صدرت عن وكالات دولية كاليونسكو واليونيسيف.

ولقد واكب هذه الاعلانات العالمية صدور اعلانات عربية عديدة منها ميثاق العمل الاجتماعي للدول العربية، الذى اقره مؤتمر وزراء الشؤون الاجتماعية العرب في ١٩٧١ وقد جاء في اهداف العمل الاجتماعي التي حددها هذا الميثاق "تأهيل كل مواطن يعاني عجزا جسديا أو عقليا وبخاصة الاطفال والشباب". كذلك اكدت استراتيجية العمل الاجتماعي في الوطن العربي (١٩٧٩) على ضرورة الاهتمام بفئات المعاقين جسديا وعقليا ووضع ذلك بين اولويات العمل الاجتماعي . كما اشارت الى اهمية تمكين هذه الفئات من المشاركة في الحياة العادية، وتفهم مشكلات الاعاقة ومواجهتها بصورة اكثر ايجابية في نطاق العمل الاجتماعي الانمائي .

ويؤكد هذا المنطق الجديد ما جاء في استراتيجية تطوير التربية العربية التي اعدتها المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم والتي اعتمدها وزراء التربية العرب في عام ١٩٧٦، حيث خصصت فقرات رئيسية للعناية بالمعاقين ضمن عناصر الاستراتيجية وبدائلها - اذ تؤكد العناية بالتربية الخاصة للمعاقين ، وتنظيم برامج ذات جوانب انسانية وتربوية ومضامين اجتماعية وتنموية لهم، وارساء هذه التربية على اسس ثابتة مستمرة . كذلك أكدت مقررات وتوصيات منظمة العمل العربية اهمية رعاية وتأهيل المعاقين . هذا فضلا عما اتخذته بعض الدول من تشريعات وبرامج على المستوى الوطني تتصل بالمعاقين من حيث تأهيلهم وتشغيلهم.

ذلك يعني ان جعل عام ١٩٨١ عاما للمعاقين انما هو تعميق وتكريس للمرحلة الثالثة التي تهدف الاعلانات العالمية والعربية العديدة الى تحقيقها . ان هذا العام ينبغي ان يشكل نقطة انطلاق لمرحلة جديدة ومنطق جديد لا يقنع بمجرد رعاية المعاقين ، واعادة تأهيلهم ، وانما ينظر اليهم كطاقة بشرية اجتماعية اقتصادية اهدرها ويهدرها المجتمع، وان علينا ان نؤسس وننظم الوسائل التي تيسر استعادة هذه الطاقات المتعددة . وهو ما يعني ان نبحث عن السبل التي تيسر دمجهم وتكاملهم في المجتمع ومشاركتهم في التنمية الاجتماعية والاقتصادية . وفي الامكان ان يتحقق ذلك اذا نحن نظرنا الى مسألة المعاقين من منطق تنموى جديد في ظل الاعتبارات الاساسية التالية :

١- انه من الضرورى التخلي عن المنطق القديم في النظر الى قضية الاعاقة ، وهي النظرة التي كانت تعتبرها مشكلة فردية ،تنتهي باعادة التأهيل الجزئي للمعاقين ، وذلك عن طريق اعالتهم ومعالجة ما يمكن علاجه من صور عجزهم . والبديل هو ان نتناول المشكلة من خلال نظرة جديدة للدفاع الاجتماعي في مواجهة الاعاقة ولا يتأتى ذلك فقط بتأهيل المعاقين وايجاد فرص لمشاركتهم في الحياة كأفراد وانما يقتضي الامر وجود نظرة شاملة للاعاقة من حيث ظروفها وعواملها المجتمعية ، والمواجهة الجريئة والجادة لهذه الظروف والعوامل .

٢- انه ينبغي الانطلاق من مسلمة ان الانسان المتكامل القادر والفعّال هو النموذج الاساسي الذى نصبو اليه ، وان أى اعاقة هي انتقاص للنموذج الانساني الاساسي أو هو اغتراب عنه . وقد يتخذ الاغتراب صورة التشويه الفيزيقي أو العقلي أو الصحي أو الاجتماعي . ان تجاوز هذا الاغتراب يتحقق بتقليص حجم الاعاقة وتقليص مضاعفاتها النفسية والاجتماعية . ومن ثم تنظيم اندماج وتكامل المعاقين في المجتمع من جديد . ان في ذلك ترسيخ لمبادىء العدالة وتكافؤ الفرص التي تشكل جوهر الحقوق الاساسية للانسان .

٣- ان من الضرورى ان يتجاوز التعامل مع مشكلة المعاقين منطق الاحسان أو الخير الذى يقتصر في سنده على مشاعر انسانية وعاطفية ،وان يتبنى منطقا عقلانيا يؤكد على اعتبار المشكلة قضية اجتماعية تدخل في نطاق مسؤوليات المجتمع والدولة الحديثة ، بحيث تؤسس في مواجهتها البرامج التي تربط تأهيل المعاقين بالخطط العامة للتنمية الاجتماعية . ذلك يفرض ايضا تدخل الدولة لتناول مسألة الاعاقة بدلا من التخلي عن المسؤولية للمؤسسات أو الجمعيات الخيرية وحدها . ذلك يفرض ايضا ضرورة تأسيس نوع من الشمول والتوازن في خدمات المعاقين : بين الريف والمدينة ، الذكور والاناث، وبين الفئات الاجتماعية والشرائح العمرية المختلفة .

٤- انه من الضرورى سلوك طرق الابداع والتجديد فيما يتعلق بمسألة المعاقين . ان التفاعل والمزاوجة بين المنجزات التكنولوجية والهندسة الطبية من ناحية والعلم الاجتماعي النفسي التطبيقي من ناحية ثانية ،والفن التخطيطي من ناحية ثالثة تتيح مجالات خصبة لرعاية وتنمية المعاقين . ان هذا التفاعل الخلاق من شأنه ان يرفع من كفاءة العمل في مواجهة جوانب مسألة الاعاقة بأقل تكلفة اقتصادية واجتماعية ممكنة .

٥- انه من الضرورى ان نأخذ في الاعتبار البعد المستقبلي لقضية المعاقين ،وذلك من حيث احتمالات الظروف والعوامل المسببة للمشكلة ، ثم احتمالات التطور في حجم المشكلة والآثار الاجتماعية التي قد تنجم عنها . وبالتالي ينبغي صياغة وتبني اكثر الاستراتيجيات مرونة وقدرة على المواجهة ،وبحيث تتلاءم مع الخطط والاستراتيجيات التنموية العامة للمجتمع .

ثانيا - الاعاقة في منطقة غربي آسيا

الملامح والآثار الرئيسية

نحاول في الفقرة التالية التعرض لمشكلة الاعاقة في منطقة غربي آسيا من حيث حجمها وعواملها ، ثم مجموعة الآثار البنائية للاعاقة على المجتمعات في تلك المنطقة ، وعلاقة ذلك بتوليد موجات جديدة من الاعاقة . وسنعالج المسألة من خلال النقاط الرئيسية التالية :

١- مفهوم الاعاقة بين التحديد الواسع والضيق
٢- مشكلة الاعاقة في منطقة غربي آسيا: الحجم والابعاد
٣- العوامل الرئيسية للاعاقة في المنطقة
٤- المشكلة وآثارها البنائية والاجتماعية .

وفيما يلي استعراض موجز لكل من هذه النقاط:

١- مفهوم الاعاقة بين التحديد الواسع والضيق

في محاولة تحديد مفهوم الاعاقة نجد ان لدينا وجهات نظر عديدة تتباين في تحديد ماهية الاعاقة أو مدى الاعاقة بين الضيق والاتساع. فهناك كثيرا ممن تصدوا لهذه المشكلة من يعادلون بين الاعاقة وبين الحدود المفروضة على الحركة الجسدية للانسان فقط. ان ذلك لا يأخذ في الحسبان ان المعاقين لا يشكلون فئة متجانسة ، وانما هي تضم عناصر متباينة كالمصابين بالبكم ، وهم يختلفون عن المصابين باضرار في السمع أو الفاقدى البصر. ويختلف كل هؤلاء عن المتخلفين عقليا أو المرضى عقليا . ذلك يعني ان كل مجموعة منهم لديها مشكلة محددة ، ومن ثم يتطلب الامر مواجهة تتلاءم الى حد كبير وعاهة المعاق .

ويلاحظ ان تعريف " الاعاقة" يتباين من قطر عربي الى قطر عربي آخر. فنجد مثلا ان المفهوم الاردني الذى طرح في الندوة الثانية لاستراتيجية العمل الاجتماعي العربي (المنعقدة في تونس في الفترة من ١٤-١٨ تشرين اول/اكتوبر ١٩٨٠) يحدد المعاقين بأنهم "المكفوفون والمعاقون جسميا ، والمعاقون عقليا ، والصم والبكم". بينما نجد ان القرار رقم ١٠٣١ الصادر عن مجلس قيادة الثورة للجمهورية العراقية المنعقد بتاريخ ٢٨/٦/١٩٨٠ في الباب الرابع ، المادة ٤٣ يشير الى ان المعوق هو كل من نقصت أو انعدمت قدرته على العمل أو الحصول عليه أو الاستقرار فيه . . . . . بسبب نقص أو اضطراب في قابليته العقلية أو النفسية أو البدنية". هذا على حين يحدد القانون اللبناني رقم ٧٣/١١ الصادر في ٣/١/١٩٦٤ بأن المعوق " هو كل شخص تكون امكانياته لاكتساب وحفظ عمل مخفضة فعليا ، بسبب عجز أو نقص في مؤهلاته الجسدية أو العقلية . وان المعاقين جسديا هم المكفوفون ، الصم ، البكم ، فاقدوا الاطراف ، والمشلولون . . وان المعاقين عقليا ، أو المتخلفين عقليا هم الاشخاص الذين يعانون ضعفا في بعض المراكز العصبية يؤدى الى اضطراب في النمو العقلي يعيق المصاب عن التوافق الاجتماعي". هذا في حين يحدد القانون رقم ٣١ لسنة ١٩٧٥

الصادر في جمهورية مصر العربية بشأن تأهيل المعاقين في المادة (٢) بأنه "يقصد في تطبيق احكام هذا القانون بكلمة المعوق كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولة عمل أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، ونقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوي أو عقلي أو جسمي، أو نتيجة عجز خلقي منذ الولادة" بينما تذهب احدى الدراسات التي اجريت عن فاعلية خدمات تأهيل المعاقين في ج.م.ع. بأن "الشخص المعوق هو كل فرد فقد قدرته على مزاولة عمله - أو القيام بعمل آخر نتيجة لقصور بدني أو عقلي أو حسي - سواء كان هذا القصور بسبب اصابته في حادثة أو مرض او كان عجزا خلقيا منذ الولادة واصبح هذا الشخص على أثر ذلك صاحب عاهة تحوقه عن التكيف مع المجتمع أو البيئة التي يعيش فيها وتحول دون استقراره بنجاح في الحياة".

ومن هذا التعريف يتضح ان المعاقين اما ان يكونوا ضحايا حرب اصيبوا اثناء ادائهم لواجبهم الوطني؛ أو ضحايا التصنيع، حيث تستعمل الوسائل التكنولوجية الحديثة؛ أو ضحايا لحوادث المرور؛ أو ممن اصيبوا بامراض؛ أو وجدوا في الحياة هكذا بسبب عوامل وراثية أو امراض في فترة تكوين الجنين.

غير اننا اذا تفحصنا تحليليا مجموعة التعريفات السابقة سوف نجد انها تتميز بالملامح الاساسية التالية:

(أ) انها تشترك جميعا في تضمين العاهات والتشوهات الجسدية كعنصر اساسي في مفهوم الاعاقة سواء كانت خلقية أو وراثية، فهي الى حد كبير اعاقة بدنية محسوسة تتصل بعجز الفرد عن المشاركة الاجتماعية الفعّالة. ومن الواضح ان هذا تحديد ضيق للغاية بالنسبة لمفهوم الاعاقة.

(ب) ان بعض البلاد العربية وسعت من مفهوم الاعاقة فلم تقصره على الجوانب الجسدية المرتبطة بالعوامل الوراثية أو الخلقية فحسب، ولكنها ادخلت فيه الاعاقات الطارئة نتيجة الحياة في مجتمع معقد مثل امتداد الاعاقة لكي تشمل المعاقين نتيجة لحوادث المرور مثلا، أو المعاقين نتيجة لتشويه اعضائهم في الحرب التي يكون المجتمع قد شارك فيها.

(ج) ان قلة من البلاد العربية قد وسعت المفهوم ليشمل الاعاقة العقلية والنفسية وكل ما من شأنه ان يقعد الفرد عن مزاولة عمل والاستمرار فيه والاعتماد به على نفسه. وينطوي هذا التعريف الموسع نظريا على ادخال فئات عديدة ضمن المعاقين مثل مدمني المخدرات والخمور واصحاب الامراض المستعصية وذوي السوابق الاجرامية التي يحجم اصحاب الاعمال عن تشغيلهم، ومن اليهم.

اذا اردنا ان نكون اكثر شمولا في مواجهة مسألة تحديد من هو المعاق فلا بد من اضافة البعد الاجتماعي والثقافي الى الابعاد الجسمانية والعقلية. ومن ثم نؤسس تعريفا للمعاقين يشمل غير القادرين على الاستمتاع بالحقوق والفرص المتاحة بالمجتمع الذي يعيشون فيه بسبب عوامل جسمانية أو عقلية أو اجتماعية أو ثقافية. وهو ما يعني ان التعريف يتحدد بأربعة ابعاد وليس ببعدين فقط.

٢- مشكلة الاعاقة في منطقة غربي آسيا ، الحجم والابعاد

سوف ينصب تحليلنا هنا على الاعاقة الجسدية - العقلية في منطقة غربي آسيا ، وذلك نظرا لانها التحديد الذى لاقى اجماعا ، برغم كونه ليس اكثرها شمولا للمشكلة . وتواجه أية محاولة لتحديد حجم المعاقين في هذه المنطقة بالصعوبات الاساسية التالية :

(أ) انه لا توجد احصاءات دقيقة وشاملة عن المشكلة وحجمها على مستوى الاقطار العربية في المنطقة . بل ان هناك تجاهلا للمشكلة على مستوى بعض الاقطار العربية بحيث يشير ذلك الى ان مشكلة الاعاقة لم تطرح نفسها بعد كقضية اجتماعية تستحق المواجهة على اساس من التخطيط والمراحل والبدائل . ومن ثم وجدنا اننا غالبا ما نواجه باسلوب جزئي كيفما اتفق - حيث ظهرت في السنوات الاخيرة محاولات محدودة لحصر بعض فئات الاعاقة .

ومما يدل على اختلاف مدخل التناول الاحصائي للمشكلة بين مختلف الاقطار العربية في المنطقة ان بعض الدول اخذت في حصر المعاقين في اطار تعداد السكان العشرى (مثل مصر وسورية) ، بينما تنوى دول اخرى جمع هذه المعلومات في تعداداتها القادمة ، كما ان هناك محاولات محدودة لمسوح يزمع القيام بها في مناطق معينة لحصر حجم الاعاقة وانواعها كما هو الحال في لبنان والاردن .

(ب) تختلف البلاد العربية من الناحية الاحصائية في تحديد هوية الاعاقة ، ومتى تعتبر الحالة معاقة ، وما هي الاعاقة الجزئية والاعاقة الكلية ، ثم ما هي الانماط الرئيسية للاعاقة . وهكذا نجد ان هناك تفاوتا واضحا بين مختلف الاقطار في تحديد الاعاقة وانماطها مما يطرح صعوبات عديدة امام تحديد حجم المشكلة وانماطها الرئيسية على المستوى العربي . وبالطبع فان ذلك يحوق تماما امكانية تأسيس المقارنة على المستوى الاقليمي لمعرفة اماكن تركز الاعاقة على الخريطة الديمغرافية - الاجتماعية في المنطقة .

(ج) نلاحظ الغياب الكامل لأى نوع من الدراسات التي تسجل معاملات الارتباط فيما يتعلق بهذه الظاهرة . وهو التسجيل الذى يمكن ان يساعدنا في الاحاطة بالخصائص الاجتماعية الاساسية للشخص المعاق من ناحية طبيعة الاسرة ، الخلفية الاجتماعية ، درجة تعليم الوالدين ومهنتهما ، الحالة المرضية ، التوافق الاسرى ؛ ثم ما يتعلق بالمعاق نفسه من حيث السن ، الجنس ، المهنة ، الامراض الاخرى ، المستوى التعليمي ، الحالة الاجتماعية ؛ وعن الاعاقة وسببها وغير ذلك من البيانات التي لو توفرت احصائيا فانها سوف تساعد على تحديد الملامح الاساسية للظاهرة في المنطقة من حيث عواملها وحجمها وتوزيعاتها الرئيسية ، وهو ما يعطينا ارضية صلبة لصياغة الاسلوب الامثل للمواجهة .

(د) هناك نقص واضح في العديد من دول المنطقة في مستوى التحديد النوعي والاحصائي لمؤسسات التأهيل من حيث مجال خدماتها وتوزيعاتها، وعدد العاملين بها، ومعدلات التأهيل أو حجم الاجهزة الفنية والادارية، وميزانياتها وانفاقاتها، وحجم الخدمات التي تؤديها وكفاءتها. ومثل هذه البيانات المؤسسية تساعد في اجراء المقارنات العلمية بين مختلف البلاد العربية في المنطقة، وفي تحديد مستويات الانجاز وجوانب القصور، وبالتالي تحديد جوانب التطوير المطلوب بالنسبة لهذه المؤسسات، وامكانات التعاون الاقليمي.

(هـ) غياب الاحصاءات التي تتناول المشكلة في مختلف مستوياتها. هناك مستويات كثيرة للاعاقة، اولها الاعاقة كما توجد في المجتمع من حيث حجمها وانماطها الرئيسية؛ ثم مستوى الاعاقة من خلال حجم الملحقين بمختلف مؤسسات التأهيل وانواعها الرئيسية ومدى تغطيتها؛ ثم مستوى الاعاقة بالنظر الى المعاقين الذين تم تأهيلهم بالفعل، والذين تم تشغيلهم والحاقهم بالعمل. هذا غير مستوى الاعاقة المحتملة، وهو المستوى الذى سوف يساعد في التنبؤ؛ ومن ثم تحديد الاستراتيجية الملائمة في المستقبل للمواجهة. ان المعرفة المتعددة المستويات في ادراك الظاهرة تساعد على المواجهة الفعّالة للمشكلة، في الحاضر، وامكانية التخطيط لمواجهتها في المستقبل بهدف تخفيض الفاقد الاجتماعي من جرّاء الاعاقة ودفع المعاقين الى المشاركة الفعّالة في تنمية المجتمع.

وبرغم هذا النقص الاحصائي الفادح فانه استنادا الى بعض تقديرات الامم المتحدة والمؤشرات الدولية في هذا الصدد فاننا نقدر حجم الاعاقة في منطقة غربي آسيا بحوالي ٧ الى ١٠ في المائة من مجموع السكان. وهذا يعني ان عدد المعاقين يتراوح ما بين ستة وتسعة ملايين عربي من المجموع الكلي للسكان الذى يقدر بحوالي ٩٠ مليون عام ١٩٨٠. هذا مع الاخذ في الاعتبار احتمالية ان يفوق الحجم الواقعي للمشكلة مختلف هذه التقديرات. وذلك بالنظر الى ظروف وعوامل التخلف العديدة التي تسود بعض البيئات في المنطقة مما يساعد على تكريس الروافد التي تغذى هذه المشكلة. وفي مقابل ذلك هناك من التقديرات ما يذهب الى ان المؤسسات التأهيلية والعلاجية للاعاقة في العالم العربي لا تتجاوز طاقتها الاستيعابية في احسن التقديرات ١٠٠٫٠٠٠ من المنتفعين من الصغار والكبار المعاقين. وهو ما يشير الى قصور هائل في المواجهة الحقيقية للمشكلة في هذه المنطقة.

ولمزيد من توضيح حجم المشكلة في منطقة غربي آسيا نعرض لبعض الاحصائيات الجزئية المتناثرة بعدد المعاقين في بعض اقطار المنطقة.

اذا تناولنا البيانات المتاحة في لبنان وهو يعيش بعض الظروف التي قد تدفع الى حدوث حالات كثيرة من الاعاقة بسبب الحرب كظرف اساسي طارئ على هذا المجتمع، فاننا نجد ان الاحصائية التالية توضح موقف الاعاقة في اطاره وفقا لما يلي :

عدد المعاقين في المؤسسات اللبنانية حسب الجنس والسن ونوع الاصابة في سنة ١٩٨٠

نوع الاعاقة	داخلي	خارجي	مجموع	ذكور	اناث	١٢-	١٢-١٨	١٨+	حالات الحرب	الاستيعاب الاقصى داخلي	الاستيعاب الاقصى خارجي
صم/بكم	٢٦٩	١٤٠	٤٣٦	١٩٦	٢٤٠	٢٨١	١٢٨	٢٧	٢	٣٥٠	٢٩٢
عميان	١٦٩	١٤٠	٣٠٩	٢١٢	٩٧	٤٦	٧٢	١٩١	٨	٢٣٢	٢٦٦
متخلف عقلي	٨٧٠	٤٣٣	١٣٠٣	٦٠٧	٦٩٦	٤٠٢	٤٧٤	٤٢٧	١١	٩٥٥	٦٠٤
شلل	١٢٦	٤	١٣٠	٨١	٤٩	٥٣	٦٨	٩	٢٢	١٦٠	١٥٠
معاق جسدي	٣١٧	١٢٩٢	١٦٠٩	٨٨٢	٧٢٧	٢٧٩	٦٠٣	٧٢٧	٦٤٤	٥٢٠	١٦٠١
مرض عقلي	٩٢٥	٥٢٤	١٤٤٩	٩١١	٥٣٨	٢٢	٢٦٠	١١٦٧	١٦٠	١٠٥٠	٧٠٠
المجموع	٢٦٠٣	٢٥٣٣	٥٢٣٦	٢٨٨٩	٢٣٤٧	١٠٨٣	١٦٠٥	٢٥٤٨	٨٤٧	٣٢٦٧	٣٦١٣

المصدر : تقرير الجمهورية اللبنانية عن المعاقين المقدم للندوة الثانية لاستراتيجية العمل الاجتماعي العربي ، تونس ١٤ - ١٨ ، تشرين الاول/اكتوبر ١٩٨٠ ، والذى ظهر في مجلد خاص يضم تقارير الدول ، أصدرته الامانة العامة لجامعة الدول العربية ، الادارة العامة للشؤون الاجتماعية والثقافية .

وتكشف قراءة هذا الجدول عن حالات الاعاقة في القطر اللبناني عن الملاحظات الاساسية التاليـــة :

١- ان الحالات المسجلة هي الحالات الملحقة بالمؤسسات ، ومن ثم فهناك حالات اخرى خارج المؤسسات ، مما يجعل قراءة الارقام المطروحة للظاهرة لا تعكس وجودها الواقعي .

٢- يلاحظ ارتفاع حالات الاعاقة بسبب الحرب اذ يصل عددها نحو ٨٤٧ حالة . وتتركز حالات الاعاقة بسبب الحرب في الاعاقة الجسدية بنسبة ٧٦ في المائة من مجموع حالات الاعاقـــة ، والمرض العقلي بنسبة ١٩ في المائة من مجموع الحالات .

٣- ان اكثر انماط الاعاقة بروزا هي الاعاقات الجسدية بنحو ١٦٠١ بنسبة مئويـــــة ٣٠ر٧ في المائة من مجموع الحالات الملتحقة بمؤسسات الاعاقة في لبنان ، يليها المرض العقلـــي بعدد ١٤٤٩ حالة بنسبة مئوية ٢٧ر٧ في المائة . ومن المرجح ان يكون لظروف الحرب اثر فـــي ارتفاع هذه النسبة . وقد وصلت نسبة المتخلفين عقليا نسبة ٢٤ر٩ في المائة من مجموع الحالات .

٤- ان الذكور اكثر استهدافا للاصابة بالاعاقة من الاناث . ويبلغ اقصى ارتفاع للاصابة بالاعاقة لدى الذكور بالنسبة للاناث في المرض العقلي والاعاقات الجسدية . وبالطبع يرجع ذلـــك أولا الى تعرض الذكور بدرجة اكثر من الاناث لاصابات الحرب وايضا للمرض العقلي الذى يرجع فـــي بعض منه الى الحرب ، وفي البعض الآخر الى ان الذكور اكثر اشتراكا في التفاعل الاجتماعي مـــن الاناث ومن ثم اكثر استهدافا لمؤثرات هذا التفاعل .

فاذا انتقلنا لتحليل الموقف في دولة قطر (طبقا لتقرير رسمي مقدم للندوة الثانيـــة لاستراتيجية العمل الاجتماعي العربي ، المنعقدة في تونس من ١٤ الى ١٨ تشرين أول / اكتوبـــر ١٩٨٠) . فاننا سوف نجد ان عدد الحالات التي سجلت عن طريق التبليغ الاختياري لاســـر المعوقين بلغت نحو ٥٣٤ حالة . في حين نجد ان عدد الحالات كما سجلتها دراسة قامت بهـــا وزارة التربية والتعليم على طلاب المدارس الابتدائية أظهرت ان عدد الحالات هي ٥١٢ حالـــة مصابة باعاقة عقلية بينما الاعاقة البدنية بلغت حالاتها ١٢٣ حالة . وسجلت وزارة الصحة العامـــة (قسم الطب الطبيعي) عدد الحضور للوقاية والعلاج من الاعاقة الجسمانية نحو ١١٠٠٠ حالـــة . هذا الرقم الاخير يصل الى حوالي ١٠ في المائة من مجموع سكان قطر . وتتسق هذه النسبة مـــع المؤشرات الدولية لحجم الاعاقة . فاذا اخذنا في الاعتبار ان ذلك الرقم يقتصر على المعاقيـــن جسديا فقط ، والذين بادروا أو بادر ذووهم الى علاجهم ، فان الرقم الحقيقي للمعاقين في دولـــة قطر هو بالقطع اكبر من ذلك . أى ان نسبتهم قد تكون اقرب الى الحد الاعلى لمتوسط الاعاقة عالميا وهو ١٥ في المائة .

ولو اخذنا البيانات الخاصة بخدمات المعاقين في دولة الكويت نجد ان الاحصاءات تلقي ضوءا واضحا على الخدمات المتاحة ، اذ يبين الجدول التالي عدد الطلاب المسجلين ، وعدد الفصول في معاهد التربية الخاصة (للمعاقين) لسنة ٧٩/ ١٩٨٠ :

اسم المعهد	عدد الفصول	عدد الطلاب
معهد النور للبنين المكفوفين	٨	٣٩
معهد النور للبنات المكفوفات	٦	١٥
معهد الامل والاعداد للصم بنين	١٧	١٩٤
معهد الامل والاعداد للصم بنات	١٥	١١١
معهد التربية للبنين المتخلفين	٢٥	٣٠٦
معهد التربية والاعداد المهني للمتخلفين عقليا	١٧	١٩٠
معهد التأهيل المهني للبنين الصم	٤	٤٥
معهد التأهيل المتوسط بنين	٤٢	٥٧٦
معهد الاعداد والتأهيل المهني ابتدائي بنين	٢٢	٣٥٥
معهد التأهيل المهني للبنات الصم	٢٤	٢٢٨
معهد الشلل للبنات	١٤	١٧٥
معهد الشلل للبنين	١٧	٢٥٤
معهد التأهيل المهني المسائي (طالب)	٨ ورش	١٢٤٩
(طالبة)	-	٤٤٤
المجموع	٢١٩	٤١٧٦

المصدر: تقرير دولة الكويت عن المعاقين ،المقدم للندوة الثانية لاستراتيجية العمل الاجتماعي العربي ، تونس ١٤ - ١٨ تشرين اول/اكتوبر ١٩٨٠ ، والذي ظهر في مجلد خاص يقيم تقارير الدول ، اصدرته الامانة العامة لجامعة الدول العربية ،الادارة العامة للشؤون الاجتماعية والثقافية .

وتكشف قراءة الجدول السابق عن الملاحظات التالية :

١- انه بالرغم من ان عدد المسجلين في معاهد التربية الخاصة في مختلف فروعها قد لا يعكس الاعداد الحقيقية الكائنة بالمجتمع الكويتي ، الا ان هذا العدد يماثل تقريبا العدد الذى ترعاه المؤسسات اللبنانية بالرغم من ان سكان الكويت لا يتجاوزون ربع سكان لبنان . وهذا يعني ان انكشاف الظاهرة بحجمها الحقيقي قد يكون انعكاسا لتوفر وانتشار مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين في كل قطر عربي .

٢- ان هناك اتجاها لارتفاع معدلات الاعاقة لدى الذكور اكثر من الاناث سواء بالنسبة للمكفوفين أو بالنسبة للمصابين بالشلل ، وان كان ذلك قد لا يعكس التواجد الحقيقي للظاهرة نظرا لان الاسر العربية اكثر تقليدية من حيث عدم اقبالها على الحاق البنت بمعاهد خارجية والابقاء عليها بمعاهتها في المنزل ، مما ينعكس بشكل عام على انخفاض معدلات الاناث. ومن ثم قد يكون الفارق ظاهريا فقط بين البنين والبنات .

٣- انخفاض معدلات المكفوفين وارتفاع معدلات المتخلفين أو المصابين عقليا على عكس الحال في المجتمع التونسي مثلا ، واتفاقا الى حد كبير مع ما هو كائن في المجتمع اللبناني.

وتكشف قراءة مجموعة الاحصاءات العربية المتاحة- من خلال نظرة شاملة -عن مجموعة الملاحظات التالية :

١- ان معظمها يفتقد الدقة اللازمة لمثل هذه الاحوال . فبينما نجد ان بعض البلاد العربية لم تجر احصاءات على الاطلاق فيما يتعلق بالاعاقة ، نجد ان البعض الآخر قد اجراها بشكل لا يعكس حجمها الواقعي من خلال حصر ما تم تسجيله . هذا الى جانب افتقاد التسجيل الاحصائي للاساليب العلمية المقننة .

٢- يلاحظ تباين في الانماط الاساسية للاعاقة بين الدول العربية في المنطقة فبينما نجد ان النمط الاساسي في مصر هي الاعاقة البصرية نجدها في قطر ولبنان المرض العقلي . وليس هناك تفسير لذلك سوى عدم دقة الارقام الاحصائية ، أو عدم وضوح الاعاقة العقلية (التي غالبا ما تحتاج الى مختص لسبرها) بالنسبة لاهل المعاق ولجامعي البيانات على السواء .

٣- ان هناك علاقة بين الظروف الاجتماعية التي يمر بها المجتمع وبين نمط الاعاقة كارتفاع معدلات الاعاقة الجسدية والتشوهات والامراض العقلية في لبنان بفعل الحرب التي تسودها منذ عدة سنوات .

٤- ان هناك فارقا واضحا بين حجم ظاهرة الاعاقة في وجودها الواقعي وبين العدد الذى تستوعبه مؤسسات الرعاية والتأهيل ، وهو ما يعني عزلة عدد كبير من المعاقين عن المشاركة في التنمية والاسهام الايجابي نظرا لعدم تأهيلهم واعدادهم .

٥- هناك افتقاد عام للبحوث والدراسات العربية التي تتناول المشكلة من حيث عواملها واثارها سواء بالنسبة للمجتمع أو الفرد ، ثم ما يتعلق باكثر الاساليب ملاءمة لاعادة تأهيل المعاقين كمقدمة لدمجهم في عملية التفاعل الاجتماعي السوى بهدف اسهامهم في النشاطات الاقتصادية والاجتماعية .

٣- العوامل الرئيسية للاعاقة في منطقة غربي آسيا

ان استكشاف العوامل الرئيسية المسببة للاعاقة هو المقدمة المنطقية نحو رسم السياسة الاجتماعية الملائمة لمواجهتها . هناك ثلاثة مجموعات من العوامل المسببة للاعاقة هي العوامل الثقافية، العوامل الاجتماعية ، ثم العوامل الفردية والصحية . وفيما يلي استعراض موجز لكل منها .

(أ) العوامل الثقافية

وتحتوى مجموعة العوامل الثقافية ما يتصل بمجموعة القيم والمعايير والممارسات التي تسود مجتمعا معينا . وفي هذا الصدد يمكننا الاشارة الى العناصر الثقافية التالية :

١- سيادة بعض القيم والسلوكيات التي تدفع الى الاعاقة وغالبا ما ترتبط بما يعرف بالطب الشعبي، كأن توضع بعض المواد المعينة في العين في حالة آلام البصر مما قد يؤدى احيانا الى طمسه تماما ، أو استخدام الطرق الشعبية في علاج بعض الكسور مما يؤدى في غالب الحالات الى تشوهات جسمية بالغة . هذا بالاضافة الى العلاج "بالكي" وهي عادة منتشرة في مجتمعات البدو والريف - في اماكن معينة من الجسم بهدف الشفاء من امراض معينة . ذلك يؤدى في غالب الاحيان الى نشأة عديد من التشوهات الجسمية والاعاقات البدنية والسيكولوجية التي يصبح الشفاء منها صعبا فيما بعد .

٢- من العوامل الثقافية المتصلة بمشكلة الاعاقة في الثقافة العربية هو شعور الاسرة "بوصمة العار" أو "بعقدة الذنب" حيال وجود معاق بين افرادها . وقد يأخذ هذا الشعور صورة سلوكية يغلب عليها الاشفاق والحماية التامة له - وهو الامر الذى يؤدى الى عدم نموأى قدر من الاعتماد على النفس. وعلى النقيض من ذلك قد يتطرف الشعور الى نبذ الشخص المعاق وابعاده الى أى مؤسسة خارج الاسرة ، أو عزله قدر المستطاع عن الاتصال أو الاحتكاك بالعالم الخارجي . وينطوى ذلك بين ما ينطوى عليه عدم الوعي بأن حالة المعاق يمكن ان تتحسن ، وانه من الممكن مساعدته لكي يعيش معيشة طبيعية قدر الامكان . هذا الاتجاه الناجم عن القدرية حيال ظاهرة الاعاقة لدى بعض فئات المجتمع لا يساعد المعاق على التغلب على بعض مشكلاته ، كما انه لا يحفز الاسرة على السعي نحو الاستفادة مما قد يتاح من خدمات خاصة لمساعدته وتأهيله .

٣- بعض القيم التي تسود الثقافة العربية تحاول ربط بعض حالات الاعاقة بالكرامات والاتصال بأولياء الله والارواح الخيرة. ومن ثم تقف الثقافة العامة عاجزة في مواجهة حالات كثيرة من البله والانجذاب اعتقادا في بركة هؤلاء الاشخاص وان الاقتراب منهم وايداعهم في مؤسسات علاجية أو تأهيلية لا يكون عملا خيّرا. بعض فئات المجتمع الاخرى قد تربط الاعاقة بالنهوض مثل نسبة العبقرية الى الصم، أو نسبة الابداع الى كون الشخص كفيفا، دون محاولة قياس امكانية وجود العبقرية أو الابداع لدى الشخص لو لم يكن اصما أو كفيفا. ورغم ما قد يكون لهذا الربط من آثار نفسية ايجابية، الا انه قد يفوت على المعاق فرصا موضوعية حقيقية لعلاج الاعاقة أو التخفيف من درجة العجز.

(ب) العوامل الاجتماعية والبيئية

ونقصد بهذه المجموعة من العوامل ما يرتبط بالبنية الاساسية للمجتمع وبطبيعة التفاعل الاجتماعي السائد في اطاره. وفي هذا الصدد يمكن ان نعرض لمجموعة العوامل الاساسية التالية:

١- أول هذه العوامل ما يمكن ان يتصل بظروف الحياة العامة في البلاد المتخلفة، سواء ما يتصل منها بظروف الفقر العامة، أو الظروف الصحية السيئة، مما يجعل البناء الاجتماعي في حد ذاته مصدرا خالقا للاعاقة. البرهنة على ذلك انه اذا كان عدد المعاقين في العالم قد بلغ في ١٩٧٩ نحو ٤٥٠ مليون معاق فان نصيب العالم النامي كان ثلاثة ارباع هذه النسبة (أي حوالي ٣٥٠ مليون شخص معاق) مع ان سكان هذا العالم يمثلون فقط ثلثي سكان المعمورة - وهو ما يشير الى علاقة طردية بين الاعاقة والتخلف.

بل انه يمكن القول بأن غالبية الافراد في كثير من المجتمعات النامية معاقين بسبب الفقر، وسوء الاحوال الصحية ونقص التغذية، والتعرض للبطالة السافرة والمقنعة، والجهل وتفشي الامية الى غير ذلك من العوامل الاجتماعية التي تحول دون النمو الكامل لطاقات الافراد والجماعات سواء ارتبط ذلك بعوامل سياسية أو اقتصادية أو بالتركيبة البنائية للمجتمع

٢- عدم وجود الارادة الاجتماعية السياسية التي يمكن ان تقنع بالاعتبارات الانسانية، وذلك بسبب زحمة مشكلات الاسوياء التي تفرض اعباء كثيرة. وهنا يسود تبرير تجاهل المعاقين بأولويات العاديين... أضف الى ذلك ان المعاقين وحتى اولياء امورهم لا يمثلون قوة سياسية اجتماعية ضاغطة تفرض على الحكومات ضرورة ايجاد الحلول واتخاذ الاجراءات الحاسمة في مواجهة المشكلة. ويمكن ان يستند التبرير في عدم المواجهة تلك بالتكلفة المالية العالية التي تتطلبها تنمية المعاقين كمورد بشري بمقارنتهم بالاسوياء.

وبصرف النظر عن الاعتبارات والحقوق الانسانية، فان تربية وتأهيل المعاقين لا بد ان ينظر اليها كاستثمار يتحول بموجبه المعاق الى طاقة بشرية منتجة في حدود امكاناته ومواهبه،

بـــــــل احيانا في قدراته التعويضية التي قد تصبح مواهب مبدعة وخلاقة. وتشير احدى الدراسات التي اجريت في فرنسا عام ١٩٦٧ تقديرا لعبء رعاية المعاقين مقارنة بتركهـــم. أظهرت الدراسة ان تكلفة التعليم الالزامي للطفل المعاق (جسديا أو عقليا) تصل فـــي المتوسط الى حوالي ٢٧ فرنكا يوميا (حوالي ٥ دولار) هذا في حين تصل تكلفة الطفـــل العادى الى حوالي ٥٫٢ فرنكا يوميا (أى اقل من دولار) . ومن الناحية الاخرى تم تقدير ما يتحمله المجتمع (الاهل والخدمات العلاجية ،الخ) من تكلفة لو ترك الطفل المعاق دون تعليم أو رعاية خاصة تمكنه من الاندماج في المجتمع، وذلك طوال فترة حياة متوسطة فبلغت التكاليف المقدرة حوالي ٥٠٠ الف فرنك (حوالي ١١٠ الف دولار) ومن ثم فان التكلفـــة لتربية الطفل المعاق تمثل عبئا اقل بكثير جدا مما يتحمله المجتمع لو ترك هذا الطفل عاجزا بدلا من تحويله الى طاقة منتجة.

وفي اقل تقدير فان هذا التأهيل يمكن المعاق من خدمة نفسه وممارسة مستلزمات حياته العادية اليومية، بدلا من الاستمرار في الاعتماد على الغير من اجل الوفاء بهذه الخدمات، وهو ما يمثل استثمارا ينبغي ان نحرص عليه.

٣- من الملاحظ دائما وجود ارتباط واضح بين الفقر الاقتصادى للمجتمع وارتفـــاع معدلات الاعاقة. وتشير كثير من بيانات الضمان الاجتماعي وحالات المساعدات الاجتماعيـة الى وجود نسبة ملحوظة من المستحقين حسب فئات القانون من بين الفئات المعاقة جسديـا وعقليا. ومن هذه الظاهرة يبدو ارتباط العوامل ببعضها سببا ونتيجة. فالحالة الاقتصادية المتدنية للاسرة يمكن ان تشكل سببا للاعاقة، والاعاقة في نفس الوقت تعتبر سببا لاستمـــرار الحاجة الاقتصادية المترتبة على البطالة. كما ترتبط الاعاقة احيانا بحالات اليتم، او الاطفال الذين لا عائل لهم ممن ينشأون في المؤسسات الاجتماعية.

٤- ان نمط التربية الاسرية يمكن ان يؤدى الى الاعاقة لدى الاطفال. فقد لوحظ ان ثمة حالات من التخلف العقلي (البسيط احيانا أو الحاد في حالات اخرى) تظهر لدى بعض الاطفال في بعض الاسر العربية ممن لا يحظوا بالتربية السليمة رغم ثراء الاحوال المادية التي يعيشون فيها. وقد تعزى ظاهرة التخلف العقلي لدى اطفال الاثرياء الى تولي الخدم والمربيات شؤون تربيتهم، والى عدم تكوين الحوافز والدوافع للنمو نتيجة لقلة المثيرات التـــي تحفزهم على التعامل مع من حولهم. ومرد ذلك الى الاستجابة المباشرة أو المسبقة لكـــل احتياجاتهم ،وعدم اتاحة مجالات لبذل الجهد والمعاناة لدى الاطفال انفسهم. وهكـــذا يمكن ان يكون عامل الثراء وعدم الوعي بحاجات الطفولة في النمو عاملا في التخلف العقلي ، كما يكون الفقر والحرمان عاملا في تكوين هذه الظاهرة.

٥ - يعتبر ارتفاع معدلات الخصوبة والولادات المتعاقبة لدى الامهات احد العوامل التي تدعو الى احتمالات ظهور الاعاقة . فمن المعروف ان معدلات الخصوبة في الاقطار العربية في المنطقة من اعلى المعدلات العالمية . ان نسبة السكان دون ١٥ سنة تبلغ حوالى ٤٢ في المائة من مجموع السكان في منطقة غربي آسيا . أضف الى هذا ، الزيادة المطردة في الهجرة من الريف الى المدن ، والمعيشة في مدن الصفيح والاعشاش في ظروف أسوأ من ظروف المعيشة في القرية . هذا فضلا عن مشكلات تلوث مياه الانهار والبحار من مصادر المخلفات الصناعية والبشرية وانتشار الاتربة والرمال مما يساعد على انتشار الاصابة بالتراخوما . ثم ان التقدم الطبي في خدمات التوليد قد ينقذ حياة اطفال كان من المحتوم ان يموتوا في الماضي لكنهم يبقون على قيد الحياة وهم معاقون جسميا وعقليا .

٦ - ان للتخلف وجوها ومظاهر متعددة . ومن هذه الوجوه التفاوت الصارخ في مستويات المعيشة وفرص الحياة بين مختلف القطاعات والشرائح الاجتماعية في نفس المجتمع - مثل المدينة في مواجهة البداوة والريف . وفي هذا الصدد كشفت ابحاث الندوة الثانية المتعلقة بالاندماج المهني والاجتماعي للمعاقين المنعقدة في تونس ١٤ - ١٨ تشرين أول / اكتوبر ١٩٨٠ عن ان حوالي ٦٤ في المائة من حالات الاعاقة الجسمية والحسية والعقلية في احد اقطار المنطقة تحدث في الريف بينما تصل النسبة في المدن الى ٣٦ في المائة . كما كشفت عن ان نسبة كبيرة من الحالات المستحقة للمساعدات الاجتماعية هي حالات اعاقة ، وان نسبة عالية من الاحداث المنحرفين هم من ذوى العاهات .

وبرغم ارتفاع عدد الحالات المعاقة في الريف ، فان طبيعة الحياة الريفية والبدوية عادة ما تساعد على عملية اندماج مختلف فئات المعاقين . ففي بعض البيئات الريفية والبدوية يجد الاعمى مجالا للعمل في الاعمال الدينية كأن يعمل مؤذنا ، أو اماما أو مرتلا للقرآن اذا كان حافظا له . كما ان التخلف العقلي البسيط لا يمثل مشكلة امام اندماج الفرد في مجريات الحياة اليومية ومسؤولياتها التي يتكيف معها . ولعلنا نذكر ان بعض حالات الاعاقة والامراض العقلية المزمنة مثل حالات المعتوهين ، كان يتقبلها المجتمع الريفي حين يطلق على اصحابها بأنهم من " اولياء الله" وينسب اليهم بعض الكرامات .

وفي هذا الاطار يمكننا القول انه برغم قدرة المجتمع على استيعاب المعاقين ، فان ظروف التردى التي يعيشها عادة ما تساعد على افراز مزيد من حالات الاعاقة . فحالات الاعاقة في المجتمع الريفي عادة ما تكون في غالبها اعاقة وراثية او اعاقة مكتسبة ، أو سببها ظروف صحية ومرضية تؤدى فاعليتها على المدى البعيد . وما يصدق على المجتمع الريفي يصدق على المجتمع البدوى .

٧- تشكل المدينة هي الاخرى سياقا اكثر ملاءمة لحدوث ما يمكن ان نسميه بالاعاقة الحضرية. فظروف التلوث والحياة في المناطق المتخلفة عادة ما تشكل مناخا ملائما لظهور الاعاقة. هذا بالاضافة الى ان الصناعة عادة ما ترتبط بالمدينة. ومما لا شك فيه أن حوادث الصناعة والتشوهات التي تنتج عنها لها تراث نظرى وبحثي يؤكد هذه العلاقة. بالاضافة الى ذلك فان حوادث المرور والسيارات وما اليها تشكل رافدا اساسيا للاعاقة في مجتمعات المدينة. تؤكد ذلك دراسة حديثة اجراها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية في جمهورية مصر العربية وكشفت عن ان حوالي ٢٠ في المائة من مجموع حالات الاعاقة التي تحتاج الى تأهيل سببها حوادث المرور. وان من يصاب بالعجز أو بالموت بسبب حوادث المرور في المدن يفوق اضعاف من يعجز أو يموت بسبب الامراض والاوبئة. وبرغم ذلك لا تنال الاعلام الكافي عنها. يلي ذلك ان حالات الاعاقة التي تحدث بسبب اصابة العمل تصل الى ٣ في المائة من مجموع الحالات التي سجلت في مراكز التأهيل.

٨- تلعب الحرب وحوادث العنف التي تخوضها البلاد النامية عادة دورا اساسيا في رفع معدلات الاعاقة والعجز. فمن الحقائق الهامة ان هناك عددا كبيرا من المعاقين يعتبر ضحايا الحرب واشكال العنف الاخرى. يؤكد ذلك نظرة واحدة الى حالات الاعاقة الناتجة عن مجموع الحروب في المنطقة العربية ومنها حرب ١٩٥٦ في مصر وحرب التحرير في الجزائر، وحرب يونيو ١٩٦٧، وحرب اكتوبر ١٩٧٣، ثم الحرب الايرانية العراقية، ثم الحرب اللبنانية. هذا بخلاف صدامات الحدود، ونزيف العنف الدائم للشعب الفلسطيني الذى يناضل منذ ١٩٤٨ للحصول على وطن. ذلك الى جانب حوادث العنف الداخلي التي وقعت ببعض البلاد العربية، سواء بين بعض الجماعات الداخلية أو بين هذه الجماعات والنظام السياسي القائم.

٩- ان تخلف الخدمات الصحية في معظم البلاد العربية في المنطقة أو قلة الوعي بما يتوفر من هذه الخدمات يعتبر رافدا اساسيا آخر من روافد ظاهرة الاعاقة. فالجهل بأهمية تطعيم الاطفال ضد امراض شلل الاطفال والحصبة والدرن وغيرها يؤدى الى انتشار نسبة عالية من الاعاقة. هذا بالاضافة الى انتشار البلهارسيا في اجزاء من اقطار المنطقة خاصة في مصر، والذى عادة ما يؤدى الى خلق فاقد بشرى واقتصادى كبير كان من الممكن ان يشكل دعما واضحا للتنمية الاجتماعية والاقتصادية. هذا الى جانب امراض سوء التغذية والانيميا. وفي هذه كلها يتضافر عاملي الفقر والجهل مع نقص الخدمات الصحية أو سوء توزيعها وتنظيمها.

١٠- ويرتبط بذلك تردى اسلوب المواجهة الذى يتخذه المجتمع في التصدى للاعاقة، اذ نجد ان المؤسسات التي تقام لهذا الغرض تتصف بعدة خصائص تعوقها عن صياغة اسلوب ملائم لتأهيل المعاقين والقضاء على بعض جوانب هذه الظاهرة. فهناك أولا عدم التنسيق والتكامل بين مؤسسات الرعاية والتأهيل والتشغيل. وهذا بدوره يعوق عملية ادماج المعاق في المجتمع ثانية. هذا بالاضافة الى معاناه دول اليسر في المنطقة من نقص الكوادر

والكفاءات البشرية التي تساعد على تأهيل معوقيها . ونجد ان البلاد العربية الفقيرة في مواردها المالية وان امتلك بعضها الكوادر الفنية الا انها ليست لديها الامكانيات المادية التي تيسر لها اقامة المؤسسات اللازمة للتأهيل . ذلك يعني ان عدم توفر اساليب التعاون الاقليمي العربي في هذا المجال قد يؤدى الى عدم حصر ظاهرة الاعاقة وزيادة اعداد المعاقين . ان ما هو موجود من مؤسسات على الخريطة العربية للمنطقة لا يتناسب اطلاقا مع حجم الاعاقات التي توجد في اقطارها . فكما ذكرنا في موضوع سابق ، بينما يقدر عدد المعاقين في المنطقة بحوالي ثمانية ملايين ، فان الطاقة الاستيعابية لمؤسسات الرعاية والتأهيل لا تتجاوز مائتي الف على احسن تقدير .

(ج) العوامل الفردية والصحية

وتتصل مجموعة العوامل هذه اساسا بالظروف ذات الطابع الفردى أى التي ترجع الاعاقة فيها الى العوامل الوراثية والخلقية . ان ما هو " خلقي " لا يشير الى سبب العاهة بل الى وقت حدوثها ، بينما ما هو " وراثي " يشير عادة الى سبب العاهة ولا يشترط وجوده عند الولادة وربما يظهر تأثيره في فترة لاحقة من مراحل الحياة ،وهو يتوارث وفقا لقوانين " مندل " في الوراثة . ونود ان نؤكد ان من اكثر الوسائل شيوعا في الاصابة بالصمم الى جانب العوامل الوراثية هي : الاصابة بمرض الزهرى والتهاب اغشية الدماغ اما داخل الرحم أو عند الولادة ،وحدوث جروح خطيرة عند الولادة ، أو نقص اكسوجين الدم عند الولادة ،وتعاطي الام للادوية الضارة خلال مدة الحمل ،ومرض الام خلال مدة الحمل بامراض الحصبة الالمانية . وهناك بعض انواع الصمم الخلقي الذى لم يعرف له سبب حتى الآن . بل ان من أهم اسباب الصمم العارض هي الامراض المعدية التي يكون الاطفال اكثر تعرضا لها . وتفيد الابحاث الطبية ان الحمى القرمزية والتهاب اغشية الدماغ مما يتسببان في ربع الاصابة بالصمم .

بل ان هناك ما يؤكد ان العمى قد ينتج عن امراض جسمية لا تصيب العين وحدها كالتدرن الرئوى مثلا . وقد ثبت ان بعض انواع العمى ينتج عن بعض المناشط الاجتماعية مثل الانحناء أو رفع اوزان ثقيلة أو من صدمة مفاجئة يتسبب عنها انفصال الشبكية في العين . وهناك من العوامل النفسية ما يلعب دورا رئيسيا في احداث العمى كتلك التي تبدو في حالة الجنود الذين اصيبوا بالعمى اثناء الحرب ليس نتيجة للاعمال الحربية نفسها ولكن لاسباب اخرى . ومن الناحية السيكولوجية نجد ان هناك فرقا كبيرا بين تصرفات شخص اصيب بالعمى نتيجة لمرض السكر وبين تصرفات شخص حاول الانتحار طمعا الضرور باعصاب عينه وهو الامر الذى يتسبب في اصابته بالعمى .

هذا الى جانب ان الصدمات المفاجئة التي قد يواجهها الانسان عادة ما تسبب كثيرا من الامراض العصبية والعقلية . يؤكد ذلك ما تذهب اليه دراسة الانتحار للعالم الفرنسي اميل دوركيم من ارتفاع الامراض العقلية والعصبية في فترات التوتر والازمات الاجتماعية .

٤- المشكلة : آثارها الاقتصادية والاجتماعية

ان النتائج النفسية والاجتماعية والاقتصادية للاعاقة في المجتمع العربي لا يقتصر تأثيرها السلبي على الافراد المعاقين وذويهم ، وانما على صميم العملية التنموية لهذا المجتمع ايضا ، وهو ما نعرض له فيما يلي :

(أ) تمثل الاشخاص المعاقون طاقة بشرية مشلولة أو عاجزة عن العمل والمشاركة في حياة المجتمع يتضح ذلك اذا ادركنا ان عدد المعاقين في منطقة غرب آسيا حوالى ثمانية ملايين شخص، ويماثل هذا العدد حجم سكان عدة دول عربية . ومن ثم فمن الضرورى ان يبذل جهد مبدع يحاول الاستفادة من الجوانب غير المعوقة من هذه الطاقات البشرية بما يجعلها تعيش حياة كريمة من ناحية ويكون لها اسهامها في دفع عجلة التنمية من ناحية اخرى .

(ب) ان مشكلة الاعاقة لا تؤثر على التنمية الاجتماعية من حيث عدم اسهام المعاقين ايجابيا في دفعها ، ولكن ايضا لانها تجتزئ لنفسها انفاقا وتكلفة على حساب مدخرات التنمية . فهي تلتهم جزءا مما كان يمكن ان يذهب في استثمارات التنمية . ومن ثم فهي ليست عالة عليها فقط وانما هي تنهش جسدها ايضا .

(ج) احد الآثار الاجتماعية لهذه الظاهرة ان ظلت بلا علاج هي ان المجتمع يستمر في الدوران في حلقة مفرغة ومؤلمة . فالاوضاع الاجتماعية المتردية تفرز اشخاصا معوقين ، وهذا بدوره يؤثر في التنمية الاجتماعية والاقتصادية . الاعاقة مثلا ، تؤدى الى انهيار أسر لان عائلها اصبح معاقا عن الكسب ، أو الانحراف الى ممارسات اجرامية في صورة تعويض زائف أو مدمر للنسيج الاجتماعي . وكلما دارت هذه الدائرة المفرغة كلما ازداد انتشار آثارها ومضاعفاتها .

(د) على المستوى الفردى تخلق الاعاقة التي تظل بلا علاج أو تأهيل حالة سيكلوجية يدور المعاق في اطارها مغلفا باحساس العالة وفقد الكرامة والعزلة . فاذا تعمقت هذه الاحاسيس فانها قد تدفعه الى مزيد من الانسحاب حتى الخروج من الحياة من خلال الانتحار ، أو قد تدفعه الى الانحراف والتمرد من خلال الجريمة في محاولة جزئية للانتقام من المجتمع الذى يتجاهله أو ينبذه أو يعجز عن تأهيله .

القسم الثانـــي

خطة العمل الاقليميـة

أولا - مستلزمات السياسة الاجتماعية في مواجهة الاعاقة

لكل مشكلة اجتماعية قائمة ثمن يدفعه المجتمع ككل أو تتحمل معظمه فئة معينة من افراده وجماعاته. ولكل مشكلة اجتماعية ايضا حل واحد أو عدة حلول. ولكل حل بدوره ثمن يدفعه المجتمع ككل أو تتحمله فئة معينة من افراده. واستمرار أى مشكلة اجتماعية بلا حل أو استفحالها معناه أنه لا يوجد من يريد أو من يستطيع ان يدفع هذا الثمن. وعدم الرغبة أو عدم القدرة قد يكون في حد ذاته مشكلة اخرى تحتاج بدورها الى التحليل.

ومواجهة أى مشكلة اجتماعية والتغلب عليها هو دائما امر نسبي. فمع توفر الرغبـــة والقدرة يصبح حل أى مشكلة اجتماعية مسألة تتراوح بين التخفيف منها، أو تقليصها الى ادنـى حد ممكن، أو القضاء عليها قضاء مبرما. وتتوقف درجة الحل هنا على طبيعة المشكلة ومدى الفهم العلمي لجذورها وديناميكيتها، وعلى التقنية الاجتماعية المتوفرة وقت مواجهة المشكلة، وعلـــى السياسات والترتيبات المؤسسية التي تعبأ في هذه المواجهة. ويمكن أن نجمل هذا التهيؤ الواعي المتعدد الجوانب والمستويات تحت اسم برنامج العمل الاجتماعي.

وفي مواجهة مشكلة الاعاقة نذكر فيما يلي العناصر الرئيسية لبرنامج عمل اجتماعي عـــام، يمكن ان تتنوع ملامحه وقسماته طبقا لخصوصية اقطار المنطقة وحجم المشكلة وتشعباتها :

١- الفهم العلمي لطبيعة المشكلة وابعادها.

٢- التعبئة الاعلامية وخلق وعي جماهيرى عام بضرورة مواجهة المشكلة.

٣- سن التشريعات الملائمة لمحاصرة المشكلة ودعم المواجهة.

٤- بناء المؤسسات الكافية والملائمة للرعاية والتربية والتأهيل والتشغيل.

٥- تعظيم دمج المعاقين في المجتمع واشراكهم في عملية التنمية.

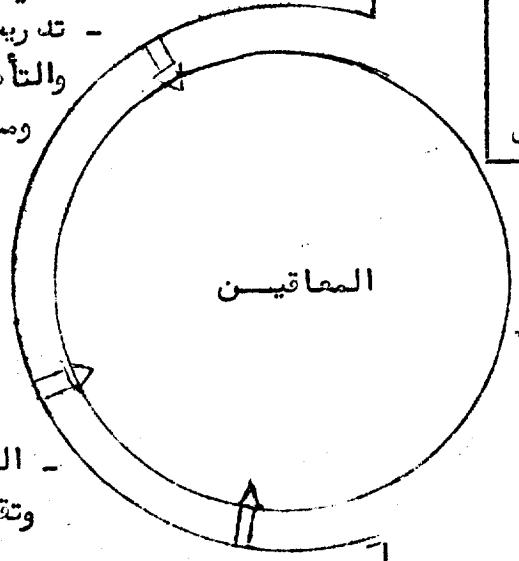
٦- دور الدولة في خلق آليات التنفيذ والتنسيق والتكامل والمتابعة.

المواجهة وبرنامج العمل الاجتماعي
الدولة - القطاع الاهلي - التعاون الاقليمي - التعاون الدولي

روافد الاعاقة
- العوامل الثقافية
- ظروف التخلف والتبعية
- العوامل الاجتماعية البنائية
- العوامل الصحية والوراثية
- حروب التحرير
- الصراعات الداخلية
- الصراعات الدولية
- البيئة الحضرية المدينية
- التصنيع
- حوادث المرور والسيارات

استراتيجية وقائية
- التنمية الشاملة
- جهود صحية - ثقافية - اقتصادية
- البحث العلمي المستمر حول مصادر الاعاقة

مجهودات قبل علاجية
- الاكتشاف المبكر للاطفال المعاقين
- التوعية الجماهيرية
- الدراسة والبحث العلمي المستمر لديناميكات المشكلة
- تدريب الكوادر المتكاملة للرعاية والعلاج والتأهيل (طبيا ، ونفسيا ، واجتماعيا ومهنيا) .



استراتيجية علاجية
- الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية المتكاملة
- التعليم والتربية الخاصة للمعاقين
- الاجهزة التعويضية
- البحث والدراسة العلمية لتطوير وسائل وتقنيات العلاج .

استراتيجية تأهيلية
- التوسع في مؤسسات التأهيل المهني للمعاقين
- التكامل ، والشمول ، والتنوع في برامج التأهيل
- البحث والدراسة العلمية التطبيقية المستمرة لتنمية وتطوير برامج التأهيل .

استراتيجية التشغيل
- تشريعات العمل المناسبة - الترتيبات المؤسسية في جهات العمل - التوظيف .
- الرقابة والتفتيش - الصناعات المنزلية لغير القادرين على الانتقال .

استراتيجية الادماج الاجتماعي للمعاقين
- ترتيبات مجتمعية في المرافق والمنافع العامة ووسائل النقل
- الاعلام والتثقيف الجماهيري - الاندية الرياضية والثقافية والجماعات التطوعية .

ثانيا- الدراسة العلمية لابعاد المشكلة

حيث يشكل الادراك العلمي الخطوة الرئيسية للتعامل مع مشكلة الاعاقة في المجتمع العربي في منطقة غربي آسيا ، فان الوضع العربي المعاصر يعاني من مظاهر تخلف عديدة تجعله قاصرا عن ادراكها بالوضع الملائم. ومن ثم نجد ان هناك بعض البلاد التي تعاني من ندرة الاحصاءات لديها فيما يتعلق بحجم المشكلة وانماطها ، بينما هناك بعض البلاد التي لديها بعض الاحصاءات عن الحالات التي سجلت بمؤسسات التأهيل ، وهو عدد احصائي يختلف الى حد كبير عن الحجم الحقيقي الواقعي. هذا بالاضافة الى اننا نجد انه في اكثر الحالات تفاؤلا فان اكثر البلاد العربية تقدما فيما يتعلق باحصاءات المشكلة تفتقر الى توضيح خصائص واقعة الاعاقة وبعض ابعادها ذات الطابع الاجتماعي والصحي ، مما ييسر التعامل العلمي معها. وبالتحديد يلزم ما يلي كحد ادنى لفهم ظاهرة الاعاقة في دول المنطقة :

(أ) ينبغي العمل على ضرورة التسجيل الاحصائي للظاهرة في مختلف مستوياتها : المستوى الواقعي حيث الظاهرة في وجودها الخام ، ثم المستوى الخاضع لمرحلة الرعاية والتربية والتأهيل ، ثم المستوى المؤهل والخاضع لمرحلة التشغيل. ان الحالة المثالية للفهم العلمي هي تطابق وتوازى البيانات في هذه المستويات الثلاث. والفجوات المعرفية حتى احصائيا تخلق خللا يؤدى الى قدر من العجز في مواجهة المشكلة. وينبغي ايضا التوحيد بين مختلف البلاد العربية فيما يتعلق بالمصطلحات والمتغيرات الاحصائية للظاهرة ، حتى تتيسر المقارنة من جانب ، وحتى يسهل توفير امكانية مواجهة عربية شاملة متكاملة للمشكلة من جانب آخر.

(ب) ان الادراك العلمي لظاهرة الاعاقة ينطوى على الارتقاء بآليات الكشف المبكر عن المشكلة في مختلف البيئات العربية في المنطقة ، وذلك عن طريق اتخاذ الخطوات والاجراءات اللازمة ، كالعمل على القيام بمسوح شاملة أو بالعينة لتحديد حجم المعاقين ، وظروف اعاقتهم ونوعياتهم وذلك بالتعاون مع القيادات المحلية والاهلية. ان المعلومات المتوفرة من هذه المسوح هي الاساس لتحديد الاولويات في التخطيط وفي تحديد البرامج اللازمة وبدائل العمل المطلوبة لمواجهة المشكلة على مختلف المستويات.

(ج) ضرورة وضع نظام لتسجيل حالات الاعاقة. وفي هذا الصدد فانه من الضرورى التركيز على قطاع الطفولة كاولوية اساسية للكشف المبكر عن انواع الاعاقة ومصدرها ، وان يستعان في ذلك بمراكز الامومة والطفولة ومستشفيات التوليد ، والكشف الطبي على تلاميذ المدارس مع توفير نظام طبي للخدمات الخاصة للاطفال المعاقين لاحالتهم اليه. ان الكشف المبكر يساعد الى حد كبير على المعالجة الصحيحة. ففي حالات الصمم والبكم لدى بعض الاطفال ، على سبيل المثال ، ثبت في كثير من الحالات ان الصمم ليس صمما تاما ، وان اكتشافه المبكر قد يساعد على

تحسين البقية الباقية من القدرة على السمع عن طريق العلاج المناسب بينما كان من المحتمل ان تضيع هذه القدرة الباقية لو لم يتم علاجها في الوقت المبكر. كذلك فقد اثبتت التجارب الطبية انه من الممكن اكتشاف وتشخيص التكوين المشوه لعظام مفصل الفخذ في الاسبوع الاول لولادة الطفل مما يساعد على علاج هذا التشويه الذى قد يصبح اعاقة جسدية فيما لو ترك دون معالجة في تلك الفترة من حياة الوليد. ومثل هذا يمكن ان يقال في حالة العيوب البصرية ،أو حتى في حالات الاضطراب النفسي أو التخلف العقلي.

(د) ومن الضرورى ان يتجه البحث العلمي لدراسة معدلات الكفاءة بالنسبة لمؤسسات التأهيل، من حيث الادارة، وكفاءة الكوادر الفنية، وتوفر الاساليب العلمية والتكنولوجية لتأهيل المعاقين. يتحقق ذلك عن طريق انشاء مراكز وطنيةواقليمية للتدريب والبحث تعمل على تطوير ما يجعل خدمة التأهيل في اكثر مستوياتها كفاءة وملاءمة. بالاضافة الى العمل على تأسيس الكوادر المؤهلة تأهيلا علميا كافيا وكاملا وفعالا للتعامل مع مختلف مظاهر المشكلة.

(هـ) من الضرورى ان يتجه البحثالعلمي الى دراسة الظروف البيئية التي تكثر في اطارها حالات الاعاقة للتعرف على عواملها وآثارها الاجتماعية والاقتصادية والنفسية، وذلك لخلق القاعدة التي تساعد على اختيار اكثر الاساليب كفاءة نحو مواجهة هذه الظروف والقضاء عليها.

(و) كذلك من المفيد ارساء تقليد يحرص على عقد المؤتمرات والندوات التي تتناول مشكلة الاعاقة من حيث عواملها وملامحها وانسب اساليب مواجهتها. ومن الضرورى ان تضم هذه المؤتمرات الى جانب المهتمين بالبحث العلمي في اطار المشكلة أو المشرفين على الجوانب التنفيذية للتأهيل والتشغيل ممثلين عن المعوقين. ومثل هذه الممارسة تتيح لهم مناقشة قضاياهم وعرض وجهة نظرهم فيما يتعلق بطبيعة مشاكلهم وتقييمهم للخدمات واساليب الرعاية والتأهيل والمعاملة التي تقدم لهم.

(ز) ان جزءا لا يتجزأ من الفهم العلمي هو الالتزام في مواجهته مشكلة المعاقين بالاهتمام بأحدث المنجزات العلمية والسعي نحو الاستفادة منها بقدر الامكان. على ان يراعى في هذه الاستفادة البعد المحلي وامكانية ملاءمة الحلول المطروحة مع الثقافة الاجتماعية السائدة هذا مع مراعاة تحقيق اكبر قدر من التكيف والتلاؤم من جانب المعاق مع مجتمعه. وبذلك يمكن للبحث العلمي ان يسهم في تحقيق مواجهة جادة وفعالة للمشكلة.

(و) الاهتمام والاستثمار في بحوث التنمية والتطوير في ميدان الاعاقة. فالشاهد ان العالم العربي ما زال يعتمد اعتمادا شبه كلي على التقدم العلمي والتكنولوجي في دول العالم الصناعي دون ان ينمي قدراته الذاتية في هذا الصدد. فالاجهزة التعويضية للمعاقين ،على سبيل المثال، ما زالت تستورد في معظمها من الخارج. وبعض هذه الاجهزة

باهظ التكاليف لا يستطيع تحمله الا فئة قليلة من المعاقين الميسورين مثل السيارات والدراجات والكراسي المتحركة الخاصة بالمعاقين . والبعض الآخر من هذه الاجهزة لا يناسب البيئة العربية اما لحساسيته البالغة أو لعدم اتساقه مع اسلوب المعيشة والتركيب الايكولوجي للمدينة والقرية والبادية العربية . لهذه الاعتبارات ، وغيرها ، لا بد للمجهود العلمي والتكنولوجي العربي في ميدان الاعاقة من تخصيص جزء من طاقته البشرية والمادية لتنمية تقنيات محلية تستجيب لبعض خصوصيات البيئة والمجتمع العربي

ثالثا- الاعلام وتكوين وعي جماهيري بخطورة المشكلة

من المعترف به ان الاعلام المعاصر يلعب دورا رئيسا في تأسيس الاتجاهات والقيم لدى قطاعات كبيرة من افراد المجتمع سواء فيما يتعلق بمختلف القضايا الاجتماعية أو فيما يتعلق بأهمية التنمية الاجتماعية ومنطق المشاركة فيها .

ولم يعد تأثير وسائل الاعلام مقتصرا على مجتمع المدينة ، بل تجاوزه الى شرائح متزايدة من سكان الريف والبادية . ومع ذلك فانه من الملاحظ ان هذه الوسائل لم توظف توظيفا كافيا في رفع وعي المواطنين بكثير من المشكلات الاجتماعية. ولكي تكون التوعية الاعلامية رشيدة فانها لا بد ان تخاطب اسباب المشكلة ،ومظاهرها ،وضحاياها ، وسبل معالجتها بلغة مفهومة وتأثيرات درامية مناسبة .

وفيما يتعلق بفاعلية جهاز الاعلام في مواجهة مشكلة الاعاقة نجد ان هذه الفاعلية تتحدد بالنظر الى الابعاد الاساسية التالية :

(أ) أولا ينبغي ان ينتهز الاعلام فرصة عام المعاقين لكي يبدأ مجموعة من الحملات الاعلامية التي تتضمن معلومات عن الاهداف الاساسية لعام المعاقين، ورفع وعي الجماهير بحقوق المعاقين في الاشتراك في الحياة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية ، ورفع الوعي بأهمية مشاركة المعاقين في تنمية الحياة المجتمعية . هذا بالاضافة الى انتهاز هذا العام لنشر مجموعة من المعارف التي تخلق وعيا عاما لدى الجماهير فيما يتعلق بالمصادر الاساسية للاعاقة ، سواء كان منها ما يتعلق بالجوانب الثقافية كتخلف الوعي الصحي ، أو ما يتعلق بالعوامل الاجتماعية كالتوعية باخطار حوادث المرور وويلات العنف والحرب ،أو ما يتصل بالجوانب الصحية الفردية ، كالمسائل المتعلقة بالتغذية ، والحمل ، واجراءات الوقاية والتطعيم للاطفال في سنوات حياتهم الاولى والمبكرة .

(ب) ينبغي ان تعمل وسائل الاعلام ،ومصادر الثقافة العامة والجماهيرية ، ومعاهد التعليم والجامعات على تكوين ادراك لدى المسؤولين والرأى العام بأن كل معاق يمكن ان يتعلم ويتأهل ويصبح فردا نافعا ومقبولا في مجتمعه اذا ما اختيرت الطرق المناسبة لتعليمه في الوقت

المناسب. ومهما كانت درجة الاعاقة فان الطفل المعاق يمكن احداث تقدم في نموه وقدراته بل انه تتخلق لدى الطفل المعاق نفسه الرغبة في النمو والتغلب على ظروفه اذا وجد المساعدة الملائمة. وقد اثبتت التجربة الانسانية هذه القدرة ومن ثم فان القول بعدم قدرة المعاق على التطور انما يمثل تهاونا أو تهربا من مسؤولية اتخاذ الوسائل أو الاجراءات اللازمة لاحداث هذا التطور. ان العمل في مجال المعاقين يقتضي تثبيت هذا الايمان بقدرتهم على التطور ورغبتهم فيه. وعلى وسائل الاعلام ان تعمل على نشر هذا الايمان واشاعته كنقطة انطلاق لمواجهة مستلزمات التعليم والتأهيل اللازمة للمعاقين وادماجهم في اطار الطاقة البشرية المنتجة. وبذلك يصبح الاستثمار في الوقاية والعلاج من الاعاقة ذا عائد اقتصادي أو اجتماعي يوفر على المجتمع في نهاية المطاف اعباء اعالتهم، وتركهم افرادا منعزلين ومحرومين من مقومات الكرامة الانسانية.

(ج) ان مسؤولية منع الاعاقة أو مواجهتها مواجهة موضوعية تتطلب الوعي باسباب الاعاقة ومصادرها والتعامل معها والخدمات المتاحة لها على نطاق المجتمع كله. ومن هنا فان لوسائل الثقافة والاعلام ومؤسسات التعليم دورها في نشر هذا الوعي عن طريق ما يمكن ان نسميه " ثقافة الاعاقة". بهذا يمكن ايجاد رأى عام موضوعي لمواجهة مشكلات الاعاقة معتمدا على المعرفة العلمية، وحريصا على التخطيط والعمل في هذا المجال، دون خوف أو عقد أو اتكالية. ولا بد من الاشارة هنا الى دور وسائل الاعلام في نشر " الوعي المرورى". وحوادث المرور اصبحت تمثل نسبة متزايدة من مصادر الاعاقة الجسدية. كذلك من الضرورى نشر الوعي الخاص بازالة الوصمة المرتبطة بالاعاقة عن طريق برامج وسائل الثقافة والاعلام والمواد التعليمية والتأهيلية وانتاجها محليا، وذلك كجزء من العمل العربي المشترك في مجالات الثقافة والتصنيع. وعلى المؤسسات العربية الاقليمية المعنية اتخاذ الاجراءات اللازمة للقيام بمثل هذه الدراسات كجزء من النشاطات العربية خلال العام الدولي للمعاقين.

(د) انه ينبغي على الجهاز الاعلامي والتعليمي ان يبصر الرأى العام بجدية المشكلة، وحجم الفاقد البشرى والاقتصادى الذى ينتج عنها، ثم العمل على توضيح الاجراءات الرئيسية التي ينبغي اللجوء اليها في حالة وقوع الاعاقة بدءا من التبليغ عنها وحتى معاونة مؤسسات الدولة في عمليات التأهيل. كذلك على اجهزة الاعلام ان تخلق وعيا عاما بضرورة تشغيل المعاقين المؤهلين في مختلف جوانب التنمية وابرازا الايجابيات التي يمكن ان تتحقق من وراء ذلك سواء بالنسبة للمعاقين أو بالنسبة للمجتمع والتنمية الاجتماعية.

(هـ) انه من الضرورى ان تستحدث اجهزة الاعلام برامج خاصة للمعاقين، تحاول أن تساعدهم على تفهم عاهتهم، ثم مساعدتهم باساليب الاعلام والتثقيف المختلفة لمواجهة هذه الاعاقة والتغلب عليها وكيفية تحويلها الى طاقات ايجابية. هذا بالاضافة الى ضرورة العمل على تغيير موقف المحيطين بهم وموقف **الرأى العام** من اجل تبني نظرة اكثر فعالية وايمانا بطاقاتهم. ومن المهم ان ندرج هنا ان احساس المعاق بالعجز والنقص واهدار الكرامة ليست كلها نابعة من الحقيقة الموضوعية للاعاقة نفسها، وانما ينبع جزء آخر منها - وربما كان الجزء الاكبر - من ردود فعل

الآخرين نحو الشخص المعاق . فردود الفعل المبالغ فيها - سواء بالشفقة أو المساعدة أو التجاهل أو النبذ - يكون لها من المضاعفات النفسية اكثر مما للاعاقة ذاتها . وهنا يأتي دور الاعلام والتوعية الجماهيرية بأمثل اساليب التعامل مع المعاقين . واختيار امثل اساليب التعامل ليست مهمة المشتغلين بالاعلام وحده ، وانما يساعدهم في ذلك الاخصائيين الطبيين والنفسيين والاجتماعيين .

رابعا - سن التشريعات المناسبة لمواجهة الاعاقة

تأسيس بناء تشريعي يدعم مواجهة الاعاقة يعني اصدار مجموعة من القوانين والقرارات التي توفر حدا ادنى من المواجهة لمشكلة الاعاقة ، بحيث لا تترك هذه المسألة لمجرد الاحساس الفردى أو الوازع الخيرى للانسان . ان مثل هذه القوانين هي المؤشر للحد الادنى من الضمير الجمعي في مواجهة المشكلة . وفي اعتقادنا ان على هذا البناء التشريعي ان يغطي الجوانب الاساسية التالية :

(أ) الجوانب التي تتعلق بالمعاقين انفسهم اذ ينبغي ان ننتهز فرصة عامهم العالمي في تأكيد مسألتين : الاولى انه وفقا للمادة ١٢ من قرار الجمعية العامة للامم المتحدة رقم ٣٤٤٧ والذى يؤكد على اعلان انه من الضرورى والمفيد استشارة الاشخاص المعاقين أوتنظيماتهم في كل الامور التي تمس حقوق المعاقين ومصالحهم . وبالتالي ينبغي ان يشجع الاشخاص المعاقين على تنظيم انفسهم حتى يكونوا قادرين على التعبير عن آرائهم بفاعلية ، وان يحافظوا على حقهم في المشاركة الفعالة في صناعة السياسة الاجتماعية واصدار القوانين اللازمة في هذا الصدد . اما المسألة الثانية فتتمثل في ضرورة مراجعة التشريعات القائمة والغاء أى ممارسات تميز بين الاشخاص العاديين والمعاقين فيما يتعلق بالتعليم أو التشغيل بحيث يتوفر المناخ التشريعي الملائم لادماجهم اجتماعيا .

(ب) انه من الضرورى اصدار مجموعة من التشريعات تحاول مواجهة الاعاقة قبل وقوعها أو استفحالها . ويتطلب ذلك مثلا ضرورة وضع نظام لتسجيل حالات الاعاقة وخاصة بالنسبة للاطفال أو ان يستعان في ذلك بمراكز الامومة والطفولة ومستشفيات التوليد والكشف الطبي على تلاميذ المدارس مع توفير نظام طبي ونفسي للخدمات الخاصة بالاطفال المعاقين لاحالتهم اليه . هذا مع ضرورة التركيز على قطاع الطفولة كوسيلة اساسية للكشف المبكر عن انواع الاعاقة ومصادرها فان الكشف المبكر يساعد الى حد كبير على المعالجة الصحيحة من مختلف انواع الاعاقة . ينبغي ايضا التأكيد على الكشف الطبي لمن يحاولون الزواج وتبصيرهم باحتمالات النسل المشوه أو المعاق حيثما توجد ، ونصحهم بعدم الانجاب كلما كان مثل هذا الاحتمال عاليا أو على الاقل بتوقعه وتحمل مسؤولياته .

(ج) وفيما يتعلق بظروف العمل فالى جانب التشريعات العامة فلا بد من سن تشريعات خاصة بالوقاية والامن الصناعي في مهن معينة، وما يتعلق بذلك من تأمينات اجتماعية وتفتيش وفحوص طبية دورية.

(د) هناك الكثير الذى ما زال يلزم تشريعيا بخصوص تنظيم المرور في الاقطار العربية. ان عدد السيارات والشاحنات في الاقطار العربية يتضاعف كل خمس سنوات. هذه الزيادة الهائلة يترتب عليها بالطبع زيادة في الحوادث التي اصبحت رافدا متناميا للاعاقة. والمطلوب تشريعيا في هذا الصدد هو سن القوانين والقواعد التي تقلص من نسبة هذه الحوادث - مثل التدقيق في اختبار ومنح رخص القيادة، والالتزام بقواعد السرعة والاشارات والمرور والانارة وحالة السيارات والتأمين عليها، وعلى سائقيها ومستخدميها، وما الى ذلك.

(هـ) الى جانب التشريعات المتعلقة بالوقاية من الاعاقة، لا بد من استكمالها بتشريعات علاجية. من ذلك مثلا، سن مجموعة من التشريعات الملائمة التي تعطي الحق للمعاق في الرعاية والتأهيل من قبل مؤسسات التأهيل على العمل الذى يتلاءم مع امكاناته ورغبته في ذات الوقت. هذا مع ضرورة التأكيد على مجموعة الحقوق الاساسية والتعويضية التي ينبغي ان تلتزم بها المؤسسة التي كان يعمل بها، ووقعت في اطارها اعاقته أو حتى خارجها، ثم حقوق المعاق على الدولة في شكل مساعدات مالية أو عينية تساعده على التغلب على الاعاقة، وفي شكل امتداد الرعاية الى اسرته بما يعوضها عما يلحق بعائلها من اعاقة.

(و) فيما بعد التأهيل ينبغي ان يركز البناء التشريعي للمجتمع على اصدار مجموعة من القوانين التي تلزم اصحاب الاعمال في القطاعين العام والخاص بتشغيل المعاقين المؤهلين في أعمال مناسبة. وهذا لو نصت التشريعات على نسبة معينة - على الاقل هذا مع الالتزام بسلم الرواتب والاجور المعمول بها لغير المعاقين بحيث لا ينطوى تشغيل المعاقين المؤهلين على أى اجحاف أو استغلال. وهنا يلزم صياغة بعض القواعد التي تتضمن جزاءات رادعة في حالة تجاوز ما حددته التشريعات في هذا الصدد بالاضافة الى بعض التشريعات التي تمنحهم الاولوية في التعيين في بعض الوظائف.

(ز) انه في حالة اصدار أى من التشريعات المتعلقة بالمعاقين فانه من الضرورى اجراء بعض المشاورات سواء بالاشخاص المعاقين انفسهم أو بالتنظيمات التي تتولى الدفاع عن حقوقهم وذلك حتى تصدر التشريعات مراعية لحقوقهم ومصالحهم على اساس انهم اكثر ادراكا لمدى ملاءمة هذه التشريعات لهم.

(ح) الملاحظ ان عددا من الاقطار العربية لم تتوان في اصدار التشريعات المتقدمة لرعاية وتأهيل وتشغيل المعاقين. ولكن الواقع يكشف ان التنفيذ الامين لهذه القوانين لا يتم في غالب الاحوال. فاجراءات التفتيش والمراقبة والمحاسبة والعقاب في النهاية هي التي تجعل أى قانون اداة فعّالة لتحقيق أى سياسة اجتماعية. وهذه بالذات هي الناحية التي يوجد فيها تهاون ملحوظ. واذا جاز مثل هذا التهاون في تطبيق القانون في انشطة مجتمعية اخرى بالنسبة لغير المعاقين، فقد يكون لدى المتأثرين بها من القدرة وامامهم من السبل ما يمكنهم من تصحيح ذلك. أما بالنسبة للمعاقين فاجهزة القانون والضبط الاجتماعي المؤسسي هي سبيلهم الاوحد في الحصول على حقوقهم.

والخلاصة - اذن - هي انه بالنسبة للاقطار العربية التي لم تسن التشريعات المناسبة لرعاية وتأهيل وتشغيل المعاقين ،فان الاولوية واضحة . وبالنسبة لتلك التي لديها تشريعات لا تغطي ظاهرة الاعاقة ، وقاية وعلاجا وتأهيلا وتشغيلا بشكل متكامل ، فالاولوية تحتم استكمال تلك التشريعات . بيد انه بالنسبة لكل الاقطار تبقى المسألة الحيوية الرئيسية هي التنفيذ الامين لما يصدر من تشريعات بالنسبة للمعاقين .

خامسا - التوسع في اقامة مؤسسات التربية الخاصة بالمعاقين

يشكل الاطفال نسبة كبيرة من مجموع المعاقين في دول المنطقة . ويقدر عددهم بحوالي ثلاثة ملايين طفل معاق في الوقت الحاضر . وهم يحتاجون الى رعاية تربوية وتعليمية فعّالة وخدمات متخصصة . واعطاء الاطفال المعاقين أولوية خاصة ينطلق من اعتبارين اساسيين أولهما أن الاكتشاف المبكر لاعاقاتهم والتعامل معها طبيا ونفسيا واجتماعيا وتعليميا من شأنه ان يعظم العائد المحسوس من مجهودات هذه الرعاية . والاعتبار الثاني هو ان تدارك المعاقين في مرحلة الطفولة من شأنه ان يخفف الضغط فيما بعد على مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين الكبار - والتي هي بكل المقاييس، كما رأينا ،تشكو من نقص كميا وكيفيا كبيرا في دول المنطقة .

ان برامج التربية الخاصة تتطلب نفقات قد تبدو باهظة ، لكنها استثمار بشري لا يمكن اغفاله . وينبغي الا ينزعج المخططون وصانعو القرارات مما قد يبدو لأول وهلة من ضخامة الاعتمادات المالية لتعليم المعاقين . فالتفكير المتأني والحسابات الاقتصادية الرشيدة - حتى لو صرفنا النظر عن الاعتبارات الانسانية - لا بد ان يخلص الى ان التكاليف تكون اكبر كثيراً اذا لم يتحقق الكشف المبكر عن الاطفال المعاقين وتعليمهم ، تمهيدا لتأهيلهم وتشغيلهم ودمجهم في المجتمع والاقتصاد الوطني . ان دراسات المتابعة لبرامج التعليم الخاص للمعاقين وبرامج تأهيلهم وتشغيلهم قد اثبتت في مختلف انحاء العالم ان المزايا الاقتصادية المكتسبة من هذه البرامج تفوق ما يستثمر فيها . فالمعاقون المؤهلون هم جزء من القوى المنتجة ، وتعدم أو تنخفض حاجتهم الى المساعدة الاجتماعية ومعاشات العجز والضمان الاجتماعي . ان عدم تعليم الاشخاص المعاقين ،أو القصور في تدريبهم وتأهيلهم مهنيا بنسب متساوية مع قرنائهم المعافين ، ووضع مشكلتهم في ادنى سلم الاولويات هو اتجاه غير سليم انسانيا ، وغير رشيد اقتصاديا . فهو يؤدي فيما بعد الى برامج باهظة التكاليف لرعاية المعاقين الذين لم يتعلموا ولم يدربوا مهنيا . ومن ثم ينبغي لدول المنطقة ان تراجع خططها التربوية بحيث تتجنب ما تعرضت له دول اخرى اهملت هذه المشكلة .

وفيما يلي تقترح الخطوط العريضة للمبادئ التي تحكم هذا العنصر الاساسي في برنامج العمل الاجتماعي والمتصل بما يعرف عادة بالتربية الخاصة :

(أ) ينبغي ان تكون الموارد التربوية للاطفال المعاقين مناظرة للموارد المتوافرة للاطفال الاسوياء كحد ادنى. بل ان المطلوب هو ان تكون هذه الموارد اكبر بدرجات متفاوتة للوفاء بالاحتياجات الخاصة للاطفال المعاقين. فالى جانب الاجهزة التعويضية، يتطلب تعليم الاطفال المعاقين ترتيبات معمارية ومكانية ومؤسسية خاصة، والى معدل اعلى من عدد المعلمين الى عدد الاطفال المعاقين.

(ب) ان برامج التربية الخاصة للمعاقين ينبغي ان تتصف بالمرونة، طبقا لنوع ودرجة الاعاقة، وظروف الطفل النفسية والاجتماعية. وفي الحالة المثلى ينبغي ان تسمح هذه البرامج من تمكين بعض الاطفال المعاقين من الالتحاق بالمدارس العادية، بينما سيحتاج اطفال آخرون الى عناية تربوية مكثفة لا توجد عادة في المدارس العادية. ولكن الهدف هو دمج الاطفال المعاقين دمجا كاملا بقدر الامكان في مجتمع غيرهم من الاطفال العاديين. فالى جانب الفائدة النفسية والمعنوية لهذا الدمج، هناك مهارات اجتماعية يصعب على الطفل - سواء كان معاقا أو غير معاق - ان يكتسبها الا من خلال جماعات اللعب ومهما كان الامر فان اختلاف انماط الاعاقة والعجز ودرجاتها يقتضي مرونة كافية تتيح لبعض المعاقين من الاطفال التربية في مدارس خاصة، وقد يحتاج البعض الآخر الى مدارس منفصلة لفترات معينة، بينما يمكن لفريق ثالث الاستفادة من الدراسة العادية مع توجيه عناية خاصة وارشاد معين.

(ج) في الحالات التي يتعلم فيها الاطفال المعاقون الى جانب التلاميذ غير المعاقين، ينبغي للمسؤولين التربويين ان يدرجوا في خططهم بوضوح الاعتمادات المالية والتجهيزات الاضافية التي يتطلبها التلاميذ المعاقون، والا انقلب وجودهم وسط زملائهم الى معاملة تربوية تمييزية قاصرة، مما قد يؤدي الى عكس النتيجة المتوخاة تماما.

(د) يدخل ضمن خدمات التربية الخاصة للتلاميذ المعاقين - سواء كانوا في مدارس مستقلة بهم أو كانوا في مدارس عادية مع غيرهم من التلاميذ المعاقين - ما يلي:

١- التفريد. أي ان تقدم الخدمات التربوية طبقا لاحتياجات كل تلميذ معاق ووفقا لظروفه الخاصة. فحتى بين تلاميذ نفس الفئة المعاقة، توجد فروق فردية واضحة لا يجدي معها تقديم خدمة جماعية مقننة. والتفريد في برنامج الخدمات لا يعني التفريد في الاهداف التربوية، وانما في الوسائل والطرق المتبعة والتوقيت والمدى الزمني المناسبين للتعليم.

٢- القرب من محل الاقامة. لصعوبة انتقال المعاقين من اماكن سكنهم، ولان عددا كبيرا منهم يكون في العادة من خلفيات اسرية واجتماعية متواضعة يصعب عليها اقتصاديا توفير وسائل نقل عصرية، فمن المستحسن توفير خدمات التربية والتعليم الخاصة بالمعاقين على اقرب مسافة ممكنة من محال سكنهم. هذا طبعا باستثناء الظروف المتطرفة التي تكون الخدمة التربوية فيها شديدة التخصص ولا يمكن توفيرها في كل مجتمع محلي.

٣- الشمول . أى خدمة كل الاطفال والمراهقين المعاقين بغض النظر عن السن أو نوع أو درجة الاعاقة ، بحيث لا يحرم أى طفل أو مراهق في سن المدرسة من الحصول على التعليم بدعوى شدة الاعاقة ، وان توفر الوسائل التعليمية التي تمكنه من تنمية طاقاته الى اقصى حد ممكن .

(هـ) ينبغي توفير الخدمات التربوية للاطفال دون السن المدرسية (اى ما قبل الخامسة أو السادسة من العمر) . ويتأتى ذلك بتوجيه الآباء والزيارات المنزلية وتوزيد الطفل المعاق بما يلائم حالته من الاجهزة التعويضية واللعب والمثيرات الحركية والذهنية ، اسوة بما يحصل عليه اقرانه المعاقين في دور الحضانة ورياض الاطفال ، ويمكن ان توفر مثل هذه الخدمات في مؤسسات خاصة للاطفال المعاقين في مرحلة ما قبل المدرسة .

(و) ينبغي توفير الفرص التربوية للمراهقين والكبار من المعاقين على نفس النطاق والمستوى (وان تغيرت الاساليب والوسائل) الذى يحظى به امثالهم من المعاقين .

(ز) ان الاستجابة الملائمة لاحتياجات المعاقين تربويا وتعليميا ، تقتضي العمل على اسناد المسؤولية الرئيسية في هذا الصدد الى هيئة واحدة أو جهاز وطني واحد يتولى التخطيط والتنسيق والاشراف على التنفيذ . ولكن حتى نتحاشى التعقيدات البيروقراطية ينبغي ان يترك التنفيذ نفسه للمؤسسات التي تقدم الخدمة الخاصة للمعاقين على المستوى المحلي - سواء كانت حكومية أو اهلية .

سادسا - التوسع في انشاء مؤسسات ملائمة للتأهيل

تعتبر عملية التأهيل من العمليات الرئيسية في مواجهة الاعاقة لانها تعيد صياغة الانسان الذى اعيق جزئيا في بعض قدراته ، بخلق تعويض لديه في جانب آخر حتى يظل له اسهامه النشط في المجتمع بما يحفظ له ثقته بنفسه واحترام الآخرين له .

والموقف الحالي لعملية التأهيل في العالم العربي تنتابها عدة مآخذ رئيسية نذكر منها ما يلي :

(أ) محدودية جهود التأهيل . اذ نجد انها لا تغطي الا جزءا يسيرا من حجم مشكلة الاعاقة في المنطقة . هذا بالاضافة الى عدم التكامل بين العمليات الفرعية للتأهيل ابتداء من الرعاية الى التأهيل وحتى الادماج . ويخلق عدم التكامل خللا كبيرا في الفعالية الحقيقية في مواجهة مشكلة الاعاقة . أى اننا بصدد نقص كمي فادح ونقص كيفي واضح .

(ب) تتسم البرامج الخاصة بالمؤهلين بالتركيز على التأهيل للاعاقة الجسدية ، وغالبا ما تكون في اعمال نمطية قليلة لا تعكس التنوع المهني المصاحب للتطور الاجتماعي في الوقت الحاضر. ومن ثم يعزز هذا الوضع عدم اهتمام اصحاب الاعمال بشريحة كبيرة من المعاقين المؤهلين . الى جانب ان التأهيل احيانا ما يكون على حرف لا يحتاجها المجتمع حقيقة ، أو لا يرغب فيها المعاق . ومن هنا فان مؤسسات التأهيل القائمة في حاجة الى مراجعة برامجها واساليبها في ضوء اعداد المعاقين كمورد بشرى من موارد التنمية .

(ج) يحظى المعاقون عقليا ونفسيا بنصيب اقل من المعاقين جسديا . ومع وجود بعض المؤسسات الرائدة في بعض الاقطار العربية الا ان الخبرة العربية في هذا المجال ما تزال محدودة للغاية سواء في مجال الرعاية أو التربية الخاصة أو التأهيل . وهو بطبيعة الحال مجال اكثر تعقيدا من الاعاقة الجسدية .

(د) ما تزال رعاية المعاقين وتأهيلهم تمثل في الغالب الاعم مجالا لجهود الجمعيات الاهلية والتطوعية والجمعيات الاجنبية في عدد من الاقطار العربية . وباستثناء اقطار عربية محدودة فان الجهود الحكومية لم تتدخل بثقل يذكر من حيث انشاء المؤسسات اللازمة ، وتكوين الكوادر الفنية المدربة بالكم والكيف اللازمين .

(هـ) تخلف مؤسسات التأهيل تنظيميا وتخلف اساليبها في العمل . فمع التسليم بأن البناء التنظيمي والخدمي لكل مؤسسة ينبغي ان يعكس طبيعة المعاقين الذين تتعامل معهم ، فانه ينبغي مراعاة تنويع الاساليب في داخل كل مؤسسة طبقا لاحتياجات كل معاق ، والحذر من تبني نماذج الرعاية والتأهيل الجاهزة التي تطبق في مناطق اخرى . فالملاحظ ان بعض المؤسسات تتبنى فلسفة الايواء الكامل لفئات معينة من المعاقين في شكل مستعمرات رعاية وتأهيل وتشغيل كعملية متكاملة . وقد تعرض هذا النموذج للنقد في البلاد الاوروبية التي ابتكرته هي نفسها في مرحلة سابقة - بدعوى انه يعزل المعاق عن المجتمع . وقد تخلت عنه بعض هذه الاقطار ، وتبعتها في ذلك ميكانيكيا بعض المؤسسات العربية . ثم اتضح في السنوات الاخيرة بعد التجربة أن المجتمع الخارجي ومؤسساته ليس معدا بشكل كاف لاستقبال ودمج بعض هؤلاء المعاقين المؤهلين . ومرة اخرى بدأت بعض مؤسسات المعاقين في الغرب تعود الى نموذج الايواء الكامل لهم . ومرة اخرى ايضا تبعتها مؤسسات عربية . هذه التبعية الميكانيكية لها ابلغ الاضرار نتيجة لعدم التزامها بمقتضيات الواقع الثقافي في المنطقة . والمطلوب في هذا الصدد صياغة سياسات وممارسات تنبع من واقع المجتمع العربي وظروف بيئاته المحلية . ففي المراكز الحضرية الكبرى مثل القاهرة وبغداد قد يصعب على المعاق المؤهل الانتقال من مكان الاقامة الى مكان العمل . وفي هذه الحالة يعطيه نموذج الايواء المتكامل فرصة أعظم للرعاية والعمل . وحتى لا يؤدى الايواء الكامل الى عزلة عن المجتمع الام ، فيمكن تعظيم فرص التفاعل بتنويع العمالة بحيث تشمل معاقين وغير معاقين في ورش ومصانع مستعمرات المعاقين . اننا نضرب هذا المثل فقط للتدليل على اهمية ابتكار صيغ جديدة اكثر ملاءمة للظروف المحلية العربية . والمحك في النهاية ان لا تتصلب شرايين المؤسسات القائمة على شؤون المعاقين في قوالب جامدة .

سابعا- سياسة الادماج الاجتماعي للمعاقين ومجالاتها

في محاولة لرسم سياسة فعالة لتأهيل المعاقين ومن ثم اعادة دمجهم اجتماعيا فان على الدولة والمجتمع ان يراعيا ما يلي :

(أ) الاخذ بمبدأ التأهيل البيئي بمعنى العمل على تأهيل المعاقين في غير عزلة عن البيئة الطبيعية التي سوف يتعاملون معها ،بحيث تصبح عملية الادماج والتشغيل مجرد امتداد مرحلي أو تطور طبيعي لعملية التأهيل . هذا بالاضافة الى ضرورة ان يتم التأهيل على مهن ذات اهمية اجتماعية وذات قبول اجتماعي واضح ، مما يحفز المعاق ويعطيه مزيدا من الثقة في نفسه ، وشعورا بأنه قد عوض تعويضا حقيقيا . وفي هذا الصدد ينبغي الا يقتصر تأهيلهم على المهن ذات المكانة الدنيا في السلم المهني ، أو تدريبهم على مهن مهجورة لا اقبال عليها .

(ب) ان ادماج الاطفال المعاقين مع الاطفال العاديين في مراحل الدراسة لا يعني مجرد الدراسة في فصول مشتركة بالمدارس العادية . لكنه يقتضي جهدا منظما في الاعداد له من حيث تدريب المعلمين ، ومن الخدمات التعليمية المساندة ،ومن توجيهات وارشادات خاصة . واذا لم تتوفر الظروف والامكانيات الملائمة لمثل هذا الادماج فان ضرره احيانا قد يكون اكثر من نفعه .

(ج) انه من الضرورى ممارسة التأهيل على احدث المستويات والتطورات التكنولوجية بالنسبة لمهن ذات اهمية اجتماعية . بحيث يحدث ابداع في مزاوجة العنصر التكنولوجي الذى اتاحه العلم بالحاجة الاجتماعية لمهن معينة . هذا مع ضرورة تأكيد الاعتبارات العملية وليست النظرية في عملية التأهيل ، مع مراعاة حالة المعاق ومدى ملاءمته للمهنة موضع الاهتمام . والاهتمام بالتأهيل في مؤسسات حديثة ومجهزة تجهيزا فعّالا يكسب المؤهلين اعتزازا بتأهيلهم ، كما يشعر المجتمع بأن تأهيلهم يمثل خدمات جادة يمكن الاستفادة منها .

(د) من الضرورى الاهتمام بشكل خاص بمؤسسات التأهيل من حيث مدى ملاءمة بناء المؤسسة بالنسبة لنوع الاعاقة التي تتولى تأهيلها . أى المواءمة بين مبنى المؤسسة وطبيعة الاعاقة . هذا بالاضافة الى توفير التجهيزات الكافية والملائمة للتدريب عليها ،او توفير الاجهزة التعويضية التي تساعد على الاستعادة الجزئية لوضع ما قبل الاعاقة . وهذا النوع من التخصص في التأهيل يحكم الصلة بين المعاقين وبين مجالات استخدامهم في سوق العمل .

(هـ) ينبغي ان يحدث اهتمام كبير بتوفير الكوادر الفنية ذات الكفاءة والمدربة تدريبا كافيا للتعامل مع المعاقين بحيث تضفي على عملية التأهيل طابعا فنيا وانسانيا في وقت واحد . هذا يجعل من مرحلة التأهيل اعادة صياغة انسانية تكاد تكون بمثابة اعادة تنشئة اجتماعية كاملة . ان معاهد تدريب هذه الكوادر الفنية محدودة للغاية في العالم العربي . والذين يختارون لهـا

لا يخضعون عادة لاختبارات نفسية وعاطفية أو معايير انتقائية تؤهلهم للتعامل مع المعاقين. ومهنهم ذاتها لم تحظ بالتوصيف الكامل أو التقدير الاجتماعي والرسمي المناسب مما ينعكس بدوره على عملهم وعلى تيسير ادماج المعاقين في المجتمع. ولكن تبقى المشكلة الرئيسية هي تخريج اعداد كافية من هذه المعاهد. فالذين يتخرجون منها لا يسدون اكثر من عشرة في المائة من الاحتياجات الحقيقية. وهذا لو الحقت معاهد التدريب بمؤسسات الرعاية والتأهيل نفسها حتى لا يغلب على برامجها الصبغة النظرية البحتة.

(و) انه من الضروري صياغة نوع من التكامل بين مختلف مراحل وجوانب عملية التأهيل. فالتكامل ينبغي ان يقوم بين مؤسسات الوقاية والعلاج، والرعاية والتأهيل والادماج بحيث تشكل حلقات يمر بها المعاق حتى يعاد الحاقه اجتماعيا بأقل تكلفة أو خسارة انسانية ممكنة. كذلك ينبغي ان يحدث تكامل بين مختلف الهيئات العاملة مع المعاقين اهلية كانت أم حكومية، مع ضرورة خضوع كل هذه المؤسسات لقواعد تشكل حدا ادنى يضمن كفاءة الخدمة والتزامها بمعايير ملائمة لكل فئة من فئات الاعاقة، ولكل فرد داخل كل فئة.

(ز) ينبغي ان يسير تأهيل المعاقين وادماجهم وفق خطة معينة تمثل قطاعا لا يتجزأ من الخطة الوطنية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتراعى في الخطة القطاعية للمعاقين عدة اعتبارات اساسية منها التوسع التدريجي حتى تغطي كافة المعاقين على الخريطة الاجتماعية، ساعية الى سد الفجوة بين الريف والمدينة، وبين الشرائح الاجتماعية، وساعية الى توفير مزيد من فرص التشغيل، والى التطوير المستمر في الخدمة سواء من حيث كفاءتها أو من حيث مضمون التأهيل ذاته، هذا فضلا عن تركيزها على الجوانب الوقائية لمحاصرة اسباب العجز والاعاقة.

(ح) التأكيد على اهمية انشاء اجهزة للمتابعة التي تراقب عمل وفاعلية مختلف المؤسسات العاملة في اطار المعاقين. وينبغي ان يمتد عملها الى مختلف مراحل التأهيل: فيما يتعلق بالحاق المعاقين بالمؤسسات، ومدى النمو في الخدمات لتغطية احتياجاتهم، ومدى الالتزام بالمعايير التي تحدد نوع ومستوى التأهيل، ثم متابعة امكانيات التشغيل والادماج الاجتماعي.

ثامنا - المعاقون في اطار سياسات التنمية الوطنية

لا بد من التأكيد هنا على ان مشكلة المعاقين وما تتطلبه من رعاية وتعليم وتأهيل وتشغيل وادماج اجتماعي ينبغي ان تكون عنصرا من عناصر سياسات التنمية الوطنية وعنصرا لا ينفصل عن تنمية الموارد البشرية في المجتمع بصورة عامة، اذ ان هدف كافة الجهود الخاصة بالمعاقين انما تتمثل في نهاية الامر في ادماجهم في المجتمع ليكونوا مسهمين في نشاطاته ومستمتعين بخدماته وما تعود به التنمية من مردود في اشباع الحاجات الاساسية لكافة المواطنين. وفي مثل هذا المنظور يكون للدولة واستراتيجياتها الانمائية ونماذجها التخطيطية دور رئيسي في مواجهة المشكلة ومحاصرة عوامل الاعاقة وقاية وعلاجا.

وعلى هذا الاساس فان محاصرة مشكلة الاعاقة ينبغي ان يدخل كأحد الاهداف في الخطط والبرامج الوطنية للتنمية الشاملة ،ويتحقق ذلك عن طريق :

(أ) تبني استراتيجيات للتنمية الوطنية ترتكز ارتكازا صلبا على تنمية الانسان ، وليس على مجرد اقامة المشروعات وما تدره من عوائد و ربحية اقتصادية أو مالية . وهذا يستلزم مراحل متسلسلة من الجهود الانمائية تأخذ في اعتبارها الآماد القصيرة والمتوسطة والطويلة في التخطيط.

(ب) العمل المتنامي على ان تحقق جهود التنمية اشباعا متزايدا للحاجات الاساسية للمواطنين وبخاصة في مجالات التغذية والخدمات الصحية الوقائية للاطفال ،ومكافحة الاوبئة ، والخدمات الثقافية والتربوية .

(ج) اعطاء الاولوية المناسبة لتحسين احوال البيئات والجماعات الفقيرة ذات المستوى المعيشي المتدني وخاصة في القطاعات الريفية والبدوية والمناطق الحضرية المتخلفة باعتبارها اكثر البيئات افرازا لمجموعات المعاقين .

(د) على الدولة ايضا ان تتبنى رؤية مستقبلية لمسألة الاعاقة بأن تضع الخطط القادرة على مواجهتها من مصادرها الاساسية أو الخطط المتعلقة بتأهيل من يتعرضون للاعاقة ودمجهم في الحياة الاجتماعية وينطوي ذلك على طرح مجموعة من التوقعات بخصوص حجم الاعاقة المحتملة ، وانماطها الرئيسية ،وعلى هذا الاساس تتبنى استراتيجية مستقبلية تتعلق بحجم المؤسسات أو التجهيزات اللازمة للمواجهة . أي ان تصورنا لمجتمع المستقبل يستهدف تحقيق ظروف اجتماعية تتقلص فيه معدلات الاعاقة الى ادنى مستوياتها ،واذا وجدت فالمعاقين لن يكونوا معزولين كهوامش بشرية وانما هم ايجابيون مشاركون في صنع الحياة وتأسيس التنمية الاجتماعية والاقتصادية .

(هـ) ان من أهم العناصر في توفير الخدمات للمعاقين هو التقنين للحد الاساسي لمعايير الخدمة ومستويات ادائها سواء كان ذلك في مؤسسات الخدمات الحكومية أو الاهلية . ومن مسؤولية البرامج والمشروعات في مختلف قطاعات الخدمات ضمان التوفير لهذا الحد الاساسي من مستوى الاداء في الخدمة وخاصة بالنسبة للمعاقين ، والا فان احتمال تأثيرها السلبي قد يتجاوز تأثيرها الايجابي .

(و) السعي الجاد نحو التكامل في تخطيط خدمات المعاقين بين القطاعات النوعية المتخصصة ،والى التكامل الخدمي في داخل المؤسسة الواحدة التي قد تستلزم في كثير من الاحيان عمل فريق من مختلف المختصين كالطبيب والاخصائي الاجتماعي والنفسي والمدرب المهني ، والوالدين . كذلك فان هذه النظرة التكاملية لاحتياجات المعاق ينبغي ان تكون مجالا من مجالات تدريب المختصين انفسهم ضمانا لفاعلية الخدمة والعمل مع المعاقين .

(ز) ان خدمات المعاقين تستلزم كذلك توفير ترتيبات مجتمعية في المرافق العامة لتخصيص وسائل انتقال خاصة، أو افراد اماكن خاصة لهم في وسائل النقل العام، وايجاد مراحيض خاصة، وبرامج تلفزيونية للصم والبكم تستخدم فيها لغة الاشارة، أو كتابة العناوين الرئيسية في نشرات الاخبار، وتوفير مطبوعات ومجلات للمكفوفين وتنظيم برامج ومسابقات رياضية وغير ذلك مما يستلزم تهني سياسات في تخطيط الخدمات وتنفيذها تأخذ بعين الاعتبار قطاع المواطنين المعاقين كما يأخذ قطاع المواطنين العاديين.

(ح) العمل على تكوين لجان وطنية دائمة للمعاقين، أو دعم اللجان الوطنية التي شكلت للعام الدولي للمعاقين لتصبح لجانا دائمة تتمثل فيها الوزارات والهيئات والتنظيمات الاهلية، وتزويد هذه اللجان بالخبرات الفنية والامكانات المالية التي تيسر لها القيام بمسؤولياتها في تقديم المشورة والتوجيه بطريقة متكاملة للجهات الرسمية المعنية بالتخطيط والاشراف والتقويم في مجال المعاقين.

تاسعا - التعاون الاقليمي العربي في مجال المعاقين

ان التعاون العربي الاقليمي يمثل رصيدا هاما في توفير بعض الجوانب الرئيسية من مستلزمات المواجهة لمشكلة المعاقين، مما قد لا تستطيع الجهود الوطنية وحدها ان تتحمل تكلفتها المالية أو البشرية. ولما كان من الضرورى ان تتكامل الموارد المالية مع الكوادر والخبرات البشرية في المنطقة لتحقيق بعض البرامج والمشروعات الاقليمية، فان اجهزة ومؤسسات التعاون العربي مدعوة الى مزيد من التخطيط وتوفير الموارد المختلفة لتنفيذ خطة العمل الاقليمية للمعاقين. ويمكن الاشارة الى أهم مجالات هذا التعاون:

(أ) معاهد تدريب الكوادر الفنية. ان المعاهد التي تدرب الكوادر الفنية المتكاملة - في الطب وعلم النفس والخدمة الاجتماعية والعلاج الطبيعي والاخصائيين في الامراض الكلامية والسمعية والبصرية والتأهيل المهني - محدودة للغاية كميا في طاقتها الاستيعابية، وفي مستواها الكيفي. وأى مواجهة جادة لمشكلة المعاقين تبدأ بتخريج الاعداد الكافية من هذه الكوادر. ان الاعداد الحالية التي تتخرج من المعاهد الموجودة لا تكفي لرعاية وعلاج وتأهيل اكثر من ٥ في المائة ممن يحتاجون الى هذه الخدمات في دول المنطقة. ومن هنا تصبح احد اولويات التعاون الاقليمي انشاء عدد من المعاهد المتخصصة في هذه المجالات. ويمكن لهذه المعاهد ان تتوزع بين بلاد المنطقة، على ان يكون تمويلها من مصدر موحد تسهم فيه دول اليسر بالقسط الاكبر. ويمكن ان تتم خلال هذه المؤسسات، وعن طريق خطة عشرية ان تصل المنطقة الى اكتفاء ذاتي معقول من حيث الكوادر الفنية اللازمة للتعامل مع المعاقين مع نهاية هذا العقد.

(ب) مراكز البحث العلمي . لا توجد في الوقت الحالي أى مراكز علمية عربية متخصصة في دراسة المشكلات العديدة للمعاقين على المستويين العلمي والتطبيقي . وما زالت دول المنطقة تعيش على حصاد البحث العلمي المتراكم في الدول المتقدمة دون اسهام منها في تنميته أو تمحيصه بحيث يتواءم مع الظروف المحلية في المنطقة . ولما كان من المسير على كل دولة أن تقيم مثل هذه المراكز البحثية بالكم والكيف المطلوب، لذلك يعتبر ذلك مجالا خصبا آخر للتعاون الاقليمي . ويمكن لهذه المراكز ان تتوزع على دول المنطقة ، أو ان تجمع في اكاديمية عربية واحدة لبحوث المعاقين ، وان تتعدد فروعها واقسامها الداخلية بتعدد انماط ومستويات الاعاقة .

(ج) صناعة اقليمية للاجهزة التعويضية . من اكثر الاشياء الملّحة التي يحتاجها المعاق - سواء في مرحلة التعليم أو العلاج أو التأهيل أو التشغيل - هو الاجهزة التعويضية من سمعية وبصرية وحركية . وهذه الاجهزة بطبيعتها حساسة وسريعة التلف والاستهلاك . وما زالت دول المنطقة تستورد معظم هذه الاجهزة من الخارج . وهي فضلا عن تكاليفها الباهظة ، فهي في معظم الحالات لا تناسب البيئة المحلية التي يعيش ويعمل فيها المعاق (نقص الطرق المعبدة ، كثرة الاتربة والرمال ، عدم وجود خدمات صيانة كافية . . . الخ) . لذلك تصبح احد أولويات التعاون الاقليمي هو انشاء وتطوير صناعات عربية للاجهزة التعويضية . والعمل المشترك في هذا الصدد يفوق بكثير العمل القطرى من الناحية الاقتصادية البحتة . ففضلا عما قد تحتاجه هذه الصناعات من رؤوس اموال قد لا يقدر عليها كل قطر بمفرده ، فان السوق القطرى المحدود قد لا يجعل الاستثمار فيها ذا جدوى اقتصادية . ولكن السوق الاقليمية الأكبر (حوالي ٨ مليون معاق) تبرر مثل هذا الاستثمار . ومن الطبيعي ان تكون هذه الصناعة متكاملة مع عناصر خطة المواجهة الاخرى . وبالتحديد ان تكون على اتصال وثيق بمراكز البحث العلمي ، ومعاهد تدريب الكوادر ، وان تعطى أولويات التشغيل فيها للمعاقين انفسهم بقدر ما تسمح به قدراتهم .

(د) تبادل الخبرات والمعلومات والوثائق والابحاث الخاصة بالمعاقين . ان التفاعل الدائم بين المشتغلين في ميدان الاعاقة هو احد المجالات الحيوية الاخرى للتعاون الاقليمي . لذلك ينبغي الاستفادة من المنظمات المتخصصة سواء للجامعة العربية أو الامم المتحدة لتكثيف هذا التفاعل . ويمكن في مرحلة قريبة ان ينظر المسؤولون في دول المنطقة في تقنين هذا التفاعل من خلال جهاز اقليمي لشؤون المعاقين ، يتولى التعبئة والتنسيق للجهود الاقليمية في هذا الصدد ، كما يتولى الحملات الاعلامية والتثقيفية لخلق وعي جماهيرى بالمشكلة بكل جوانبها على مستوى المنطقة بأسرها .

ولكي يتقدم التعاون الاقليمي الى حيز التجسيد فان صناديق التنمية الاقتصادية والاجتماعية العربية والقطرية مطالبة بأخذ المبادرة الفعلية للاسهام في انشاء معاهد التدريب، ومراكز البحث العلمي ، وصناعات اقليمية للاجهزة المساعدة والتعويضية .

عاشرا- الاجراءات الخاصة لمساعدة المعاقين من الشعب الفلسطيني

يدخل ضمن التعاون الاقليمي في مجابهة مشكلة المعاقين تخصيص مجهود خاص وعاجل للشعب الفلسطيني . وذلك يقتضيه ما يتعرض له هذا الشعب من الوان الاضطهاد ، وويلات الحرب، وظروف الحياة القاسية في سبيل الحصول على حقوقه المشروعة . كما ان صمود هذا الشعب ونضاله خلال اكثر من ثلاثين عاما وحتى اليوم قد عقدت مشكلة الاعاقة لديه . ويكفي أن نقول ان كل روافد الاعاقة توجد بصورة مكثفة بين ابناء الشعب الفلسطيني -ابتداء من حالة التخلف وظروف القهر في الاراضي المحتلة ومخيمات اللاجئين الى استمرار تساقط المئات من القتلى والجرحى والمعاقين في معاركه الوطنية .

لذلك يتعين على دول المنطقة فرادى ومجتمعين في خططهم وبرامج عملهم القطرية والاقليمية تقديم العون للشعب الفلسطيني في المجالات التالية :

(أ) الدعم المستمر لمؤسسات الرعاية الاجتماعية والتأهيل للمعاقين داخل الاراضي المحتلة وخارجها عن طريق تقديم العون المادى والفني والمعنوى لهذه المؤسسات .

(ب) تقديم الدعم المادى والفني وتوفير المستلزمات الطبية لجمعية الهلال الاحمر الفلسطيني حتى تستطيع تقديم الخدمات الاساسية الوقائية والعلاجية والتأهيلية في مجالات العجز والاعاقة المختلفة .

(ج) اتاحة مزيد من فرص الاعداد والتدريب في النواحي الطبية والرعاية الاجتماعية للمعاقين في المؤسسات ذات العلاقة بدول المنطقة .

(د) تقديم منح دراسية تدريبية للاطارات الفلسطينية العاملة في مجالات المعاقين لتحسين كفاءتهم الفنية في المعاهد العربية أو في الخارج .

(هـ) حث المنظمات الدولية على تقديم المساعدات الفنية لمختلف البرامج والمؤسسات الفلسطينية للمعاقين .

حادى عشر- التعاون الدولي

ان دول منطقة غربي آسيا هي جزء من العالم النامي . وهي بذلك تشترك معه في خصوصية مشكلاتها الاجتماعية الكبرى الناتجة عن بقايا عصور التخلف أو الناشئة عن الحروب وحركات التحرير . لذلك فان خطط العمل القطرية والاقليمية لمنطقة غربي آسيا لا بد ان تضع في حسبانها اهمية التعاون مع دول العالم النامي الاخرى ومع المنظمات الدولية في مواجهة مشكلة المعاقين . ويتأتى ذلك بتبادل الخبرات العلمية والعملية والتمضيد المالي والمعنوى المتبادل .

ومن منظور اوسع فان دول منطقة غربي آسيا هي جزء لا يتجزأ من الاسرة الدولية . ولما كانت مشكلة الاعاقة مشكلة عالمية انسانية لا تقف عند حدود قومية ، فان مواجهة المشكلة يقتضي التعاون بين جميع افراد المجتمع الدولي ، بل ان التعاون الدولي في هذا المجال هو احد الاسس الصلبة لارساء نظام عالمي جديد ، تتقلص فيه الضغوط، وتتعاظم فيه المساواة والعدالة والسلام .

وبالتحديد ينبغي لدول منطقة غربي آسيا ان تتخذ الاجراءات المناسبة للاسهام في :

(أ) عقد وتشجيع الاتفاقيات الثنائية والجماعية لتبادل الخبرات الفنية والتكنولوجية في ميدان علاج وتعليم ورعاية وتأهيل وتشغيل المعاقين .

(ب) تشجيع اقامة صندوق دولي للمعاقين ، تسهم فيه دول المنطقة ، وذلك لتقديم المعونة المادية للاقطار النامية في العالم .

(ج) حث الدول التي احرزت تقدما ملموسا في ميدان رعاية وتأهيل المعاقين على فتح ابواب مؤسساتها ومعاهدها المتخصصة لتدريب كوادر فنية من دول العالم النامي .

(د) حث الدول الفنية المتقدمة على الاسهام في بناء مؤسسات الرعاية والتأهيل للمعاقين ، وتقديم ما يلزم من تجهيزات ومعدات ، في الدول النامية ولحركات التحرير الوطني .

(هـ) الاستفادة المثلى مما تقدمه الامم المتحدة ومنظماتها المتخصصة من معونات مادية وفنية في ميدان رعاية وتأهيل المعاقين ، وحثها على زيادة مجهوداتها في هذا الصدد ، وطلب مساعدتها في برامج الوقاية والعلاج والتأهيل التي تتبناها دول المنطقة . ويدخل في ذلك طلب العون المادي والفني في اقامة معاهد التدريب والبحث العلمي وفي اقامة صناعة وطنية أو اقليمية للاجهزة المساعدة والتعويضية .

(و) الاشتراك النشط في المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية الدولية في ميدان الاعاقة ، والعمل على تمثيل معاقيها في هذه المنتديات مع عمل الترتيبات التي تجعل من اشتراك هؤلاء المعاقين اشتراكا فعّالا .

(ز) تبني دعوة عالمية لانشاء اتحادات دولية لكل فئة رئيسية من فئات المعاقين ، وحث الامم المتحدة على توفير الدعم المالي والمعنوي والتنظيمي لهذه الاتحادات ، واعطائها دورا رئيسيا في صياغة الخطط والبرامج الدولية في ميادين الوقاية والرعاية والعلاج والتعليم الخاص وتأهيل المعاقين .