

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



سلسلة
الدراسات الإجتماعية والعمالية
(١٧)

الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربيّة

إعداد

مكتب المتابعة

لمجلس وزراء العمل والشؤون الإجتماعية
بالدول العربيّة الخليجيّة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مكتب المتابعة

سلسلة
الدراسات الإجتماعية والعمالية

(١٧)

الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربيّة

إعداد

مكتب المتابعة

لمجلس وزراء العمل والشؤون الإجتماعية

بالدول العربيّة الخليجيّة

حقوق الطبع محفوظة
يُجوز الاقتباس من مادة الكتاب بشرط الإشارة إلى المصدر

الطبعة الأولى
١٩٩١م

الإشتراك

ثمن الإشتراك في العدد :

في الدول العربية : للأفراد (٣,٥) دينار بحريني (١٠ دولارات أمريكية)
للمؤسسات (٧) دينار بحرينية (٢٠ دولاراً أمريكياً)
في الدول الأجنبية : للأفراد (٥,٥) دينار بحريني (١٥ دولاراً أمريكياً)
للمؤسسات (١١) ديناراً بحرينياً (٣٠ دولاراً أمريكياً)

تحرر الشيكات باسم مكتب المتابعة

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي الكاتب ولا تعبر بالضرورة عن رأي مكتب المتابعة

مكتب المتابعة

ص . ب . ٢٦٣٠٣ - المنامة - البحرين
هاتف : ٥٣٠٢٠٢ - فاكسيمييل : ٥٣٠٧٥٣ - تليكس : ٩٣٤٨ متابعة بي إن

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعملية

سلسلة علمية متخصصة
تعتبر منشور البحوث والدراسات الاجتماعية والعملية
بالدول العربية الخليجية

تصدر عن
مكتب المناقشة

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بالدول العربية الخليجية

الإشراف العام: كامل صباح الصالح

التحرير والإعداد: خلف أحمد خلف

جميل حميدان

فهيمة الزبيدة

العدد السابع عشر، شوال ١٤١١هـ الموافق نيسان/أبريل ١٩٩١م

المحتويات

الصفحة	
من - إلى	
٧ - ٨	تقديم الأمين العام
٩ - ٧٨	البحث الأول : العوامل المسببة للإعاقة وبرامج الوقاية في منطقة الخليج إعداد : الدكتور عثمان لبيب فراج
٧٩ - ٩٥	البحث الثاني : أسباب التخلف العقلي وطرق قياسه إعداد : الدكتور محمد خليل الحداد
٩٧ - ١٣٩	البحث الثالث : أصناف المعاقين وخصائصهم النفسية والبدنية ودورهم في المجتمع إعداد : الأستاذ جميل توفيق إبراهيم
١٤١ - ١٥٢	البحث الرابع : الحالة النفسية للطفل المعاق إعداد : الدكتور علي محمد مطر
١٥٣ - ١٦٤	البحث الخامس : المعاق وعائلته إعداد : الدكتور أحمد مال الله الأنصاري
١٦٥ - ٢٠٧	البحث السادس : الرعاية الاجتماعية للمعاقين في التراث العربي الإسلامي (مناقشات المفهوم والتطبيقات) إعداد : الدكتور محمد محمود الصقور
٢٠٩ - ٢٢٦	البحث السابع : مؤشرات وملامح من التجربة العالمية في مجال تأهيل المعاقين إعداد : الأستاذ يوسف القروي
٢٢٧ - ٢٤٥	البحث الثامن : تدريب وتأهيل المعاقين «جوانب من التجارب التطبيقية» إعداد : الأستاذ مخلص مغربل
٢٤٧ - ٢٦٨	البحث التاسع : ادماج المعاقين في التنمية إعداد : الدكتور عبدالباسط عبدالمعطي

الصفحة

من - إلى

- البحث العاشر : أبعاد المشاركة الكاملة والمساواة ٢٦٩ - ٢٨٥
(شهادة ذاتية)
إعداد : الأنسة منيرة بن هندي
- دليل رعاية وتأهيل المعاقين ٢٨٧ - ٣٠٩
بالدول العربية الخليجية
إعداد : مكتب المتابعة

ان قضية الاعاقة ورعاية المعاقين ، الى جانب ما تمثله من مبدأ انساني وحضاري نبيل يؤكد على ضرورة مراعاة حقوق المعاقين وعلى ضرورة اتاحة الفرص المتكافئة لهم للاضطلاع بواجبات المشاركة الكاملة والمواطنة الفاعلة ، فان هذه القضية تظل بحاجة الى جهد متواصل لابرار معانيها وابعادها الحضارية والانسانية وتبعاتها ومتطلباتها الاجتماعية وذلك من أجل ترسيخ هذه المعاني والابعاد في كيان المجتمع ، وتجسيدها كمسؤولية جماعية تتصافر فيها كل الجهود الخيرة من أجل أن ينال المعاقون ما يستحقونه من اهتمام ورعاية وتأهيل ، وفي محيط متفهم من الرأي العام الواعي بمضامين هذه القضية والمدرک لواقعها والمؤازر لأهدافها .

وإذا كانت قضية رعاية المعاقين وتأهيلهم لما يناسبهم من ادوار ومهام تشكل عنصراً من عناصر اقامة المجتمع الآمن الذي يكفل الاطمئنان والاستقرار لحاضر ومستقبل المواطن ، وهو أحد الاهداف الرئيسية التي أعلنها المؤتمر التأسيسي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بالدول العربية الخليجية عام ١٩٧٨ ، فان مكتب المتابعة ، قد سعى بدوره الى ترجمة هذا الهدف السامي الى أنشطة وفعاليات عديدة ، كانت فاتحتها الحلقة الدراسية التي نظمها المكتب في نوفمبر ١٩٨١م حول رعاية المعوقين والتي كانت مساهمة جماعية مشتركة للدول العربية الخليجية بمناسبة الاحتفاء بالسنة الدولية للمعوقين وتجسيدها لجدية الاهتمام الذي يوليه المجلس لهذه القضية وبكل ما تنطوي عليه من قيم وأبعاد اجتماعية .

وعلى الرغم من مرور حقبة من الزمان على تنظيم تلك الحلقة الدراسية ، فان طلبات الحصول على أبحاثها ونتائجها ظلت متواصلة وفي تزايد مضطرد من قبل العديد من المراكز العلمية والجامعات والأفراد في منطقة الخليج العربي وخارجها ، الأمر الذي أبرز الحاجة لاعادة نشر مجموعة مختارة من تلك الأبحاث ضمن سلسلة الدراسات الاجتماعية والعملية التي يصدرها المكتب لمواجهة تلك الطلبات وتوسيع نطاق الاستفادة منها ولتكون في متناول كل ذي علاقة واهتمام .

ومن هنا جاء تخصيص هذا العدد لموضوع الاعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية كمحاولة للاسهام في تلبية تلك الحاجة واستجابة للاهتمام المتعاظم بهذا الموضوع على أكثر من صعيد وذلك بحكم تزايد مخاطر الأزمات والنكبات والحروب في العالم من حولنا وبحكم التطور التكنولوجي والصناعي الذي تشهده المنطقة وما قد يصاحب كل ذلك من مخاطر حياتية شتى وزيادة يومية مضطردة في معدلات الاصابات والحوادث التي تنتج عنها اعاقات عديدة ومختلفة .

وحيث أن رعاية وتأهيل المعاقين تعتبر من أحدث ميادين الخدمة الاجتماعية المتخصصة ، ليس على صعيد أقطار الخليج العربية وحسب ، وإنما على الصعيد العالمي ، لكونها عملية تقوم على العلم ، وتلتزم بمنهجه ونظرياته ، وتأخذ بأساليبه ومستحدثاته في جميع مراحل التعامل مع فئات المعاقين المختلفة ، فقد جاء هذا العدد مشتملاً على حصيلة مختارة من أبحاث حلقة رعاية المعوقين المشار إليها آنفاً ، والتي تتناول بالمعالجة والطرح العلمي ، أسباب الاعاقة وطرق الوقاية منها ، وتشخيص أنواعها ودرجاتها ، وتعرض بالتعريف والتحليل لمفاهيم وأساليب التأهيل والادماج ، فضلاً عن إبراز الجوانب المضيئة في تراثنا العربي الاسلامي وأسهماته المبكرة في تأسيس وبلورة النظرة الانسانية للمعاقين ، الى جانب ذلك ، فقد تضمن هذا العدد دليلاً عن واقع رعاية وتأهيل المعاقين في دول الخليج العربية ، على هيئة مجموعة من البيانات الأساسية والمعلومات الجديدة التي تم استخلاصها من خلال مسح شامل تم اجراؤه حديثاً .

ولا يسع مكتب المتابعة في هذا المقام الا أن يتوجه بخالص شكره وتقديره الى كل من أسهم بفكره وخلصته رأيه وتجاربه في اعداد مادة هذا الكتاب ، والذي نرجو ان يحقق اصداره الفائدة المنشودة باذن الله ، سائلين المولى القدير أن يسدد خطى الجميع الى سواء السبيل .

كامل صالح الصالح
الأمين العام

**العوامل المسببة للاعاقة وبرامج الوقاية
في منطقة الخليج**

الدكتور عثمان لسبيب فراج

**ممثل منظمة الأمم المتحدة للطفولة بدول الخليج سابقاً
الاستاذ بالجامعة الأمريكية بالقاهرة**

المحتويات

الصفحة	من - الى
تقديم واهداء	١٣ - ١٤
فصل تمهيدي : تعريف بمفاهيم الاعاقة	١٥ - ١٧
الفصل الأول : انواع وفئات الاعاقة	١٨ - ٢٠
الفصل الثاني : العوامل المسببة للاعاقة	٢١ - ٢٩
الفصل الثالث : حجم مشكلة المعاقين بمنطقة الخليج	٣٠ - ٣٢
الفصل الرابع : مستويات وبرامج الوقاية من الاعاقة	٣٣ - ٤١
الفصل الخامس : خطوات التأهيل الاجتماعي	٤٢ - ٤٩
الفصل السادس : البرامج الحالية في مجال الاعاقة بمنطقة الخليج	٥٠ - ٥٢
الملاحق :	٥٣ - ٦٥
ملحق رقم (١) مشكلة التخلف العقلي ، أسبابها وطرق الوقاية منها	٥٤ - ٦٢
ملحق رقم (٢) اجراءات خاصة للوقاية من فقد البصر الناتج عن أسباب غذائية	٦٣
ملحق رقم (٣) اعلان الأمم المتحدة حول حقوق المعاقين	٦٤ - ٦٥
الجداول :	٦٧ - ٧٣
المراجع	٧٥ - ٧٨



تقديم واهداء

ميثاق حقوق الانسان .. ميثاق حقوق المرأة .. ميثاق حقوق الطفل .. ميثاق حقوق المعوقين ..
ميثاق حقوق المتخلفين عقليا .. السنة الدولية للمرأة .. السنة الدولية للطفل .. السنة الدولية
للمعوقين .. الخ .

هذه القرارات التى صدرت عن هيئة الامم تعكس الاتجاهات المتباينة التى تبناها الرأى العام
العالمي نحو تزايد الاهتمام بتحقيق العدالة الاجتماعية لكافة فئات المجتمع التى عانت من
الحرمان .

ففى الماضى كم عانى المعاقون من العزلة والحرمان والاهمال والنبد والضياع ، وكان ينظر
اليهم كما لو كانوا دون مستوى البشر ويعزلون عن المجتمع فى زوايا النسيان حتى من جانب
اسرهم . فيما عدا بعض الجمعيات الدينية التى كانت ترعى قلة منهم من باب الشفقة لا اكثر
ولا أقل .. وكانت اسباب الاعاقة مجهولة تماما .. وكان البعض يفسرها على انها من غضب الله
عليهم وهم من ذلك براء .

وحتى عندما بدأ العلم يكشف عن أسباب الاعاقة ظل المجتمع يصممهم بوصمة العجز وعقدة
النقص والدونية ويعتبرهم عالة وعبئا كبيرا .

ومن نعم الله ان هذه الاتجاهات الهدامة قد تغيرت لدى الاغلبية العظمى ، ومع تطور الفكر
الانسانى وتبلور المعانى السامية للديموقراطية ، ومع تقدم الابحاث والدراسات والايمان بأن
حقوق الانسان اصبحت من المسلمات التى لا تقبل المناقشة ، وأخذت مبادئ تكافؤ الفرص
والتكافل الاجتماعى طريقها للتنفيذ كحقوق ثابتة للفرد ، بدأ المعاق يأخذ حقه الطبيعى فى
الرعاية والتأهيل بل وأصبحت تقدمية المجتمع تقاس بمدى ما تلقاه فئات المعاقين من رعاية
وتوجيه .

ومن أجل هؤلاء ، أعلنت الامم المتحدة عام ١٩٨١ عاما دوليا للمعوقين مستهدفة تكوين رأى عام
يساند قضاياهم وتحقيق انجازات فورية تنعكس على حياتهم حاليا ومستقبلا .

وفى هذا الاطار نود ان نبرز ثلاث حقائق ذات أهمية كبرى :

١ - ان الغالبية العظمى من حالات الاعاقة قابلة للوقاية ، فهى ليست مصيراً محتوماً أوجسأ
من عمل الشيطان ، ولكنها نتيجة لعوامل ومسببات نستطيع بفضل الله ورحمته تجنب
حدوث الكثير منها ، وقد نجحت فى تحقيق ذلك كافة الدول الصناعية بينما لم توفق معظم
الدول النامية فى اللحاق بالركب وانقاذ ابنائها بسبب قصور امكانياتها المادية .. واذا
استمرت الاوضاع على حالها ستزداد الهوة اتساعا بين ما انجزته الدول الصناعية
وما تتعثر فى انجازه دول العالم الثالث .

٢ - كان المجتمع ، في كثير من الاحيان هو العامل المعوق ، واصبحت المعالجة الحديثة لمشكلة الاعاقة تركز على الفكرة القائلة بأن الناس قد يولدون بضعف ما أو يصابون به في حياتهم . الا ان موقف ونظرة المجتمع - أو اقوياء البنية - هو الذي يحول هذا الضعف الى اعاقة . فقد يكون فاقد ساقيه غير قادر على المشي ، الا ان موقف المجتمع منه قد يجعل من هذا الضعف عجزا عن الانتاج أو كسب الرزق وينسى ان لديه قدرات أخرى تحتاج الى تنمية ويمكن ان تصل الى مهارات ومواهب انتاجية لو احسن صقلها . ولكي لا يصبح ذوو ضعف ما معاقين .. ولكي يعيشوا حياة طبيعية ويسهموا في بناء مجتمعهم علينا ان نركز على ما يستطيعه هؤلاء وليس على ما لا يستطيعون أداءه .

٣ - ان الفرد المعاق جسديا او عقليا - بصرف النظر عن درجة اعاقته او مركزه هو قبل ان يكون معاقا - مواطن وانسان له حقوقه وعليه واجباته شأنه في ذلك شأن اى مواطن عادى يعيش في مجتمع ديمقراطي يحترم القيم الانسانية والاجتماعية لافراده ويتيح لهم الفرص المتكافئة .. باعتبارها حقوقا وليست شفقة او احسانا .. وذلك هو صميم الميراث الانساني الذى يؤمن بالقيمة الفردية الذاتية لكل مواطن بصرف النظر عن قدراته او نواحي القصور او النقص فيه .

من أجل هؤلاء .. من أجل الكثير من أبناء هذه الفئة من المواطنين الذين تعاملت معهم في قاعات الدرس والجامعات ومراكز التدريب والعيادات النفسية والنوادي الرياضية والمؤسسات الخاصة اكثر من خمسة عشر عاما .. من اجلهم اعددت هذا البحث اهديه اليهم .. فقد تعلمت منهم اكثر مما تعلمت من الكتب .

فصل تمهيدي

تعريف بمفاهيم الاعاقة

الفرد المعاق أو المعوق :

هو فرد يعاني - نتيجة عوامل وراثية/ خلقية او بيئية مكتسبة - من قصور جسمي أو عقلي يترتب عليه آثار اجتماعية او نفسية ويحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الفكرية او الجسمية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح .
وقد تكون الاعاقة جزئية أو تامة في نسيج او عضو أو اكثر ، وقد تكون مؤقتة ، او دائمة ، متناقصة او متزايدة .

وتحدث الاعاقة (Handicap) أو العجز (Disability) على ثلاث مراحل :

١ - الاصابة او حدوث العامل المسبب Impairment :

وذلك يعني فقداناً او شذوذاً (عن الطبيعي) دائماً او مؤقتاً (أو مرحلياً) لأحد الجوانب النفسية او العقلية او الجسمية (الفسيولوجية او البيولوجية) للفرد مثل : فقد أو تلف نسيج او عضو أو جهاز (جزئياً او كلياً) مثل الاصابة في أنسجة الجلد والاطراف (مرض الجذام) او فقد طرف من الاطراف نتيجة حادث او شلل نصفي او كلي او الاصابة بشلل الاطفال او مرض السكر او الالتهاب السحائي او الحصبة او شذوذ كروموسومي خلقي او تلف في المخ اثر اصابة في الرأس في حادث او عمل ، او تخلف عقلي او فقد الذاكرة (Amnesia) أو ضعف او فقد القدرة على الاتصال (Language Impairment Communication) ، أو فقد القدرة على النطق او عيب النطق او الكلام ، او الاصابة بالصرع Epilepsy ، أو فقد او ضعف السمع او البصر او الاصابة بمرض عقلي عصابي او ذهاني (الوسواس - الهستيريا - البرانويا - السكيزوفرانيا) او الاصابة بالانيميا الحادة او سوء التغذية... الخ .

٢ - القصور الوظيفي Functional Limitation :

وهو ما قد يترتب على الاصابة او العامل المسبب Impairment مما يعطل او يؤدي الى قصور وظيفي كلي أو جزئي دائم أو مؤقت يحول دون الاداء السليم للأنشطة او الوظائف الجسمية (الحركية او الحسية) او العقلية التي يؤديها الانسان الطبيعي المماثل للفرد في العمر والجنس (كالمشي ورفع الأحمال او الرؤية والكلام والسمع والقراءة والكتابة والعد والحساب والتفكير وحماية النفس والاهتمام والاتصال بالبيئة التي يعيش فيها الفرد) . وقد يكون القصور الوظيفي متزايداً أو متناقصاً وقد يكون على درجة كبيرة من الشدة أو متوسطاً أو خفيفاً . وهو

بهذا يجعل الفرد « شاذاً » (عن الفرد الطبيعي) او غير عادي .

٣ - الاعاقة والعجز Disability :

وهي حالة يعاني منها الفرد من العجز أو صعوبة في أداء نوع أو أكثر من الأعمال أو الأنشطة الجسمية أو الفكرية التي ، بالنسبة للأفراد العاديين الذين يتساوى معهم من حيث العمر والجنس أو الدور الاجتماعي ، تعتبر أعمالاً أساسية من متطلبات الحياة اليومية مثل الحركة والنشاط الرياضي وتكوين علاقات اجتماعية وأداء الأنشطة الاقتصادية والأعمال الفكرية ، وبهذا تؤدي حالة العجز هذه الى « اعاقته » عن القيام بدوره الذي يفرضه عليه سنه وجنسه والاعتبارات الاجتماعية والحضارية في مجتمعه .

ولا بد من توافر ثلاثة عناصر في كل حالة من حالات العجز أو الاعاقة وهي :

١ - ان يربط المجتمع او الفرد لنفسه قيما او اتجاهات معينة بحالة الشذوذ او البعد عن المعايير التكوينية أو الوظيفية السلوكية السائدة المتفق عليها في المجتمع .

ب - تعتمد هذه القيم على المعايير الحضارية Cultural Norms فالفرد المصاب قد يعتبر معاقا في مجتمع وغير معاق في مجتمع آخر (على سبيل المثال : يعيش بعض مرضى الجذام - Leprosy - بصورة طبيعية بين أسرهم ويتقبلهم مجتمعهم تقبلا تاما ، بينما في مجتمعات أخرى يعزلون في مخيمات او مؤسسات خاصة وعلى هذا لا ينظر للفرد المصاب بالجذام على انه معاق في المجتمع الاول بينما يعتبره المجتمع الثاني معاقا) .

وعلى هذا تختلف قيم واتجاهات الافراد نحو كل نوع من الاعاقة من مجتمع الى آخر ، فالفرد يمكن ان يعتبر معاقا - او منبوذا - في مجتمع بينما لا ينظر اليه كذلك في مجتمع آخر .

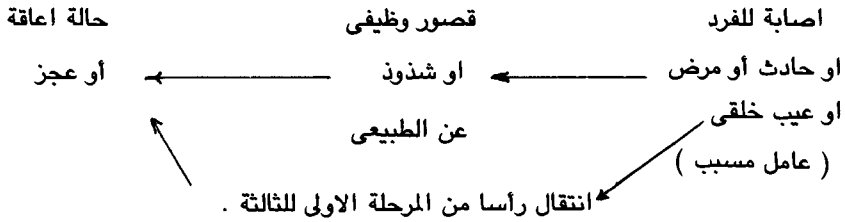
ج - الغالب ان تكون القيم والاتجاهات التي يربطها المجتمع او تلتصق بحالة الفرد المصاب ذات طبيعة سلبية او في غير صالح الفرد نفسه .

والواقع ان حالة المعاناة من الاعاقة تعتبر نسبية للأفراد والآخرين في المجتمع وعلى هذا وبالتالي تتأثر أهمية القيم المجتمعية السائدة بالتركيب البنائي للمجتمع . ولهذا فان نظرة واتجاهات واستجابات الفرد العادي - غير المعاق - نحو الفرد المعاق في المجتمع تلعب دورا رئيسيا (او مركزيا) في صياغة وتشكيل الذات (ego) عند الفرد المعاق وفي تحديد فرصه المتاحة ، حيث تكون لديه حرية محدودة اوضيقة لاقرار واقعه او تعديله . وفي هذا الاطار ربما تتضح الصورة اكثر اذا أخذنا في الاعتبار الفروق والتباين في النظرة او الاستجابة المجتمعية لحالات الاعاقة الظاهرة (كفقد البصر أو أحد الأطراف) وعن الاعاقة الخفية غير المرئية (كفقدان السمع لاحدى الأذنين) وكذلك الخلاف بين هذه النظرة او الاستجابات نحو الاعاقة الشديدة (فقدان الكلي للبصر) او الاعاقة الخفيفة (ضعف النظر) .

وتتميز الاعاقة اذن بوجود التباين بين سلوك وأداء الفرد المعاق وبين توقعات افراد المجتمع منه .. وتتشكل صورة المعاق بالتالي نتيجة لعجزه عن أداء أنماط السلوك التي يقوم بها أقرانه

ممن هم من نفس العمر والجنس او المعايير السائدة في هذا المجتمع . وفي ضوء هذا التعريف للمشكلة تصبح الاعاقة ظاهرة اجتماعية تصور او تعكس النتائج الاجتماعية والبيئية لاصابة الفرد بالعجز او الاعاقة والتي يكون ابرزها التفرقة القيمة بين هذا الفرد وأقرانه العاديين واعتباره عالة على المجتمع والتفرقة في التعامل معه بينه وبين أقرانه من الافراد العاديين ..

هذا التعريف بالاعاقة ومراحل حدوثها الثلاث يمكن تصويره كما يلي :



وعلى هذا الأساس قد تمر حالة الاعاقة بهذه المراحل الثلاث ولكن لا يمنع هذا من ان يقتصر تطور الحالة على مرحلة او مرحلتين فقط . فقد يصاب الفرد (مرحلة اولى) ويعالج فوراً حتى تختفى آثاره ولا يترتب على الحادث قصور وظيفي . وقد يحدث القصور الوظيفي في حالة أخرى ولكن يمر الفرد ببرنامج تأهيلي متكامل يترتب عليه ارتفاع مستوى ادائه وتكيفه واندماجه في المجتمع فلا تصل الحالة الى المرحلة الثالثة (الاعاقة او العجز) وبهذا تكون الحالة قد مرت بمرحلتين فقط . ومن جهة ثالثة قد تؤدي الاصابة او حدوث العامل المسبب (مرحلة اولى) مباشرة الى حالة عجز أو اعاقة (مرحلة ثالثة) دون المرور بالمرحلة الثانية . فالاصابة بحالة تشوه في الوجه (مرحلة اولى) غالباً ما تؤدي مباشرة الى اضطراب أو خلل في التفاعل مع الآخرين او الاندماج الاجتماعي (مرحلة ثالثة) ، وكذلك الحال عندما يؤدي العامل المسبب الى حالة تخلف عقلي .

ويجب أن نأخذ في الاعتبار ان هذا التقسيم الى مراحل يسمح بالتداخل بين كل مرحلة وأخرى للحيلولة دون حدوث المرحلة الأخرى الثالثة وبالتالي الوقاية من الوصول الى حالة الاعاقة او التخفيف من حدتها (انظر الشكل رقم ١ - صفحة ٣٦)

ويجب أن نأخذ في الاعتبار ايضا ان تأثير الوصول الى حالة القصور الوظيفي او العجز في عضوا قد لا يقتصر على التأثير في القدرة على الاداء المرتبط بهذا القصور فقط بل قد يمتد الى قصور وظيفي او اعاقة لقدرة أخرى لم تكن اصلاً قد اصبحت او تأثرت وعلى سبيل المثال قد تؤدي بعض حالات اعاقة القدرة على الاتصال كالعجز عن الكلام او صعوبة النطق قد تخفي او تلقي ظلالة على قدرات أخرى او تظهرها بدرجة أقل من حقيقتها (الذكاء مثلاً كما تكشف عنه اختبارات الذكاء) .

الفصل الأول

أنواع وفئات الاعاقة

لما كانت مشكلة الاعاقة تدخل في اطار عدد من العلوم الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية وغيرها فقد ترتب على ذلك ان تعددت اساليب تصنيف الافراد والمعاقين الى فئات مختلفة وفقا لمعايير وقواعد مختلفة وفيما يلي اكثر هذه التصنيفات شيوعا واحداثها فهو الى حد كبير يخدم الهدف من هذا البحث :

أولا - المعاقون جسميا

وتشمل :

١ - المكفوفون وضعاف البصر :

وكف البصر قد يكون كلياً او جزئياً ، وقد يكون نتيجة لاسباب عضوية وراثية او ولادية او مكتسبة نتيجة حادث او مرض (تراكوما وغيرها من الازماد) او نتيجة نقص فيتامين (أ) (أنظر ملحق^(٢)) عن فقد البصر وسوء التغذية) وهناك العمى الهستيري الذي يحدث للفرد نتيجة اضطرابات انفعالية .

اما حالات ضعف البصر فهي التي تتراوح فيها درجة الابصار بين ٢٠ / ٧٠ ، ٢٠ / ٢٠٠ للعين الاقوى باستخدام النظارة اما من يقل بصره عن هذا الحد فيعتبره القانون أعمى .

٢ - الصم وضعاف السمع :

والصمم قد يحدث خلقياً موروثاً قبل الولادة او اثناء فترة الحمل نتيجة لاصابة الأم بالحصبة الألمانية او اختلاف عامل الدم RH وقد يحدث نتيجة لاصابة او فيروس او خلل في الجهاز السمعى او الغدة الدرقية واذا حدث قبل الولادة او بعدها مباشرة فان الفرد ينشأ عاجزاً عن الكلام (ابكم) اما اذا حدث بعد تعلم الكلام فانه لا يحول بين قدرة الفرد والاتصال اللغوى . ويتراوح ضعف السمع بين ٢٠ وحدة صوتية Decibels و ٦٠ وحدة صوتية ويعتبر أصم من اصيب بتلف تام في الاذن الوسطى والداخلية او اذا كان مقدار الفاقد في قوة السمع يزيد على ٩٢ وحدة صوتية Decibels .

٣ - اعاقة الاتصال :

وتشمل عيوب النطق والكلام وتقع تحت هذه الاعاقة فئات مختلفة منها العجز الكلي عن الكلام او القصور الجزئي او فقدان القدرة على النطق بدرجاتها المختلفة والكلام التشنجي

والكلام الطفلى والتأتأة والفأفة وابدال الاصوات .. الخ وقد يكون السبب وراثيا يحدث قبل الولادة او أثناء الحمل او مكتسبا بعد الولادة وقد يكون عضويا أو نفسيا .

٤ - الاعاقة الحركية :

وتحدث نتيجة لحالات الشلل المخى أو شلل الاطفال او بترطرف أو أكثر نتيجة مرض أو حادث أو تشوه فى العظام أو المفاصل أو ضمور فى العضلات أو سل العظام أو حالات الانزلاق الغضروفي وغير ذلك من اسباب قد تكون وراثية أو مكتسبة .

٥ - حالات التشوه :

وقد تصيب الفرد نتيجة الوراثة او تكون مكتسبة لاسباب مرضية او حوادث وقد تصيب الوجه أو أحد اجزائه أو اجزاء الهيكل العظمي أو العضلي أو الاقدام أو شق سقف الحلق . Cleft Palate

٦ - الأمراض المزمنة :

ومنها الحالات الشديدة لامراض القلب والسل والسكر وحالات الصرع (عادة يصنف الصرع طبيا كمرض عقلى) وامراض الدم (Leu Kemia) والامراض العصبية ونزيف الدم (Hemophilia) وبعض حالات الحساسية (Allergies) .

ثانيا - المعاقون عقليا * :

ويشمل :

١ - فئات المتخلفين عقليا Mentally Retarded :

ويشكل التخلف العقلى البسيط (فئة المأقونين أو المورون الذين تتراوح درجات الذكاء لديهم بين ٥٠ و ٧٥) والتخلف العقلى المتوسط (فئة البلهاء الذين يتراوح ذكاؤهم بين ٢٥ و ٥٠ درجة) والتخلف العقلى الشديد (فئة العته بدرجة ذكاء اقل من ٢٥) .

٢ - فئة مرضى العقول Mental Disorders :

وهي الحالات التى تعرف بالجنون وتشمل الحالات العصابية (الهستيريا بأنواعها) والذهانية (الفصام - سكتروفرانيا والفوبيا والبارانويا .. الخ والاضطرابات الانفعالية الشديدة) .

ثالثا - المعاقون اجتماعيا :

وتشمل حالات الاجرام وانحراف الاحداث ومجهولى الأبوين ومرضى السلوك السيكيوباتى والادمان على المخدرات أو الخمر والسلوك العدوانى او الانطوائى الشديد .

* انظر ملحق رقم (١) . عرض لاسباب التخلف العقلى والوقاية منه .

رابعاً - متعددو الاعاقة :

وهم فئات الافراد الذين يعانون من أكثر من اعاقة واحدة كالشلل مع تخلف عقلي او اعاقة حركية أو جسمية ، الصم البكم ، التخلف العقلي مع عيوب الكلام والتأزر الحركى وضعف البصر والسمع ، والصم البكم ، فاقدى البصر .. الخ .

ومن الطبيعى ان تختلف خصائص الفرد المعاق ودرجة استعدادة للتأهيل ونوعية برامج الرعاية والتأهيل حسب نوع الاعاقة وموضعها ودرجتها . ومن البديهي ان تؤدي حالة الاعاقة الى كثير من تجارب الفشل . ولا شك ان تجارب الفشل هذه بالاضافة الى ما يعانيه الفرد المعاق فى أسرته والمجتمع الذى يعيش فيه من عدم تقبل ونبذ ومشاعر الدونية والنقص ، تؤدي فى اغلب الاحيان الى انحرافات او اضطرابات نفسية وتؤدي الى أنماط مختلفة من السلوك غير العادى مثل السلوك العدوانى والمنحرف والانطوائى وغير ذلك من مظاهر سوء التوافق .

ولا شك ان المعاناة المترتبة على القصور الوظيفي والاعاقة لا تقتصر على الفرد نفسه نتيجة حاجته الى الاعتماد على الآخرين (جسماً أو نفسياً أو اقتصادياً أو اجتماعياً) وعدم قدرته على الاستمتاع بالحياة وشعوره بالعزلة والدونية بل ان المعاناة تمتد وتشمل أفراد أسرته والمحيطين به . فالأسرة مسؤولة عن رعايته ومعالجة مشكلاته واعالته اقتصادياً ، ومن جهة اخرى فالمجتمع يعاني ايضا نتيجة عدم أو قصور اسهام الفرد المعاق فى الانتاج وحاجته الى تخطيط وتمويل برامج رعايته واعالته وتأهيله .

الفصل الثاني

العوامل المسببة للإعاقة

الناس ليسوا سواء في مواجهة احتمال التعرض لخطر الإصابة بقصور وظيفي أو تحول هذا القصور الوظيفي الى نوع أو آخر من انواع العجز أو الاعاقة .

وقد لا يؤيد البعض هذا الرأي ، ولكن الواقع ان الكثير من نتائج المسوح الميدانية التي اجريت في عدد من الدول الصناعية ودول العالم الثالث تشير بوضوح الى صحة ذلك المفهوم وخاصة اذا كانت نظرتنا وتحليلنا للمشكلة ابعد من مجرد الاكتفاء بالتوسطات الاحصائية والتعمق في الدراسات المقارنة لدى انتشار حالات الاعاقة وتوزيعها بالنسبة للمستوى الاجتماعي والاقتصادي أو بالنسبة للمرحلة العمرية من حياة الانسان .

اولا - الاعاقة اكثر انتشارا في المجتمعات الفقيرة :

وقد تبين من دراسات اجريت في الدول الصناعية وأخرى أجرتها المنظمات الدولية في عدد من دول العالم الثالث بل وفي الدول العربية وبعض دول الخليج ان القطاعات الفقيرة من السكان سواء داخل المجتمع الواحد او من دولة الى اخرى هي أكثر فئات السكان تعرضا للإعاقة . ففي عام ١٩٧٥م كان العدد التقديري للمعاقين في العالم حوالى ٤٥٠ مليون معاق يعيش منهم ٣٤٠ مليون أى حوالى ٧٥٪ . في الدول النامية ، ونهاية هذا القرن سترتفع هذه النسبة الى اكثر من ٨٠٪ . (انظر جدول رقم ١) .

هذا وتختلف طبيعة الاعاقة واسبابها بين الدول الصناعية والدول النامية ففي الاولى ترجع معظم حالات الاعاقة الى كبر السن (حيث متوسط توقع العمر عند الولادة Life Expectancy of Birth اكثر من ٧٠ سنة بينما يتراوح بين ٤٠ و ٥٥ في دول العالم الثالث) والى حوادث المرور والعمل والامراض المهنية . بينما في دول العالم الثالث ترجع معظم حالات الاعاقة الى انتشار الامراض المعدية (النزلات المعوية والاسهال - امراض الجهاز التنفسي - الالتهاب السحائي - الحصبة - التراكوما .. الخ) والى سوء التغذية بصوره المختلفة سواء منها ما يؤثر على النمو الجسمى (نقص البروتين والدهون والفيتامينات) او على نمو بعض الحواس (نقص فيتامين أ بسبب كف البصر أو نقص اليود يؤدي الى فقد السمع) او ما تؤثر على النمو العقلي (نقص البروتين في المراحل المبكرة من عمر الطفل) .. الخ . ويزيد من المشكلة في الدول النامية التباين الكبير في برامج التنمية والايوضاع السائدة بين المجتمعات الحضرية والمجتمعات الريفية حيث تنخفض الايوضاع الاقتصادية/ الاجتماعية ومستويات صحة البيئة والخدمات الصحية وهي

جميعا عوامل تزيد من توفير العوامل المسببة للإعاقة وبالتالي من نسبة المعاقين الى التعداد العام للسكان في هذه المجتمعات .

وفي الولايات المتحدة الأمريكية أظهر احد البحوث التي اجريت على سكان ولاية كاليفورنيا ان معدل المتعرضين للإعاقة بين الملونين السود والهنود الحمر يقترب من ضعف هذا المعدل بين البيض الأمريكيين وبالنسبة للحالات شديدة الإعاقة يزيد معدلها بين السود والهنود الحمر عن الضعف لدى السكان البيض . (١) .

وفي دراسة أخرى قام بها مركز البحوث بجامعة اريزونا تبين ان نسبة التخلف العقلي بين سكان جنوب ولاية اريزونا المهاجرين من المكسيك للعمل في حقول القطن تصل الى ١٢٪ بينما هذه النسبة لا تتعدى بين مجتمعات البيض ٣٪ على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية . (٢) .

وفي دراسة مماثلة قام بها الباحث بتكليف من الهيئة العليا لرعاية المعوقين في مصر على أطفال المرحلة الابتدائية لتقدير حجم مشكلة التخلف العقلي كانت نسبة التخلف العقلي في أربعة من الأحياء المتوسطة ودون المتوسطة ٣,٢٪ بينما وصلت هذه النسبة الى ٧,١٪ في ثلاثة من الأحياء الفقيرة . (٣) .

ثانيا - الأطفال تحت العام الخامس أكثر عرضة للإعاقة :

ومن جهة أخرى فإن الأطفال عموما أكثر تعرضا للعوامل المسببة للإعاقة وخاصة في المرحلة العمرية دون سن الخامسة ، حيث ان السنوات الاولى من عمر الفرد تلعب دورا كبيرا أساسيا في نموه الجسمي والعقلي ، وحيث يكون معدل سرعة النمو أكبر كثيرا من هذا المعدل في المراحل العمرية التي تلي هذه المرحلة . وهذا يجعل أطفال مرحلة ما قبل المدرسة أكثر قابلية للتأثر وأكثر عرضة لمعوقات النمو ومسببات الإعاقة . فاذا تذكرنا على سبيل المثال ان ٨٠٪ من خلايا مخ الانسان تتكون في مرحلة الشهرين الاخيرين للحمل حتى نهاية العام السادس بعد الميلاد وان وزن مخ الطفل بعد الولادة مباشرة يكون ٢٥٪ من وزن مخ الراشد ، ويصبح ٧٠٪ من وزنه عند عمر سنة واحدة و ٩٠٪ من وزن مخ الراشد عند عمر ٦ سنوات وان النمو العقلي يحتاج الى نسبة عالية من البروتين في الغذاء نستطيع ان نتصور مدى تأثر النمو العقلي للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة اذا ما عانى هذا الطفل من سوء التغذية خلال هذه المرحلة وخاصة النقص في البروتين اللازم لتكوين ونمو خلايا المخ وهذا ما تؤيده البحوث المشار اليها اعلاه حيث تبين الارتفاع الكبير في نسبة انتشار التخلف العقلي في المجتمعات الفقيرة التي تعاني من سوء التغذية وغياب البروتين الكافي في غذاء الطفل والامهات والحوامل والمرضعات .

كذلك نستطيع ان ندرك مدى تأثر النمو الجسمي للطفل بسوء التغذية اذا تذكرنا ان وزن الطفل يزيد ضعفين في الشهر السادس من عمره وثلاثة أضعاف وزنه في نهاية العام الاول من

1 - W.L. Nichollas, H.E. Freeman. Ethnic Differences in work disability report to the office of the Assistant Secretary for Planning & Evaluation, U.S: DHEW, March 20, 1980, pp. 16a-16b.

2 - A. Krute, 1972 Survey of disabled adults, social Security Dulletin 4 April 78.

٣ - مجلة التربية الحديثة ، العدد الرابع ١٩٧٢ - مطبوعات الجامعة الأمريكية بالقاهرة .

عمره عن وزنه عند الميلاد وهي سرعة في النمو الجسمي لا تحدث في حياة الانسان وفي نموه بعد العام الاول من عمره اطلاقاً.

وفي استعراضنا لأسباب الاعاقة لابد ان نأخذ في الاعتبار انه من النادر ان تكون الاعاقة المعينة نتيجة لعامل واحد بل الغالب انها تحدث نتيجة لاكثر من عامل ، بل وكثيراً ما يصعب تحديد سلسلة العوامل او الاحداث التي ادت الى حالة الاعاقة . وترجع الاعاقة الى عشرات بل مئات من الاسباب قد تكون اسباباً طبية ، نتيجة امراض او اصابات ، أو أسباباً اجتماعية او اقتصادية او مهنية او نفسية . ومن جهة اخرى قد تكون هذه الاسباب متعلقة بالفرد نفسه او مرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها وقد ترجع الى اسباب خلقية وراثية أو غير وراثية ، وقد تكون الاعاقة نتيجة لكوارث طبيعية (الزلازل والبراكين والفيضانات والجفاف) او كوارث من صنع الانسان كالحروب والثورات .. الخ وعلى هذا فان تصنيف هذه الاسباب يختلف من مدرسة الى اخرى ومن علم الى آخر ، فالاعاقة لا تدخل في اهتمامات العلوم الطبية فقط ولكنها تدخل في كثير من الدراسات الاجتماعية والانثروبولوجيا والتربوية والنفسية والمهنية والصناعية وغيرها .

وسنحاول في الصفحات التالية عرض العوامل المسببة للاعاقة بقدر من الشمول الذي يسمح به هذا البحث ثم نتعرض بعد ذلك لنموذج ملحق (١) من صور الاعاقة لعرض اسبابها بشيء من التفصيل مع اهتمام اكثر بالعوامل الاكثر شيوعاً في منطقة الخليج .

ثالثاً - العوامل المسببة للاعاقة :

١ - عوامل خلقية Congenital Disorders

وهي عوامل ذات أهمية يمكن تقسيمها الى عوامل وراثية جينية او عوامل غير وراثية والاخيرة تتضمن النتائج المترتبة على الامراض او الاضطرابات الوظيفية التي تصيب الجنين اثناء الحمل أو الولادة :

أ - عوامل وراثية جينية :

وهي تصيب ما يقرب من ٣٪ من الولادات في العالم وتعرض نسبة كبيرة منها الى وفاة مبكرة وهي تظهر في الاطفال بعد الولادة وحتى سن البلوغ بشكل تخلف عقلي** او قصور او فقد كامل للبصر او السمع وتشمل حالات القصور العضلي الحركي واضطرابات القلب والجهاز الدوري وانحناء العمود الفقري وصعوبة النطق والكلام وتشوه الاقدام والشفة (سقف الحلق المشقوق) والاورام الليفية أو خلل في الجهاز البولي او الهضمي .

ب - عوامل غير وراثية Non-genetic Disorders

يولد في العالم سنوياً ما يقرب من ١١٠ مليون طفل وتعتبر العوامل غير الجينية او الوراثية من العوامل المهمة التي تقود الى الاعاقة في الدول الصناعية والدول النامية

(*) انظر جدول رقم ٤ .

(***) انظر ملحق رقم (١) . اسباب التخلف العقلي .

على السواء ، ولما كانت النسبة الأكبر من الولادات (٧٥٪) تحدث في الدول النامية حيث تنتشر الأمراض وسوء التغذية ولا تتوفر الخدمات الصحية وتساء صحة البيئة وتتضاعف نسبة الاخطار التي يمكن ان تؤثر على جنين الحامل عنها في الدول الصناعية (على سبيل المثال : ٣٥٪ من الاطفال الذين يولدون سنويا في الهند وسريلانكا يكونون ناقصي الوزن بدرجة كبيرة (أقل من ٢,٥ كيلو جرام) بسبب سوء التغذية مقابل ٦ - ٨٪ في أوروبا) ولهذا فانه من الطبيعي ان نتوقع ان نسبة حالات الاعاقة نتيجة هذه العوامل في الدول النامية تكون أكبر بكثير منها في الدول الصناعية .

وفيما يلي عرض لبعض هذه العوامل :

- سوء التغذية والانيميا الشديدة اثناء فترة الحمل :

حيث يعرقل النمو الجسمي للجنين وتطور نموه العقلي ، ومن المعروف ان نقص البروتين والفيتامينات والسعرات الغذائية المتوافرة للحامل في الدول النامية ، التي تعاني من ظروف اقتصادية سيئة حيث تولد النسبة الكبرى بين اطفال العالم ، شائع الانتشار ولهذا فان نقص وزن الوليد المترتب على ذلك يعتبر عاملا مهما يفسر ارتفاع نسبة الوفيات والأمراض بين اطفال هذه الدول ، مما يشكل العامل الاساسي في زيادة نسبة حالات الاعاقة في مجتمعات هذه الدول ويزيد من حدة هذا العامل قصور الوعي الغذائي والزواج المبكر للمرأة وكثرة الانجاب .

- الأمراض التي تصيب الأم الحامل :

والأمراض المعدية تؤثر تأثيرا شديدا على الجنين ففي الولايات المتحدة وحدها تكشف الاحصاءات في عام ١٩٦٤ م ، على ان ٣٠,٠٠٠ طفل على الاقل من المعاقين ترجع اسباب اعاقتهم الى وباء الحصبة الالمانية (Rubella) التي انتشرت ذلك العام وكانت اصابات الامهات الحوامل بها هي المسبب المباشر لهذه الاعاقة . ومن الأمراض المعدية الاخرى التي تؤثر على الجنين في فترة الحمل الانفلونزا والزهرى وفيرس Cytomegalo - Cocksackie - Toxoplasmosis - وما يؤثر على الجنين أيضا اصابات الام الحامل بالسكري والتهاب الغدة الدرقية وتعاطيها بعض العقاقير الطبية بدون اذن الطبيب وادمان المسكرات المخدرات وعقاقير الهلوسة Isoimmunization والتسمم الدموي Toxaemia وغيرها . وكذلك هناك اثر مباشر على الجنين نتيجة لتكرار تعرض الام اثناء فترة الحمل لاشعة اكس او المواد او النظائر المشعة . والتعقيدات والمضاعفات التي تحدث اثناء الولادة (الولادة العسرة بالجفت او الشفط او اعطاء مخدر اثناء الولادة او الولادة القيصرية او الجافة) واصابات المخ او كسر العظام التي قد تحدث للطفل اثناءها تؤدي الى العديد من حالات الاعاقة كذلك حالات التقاف الحبل السرى وقلة اومنع وصول الاكسجين الى الجنين او اضطرابات الجهاز الدورى كلها تسهم في زيادة نسبة الاعاقة .

هذا ولا شك ان للزواج المغلق (زواج الاقارب في القبيلة او الاسرة الواحدة)
والزواج المبكر او المتأخر للمرأة علاقة بكثير من حالات الاعاقة لاطفالهم .

وقد يكون من العسير الوصول الى تقدير دقيق لنسبة الذين يعاقون نتيجة لهذه
العوامل بسبب تباين الظروف ومستوى الرعاية وتوفير الخدمات الطبية والايضاع
الاقتصادية والاجتماعية من دولة الى اخرى ولكن منظمة الصحة العالمية تقدر
الذين يصابون باعاقة في حدود ٠,٥ ٪ من سكان العالم .

٢ - الامراض المعدية السارية Communicable Diseases

تسهم هذه الامراض في زيادة نسبة المعاقين في العالم بأساليب متعددة منها :

- أ - الضرر الذي يحدث للجنين عند اصابة الام بالمرض المعدى أثناء الحمل .
- ب - الاضطرابات أو الخلل في التغذية والتمثيل الغذائي المترتب على الاصابة بالامراض
المعدية كما يحدث في حالة النزلات المعوية والاسهال عند الاطفال gastro-enteric
وما يترتب عليها من اضعاف القدرة على امتصاص الغذاء وبالتالي نقص المناعة ثم
الاصابة من جديد ، فهي حلقة مفرغة من نوبات الاسهال وسوء التغذية حيث يؤدي كل
منها للآخر وكثيرا ما تؤدي الى حالة جفاف تنتهي بالموت أو الاعاقة اذا لم تسعف
فورا .
- جـ - الحالات المزمنة من هذه الامراض أو تكرار حدوثها تؤدي الى العجز أو فقد القدرة على
العمل كما في حالات السل المزمن أو الملاريا .
- د - قصور القدرة على ممارسة العلاقات والانشطة الاجتماعية أو نبذ المجتمع للمريض
خشية العدوى كما في حالات الجذام والسل .
- هـ - تؤدي الاصابة ببعض الامراض الميكروبية أو الفيروسية المعدية الى حالات اعاقا دائمة
حتى ولو كانت فترة الاصابة بالمرض قصيرة وشفى منها المريض كما في حالات شلل
الاطفال أو الالتهاب السحائي (meningitis) أو التراكوما .
- و - هنا أيضا يتعدى الوصول الى احصاءات دقيقة عن حالات الاعاقا المترتبة على الامراض
المعدية ، وخاصة وان الغالبية العظمى منها يحدث في الدول النامية حيث لا تتوافر نظم
التسجيل والاحصاء الطبي . ولكننا سنحاول فيما يلي الاشارة الى التقديرات التي
أمكن الوصول اليها بقدر الامكان عند عرض أهم الامراض المعدية ذات الصلة الوثيقة
بالاعاقا وهي :

- شلل الاطفال Poliomyelitis

تشير التقديرات الى ان نسبة الاصابات بهذا المرض قبل اكتشاف اللقاح الواقي منه
كانت تقدر بحوالي ٣ في كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان كل عام ، فاذا استخدمنا هذه
النسبة في الحاضر لتقدير عدد الاصابات السنوية في مجتمعات الدول النامية التي
لا تغطيها برامج التحصين (حوالي ٢,٥ مليون) فإننا نجد أن هناك ما يقرب من

٧٥٠٠٠ إصابة سنويا فاذا أخذنا ١٥ سنة عمرا افتراضيا وسيطا لمن ينجو من الموت بسبب المرض يمكننا أن نقدر عدد المصابين بالاعاقة حاليا نتيجة شلل الاطفال بما يقرب من ١,٥٠٠,٠٠٠ حالة (هذا ولا يدخل تحت هذه الفئة حوالي ١٥ مليون من سكان العالم يعانون من الشلل المخي) .

- التراكوما Trachoma

تعتبر التراكوما اكثر امراض العيون المعدية انتشارا في العالم حيث تصيب ما بين ٤٠٠ و ٥٠٠ مليون فرد ومن بين هؤلاء ٢ مليون على الاقل فقدوا بصرهم كلية ، وحوالي ٨ مليون يعانون من قصور شديد في الابصار بدرجة تحول بينهم وبين أداء اعمال مهنية ذات عائد يذكر .

- الجذام Leprosy

ويقدر عدد المصابين بهذا المرض بحوالي ١٥ مليون في العالم ربعهم على الاقل معاقون أي حوالي ٣,٥ مليون فرد . وهناك أمراض معدية اخرى تؤدي الى حالات اعاقة لن يتسع المجال لتغطيتها في هذا العرض (منها الملاريا والسل والتهاب الغدد النكفية والالتهاب السحائي والحمى الروماتيزمية والحصبه والامراض السرية والاصابة بالطفيليات والتهابات الدماغ النخاعية وغيرها) .

وتقدر نسبة الاعاقة بهذه المجموعة من الامراض المعدية وحدها بحوالي ١٪ من سكان العالم . ولا شك أن الاعاقة نتيجة الامراض المعدية يمكن الوقاية منها بالتطعيم والتثقيف الصحي وصحة البيئة ورفع مستوى الوعي نحو التغذية السليمة والوقاية من التلوث .

٣ - امراض جسمية غير معدية Non-Communicable somatic

وبالرغم من أن نسب الاعاقة الناتجة عن هذه الامراض قد أمكن تقديرها في الدول الصناعية فهي غير متوافرة في الدول النامية . فقد بينت دراسة مسحية في امريكا ان ١١,٧٪ من أفراد المجتمع يعانون من درجة صغيرة أو كبيرة من الاعاقة نتيجة هذه الامراض المزمنة من بينهم ٢,٩٪ عاجزون عن القيام بأية أعمال ، ٦,٢٪ بدرجة متوسطة ، و٢٪ بدرجة بسيطة . وهذه الامراض قد تكون حركية (كحالات الانزلاق الغضروفي وروماتزم المفاصل والشلل .. الخ) وامراض القلب والصرع والسرطان وأمراض العيون والاذن والاسنان وامراض السكر وامراض الجهاز التنفسي وضغط الدم Cerebro-Vascularis وامراض كبر السن . وتقدر منظمة الصحة العالمية حالات الاعاقة بسبب امراض القلب والاعوية الدموية بما لا يقل عن ٢٠ مليون في العالم مع ملاحظة ارتباطها بكبر السن وان انتشارها في الدول الصناعية أكبر منها في دول العالم الثالث حيث قلة من سكانها يصلون الى فوق ٦٥ سنة من عمرهم .

ويعتبر السرطان مسؤولا عن نسبة كبيرة من حالات الاعاقة وخاصة سرطان اللسان والحنجرة والفم والبلعوم والفك التي تصيب ما يقرب من ٠,٧٥٪ من سكان العالم . ومن جهة اخرى تؤدي حالات نزيف المخ Cerebral haemorrhage وجلطة المخ Cerebral Thrombosis والشلل

المخي Cerebral Palsy الى اعاقة حركية تتوقف شدتها وموضعها حسب شدة الإصابة .

٤ - الاضطرابات النفسية والعقلية الوظيفية

وتقدر الولايات المتحدة نسبة الاصابات الشديدة (الفصام Schizophrenia وبارنويا) بما يقرب من ١٪ من السكان اما الحالات التي تقعد المريض في المستشفى لفترة من عمره فتصيب ما يقرب من ١٠٪ من المجتمع وتشير احصاءات منظمة الصحة العالمية الى ان هناك ٤٠ مليون من سكان العالم يعانون من هذه الامراض يحتلون ربع مجموع أسرة المستشفيات ، هذا خلاف مرض الصرع epilepsy الذي يصيب حوالي ١٥ مليون من سكان العالم . كذلك تعتبر بعض الانحرافات النفسية وسوء التكيف مسؤولة عن الكثير من اعراض وعيوب النطق والكلام وتلعب أساليب التربية في الصغر دورا كبيرا في إحداث هذه الاعراض فكثير من حالات التأتأة وصعوبة النطق والكلام تعود الى التفرقة في المعاملة من الآباء والقسوة الزائدة أو الحماية الزائدة والتدليل والحرمان العاطفي .

٥ - الحوادث :

١ - حوادث الطرق والمرور وتكون مسؤولة عن ٨,٥٪ من المعاقين في العالم ولو أن هذه النسبة تختلف حسب درجة التحضر والتصنيع والحالة الاقتصادية للدولة (حوالي ٣٠ مليون في العالم) .

ب - حوادث العمل وهي مسؤولة عن ٤,٥٪ من المعاقين في العالم (حوالي ١٥,٥ مليون فرد في العالم) .

ج- حوادث المنزل وهي مسؤولة عن ٦,٥٪ من حالات الاعاقة في العالم وقد تكون أكثر من ذلك بكثير من منطقة الخليج وخاصة بالنسبة للاطفال أعمار ٣ - ٦ سنوات ويقدر عدد المعاقين في العالم بسبب حوادث المنزل بحوالي ٣٠ مليون فرد .

د - حوادث أخرى نتيجة الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والعواصف أو كوارث من صنع الانسان كالحروب والثورات والجريمة والرياضة احيانا تؤدي إلى إعاقه يصعب تقديرها من مجتمع إلى مجتمع ومن وقت لآخر ، ومع هذا فيقدر عدد المعاقين في العالم نتيجة الحروب وحدها بما يقرب من ثلاثة ملايين معاق كما أن في لبنان وحده ١٦٢ ألف معاق نتيجة للحرب الاهلية .

٦ - الادمان على المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة :

ويعتبر هذا الادمان من أهم أسباب الاعاقة في بعض دول العالم ولو أن الادمان كسبب للاعاقه (أو الوفاة) كثيرا ما لا يظهر في الاحصاءات الرسمية ويختفي لأسباب اجتماعية وراء أسباب أخرى فعلية ، ولهذا يصعب الحصول على احصاءات دقيقة بشأنه ، ومع هذا فقد اتضح من بعض الدراسات المسحية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية في ١٤ دولة أن نسبة المدمنين على المسكرات تزيد عن ٢٪ من المجتمع وأن هناك ٤٠ مليون قد أصيبوا بالعجز بسبب الادمان .

وفي دراسة أخرى في شيبي تبين ان ٥٪ من السكان الاكبر من ١٥ سنة مدمنو مسكرات

بالإضافة إلى ١٥٪ أخرى يتعاطون المسكرات باسراف وفي فرنسا تقابل هذه النسب ٤٪ ، ٩٪ .
وهناك صعوبة أكبر في الحصول على احصاءات عن ادمان المخدرات وهي تختلف من مجتمع
إلى آخر وتقدر بحوالي ١ - ٢٪ في إيران وان ١٠٪ من السكان في الولايات المتحدة يتعاطون نوعا
أو آخر منها ولولفترات من حياتهم وتقدر نسبة المعاقين بسبب الادمان بما يقرب من ١ - ٢٪ في
العالم .

٧ - نقص أو سوء التغذية :

ينتشر سوء التغذية في العالم النامي انتشارا كبيرا ويعتبر من أكثر مشكلات الصحة العامة
التي تصيب ما يقرب من ٥٠٠ مليون فرد في الدول النامية . لسوء التغذية آثار كبيرة ضارة على
الرضع والاطفال والحوامل والمرضعات بصفة خاصة .

وينتشر سوء التغذية وخاصة نقص البروتين والسعرات الذي يعتبر من أهم امراض التغذية
بين ما لا يقل عن ١٠٠ مليون طفل دون سن الخامسة في كثير من دول العالم الثالث .

ويتسبب نقص فيتامين أ في الاصابة بالفقد الكلي أو الجزئي وتقدر بعض الاحصائيات ان
أكثر من ١٥٠.٠٠٠ طفل في العالم النامي يفقدون بصرهم سنويا نتيجة هذا السبب وحده (انظر
ملحق رقم «٢») .

ومرض (الجوتر البسيط) يتسبب غالباً من افتقار الغذاء إلى عنصر اليود وهو يصيب أكثر من
٢٠٠ مليون فرد في العالم ، ويؤدي سوء التغذية إلى كثير من حالات التخلف العقلي وخاصة نقص
البروتين في غذاء الأم خلال فترة الحمل أو في غذاء الطفل في الشهور الأولى من عمره .

ويعاني ٥٠ - ٨٠٪ من الامهات الحوامل من الانيميا وكذلك نسبة عالية من الاطفال مما
يؤدي إلى حالات اعاقة وبالتالي قصور في الانتاج ويصعب تحديد النسبة الحقيقية للمعاقين
نتيجة سوء التغذية ولكن تقديرها بحوالي ١٠٠ مليون فرد في العالم يمكن أن يكون تقديراً
معقولاً .

كذلك تجدر الإشارة إلى أثر نقص فيتامين أ على كف البصر وأثر نقص فيتامين د والكالسيوم
على نمو العظام وارتفاع نسبة المصابين بالكساح نتيجة هذا النقص . ومن أهم أسباب سوء
التغذية في مرحلة الطفولة هو قصور الوعي الغذائي والفقر والاصابة بالنزلات المعوية والامراض
الطفيلية وعزوف الامهات عن الإرضاع الطبيعي .

٨ - كبير السن :

ويمكن تقدير المعاقين في هذه الفئة العمرية بأنهم يكونون ٢٠٪ ممن هم في عمر ٦٠ سنة
وأكثر . وتزداد هذه المشكلة الحاحاً بزيادة نسبة كبار السن في المجتمع نتيجة تحسن الاحوال
والخدمات الصحية .

٩ - عوامل أخرى :

ويدخل في اطارها الولادات المتعسرة أو الناقصة والامراض المهنية ، وحالات التسمم من

سموم الجو أو الماء أو الطعام أو المواد السامة أو الغازات السامة والحريق والجريمة ويقدر عدد من يعاقون بسبب هذه العوامل ما بين ٢ - ٣ مليون فرد .

كان هذا عرضاً عاماً لبعض أهم العوامل المسببة للإعاقة . ولما كان لكل نوع من أنواع الإعاقة عدد من العوامل المسببة لها فسنعرض في نهاية البحث نموذجاً للتوضيح ملحق رقم (١) يتعلق بأهم أسباب أحد أكثر حالات الإعاقة تعقيداً وانتشاراً وهو التخلف العقلي Mental Retardation وبعض الإجراءات الوقائية على مستوياتها المختلفة .

الفصل الثالث

حجم مشكلة المعاقين بمنطقة الخليج

من العسير علينا أن نحدد حجم مشكلة المعاقين في منطقة الخليج أو في العالم العربي في غياب عمليات المسح الاحصائي الدقيق فمن جهة لم تجر في عالمنا العربي بحوث ميدانية لحصر فئات المعاقين ومن جهة أخرى لم يسبق ان تضمنت استمارات التعداد الذي يجرى في معظم دول العالم العربي أية بيانات تفصيلية عن حالات الاعاقة في الاسر أو المدارس أو التجمعات السكانية المختلفة .

والواقع ان معلوماتنا الحالية عن حجم مشكلة المعاقين يحد من تكاملها قلة البحوث والمسوح التي اجريت في العالم بصفة عامة فيما عدا تلك التي اجريت في الدول الصناعية والتي يقلل من دقتها اختلاف التعاريف والمعايير التي تستخدم في كل بحث منها وبالتالي في طبيعة وتركيب حجم العينات التي تجرى عليها الدراسة .

وبصورة تقريبية قدرت هيئة الصحة العالمية في ضوء نتائج هذه البحوث والدراسات المسحية عدد المعاقين في العالم بما يقرب من ٤٥٠ مليون حالة اى ما يقرب من ١٠٪ من سكان العالم . وقد جاء في تقرير المؤتمر الدولي لمشكلة المعاقين الذي عقد في ايرلندا عام ١٩٦٩م ان من هؤلاء على الاقل مائة مليون طفل يعيشون في العالم الثالث ليس لديهم أية فرصة للاستفادة من برامج خاصة لرعايتهم وتأهيلهم .. والجدول رقم « ٢ » يلخص ما جاء في تقرير هيئة الصحة العالمية المقدم في الاجتماع التاسع والعشرين للهيئة في ابريل ١٩٧٦م عن حجم المشكلة موزعه حسب العوامل المسببة للاعاقة .

هذا وقد ركزت معظم دول العالم الغربي وبعض الدول العربية في دراستها على مشكلة التخلف العقلي ولهذا يمكن اعتبار النتائج التي توصلنا اليها نتيجة هذه البحوث على درجة عالية من الدقة ، حيث اثبتت هذه البحوث ان نسبة التخلف العقلي تصيب في المتوسط حوالى ٣٪ من أفراد المجتمع ولو ان هذه النسبة تزيد في بعض الاحيان نتيجة سوء التغذية وقصور العوامل الضرورية لنمو الذكاء وذلك في المجتمعات الفقيرة .

ومما يزيد من احتمالات صحة نتائج هذه البحوث انها تتفق مع الاستدلالات الاحصائية التي يمكن استخلاصها من دراسة منحنى التوزيع الاعتدالى لتوزيع نسب الذكاء على أفراد المجتمع فالذكاء - وهو صفة بشرية تتأثر الى مدى بعيد بالوراثة وتوزع على هؤلاء الافراد - وفق هذا المنحنى حيث تكون نسبة الافراد الذين يعانون من نقص في الذكاء (ذكاء أقل من ٧٠ درجة)

٣٪ وهى نفس النسبة التى توصلت اليها معظم بحوث العالم ومن بينها البحث الشامل التى أجرته الهيئة العليا للتنمية الفكرية فى القاهرة الكبرى عام ١٩٦٩م حيث كانت نسبة التخلف العقلى بين أطفال المدارس الابتدائية تتراوح بين ٢,٩٢٪ ، ٣,٤١٪ . وان هذه النسبة كانت تملئ الى الارتفاع فى مجتمعات الاحياء التى تعانى من مظاهر ونتائج الفقر كالجهد وسوء التغذية .

وفى غياب الدراسات والمسوح والبحوث الاحصائية حول مشكلة الاعاقة فى العالم العربى من جهة وفى دول الخليج من جهة اخرى فاننا نستطيع الاستعانة بنتائج البحوث التى اجريت فى الخارج للوصول الى تقديرات مبدئية ترسم لنا صورة تقريبية عن حجم مشكلة المعاقين فى منطقة الخليج .

واذا اخذنا منطقة الخليج والجزيرة العربية ككل حيث يصل تعداد سكان دولها ما يقرب من ٣٢ مليون واعتبرنا ان نسبة مجموع المعاقين بفئاتهم المختلفة من بين مجموع السكان تصل الى ١٠٪ وان نسبة المتخلفين عقليا هى ٣٪ وان نسبة الاطفال دون عمر السادسة فى المجتمع هى ٢٠٪ وان نسبة الاطفال من عمر صفر الى ١٤ سنة فى حدود ٤٥٪ من مجموع السكان امكنا الوصول الى تقديرات مبدئية يوضحها الجدول رقم (١) .

وبالرغم من ان هذه التقديرات ليست مستخلصة من بحوث مسحية ميدانية بل هى تعتمد على مؤشرات دولية فانها يمكن ان تعتبر قريبة الى حد معقول من الواقع الذى يصور لنا ضخامة المشكلة التى تمس الثروة البشرية ، وبالتالى تؤثر على القوة الانتاجية فى مجتمع الخليج والجزيرة العربية (الكويت - قطر - البحرين - دولة الامارات العربية المتحدة - سلطنة عمان - المملكة العربية السعودية - العراق - جمهورية اليمن العربية) .

وفى ضوء هذا العرض السريع للتقديرات الدولية يمكن ان نعتبر ان النسبة الاجمالية لحالات الاعاقة المختلفة فى الدول النامية تتراوح بين ٨ - ١٥٪ من افراد المجتمع ، وتعزى أسباب التفاوت فى هذه النسب بين مجتمع وآخر الى التوزيع العمرى للسكان والخصائص الديموجرافية للمجتمع وموقع المجتمع على سلم التطور والنمو الاقتصادى والاجتماعى .

ومع ان نسبة المعاقين تكون غالبا أكثر بكثير بين كبار السن (فوق ٦٠ سنة) فى معظم المجتمعات الا انه فى دول الخليج نلاحظ العكس حيث نسبة الاعاقة أكثر ارتفاعاً بين الاطفال ويرجع هذا الى اسباب اهمها :

١ - الاتساع الكبير لقاعدة الهرم السكانى حيث تتراوح نسبة الاطفال دون سن ١٥ من ٤٥ - ٥٠٪ من التعداد العام للسكان بينما هذه النسبة تكون فى حدود ٢٥٪ فى المجتمعات الصناعية . هذا العامل بالاضافة الى نقص متوسط الاعمار ونسبة كبار السن فى المجتمع الخليجى بالنسبة الى مجتمعات الدول الصناعية يفسر ارتفاع نسبة المعاقين فى مجتمع الصغار عنها بين كبار السن بعكس الوضع فى الدول الصناعية .

٢ - سلسلة امراض سوء التغذية التى يعانى منها الرضع والاطفال نتيجة قصور الوعى وعزوف الامهات عن الارضاع الطبيعى واستعمال الاغذية المستوردة فى غياب نظم واجهزة الرقابة الغذائية المحكمة فضلا عن انتشار الطفيليات الوافدة للمنطقة والتى

انتشرت بدرجة وصلت الى ٧٠٪ بين طلبة المدارس ، في بعض المناطق وما يترتب على ذلك من ارتفاع في نسبة الانيميا ومضاعفاتها بينهم .

٣ - ارتفاع حالات الولادة قبل اكتمال نمو الجنين ونقص وزن الجنين عند الميلاد نتيجة الزواج المبكر وخاصة بين الاقارب وسوء التغذية بين الامهات وتكرار الحمل والولادة على فترات زمنية قصيرة .

٤ - انتشار الامراض السارية المعدية التي تصيب الاطفال رغم توفر الخدمات الصحية (الاسهال - الحصبة - الدفتريا - امراض الجهاز التنفسي - السعال الديكي - الحميات - الجفاف - شلل الاطفال) وذلك نتيجة قصور الوعي الصحى وتركيز هذه الخدمات على الجانب العلاجى على حساب الخدمات الوقائية .

٥ - قصور برامج التطعيم والتحصين ضد الامراض القابلة للوقاية بالتحصين وكذلك نتيجة ضعف سلسلة اجراءات التبريد Cold Chain في بعض مجتمعات المنطقة وبالتالي ضياع فاعلية التطعيم مما يفسر انتشار امراض مثل شلل الاطفال .. الخ .

٦ - انتشار امراض العيون (التراكوما) مع نقص فيتامين أ في الغذاء مما يؤدي الى حالات كف البصر .

٧ - اعتماد كثير من الاسر على الخادمة الاجنبية غير المتعلمة (الآسيوية) في تربية اطفالها دون اشراف كاف من الام .

٨ - الزيادة الكبيرة في نسبة الحوادث المنزلية وخاصة بين الاطفال الاقل من خمس سنوات مثل السقوط من الشرفة او على السلم وبالتالي اصابات الدماغ والعظام والتسمم والصددمات الكهربائية والحروق والجروح .. الخ .

٩ - عدم وجود برامج واجهزة لاجراء الفحص قبل الزواج وازدياد اعداد الولادات التي تعاني من تشوه جسمى او خلل او تخلف عقلى او شق أنف وسقف الحلق او غيرها من الحالات نتيجة انتشار حالات الزواج المغلق من الاقارب داخل الاسرة او القبيلة الواحدة .

١٠ - ضعف أو غياب برامج التوعية بأسباب ومظاهر الاعاقة في برامج التلفزيون والاذاعة .

١١ - قصور برامج مراكز رعاية الطفولة والامومة وعدم تغطيتها لاحتياجات السكان وخاصة في المناطق النائية والريفية والصحراوية وتركيز معظم برامجها على الجانب العلاجى دون اهتمام يذكر بالبرامج الوقائية .

١٢ - قصور برامج رياض الاطفال ودور الحضانة ومراكز الرعاية النهارية فهي لا تخدم حاليا اكثر من ٤٪ من اطفال دول الخليج لمرحلة ما قبل المدرسة وعدم تكامل مناهج الموجود منها وقصور مؤهلات العاملين فيها .

الفصل الرابع

مستويات وبرامج الوقاية من الاعاقة

تعتمد برامج الوقاية في مجال الاعاقة على مدى ادراكنا وتفهمنا للعوامل المسببة وكيفية حدوثها وأثارها الجسمية والنفسية والعقلية وعلى تفاعل كل عامل منها مع غيره من العوامل ، وعلى اساس هذه المعلومات نستطيع ان نخطط بأسلوب علمي سليم البرامج الوقائية ذات الفعالية والجدوى والتوقيت الصحيح والشمول . (شكل «١» صفحة رقم ٣٦) .

وفي ضوء التعريف الذي أوردناه في مستهل هذا البحث عن الاعاقة ومراحل حدوثها بدءا بالعامل المسبب Impairment ومرورا بالقصور الوظيفي Functional Limitation وانتهاء بحدوث العجز او الاعاقة ، يجب أن نؤكد ان مفهوم الوقاية في رأينا لا يقتصر على مجرد الحيلولة دون حدوث العامل المسبب بل يمتد على جميع هذه المراحل اى بعد حدوث العامل المسبب لمنع حدوث القصور الوظيفي او التخفيف من آثاره ثم معالجة آثاره اذا حدث لمنع تطور الحالة الى درجة العجز او الاعاقة او التخفيف من درجتها وشدتها وأثارها وانعكاساتها الاجتماعية . وفي ضوء هذا المفهوم تصبح عملية الوقاية بمعناها الواسع شاملة لثلاثة مستويات متتالية هي : راجع جدول رقم (٤) .

المستوى الاول :

منع حدوث العامل المسبب للاعاقه في الحالات التي يمكن فيها المنع (مثل التحصين ضد شلل الاطفال او الدفتريا أو الحصبة) او اعداد برنامج دقيق للتقليل من حوادث الطريق أو المنزل او العمل . أو الحث على عدم زواج الاقارب أو التوسع في فحص الراغبين في الزواج ، ومنها أيضا التوعية الصحية والتثقيف الغذائي وبرامج صحة البيئة وتوفير مياه الشرب النقية وبرامج رعاية الامومة والطفولة وفحص الحوامل وتوعيتهن بمسببات الاعاقه أثناء الحمل كتناول بعض العقاقير والمخدرات والمسكرات والتدخين والاصابة بالحصبة الألمانية والتعرض للمواد المشعة .. الخ.. كذلك الرعاية أثناء الولادة وتجنب اصابات الجمجمة ورأس الطفل بعد الولادة والتسمم بأملح الرصاص واجراء الفحوص الاساسية بعد الولادة مثل (اختبار RH) لنوع دم الأم والطفل (واختبار PKU) لأمراض التمثيل الغذائي .. الخ .

وبايضاح أكثر يمكن تصنيف اجراءات المستوى الاول للوقاية كما يلي :

١ - دعم برامج رعاية الامومة والطفولة مع التركيز على :

- فحص الراغبين في الزواج .

- التثقيف الصحي والغذائي للحامل .
- الفحص الدوري أثناء الحمل وأجراء الفحوص الكروموسومية .
- الوقاية من الإصابة بالامراض الوبائية والفيروسية (الحصبة الالمانية والسعال الديكي) .
- عدم تكرار التعرض لاشعة اكس أو النظائر المشعة .
- تجنب الادمان على المخدرات والمسكرات والتدخين .
- التوعية ضد استخدام العقاقير الطبية دون اذن الطبيب .
- التغذية السليمة .
- اتخاذ كافة الاحتياطات اثناء الوضع لتخفيف أخطار الولادة العسرة والقيصرية والجافة واستعمال الجفت واصابات مخ الطفل او التفاف الحبل السري .. الخ .
- اجراء الفحوص الاساسية للطفل بعد الولادة مباشرة للكشف المبكر عن الحالات المسببة للاعاقة مثل خلل التمثيل الغذائي Pku أو تباين دم الطفل والأم RH أو الالتهاب الصفراوي واتخاذ اجراءات العلاج الفوري وكذلك رعاية الطفل المبتسر او ناقص الوزن .
- الكشف المبكر عن حالات القصور في الحواس ومتابعة نمو الطفل بدنياً وعقلياً .
- تشجيع الرضاعة الطبيعية حتى الشهر السادس على الاقل طالما تسمح حالة الام والطفل بذلك .
- دعم برامج التوعية الغذائية واعداد وتداول اغذية الطفل قبل وبعد الفطام والوقاية من النزلات المعوية والاسهال المتكرر والجفاف والوقاية من الامراض الفيروسية (الالتهاب السحائي والحصبة .. الخ) .
- دعم البرامج الوقائية والتثقيف الصحي بمراكز رعاية الطفولة والامومة .
- دعم برامج ونظم الرقابة الغذائية وخاصة بالنسبة لأغذية الاطفال المستوردة واصدار التشريعات والمواصفات واعداد المختبرات اللازمة لاحكام الرقابة .
- ٢ - الوقاية من الحوادث بأنواعها (حوادث الطريق والمنزل وحوادث العمل) عن طريق :
 - اصدار التشريعات الخاصة بالسياقة والمرور والسيارات .
 - ازالة مصادر اخطار الحوادث في المنزل والطريق والمصنع .
 - التثقيف للامان Safety Education عن طريق وسائل الاعلام والمنهج المدرسي .
- ٣ - تحسين الاوضاع الغذائية والتغذوية وخاصة بالنسبة للاطفال لتجنب نقص أو سوء التغذية وخاصة بالنسبة للبروتين والكالسيوم والفيتامينات والاهتمام ببرامج التثقيف الغذائي والوقاية من حالات الاسهال والطفيليات .
- ٤ - مقاومة الادمان على المخدرات والمسكرات والتدخين والتحكم في استيراد وتداول هذه المواد مع التوعية الاعلامية اللازمة بأخطارها .
- ٥ - اتخاذ كافة اجراءات الوقاية من الامراض المعدية بدعم برامج التطعيم والتحصين (الحصبة والحصبة الالمانية - شلل الاطفال - السل - السعال الديكي .. الخ) وكذلك

اتخاذ اجراءات لمنع التلوث وانتقال الميكروبات (مقاومة الحشرات - تجنب تلوث الهواء والماء - تحسين الصرف والتخلص من الفضلات - التوعية الصحية .. الخ) .

٦ - نظرا لأهمية الفحوص الطبية المخبرية في الاكتشاف المبكر لأمراض ومسببات الاعاقة المحتملة بين الاطفال لابد من توفير المختبرات وتزويدها بالكوادر والتجهيزات اللازمة لاجراء التحاليل في المستشفيات والمراكز الصحية ومراكز رعاية الطفولة والامومة .

٧ - ضرورة اصدار التشريعات واحكام الرقابة على استيراد وتداول واستخدام المستحضرات والعقاقير الطبية وخاصة ما يؤدي سوء استخدامه الى حالات الاعاقة او التشوهات الخلقية ومن هذه العقاقير التتراسيكلين والكلورامفنكول والسلفا والايانوتين والفلاجيل والفيوراديتين وكلورتيردين والثالموديرات وغيرها . راجع جدول رقم (٥) .

المستوى الثانى :

ويأتى على اثر حدوث الاصابة او الكشف عن العامل المسبب لمنع حدوث القصور الوظيفى أو تخفيف آثاره عن طريق الاسعاف او العلاج الفورى بعد حدوث العامل المسبب مباشرة (مثل اسعاف المصاب بكسر في أحد أطرافه أو الرأس في حادث سيارة في أقصر وقت ممكن بعد وقوع الحادث) أو العلاج الفورى لاصابات مرضية (مثل التراكوما ورمد العيون والالتهاب السحائى) او المبادرة في علاج حالات الانيميا وسوء التغذية أو نقص فيتامين أ أو فيتامين د والكالسيوم .. الخ وذلك حتى يمكن تجنب أو منع القصور الوظيفي المترتب على العامل المسبب .

الواقع ان لهذا المستوى من مستويات الوقاية أهمية كبيرة في منع الوصول بحالة الفرد المصاب الى درجة الاعاقة او العجز ، ولحسن الحظ ان التقدم العلمي والتكنولوجي في مجالات الرعاية التربوية والاجتماعية النفسية والطب وخاصة الجراحة والعلاج الطبيعى وعلاج عيوب النطق والكلام وكسور العظام ورتق بعض الانسجة أو تجبير الأعضاء المصابة أو زرع أعضاء بديلة وبرامج التوجيه والتدريب والتأهيل المهني .. كل هذه المجالات قد اتاحت الفرصة لمعالجة الكثير من آثار الاصابات والعوامل المسببة للاعاقه أو التخفيف منها واستخدام احدث الاجهزة التعويضية واكتساب الفرد للمهارات التى تمكنه من أداء الاعمال والقيام بالأنشطة اليومية بدرجة لا تختلف عن الشخص العادي أو أقرب ما يكون من أدائه العادى لها .

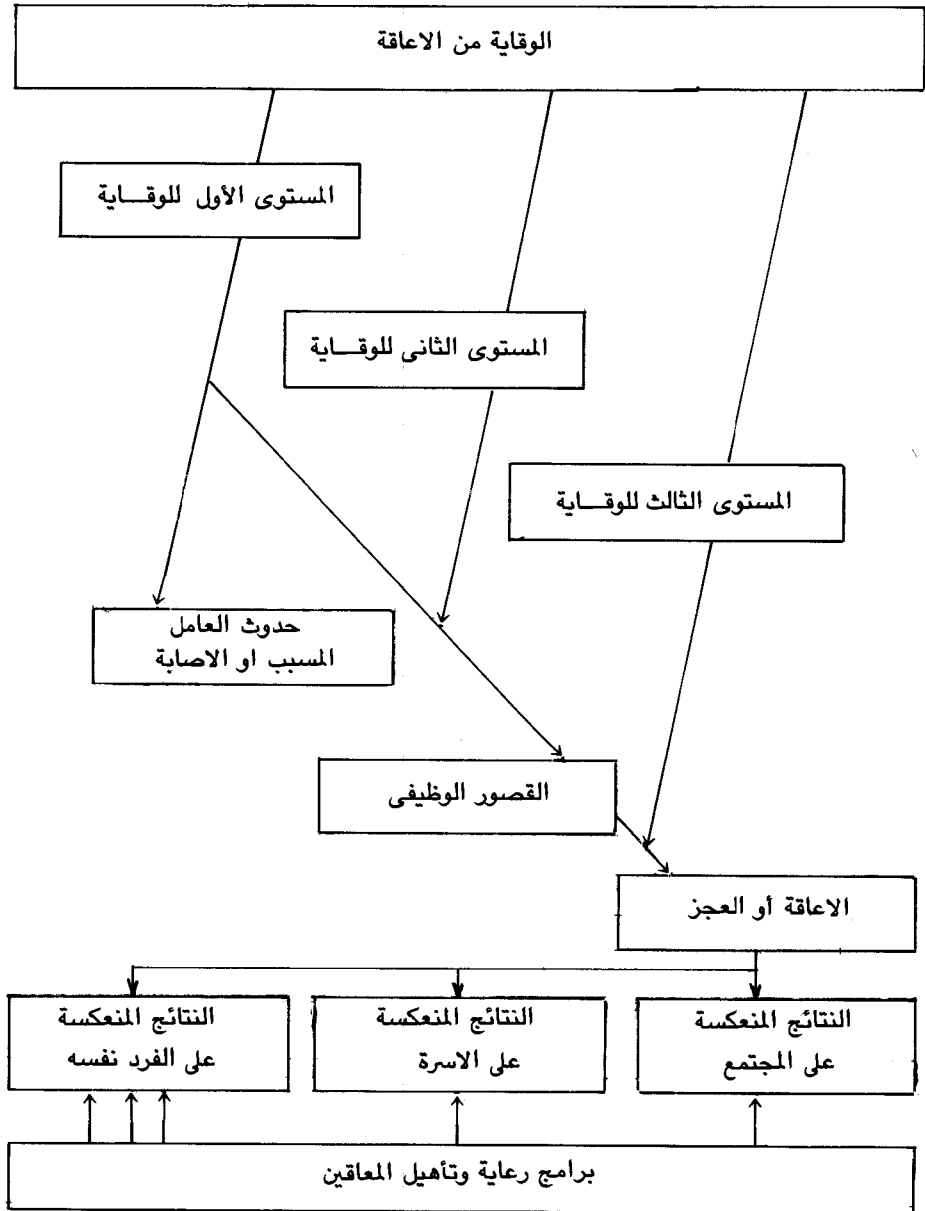
وعلى هذا فإن برامج المستوى الثانى تتضمن مجموعة من الخدمات والاجراءات لابد ان تخطط في اطار عام متكامل العناصر والمقومات التالية :

١ - الكشف المبكر عن وجود حالات النقص او الاصابة او المرض او القصور Impairment في إحدى الوظائف او الاجهزة او الاعضاء وخاصة بين الأطفال .

٢ - الرعاية الطبية وتوفير اجراءات العلاج لكافة الاصابات وما يتطلبه من نقل دم أو ترقيع أو تجبير أو زرع أعضاء .. الخ .

٣ - العلاج السريع لحالات التراكوما ونقص فيتامين أ المسببة لكف البصر ، وكذلك حالات الجذام .

شكل رقم « ١ »
اجراءات الوقاية والحد من تاثير الاعاقة



منظمة الصحة العالمية وثيقة رقم A29/INF·Doc/1·P·14

- ٤ - اتخاذ اجراءات الاسعافات الاولية للعلاج الفوري لحالات كسور العظام او حوادث السيارات والنزيف والجروح بما في ذلك سرعة نقل المصابين الى مراكز الاسعاف وبالطرق السليمة .
- ٥ - العلاج الفوري لحالات السل وأمراض القلب Cardiovascular وأمراض الحساسية والنزلات الشعبية Bronchial Asthma والأمراض غير المعدية Noncommunicable Somatic التي لها علاقة مؤكدة كمسببات للاعاقة .
- ٦ - اتخاذ اجراءات علاج ورقابة حالات الصرع اثناء النوبات التي تصيب المريض للوقاية من اصابات المخ او الجروح وغيرها من الاخطار.
- ٧ - الكشف المبكر والمبادرة بعلاج حالات الاضطرابات النفسية والعقلية ومعالجة أسباب ونتائج التفكك الأسرى والتحضر والتصنيع والعمالة وانحراف الاحداث وغيرها من أسباب اختلال الصحة النفسية للفرد ، مع توفير خدمات العلاج النفسى وتدريب الكوادر الوطنية اللازمة لذلك .
- ٨ - الكشف المبكر وعلاج الحالات المسببة لصعوبات النطق والكلام Cleft Palate, Brain Damage, Cerebral Palsy, Hearing Loss, Etc.
- ٩ - توعية الجمهور عن طريق وسائل الاعلام المختلفة بمشكلة الاعاقة وأنواعها ومسبباتها وأعراضها وأهمية الكشف المبكر عنها ومصادر العلاج وطرق الوقاية ، وكذلك تعديل اتجاهات الجمهور (خاصة الاسرة) نحو الطفل او الفرد المعاق وأهمية تقبله والتعرف على أساليب معاملته ورعايته .
- ١٠- توفير فرص العلاج النفسى والخدمة الاجتماعية بالمدارس والاندية ومكاتب التوجيه الاسرى .
- ١١- توفير فرص التعليم الرسمى والتعليم غير الرسمى (المستمر) .
- ١٢- توفير فرص قياس القدرات والميول المهنية وتوجيهها وتنميتها ووضع برنامج متكامل للتدريب المهنى والتشغيل والمتابعة فى العيادات النفسية ومراكز التأهيل .
- ١٣- توفير الوسائل المعينة والاجهزة التعويضية والتدريب على استخدامها .
- ١٤- ضرورة الاهتمام بدور البحوث فى مجال الاعاقة وأسبابها من جانب دراسات تقويم تطور نمو الطفل من جانب آخر ويكاد يكون الخليج العربى بصفة خاصة خال من مراكز بحوث الطفولة والتي أصبحت منتشرة فى كافة الدول الصناعية . رغم ان دول العالم الثالث اكثر حاجة الى خدمات هذه المراكز التي تستهدف ما يأتى :
- أ - اجراء الفحوص الطبية الشاملة والتحليل المخبرية والبيولوجية والنفسية الشاملة للطفل (ابتداء من الاسابيع الاولى من عمره) لتشخيص نواحي النقص او التخلف او القصور فى نموه أو ظهور أى مرض يمكن ان يعيق النمو الجسمى

والعقل الطبيعي للطفل في مراحل نموه المبكر وتخطيط برنامج شامل لمواجهة أية مشكلة من مشاكل النمو أو الاعاقة في مراحلها الاولى أو احتمال الاصابة بها مستقبلا .

ب - تقوم المراكز بتقديم الخدمات الاستشارية للأفراد والاسر والهيئات والمراكز العاملة في رعاية الطفولة والام الحامل .

ج - يقوم المركز بتحويل الحالات التي تحتاج الى اجراءات علاجية سريعة الى الجهات الطبية او النفسية او الاجتماعية المختصة في الوقت المناسب .

د - يقوم المركز بتدريب الكوادر العاملة في مجال الطفولة والامومة .

هـ - يقوم المركز بتجريب وسائل الوقاية والتأهيل المختلفة .

وغالبا ما تضم هذه المراكز متخصصين في خدمات الفحوص الطبية الشاملة والفحوص البيولوجية والتحليل الطبية (بما فيها التركيب الكيميائي والحيوي للدم والبول والصدر وأشعة اكس (x)) والمجمعة ورسم المخ والفحوص النفسية والسكاترية والسيكومترية .. الخ) والمختصين في عيوب النطق والكلام والتأخر الدراسي والتوجيه والارشاد النفسى والمهنى .. الخ .

والواقع ان وجود هذه المراكز اصبح شائعا في عدد من دول أوروبا والأمريكيتين ففي فرنسا والسويد مثلا توجد عشرات من هذه المراكز حيث يحضر الآباء اطفالهم لاجراء فحوص طبية/ نفسية/ عصبية شاملة ليس فقط في حالة ظهور عرض او مرض او انحراف عن الطبيعي بل يجرى الفحص الشامل على الاطفال الاصحاء غالبا في نهاية الشهر العاشر والعام الثانى والرابع والسادس بصفة دورية دون مقابل .

ان هذه الخدمات كافة لا بد وأن يخطط لها في تنسيق وتكامل في اطار البرنامج الشامل للتأهيل ضمنا لنجاحها بعكس الحال اذا ما قدمت هذه الخدمات دون ترابط بمعزل عن بعضها . وعلينا ان نأخذ في الاعتبار ان كل حالة من حالات الاعاقة يمكن ان تعتبر فريدة في نوعها فلا تعامل الاعداد الكبيرة من هؤلاء الافراد بأسلوب واحد يطبق على الجميع . كما ان برامج التأهيل لا يجوز ان تكون صورة متشابهة من بعضها بل لا بد من تطويرها وتطويرها في ضوء خصائص واحتياجات كل فرد أو فئة من الفئات التي تستهدفها ، فعملية التأهيل عملية ديناميكية تتطلب استمرارية التطوير والتغيير للأفضل اعتمادا على التجريب والتقييم وتكييف البرنامج في ضوء متابعة الحالات الفردية من جانب واستخدام النتائج التكنولوجية للتطور العلمي السريع في هذا المجال .

المستوى الثالث :

ويعني الاسراع بدراسة الحالة ورسم وتنفيذ برامج التأهيل الطبي والتربوي والاجتماعي والمهنى وعلاج الآثار النفسية للمعاق للحيلولة دون حدوث اضطرابات نفسية أو سوء توافق الفرد مع نفسه أو عدم تكيفه مع البيئة المحيطة وتخفيف مشاعر النقص والدونية والشعور

بالفشل أو الاتجاهات العدوانية نحو المجتمع . كما تشمل اجراءات دمج المعاق في المجتمع وتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلال الاقتصادي عن طريق الكشف عن قدراته واختيار مجالات التدريب المهني التي تتفق مع هذه القدرات أخذاً في الاعتبار العامل المعاق ، والعمل على تشغيله ومتابعته في العمل . كما تتضمن اصدار التشريعات التي تتضمن حقوق المعاق وتأهيله وتشغيله وحمايته من الاستغلال وازاله الحواجز من البيئة التي يعيشها في البيت والمدرسة والعمل والطريق والمجتمع بصفة عامة ومنحه تسهيلات في السفر ووسائل النقل والترفيه والتثقيف وغيرها . فنحن ندرك لا شك ان مشكلات الاعاقة لا تتعلق بالفرد وحده ولكن بالأفراد المحيطين به من أفراد أسرته والذين يتعامل معهم في المجتمع ولهذا فإنه من الضروري ان تتضمن برامج هذا المستوى معالجة البيئة التي يعيش فيها الفرد .

الوقاية اذن لا تقتصر على منع الاصابة أو الحيلولة دون التعرض للعامل المسبب بل تمتد بمفهومها الشامل لتتناول كافة اجراءات التدخل لمنع تأثير الاصابة أو المرض بحيث لا ينتهي الامر بالفرد الى حالة من القصور الوظيفي أو العجز ، ويكون هذا التدخل عن طريق برنامج متكامل للوقاية يتضمن كافة الاجراءات التي يمكن ان تتخذ لمنع أو الوقاية من حدوث الاصابة أو العامل المسبب (مستوى أول) أو الحيلولة دون تطور الاصابة بالعامل المسبب الى حالة من القصور الوظيفي Functional Limitation (مستوى ثان) او ايقاف تطور حالة القصور الوظيفي الى حالة اعاقة أو عجز Disability أو Handicap (مستوى ثالث) .

ولا تقتصر مسؤولية التدخل على هذه المستويات الثلاثة على دور الخدمات الطبية بل تستلزم المعالجة الفعالة للمشكلة تدخل مجموعة من الاجراءات الصحية والاجتماعية والتربوية والبيئية والمهنية التي تعمل في تناسق وتكامل وشمول لتؤثر على الفرد من جانب وعلى بيئته الطبيعية والاجتماعية من جانب آخر .

ويجب أن نأخذ في الاعتبار ايضا في تخطيط برامج الوقاية ان تأثير الوصول الى حالة من القصور الوظيفي أو العجز بالنسبة لعضو معين لا يجوز أن تقتصر على التأثير في القدرة على الاداء لهذا العضو فقط فقد يكون هناك نتائج جانبية مصاحبة لقصور هذا العضو لابد أيضا من معالجتها ، والتكيف النفسي كثيرا ما يتأثر نتيجة للشعور بالنقص والفشل المترتب على الاصابة بعاهة أو خلل أو قصور في القدرة على اداء معين مما قد يولد اتجاهات انطوائية أو عدوانية أو امراض نفسية أكثر خطورة فهذه ايضا لا بد ان تعالج عن طريق العلاج والارشاد النفسي .

خطوات برامج الوقاية من العجز والاعاقة للمستوى الثالث :

تعتبر هذه المرحلة من مراحل الوقاية من أهم مراحل الحيلولة دون حدوث العجز وأكثرها تشعبا وتعقيدا ، وتعرف بمرحلة التأهيل الاجتماعي فهي لا تتعلق بالفرد نفسه فقط بل ترتبط بأوضاع المجتمع وتسعى الى اعداد الفرد الذي يعاني من قصور وظيفي عضوي او نفسي - نتيجة لعامل وراثي قبل الولادة او اثنائها او بعدها - حتى لا يتطور هذا القصور الوظيفي الى حالة من العجز او الاعاقة .

وتؤكد المدارس الحديثة من مدارس التأهيل ان كل فرد ، مهما كانت درجة اصابته او قصوره الوظيفي ، لديه من القدرات التي لو تم الكشف عنها مبكرا وتنميتها مع تنمية القدرات التي تأثرت بهذا القصور الوظيفي الى أقصى حد ممكن عن طريق مجموعة متكاملة من اجراءات

التأهيل الاجتماعي لأمكن انقاذ الفرد من العجز وتحقيق أكبر قدر ممكن من التوافق مع المجتمع والقدرة على رعاية نفسه وتحقيق قدر مناسب من الاستقلال الاقتصادي والاجتماعي والاستمتاع بحياته كمواطن .

ولما كانت النظرة الحديثة لمشكلة العجز والاعاقة تعتبر أن المجتمع هو العامل « المعيق » أساسا وليس الفرد نفسه وهذا المفهوم يرتكز على الفكرة القائلة بأن الناس قد يولدون بضعف ما أو يصابون بقصور معين في إحدى وظائفهم في حياتهم ، الا ان مواقف المجتمع (أو اقوياء البنية الاصحاء) هي التي تحول ذلك الضعف الى عاهة أو عجز . فقد يكون ضعف المصاب يشلل الاطفال أو الشخص الذي فقد طرفيه نتيجة حادث مثلا انه « لا يستطيع المشي » الا ان مواقف المجتمع قد تجعل من هذا الضعف أو القصور الحركي « عجزاً عن كسب الرزق » كذلك الافتراض الخطأ الشائع ان الاصم متخلف عقليا عامل محطم أكثر من العاهة نفسها هذا بخلاف النظرة الشائعة - وخاصة في مجتمعات الدول النامية - نحو المعاقين بأنهم شواذ أو غير عاديين تنعكس عليهم وصمة تولد فيهم مشاعر الفشل والدونية ، وربما أدى هذا بالشخص المعاق الى فقد ثقته بنفسه ، والمعاناة من عقدة النقص أو الانحراف الى الجريمة أو السلوك العدوانى أو الانطوائى ، وهذه جميعا عوامل معوقة تزيد من حالته سوءا ويصبح فعلا معاقاً غير قادر على استغلال ما وهبته الطبيعة اياه من قدرات ومواهب لم تجد الفرصة للظهور أو التحول الى مهارات انتاجية بناءة .

ولكي لا يصبح الشخص الذى يعاني من ضعف أو قصور وظيفى معاقاً أو عاجزاً ولكي يعيش حياة طبيعية يستمتع بها كغيره من الأقران علينا ان نعي الآتي :

١ - على افراد أسرته ومجتمعه ان يتقبلوه أولاً ويسبقوا عليه عطفهم واحترامهم (وليس شفقتهم) وان يمهّدوا له كل الطرق لاكسابه الثقة في نفسه والشعور بالانتماء بدلا من مشاعر النقص والدونية والتبذ .

٢ - التركيز على ما يستطيعه وليس على ما لا يستطيع اداءه ومعاونته في الكشف عن قدراته ومواهبه وتوجيهها وتنميتها الى أقصى حد ممكن حتى ينمو نموا طبيعيا ولا تتأثر قدراته السليمة بالقصور الذى اصاب قدرة او أكثر فتتضاعف حالات القصور الوظيفي ويصبح الضعف عجزاً خطيراً مضاعفاً ، حيث ان نمو أية قدرة من قدرات الفرد تسير في تتابع من جانب وفي ترابط وتآزر مع غيرها من القدرات من جانب آخر .

فكل تدخل خارجي من طرف المجتمع يجب أن يوجه لتأمين عملية نمو طبيعية .

٣ - تهيئة ظروف المجتمع والبيئة التى يعيش فيها الفرد لتحقيق هذا النمو الطبيعى لقدرات الفرد دون احباط او اعاقه بما في ذلك توفير فرص التدريب واعادة التدريب والتأهيل الطبي والتربوي والنفسى والاجتماعي والانفعالي والمهنى .

٤ - ازالة كافة الحواجز المعيقة لممارسة حياته اليومية الطبيعية من المجتمع والبيئة المباشرة التى يعيش فيها الفرد (مثلا : ملائمة تخطيط المباني لاستخدام الكراسى المتحركة للشخص المقعد وبالمثل بالطرق ووسائل المواصلات وتخصيص أماكن لحركته وتنقلاته) وتوفير الاجهزة التعويضية التى تسهل له حياته اليومية وأداء أنشطته المختلفة .

٥ - توفير كل ما يضمن اندماج ومشاركة المعاق في المجتمع بدلا من الاتجاه الحالي الذي يقضي بعزل المعاقين في مدارس أو مراكز خاصة . وهذه الخطوة قد يتعذر تنفيذها في بعض الحالات (مثل حالات شديدي الاعاقة) او تحت بعض الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تسود في الدول النامية حيث لا بد اولا من اعداد المجتمع لادماج فئات المعاقين عن طريق التوعية المستمرة للجمهور وتوفير امكانيات تحرك المعاق وتدريب العاملين في مجال التعلم والتدريب في المدارس على خصائص المعاقين وطرق تعلمهم ومعاملتهم .

٦ - الاستعانة بوسائل الاعلام (من صحافة وتلفزيون واذاعة) والمناهج المدرسية والارشاد الدينى والنوادي الرياضية وبرامج الخدمات الاجتماعية في المدرسة والمراكز الاجتماعية والجمعيات النسائية ومراكز الشباب في نشر الوعي بمشكلة الاعاقة والمعاقين وتقبلهم كأفراد مواطنين لهم حقوق المواطن العادي قادرين على الاندماج والمشاركة والانتاج .

الفصل الخامس

خطوات التأهيل الاجتماعي

تتضمن عملية التأهيل الاجتماعي للمعاقين ثمانى خطوات تستهدف الوقاية من الوصول الى حالة العجز ، وتتلخص هذه الخطوات فيما يلي :

أولاً - استكشاف الحالات :

إن أول خطوة من خطوات التأهيل هي استكشاف حالات المصابين وحصرها ميكراً حتى تبدأ عملية التأهيل بأسرع ما يمكن لكي نضمن نجاحها ويتطلب ذلك وجود ترابط بين هيئات التأهيل والهيئات الطبية والاجتماعية الموجودة بالمجتمع .

ثانياً - التشخيص والتقييم :

ويتضمن ذلك اجراء الفحوص الطبية المتخصصة ، وتقييم الحالة النفسية والدراسية والاجتماعية للحالة وتقييم القدرات والاستعدادات المهنية .

ثالثاً - التأهيل التربوي :

ويتضمن تحديد المستوى التعليمي والقدرات العقلية واعداد برنامج تربوي تعليمي لتزويد الفرد بالمهارات الاكاديمية الاساسية كالقراءة والكتابة والحساب ، والثقافة الصحية والدينية والتربية الرياضية والترفيه وشغل وقت الفراغ بأنشطة بناءة واكتشاف القدرات واكتساب المهارات عن طريق ممارسة الهوايات ..

رابعاً - الرعاية الصحية - استعادة الطاقة البدنية:

وتشمل هذه المرحلة الخدمات الطبية وما يلتحق بها من العلاج الطبيعي التي تقلل من العجز وتحد من أثره حتى لا يتعطل الفرد عن أداء العمل .

١ - تقرير طبيعة العجز ومداه وعلاقته بالعاهة أو بالعامل المعوق .

٢ - درجة الشفاء البدني المحتمل .

٣ - تدلنا على مقدار ما يحتاج اليه العميل من ارشاد نفسي .

٤ - تشير الى الوظائف التي يمكن ان يشغلها الفرد ، وذلك بتوضيح المخاطر التي يتعرض لها وظروف العمل التي تلائمه وتحليل الطاقة البدنية .

٥ - تشير الى الخدمات التي يحتاج اليها الفرد .

ويعتبر الجانب الوقائي عنصراً أساسياً من عناصر البرنامج الصحي ويتضمن الفحص الطبي الدوري والتثقيف الصحي والغذائي والتطعيم والوقاية من الحوادث وعلاج ما يتعرض له من أمراض .

خامساً - التأهيل المهني :

المقصود بالتأهيل المهني هنا مجموعة العمليات والأنشطة المختلفة التي يتضمنها برنامج متكامل من الخدمات الفنية والمهنية التي تستهدف الكشف عن قدرات الفرد المعاق والآثار البدنية والجسمية والعقلية والنفسية المترتبة على الإعاقة وتهيئة الفرد وتوجيهه واعداده للعمل في حرفة أو مهنة من المهن التي تتفق مع قدراته ونواحي عجزه حتى يكتسب المهارة الكافية ويمكنه الالتحاق بالعمل الملائم وتحقيق الاستقلال الاقتصادي والشعور بالرضى والاستقرار النفسي المنبعث من احساسه بأنه نافع وله قيمة في الحياة . كما يستهدف اعداد الفرد المعاق ليصبح قادراً على التكيف مع ظروف العمل ومتطلباته ومن يعمل معه من زملاء ورؤساء .

وتتضمن عملية التأهيل المهني ثلاث عمليات أساسية وهي :

١ - التوجيه المهني والارشاد النفسي :

تبدأ عملية التوجيه المهني والارشاد النفسي منذ المقابلة الأولى مع الفرد المصاب ، وتنتهي بانتهاء عملية التأهيل أى ان التوجيه يلاحق الفرد طوال مرحلة التأهيل ، فالتوجيه يساعد الفرد حتى يكشف عن مواهبه ويقارنها بفرص العمل المكفولة له ، ويعاونه على أن يصل بنفسه الى قرارات حاسمة تتعلق بتدبير شؤونه وتكوين وجهات نظره واسعاد نفسه والمجتمع الذي يعيش فيه مع مراعاة للفروق الفردية التي تتطلب أن يقوم كل فرد بمزاولة النشاط في الناحية التي تناسب استعداداته وامكانياته ، بمعنى أن عملية التوجيه والارشاد النفسي يجب أن تأخذ في الاعتبار كافة الخصائص المميزة للمعاق والتي ترتبط بشخصيته كفرد من جهة وبالخصائص المترتبة على نوع وظيفته ودرجة الإعاقة فعلى سبيل المثال اذا كان الطفل متخلفاً عقلياً علينا أن نراعي أهم خصائصه المميزة له ولهذا النوع من الإعاقة وهي :

أ - ان القدرات العقلية له محدودة مما يتطلب اختيار مهن معينة واعداد برنامج يتلاءم مع هذه القدرات .

ب - انه بطيء التعلم مما يتحتم استخدام الوسائل الحسية والتكرار في تدريبيه .

ج- ان قدرته على التركيز محدودة مما يتحتم أن يكون تدريبيه منقطعاً وعلى فترات قصيرة تتفاوت في مداها حسب درجة اعاقته ونوع العملية التعليمية التدريبية .

د - ان انتقال أثر التدريب أو التعلم لديه ضئيل مما يتطلب شمول برامج التدريب لكافة جوانب العمل الذي يعد له .

هـ- ان قدرته على الحكم والاستبصار ضئيلة مما يجعله في حاجة الى اشراف مستمر وتوجيه متصل .

و - انه سهل الانقياد لا يقدر المسؤولية مما يؤكد أهمية غرس القيم الروحية والتعاليم الدينية واستمرار الاشراف والوقاية من اسباب الانحراف ومعاونته على مواجهة وتحمل مسؤوليات حياته اليومية ، ليس في مجال العمل فقط ولكن في مجال أسرته وبيئته ومجتمعه بحيث يصبح قادراً على التعامل والتعاون مع الآخرين .

ز - انه كثيراً ما يعاني من تجارب الفشل والشعور بالنقص ولهذا يحتاج الى كشف نواحي الكفاية الكاملة في قدراته وميوله وتشجيعه على أداء الأعمال التي ينجح في أدائها (موسيقى - رياضة - فن - مهارات يدوية الخ) ومعاونته على الاقتناع بقيمة الأعمال التي يقوم بها في حدود امكانياته وانها لا تقل أهمية عن أى عمل آخر ، ذلك يساعده على تقبل ذاته ودعم ثقته بنفسه والقضاء على مشاعر النقص والشعور بالدونية .

٢ - التدريب المهني :

وتشتمل عملية تخطيط برامج التدريب على المهن المختلفة التي تتناسب مع قدرات الفرد المعاق وطبيعة الاعاقة كما يتضمن وضع مناهج التدريب النظري والعملي وتقييم نتائج التدريب وتطويره بما يتناسب مع احتياجات سوق العمل .

٣ - التشغيل والمتابعة :

ويقصد بذلك توفير فرص العمل المناسبة والحاق المعاق بالعمل الملائم على أساس التوافق بين مقتضيات ومتطلبات العمل والطاقة البدنية والعقلية للفرد ، كما يتضمن متابعة مدى تقدمه واستقراره في العمل ومساعدته على تحقيق التوافق الاجتماعي والشخصي له . والواقع اننا اذا نظرنا الى العمل من الناحية النفسية والاجتماعية فإننا نجد لا يعني مجرد بذل جهد عقلي وجسمي لتحقيق كسب مادي واستقلال اقتصادي فقط بل انه يعني تفاعلاً بين الانسان وبيئته المادية والاجتماعية وتحقيق اهدافه واشباع رغباته وحاجاته واشعاره بقدرته على الانتاج وتحقيق الذات والتعبير عن دوافعه وصراعاته بصورة مقبولة يرضى عنها هو نفسه كما يرضى عنها المجتمع .

وإذا كان العمل لازماً وملحاً بالنسبة للاصحاء الاسوياء من الناس فانه يصبح أكثر لزوماً وأشد الحاحاً بالنسبة للأفراد المعاقين فالعمل بالنسبة لهم وسيلة للتغلب على ما يشعرون به من نقص أو ما يشعرونهم به الآخرون من عجز ، كما أنه غاية تساعدهم على تحقيق ذواتهم في عملهم فيصبح هذا العمل بالنسبة لهم مجالاً للوجود الانساني والكرامة البشرية وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والمهني .

سادساً - التأهيل الاجتماعي :

ويتضمن دراسة وبحث حالة الطفل المعاق والبيئة الاسرية والاجتماعية التي يعيش فيها الطفل وتوفير الخدمات الاجتماعية والمساعدات المادية التي تتطلبها الحالة لتحقيق التوافق الذي يعتبر عنصراً أساسياً في نجاح برامج التأهيل ، وتتضمن برامج التأهيل الاجتماعي مسؤولية التنسيق بين مكونات وبرامج التأهيل بمحاورها المختلفة .

سابعاً - التأهيل النفسي :

ويستهدف تحقيق التأهيل النفسي والتكيف الاجتماعي والاستقلال الاقتصادي وذلك عن طريق دراسة حالات الاطفال المعاقين وقياس الذكاء والقدرات العقلية الخاصة والاستعدادات المهنية والمعوقات الجسمية والعقلية وحالات سوء التوافق أو المرض النفسي والانحرافات السلوكية ومدى ارتباطها بالعامل المعوق وانعكاسها على سلوك أفراد الأسرة والمجتمع نحو الطفل المعاق وكذلك رسم صورة كاملة للطفل المعاق من حيث فكرته عن نفسه وتقييمه لذاته وتأثير العامل المعوق على هذه الفكرة والصورة التي يراها المعاق لنفسه . وبالتالي رسم برنامج التأهيل المناسب للطفل المعاق والاجراءات العلاجية والوقاية اللازمة لاعادة التوازن وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي ومعالجة حالات الانحراف السلوكي ومتابعة الطفل المعاق وسير برامج التأهيل والتشغيل واقتراح التعديل الذي يتطلبه ما يستجد من ظواهر سوء التوافق أو الانحراف .

ويلعب العلاج النفسي دوراً رئيسياً في تفريغ الشحنة الانفعالية والتوتر النفسي المترتب على مشاعر النقص التي تتكون نتيجة تراكم تجارب الفشل التي يمر بها المعاق ولهذا يركز العلاج النفسي الفردي على اشعار الفرد بأنه مقبول كفرد جدير بالتقدير رغم نواحي القصور التي تسببها الاعاقة ، ومن ثم تشجيعه على الاحساس بالثقة بالنفس وامداده بالفرص التي تساعد على التعبير عن نفسه وتوضيح استجاباته الانفعالية وتنمية الشعور بالمسؤولية وتقليل تشككه بالغرباء واطلاق العدوان والمشاعر المكبوتة في أنشطة لا تعود عليه أو على الآخرين بالأذى .
وللعلاج النفسي الجماعي (باستخدام أساليب التمثيل - الدراما النفسية أو السيكودراما) أو النشاط الحر أو غيرها من الوسائل أهمية كبرى في برامج التأهيل النفسي العلاجي والوقائي .

ومن هذا العرض السريع لخطوات التأهيل يتضح لنا :

- ١ - ان عملية التأهيل الاجتماعي للمعاقين عملية فنية متخصصة يشترك فيها فرد متخصص في صورة متكاملة ومنسقة ، يكون محورها ذا العاهة نفسه وتتم بواسطة ما يسمى بأسلوب فريق التأهيل .
 - ٢ - انها عملية مستمرة تبدأ مع الفرد منذ انتهاء المرحلة العلاجية له وثبوت الاعاقة حتى عودته الى المجتمع مرة أخرى عضواً ببناء يستطيع أن يعيش حياته دون معاناة بسبب اعاقته .
 - ٣ - انها تحتاج الى مؤسسات ومنشآت معدة لممارسة هذه الأنشطة ، والى برامج فنية قائمة على أسس عملية والى موظفين متخصصين والى تمويل مناسب .
 - ٤ - انها تستهدف اعادة المعاق للمجتمع والحد من أثر الاعاقة على أدائه واندماجه مع المجتمع وتكيفه مع بيئته
- هكذا نجد ان عملية التأهيل تتركز حول معاونة الفرد حتى يتم اعداده مهنيًا ويسترجع قدرته الانتاجية ويحقق استقلالاً اقتصادياً مناسباً . وكذلك نلاحظ أن مراحل عمليات التأهيل

وبرامجها ومجالاتها متشعبة ومتعددة وتتطلب تعاون فريق كبير من الاخصائيين والمتخصصين والمدرسين كالطبيب والمرضة والاختصاصي النفسي والموجه المهني والمدرس والمدرس المهني والاختصاصي الاجتماعي والاختصاصي العلاج الطبيعي واختصاصي علاج عيوب النطق والكلام والمدرّب الرياضي ومدرّب الهوايات والفنون والترويح واختصاصي التشغيل وغيرهم ممن يستعان بهم في تنفيذ برامج التأهيل الاجتماعي للمعاقين ، وهي عمليات مترابطة متكاملة تتطلب أن يعمل هؤلاء جميعاً كفريق في تآزر وتنسيق مستمر . تستهدف في نهاية المطاف وقاية الفرد من الوصول الى حالة العجز التي تعوقه عن تحقيق أكبر قدر ممكن من تنمية قدراته والاستقلال الاقتصادي والاستمتاع بحياته والتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه .

ضرورة الكشف المبكر عن حالات القصور الوظيفي أو الاعاقة :

أشرنا الى أن الوقاية من القصور الوظيفي أو الاعاقة أو التخفيف من أثارها على الفرد تمر بثلاث مراحل تشمل التدخل لمنع الاصابة أو حدوث العامل المسبب فإذا لم يتيسر ذلك تأتي اجراءات التدخل لمنع أو الاقلال من تأثير الاصابة على احداث القصور الوظيفي ، وإذا لم يتيسر ذلك ايضاً نلجأ الى المستوى الثالث من مستويات الوقاية وهو التدخل للحيلولة دون أو الاقلال من تطور القصور الوظيفي الى حالة مزمنة من حالات العجز أو الاعاقة . وفي بعض أنواع الاعاقة تختصر هذه المراحل الثلاث الى مرحلتين كما في معظم حالات التخلف العقلي حيث تؤدي الوراثة أو الاصابة أثناء الحمل أو الولادة أو بعد الولادة الى حالة اعاقه ان لم نسرع بالكشف المبكر عنها واعداد برامج المستوى الثالث عن طريق برنامج شامل للتأهيل تحولت الى حالة اعاقه أو عجز يستحيل معها تدريب الفرد على الاعتماد على نفسه واستغلال القدر المحدود من الذكاء المتبقي لتحقيق التوافق مع البيئة والوصول الى قدر معقول من الاستقلال الاقتصادي .

من البديهي اننا نقصد بالكشف المبكر للحالات التي لا تكون اعراضها ظاهرة ممكن التعرف عليها ووصفها عند حدوثها مباشرة ، والتخلف العقلي نموذج لهذه الحالات فقد يولد الطفل وهو متخلف عقلياً ولكن لا يعبر هذا التخلف عن نفسه بشكل اعراض يمكن ملاحظتها غالباً الا عند دخوله المدرسة حيث تفرض طبيعة المرحلة والبيئة استخدام القدرات العقلية ، فالتخلف العقلي المحدود (فئة المورون أى ذكاء ٥٠ - ٧٥ درجة) غالباً لا تصاحبه أعراض جسمية ، ومعنى هذا أن هناك فترة زمنية طويلة بين الاصابة بالتخلف العقلي وبين الكشف عنه في المدرسة ، وبهذا تضع فرص كثيرة لضمان نجاح برامج التأهيل وتخفيف حالة الاعاقه ، التي يمكن أن تنجح في تحقيقها أو الحيلولة دون حدوثها فاذا كان سبب التخلف العقلي هو اختلاف دم الأم عن دم الطفل من حيث عامل الريزوس RH واجرى فحص دم الطفل على أثر ولادته مباشرة واكتشف اختلافه عن دم الأم أمكن انقاذ الطفل من التخلف العقلي أو التخفيف من أثاره الى درجة كبيرة .

هذا مجرد مثال لبيان أهمية الكشف المبكر في اجراءات الوقاية بمستوياتها المختلفة .

والآباء في الاسرة هم أول من لديهم الفرصة للملاحظة أى قصور أو بعد عن الطبيعي بالنسبة لاطفالهم ويساعدتهم في ذلك طبيب الاسرة وكذلك المدرس في المدرسة وخاصة في رياض الاطفال أو دور الحضانه في ايجاد فرص كبيرة للتعرف على أى أعراض يمكن أن تؤدي الى حالة قصور

وظيفي أو اعاقة ، ومع هذا يجب أن يكون الحكم النهائي هنا للمختصين من أطباء وعلماء النفس وغيرهم وحيث يستدعى الامر تحويل الحالة فوراً الى الجهة المختصة لإجراء الفحوص اللازمة .

ونورد في الصفحات التالية قائمة بأسئلة تستطيع الأسرة استخدامها في ملاحظة تطور نمو الطفل بالاجابة على الاسئلة الواردة فيها منذ الشهر الاول بعد ولادة الطفل ، على أن تطرح من العمر شهراً أو أكثر في حالة الاطفال الذين يولدون قبل نهاية الشهر التاسع للحمل بشهر أو أكثر . فالطفل الذي ولد في الشهر الثامن وعمره الآن شهران يعامل كما لو كان عمره شهراً واحداً . على أن يستشار الطبيب المختص أو طبيب الأسرة في حالة ظهور عرض أو تأخير في أداء الطفل بعض الاعمال أو الانماط السلوكية التي تستعرضها هذه القائمة الأولية البسيطة التي أعدت فقط لمعاونة الابوين على الملاحظة والكشف المبكر عن أى قصور أو تأخر في النمو . كذلك يمكن الاستعانة بسجلات نمو الطفل التي تعدها معظم وزارات الصحة في دول الخليج أو تلك التي تصدرها منظمة الصحة العالمية أو أحد السجلات التي صدرت باللغة العربية في منطقة الخليج .^(٤)

٤ - د . عبدالعزيز الزامل - سجل الطفل السليم . الرياض - مكتبة دار العلوم ١٩٧٩ .

سجل ملاحظة نمو الطفل

العمر	اسم الطفل	تاريخ الميلاد	تاريخ الفحص
١ شهر واحد	هل يستطيع رفع رأسه وهو منبطح على فراشه ؟ هل يلاحظ أنه يتعرف على والدته عندما تكون في حقل نظره ؟	لا	نعم
٢ شهران	هل يبتسم ويأغي (بصوته) ؟	لا	نعم
٣ شهور	هل يستطيع أن يتابع بنظره جسم يتحرك ؟ هل يستطيع تنصيب رأسه ؟	لا	نعم
٤ شهور	هل يستطيع ان يمك بلعبة أو (شخشيخة) ؟ هل يستطيع ان يضحك بصوت مسموع ؟	لا	نعم
٥ شهور	هل بوسعه أن يصل ويمسك بأشياء قريبة منه ؟	لا	نعم
٦ شهور	هل يستطيع أن يقلب نفسه على الفراش ؟ هل بإمكانه أن يحرك رأسه ملتفتاً نحو الاصوات ؟ هل يستطيع أن يجلس بمساعدة بسيطة (بيد واحدة مثلاً) ؟	لا	نعم
٧ شهور	هل بإمكانه نقل شيء يمك به من يد الى أخرى ؟ هل يستطيع أن يجلس في لحظة بدون أن يسند ؟	لا	نعم
٨ شهور	هل يستطيع الجلوس بثبات حوالي خمس دقائق ؟	لا	نعم
٩ شهور	هل بإمكانه أن يقول ماما أو بابا ؟	لا	نعم
١٠ شهور	هل يستطيع أن يرفع نفسه ليقف بجوار سريره أو شيء مشابه ؟	لا	نعم
١١ شهراً	هل يستطيع ان يمشى مستنداً الى سريره أو أريكة أو حائط ؟	لا	نعم
١٢ شهراً	هل يستطيع أن يحرك يده بأى شيء ؟ هل يستطيع أن يمشى بأن يمك بيد واحدة يد شخص راشد ؟	لا	نعم
١٥ شهراً	هل بدأ يمشي وحده دون مساعدة ؟ هل يستطيع التعبير عن حاجته للشيء بأن يشير نحوه بأصبعه ؟	لا	نعم

سجل ملاحظات نمو الطفل

لا	نعم	هل يستطيع أن يبني برجاً من ثلاثة مكعبات خشبية ؟	١٨ شهراً
لا	نعم	هل أصبح لديه حصيلة لغوية ٦ كلمات ؟	
لا	نعم	هل يستطيع أن يجرى ؟	٢٤ شهراً
		هل يستطيع أن يصعد وينزل السلم	
لا	نعم	ممسكا (بالدرازين) ؟	
لا	نعم	هل ابتداءً يعبر عن نفسه بجملة من كلمتين ؟	
لا	نعم	هل يستطيع أن يقفز رافعا قدميه معا عن الارض ؟	٣٠ شهراً
لا	نعم	هل يستطيع أن يبني برجاً من ٦ مكعبات ؟	
		هل يستطيع أن يتعرف ويشير الى اجزاء من جسمه	
لا	نعم	اذا طلب منه ذلك ؟	
		هل يستطيع أن يستجيب منفذا تعليمات شفوية	٣ سنوات
لا	نعم	(دون اشارة) تتضمن الفاظ «تحت» «فوق» «وراء» ؟	
لا	نعم	هل يستطيع بناء برج من ٩ مكعبات ؟	
لا	نعم	هل يعرف وينطق اسمه سليما ؟	
لا	نعم	هل يستطيع أن ينقل رسم دائرة ؟	
لا	نعم	هل يستطيع أن يقف على رجل واحدة ؟	٤ سنوات
لا	نعم	هل يستطيع رسم خطين متقاطعين ؟	
لا	نعم	هل يستطيع استخدام الفعل الماضي ؟	
لا	نعم	هل يستطيع تنفيذ ٣ أوامر ؟	٥ سنوات
لا	نعم	هل يستطيع رسم مربع ؟	
لا	نعم	هل يستطيع المشي قفزا ؟	

ملحوظة :

نرجو أن نأخذ في الاعتبار ان هذه القائمة ليست سجلاً شاملاً يمكن الاقتصار على استخدامها في متابعة نمو الطفل ولكنها مجرد وسيلة تعين على التعرف المبدي على سلامة النمو الطبيعي فقط ولكنها لا تغني عن الاستعانة بطبيب الاطفال (طبيب الاسرة) أو أحد مراكز رعاية الطفولة والأمومة لعمل فحص دوري كل ٤ - ٦ شهور على الاقل .

الفصل السادس

البرامج الحالية في مجال الاعاقة بمنطقة الخليج

رغم حداثة الاهتمام بفئات المعاقين في منطقة الخليج العربي (الذي بدأ في أوائل الستينات) نستطيع أن نقول انها بداية مشجعة تحقق خلالها انجازات ذات وزن معقول ، وسنحاول في الصفحات التالية تحليل الوضع الراهن بإيجابياته ونواحي القوة فيه وسلبياته ونواحي الضعف والقصور بأمل الوصول الى تصور واقعي لدعم البرامج الحالية وتوفير المقومات التي تزيد من تغطيتها وترفع من فاعليتها مستقبلاً .

أولاً - النواحي الإيجابية الحالية في معالجة مشكلة الاعاقة في منطقة الخليج :

- ١ - بدأت معظم الدول في المنطقة وفي نطاق وزارات الشؤون الاجتماعية وبعض الجهات الرسمية الأخرى ، في تأهيل فئات مختلفة من المعاقين في مؤسسات متخصصة على أسس فنية سليمة وتتوسع في استيعاب اعداد أكبر من المعاقين بسرعة كبيرة والتركيز في برامج التأهيل بها على التدريب المهني .
- ٢ - قامت وزارات التربية في عدد من دول المنطقة بإنشاء فصول خاصة لفئات من الاطفال المعاقين بدرجة قليلة أو متوسطة نسبياً والتركيز في هذه الفصول على الجانب التعليمي .
- ٣ - انشأت وزارات الصحة في معظم دول المنطقة مراكز للتأهيل الطبي للمعاقين ومراكز العلاج الطبيعي والعيادات النفسية والمستشفيات والمراكز الصحية التي تسمح بتنفيذ بعض البرامج الوقائية من تحصين وعلاج مبكر وتحسين ظروف البيئة الصحية والتوعية الصحية وغيرها .
- ٤ - تستوعب البرامج الخاصة بتأهيل المعاقين في الدول التي بدأت مبكراً بعضاً من حالات الاعاقة في الدول المجاورة التي لم تبدأ برامجها بعد .
- ٥ - بدأت في دولتين على الأقل جهود أهلية (غير حكومية) بتقديم برامج للتأهيل لمساندة البرامج الحكومية بدعم تطوعي وجهود ذاتية مشجعة .
- ٦ - كبدية متواضعة بدأت في بعض كليات الطب ومدارس التمريض أقسام لاعداد المتخصصين في مجال العلاج الطبيعي وأمراض المفاصل .
- ٧ - بدأت بعض دول المنطقة الخطوة الأولى لدمج المعاق في المجتمع عن طريق انشاء جمعيات ونواد رياضية وثقافية يشترك في عضويتها وأنشطتها المعاقون مع اصدقائهم من

الأشخاص العاديين فضلا عن الاشتراك والاسهام في تنظيمات الحراك الدولي .

٨ - قامت معظم دول المنطقة بتكوين لجان وطنية للعام الدولي للمعوقين تمثل فيها كافة الوزارات والاجهزة والجمعيات الاهلية المعنية بالمشكلة تحقيقا للتنسيق والتخطيط في مجال الاعاقة وتكوين رأى عام مساند لقضايا المعاقين والعمل على دعم برامج رعايتهم وتأهيلهم ودمجهم في المجتمع ، كما تقوم بعض هذه اللجان بإنتاج وسائل تعليمية وافلام لتدريب العاملين في المجال وأجراء البحوث المسحية لتحديد حجم المشكلة وجمع البيانات عن توزيع حالات الاعاقة جغرافيا وحسب الجنس والاعمار ، وقد تحولت بعض هذه اللجان الى لجان وطنية دائمة تضم ممثلين لجهات رسمية وأهلية .

ثانيا - نواحي القصور الحالية في معالجة مشكلة الاعاقة في منطقة الخليج :

١ - معظم التخطيط للبرامج الخاصة لفئات المعاقين تتم على أساس قطاعي (وزارات الشؤون الاجتماعية والتربية والتعليم والصحة والجمعيات الاهلية) مما يترتب عليه الازدواجية والتداخل والثغرات وغياب التكامل والشمول .

ومع ان معظم دول المنطقة قد كونت لجانا وطنية للعام الدولي للمعوقين تمثل فيها الوزارات والاجهزة الحكومية والجمعيات الاهلية المعنية وقامت بعضها بأنشطة ووضعت مخططات وبرامج أكثر تكاملا من الخطط القطاعية الا أن غالبيتها تقتصر الى الاستمرارية وصلاحيات التنفيذ . كذلك كونت بعض الدول لجانا وزارية دائمة ولكن نشاطاتها لا زالت محدودة . الامر الذي يتطلب تحويل هذه اللجان الى مجالس دائمة ودعمها بالصلاحيات اللازمة .

٢ - معظم المشروعات في مجال التأهيل الشامل للمعاقين تعتمد اساسا على انشاء المؤسسات المتخصصة التي يعزل فيها المعاق عن بيئته ومجتمعه على حساب البرامج التي توفر الخدمات اللازمة وتسمح باشتراكه واندماجه في المجتمع واشراك الاهالي ومؤسسات المجتمع وازالة الحواجز من بيئة المجتمع والعقبات التي تعترض عملية ادماج المعاق في مجتمعه .

٣ - تركز معظم برامج الدول على الجوانب العلاجية للفئات المختلفة من المعاقين بينما الجانب الوقائي وهو الأكثر فاعلية والأقل تكلفة لا يلقى الاهتمام الكافي .

٤ - تفتقر معظم اجهزة التخطيط في دول المنطقة الى الاحصاءات الاساسية الدقيقة عن حجم مشكلة الاعاقة واعداد ونسب المعاقين موزعة حسب السن والجنس والموقع الجغرافي والاوزاع الاجتماعية والاقتصادية وحسب نوع ودرجة الاعاقة واسبابها وغيرها من الاحصاءات الاساسية لوضع سياسة الدولة ورسم سلم الاولويات ووضع خطة وطنية لتأهيل المعاقين وبرنامج شامل للوقاية من الاعاقة والحد من نتائجها .

٥ - البحوث التي أجريت في مجال الاعاقة سواء منها المتعلق بحالات الاعاقة وأسبابها أو بتجريب وتقييم أساليب التأهيل (بمعناه الواسع : التأهيل الطبي والاجتماعي والتربوي

والنفسى والمهني والرياضي والعلاج الطبيعى وأساليب معالجة عيوب النطق والكلام والحركة .. الخ) ، كلها جوانب لم يتطرق اليها البحث العلمى الميدانى بما يكفل توفير البيانات الكاملة والوصول الى الأساليب الناجحة الأكثر فاعلية فى عملية التأهيل مما يتطلب توفير الامكانيات الفنية - البشرية - والمادية لاجراء هذه البحوث .

٦ - اعداد الكوادر البشرية - وخاصة الوطنية منها - العاملة فى مجال المعاقين من أطباء وهيئات التمريض وأخصائىين واجتماعيين ونفسيين وعلاج طبيعى وأخصائىين علاج عيوب النطق والكلام والمدرسين المؤهلين لتعليم المتخلفين عقليا والصم والبكم والمكفوفين وغيرهم من فئات التأهيل المهني لم تلق اهتماما يذكر حتى الآن ، والواقع ان هذه المشكلة ليست قاصرة على منطقة الخليج ولكنها تمتد لتشمل معظم دول العالم العربى ولعلنا لا نبالغ كثيرا إذا أكدنا ان من أهم معوقات اتساع برامج تأهيل المعاقين فى منطقة الخليج والعالم العربى إنما ترجع لعدم توفر الكوادر الوطنية والعربية المؤهلة والمدربة على تنفيذ تلك البرامج مما يتطلب الاسراع باتخاذ خطوات فورية من جانب الجامعات وكليات الطب والتمريض والوزارات المعنية فى المنطقة لاعداد وتدريب الكوادر الفنية والعمل على جذب العناصر الشابة من المواطنين للالتحاق بالأقسام الخاصة بالجامعات والمعاهد العليا والمتوسطة التي تفتح اقساماً لتأهيل هذه الفئات وذلك عن طريق الاعلام وتوفير الحوافز المادية والأدبية للعاملين فى مجال تأهيل المعاقين .

٧ - النشاط الأهلى فى مجال المعاقين لازال محدودا فى المنطقة ويحتاج الى دعم مادى وأدبى وإعلامى ويفتقد الكوادر الفنية المدربة كما تخلو المنطقة من جمعيات أهلية لرعاية الفئات المختلفة للمعاقين أو المعاقين بصفة عامة بين الآباء والأمهات تعطي رعاية ابنائهم دفعة وتكون رأيا عاما يساند القضية ويوفر لها الدعم الكافى .

٨ - يكاد لا يتوفر فى المنطقة أجهزة أو مؤسسات للتنسيق وتبادل الخبرات بين دول المنطقة (على المستوى الاقليمى) مثل اتحاد خليجى للهيئات العاملة فى مجال المعاقين أو أندية للمعاقين أنفسهم (فيما عدا بداية مشجعة لاتحاد الحراك الدولى) .

هذا عرض سريع للايجابيات والسلبيات بالنسبة لبرامج التأهيل والوقاية فى مجال الاعاقة ليس أكثر من تناول أهم جوانب المشكلة فمن المتعذر فى مثل هذا البحث الحصر الشامل لمجال كبير من هذا النوع .

الملاحق

ملحق رقم (١)

مشكلة التخلف العقلي - أسبابها وطرق الوقاية منها

يخلط البعض بين التخلف العقلي Mental Retardation وبين المرض العقلي أو الجنون Mental Illness وقد يعتبرونهما شيئاً واحداً فينظرون الى متخلف العقل على انه مريض عقليا والواقع غير ذلك وان كانت هناك بعض حالات يجتمع فيها التخلف العقلي والمرض العقلي في شخص واحد .

والواقع ان التخلف العقلي حالة وليس مرضا فالمرض العقلي أو الجنون عبارة عن اختلال في التوازن العقلي ، أما التخلف العقلي فهو نقص في درجة الذكاء نتيجة التوقف في نمو الذكاء بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء (التخلف عقليا) وبين الشخص العادي فرقا في الدرجة وليس فرقا في النوع .

وهو يحدث ويمكن ملاحظته في مرحلة الطفولة ولا يصيب الفرد بعد مرحلة المراهقة ، فالمعروف ان الذكاء يستمر في النمو خلال مراحل الطفولة حتى نهاية المراهقة فاذا ما حدث توقف لنمو الذكاء خلال تلك الفترة سواء نتيجة لسبب وراثي (وهو الاغلب) أو نتيجة لسبب بيئي ترتب عليه بطء أو قصور نمو ذكاء الفرد ، بمعنى مثلا ان يكون عمره الزمني عشرة أعوام بينما مستوى ذكائه لا يزيد عن مستوى ذكاء طفل عمره ست سنوات ، (وعندئذ نقول ان عمره العقلي ٦) أو قد يكون عمره الزمني ١٨ سنة ولا يزيد ذكاؤه عن ذكاء طفل عمره ١٠ سنوات (وعندئذ نقول ان عمره العقلي ١٠) ، وعلى هذا ليس هناك علاقة بين التخلف العقلي وبين المرض العقلي (الجنون) ولا يمكن ان نسمي المجانين متخلفين عقليا ، فالجنون قد يكون عادي الذكاء بل وقد يكون عبقريا وليس ذكيا فقط .

وقصور أو تخلف الذكاء إذن مشكلة نمو ، فذكاء الطفل ينمو بالتدرج بعد الميلاد كما ينمو جسمه ، فالطفل بعد ولادته يظل ينمو بالتدرج ليتحول من طفل رضيع الى شاب يافع مكتمل النمو عند سن العشرين تقريبا ، فهو في الطول مثلا يبدأ من أقل من نصف متر الى أن يصل الى أكثر من متر ونصف ، ولكن سرعة نمو الطفل تختلف بدليل أننا نجد أن الاطفال المتساوين في العمر مختلفون في الطول ، فكل طفل يسير في نموه وفق سرعة خاصة به ، وأحيانا نجد طفلا أقصر بكثير من أقرانه بسبب البطء الشديد في نموه الذي قد يرجع الى أسباب وراثية أو غير ذلك من الأسباب لدرجة أنه قد يصل الى سن الرشد ومع هذا يظل أقصر بكثير من غيره .

ولكن نمو الطفل لا يقتصر على زيادته في الطول ، فالطفل له عقل وذكاء ينمو أيضا كما ينمو في طوله ووزنه . وكما تختلف سرعة النمو في الطول تختلف سرعة النمو في الذكاء أيضا وكما قد

يحدث ببطء أو تخلف في نمو الطول قد يحدث أيضا ببطء أو تخلف في نمو العقل والذكاء ، فكما نجد طفلا في الثامنة من عمره لا يزيد طوله عن طول طفل عمره أربع أو خمس سنوات قد نجد طفلا في الثامنة من عمره لا يزيد في نمو ذكائه عن ذكاء طفل عمره أربع أو خمس سنوات وكما نقول أن الطفل الأول قصير أو قزم أو متخلف في الطول عن زملائه ممن هم في مثل سنه نقول ان الطفل الثاني متخلف عقليا عن أمثاله من الاطفال الآخرين ، التخلف العقلي اذن درجات كما ان التخلف في النمو في الطول درجات أيضا ، فكما ان هناك الطفل الاقصر قليلا من أقرانه والطفل القصير جدا والطفل القزم ، هناك أيضا الطفل المتوسط التخلف في نموه العقلي والطفل الذي يعاني من تخلف عقلي بسيط والطفل الذي يعاني من تخلف عقلي شديد ، وتبلغ نسبة المتخلفين عقليا حوالي ٣٪ من أفراد المجتمع .

أسباب التخلف العقلي :

اهتمت الدراسات والبحوث العلمية من قديم الزمن بتحديد العوامل المسببة للتخلف العقلي وأساليب الوقاية والعلاج وبالرغم من أن العلم لم يتقدم كثيرا في الوصول الى أسباب العلاج وطرق الوقاية إلا أن الكثير قد عرف عن أسباب التخلف العقلي في السنوات الاخيرة .

فقد نشرت في هذه السنوات الاخيرة نتائج العديد من البحوث التي أجريت في الخارج لتحديد العوامل المسببة للتخلف العقلي كأساس للوصول الى أسباب ذات فعالية في العلاج والوقاية تسهم في الحد من خطورة المشكلة .

وقد أدت الجهود المضنية التي بذلت في الدوائر العلمية الطبية والنفسية العالمية والنتائج التي توصلت اليها تلك البحوث الى درجة من النجاح في تحديد بعض أسباب التخلف العقلي ونلخصها فيما يلي :

- ١ - عوامل وراثية (جينية) ناتجة عن تاريخ تخلف عقلي لدى الآباء والأجداد .
- ٢ - شذوذ وراثي في تكوين عدد الكروموسومات Chromosome Ubnormality .
- ٣ - عوامل وراثية فطرية مؤدية الى خلل في التمثيل الغذائي وخاصة تمثيل البروتين مثل Galactosemia أو Phynylketonurea .
- ٤ - اختلاف أو عدم تشابه دم الأم ودم الطفل (RH. Factor) .
- ٥ - الاستخدام الزائد لاشعة اكس أو النظائر المشعة في علاج الأم اثناء الحمل .
- ٦ - اصابة الأم بالزهري أو بالحصبة الالمانية أو غيرها من الامراض الفيروسية اثناء الفترة الأولى من الحمل .
- ٧ - ادمان الأم المخدرات أو المسكرات اثناء الحمل .
- ٨ - انحباس أو نقص الاكسجين عن الجنين في المرحلة الأخيرة من الحمل أو التقاف الحبل السري .
- ٩ - الولادة العسرة القيصرية والجافة .
- ١٠ - اصابة الجمجمة أو المخ اثناء الولادة أو بعدها (نتيجة صدمة أو حادث أو خراج أو التهاب في المخ أو نتيجة استعمال الجفت أو الشفط في الولادة) .
- ١١ - اصابة الطفل بعد الولادة - وقبل البلوغ - باحدى الحميات التي تؤثر على خلايا المخ (الحمى الشوكية) أو بأحد أنواع الشلل المخي أو الحصبة .

- ١٢ - اضطرابات الغدد الصماء قبل أو بعد الولادة ومنها ضمور الغدة التيموسية أو تضخم الغدة الدرقية .
- ١٣ - التسمم بمركبات الرصاص أو استنشاق أبخرته أثناء الطفولة المبكرة أو التسمم بالزرنيخ أو أكسيد الكربون .
- ١٤ - السقوط أو اصطدام الجمجمة بشدة في مرحلة الطفولة قبل المراهقة بصورة يترتب عليها تلف بعض أجزاء المخ أو الإصابة ببعض الأورام .
- ١٥ - سوء التغذية الشديد للطفل وخاصة إذا تميز غذاء الطفل بنقص شديد في البروتين في السنة الأولى من عمره وقد اثبتت البحوث الحديثة ان سوء التغذية إذا تكررت لعدة أجيال في الأسرة يمكن أن يؤدي الى تخلف عقلي عند اطفال الاجيال الاخيرة منها .
- ١٦ - التشوهات الخلقية في الجمجمة كصغر حجمها أو نقص جزء من المخ أو كبر حجم الدماغ أو تلف خلايا المخ .
- ١٧ - البيئة الفقيرة ثقافيا التي تفتقر الى الانشطة الذهنية الحافزة لذكاء الطفل في مراحل نموه الأولى تعتبر مسؤولة عن نسبة عالية جدا من حالات التخلف العقلي البسيط (المورون) .
- ١٨ - أسباب أخرى غير معروفة قبل الولادة أو بعدها .

وبالرغم من أن الدوائر العلمية المتخصصة تعتقد ان كل هذه الاسباب تعتبر مسؤولة عن ٢٥٪ فقط من حالات التخلف العقلي وان بقية الحالات ترجع الى اسباب مجهولة أو مشكوك فيها تقدر بحوالي ٥٠٠ سبب ، فان برامجنا العلاجية والوقائية تستطيع ان تستفيد من القدر المحدد من المعرفة التي توصلنا اليها نتيجة تلك البحوث وخاصة اذا ادركنا ضخامة عدد حالات التخلف العقلي الذي يمكن ان يترتب على بعض هذه الاسباب التي تم الكشف عنها . وسنقتصر في عرضنا هذا على أربع من أهم الحالات التي تؤدي الى تخلف عقلي تم التوصل فيها الى اجراءات علاجية وقائية وثبت انها تصبح وحدها مسؤولة عن ٣٠٪ على الأقل من حالات التخلف العقلي اذا أهمل علاجها .

١ - حالات خلل التمثيل الغذائي وأهمها حالة Phenylketonurea :

وهي حالة تورث من جيل الى جيل وقد اثبتت الدراسات الاحصائية التي أجريت في الدنمارك على أن من بين كل مائة طفل حديث الولادة يوجد ثلاثة اطفال يعانون من هذا المرض ، واذا أهمل علاجهم انتهى بهم الأمر الى حالة تخلف عقلي شديد . فالمعروف ان جسم الانسان يحتاج الى عدد كبير من الاحماض الأمينية يصل عددها الى ٢٢ حمضا أمينيا لبناء أنسجته وهو يحصل على هذه الاحماض الامينية من البروتينات التي تدخل في تركيب كثير من المواد الغذائية كالالبان واللحوم والبقول . وقد تبين منذ القدم ان بعض الاطفال يولدون ولديهم قصور في القدرة على تمثيل أحد أنواع هذه الاحماض الأمينية وهو الفينيلالانين Phenylalanine وقد ثبت أن أقل قدر من هذا الحمض الأميني في الدم اذا لم يمثل يصبح ذا أثر سام ومدمر لخلايا المخ والانسجة العصبية ويمكن أن تظهر آثاره في البول والدم ويعرف طبيا باسم فينيلكيتون ويمكن الكشف عليه بسهولة باختبار PKU وذلك باضافة قطرة من محلول تركيزه ١٠٪ من كلوريد الهيدريك على البول فيظهر لون أخضر ذو زرقه اذا احتوى البول على هذا الحمض الأميني ولون اصفر اذا كان خاليا منه ، كما يمكن الكشف عليه في الدم . ويجرى هذا الاختبار عند حوالي الاسبوع الثاني

بعد الميلاد ويمكن اذا اكتشف قبل نهاية الشهر الثاني من عمر الطفل علاج الحالات المصابة لانقاذ الطفل من الوفاة أو من التخلف العقلي المتوقع . ويتلخص العلاج في تجنب الاغذية التي تحوى بروتينا ينتج بعد هضمه هذا الحمض الاميني . وقد وجد ان اللبن يعتبر من أغنى المصادر للحمض الأميني «فينايالانين» ولهذا يمنع اللبن من غذاء الطفل ويستعاض عنه بمنتجات فول الصويا ، على أن يكرر الكشف باجراء اختبار PKU على فترات للتأكد من تناقص كمية الحمض الأميني المذكور في دم الطفل خلال السنوات الأربع الأولى من عمره . وقد أظهرت متابعة عدد كبير من هذه الحالات نجاحا كبيرا وتقدما ملحوظا في النمو العقلي حتى يصبح طبيعيا في السنة الخامسة من عمر الطفل .

هذا وقد جعلت بعض الدول الكشف على هذا الخلل في التمثيل الغذائي اجباريا على الاطفال خلال الشهور الثلاثة الأولى بعد الميلاد بل وتلجأ بعض الدوائر الطبية الى اجراءات غاية في البساطة لتسهيل اجراء الاختبارات الخاصة به ، ففي بعض دول غرب أوروبا تعد مظاريف صغيرة بكل منها ابرة معقمة وقطعة من النشاف وبطاقة بيانات وتعليمات . وتوضع المظاريف تحت تصرف مستشفيات وعيادات الولادة والاباء والامهات وما ان يولد الطفل حتى تستخدم الابرة المعقمة في الحصول على قطرة من الدم على قطعة النشاف بوحز كعب رجله ثم تملأ بيانات البطاقة التي تتضمن اسم الطفل ووالديه وعنوانه واسم طبيب الاسرة ثم توضع البطاقة وقطعة النشاف في المظروف المطبوع عليه عنوان مركز يقوم بتحليل قطرة الدم مستخدما اختبار معروف باسم PKU فاذا ما تبين من نتيجة الاختبار وجود المرض أخطر طبيب الاسرة مباشرة للبدء في العلاج الذي يتلخص في تغيير غذاء الطفل وبهذا ينقذ الطفل من الاصابة بالتخلف العقلي .

٢ - حالات عدم تطابق دم الطفل ودم الام من حيث العامل الريزيثي Rh-Factor :

سبق وأوضحنا ان من الحالات التي ثبت انها تؤدي الى الضعف العقلي هو اختلاف دم الام عن دم الطفل من حيث العامل Rh وقد ثبت ان ٨٦٪ فقط من البشر يحملون العامل (Rh+) في دمهم و١٤٪ دمهم (Rh-) واذا كان دم الام (Rh+) ودم الطفل (Rh-) ترتب على ذلك عدم تكامل نضج الكرات الحمراء التي تتكون في نخاع العظم وزيادة نسبة الصفراء في الدم والتي تؤثر على خلايا المخ ووظائفه وقد تؤدي الى وفاة الطفل أو الى حالة تخلف عقلي شديد ان لم تعالج في خلال الاسابيع الستة الأولى من حياة الطفل عن طريق نقل الدم المخالف من حيث عامل الـ Rh من وإلى الطفل . ولهذا يؤكد البحث ضرورة تكرار الكشف عن دم الام اثناء الحمل وعن دم الطفل على اثر ولادته مباشرة لتحديد مدى تشابه أو اختلاف نوعي الدم (Rh+ أو Rh-) واتخاذ الاجراءات العلاجية السريعة .

٣ - حالات الخلل أو الشذوذ الكروموسومي Chromosome Ubnormality :

تبين من البحوث والدراسات الاحصائية ان الشذوذ أو الخلل الكروموسومي يعتبر أكبر سبب من أسباب التخلف العقلي فهو مسؤول عن ١٠٪ من حالات التخلف العقلي ، بل وثبت أيضا أن هذا الخلل يؤدي الى وفاة طفل من كل ١٥٠ طفلا حديث الولادة وانه مسؤول عن ٢٥٪ من حالات الاجهاض في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل وعن ٥٠٪ من حالات العقم عند النساء Female Sterility وعن ٢٠٪ من حالات العقم عند الرجال with primary Amenorrhea وبالرغم من أن

البحوث التي أجريت في السنوات الاخيرة على حالات الشذوذ الكروموسومي لم تصل الى وسائل ناجحة للوقاية من حدوث الشذوذ إلا أنه أصبح من السهل الآن التعرف على عدد من الصور المختلفة لهذا الشذوذ ، فأمكن مثلا عن طريق الفحص الميكروسكوبي لقطرة من الدم عزل بعض الخلايا في مراحل انقسامها وفحص كروموسوماتها وقد أمكن على سبيل المثال فحص دم آباء الاطفال المتخلفين عقليا (من فئة المغول) في حالة رغبتهم في انجاب طفل آخر والتنبؤ بما إذا كان طفلهم التالي سيكون متخلفاً عقلياً أم لا ، كما أمكن التنبؤ بالصور التي سيشب عليها الطفل المتخلف عقليا في المستقبل باجراء هذا التحليل على دمه في السنوات المبكرة من عمره . وفي يناير ١٩٧٠ م نشر المركز القومي للبحوث العلمية عن التخلف العقلي في الدنمارك بحثا بين امكان التنبؤ بما اذا كان الطفل سيولد طبيعيا وينمو الى قدرته العادية أو سيولد متخلفا عقليا عن طريق اجراء فحص وتحليل ميكروسكوبي لقطرة من السائل الجنيني amniotic fluid تؤخذ من رحم الأم اثناء الاسبوع العاشر أو الثاني عشر من فترة الحمل . وقد ورد في التقرير المذكور ان هذا التحليل يمكن ان يترتب عليه اذا سمحت بذلك القوانين الشرعية استخدام الاجهاز الصناعي لتجنب ولادة طفل متخلف عقليا .

٤ - حالات سوء التغذية وانخفاض المستوى الثقافي :

من البحوث التي غيرت نتائجها الكثير من المفاهيم القديمة عن نمو الذكاء تلك البحوث التي أجريت على أثر سوء التغذية وخاصة اذا استمرت لعدة اجيال على نمو ذكاء اطفال الاسر التي تعاني من النقص الغذائي اما بسبب الفقر أو الجهل بالاصول العلمية السليمة للغذاء الكامل فقد اثبتت نتائج تلك البحوث بما لا يدع مجالاً للشك ان نسبة كبيرة من حالات التخلف العقلي وخاصة من فئة المورون (ذكاء ٥٠ - ٧٥) ترجع الى هذا السبب وحده . ومن جهة أخرى اثبتت البحوث علاقة البيئة الثقافية التي تنخفض فيها نسبة التعليم والتي يعيش فيها الطفل سنوات حياته الأولى بنمو الذكاء فقد وجد أنه حيث ينتشر الجهل والامية ولا تتوفر العوامل المثيرة للنشاط العقلي Intellectual Stimulation تزداد نسبة التخلف العقلي بين الاطفال ، فنمو الذكاء يتأثر ولا شك بخبرات الطفولة ومدى توافر الحوافز الذهنية وفرص التعليم المبكر والتفاعل الفكري المتصل ، وليس أدل على ذلك أكثر مما جاء في عرض لنتائج البحوث التي أجريت في هذا المجال .

وقد ثبت بتكرار الملاحظة في عدد من عمليات المسح العلمي التي أجريت ان الاطفال الذين يأتون من بيئة تعاني من هذا القصور ومن أسر لا يجدون فيها الآباء الذين يجعلون حياتهم غنية بقراءات يقرؤونها لهم ويتحدثون اليهم ويلعبون معهم ويستمعون معهم الى الراديو ويشاهدون التلفزيون وتتوافر لديهم الكتب المصورة المشوقة والخبرات العلمية الدسمة . هؤلاء الاطفال يصلون الى المدرسة وهم متخلفون كثيرا عن زملائهم ويبدأون حياتهم المدرسية في اطار من الفشل الذي ينتهي بهم الى صورة من صور التخلف العقلي . وقد دلت التجارب التي أجريت على امثال هؤلاء الاطفال الصغار على أن سرعة المبادرة باعداد برنامج تعليمي غني بالخبرات والمثيرات الحسية المنبهة للتفكير خلال سنوات الحضانة أو ما قبل المدرسة الابتدائية يمكن أن يكون له أثر فعال في وقايتهم من التخلف العقلي مستقبلا .. أخذا في الاعتبار بطبيعة الحال خلوهم من أي عامل وراثي له علاقة بالتخلف العقلي .

وقد بعثت النتائج التي أدت إليها البحوث الحديثة في ميدان التعليم وطرق التعليم أملا جديدا في رفع مستوى الكفاية في تعليم هؤلاء الاطفال .

وهناك الكثير من التطورات التي حدثت في هذا الميدان وأهمها الآلات التعليمية التي استخدمت بنجاح ملموس في عدد من مراكز ومدارس المتخلفين عقليا ، وتعتمد هذه الآلات على نظرية التعليم المبرمج حيث تعطي الآلة للطفل الذي يجلس أمامها جرعات صغيرة من المعلومات التي تناسبه مصحوبة بأسئلة بسيطة يجيب عليها الطفل ثم تعطيه الآلة الاجابة الصحيحة فورا ليعرف ما اذا كانت اجابته صحيحة أو خاطئة فتصححها له ثم تنتقل الآلة بالطفل الى جرعة أخرى من المعلومات وهكذا تنتقل به من معرفة بسيطة الى معلومات أكثر عمقا بتدرج بطيء يتناسب مع قدرة كل طفل على حدة ، وبهذا تبني في الطفل ثقته في نفسه .. وقد أمكن عن طريق هذه الآلات تعليم الاطفال المتخلفين عقليا معلومات لم تكن تتصور أنه يمكن أن يلموا بها .

البرامج الوقائية :

والواقع أن عجز العلم عن الوصول الى علاج وشفاء حالات التخلف العقلي قد وجه جهود العلماء للتركيز على الاجراءات الوقائية وخاصة أن الوقاية دائما لا تحتاج من الجهد والمال ما تحتاجه متطلبات العلاج ، ونحن في العالم العربي اليوم في حاجة الى البدء في تخطيط للبرامج الوقائية على أسس علمية سليمة ، ونظرا لأن التخلف العقلي يستحيل علاجه بعد حدوثه فإنه غالبا يتعذر التمييز بين اجراءات الوقاية على المستوى الثاني عن اجراءات المستوى الثالث كما هو الحال مثلا في حالات حوادث الطرق أو العمل والمنزل حيث يمكن منع حدوث القصور الوظيفي أما في حالة التخلف العقلي فيكاد يكون ذلك مستحيلا في معظم الحالات .

ومن البديهي أن الوقاية من الاصابة بالتخلف العقلي تكاد تكون مستحيلة بالنسبة للحالات الوراثية أو تلك التي أصيبت بتلف في المخ ، فخلايا المخ التي دمرت لسبب أو آخر يستحيل تعويضها بخلايا أخرى جديدة مما يستحيل معه تجنب ما يترتب على ذلك من تخلف عقلي للطفل عندما يكبر ، وكل ما يمكن عمله هو تخطيط البرامج المتخصصة الغنية بالأنشطة التي تساعد هؤلاء الاطفال على استغلال ما تبقى لديهم من قدرات عقلية الى أقصى حد ممكن (مستوى ثان وثالث وقاية) .

برامج الوقاية على المستوى الأول :

أما اذا كان التخلف العقلي المحتمل راجعا الى العوامل المسببة التي تحدث أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها مثل الاسباب الثلاثة السابقة أو حالات نقص الاكسجين أو التغذية أو الاصابة بالامراض الفيروسية كالحصبة الالمانية أو الالتهاب السحائي أو حالات التسمم .. الخ فإن البرامج الوقائية يمكن ان تكون ذات فعالية وكفاية عالية اذا ما خططت على أساس سليم وتوفرت لها الخبرات العلمية والامكانيات المادية الكافية قبل حدوثها بوقت كاف (مستوى اول) .

ففي مجال الوقاية يمكننا النجاح في انقاذ عشرات الآلاف من الحالات التي كان من المحتم اصابتها بتخلف عقلي متوسط أو بسيط لو اننا اهتمنا بالاجراءات الوقائية التالية :

- ١ - اجراء الفحص الكروموسومي اثناء الحمل وكذلك اجراء فحوص الدم للعامل Rh على الام والطفل عند الميلاد واجراء اختبار PKU على الطفل في الاسابيع الاولى بعد الميلاد والاسراع بعلاج الحالات الايجابية منها .
 - ٢ - وقاية الام اثناء الحمل من اصابات الحصبة الالمانية والسعال الديكي والتهابات الغدد الصماء وغيرها مما قد يؤثر على نمو خلايا مخ الجنين .
 - ٣ - فحص وتوجيه الراغبين في الزواج وخاصة من افراد الاسر التي ظهرت فيها حالات تخلف عقلي أو ثبت ذلك عن طريق الفحص الكروموسومي أو غيره من الفحوص الطبية .
 - ٤ - زيادة الرعاية الصحية للامهات اثناء الحمل والاهتمام بتوفير الغذاء الكامل للاطفال وخاصة الاغذية الغنية بالبروتين .
 - ٥ - الاهتمام ببرامج تنظيم الاسرة وخاصة ما يهدف منها الى خدمة الاسرة التي تعاني من امراض وراثية مؤدية الى تخلف عقلي .
 - ٦ - تجنب تعريض الام لاشعة اكس وللعلاج بالنظائر المشعة اثناء فترة الحمل .
 - ٧ - تجيز بعض الدول التشريعات التي تحرم زواج المتخلفين عقليا أو تحتم تعقيمهم قبل الزواج . وحتى تبدى الدوائر الدينية والتشريعية في العالم العربي رأيا في امثال هذه التشريعات لابد من رفع وعي المواطنين نحو تجنب الزواج من الاقارب في الاسر التي يوجد في تاريخها حالات ضعف عقلي .
 - ٨ - وقاية الاطفال من الاصابة ببعض الحميات التي تصيب المخ والاجهزة العصبية مثل الالتهاب السحائي .
 - ٩ - وقاية الاطفال اثناء الولادة وبعدها من اصابات الجمجمة والمخ .
 - ١٠ - تخطيط برامج التوعية لمشكلة التخلف العقلي وأسبابها واعراضها للشباب والآباء والامهات باستخدام وسائل الاعلام وكذلك ادخال دراسة هذه المشكلة في برامج اعداد المدرسين والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين والاطباء والتأكيد على البرامج الوقائية وأهمية الكشف المبكر .
 - ١١ - توعية الامهات بالاجراءات الوقائية ضد اصابات الاطفال بحالات التسمم وخاصة بمركبات الرصاص التي تستخدم أحيانا في دهان لعب الاطفال .
 - ١٢ - يجب أن تأخذ البرامج الوقائية في اعتبارها ان الظروف الاقتصادية والاجتماعية والفقر والجهل ونقص التغذية وعدم توفر الانشطة الذهنية الحافزة للذكاء اللازمة لصقله وتنميته في البيئة التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره ، هذه جميعها مسؤولة الى حد كبير عن نسبة عالية من المتخلفين عقليا (وخاصة من فئة المورون) ولهذا يجب العمل على تحسين ورفع مستوى المعيشة والظروف الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والصحية التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره .
 - ١٣ - الاهتمام بتشجيع البحوث في كافة ميادين التخلف العقلي والاتصال بالهيئات العلمية الدولية التي تعمل في تلك الميادين والاستفادة من نتائج بحثها أولاً بأول .
- تلك هي بعض مقومات البرامج الوقائية على المستوى الأول نتوجه بها الى المسؤولين في الدوائر الطبية والتربوية والاقتصادية وغيرها ، نأمل ان تلقى استجابة عاجلة من أجل اطفال اجيالنا القادمة .

برامج الوقاية على المستويين الثاني والثالث :

وفيما يلي بعض الاجراءات الاساسية التي يمكن ان يسعى الى تحقيقها برنامج الوقاية على المستويين الثاني والثالث :

- ١ - تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق الاشتراك في المواقف والخبرات الاجتماعية المناسبة المتكررة .
 - ٢ - تحقيق التكيف والتوافق الانفعالي والاستقلال الذاتي في الاسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل للصحة النفسية .
 - ٣ - تنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة عن طريق برنامج متكامل للتربية الصحية . ويتضمن بالاضافة الى ذلك اكتساب المهارات اللازمة لاتقاء وتجنب الحوادث مثل اخطار المرور والحريق والتسمم والجروح وغيرها .
 - ٤ - اكتساب المهارات الاكاديمية الاساسية من قراءة وكتابة وحساب عن طريق برنامج تعليمي مناسب .
 - ٥ - تعليم الطفل ليكون عضوا في أسرة ومجتمع اكبر عن طريق برنامج ثقافي يؤكد مقومات الاسرة والوطن ويعتمد على المشاركة في مواقف مشوقة .
 - ٦ - تحقيق الاستقرار النفسي والتوافق الصحي عن طريق برنامج متكامل للرعاية النفسية والطبية لعلاج الاضطرابات النفسية وعيوب النطق والكلام والتأزر الحركي التي تصاحب التخلف العقلي أو تأتي نتيجة له .
 - ٧ - اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة للقيام بالاعمال اليومية مثل استخدام المواصلات والتعامل بالارقام .. الخ .
 - ٨ - اكتساب القدرة على شغل وقت الفراغ عن طريق برنامج للنشاط الترفيهي .
 - ٩ - الاعداد المهني للالتحاق بعمل مناسب يضمن تحقيق قدر معقول من الاستقلال الاقتصادي والتوافق المهني عن طريق برنامج توجيه وتدريب مهني يتفق مع قدرات الطفل العقلية ونواحي القصور الجسمي الأخرى .
- هذا ويجب أن يتوجه برنامج مستوى الثالث للوقاية نحو تحقيق الأهداف الثلاثة الآتية :

أولاً : التوافق الشخصي والانفعالي .

ثانياً : التوافق الاجتماعي .

ثالثاً : التوافق الاقتصادي .

والواقع ان الأهداف الثلاثة السابقة لا يمكن تحقيقها بطريقة مستقلة بخبرات مباشرة مخصصة يعمل كل منها على تحقيق هدف واحد معين ، ولكن البرنامج بأكمله وبكل ما يتضمنه من خبرات في الفصل الدراسي أو الملعب أو الورشة يعمل على تحقيق هذه الأهداف مجتمعة فهي جميعا خبرات تكون المحور المتماusk للبرنامج بأسره ، وإذا أخذنا على سبيل المثال المهارات الاكاديمية فإننا لا يمكن أن نعتبرها هدفا في حد ذاتها ولكنها تعتبر أدوات تستهدف تحقيق أكبر قدر ممكن من التكيف مع المجتمع والاستقلال الاقتصادي في حدود امكانياته بحيث لا يصبح عالة على المجتمع ، وعلى ان تهتم في هذه المرحلة بالاجراءات التالية :

- ١ - الاكتشاف المبكر لحالات التخلف العقلي قبل أن يستفحل الخطر وتصبح بعده البرامج العلاجية عديمة الجدوى .
- ٢ - تدريب الآباء والأمهات على احترام السلوك الشخصي للمتخلف عقليا وتقبله .
- ٣ - تكوين رأى عام حول المشكلة يكون له ثقله ويصبح قوة ضاغطة مؤثرة في الجهازين التشريعي والتنفيذي .
- ٤ - التوسع في خدمات رعاية وتأهيل المتخلفين عقليا حتى تمتد هذه الخدمات لتشمل أكبر عدد ممكن من هؤلاء الأطفال .
- ٥ - التوسع في البرامج التدريبية لاعداد القادة في ميادين الرعاية الاجتماعية والنفسية والتربوية والصحية والمهنية للمتخلفين عقليا .
- ٦ - الاهتمام باستخدام كافة وسائل الاعلام في التعرف بالمشكلة وأعراضها .
- ٧ - توسع فرص العمل أمام المتخلفين عقليا عن طريق التشريع وتوجيه المسؤولين في مجالات العمل وعن طريق فتح مجالات جديدة لتدريب وتشغيل أفراد هذه الفئة من الأطفال والشباب .
- ٨ - التخطيط المتكامل تربوياً وصحياً ومهنياً واعلامياً لبرامج رعاية المتخلفين عقلياً وتأهيلهم اجتماعياً .
- ٩ - الاهتمام بتشجيع البحوث في ميدان الوقاية والعلاج .
- ١٠ - توثيق الصلة بالهيئات الدولية ومراكز البحوث التي تعمل في ميدان التخلف العقلي والاستفادة من خبراتها .

ملحق رقم (٢)

إجراءات خاصة للوقاية من فقد البصر الناتج عن أسباب غذائية (Xerophthalmia)

- ارضاع الوليد طبيعياً (من ثدى الأم) حتى سن ١٢ شهراً على الأقل .
- ضرورة إعطاء الطفل بعد الولادة مباشرة القطرات الأولى من لبن الثدي التي تحتوى على جرعة مركزة من البروتينات وفيتامين أ بالإضافة إلى المواد المكسبة للمناعة الطبيعية .
- البدء في الشهر الثالث أو الرابع بإضافة وجبة غذائية للطفل تحتوى على خضروات ورقية (سبانخ - خبيزة... الخ) مطبوخة ومطحونة جيداً .
- ضرورة أن يحتوى غذاء طفل ما قبل المدرسة على الخضروات الورقية الخضراء يومياً .
- الاهتمام بإعطاء طفل ما قبل المدرسة الفواكه الغنية بفيتامين أ (كالمانجو والباباي ... الخ) عدة مرات في الأسبوع .
- ضمان تغذية الأم الحامل والمرضع بفواكه وخضروات غنية بفيتامين أ يومياً .
- ضرورة تناول الأم المرضع (من بعد الولادة مباشرة) كبسولة فيتامين أ يومياً .
- التأكد من عدم منع الطفل المصاب بالحصبة أو الاسهال أو أمراض الجهاز التنفسي من الأكل أثناء المرض وإعطائه الغذاء الكافي مع كبسولة فيتامين أ كلما أمكن .
- إعطاء طفل ما قبل المدرسة جرعة كبيرة من فيتامين أ كل أربعة أشهر تحت إشراف الطبيب مع الاهتمام بالأطفال الذين يعانون من العشى الليلي .
- توعية الأمهات بالأغذية والخضروات والفواكه التي تعتبر مصادر غنية بفيتامين أ وكذلك الأغذية المجهزة المضاف إليها هذا الفيتامين .
- تدريب الكوادر العاملة في الأجهزة الصحية من أطباء وهيئات تريض وتغذية والخدمة الاجتماعية للكشف المبكر عن حالات الإصابة بضعف وفقد البصر نتيجة العوامل الغذائية (Xerophthalmia)
- التوعية بمعالجة العوامل الممهدة للإصابة بهذا المرض مثل سوء التغذية عامة والحصبة والاسهال وأمراض الجهاز التنفسي والرمد والحساسية وبطء النمو وكذلك صحة البيئة والنظافة الشخصية والإسكان الصحي والتهوية والدعم الغذائي وتوفير الخدمات الصحية والإسعافات الأولية .
- هذا وتجدر الإشارة بأن هذا المرض يصيب الأطفال وخاصة في المرحلة تحت سن السادسة وبصفة أكبر في المرحلة من ٢ - ٥ سنوات ويمكن أن تؤكد بأن هذا المرض مسؤول عن الغالبية العظمى من حالات فقد البصر بين أطفال هذه المرحلة العمرية في الدول النامية وكيفي أن نعلم أنه في قارة آسيا وحدها يفقد ٢٥٠٠٠٠٠ (ربعمليون) طفل سنوياً أبصارهم بسبب هذا المرض .

ملحق رقم (٣)

اعلان الأمم المتحدة حول حقوق المعاقين

- ١ - كلمة «معاق» تعني شخصاً عاجزاً ، كلياً أو جزئياً ، عن ضمان حياة شخصية أو اجتماعية طبيعية ، نتيجة نقص خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسدية أو الفكرية .
- ٢ - سوف يتمتع المعاقون بجميع الحقوق التي يتضمنها هذا البيان ، وسيمنح المعاقون جميعهم هذه الحقوق من دون استثناء ولا تمييز لعرق أو لون أو جنس أو لغة أو مذهب أو سياسة أو طبقة أو ثراء أو أى أمر يتعلق بالمعاق نفسه أو بعائلته .
- ٣ - للمعاق حق مكتسب في الحصول على الاحترام ومهما يكن سبب الاعاقة وطبيعتها وخطورتها ، فللمعاق الحقوق الأساسية نفسها كما لمواطنيه الذين هم في سنه ، وهذا يعني ، بالدرجة الأولى ، حقه في حياة كريمة مهما أمكن ذلك .
- ٤ - للمعاقين الحقوق المدنية والسياسية نفسها التي للأشخاص الآخرين ، والفقرة السابعة في «الاعلان عن حقوق المتخلفين عقلياً» تنطبق على أى حد محتمل لهذه الحقوق لدى المتخلفين عقلياً .
- ٥ - يحق للمعاقين الاستفادة من الوسائل التي تؤهلهم للاكتفاء الذاتي .
- ٦ - للمعاقين ملء الحق في الاستفادة من الخدمات الطبية والنفسية والوظيفية ، بما في ذلك الجراحة الترميمية (إضافة عضو اصطناعي) وإعادة التأهيل طبيًا واجتماعيًا والمشورة في صدد التوظيف وسوى ذلك من الخدمات التي تؤهل المعاقين لتنمية قدراتهم ومواهبهم وتسرع عملية اندماجهم في المجتمع .
- ٧ - للمعاقين الحق في ضمان اقتصادي واجتماعي وفي حياة كريمة ، ولهم الحق ، حسبما تسمح اعاقاتهم، في الاحتفاظ بعملهم أو شغل وظيفية مفيدة ومربحة وفي الانضمام الى نقابات العمال .
- ٨ - ستؤخذ الحاجات الخاصة للمعاقين بعين الاعتبار في جميع مراحل التخطيط الاقتصادي والاجتماعي .
- ٩ - للمعاقين الحق في ان يعيشوا مع والديهم بالتبني ، وان يشتركوا في جميع النشاطات الاجتماعية والابداعية والاستجمامية .
- لن يتعرض أى معاق لأى تمييز في المعاملة فيما يخص المسكن ، الا اذا استدعت حالته ذلك أو اذا كان ذلك يسفر عن تحسن في حاله . واذا كان بقاء المعاق في مؤسسة خاصة أمراً لا مفر منه ، فسوف تتوافر في المؤسسة شروط تؤمن له حياة هي أقرب ما تكون من الحياة العادية لأى شخص في سنه .
- ١٠ - ستؤمن للمعاقين حماية من كل أشكال الاستغلال والتمييز والظلم وانتهاك الكرامة .

- ١١ - سيكون في وسع المعاقين الاستفادة من الخدمات القانونية متى كانت هذه الخدمات ضرورية لحمايتهم وحماية ممتلكاتهم . أما اذا رفعت ضدهم دعوى قضائية ، فسوف تؤخذ حالتهم الجسدية والعقلية في الاعتبار .
- ١٢ - سوف تؤخذ مشورة المؤسسات المعنية بالمعاقين للإفادة منها فيما يختص بحقوقهم .
- ١٣ - سيتم اعلام المعاقين وعائلاتهم ومجتمعاتهم ، عبر جميع الوسائل ، بكل الحقوق التي وردت في هذا البيان .



الجدول

جدول رقم (١)
العدد المحتمل للأفراد المعاقين في منطقة الخليج من مجموع السكان
ومن فئات الأطفال صفر الى ٦ ، صفر الى ١٤

الفئة	العدد الاجمالي	العدد التقديري ** للمعاقين (١٠٪)	العدد التقديري للمتخلفين عقليا (٢٪)
مجموع السكان *	٣٢,٠٠٠,٠٠٠	٣,٢٠٠,٠٠٠	٩٦٠,٠٠٠
أطفال أقل من ٦ سنوات (٢٠٪)	٦,٤٠٠,٠٠٠	٦٤٠,٠٠٠	١٩٢,٠٠٠
أطفال من صفر الى ١٤ سنة (٤٥٪)	١٤,٤٠٠,٠٠٠	١,٤٤٠,٠٠٠	٤٣٢,٠٠٠

* هذه التقديرات تشمل المواطنين والوافدين وتحتاج الى تصحيح احصائي يتعذر اجراؤه لعدم توفر الاحصاءات الدقيقة عن نسبتها .

** هذه التقديرات تشمل جميع فئات المعاقين جسميا وعقليا .

جدول رقم (٢)
العدد التقديري لحالات الاعاقة في الدول الصناعية
بالمقارنة مع دول العالم الثالث بين عامي
١٩٧٥ ، ٢٠٠٠ بالمليون *

دول العالم الثالث		الدول الصناعية		
٢٠٠٠	١٩٧٥	٢٠٠٠	١٩٧٥	
٤٨٩٧	٢٨٣٦	١٦٣٠	١١٣٢	مجموع السكان درجة الاعاقة
				١ - في الدول الصناعية
		١٣٦	١١٣,٢	- كافة أنواع الاعاقة (١٠٪)
		٨١,٦	٦٧,٩	- اعاقة شديدة (٦٪)
				ب - في الدول النامية للعالم الثالث بين المجتمعات التي لا تعاني من فقر شديد ويبلغ مجموع سكانها ١٩٠٤ مليون عام ١٩٧٥ ويصل الى ٢٦٩٧ مليون عام ٢٠٠٠
٢٦٩,٧	١٩٠,٤			- كافة أنواع الاعاقة (١٠٪)
١٦١,٨	١١٤,٢			- اعاقة شديدة (٦٪)
				ج - في الدول الأكثر تخرلاً مجموع سكانها ٩٣٢ مليون عام ١٩٧٥ ويصل الى ٢٢٠٠ مليون عام ٢٠٠٠
٤٤٠	١٨٤,٤			- كافة أنواع الاعاقة (٢٠٪)
٢٦٤	١١١,٨			- اعاقة شديدة (١٢٪)
				المجموع الكلي لحالات الاعاقة
				أ - المجموع بالمليون
٧٠٩,٧	٣٧٦,٨	١٣٦	١١٣,٢	- كافة أنواع الاعاقة
٤٢٥,٨	٢٢٦	٨١,٦	٦٧,٩	- اعاقة شديدة
				ب - بالنسبة المئوية لمجموع سكان العالم
٪١٣,٥	٪١٢,٣			- كافة أنواع ودرجات الاعاقة
٪ ٨,١	٪ ٧,٤			- اعاقة شديدة
٪٨٣,٩	٪٧٦,٩	٪١٦,١	٪٢٣,١	ج - نسبة كافة أنواع الاعاقة
	٪٢,٥٦		٪٠,٧٤	د - نسبة الزيادة السنوية

* ملحق تقرير البنك الدولي ، واشنطن سنة ١٩٧١ ، ص ٧

جدول رقم (٣)
العدد التقديري للمعاقين في العالم ونسبتهم
موزعة حسب أسباب الاعاقة

خلال عام ١٩٧٥ والعدد بالنسبة المتوقعة عام ٢٠٠٠ *

النسبة	العدد بالمليون عام ١٩٧٥ عام ٢٠٠٠	العوامل المسببة
		أ - الاعاقة نتيجة أسباب خلقية
٪ ٧,٧	٦٠ ٤٠	تخلف عقلي
٪ ٧,٧	٦٠ ٤٠	أسباب وراثية عضوية
٪ ٣,٩	٣٠ ٢٠	أسباب غير وراثية
		ب - الاعاقة المترتبة على أمراض معدية
٪ ٠,٣	٢,٣ ١,٥	شلل الأطفال
٪ ١,٩	١٥ ١٠	رمد حبيبي
٪ ٠,٧	٥,٤ ٣,٥	جذام
٪ ٧,٩	٦١,٥ ٤١	أمراض معدية أخرى
٪ ١٩,٣	١٤٩ ١٠٠	ج - أمراض عضوية غير معدية
٪ ٧,٧	٦٠ ٤٠	د - أمراض عقلية وظيفية
٪ ٧,٧	٦٠ ٤٠	هـ - ادمان مسكرات أو مخدرات
		و - حوادث/اصابات
٪ ٥,٨	٤٥ ٣٠	حوادث مرور طرق
٪ ٢,٩	٢٢ ١٥	حوادث عمل
٪ ٥,٨	٤٥ ٣٠	حوادث منزلية
٪ ٠,٩	٥ ٣	حوادث أخرى (حروب وكوارث)
٪ ١٩,٣	١٤٩ ١٠٠	سوء تغذية
٪ ٠,٤	٣ ٢	أسباب أخرى
٪ ١٠٠	٧٧٤ ٥١٦	المجموع حسب النسب
	٥٨١ ٣٨٧	المجموع بعد التصحيح الاحصائي نتيجة التكرار المحتمل (- ٢٥٪)

جدول رقم (4)
أسباب الإعاقة والوقاية من حدوثها

معلومات عقالية	معلومات عصبية	معلومات البصر	معلومات السمع	معلومات جسمية	معلومات الاتصال (النطق والكلام)	أمان المساكن والمخدرات
العوامل المسببة	×	×	×	×	×	×
نقص التغذية	×	×	×	×	×	×
عوامل تحدث أثناء الحمل أو بعد الولادة	×	×	×	×	×	×
أمراض	×	×	×	×	×	×
حوادث	×	×	×	×	×	×
أسباب أخرى مثل : صحة أو تلوث البيئة	×	×	×	×	×	×
الحروب وعوامل نفسية	×	×	×	×	×	×
مجالات الوقاية	×	×	×	×	×	×
خدمات صحية وتوعوية	×	×	×	×	×	×
توفير انتاج الغذاء والتوعية	×	×	×	×	×	×
التربية والتعليم والتدريب والتعليم	×	×	×	×	×	×
الرسمي - تعليم الكبار والتعليم الخاص	×	×	×	×	×	×
Safety Education للتعليم للامن	×	×	×	×	×	×
برامج وقاية البيئة من التلوث	×	×	×	×	×	×
برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية	×	×	×	×	×	×
برامج أخرى مثل تجنب الحروب	×	×	×	×	×	×
ودعم الدفاع المدني وتخفيف	×	×	×	×	×	×
آثار الكوارث الطبيعية (زلزال - فيضان حريق.....الخ)	×	×	×	×	×	×

جدول رقم (٥)
بعض اجراءات المستوى الأول للوقاية

والمقصود بالمستوى الأول للوقاية هو تلك البرامج والاجراءات التي تستهدف منع أو التقليل من حدوث العوامل المسببة للاصابة بالاعاقة.

العوامل المسببة للاعاقاة	اجراءات الوقاية	الوسائل والأسباب والقنوات
الامراض المعدية	التطعيم والتحصين - توفير تمديدات ومصادر مياه الشرب النقية وشبكات المجارى والتخلص من القمامة وصحة البيئة والتثقيف الصحي .	برامج الصحة الأولية والوقائية/النظام والأجهزة الصحية/الأشغال العامة وأجهزة التوعية والاعلام.
حوادث الطريق	التشريعات - نظم الترخيص للسيارات وفحصها ونظم المرور وأحكامه والتثقيف المرورى وتعليم السياقة والترخيص بها وتوفير الاسعافات الأولية.	نظم ورجال المرور/المناهج المدرسية/وسائل الاعلام/ أجهزة التشريع في الدولة.
حوادث المنزل	تعليم واعلام وتوعية الجمهور والآباء وازالة العوامل المسببة للحوادث في المنزل ومشروعات الاسكان وتوفير الاسعافات الأولية.	المناهج المدرسية/وسائل الاعلام/القيادات المحلية/ أجهزة التشريع/ رقابة مواصفات المباني.
حوادث العمل والامراض المهنية	اصدار تشريعات العمل ومراقبة أحكام تنفيذها/أحكام الأمن الصناعي والمهني/المراقبة الصحية للعمال والعمالة وتوفير احتياطات منع الحوادث والاسعافات والتوعية والتدريب للامان.	أجهزة الصحة المهنية والأمن الصناعي ونقابات العمال والثقافة العمالية والادارة الصناعية والاعلام.

تابع الجدول رقم (٥)
اجراءات المستوى الأول للوقاية

العوامل المسببة للاعاقة	اجراءات الوقاية	الوسائل والأسباب والقنوات
ادمان المخدرات والمسكرات	اصدار التشريعات وأحكام تنفيذ القوانين ومنع أو الحد من تداول المواد المخدرة والمسكرة وتوعية الجمهور وعلاج الادمان.	الأجهزة الصحية/القيادات المحلية/ أجهزة وزارة الشؤون الاجتماعية وجمعيات النشاط الاهلي/ أجهزة الاعلام والداخلية.
التغذية	زيادة وتوفير الانتاج الغذائي وتوزيعه - التوعية الغذائية - الرقابة الغذائية - معالجة والوقاية من النزلات المعوية والاسهال وتشريعات واجراءات الدعم الغذائي ومراقبة الأسعار.	قطاع الزراعة/قطاع الصحة/ البلديات/ أجهزة الرقابة الغذائية والتسويق/ أجهزة الاعلام.
أمراض وتعقيدات الحمل والولادة والأمومة والطفولة	الفحص قبل الزواج واثناء الحمل وتوفير برامج ومراكز رعاية الطفولة والأمومة - تشريعات الطفولة والأمومة - التثقيف الصحي والغذائي.	أجهزة وبرامج الخدمات الصحية/القيادات المحلية/ الجمعيات النسائية والاهلية/ وسائل الاعلام/ أجهزة التشريع/ معاهد اعداد الأطباء والمرضات/ المناهج المدرسية/ البرامج الوقائية/ الاسعافات الأولية.



المراجع

أولاً : المراجع العربية

- ١ - الأمانة العامة للصحة لدول الخليج ، التأهيل الطبي للمعوقين ، تقرير خير الأمانة العامة - مقدم إلى المؤتمر العاشر لوزراء الصحة ، يناير ١٩٨١ م .
- ٢ - تقرير حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ، الكويت ، مارس ١٩٧٣ م .
- ٣ - تقرير المؤتمر الرابع لوزراء الشؤون الاجتماعية العرب ، القاهرة ، نوفمبر ١٩٧٧ م .
- ٤ - د . صلاح الحمصاني ، تأهيل المعوقين في الوطن العربي ، بحث مقدم إلى حلقة تدريب الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ، الكويت ، مارس ١٩٧٣ م .
- ٥ - د . عبدالعزيز الزامل ، سجل الطفل السليم ، مكتبة دار العلوم ، الرياض ، مارس ١٩٧٩ م .
- ٦ - د . عثمان فراج ، البرامج الوقائية في مجال الاعاقة ، ورقة عمل مقدمة إلى اجتماع لجنة التأهيل الطبي للمعاقين ، الرياض ، مارس ١٩٨٠ م .
- ٧ - د . عثمان فراج ، التخلف العقلي ، مجلة التربية الحديثة ، العدد الثالث لسنة ١٩٦٨ م .
- ٨ - د . عثمان فراج ، التخلف العقلي مشكلة اجتماعية واقتصادية ، مجلة التربية الحديثة ، العدد الأول لسنة ١٩٧٢ م .
- ٩ - د . عثمان فراج ، مشكلة الاعاقة وبرامج التأهيل الاجتماعي للمعوقين في منطقة الخليج ، بحث مقدم إلى المؤتمر الاقليمي العربي لرعاية المعوقين ، الكويت ، ابريل ١٩٨١ م .
- ١٠ - د . عثمان فراج ، مشكلة التخلف العقلي ، وسياسة الوطن العربي في مواجهتها ، بحث مقدم إلى حلقة تدريب الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ، الكويت ، مارس ١٩٧٣ م .
- ١١ - مجموعة الوثائق المقدمة لمؤتمر الخبراء العرب لمسائل السكان والصحة والتنمية ، الاسكندرية ، يناير ١٩٧٦ م .
- ١٢ - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) لمنطقة الخليج ، ابوظبي ، التقارير السنوية لمكتب المنظمة ، ١٩٧٨ - ١٩٧٩ - ١٩٨٠ .
- ١٣ - منظمة الصحة العالمية ، الكتب الاحصائية السنوية .
- ١٤ - منظمة الصحة العالمية ، مشكلة الاعاقة وبرامج التأهيل والوقاية ، تقرير رقم أ ٢٩ ، جنيف ، ابريل ١٩٧٩ م .
- ١٥ - منظمة اليونيسكو ، الكتب الاحصائية السنوية .
- ١٦ - هيئة التأهيل الدولية ، تقرير عن الاعاقة ، مقدم إلى المجلس التنفيذي لمنظمة اليونيسيف ، نيويورك ، مايو ١٩٨٠ م .

ثانيا : المراجع الأجنبية

- 1 . American Academy of Pediatrics, Committee on Genetics. Screezing for congenital metabolic disorders in the newborn infant: congenital deficiency of thyroid hormone and hyperpheny-lalaninemia. Pediatrics 1977.
- 2 . Baldwin, A.L. "Theories of child development". London, Wiley, 1967.
- 3 . Conference: Prenatal diagnosis of genetic disorders of the foetus, Stockholm, June 12-13 1975. Lindsten, J. Zetterstrom, R. and Ferguson-Smith, M. (eds). Acta Paediat, Soand., 1977.
- 4 . David, H.P. "Child mental health in international perspective". Edited by Henry P. David. Report of the Joint commission on Mental Health of Children, New York, etc., Harper and Row, 1972.
- 5 . Eissler, R. Freud A., Kais M., Solnit, A.J. "physical illness and handicap in Childhood". an anthology of the psychoanalytic study of the child. New Haven and London, Yale university Press, 1977.
- 6 . International Children's Centre, "screening and Social Integration of Handicapped Children" Paris, 1980.
- 7 . Prechtl, H.F.R., "The Neurological examination of the full-term newborn infant" 2nd ed. Spastics International Medical Publications, William Heinemann Medical Books, London, J. B. Lippinoot, philadelphia, 1977.
- 8 . Tizard, J. P. "Cerebral palsies: treatment and prevention. J. Roy. Coll / Physioiand Lond. 1980.
- 9 . UNESCO. Case studies in special education: Cuba, Japan, Kenya, Sweden, Paris, UNESCO Press. 1974.

10. UNESCO, The Present Situation and Trends of Research in the Field of Special Education, Paris, UNESCO, 1973.
11. UNICEF PRO 29 "Handicapped Children". New York, June 1978.
12. UNICEF. The Disabled Child, A New Approach to Prevention and Rehabilitation; Assignment Children Journal 53/54 Spring 1981.
13. WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Geneva, 1980.

أسباب التخلف العقلي وطرق قياسه

**الدكتور
محمد خليل الحداد
رئيس مستشفى الطب النفسي بطنجهرين**



المحتويات

الصفحة

من - إلى

مقدمة	.....	٨٤ - ٨٣
أولاً : تعريف التخلف العقلي	.....	٨٧ - ٨٥
ثانياً : مسببات التخلف العقلي	.....	٩١ - ٨٧
ثالثاً : الخصائص النفسية العاطفية للمتخلفين عقلياً	.....	٩٢ - ٩١
رابعاً : الانحرافات السلوكية والعاطفية عند المتخلفين عقلياً	.....	٩٤ - ٩٢
المراجع	.....	٩٥



مقدمة

ان ما قد يظنه غالبية الناس من وجود فروق قاطعة وتمييزة بين المتخلف عقلياً والانسان السوي قد لا تكون ظاهرة بتلك الدرجة أو تعرف من الوهلة الأولى ، فغالبية الناس قد تبدو متخلفة عقلياً لو قارناها بنسبة ذكاء صاحب النظرية النسبية «اينشتين» أو «ليوناردودافنشي» .. فليس بالذكاء وحده يعيش الانسان أو تتحدد نوعية معيشته ، فالمجتمع يحتاج الى المواهب المختلفة احتياجه الى تعدد الوظائف ، ولكل فرد منا قدره وأهميته مهما صغر الدور الذي يقوم به أو قل شأن وظيفته .

إن من المهم في البداية التأكيد على عدم جدوى بل خطر استعمال نسب التخلف العقلي المختلفة في مجتمعات أخرى لاستنتاج نتائج أو تطبيقات لمجتمع آخر يختلف عنها في الثقافة والتكوين السكاني ، بل انه حتى في نفس البلد الواحد قد تختلف النسبة بين مجتمع الريف في القرية ومجتمع الحضر في المدينة ، وهناك عدة عوامل تؤثر على مثل هذه النتيجة ، منها :

أ - في أي مجتمع كان تتأثر النسبة الموجودة للمتخلفين عقلياً بحسب الطريقة المتبعة لتعريف تلك المشكلة ، تتأثر بالظروف الاجتماعية والحياتية في ذلك المجتمع ، كذلك تتأثر بمستوى الضغوط الحضرية وظروف التكيف مع المتغيرات المختلفة التي قد يفرضها ذلك المجتمع على أعضائه في مسيرته في التغيير والتطور ، كما تتأثر بحجم ونوعية الخدمات الموجودة فيه ، كذلك نسب العمر التي استعملت لتعريف مصطلح التخلف الخ . فمن الواضح مثلاً ان إدخال التعليم الشامل في مجتمع ما يكشف الكثير من حالات التخلف من خلال عدم قدرتها على الاستفادة من نظام التعليم ، ولربما ما كان من الممكن اكتشاف حالات تخلف بعض الأطفال لولا وجود برامج التدريس .. اذن ، فأحد سبل تعريف التخلف هو «انه عدم استطاعة الفرد محدود الذكاء على التكيف مع ظروف مجتمعه» ، وبالتالي فإنه يمكننا الاستنتاج بأنه كلما تعقدت ظروف الحياة وتم ادخال وسائل الميكنة والصناعة الخ ، كلما نتج عن ذلك ضغوط أكثر على محدودي الذكاء ، وبالتالي تصنيفهم في خانة المتخلفين عقلياً ، مرة أخرى لو كان نفس هؤلاء الناس يعيشون في بيئة بسيطة بعيدة عن التعقيد فلربما لا يصنفون كذلك .

ب - على الرغم من محدودية الفائدة من قياسات الذكاء في التقييم الاكاديمي للتخلف العقلي في الحالات الفردية إلا أنها ذات فائدة كبيرة عندما نحاول أن نعرف نسبة التخلف في المجتمع ككل ، وأكثر الدراسات التي تطرقت لتقييم نسبة الذكاء في المجتمعات الغربية وجدت أن نسبة التخلف العقلي تتراوح ما بين ٢ - ٣٪ من المجموع العام للسكان ، إلا أن الكثير من الذين يصنفون كمتخلفين على مقياس الذكاء فقط عادة ما يكون في إمكانهم التعلم في المدارس الاعتيادية ولا يمثلون عبئاً كبيراً على موارد التعليم .

هذا وكلما تقدم السن بالمجموعة التي يجرى قياس ذكائها كلما قلت نسبة المتخلفين بينهم الذين لم تكتشف حالاتهم بعد ، وفي حوالي سن الرابعة عشرة تكون غالبية المتخلفين عقلياً قد عرفت ، وبالتالي فإننا إذا اخذنا في الاعتبار سن الـ ١٥ - ١٩ كحد أعلى لاكتشاف التخلف العقلي ، نكون قد غطينا تقريباً كل المتخلفين عقلياً والموجودين في المجتمع .

توزيع نسبة الذكاء :

إن اختبارات الذكاء قد صممت اساساً على فرضية ان توزيع الذكاء هو توزيع طبيعي بين الناس ، يأخذ شكل الجرس وبالتالي فإن نسبة من الناس قد تكون في كلتا النهايتين ذات ذكاء عال جداً أو ذات تخلف وفي الوسط تأتي غالبية الناس مع تدرج النسبة في الذكاء ، ٥٠٪ من مجموع البالغين يقعون حول الدرجة الوسطى من ٩١ الى ١١٠ ويطلق عليهم العاديون أو متوسطو الذكاء .. ويقل تكرار نسب الذكاء كلما ابتعدنا عن هذه النسبة الى أعلى أو الى أسفل ويكون من النادر أن يوجد شخص ذو قدرة عقلية مرتفعة جداً أو منخفضة جداً وتصبح النسبة ١ : ٥٠ ، وتنقسم حالات التخلف العقلي الى :

١ - عميق - ذكاء أقل من	٢٠	Profound
٢ - حاد - ذكاء بين	٢٠ - ٣٥	Severe
٣ - معتدل - ذكاء بين	٣٥ - ٥٠	Moderate
٤ - بسيط - ذكاء بين	٥٠ - ٧٠	Mild

وقد وجد ان ٧٥٪ من المتخلفين عقلياً يعانون من تخلف بسيط ، أي إنهم يقعون على حدود التخلف والسواء .

الطبقة الاجتماعية :

أقل نسبة للتخلف العقلي توجد بين طبقة التخصصيين والاداريين ذوي الرتب والتخصصات العالية ، وتزداد نسبة التخلف كلما قل المستوى الاجتماعي الى المراتب الأدنى في السلم الاجتماعي لاصحاب المهن التي لا تتطلب أية مهارات ، ونسبة التخلف في هذه الطبقات الاخيرة تبلغ ٩ مرات أكثر منها في الطبقات العليا من المجتمع .

إلا أن هذه النسبة لا تنطبق على من يبلغ ذكاؤهم أقل من ٥٠ فهذه النسبة ثابتة بين كل المستويات والطبقات ٣,٧ في الألف ، ويبدو إن ذلك يرجع إلى أن هذه الفئة تمثل أولئك الذين يكون تخلفهم ناتجاً عن أسباب عضوية أو مرضية .

الجنس :

تزيد نسبة التخلف بين الذكور عنها في الاناث بنسبة ١,٢٤ : ١ مع عدم وجود تفسير مقنع لهذه الظاهرة .

أولاً - تعريف التخلف العقلي :

مثمما توجد عدة مصطلحات دالة على التخلف العقلي مثل نقص العقل ، توقف نمو العقل .. الخ فكذاك توجد عدة تعريفات للتخلف ومن بين هذه التعريفات انه «حالة من توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي بشرط ان يوجد قبل سن الثامنة عشرة ، سواء كان ناتجاً عن أسباب وراثية أو مرض أو حادث» .

ومن ضمن العوامل التي استعملت لتعريف التخلف العقلي في البلدان المختلفة نتطرق الى أهم ثلاثة عوامل ، منها :

١ - عامل مقياس الذكاء :

ويستعمل في الولايات المتحدة كأحد العوامل الاساسية لتعريف التخلف العقلي ، ولكن من عيوب استعماله ما يلي :

- أ - إن مقياس الذكاء لا يستطيع بالضرورة أن يدل على أو يستنتج القدرات الاجتماعية .
 - ب - إن مقياس الذكاء ليس ثابتاً ، بمعنى أنه إذا فحصنا نفس الشخص على مقياس الذكاء ذاته أكثر من مرة فإنه يعطي نتائج مختلفة ، كما إن إستعمال مقاييس مختلفة للذكاء تعطي نتائج مختلفة كذلك .
- وبالطبع فإن مثل هذه الاعتبارات غير واردة في حالات التخلف الشديد .

٢ - عامل القدرة على التعلم واكتساب المهارات :

قد يجد بعض المتخلفين صعوبة كبيرة في التعلم واكتساب المهارات حينما يكونون في المدارس الاعتيادية ، وبالتالي فانهم يفشلون دراسياً ولكننا نعلم أن جزءاً من الذين لا يستطيعون مجاراة نظام التعليم يتركون المدرسة ، وبعد ذلك ينتظمون في أعمال مختلفة مثل الاسوياء ، بل إن بعضهم قد يكون ناجحاً جداً الى درجة تكوين ثروات كبيرة ، وقد نجد العديد من الامثلة على ذلك في الحياة العامة .

٣ - عامل القدرات الاجتماعية :

وهو من العوامل التي يركز عليها البريطانيون في تعريفهم للتخلف العقلي ، ولكن القدرات الاجتماعية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد في وقت معين من الزمن ، وبالتالي فان المتغيرات الحاصلة في ذلك المجتمع وفي ذلك الوقت قد تسبب اختلافاً كبيراً في عدد الناس المصنفين تحت هذا البند في مختلف البيئات والازمان كوجود العمالة الكافية أو البطالة ودرجة التصنيع واستعمال الآلات ، وسرعة التغيير من بنية ريفية بسيطة الى نمط صناعي متقدم .

اذن نخلص من هذا الاستعراض الى أن التخلف العقلي هو عوق وليس مرضاً محدداً في ذاته ، وتكفي زيارة واحدة قصيرة الى أي مستشفى أو دار للمتخلفين عقلياً لاكتشاف هذه الظاهرة المتمثلة في عدم تجانس اشكال أو مشاكل الموجودين ، وقد يكون الشيء المشترك بينهم هو قصور ذكائهم وقدراتهم الاجتماعية فقط .

وقد يكون من المفيد لنا أن نقسم أسباب التخلف العقلي تحت بنود عامة ترتبط بمراحل تطور ونمو الانسان ، فهناك أسباب ترتبط بالوراثة وأخرى تتسبب أثناء الحمل ، أثناء الولادة وإن كان من الأهمية بمكان التأكيد على أن أسباب التخلف في الغالبية لا تزال مجهولة الى حد كبير ، وبالذات في فئة التخلف العقلي البسيط .

هذا ونجد إنه في الكثير من الاحيان تكون أولى المؤشرات الدالة على وجود هذه المشكلة هو تأخر مراحل التطور والنمو عند الطفل ، مثلاً تأخر سن التحكم في عضلات المثانة ، تخلف الكلام ، تخلف اللعب والتفاعل مع الجو المحيط ... الخ .

أما في حالات التخلف العقلي الشديد فان المؤشرات تكون مبكرة وعلى شكل تشوهات خلقية في الطفل ، مثلاً كبر حجم الرأس بدرجة كبيرة Hydrocephaly أو تشوهات في شكل الرأس أو الانف أو الأذن أو الفك أو الأسنان أو اللهاة .

وبصورة عامة ، فإن غالبية حالات التخلف لا تكون شديدة حيث لا توجد تشوهات أو علامات ظاهرة ويكون تاريخ تطور الطفل في مراحل النمو هو العامل الحاسم في التشخيص ، وبالتالي فان من المهم جداً الحصول على المعلومات الصحيحة من الابوين والأهل والذين غالباً ما يكونون قد نسوا عمر الطفل في فترة تطوره في المراحل المختلفة مما قد يخلق بعض الصعاب في التشخيص .

هذا ومن المفيد جداً في مثل هذه الحالات السؤال عن صحة الام خلال الحمل وفترة الولادة وذلك لبحث امكانية حدوث عسر في الولادة مما يعني نقص الاكسجين الذي يصل الى مخ الطفل مما يتسبب عادة في حدوث التخلف .

أما الاطفال الاكبر سناً أو الذين وصلوا أولى مراحل المراهقة فقد يكون أحد أسباب اكتشاف التخلف لديهم هو دخولهم في مشاكل مع الشرطة نتيجة مشاركتهم في ارتكاب بعض السرقات مثلاً . وفي هذه الاحوال عادة ما يستغل المتخلف من قبل الآخرين الأكثر ذكاء منه ، حيث يكون هو في الواجهة ويسهل هربهم بينما لا يستطيع هو التحايل والهروب مثلهم . وفي نفس الوقت تكون مشاركة المتخلف لمثل هؤلاء الشباب محاولة منه للحصول على الشعور بمساواته لهم أو محاولة منه لنيل إعجابهم واحترامهم .

وعلى العموم ، للتأكد من وجود التخلف العقلي ، جرت العادة على استعمال اختبارات أو مقاييس الذكاء التي أسسها أوبداً بها العالم «الفرد بينيه» Alfred Binet في باريس سنة ١٩٠٤م وقد طور هذا المقياس على عدة مراحل ، وفي سنة ١٩١٦م أدخل عالم آخر اسمة «تيرمان» Terman مصطلح نسبة الذكاء I.Q. Intelligence Quotient وهذا المصطلح يساوى :

$$\text{مقدار العمر العقلي} \\ 100 \times \frac{\text{العمر بالسنوات}}{\text{مقدار العمر العقلي}}$$

وقد تم بعد ذلك ادخال مقياس آخر طور في امريكا واسمه Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) لقياس الذكاء عند الكبار على غرار Wechsler Intelligence Scale for Children. والخاص بقياس الذكاء عند الاطفال ، ثم طورت مقاييس أخرى حديثاً في بريطانيا لمواعاة البيئة البريطانية ... الخ .

ويجب اتخاذ الحيطة والحذر عند تفسير نتائج مقياس الذكاء هذه ، ذلك أن الكثير من امتحانات الذكاء قد قننت على جماعات من الناس لا تكون بالضرورة ممثلة للمجموع العام ، فمقياس Revised Stanford Binet «ستانفورد بينيه» المعدل تكون نتائج قياس شاب متوسط الذكاء وعمره حوالي ١٥ سنة هو ٧٨ فقط ، ذلك لأن هذا الامتحان قد قننه على جماعة من ذوي الذكاء العالي .. ولقد تمت ترجمة وتقنين مقياس وكسلر للذكاء في كل من مصر والكويت والاردن .

كذلك يجب تكرار القول إن امتحانات الذكاء لا ترتبط أبداً مع القدرات أو الفعاليات الاجتماعية ، فإن عدداً غير قليل من الناس تكون قياساتهم أقل من المتوسط ويكونون مع ذلك قادرين على الاعتماد على أنفسهم وتدبير حياتهم بدرجة مقبولة ، والعكس صحيح إذ قد يجد بعض من ذوي المقياس العالي في الذكاء صعوبة في الاعتماد على أنفسهم أو تدبير أمور حياتهم اليومية .

وبالتالي فإنه يمكن الاستنتاج بأنه بوجه عام إذا كانت درجة الذكاء فوق المتوسط فمعناه عدم وجود تخلف عقلي ، كما أن درجات الذكاء تحت المتوسط لا تعني بالضرورة وجود التخلف العقلي ما لم تتواكب مع وجود مشاكل سلوكية ، مثل عدم إمكانية العمل أو الاحتفاظ بوظيفة ثابتة نتيجة عدم المثابرة ، عدم توفر المبادرة لدى ذلك الفرد ، عدم إمكانية تحمل أو مواجهة الفشل أو الاحباط اليومي ، المشاكل الجنسية التي تأتي في سن المراهقة وما بعدها نتيجة لعدم توافق ذلك الفرد مع قوانين المجتمع الذي يعيش فيه ، عدم استطاعته تكوين روابط اجتماعية ... الخ .

ثانياً - مسببات التخلف العقلي :

من الناحية السببية يصنف الضعف العقلي الى قسمين :

الضعف العقلي الأولي : الناجم عن اسباب وراثية ثم الضعف العقلي الثانوي أو المكتسب أى الناجم عن اصابات في الدماغ وينتج عن مؤثرات قبل الولادة أو بعد الولادة ، ويقع حوالي ٤٠٪ من ضعاف العقول في الفئة الأولى و ٦٠٪ في الفئة الثانية .

١ - عوامل وراثية :

العوامل الوراثية المسببة للتخلف العقلي قد تكون نتيجة تشوه مجموعة من الجينات «الصفات» الوراثية أو واحدة منها .

١ - منها الأمراض التي تكون نتيجة التشوه الحاصل في أكثر من جينة وراثية واحدة المرض المعروف بالمنغوليزم «Down's Syndrome or Mongolism» ويحصل هذا التشوه عادة في الصبغة الوراثية رقم ٢١ و٢٢ . ويبدو أنه ناتج عن عامل كبير السن في الأم وبالتالي عجز الصبغات الوراثية ولذلك يكثر المرض المغولي في الأطفال المولودين لامهات كبار في السن ، فنسبة الأمهات اللواتي يلدن أطفالاً مغوليين تزيد لتصل الى ١٣ مرة أكثر من العادي ، حينما يبلغن سن الـ ٤٥ سنة . «عادة ما يولد طفل مغولي واحد لكل ٧٠٠ طفل في الحالات الاعتيادية بينما في سن الـ ٤٥ تبلغ النسبة ١ : ٥٤ طفلاً» .

ومرض المنغوليزم هو الأكثر شيوعا بين أسباب التخلف العقلي المعروفة طبيا ان تبلغ نسبته ٥ - ١٠ من المجموع العام .

أما كيف يبدو هؤلاء الأطفال الكلينيكيا ، فهو على النحو التالي :

حجم الرأس صغير مدور ، والعينان متقاربتان وفتحة الجفنين مائلة مثلها مثل الجنس المغولى ، ولذلك سمي المرض بهذا الاسم ، وعادة ما توجد عتمة على عدسة العينين ، وكذلك تكثر حالات الحول . أما الأنف فيتميز بأنه قصير ومبسط منخفض «Depressed Saddle» وتوجد في بعض الأوقات تشوهات في الأذنين ، وتكون اليدين مربعة الشكل والجلد حولهما خشنا على غير العادة في ملمس الأطفال الناعم . ويمكن ان يثنى أصبع الإبهام في اليد الى الخلف بدرجة كبيرة جدا أكبر منها في الحالة الطبيعية ، وذلك نتيجة لضعف عضلات الإبهام ، وعموما تكون أكثر العضلات في الجسم ضعيفة ، ويكون البطن - في العادة - منتفحا وبارزا مع فتق في السرة . وفي كلا الجنسين لا تكون الأعضاء التناسلية متطورة تطورا طبيعيا كذلك تعاني باقى الغدد الجسمية من قصور في الوظائف كما هو الحال في الغدة الدرقية «Thyroid» .. الخ .
وفي حوالى الـ ٥٠٪ من الأطفال المنغوليين توجد تشوهات في القلب مما يتسبب في وفاة الكثير منهم في سن مبكرة .

هذا ويوصف الكثير من الأطفال المنغوليين بأنهم ميالون للمرح واللعب وحب الموسيقى ، وقد يكون هذا صحيحا بالنسبة للأطفال الذين يعيشون في وسط أهاليهم ، ذلك لأن من يعيش منهم في المستشفى أو في المؤسسات عادة ما تكون لديهم مشاكل سلوكية ويكونون ميالين الى التدمير والتكسير ، ويعود هذا في الغالب الى انزعاجهم عن الأهل أو لأن وجودهم في تلك المؤسسات ناتج أصلا عن ميولهم للتدمير والتكسير .

التشخيص : عادة ما يكون سهلا من الوصف والشكل ، وفي أكثر الاحيان يتم التشخيص بسهولة في أولى أيام الولادة ، واذا كان هناك ثمة شك في التشخيص فانه يمكن أن يتم التأكد من ذلك بفحص الكروموسومات في الخلية .

ب - مرض ترنر «Turner Syndrome» ويوجد في الاناث فقط كنتيجة لالتصاق الكروموسوم المسمى بـ (Y) ، وعادة ما تكون المصابة بهذا المرض قصيرة القامة مع تشوهات في الرقبة والرجلين ولا تحضرها العادة الشهرية ، كما قد تصاب بتشوهات في الشريان الاورطى . وليس بالضرورة ان يكون التخلف موجودا في كل الحالات وتتم معالجة هذه الحالة باعطاء المريض الهرمونات اللازمة .

ج - غياب الغدة الدرقية الوراثي «Cretinism Congenital Hypothyroidism» تنتج هذه الحالة عادة عن نقص عنصر اليود عند الامهات الحوامل وتوجد هذه الحالة عادة في المناطق البعيدة عن البحر حيث يكون عنصر اليود ناقصا في الغذاء . ولا يزال هذا المرض منتشرا في مناطق من العالم مثل التيب ومملكة نيبال والكونغو ، وقديما كان موجودا في بلدان مثل سويسرا ، ولكن أمكن القضاء عليه هناك بادخال عنصر اليود في الماء المعد للشرب . ومن الناحية الاكلينيكية يبدو أطفال هذه الحالة على الصورة التالية :

في أول أيام الولادة يبدو أكثر الأطفال طبيعيين تماما ولكن بعد مضي عدة أشهر يتبين للوالدين أن الطفل لا ينمو بالدرجة الطبيعية المطلوبة إذ يكون نموه بطيئا ، كما تكون تفاعلاته بطيئة ولا يستجيب للمؤثرات الخارجية بسهولة ، ويكون جلده ناشفا وذا تجعدات ، كما أن وجهه ورجليه متورمتان في الشكل «Puffyface» كذلك يكون اللسان كبيرا مقارنة بحجم فم الطفل مما يتسبب في مشاكل في الرضاعة . ويتم التشخيص ببساطة ، بملاحظة الشكل ، وكذلك بقياس كمية عنصر اليود في الدم (١ - ٢ ميكروجم/١٠٠ مللى ليتر) ، ويتم العلاج ببساطة وفي سن مبكرة بإعطاء هرمون الثيروكسين «Thyroxine» عن طريق الفم ، وعادة ما تكون الحاجة لأخذ الهرمون طوال العمر ، وإذا لم يتم العلاج مبكرا فان هذه الحالة تؤدي الى التخلف العقلي .

٢ - اسباب اخرى للتخلف في فترة ما قبل الولادة :

توجد اسباب كثيرة بعضها ما يزال مجهولا وأما المعروف منها فهي :

١ - الالتهاب في الأم الحامل :

١ - مرض الحصبة : ان حوالي ٢٠٪ من الامهات الحوامل لا توجد لديهن مناعة طبيعية ضد الحصبة ، وما لم يتم تحصينهن ضد هذا المرض ، فانهن اذا أصبن به خلال الشهور الثلاثة الاولى من الحمل أصبحن معرضات بدرجة كبيرة جدا لولادة أطفال مشوهين ومتخلفين عقليا بدرجة شديدة ويصحب التخلف العقلي الشديد صمم في الأذن ، عتامة على عدسة العينين وعيوب خلقية في القلب ، ومن الممكن عمليا التعرف على أية أم لا توجد لديها مناعة وتطعيمها ، وبالتالي منع المضاعفات الحاصلة من هذا المرض .

٢ - مرض الزهري : إذا كانت الأم مصابة بمرض الزهري فان العدوى تنتقل تلقائيا إلى الطفل الذي عادة ما يولد بتشوهات خلقية في بؤبؤ العينين ، كذلك الجلد ، الكبد ، والطحال اضافة الى التخلف العقلي ، مرة أخرى العلاج يتم بعلاج الامهات الحوامل في فترات مبكرة من الحمل .

ب - التهابات أو أمراض في الجنين :

والذي يحدث نتيجة اصابة الجنين بصفراء الولادة «Kernicterus» التي عادة ما تكون نتيجة لعدم مواكبة مجموعة دم الأم مع الطفل ، كما يمكن أن تصل نتيجة لاصابة الأم بتوكسيميا «Toxaemia» الحمل .

جـ - سوء التغذية اثناء الحمل :

لم يثبت ببرهان قاطع ان سوء تغذية الأم اثناء الحمل يتسبب في ولادة أطفال متخلفين عقليا ، وإن كان قد ثبت بأن الأطفال العاديين الذين يصابون بسوء التغذية يتأثر نموهم العقلي حتى وإن لم يتأثر نموهم الجسماني وعادة ما ينعكس ذلك على نتائجهم في الدراسة .

د - عسر الولادة :

إذا تعسرت الولادة لأي سبب كان فإن ذلك قد يؤثر على مخ الجنين وبالذات إذا انقطع عنه الأكسجين لمدة طويلة مما يتسبب في التخلف العقلي . حوالي ٦ - ١٠٪ من المصابين بالتخلف العقلي نجم ضعفهم العقلي عن صدمة حدثت للطفل وقت ولادته .

٣ - عيوب التمثيل الغذائي :

في السنوات القليلة الماضية اكتشف الكثير من الأمراض المصحوبة بالتخلف العقلي والناجمة عن عيوب في التمثيل الغذائي للمواد الدهنية ، الكربوهيدراتية والبروتينية ، ولكن يهمننا التأكيد هنا على أن هذه الأمراض نادرة وتكون نسبة قليلة جداً من المجموع العام للمصابين بالتخلف العقلي ، ولكن إذا أمكن تشخيصها مبكراً فإن إعطاء الغذاء المناسب يمكن أن يخفف أو يقلل من شدة الإصابة بالتخلف العقلي .

فيما يلي تفصيل لبعض الأمراض الناتجة عن عيوب في التمثيل الغذائي للمواد التالية :

١ - المواد الدهنية:

وتنتج عنها أمراض مثل :

- العته العائلي المظلم : «Tay-Sach's Disease» or «Amaurotic Family Idiocy» وهو يوجد نتيجة لصبغة وراثية متنحية وعادة ما يوجد في اليهود بالذات أكثر من غيرهم وتبلغ نسبته واحد : ستون ألف ولادة في اليهود الموجودين في أمريكا الشمالية . هذا ويكون تأثيره أساساً في الجهاز العصبي مؤدياً في النهاية إلى العمى إضافة إلى التخلف العقلي الشديد . هذا ويصاحب التدهور العقلي اضطرابات حسية وحركية وعادة ما يتوفى المصاب قبل سن الأربع سنوات .

ب - المواد الكربوهيدراتية :

تنتج عنها أمراض مثل «Galactosaemia» وهو مرض نادر ويورث المرض نتيجة عامل وراثي متنح ونسبته حوالي ١ في كل ٣٠,٠٠٠ ولادة في بريطانيا . وهو ينتج من غياب الأنزيم المسئول عن تحويل سكر الجالاكتوز إلى سكر جلوكوز في الدم ويعالج بمنع سكر الجالاكتوز في الغذاء عن الطفل شريطة أن يكون التشخيص مبكراً في أول أيام الولادة .

ج - المواد البروتينية :

تنتج عنها أمراض مثل : «Phenylketonuria» اكتشف هذا المرض في عام ١٩٣٤م وهو موجود في حوالي ١٪ من المتخلفين عقلياً الموجودين في المستشفيات . والسبب الأساسي له هو عدم قدرة الجسم على تحويل بعض الأحماض الأمينية مثل الفينيل الآنين إلى مشتق آخر وهو التيروسين وذلك نتيجة عيب وراثي يتسبب في غياب الأنزيم المسئول عن عملية التحويل المذكورة أعلاه . ويعرف باسم أنزيم فينيل الآنين هيدروكسلايز «Phenylala-nine Hydroxylase» هذا ويمكن تشخيص هذه الحالة بسهولة بالكشف على الدم أو البول وبعد ذلك يكون العلاج بإعطاء الطفل المصاب أغذية خالية من الفينيل الآنين .

د - عيوب نتيجة جينات سائدة :

مثل الـ«Von-Recklinghausen's Disease» «Neurofibromatosis» وهذا المرض يوجد بنسبة ١ : ٣ آلاف ولادة . ويكون على شكل بقع بنية موزعة على جميع أنحاء الجلد وتزداد في العدد خلال سنوات الطفولة والمراهقة . هذا وقد تتكون بعد ذلك أورام سرطانية على الجلد كذلك قد تتكون بعض أنواع السرطان في المخ . هذا ويعانى من التخلف العقلي ٢/المصابين بهذا المرض وعادة ما يكون التخلف ليس شديدا .

ثالثاً - الخصائص النفسية العاطفية للمتخلفين عقليا :

لواحظنا الأطفال المتخلفين عقليا في فصولهم الخاصة ، أو مع أطفال أسوياء في الأسرة أو مع الجيران ، أو لاحظنا العمال المتخلفين عقليا في الورش أو المصانع فانا نلاحظ الآتي على سلوكهم :

- ١ - قد يظهر المتخلف منسحباً من مواقف الجماعة ومشاركتها أعمالها ونشاطها وقد يتصف بالعدوان والمساكسة ومضايقة الآخرين .
 - ٢ - قد يظهر متردداً وخصوصاً عند البدء في عمل جديد أو عند الانتقال من خطوة الى خطوة جديدة في بعض الأعمال التي يقوم بها .
 - ٣ - قد يظهر المتخلف في حركة زائدة ونشاط زائد بصورة مستمرة .
 - ٤ - قد يداوم على أداء حركة أو فعل بصورة تكرارية بالرغم من عدم تناسب الاستجابة للموقف .
 - ٥ - يغلب على انفعالات المتخلفين اما البلادة وعدم الاكتراث أو عدم التحكم في الانفعالات والانفجار .
 - ٦ - يغلب عليه الشعور بالدونية أو تحقير النفس .
 - ٧ - يحتمل ان تظهر الانحرافات السلوكية بين المتخلفين عقليا أكثر منها بين الأسوياء .
- هذه الخصائص هي ناتج التفاعل السابق مع البيئة والناس من حوله ، ويبدو أن هذه العادات السلوكية مكتسبة كوسائل دفاعية للدفاع عن الذات الذي يفتقر الطفل المتخلف الى ادراكه بطريقة صحيحة .

وتلخيصاً لأبحاث الإحباط ، يتضح أن المتخلفين عقليا يتعرضون للإحباط أكثر من الأسوياء ، أما عن العدوان فقد تكون أسباب هذه الظاهرة القيود والإحباط وكثيراً ما يكون العدوان نفسه « كسلوك » مسبباً رئيسياً لإرسال الطفل الى المعهد أو المؤسسة للتخلص من مشاكله في المنزل ومع الجيران والأصحاب .

الجمود والنشاط الزائد : Rigidity V.S. Hyperactivity

- من أكثر الخصائص وضوحاً في سلوك المتخلفين عقلياً أنهم يتصفون بالجمود . ويعتقد بعد مراجعة معظم البحوث في هذا الميدان ان مظهر الجمود لدى المتخلفين عقلياً ، إن وجد ، يكون ناشئاً عن عوامل واقعية في الغالب . فالفروق بين الأسوياء والمتخلفين عقلياً في معظم البحوث كانت تتأثر بطريقة أو بأخرى بالتدعيم أو بنوع استجابة المفحوصين للراشدين حولهم .
- بالنسبة لخاصية النشاط الزائد يمكن أن تفسر على أساس أنها خاصة لحالة إصابة عضوية تؤثر على المساحة الحركية من المخ بحيث ينشأ عنها اضطراب وزيادة في معدل حركة الفرد . وكذلك سلوك المداومة وهو التكرار أو الأصرار على التكرار «Perseveration» بالرغم من تغيير المنبه فإن هذه الظاهرة تفسر في العادة على أساس عصبي غامض ، إلا أنها قد تفسر أيضاً على أساس الرغبة في تكرار سلوك قد أدى للتوصل للنجاح في خبرة سابقة حديثة .

الانفعالية العامة :

من المفترض ان الفرد السوي تتصف انفعاليته العامة بعدة صفات أساسية .

- ١ - الثبوت الانفعالي .
 - ٢ - الواقعية في مجابهة مشاكل الحياة .
 - ٣ - الثقة والاستقرار .
 - ٤ - القدرة على إظهار الولاء والأمانة والمناعة ضد المغريات الخارجية .
 - ٥ - احترام الذات .
- ولأن لم تقم أية دراسة لمحاولة الكشف عن طبيعة هذه الناحية الهامة عند المتخلفين والتي قد يكون لها الأثر البالغ في فهم طبيعة التخلف العقلي وتأثير المشكلة على التنظيم العمري للدوافع عند المتخلفين .

رابعاً - الانحرافات السلوكية والعاطفية عند المتخلفين عقلياً :

تتمثل أسباب الانحرافات السلوكية عند المتخلفين عقلياً في :

- ١ - إحساس المتخلف بأنه مختلف عن الأسوياء .
- ٢ - إحساس المجتمع نحوه داخل وخارج البيت .
- ٣ - المرض العقلي نتيجة الاضطراب النفسي المصاحب للتخلف (نقص الذكاء الاجتماعي - ضعف التركيز) .
- ٤ - عوامل وراثية مشتركة بين التخلف العقلي والمرض العقلي مسببة لكل منهما .
- ٥ - تلف عضوي في المخ مسئول عن الحالة .

- ٦ - تأثير الأدوية والإقامة في المستشفيات .
٧ - المرض العقلي يؤدي لحالة مشابهة للتخلف .
٨ - الأشخاص الذين يعانون من هذه الحالة تلتفت اليهم أنظار المسئولين بسهولة أكبر .
لم تقم صعوبات عند دراسة أى موضوع في التخلف العقلي كما قامت بصدد موضوع الانحرافات السلوكية لعدة أسباب منها :

١ - إن جماعة المتخلفين عقليا تضم فئات متنوعة الخصائص . فقد يسهل تصنيفهم (نوعا) باستخدام معايير العمر الزمني ، أو العمر العقلي ، أو نسبة الذكاء ولكن من المستحيل أن نحاول تقسيمهم على أساس الخصوصية السلوكية ، وذلك لاختلافهم اختلافاً كبيراً في هذا المجال .

٢ - من الناحية الطبية ، فانه يصعب توضيح الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي . فهناك حالات أمراض عقلية يصاحبها تخلف عقلي (مثل مرض الفصام أو الشيزوفرينا) وربما كان التشخيص النفسي الفارق من الناحية السيكلوجية عاجزا حتى الآن عن التوصل الى حل هذه المشكلة . فالتداخل بين الأعراض له أكثر من دليل ، ولغة الطفل محدودة في موقف الاختبار ، ولهذا تكون النتيجة هي التباين بين التشخيص والنظريات في تحديد الانحرافات السلوكية إذ أن وسائل المرض العقلي رغم دقتها ومعاييرها مازالت حتى الآن ناقصة .

٣ - وفي مجال الاضطرابات العقلية فبالرغم من النقص الظاهر في الدراسات التي تحدد نسبة هذه الأعراض عند المتخلفين عقليا فانه من المقبول بأن الأمراض العقلية قد تحدث في المستويات الدنيا من القدرات العقلية .

ويوجد رأيان مختلفان :

الأول : يميل كثير من الاخصائيين في الميدان الى الاعتقاد بأن نسبة العصاب والذهان بين المتخلفين عقليا عالية ، وخصوصا لدى ذوى تلف المخ والاصابات العضوية الأخرى فهي أكثر مما يوجد بين الناس عادة .

الثانى : يعارض هذه الفكرة ويصمم على اعتبار أن المرض العقلي ، والتخلف العقلي بعدان مستقلان وأن العلاقة بينهما ارتباطية وليست سببية بأى حال من الأحوال .

الصرع والتخلف العقلي :

في حالات الصرع يكون هناك اضطراب في خروج الطاقة الكهربائية الموجودة في المخ بزيادة السرعة ، وتصاحب هذه الحالة نوبات صرعية تختلف في المدة والشدة ، والنسبة العامة للاصابة بالصرع هي واحدة من كل ٢٠٠ فرد يكون مصابا بالصرع .

أسباب الصرع :

تتلخص العوامل المؤدية الى الصرع في نفس الأسباب المؤدية الى التخلف العقلي :

- ١ - العوامل الوراثية (١٠٪ من حالات الصرع على الأقل) .
 - ٢ - الأمراض المعدية والتي تؤدي الى الالتهابات السحائية المختلفة .
 - ٣ - الاصابات المباشرة .
 - ٤ - التسمم والصدمات والأورام المختلفة في المخ .
 - ٥ - الاختناق ونقص نسبة الاكسجين وخصوصا عند الولادة أو قبلها .
- قد يؤدي أحد هذه العوامل الى اصابة المخ وغالبا ما تكون الاصابات كبيرة لدرجة التأثير على الوظيفة الكيماوية الكهربائية ويحدث التخلف العقلي اذا كانت الاصابة شديدة بحيث تتلف المخ أو اجزاء منه .

١ - الأمراض العصبية في المتخلفين عقليا :

يكثر في المتخلفين عقليا القلق الشديد والخجل الاجتماعى والمخاوف المتعددة بأنواعها ، مثل السكون وعدم الكلام والشكوى المتكررة بدون وجود حالة مرضية تستدعي ذلك .

٢ - حالات الاكتئاب النفسى ١ - ٦٪ من المتخلفين :

يتم التشخيص أساسا على ملاحظة وجود تغيير في التصرفات لأن المتخلفين عقليا عادة ما يكونون غير قادرين على الافصاح عن شكواهم بالتفصيل الذى يرشد الى تشخيص الحالة . ويشكو المريض من آلام متعددة في جسمه ، السكوت والانعزالية والدموع وتعبيرات الوجه الحزينة ، والبطء في الحركة والتفكير ، وفقدان الوزن وعدم انتظام النوم .

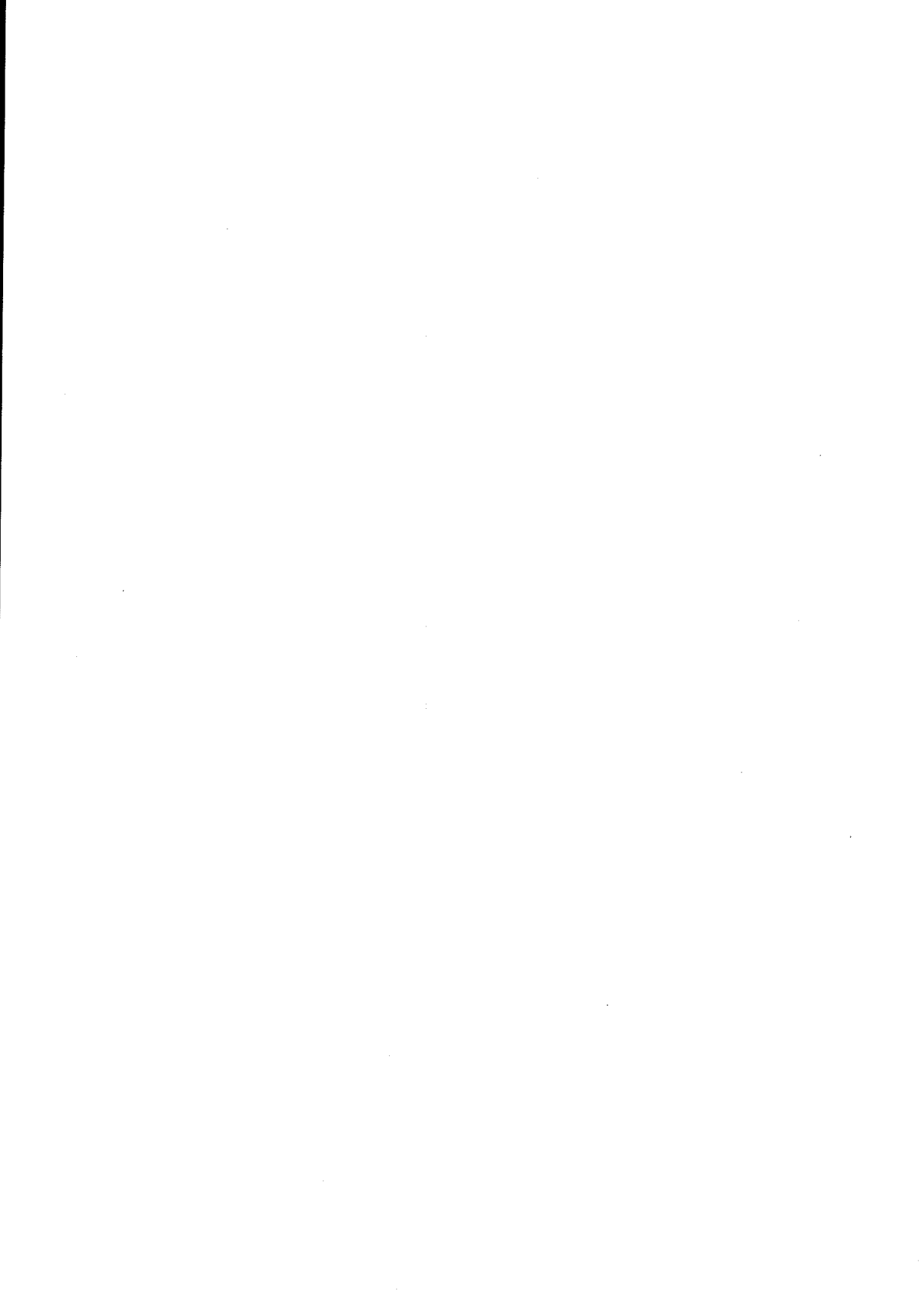
وعلى العكس من ذلك فإن حالات الهوس الحاد تمتاز ببداية حالة من النشاط الزائد ، ويتكلم المريض بحد زائد جدا ، وينتقل من موضوع لآخر بدون ترابط ، كما يضطرب الأكل والنوم كذلك .

٣ - حالات الفصام :

يعانى ٤٪ من المتخلفين من مرض الفصام ، وقد وجد أن حالات الفصام تكثر في المتخلفين عقليا بالمقارنة بالأسوياء . ولكن الأعراض تكون مختلفة وغير محدودة وذلك لنفس الأسباب المعروفة سابقا وهي عدم قدرة المتخلف على الافصاح عن نفسه .

المراجع

1. Diminished People, Problems & Care of mentally Retarded (1970) - Edited by Norman Bernstein. Edinburgh - Churchill, Livingstone.
2. Mayor-Gross Slater & Roth (1969) Clinical Psychiatry. Ed. Slater & Roth. 3rd Edition London, Eailiere, Tindall & Casell.
3. The Young Retarded Child. Ed. Margret Griffiths Edinburgh & London (1973) - Churchill - Livingstone.
4. Mental Subnormality & Severe Subnormality. Alan Heaton - Ward Bristol (1975). John Wright & Sons Ltd.
5. New Perspectives in Mental Handicap. SA .A. Forrest, Riston & Zeally Edinburgh & London (1973) - Churchill Livingstone.
6. World Health Organization (1979). Manual of the International classification of diseases, Injuries and Causes of Death, 1978 revision, Geneva.



**أصناف المعاقين
وخصائصهم النفسية والبدنية
ودورهم في المجتمع**

**الأستاذ
جميل توفيق إبراهيم
خبير منظمة اليونسيف في الخليج**

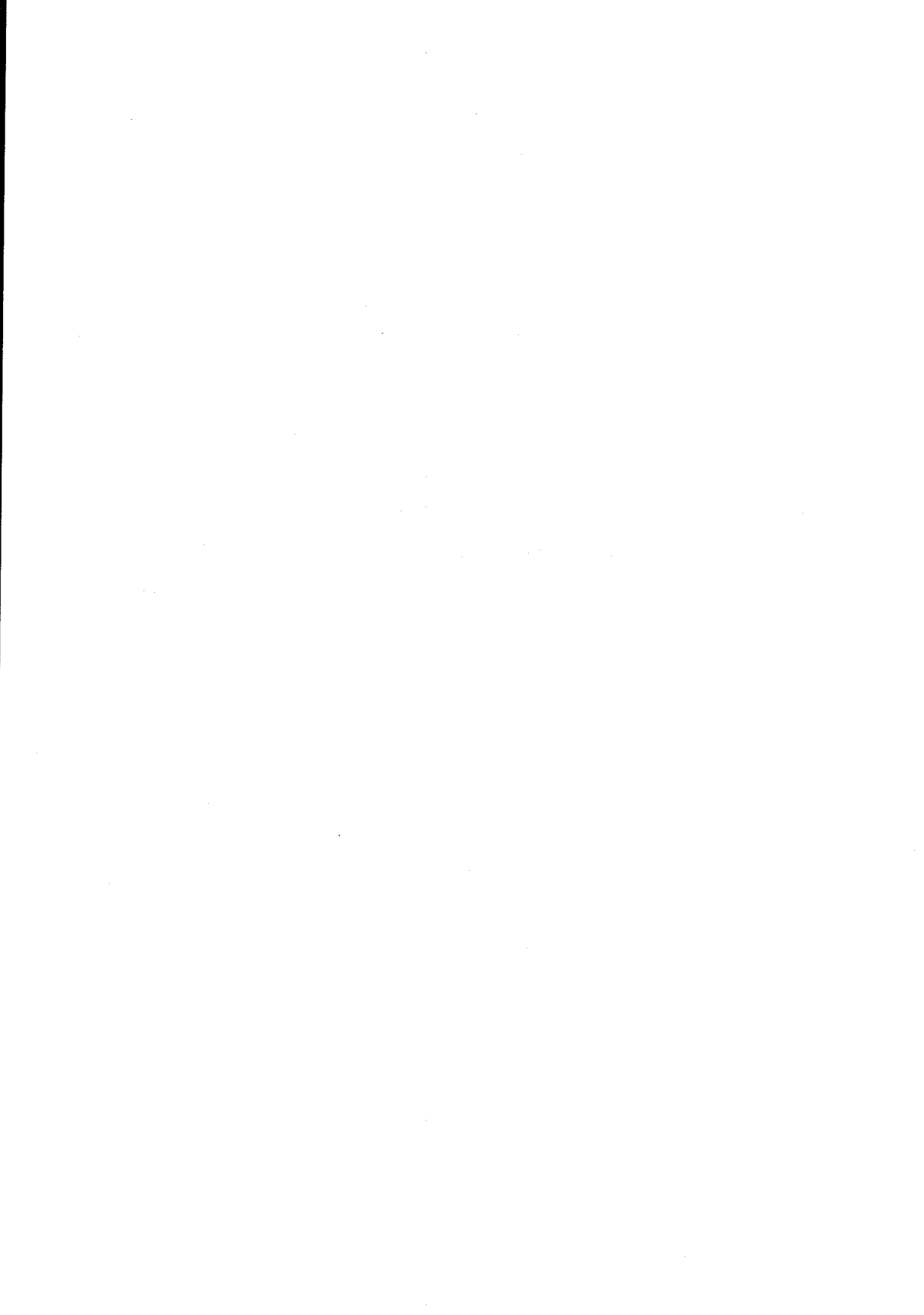


المحتويات

الصفحة

من - الى

مقدمة	١٠١ - ١٠٣
الفصل الأول : مفهوم الاعاقة الشامل	١٠٤ - ١٢٣
الفصل الثاني : العوامل الرئيسية للاعاقة في العالم العربي	١٢٤ - ١٢٧
الفصل الثالث : الآثار الاجتماعية والاقتصادية للاعاقة	١٢٨ - ١٣٣
الفصل الرابع : دور الاتجاهات المجتمعية واثارها في تربية المعاق	١٣٤ - ١٣٨
المراجع	١٣٩



مقدمة

تسير المواجهات الحالية لمسألة المعاقين في العالم نحو مرحلة جديدة يحاول فيها الانسان استخدام ارادته وفكره في اطار هذه القضية . واذا اتفقنا على أن التاريخ ليس إلا تسجيلا لطبيعة تحديات واجهها وانتصر فيها الانسان ، باعتبارها العنصر الوجودي الذي يمتلك الارادة وقدرة العقل ، وبهما معا استطاع ان يشكل جوهر الوجود ، واذا كان التاريخ قد شهد على نجاح الانسان في تحديه للطبيعة في مراحل التاريخ الأولى وكانت الحضارة ، وكانت الحرية ، هي حاصل التحدي ، فانه الآن في مواجهة تحد جديد . اذ كيف لإنسان أصبح ناقصا أو معاقا بفعل ظروف طبيعية أو اجتماعية ان ينفي نقصه أو عاهته ؟ ثم كيف يخرج من عزلته الى حياة ايجابية يشارك من خلالها في صناعة التنمية اذا كان المجتمع نفسه في حاجة الى تنمية وتقدم .

واذا كان العالم يواجه في وقتنا الحاضر عددا من التحديات ، فان من أهمها هو التحدي الراهن المتمثل في امكانية ادماج المعاقين في مجتمعاتهم بحيث يتحولون الى أفراد قادرين على الاسهام والمشاركة في تطوير المجتمع ودعمه . وهذا في رأينا هو التحدي الحقيقي ..

فقد جاء في تقديرات الأمم المتحدة لعام ١٩٧٩م بأن عدد المعاقين في العالم قد ناهز أربعمائة وخمسين مليون معاق .

وتتضح أبعاد التحدي عندما ندقق أكثر في تقديرات الأمم المتحدة حيث نجد ان ثلاثة أرباع هذا العدد مركز في العالم الثالث مما يشكل تحديا اضافيا الى جانب التحديات الأخرى .

وبالعودة الى التاريخ نلاحظ ان نظرة المجتمع الانساني الى المعاقين قد مرت بمراحل ثلاث :

الأولى : وقد تمثلت في النظرة لهم كمخلوقات بشرية ناقصة تعيش عالة على المجتمع وتستهلك دونما عطاء . فكان مصيرها القتل والحرق أحيانا أو العزل في أحسن الأحوال .

أما الثانية : فقد تطورت خلالها هذه النظرة لتأخذ بعدا اخلاقيا دينيا أكد على الإبقاء على المعاقين من باب الرحمة والشفقة .

أما المرحلة الأخيرة : فهي التي تمثلت في تطوير هذه النظرة فما عاد للمعاق حق العيش فحسب ، وانما حق المساهمة والانتاج والمشاركة الكاملة في الحياة .

وقد عزز ويلور هذه النظرة عدد من الاعلانات الانسانية والمواثيق والقرارات الدولية ، بدءا من الاعلان العالمي لحقوق الانسان في عام ١٩٤٥م ، مروراً باعلان حقوق الطفل في عام ١٩٥٩م ، وعلان حقوق الأشخاص المتخلفين عقليا عام ١٩٧١م ، وقرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي للرعاية من الاعاقة وتأهيل الأشخاص المعاقين (١٩٧٥/١٠٨/١٩٢١) وانتهاء بقرارات عديدة أصدرتها الوكالات الدولية المتخصصة كاليونسكو واليونسيف .

أما على المستوى العربي فقد صدر في هذا الشأن ميثاق العمل الاجتماعي للدول العربية الذي أقره مؤتمر وزراء الشؤون الاجتماعية العرب عام ١٩٧١م ، واستراتيجية تطوير التربية العربية التي اعتمدها وزراء التربية العرب عام ١٩٧٦م ، واستراتيجية العمل الاجتماعي في الوطن العربي عام ١٩٧٩م ، وتوصيات منظمة العمل العربية حول أهمية رعاية وتأهيل المعاقين .

هذا فضلا عما اتخذته بعض الدول من تشريعات وبرامج على المستوى الوطني تتصل بالمعاقين وتأهيلهم وتشغيلهم .

كما ان السنة الدولية للمعاقين (١٩٨١م) تعتبر تجسيدا حيا للارادة الدولية من أجل تيسير استعادة طاقة بشرية واقتصادية افتقدها المجتمع منذ زمن طويل .

ولكي نؤكد ايجابية وتطوير مساهمة المعاقين في التنمية الاجتماعية في مجتمعهم لا بد من النظر الى الاعتبارات الأساسية التالية :

١ - التعامل مع مشكلة الاعاقة ليس تعاملًا مع ظاهرة جزئية وانما يتعداها ليدخل في اطار الدفاع الاجتماعي والنظرة الشمولية ، على أساس أن الاعاقة مشكلة تهدد المجتمع في وجوده الأساسي .

٢ - التخلي عن التعامل مع مشكلة المعاقين من منطلق الاحسان والشفقة والانتقال الى مرحلة وضع الخطط والبرامج الرسمية المرتبطة بالتنمية الاجتماعية الشاملة للخدمات والوظائف على الخريطة الاجتماعية في المدينة والريف على السواء .

٣ - التأكيد على أن مشكلة الاعاقة هي مشكلة اجتماعية وليست مشكلة أفراد وينبغي ان تتم مواجهتها على هذا الأساس .

٤ - الأخذ بالأساليب التقنية الحديثة في مشكلة الاعاقة وتحويلها مع الابداع في استغلال الخامات البيئية المتوافرة بما يتلاءم مع احتياجات المجتمع المحلي .

٥ - الاستفادة من المنهج العلمي في رصد الابعاد المستقبلية لمشكلة الاعاقة بغرض تحديد العوامل المسببة واحتمالات تطور حجمها وأثارها الاجتماعية المترتبة عليها ، وذلك من أجل وضع استراتيجيات في ضوء المتغيرات العديدة المرتبطة بالمشكلة ، كالسن ، الجنس ، الريف والمدينة .. الخ بحيث تتحول هذه الاستراتيجيات الى خطط تنفيذية تساعد على تأسيس المواجهة الملائمة .

٦ - ادراك ان أية اعاقه جزئية يمكن تلافيها عن طريق نوع من التأهيل الجزئي ، بمعنى أن يتم تعزيز قدرات المعاق بتنمية قدرات ذاتية أخرى بديلة .

٧ - ان تجاوز حالة الاغتراب التي يعانيها المعاق نتيجة تشوهه فيزيقي أو اجتماعي أو نفسي أو ثقافي يتم بالتأهيل الشامل والمتكامل القائم على مبادئ المساواة والعدالة والمشاركة وتكافؤ الفرص .

هذا وعلى الرغم من ان الدول المتقدمة تعاني من مشكلة الاعاقه كما تعاني منها الدول النامية ، إلا أن ذلك يتم بصور وملاحم مختلفة، حيث ان لمشكلة الاعاقه في الدول النامية مسببات

تعود الى أن طبيعة وظروف مجتمعات تلك الدول تشكل عوامل دافعة الى الاعاقة كالعجز الاقتصادي والبطالة وتفشي الأمية وانعدام الوعي وانتشار الأمراض السارية مما يسهم وغيرها في خلق الشخصية السلبية الخاضعة وليس الشخصية الايجابية المبدعة . ولعل هذا ما يدفعنا الى القول بأن مشكلة التخلف ذاتها تعتبر مصدرا رئيسيا للاعاقه .

الفصل الأول

مفهوم الاعاقة الشامل

كثيرون ممن تصدوا لمفهوم الاعاقة يعادلون بين الاعاقة وبين الحدود المفروضة على الحركة الفيزيقية للفرد ، غير ان هذا لا يعني ان المعاقين يمثلون فئة متجانسة ، فلكل ذي اعاقة مشكلة محددة بذاتها ومن ثم تتطلب حلولاً أو مواجهات محددة تتلاءم الى حد كبير مع المشكلة التي يعاني منها .

ومن خلال البحث عن التحديد العربي لطبيعة المشكلة نجد ان الأردن مثلاً قد حدد في الندوة الثانية لاستراتيجية العمل الاجتماعي العربي سنة ١٩٨٠م فئات المعاقين بأنهم المكفوفون والمعاقون جسمياً والمعاقون عقلياً والصم والبكم . بينما يحدد العراق المعاق بأنه 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 ، كما يحدد القانون اللبناني رقم ٧٣/١١ الصادر في سنة ١٩٦٤م المعاق بأنه شخص امكانياته لاكتساب وحفظ عمل منخفضة فعلياً بسبب عجز أو نقص في مؤهلاته الجسدية أو العقلية وان المعاقين عقلياً أو المتخلفين عقلياً هم الذين يعانون ضعفاً في بعض المراكز العصبية يؤدي الى اضطراب في النمو العقلي يعيق المصاب عن التوافق الاجتماعي ، في حين ان القانون المصري رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥م يحدد المعاق بأنه كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولته عمل أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه ، ونقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوي أو عقلي أو حسي أو نتيجة عجز خلقي عند الولادة .

وتتضمن هذه التعاريف أن المعاقين اما ان يكونوا ضحايا حرب أو ضحايا التصنيع أو ضحايا لحوادث المرور أو ممن أصيبوا بأمراض أو وجدوا في الحياة هكذا بسبب عوامل وراثية أو بسبب أمراض أثناء الحمل أو أخطاء ولادية .

وتتميز هذه التعاريف بالملامح الأساسية التالية :

١ - ان معظمها ركز على ربط الاعاقة وتحديدتها بالاعاقة الفيزيقية البدنية سواء خلقية أو وراثية أو مكتسبة وهي تتصل بعجز الفرد عن المشاركة الاجتماعية الفعالة في صياغة التنمية الاجتماعية .

٢ - ان بعض البلاد ، ربط الاعاقة ليس بالعوامل الخلقية أو الوراثة فحسب بل أيضاً بالظروف الحضارية التي وصل اليها المجتمع مثل الاعاقة الناتجة عن حوادث المرور أو نتيجة الحروب .

٣ - الاقتصار على المفهوم الضيق للاعاقة أي ارتباط الاعاقة بالعجز العقلي والفيزيقي دون الارتباط بالظروف الاجتماعية والثقافية .

ذلك يعني ضرورة البحث عن تحديد موضوعي أكثر عمقا لمفهوم الاعاقة وفي هذا الصدد نستعين بوجهة نظر عالم الاجتماع الأمريكي «روبرت ميرتون» «R. K. Merton» في كتابه المشكلات الاجتماعية Social Problems حيث يذهب فيه الى أن تحديد أية مشكلة اجتماعية لا بد أن يتضمن جانبا موضوعيا وجانبا ذاتيا . اذ ليس هناك سلوك انساني محدد يمكن اعتباره مشكلة اجتماعية بغض النظر عن كونه غير مقبول لأي فرد أو جماعة إذا لم يعتبر انحرافا عن معايير متفق عليها بواسطة عدد كاف له وزنه من الأشخاص في اطار النظام الاجتماعي المحيط .

لذا ينبغي أن نأخذ في الاعتبار عند تحديد مشكلة مثل مشكلة الاعاقة Disablement ، السياق الثقافي الذي تنتمي اليه المشكلة موضع الاهتمام ، أي تصبح المشكلة مشكلة اجتماعية وليست فردية حين ينظر اليها على هذا النحو من قبل مجموعة من الأشخاص ذات التأثير في النظام الاجتماعي المحيط وليس من وجهة نظر فرد معين أو مجموعة أفراد ، ويعتبر جوهر المشكلة تحديدها ثقافيا ، بالاضافة الى الأبعاد الفيزيائية والعقلية . واستنادا الى ذلك يمكن ان ندرج الفئات التالية تحت اطار المعاقين :

- ١ - المحرومون من التعبير عن هويتهم القومية أو الوطنية .
 - ٢ - الجماعات المحرومة من حقوق التعبير الثقافي والاجتماعي .
 - ٣ - الذين سقطوا في اطار الانحراف الاجتماعي كمجموعة المنحرفين أو المجرمين .
 - ٤ - المتعطلون الذين لم يجدوا فرصا ملائمة للعمل اما للامية المهنية أو لعدم التكوين المهني ومن ثم فهم مهددون بالعيش عالة على المجتمع أو هامشيين بالنسبة له ، لا يشاركون في التنمية والحياة الاقتصادية .
 - ٥ - الذين يعانون من الأمية الثقافية بما يعوقهم عن الادراك الواعي لحركة تقدم المجتمع ، بحيث ترجع هذه الاعاقة اما لانهم حرموا من فرص التعليم أو قد تعرضوا للآثار المشوهة لنظام تعليمي عقيم بالاضافة الى أنواع الأمية الأخرى المتعددة كالأمية المهنية والامية السياسية .
 - ٦ - المعاقون صحيا ويدخل ضمنهم من تعرض للاصابة بأمراض ذات بعد اجتماعي كالاصابة بالبلهارسيا أو بأمراض التلوث أو الأمراض التي ترجع للفقر الاقتصادي للبيئة أو تخلف البناء الصحي في المجتمع .
- ذلك يعني أن الأخذ بمفهوم الاعاقة الشامل سوف يلقي عليها الضوء من خلال ثلاثة مجالات رئيسية :
- المجال الأول : هو المجال الاجتماعي ، حيث يدرس الأوضاع البنائية في المجتمع وعلاقة المجتمع بالمجتمعات الأخرى ومساهمته في الوعي العام بالمعاق .
- المجال الثاني : المجال الفئوي حيث تصيب الاعاقة احدى الفئات الاجتماعية سواء فيما يتعلق بالسن أو طبيعة السلوك الاجتماعي أو اللون أو العقيدة .

المجال الثالث : وهو المجال الفردي ويتصل أصلا بالخصائص الفردية للمعاقين سواء الخصائص الفيزيائية أو العقلية أو ما يرجع الى ظروف ذات طبيعة خلقية أو وراثية .

اولا - المعاقون بدنيا وحسيا :

نحن بصدد أناس من المجتمع قد حرّموا من حاسة من الحواس أو فقدوا عضوا من الأعضاء أو أصيبوا في حرب أو حادث وهم يشكلون جزءا من القوى العاملة في المجتمع ويتمثلون في :

١ - الإعاقة البصرية :

وتمثل في :

١ - المكفوفون :

وهي الحالات التي تتراوح ما بين الكف الكامل أي فقد المقلتين أو فقد قوة الابصار كلية وحالات قريبة من ذلك . ومنها التي تبلغ حدة البصر ٢٠ / ٢٠٠ (*) أو أقل في العين الأقوى بعد استخدام العدسات ، كما يشمل الحالات التي تزيد حدة البصر عن ذلك، ولكن هناك عيب آخر من شأنه أن يضيق مدى الرؤية بحيث أن أكبر قطر مرئي لا يحتاج الى زاوية مركزية تزيد على عشرين درجة .

المجتمع والكفيف :

نظر المجتمع الى الكفيف وعامله بثلاث طرق متباينة : كعبء - أو كقاصر تحت وصايته - أو كعضو به . ويرجع تاريخ ذلك الى عصور البشرية الأولى حينما استلزم كفاح الحياة تقارب الأفراد لتكوين القبيلة فاعتبر العضو الذي لا يسهم مساهمة كاملة في المجهود الحربي عبئا على المجموعة واستئصل ، وبظهور الأديان التوحيدية تغير الوضع إذ أعطت الكفيف حق العيش والحماية والرعاية ، وبنهاية هذه الحقبة استطاع عدد متزايد من المكفوفين أن يثبتوا لأنفسهم ولعاصريهم أنهم أكفاء وفي إمكانهم تحقيق أعمال قيمة ، ونتيجة لقيام المنشآت التعليمية أمكن ادماج الكفيف في المجتمع في المدارس العامة والجامعات وفي الصناعة ومختلف المهن والأنشطة الاجتماعية .

الأسرة والكفيف :

بين «سومرز» «Sommar» خمسة أنواع من تصرف الآباء نحو المعاق وخاصة الكفيف تتمثل في :

- ١ - القبول .
- ٢ - انكار وجود أي أثر للكف على الطفل .
- ٣ - التدليل والحماية المبالغة .
- ٤ - الاعراض المقنع .
- ٥ - الاعراض أو التنبذ الظاهر .

(*) المقياس ٢٠ / ٢٠٠ يعرف بأن الذي يمكن أن يراه الشخص السوي بالعين العادية على مسافة ٢٠٠ قدم يجب تعريبه الى مسافة ٢٠ قدما حتى يمكن للمعاق ان يراه .

ويعتبر القبول والانكار تكيفا مرغوبا يتيح للطفل التمتع بالعطف الأبوي وان كان له بعض العيوب فربما يعمل الطفل على الوصول الى مستوى الكمال الذي لا يستطيع ان يحققه ، وربما يخلق في الطفل المبادئ المثالية التي لن يستطيع اشباعها . فليس للكف أثر كبير في تكوين وتطور الطفل الكفيف مثل ما للخوف والحرمان والأسى الذي ينتج عن شعور الأبوين .

عالم الكفيف :

يتفهم الكفيف المجتمع بواسطة حواس غير البصر ، فيعتمد على حواس السمع واللمس وادراك الاتجاه ، والكفيف منذ طفولته خاصة أكثر تعرضا للوقوع في عالم التخيل والأوهام ، ويمكن ان نرجع ذلك لظروفه الحسية فاستحالة النظر تحجب عنه المتغيرات الخارجية فيسهل اتجاهه الى داخل نفسه محاولا توقع وتخيل حلول لمشكلات أو رسم مواقف قد تكون بعيدة عن الواقع . وتعطيه حساسته التوقعية صوراً كثيرة يحتاج الى توضيحها والاندماج فيها . والكفيف لا يتحرك بسرعة ومهارة المبصر متطلعا العالم المحيط به ولكنه متى تألف مع المجال الذي يعيشه يسهل عليه الانتقال معتمدا على حواسه الخاصة ، ويتفوق في ميدانه بالقدرة على التذكر والتعرف والاستيعاب والاسترجاع وتمييز الأصوات ، ومن أهم سماته الشخصية التمرکز حول الذات والاهتمام بالذات والقدرة على جذب الانتباه لتوقعاته . فله عالم خاص لا يفصحه لغير رفقاءه من المكفوفين . كما يتمتع بالقدرة على إثارة الآخرين لتكوين صداقات وخاصة للتعرف على مجالات التفوق في المجتمع محاولا الاستفادة منها وخاصة من دواوين الأدب . وهو يتمتع بالصبر وطول الأناة ودرجة عالية من الاستقرار الحركي الفردي ، ولكن تظهر الصورة العكسية لزيادة الحركة داخل الجماعة لشعوره أكثر بالأطمئنان الجمعي .

تأهيل الكفيف :

تهدف الخدمات التأهيلية للكفيف نحو تمكينه من استعادة استقلاله الاقتصادي والاجتماعي وذلك عن طريق أنواع مختلفة من النشاط يمكن حصرها في :

- ١ - محاولة توفير العلاج الرمدي للمستحق له من المكفوفين مما يمكنهم من تحسين درجة الابصار الى أقصى حد ممكن .

- ٢ - توفير الخدمات التربوية التي تمد الكفيف بتعليم متكافئ على المستوى العادي وفقا للأسس والمبادئ العلمية والفنية في مجال تربية المكفوفين حتى يندمج تربويا مع المبصرين جنبا لجنب .

- ٣ - توفير خدمات الارشاد النفسي والتوجيه المهني والتدريب والالتحاق بالعمل المناسب مع المنتج .

- ٤ - الاعداد والتعليم في المنزل .

- ٥ - النشاط الاجتماعي والثقافي والترويحي .

- ٦ - الخدمات التدعيمية والمتنوعة .

وحيثما يتم تأهيل الكفيف ويقف على بداية الطريق للحياة الاجتماعية والثقافية فإنه يتمثل مع المبصر في جميع مواقف الحياة ، يواجه الصعوبات ويضع الحلول المناسبة ويتكيف ويتأقلم مع المجتمع ويعطي في مجال التنمية بالمساواة والمشاركة .

ب - ضعف البصر أو نقص البصر أو البصر الجزئي وهذه المصطلحات تشمل الفئات الآتية :

- الذين تنحصر قوة بصرهم بين ٢٠/٧٠ ، ٢٠/٢٠٠ في العين الأقوى بعد استخدام العدسات الطبية .

- الذين يجدون صعوبة خطيرة في البصر وتزداد حالتهم سوءا .

- الذين يشكون من أمراض رمدية خطيرة .

يضاف الى هذه الفئات أولئك الذين فقدوا إحدى العينين أو فقدوا ابصار إحدى العينين تماما .

ان شعور ضعيف البصر بالمساواة مع المبصرين قوة تدفعه الى التعويض والنجاح والمشاركة والمساواة في برامج التعليم وفي خطة التدريب وفي مجال العمل والاندماج الاجتماعي والثقافي والاقتصادي .

٢ - الاعاقة السمعية والصوتية :

توجد مصطلحات عديدة تفي بمختلف الاغراض والاتجاهات فهناك الصم ، والصم البكم ، وأبكم وشبه أصم ، وشبه أبكم ، وذو سمع جزئي وثقيل السمع .. الخ ونتيجة لهذا التباين في التعبيرات يجد الإخصائيون والدارسون أنفسهم في حيرة وغموض .

ويمكن تقسيم ذوي العاهات السمعية الى ثلاث فئات :

أ - الصم

ب - ثقيل السمع

ج - الذين أصيبوا بالصمم .

وينبثق الفرق بين هذه الفئات من اعتبارين ، الأول : السن عند حدوث العاهة السمعية . والثاني : مدى فقدان السمع . فإذا كان مقدار الخسارة طفيفا (حوالي ١٠٪ من قوة السمع) فلا يحتمل ان يؤدي الى تغيير في مجرى حياة الشخص ونشاطه ، واذا حدث هذا الفقدان في مرحلة الطفولة فإنه لن يؤثر بدرجة كبيرة على الجانب النفسي والتعليمي اذ يمكن اتخاذ بعض الاجراءات التعويضية ، بينما اذا اقترب فقد السمع من ٢٥ - ٣٠٪ فإن المشاكل والصعوبات تبدأ في الظهور ، وهنا يجب استخدام الاجراءات والوسائل الخاصة للمحافظة بشكل مجد على العلاقة السمعية بين الفرد والبيئة . هذه الفئة هي المصابون بالصمم الطفيف أو المتوسط ، أو ثقيل السمع .

يلي هؤلاء فئة تتميز بفقد السمع بدرجة كبيرة (حوالي ٥٠٪ أو أكثر) فالروابط السمعية بينها وبين البيئة تتأثر وتختل بدرجة كبيرة وربما ينعدم التفهم السمعي للألفاظ والأفكار والأصوات .

وأذا وجدت العاهة منذ الولادة فالطفل لا يتعلم شيئاً يعول عليه عن طريق الاذن وتصل الى درجة أنه لا يستطيع تعلم الكلام أيضاً ، وهنا يحتاج لوسائل تعليمية خاصة بالرغم من ضرورة تدريب أجهزة الكلام لديه . أما اذا حدث فقدان ملحوظ في السمع في الطفولة المبكرة حينما تنمو اللغة والكلام فان هذا النمو قد يتوقف ويتعين استخدام طرق خاصة للتعلم مع الأخذ في الاعتبار اكتسابه السابق لمؤشرات الكلام . اما اذا حدث الصمم في سن متأخرة فان الصمم لا يؤثر في نموه التعليمي وتجاربه وخبراته ولكن التأثير يكون في المستوى النفسي .

اذن الصم هم الذين لا ينتفعون بحاسة سمعهم ، وينقسمون الى :

أ - الصمم الخلقي The Congenitally Deaf .

ب - الصمم العارض The Adventitiously Deaf .

عالم الأصم

إن لغة التناهم هي أهم عوائق الأصم على حين ان التعلم هو منقذه ، لكن وسائل التعلم الخاصة لا تستطيع النفاذ خلال جدران السكون والصمت بسرعة كافية حتى تتيح للشخص قدرة عادية للتطور ولذا يحدث تأخر كبير في هذا التطور نتيجة لبطء تعلم اللغة ، وحينما يتم تعلم الكلام بالطريقة الخاصة لا بد ان يدعم تذكر الأصم لخواص الصوت والتنفس والعلاقة الصحيحة بين الفم والاسنان والشفيتين .

ويتأثر التطور العاطفي للأصم تأثراً كبيراً بعوائق الفهم ، إذ ان اللغة وتمييز الأصوات يلعبان دوراً هاماً في التطور العاطفي ، ولا بد للأصم أن يحصل على ادراك ذهني كاف لكي يفهم ويتذوق مضمون ومغزى الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية والقيم والعلاقات والعادات الاجتماعية البدائية ، لذا يستحيل عليه فهم لغة الدعابة والنكتة .

والأصم يحقق ذاته أكثر من خلال جماعة الصم ، حيث يجد التنفيس لصور الذات فيعبر عن مشاعره ويخفف من حدة صراعات الكبت التي تؤدي الى صور من الانعزالية والتباعد عن المجتمع أو الى صور من العدوانية والصراع .

ويمتاز الأصم بالجهد البدني والتفرغ وتركيز الانتباه والصبر والجلد في الاداء العملي فيتفوق في المهن التي تسبب الازعاج مثل الحدادة ومرشد طائرات .

تأهيل الأصم

يعد تأهيل الأصم للحياة الاجتماعية هدفاً رئيسياً لبرامج التأهيل .. ويمكن ايجاز خطوات تأهيله على النحو الآتي :

أ - تقوية الاواصر التي تربط الأصم بالآخرين عن طريق تعلم سبل المخاطبة بالاشارة أو ملاحظة حركات الفم والشفاه والطق ولغة الكلام .

ب - الاعداد البدني بالعلاج الطبي والجراحي أو استخدام المعينات السمعية وعلاج عيوب النطق والكلام .

- ح - التدريب المهني لاتقان مهنة أو نشاط يحقق له المستوى الاقتصادي الملائم .
- د - الرعاية الاجتماعية الواقعية التي يجب ان تبدأ مبكرا وبمجرد اكتشاف الصمم .
- هـ - التوعية المجتمعية بمشكلات الصمم والأساليب التي يجب اتباعها مع من هم مصابون بفقدان حاسة السمع كليا أو جزئيا .

عالم ثقيل السمع

ثقل السمع على درجات ، فنسبة ما تبقى لدى الفرد من سمع تختلف بين جماعة ثقيلي السمع ، ويمكن باستخدام اداة سمعية مساعدة أو بدونها ان تؤدي حاسة السمع لديهم مهمتها ، ويجدر بثقيلي السمع ان يخفوا ما لديهم من اعاقه عن المحيطين بهم ، وهم قادرون على الاندماج في المجتمع بسهولة ولذا فجميع الأبحاث توصي بأنه لن يكون بين ثقيلي السمع من يعتبرون شوان أو منحرفين طالما ان فرص التكيف والتوازن الاجتماعي موجودة .

عيوب النطق والكلام

عيوب النطق هي التي يلاحظها الانسان عندما يقارنها بالكلام العادي وهذه الحالة لا ترجع الى أسباب متعلقة بأعضاء الجسم ، أما الاضطراب في الكلام فإنه يشمل أسبابه والنتيجة السمعية المترتبة عليها ، أما العيب في الكلام فهو عبارة عن النتيجة فقط ، وعليه يمكن وجود عيب في الكلام دون أن يكون هناك اضطراب فيه . أما جميع أنواع الاضطرابات فتشمل عيبا في الكلام .

- ويمكن تقسيم اضطرابات الكلام الى نوعين رئيسيين ، بالرغم من التعذر الفارقي بينهما :
- تلك التي سببها الرئيسي جسماني أو عضوي .
 - وتلك التي سببها نفسي أو متعلق بوظائف الأعضاء .

لذا هناك أربعة أنواع لاضطرابات الكلام :

- أ - عيوب النطق *Dysarthrias & Dysalias* وتكون النتيجة عدم وضوح الكلام وغموضه بسبب اخفاق الشخص في اخراج الاصوات الكلامية المعروفة ويشمل اللثغة واللغظ والاستعاضة .
- ب - اضطرابات الصوت *Dysphonias* تشمل الاخفاق في اخراج الصوت مرتبا مثل خشونة الصوت - البح - خفض الصوت وضعفه - الحذف - اخراجه عن طريق الأنف .
- ح - احتباس الكلام *Dysphasia* حيث يشوش فيه المعنى الرمزي للكلام فيصعب على الحالة تفهم أو استعمال اللغة المكتوبة أو المنطوقة وهي ليست بمرض بالمعنى العادي لكنها من الأمراض المعقدة ومتعلقة بخلل فسيولوجي في أجهزة المخ . والاضطراب في نطق الكلام ليس إلا عارضا واحدا من أعراض احتباس الكلام . أما الاعراض الأخرى فانه تشمل التغييرات التي تطرأ على تصرفات الشخص الباطنية والفكرية وعلى التكوين العام لشخصيته .

د - التمتمة والتلعثم Stuttering وتشمل اخطاء الاحتفاظ بنغمة الكلام والتردد في نطقه وتكرار نفس الصوت بعد صدوره .

ثانيا - الإعاقة العضلية :

ويقصد بالاعاقة العضلية الحالات المصابة بأنواع الشلل والمقعدون والمبتورون ، وتشوهات العمود الفقري وتشوهات القوام .

الشلل :

هناك أنواع من الشلل منها شلل الأطفال والشلل الرباعي والشلل التشنجي والشلل المخي .

١ - شلل الأطفال :

وهو مرض ناتج عن ميكروب غاية في الدقة لا يرى إلا بالمجهر الالكتروني . فإذا ما نجح الميكروب في الاستقرار في جسم الانسان طفلا كان أم بالغا نتج عنه شلل العضلات الثانوية ثم شلل مجموعة العضلات ويكون ذلك واضحا ملموسا في الساقين .

وهناك اشخاص يصابون في اطرافهم العليا أي في عضلات التنفس أو العضلات الخاصة بالبلع والكلام وهو شلل من نوع Bulb-Spinal ويتركز أثره على أعصاب الحركة الخاصة بالأجزاء العليا من حبل العنق وتستمر في الانتشار حتى يصل الى امتداد النخاع الشوكي في داخل الرأس ، وفي هذه المرحلة تتأثر أعصاب الصدر والحجاب الحاجز وأعصاب الكتفين والذراعين واليدين .

وهناك مجموعة تالفة تصاب بشلل الأطفال نتيجة لاصابة النخاع المستطيل ويتميز باصابة مراكز الأعصاب الخاصة بالأعضاء العليا بشكل خطير أو اصابة المراكز الحيوية من المخ بالإضافة الى اصابة الاعصاب الرأسية Cranial وربما تحدث الاصابة في أغشية الرأس أو في السحايا .

ويواجه المصاب بشلل الأطفال صعوبات عديدة نتيجة القيود في الحركة الجسمية ومشاكل تتركز حول التكيف الاجتماعي وكذلك تكيف المقربين اليه ازاء العاهة ونتائجها . أما العوامل النفسية التي تعترى المعاقين بشلل الأطفال فأهمها :

١ - النواحي النفسية للمريض قبل حصول المرض أو العجز

كثيرا ما نرجع الخصال الحميدة أو الرديئة لدى المعاق الى عجزه الجسماني مغفلين العوامل التي أثرت على سلوكه ومناهج التربية التي لازمته . فكثير من الأشخاص اعتبروا ان سر عظمة فرانكلين روزفلت ونجاحه ناتج عن اصابته بمرض الشلل ، كما يقرنون عبقرية بهوفن الموسيقية باصابته بالصمم . ولكن من الأهمية الأخذ في الاعتبار المميزات الوراثية (فيما عدا العجز الخلقي) وكذلك تجارب الشخص قبل حدوث المرض المقعد أو الحادث حتى لا يسمح المريض لنفسيته ان ينتابها الشعور بالحسرة لكي يحافظ على شجاعته ومستواه الفكري والعلمي ويظل متكيفا اجتماعيا وتبقى شخصيته متكاملة كما كانت قبل اصابته بالمرض .

ب - الآثار النفسية الناتجة مباشرة عن تفاعل المرض

يجب أن نكون على يقين في حالة مرض شلل الأطفال من احتمال ظهور آثار نفسية نتيجة لتحكم جرثومة المرض في مجموعة الأعصاب المركزية . وطالما ان مفعول الجرثومة لا يتعدى أعصاب الحركة السفلى أو خلايا النخاع المستطيل بحبل الرقبة Cord فلا يحتمل أن يحدث تأثير كبير في التصرف على الشخص فيما عدا ما يظهر من تغير في الأداء العقلي .

وعموما يبدو ذلك في قابلية المريض للتهيج والاثارة ، وفي ضعف قدرته على التركيز ، وقدرته على تتبع ما يدور حوله . وربما يحدث تغيير في قدرته العقلية نفسها ، فضلا عن انه في حالات الشلل الذي يصيب نخاع العمود الفقري وشلل النخاع المستطيل يتسبب التغيير في التنفس من حرمان المخ من كمية الاكسجين اللازمة مما ينتج عنه تغير في سلوك الشخص .

ج - التغييرات النفسية التي تطرا نتيجة لتصرفات المريض

يسبب المرض حدوث بعض التغييرات في تصرفات المريض تتوقف على :

- ١ - مدى الخوف من المرض . ويختلف ذلك من فرد لآخر . ويتركز هذا الخوف حول القيود الحركية التي يفرضها المرض ويزيد هذا الشعور سوءا ما يعلمه المريض عن تصرفات المجتمع وشعوره نحو العجز بالاضافة الى فكرته عن اتجاه المجتمع لمثله من ذوي العاهات قبل وقوعه فريسة المرض .
- ٢ - كمية المعلومات الصحيحة أو الواضحة التي لديه عن أثر المرض في حياته المستقبلية .
- ٣ - نوع التجربة التي مرت به من حيث شعور اقاربه واصدقائه نحو عجزه الحركي ومعاملتهم له .
- ٤ - مدى اعتقاده وايمانه بما لديه من قدرات على التدريب والتمرين وحرية التصرف والاعتماد على النفس والشعور بالامن .

د - العوامل النفسية الناشئة عن اتجاهات وتصرف الآخرين نحو المصاب بالشلل

إن تغيير معاملة المجتمع للمعاق له أثر كبير على نفسيته .. فزيادة الاهتمام به كمثل الاهمال له ، ويؤثر ذلك بشكل كبير عليه لذا فإن تقبل المعاق باعتباره شخصا متساويا مع الآخرين في جماعته سواء في المدرسة أو المصنع أو النادي أو غيره له أثر كبير في التكيف الشخصي الاجتماعي للمعاق ذاته .

٢ - الشلل الرباعي :

ينتج الشلل الرباعي عن اصابات في أعصاب العمود الفقري أو من جرثومة (فيروس) محددة تصيب المراكز العصبية . وينتج عن ذلك تعطل حركة العضلات الرباعية للذراعين والساقين . وترتسم شخصية المعاق بالشلل الرباعي بالتفوق حول الذات ، والتباعد عن الاندماج الاجتماعي ، والعزوف عن التعبير عن حاجياته ، وصعوبة التواصل الاجتماعي فكريا ولغويا تحت تأثير سلوك المجتمع نحوه .

إن التعرف على قدرات المعاق وميوله ورغباته الواقعية تساعد في وضع الخطة التأهيلية الملائمة لتنمية ما لديه من قدرات وتشجعه على الخروج من حالته الانعزالية والعمل على تقبله للمجتمع ، بتغيير مفهومه عن ذاته ، وتغيير موقعه في المشاركة والانتاج ، وابرز ناتج ما يحقق من مساهمات فعالة مهنية أو أدبية أو فنية .

٣ - الشلل التشنجي أو التقلصي Ataxia :

وهو من أنواع الشلل الذي ينتج عنه تقلص في عضلات الأطراف أو بعضها ، ويتخذ صورة التخشب أو التشنج الحركي الثابت . ويؤدي الى اعاقه المريض عن الاندماج وعن المرونة الحركية .

وبالرغم من ضرورة استمرار العلاج الطبي إلا انه يحتاج الى علاج طبيعي . وفي مثل هذه الحالة فالعلاج بالعمل له من التأثير والأهمية ليس فقط للتدريب الحركي بل أيضا لاكساب المعاق صورة من النفعية واشعاره بأنه عضو غير مهمل في المجتمع .

٤ - الشلل الاهتزازي

ويؤدي هذا النوع من الشلل الى عدم ثبات حركة الجسم وضعف شديد في استخدام الأصابع والأطراف ، وضعف في التركيز الحركي والعقلي ، واضطراب في النطق يرجع الى تشنجات كلامية واهتزاز مراكز الكلام ، وتصل الى لجلجة ترددية . ومن المهم في مثل هذه الحالات اكتشاف القدرات الخاصة والعمل على موازنة الحالة للعمل المهني الذي من خلاله يمكن رفع مستوى الكفاءة ومعالجة الحالة الاستجدائية التي تظهر واضحة لدى هذه الحالات .

المقعدون

من أهم تعريفات المقعد ، التعريف الرسمي بميتشجان : «أن المقعد هو الذي لديه سبب عاق حركته أو يعوقها نتيجة لفقد أو خلل ، أو عاهة في العضلات أو العظام تؤثر على قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه» .

ومن تقرير نشرته لجنة البيت الأبيض سنة ١٩٢١ م «بأن الطفل المقعد هو الذي لديه عيب ينتج عنه عاهة أو يتسبب في عدم قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية . وتكون هذه الحالة إما خلقية ، أو ناتجة عن مرض أو حادث وتزداد خطورتها بسبب الجهل أو الإهمال أو المرض» .

ويدخل ضمن هذه الحالات بالإضافة الى حالات الشلل السابق ذكرها حالات المبتورين لأحد الأطراف أو أكثر من طرف أو أجزاء من أطراف نتيجة حادث أو جراحة . وحالات التشوه الخلقي للأطراف مثل ضمور الطرف ، أو الأيدي المخلبية أو اعوجاج القدمين ، وحالات تشوهات العمود الفقري والقفص الصدري ، مثل الصدر الحمامي وانحناء الفقرات الظهرية مع تكلسات العمود الفقري وحالات ضمور العضلات كالناتج عن مرض الروموتيد .

عالم المقعد

تعمل الاعاقه على تحديد حركة المقعد وتؤثر على أسلوب تعامله مع المجتمع كما تؤثر على

طريقة تعامل المجتمع معه مما يؤدي الى الشعور باليأس والحسرة . ويتسم شعور افراد المجتمع نحوه بالعطف والشفقة المصاحبين بالأسى والحسرة . وحيثما يتلمس المعاق هذا الموقف تتولد لديه علاقات مصطنعة تبدو في الموافقة الظاهرية إلا انه يصاحبها شعور قوي بالاعتراض والبغض لبيئته يتمثل احيانا في اصراره على حياة مترفة مبالغ فيها كصورة عدوان اجتماعي . كما قد ينتج صورة من الانعزال والانطواء والتباعد عن المجتمع . ويدخل المقعد في مستوى التخيل وأحلام اليقظة حيث مضمونها النفسي صور من العدوان الاجتماعي وتحميل المجتمع نتائج الاعاقة .

تأهيل المقعد

يهدف برنامج التأهيل للمعاقين بدنيا بوجه عام الى محاولة اعادة الشخص المعاق الى المجتمع من خلال اعادة اولئك لنفسه . فالتأهيل عملية بناء تسبقها وترافقها عملية هدم . هدم الصورة القائمة التي رسمها المعاق لنفسه . ثم اعادة تقييم الامكانيات الحقيقية التي مازال يتمتع بها بهدف اعادة تشكيل اجزاء شخصية سوية تسلك سبيلها في الحياة معتمدة على ما تبقى من قدرات جسمية وعقلية ونفسية .

فالتأهيل يخلق ويبدع ، إذ يرمي الى تحديد امكانيات المقعد وتنميتها والاستفادة منها ، ويستهدف اعادة القدرة على الانتاج والتنافس والاستقلال والعزم وتقرير المصير ويبحث عن استغلال جميع الامكانيات والموارد الميسرة سواء في ثانيا الفرد أو في المجتمع .

ان دراسة البناء الجسمي للمعاق بدنيا وتزويده بالأجهزة التعويضية الملائمة والمناسبة ومتابعتها طبقا للنمو الجسمي له تعيد لديه المزيد من الثقة . وتعديل صورة الجسم لديه بعد اقتناعه بالجهاز التعويضي . كما ان مجال العلاج الطبيعي ينمي قدرات العضلات ، وبالتالي يزيد من كفاءتها ويعيد للمعاق التوافق الشخصي والاجتماعي .

أما العلاج بالعمل فإنه يكسبه المزيد من تحقيق الذات لشعوره بأنه أصبح مفيدا في المجتمع ومشاركا في عمليات التنمية . وإن صور تقبل المجتمع للمقعد بما يوازي التعامل مع الأسوياء ليقوي لديه روح المسئولية ويخفي بل ويباعد صور الاستهجان والاشمئزاز لديه ومن ثم يبدو في الصورة القوية الفعالة في المجتمع .

ثالثا - المعاقون عقليا :

تؤثر الحالة النفسية والعقلية والذهنية على قدرات الافراد وعلى توافقهم النفسي والاجتماعي وهو ما يبدو بوضوح في فئة المعاقين عقليا ونفسيا حيث يؤثر المرض النفسي والعقلي على قدرات الافراد ويعوقهم عن الاندماج والتوافق السوي ، ومن ثم يكون نتاج بعض هذه الأمراض حالات من المعاقين .

١ - الأمراض النفسية والعقلية :

دأب الطب النفسي والعقلي على تصنيف امراض الطب النفسي والعقلي إلى :

١ - أمراض عصابية (نفسية Neurosis) وهي عصاب القلق والهستيريا (النوع التحويلي

والنوع الانشقاقى) والعصاب الرهابى (الخوف) والعصاب القهري (الوسواسى) والعصاب الاكتئابى واستجابة الأسى واستجابة التوهم المرضى (العلل البدنية) .

وهذه الأمراض تؤثر على الفرد نفسياً ، وبالرعاية الطبية والنفسية يتمكن المريض من الاندماج السوي في المجتمع ليكون عضواً منتجاً وفعالاً .

ب - أمراض ذهانية (عقلية Psychosis) وهي اختلال في التوازن العقلي للمريض ، يتضح في اضطراب التفكير والسلوك والوجدان مثل مرض الذهان الوظيفي المتمثل في الفصام وذهان الانبساط (المرح الاكتئابى) والسواد الارتدادى أو اكتئاب سن اليأس والذهان العضوي المتمثل في اضطراب الأيض (أمراض الكبد - الكلية - السكر - البورفيريا) ، ونقص الفيتامينات وأمراض الغدد الصماء ، ونقص الأكسجين بالدم ، واضطراب الأملاح والمعادن في الجسم ، وأمراض شرايين المخ ، والأمراض المعدية والحميات ، وذهان الحمل والولادة ، وأمراض الجهاز العصبي (زهري الجهاز العصبي - الحمى الشوكية - الحمى المخية .. الخ) والصرع وذهان السموم مثل المخدرات والمسكرات واضطراب الشخصية .

تأهيل مرضى العقل :

من المسلم به في مجال تأهيل مرضى العقل ان معظم مشاكلهم من الميسور حلها باعداد البيئة التي يعيشون فيها بعد العلاج ، مع التوجيه المهني المناسب ، والتأهيل الاجتماعي السليم . وتستغل فترة العلاج والنقاهة في تعديل اتجاهات المريض نحو نفسه وتغيير اتجاهات البيئة نحوه ، واكسابه أنماطاً شخصية سوية تبصره بصور الاندماج السوي .

ويلعب العلاج بالعمل دوراً هاماً في تأهيل المرضى العقليين . إذ يرفع من روح المريض المعنوية وثقته بنفسه وبالمجتمع ، وتدريبه للاعتماد على النفس .

وقد يلجأ الى التدريب المهني خلال فترة العلاج . وفي مثل هذه الحالة يجب ان ينظر الى التدريب كجزء من الخطة العلاجية التأهيلية التي يراعى فيها الآتي :

- أ - قدرات المريض الخاصة وميوله وقصوره .
- ب - ارتباط التدريب بعمل المريض السابق وصلته في نفس الوقت بما سيزاوله من عمل بعد انتهاء فترة التدريب بالمستشفى .
- ج - عنصر التشويق والاختيار ، فكلما كان اقبال المريض على نوع معين من التدريب نابعا من ذاته ، كلما أدى ذلك الى مزيد من التوافق النفسي والاكتساب التحصيلي .
- د - تلعب الأسرة دوراً كبيراً في نجاح الخطة ، فتشجيعها للمريض خلال فترة التدريب ومعاملتها له بعد الالتحاق بالعمل الخارجى مسألة بالغة الأهمية . فقد تنهار الخطة بأكملها نتيجة سوء المعاملة الأسرية .
- هـ - تعد الاستعانة بالخبراء موضوعاً أساسياً في تأهيل مرضى العقول واندماجهم في عملهم الخارجى وبيئتهم . وفي مقدمة هؤلاء الخبراء الطبيب العقلي ، والاختصاصي النفسي ، واخصائي العلاج بالعمل ، والموجه المهني . وعلى اخصائي التأهيل مراعاة وجهة نظرهم فيما يتعلق بالمريض ومستقبله التأهيلي في ضوء صلاحياته للعمل .

- و - يبدأ الارتباط بين العلاج بالعمل وخطوات التأهيل مبكرا وإذا استدعت الظروف كما في حالة بعض الأمراض العصبية ، وقد يمتد الى ما بعد مغادرة المريض المستشفى والتحاقه بالعمل الخارجي الذي هيء له .
- ز - استمرار الاشراف الطبي والنفسي خلال عملية التأهيل وعلى فترات خلال المدة المقررة لتتبع الحالة حتى تمام استقرارها وعودتها الى حالتها الطبيعية .
- ح - أخيرا يجب ألا تسند مهمة العمل التأهيلي لمرضى العقل الى غير الأشخاص المؤهلين المدربين من الاختصاصيين التأهيليين ، والنفسيين والاجتماعيين والمعالجين بالعمل والمرضى . وأن يكون عملهم دائما بالتعاون مع الطبيب العقلي المعالج وتحت اشرافه .

٢ - التخلف العقلي Mental Retardation

يخلط البعض بين التخلف العقلي والضعف العقلي وبين المرض العقلي Mental Illness فينظرون الى ضعف العقل على انه مريض عقلي وان كانت هناك بعض الحالات يجتمع فيها التخلف العقلي بالمرض العقلي في شخص واحد إلا ان التخلف العقلي حالة وليس مرضا . ولا يمكن أن نسمى المريض العقلي بالتخلف العقلي لأن هناك من هم عابرة من المرضى العقليين .

ويعرف التخلف العقلي بتوقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل مما يؤدي الى نقص في الذكاء ، لا يسمح للفرد بحياة مستقلة ، أو حماية نفسه من المخاطر أو الاستقلال ، بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء (التخلف عقليا) وبين الشخص العادي فرقا في الدرجة وليس فرقا في النوع . وهو يحدث ويمكن ملاحظته في مرحلة الطفولة ولا يصيب الفرد بعد مرحلة المراهقة .

فالمعروف ان الذكاء يستمر في النمو خلال مراحل الطفولة حتى نهاية المراهقة . فإذا ما حدث توقف لنمو الذكاء خلال تلك الفترة سواء نتيجة لسبب وراثي أو نتيجة لسبب بيئي فإن ذلك يترتب عليه قصور في ذكاء الفرد بمعنى ان عمر الفرد الزمني قد يكون عشرة أعوام بينما مستوى ذكائه لا يزيد عن مستوى ذكاء طفل ذي سنوات ست من عمره الزمني .

وقد اختلف العلماء في تحديد وتعريف التخلف العقلي ومصطلحاته . فقد عرفه «سينويت» «Cenoit» بأنه قصور فكري وظيفي ناتج عن عوامل وراثية وبيئية سببت عجزا للجهاز العصبي ترتب عليه ضعف قدرة الفرد على الفهم ، والادراك ، وبالتالي قدرته على التكيف الاجتماعي .

ويعرفه «بورنفيل» «Bournovil» بأنه نمو موقوف إما طبيعيا أو مكتسبا في القدرات العقلية والخلقية والانفعالية وقد يصاحبه عيوب وقصور جسمي .

ويعرفه «سارسون» «Sarson» بأنه حالة أداء عقلي أقل من المتوسط تؤثر على التكيف الاجتماعي للفرد . ويحدث نتيجة نقص أو اصابة للجهاز العصبي المركزي غير قابلة للشفاء .

وقد عرفه «جيرفينز» «Jervis» بأنه حالة توقف أو نقص في النمو العقلي للفرد نتيجة لمرض أو اصابة قبل مرحلة المراهقة ، أو نتيجة عوامل وراثية .

وعرفه «تريدجولد» «Tredgold» بأنه حالة عجز فيها المخ عن الوصول الى درجة اكتمال النمو .

ويعرفه «بول» «Boll» بأنه حالة نمو ناقص محدود في الذكاء تجعل ذكاء الفرد مهما بلغ من

العمر لا يتعدى ذكاء طفل عمره اثني عشر عاما . ويصف المتخلف العقلي بأنه :

- أ - قاصر اجتماعيا أي انه غير قادر على التوافق ، عاجز مهنيا ، ولا يستطيع أن يرعى شؤونه الخاصة .
- ب - قاصر عقليا نتيجة سبب وراثي أو بيئي .
- ج - متخلف الذكاء منذ الميلاد أو الطفولة المبكرة .
- د - متخلف في النمو والبلوغ .
- هـ - غير قابل للعلاج .

تصنيف التخلف العقلي :

هناك مجالان لتصنيف المتخلفين عقليا :

الأول على أساس معاملات الذكاء حيث يصنف المتخلفون عقليا الى ثلاث فئات هي :

أ - التخلف البسيط أو فئة المأفون *Feeble Minded Morons* وتتراوح معدلات ذكائهم بين ٥٠ - ٧٥ ، وهم غير قابلين للدراسة في الفصول الدراسية العادية لبطء تعلمهم عند مستوى معين . ولا يتجاوز ادراكهم مهما بلغوا من العمر ادراك طفل في الثامنة أو العاشرة من عمره ، ولكن وضعهم تحت رعاية نفسية وتربوية خاصة يتيح لهم الفرصة للوصول الى درجة محددة للتعلم ، لذا يطلق عليهم القابلون للتعلم *Educables* إذ انهم يستطيعون تحصيل المعلومات والخبرات بما يفهمهم في حياتهم العادية وهي الحرف الفنية وعلى درجة من التكيف الاجتماعي والكفاية الاقتصادية .

ب - فئة التخلف المتوسط *Moderat* أو ما يسمى بفئة البلهاء *Embiciles* . ويتراوح معدل ذكائهم بين ٢٥ - ٥٠ وهم محدودو القابلية للتعلم . لذا يمكن تدريبهم للقيام بأعمال روتينية . ويطلق عليهم القابلون للتدريب *Trainables* إذ بتدريبهم يمكنهم القيام بأعمال خاصة . ويمكن لهؤلاء المحافظة على ذواتهم من الأخطار .

ج - فئة التخلف العميق *Profound* أو ما يسمى بفئة المعتوهين *Idiots* . ويقل معدل ذكاء أفرادها عن ٢٥ . وهم عاجزون عن القيام بشؤونهم الخاصة أو حماية أنفسهم ويحتاجون الى رعاية كاملة طيلة حياتهم . ولا يزيد عمرهم العقلي عن طفل الثالثة .

أما التصنيف الثاني فهو التصنيف الاكلينيكي للقصور العقلي أو النقص العقلي *Mental Defenition* ، ويقسم الى :

- ١ - القصور العقلي الأولي ويكون السبب أساسا وراثيا وأهم أعراضه الاكلينيكية :
- أ - التصلب الحدي *Tuberous Scterosis* ويتميز بظهور حب الشباب وجمرات على الوجه على شكل فراشة مع نوبات صرعية مع قصور ذهني في حدود التخلف العميق والشديد والمتوسط .
- ب - الدماغ البقرية أو الحادة أو تأنف الرأس *Oxycephaly* حيث تطول الجمجمة وتجنح العينان ، مع ارتفاع سقف الحلق وقصور ذهني في حدود التخلف البسيط .

ح - المنغوليا أو «زملة داون» Mongolism وهي من أكثر الأنماط الاكلينيكية شيوعا . ويتميز بوجود صفات شاذة زائدة في خلايا الجسم ، فتزيد عدد صفات الخلية الواحدة من ٤٦ الى ٤٧ صفة . تكون الرأس صغيرة مع انزلاق العينين بزواوية ناحية جانبي الجبهة وتغطية الجفن الأعلى للزاوية الأنفية للجفن الأسفل ويشابه الجنس المنغولي . ويكون اللسان ضخما بعض الشيء ومشققاً عرضياً ، مع وجود احتمال ، حول رآرة في العين ، ويكون الكف مربعا مع وجود خط عرضي واحد ، وتكون الأصابع قصيرة ، مع وجود شق كبير في أسفل القدم بين الأصبع الكبرى وباقي الأصابع ، ويصاحب ذلك جحوظ البطن وتشوهات قلبية وراثية . والاشخاص المصابون بهذا المرض عرضة للعدوى والأمراض المختلفة ، وغالبا ما يتراوح تخلفهم الذهني ما بين الذكاء الأبله والمعته ولديهم في الغالب ميل للمرح والطرب والموسيقى .

د - صغر الدماغ Micro حيث تكون الجمجمة صغيرة جدا بالنسبة لباقي الجسم ويكون تخلفهم الذهني في فئة التخلف العميق والمتوسط .

هـ - استسقاء الدماغ Hydro Cephalus حيث الدماغ كبير مملوء بالسائل الشوكي مع ضهور في أنسجة المخ نظرا لضغط هذا السائل . وأحيانا ما يلجأ للجراحة لخفض هذا الضغط وغالبا ما يكون المصابون بهذا المرض من أصحاب التخلف العميق والشديد .

٢ - القصور أو النقص العقلي الثانوي ويكون سببه بيئيا أو مكتسبا اثناء الحمل أو عند الولادة مثل حالات العته العائلي المظلم Amaurotic Family Idiocy .

ويتميز بالعمى التدريجي والاضمحلال العقلي ، وضهور العصب البصري مع شلل في كل الجسم . وحالات اضطرابات الأيض وهي اضطرابات التمثيل الغذائي في الجسم مما يؤدي الى ظهور أحماض أمينية في البول توجه الى طبيعة المرض وحالات القصاع أو القماءة Cretinism وهي نقص افراز الغدة الدرقية ، وتظهر اعراضه بعد الشهر السادس من الولادة بعد اختفاء الثيروكسين المختزن من أمه ، فيصاب الطفل بالهبوط الحركي وغلظة وجفاف الجلد ، وتضخم اللسان وتخشن الصوت ، وجحوظ البطن وسقوط الشعر ، ويكون تخلفه العقلي عميقا وشديدا .

خصائص التخلف العقلي :

يمكن ان نلخص خصائص المتخلفين عقليا في :

١ - الخصائص الجسمية :

يتبع ضعاف العقول في نموهم الجسمي نفس تطور نمو الأطفال العاديين إلا ان بعض البحوث أوضحت بطناً نسبيا في سلم الترتي للنمو . وهم أكثر تعرضا للأمراض . كما لوحظ ان بعض الحالات يصاحبها اضطراب في المهارات الحركية أو ضعف البصر أو السمع أو عدم تكامل في نمو الاسنان والعضلات .

٢ - الخصائص العقلية :

وهي أهم ما يميز الطفل المتخلف عقليا عن الطفل السوي حيث يتبين ببطء النمو العقلي .

وتختلف هذه الخصائص في درجتها حسب مستوى التخلف فيلاحظ القصور الواضح في مداولة الرموز المعنوية ، بينما تبعث الظواهر المجسمة الحسية فيه فهما أعلى درجة وأدق نوعا ، كما يتضح ذلك في نجاحه في الأعمال اليدوية . ويجد المصاب صعوبة في التكيف للمواقف الجديدة وخاصة إذا كان الموقف متعدد العناصر وقد يعزى ذلك الى بطء القدرة على التعلم والاستفادة من الخبرات السابقة . والتأمل الباطني محدود للغاية فليس في مقدرة اعطاء صورة تفصيلية دقيقة لما يشاهده . ويصعب عليه الاحتفاظ بالصورة فهو يكون ضعيف القدرة على التصور والتوقع والتخيل يعجز في تكوين الروابط . والقصور ملحوظ في القدرة على الانتباه والتركيز . ويحتاج الى مثيرات قوية ملموسة حسية لجذب الانتباه . ولا يستطيع استخدام المجردات في التفكير وبالتالي فهو معدوم القدرة على التعميم قاصر القدرة على التفكير والمتابعة الذهنية . وقد يكون ضعف القدرة على التفكير مرتبطا بضعف الحصيلة اللغوية وبالتالي ضعف التعبير اللفظي .

والكلام كذلك عملية معقدة عند المتخلف العقلي ، والتداعي اللفظي يشبه التداعي الحر اللفظي ، حيث يسترسل في أحاديث عديمة الهدف بلا انقطاع الى ان يوقفه شخص ما .

ويلاحظ ارتباط عيوب النطق والكلام مع الفئات الشديدة التخلف أكثر .

ويظهر ضعف استخدام الكلمات في الموقف الصحيح . ويصعب على المتخلف التعلم بالمحاولة والخطأ أو اسلوب الارتباط لصعوبة القدرة على تكوين المفهوم ولكنه يستطيع التعلم باللموس والمحسوس .

كما يلاحظ صعوبة الاسترجاع العددي لدى المتخلف عقليا ، وخاصة اعادة الأرقام بالعكس . كما تقل لديه القدرة على ادراك أوجه الشبه والاختلاف في وقت واحد ، وان تذكره بوجه عام محدود .

٣ - الخصائص النفسية :

يتميز المتخلفون عقليا بسهولة الاستهواء ، وضعف الارادة والثقة بالنفس . فمن السهل اغراؤهم لتنفيذ خطط اجرامية . فبينما سلم النمو الانفعالي للمتخلف عقليا متساومع الشخص السوي ، إلا انه ضحل التعبير الانفعالي للمواقف . حيث يتثبت غالبا على مراحل اللذة الشبقية . ويفضل ان يكون مركز أخذ دون عطاء . مشاعره متبلدة في الكثير من المواقف لصعوبة ادراك حدود الموقف . وتزيد لديه صور الانسحابية على الاقدام .

ويميل المتخلف عقليا للاندماج مع من هم أصغر منه سنا ويصعب عليه تكوين صداقات مع المتساوين معه في السن والحجم . ويرتبط بوالديه بصورة واضحة لاعتماده عليهما . كما ان مشاعر العطف والخوف من جهة الوالدين نحوه تدعم صعوبة الثقة بالنفس ، وعدم الاستقلالية ، والشعور بعدم القدرة على المواجهة . وتزيد من صور الخجل والخوف وخشية الاندماج .

وحين يتعرض الى مواقف من الاحباط نتيجة الفشل في مواجهة صعوبات اجتماعية مختلفة فإن ذلك يؤدي الى الشعور بالنبذ في الجماعة بل ومما يزيد ذلك ان الجماعة - بسبب هذا

القصور - تهمله وقد يصل الأمر الى السخرية منه ، ولذا يشعر بأنه مخلوق مهدد نفسيا واجتماعيا ان وضع مع جماعة ذات مستوى ذهني مرتفع عنه بكثير .

وحيث ان كل المحيطين بالمعاق عقليا - الآباء والأمهات والمربون وزملاء اللعب - لا يساعدون على اشباع الحاجة الى العمل والنجاح لديه بل ينظرون اليه بنظرة من التحقير فإن هذا بدوره يجعل الطفل المعاق يشعر بأنه مهدد في حياته اليومية ، شاعرا بأنه عاجز عن التكيف . ومن أهم مظاهر عدم التكيف التي قد تحدث ، قيامه بألوان مختلفة من السلوك غير المقبول مثل العدوان كالرغبة في العراك والسباب وشد وجذب زملاءه . أو انحرافات سلوكية كالغش والسرقة أو الانسحاب والعزلة أو سلوك عديم النضج .

تأهيل المتخلفين عقليا :

تظهر أهمية التأهيل الاجتماعي ، والتربوي والنفسي والمهني للمتخلفين عقليا باعتبار انه عملية يقصد منها وضعهم في مركز سوي سواء أكان ذلك فيما يتعلق بالنواحي الجسمية أو النفسية أو المهنية أو الاجتماعية . فهو يتضمن حفظ اعتبارهم وكرامتهم البشرية ، ومعاونتهم على حسن التوافق النفسي والاجتماعي والمهني ، ان ادماج المتخلف العقلي البسيط في جماعات قريبة من مستواه الذهني ، مع وضع نظام خاص من التشجيع والموازرة والتقوية ، جدير برفع مستوى قدراته على اكتساب المهارات التي تساعده على الاندماج الاجتماعي .

وان ادماج المتخلف عقليا المتوسط في الأعمال المهنية التي تناسب قدراته واستعداداته ومواهبه لتدفعه الى التغلب على المواقف النفسية التي احبطت ظهور مواهبه الخاصة وتوجد لديه صور من المشاركة الفعالة . أما حالات التخلف العقلي الشديد والعميق فيفضل ان تتكشف قدراتها الخاصة وتحقيق ذاتها من خلال برامج العلاج بالعمل الذي يؤدي الى تشجيع خاص لجوانب ذاتية وبالتالي تتكون لديه ميول مهنية . وبمساعدة الأسرة وزملاء العمل وخاصة في المصانع المحمية ترتفع قدرته تدريجيا على الاندماج الاجتماعي وتحقيق الذات .

ويمكن أن نوجز أهداف التأهيل للمتخلفين عقليا في :

١ - اعداد المتخلفين عقليا في مهنة تلائمهم دون الاعتماد على غيرهم بأقل قدر ممكن ، ودون أن نضعهم في موقف المنافسة مع من يفوقونهم ذكاء وقدرة ، وفي وسط يحميهم من مخاطر العمل واضراره .

٢ - اكسابهم الخصائص الشخصية التي تمكنهم من الحصول على تقبل الآخرين لهم والتي تساعدهم على الاندماج في الجماعة التي يعملون بينها .

٣ - اكسابهم العادات الطيبة للعمل التي تساعدهم على ان يكونوا على قدر من الكفاية الانتاجية ، والانتظام في العمل والتوافق معه . كعادات الانتظام والمواظبة واتباع الارشادات والتعليمات والأوامر ، والتعامل الاجتماعي السليم . وللوصول الى هذا الهدف يقوم التأهيل المهني بتقديم عدة خدمات متكاملة يمكن أن نحصرها في تأهيل المتخلفين عقليا في النواحي التحصيلية والثقافية والخدمات الطبية والصحية ، والخدمات الرياضية والترفيهية ، والارشاد النفسي على اختلاف انواعه ، والعلاج النفسي والكلامي والتدريب

المهني وأخيرا التعلم الاجتماعي الذي يحتاجونه بحكم ضالة خبراتهم وبطء تعلمهم وحاجاتهم الى اساليب خاصة في تعديل سلوكهم واكتساب عادات جديدة . والجدير بالذكر ان تتضمن الخطة التأهيل الأسري والمجتمعي من خلال التوعية الأسرية ، وتوعية المجتمع بمفاهيم التخلف العقلي ، وطرق التعامل معه ليس باعتباره مريضا أو عاجزا ولكن باعتباره فردا يعطي ويشارك ويتساوى مع بقية افراد المجتمع في المساهمة في عمليات التنمية بوجه عام .

الفئات الخاصة من المعاقين :

يقصد بالفئات الخاصة من المعاقين : المصابون بأمراض تعوقهم عن التقبل والاندماج الاجتماعي . فمنهم من يخشاه المجتمع مثل مرضى السل والتدرن والجذام ومنهم من يعزف عن الاندماج لآثار المرض على الجهد الحركي مثل مرضى القلب .

١ - مرضى السل ومرضى التدرن :

ينشأ السل نتيجة جرثومة عضوية تعرف بباسيل السل Tubercle Bacillus وذلك حينما تسمح حالة الجسم لها بالتوالد والتكاثر وتقوم بعملها الهدام في اعضاء الجسم وخلاياه . ويعيش الميكروب لمدة ساعات في الجو الرطب خارج الجسم وربما تحمل الجو الجاف أو البارد لمدد طويلة ، لكنه يموت بعد بضع دقائق في الماء المغلي ولا يعيش كثيرا في الشمس أو في الهواء النقي على انه اذا تمكن من الجسم تكاثر بسرعة كبيرة . ويصيب السل أي جزء من اجزاء الجسم . لكن السل الرئوي هو أكثر أنواعه شيوعا . وينتقل المرض بواسطة استنشاق ميكروبه الموجود في التراب أو ذرات الرطوبة . ويقع في الأركان العميقة من الرئة ويظل بدون تأثير حتى تصبح حالة الجسم مناسبة فيبدأ هجومه وتظهر أعراضه المعروفة . ويمكن انتقال الجرثومة عن طريق البلع (الفم) . وتتعرض لآثار التفاعل الكيميائي للعصارات الهضمية وللحركة الميكانيكية التي تقوم بتوصيلها الى الأمعاء الغليظة التي تقوم بإفرازها وإخراجها مع البراز . ومن ثم يستلزم الاصابة بالسل عن طريق البلع عدد أكبر من الجراثيم مما يلزم في حالة الاستنشاق . وتنتقل الجرثومة من شخص لآخر بطرق عديدة أهمها الاختلاط المتصل فينتقل بالطرق المباشرة . على انه يمكن ان ينتقل بطريق غير مباشر حيث يعيش لمدد طويلة خارج الجسم ومن ثم تنتقل العدوى باستعمال اشياء سبق ان استعملها شخص حامل للميكروب وكان محيطا به .

هذا الى جانب ان لعاب المصاب حينما يجف ويختلط بالتراب يمكن ان يثار بواسطة الهواء الذي يرفعه الى الهواء الموجود داخل غرفته وبالتالي ينتقل المرض بالاستنشاق . هذا ويمكن انتقال المرض عن طريق اللبن الملوث بجرثومة السل .

ومن أهم أعراض السل الشعور بالتعب ، وانخفاض وزن الجسم ، والشعور بالحمى بعد الظهر ، وعسر الهضم والعرق في الليل ، وحصول سعال أو خشونة في التنفس . أما الأعراض الأقل شيوعا فأولها ظهور آثار الدم في البصاق وأحيانا آلام حادة في الصدر .

وحيث ان المرض يضعف جهد المريض في العمل لذا عليه ان يكون حذراً فيما يبذل من عمل أو نشاط في الفترة التي تعقب انتهاء العلاج . اذ بينما يتلطف لاستعادة وظيفته المريحة بأقصى سرعة فمن الواجب عليه مبدئيا ان يقصر نشاطه اليومي في عمل لا يشغل ساعات النهار كلها .

ويجب الا تزيد ساعات العمل عن تلك التي كان يعملها اثناء العلاج . كما يختار العمل الأقل جهداً ، ولا يناسبه العمل اليدوى المضى . والصناعات المثيرة للأتربة أو العيش في طقس قارس البرودة . كما لا تتناسب معه المواقف الشخصية أو العائلية المحرجة أو المؤلمة ، أو المواقف المتعلقة بالعمل التي يترتب عليها أزمات تنتج لديه صراعاً أو ضغطاً نفسياً .

الجوانب الشخصية لمرضى السل :

ثبت من الأبحاث انه لا يوجد هناك نوع واحد من الشخصية مسيطر بين مرضى السل أسوة بأى مرضى آخرين . كما انه ليس هناك شخصية خاصة او مجموعة من الصفات يتميز بها المسلول عن شخص آخر أمضى فترة نقاهة طويلة . لكن هناك ما يوحي أن مرضى السل لديهم نزعة للهفة والاضطراب العصبى الخفيف ، والانقباض ، وعدم الرضا أكثر مما لدى غيرهم من الناس . كما تلاحظ مثل هذه النزعات لدى مرضى الأمراض المزمنة .

واحدى نواحي شخصية المسلول المزعومة التي لقيت اهتماماً كبيراً العلاقة بين السل وبين الفصام Schizophrenia إذ لوحظ ان نسبة كبيرة من مرضى السل تكون من بين المصابين بالفصام . غير انه ليس هناك دليلاً على احتمال إصابة المصابين بالفصام بمرض السل .

ويميل مرضى الصدر الى الانعزال ، والوسواس والتشكك والتوقع حول الذات ، وانعطاف الفكر على الذات ، والتفكير المستغرق في الماضي أكثر من التوقعات المستقبلية . وان نظرة المجتمع لمرضى السل تعزز صورة المريض لذاته وتضعف صور المقاومة ، وتزيد من الشعور باليأس لديه بالإضافة الى قلة التواصل والتمركز حول الذات .

ان علاج مرضى السل طبيياً يسير جنباً الى جنب مع تأهيل المريض اجتماعياً ونفسياً ومهنياً بهدف رفع درجته المعنوية وتجديد ثقته في ذاته وتبصره بالتداول الاجتماعي ، ومن ثم اكسابه المهارات المهنية المحققة له بالمشاركة في التنمية الاجتماعية بأقل جهد ممكن وبأكثر انتاج وأعلى جودة . ان تأهيل المجتمع لتقبل المريض والناقه وطرق الوقاية أساس كبير تعتمد عليه برامج التأهيل الفعالة لمرضى السل ومرضى الدرن .

٢ - مرضى الجذام Leprosy :

تنتقل جرثومة مرض الجذام عن طريق المخالطة واللمس . ويؤثر المرض على الأطراف فيؤدى الى تآكل الأنامل والأنف والأذن ويشوه صورة المريض لما له من آثار جلدية واضحة .

وتلعب صورة الجسم دوراً فعالاً في مرضى الجذام إذ يخشون المواجهة لما يقابلونه من رفض اجتماعي . هذا بالإضافة الى اصرارهم على مطالبهم المتكررة والملحة والكثيرة . فتتسم شخصيتهم بالنكوص للمرحلة الطفلية في كثرة الطلب ويستغرق مرضى الجذام في الحسرة وايلام الذات وقد تصل الى صور من الاكتئابية والرغبة في الانتحار . وتتسم انفعالاتهم بالضحالة والاستجداء والعزوف فهناك تناقض واضح ، ويميلون لاستنزاف طاقاتهم المكبوتة .

لذا يلعب التأهيل دوراً فعالاً مع مرضى الجذام فبالإضافة لاستمرارية العلاج الطبى ودوام الفحص البكتريولوجى فإن العلاج الطبيعى يعطى فاعلية قوية لهم وبالتالي يأتى دور العلاج بالعمل لشغل أوقاتهم وبعدهم عن الاستغراق في الذات لتفريغ شحناتهم في الانتاج . وللموجه

المهني اختيار المهني ذات المواد غير الخشنة ، والتي لا تتطلب حرارة ، بل أيضا المهني الملاصقة للبطوبية والمياه مثل أعمال الخيزران أو أعمال النسيج والغزل . ولما كانت منتجات مرضى الجذام لا تنال الإقبال من المجتمع فأنها تعقم وتطهر . وهذا الموقف بالتالي يؤدي ، الى تدعيم مواقف العزوف لدى المرضى أيضا ، وتظهر جوانب من العدوان المكبوت التي تظهر في فلتات اللسان وفي ايجاد الايلام للذات .

٣ - مرضى القلب :

تختلف شخصية مرضى القلب بين الحالات الخلقية والحالات الناتجة عن امراض وتغيير في التكوين البنائي للجسم . فمن الحالات الخلقية مثلا ثقب القلب أو ضيق الشرايين . ومن الحالات المرضية المكتسبة حالات روماتيزم القلب واضطراب الشريان المترالي وارتجاع الصمامات واللغظ ، وضيق الصمامات والاستسقاء .

ويؤثر المرض على القوة الحركية للمريض . فيشعر بالآلام المفاصل والتعب وخفقان في القلب في أقل جهد يبذل وقد يعاني من اغماءات محدودة ، وضعف القدرة على السير ، وتصيب العرق وخاصة في الكفين ، وأحيانا تورم الساقين .

يميل مرضى القلب الى النشاطات الاجتماعية كاستجابة عكسية لما يعانونه من قصور حركي لتفريغ شحناتهم الحركية في الطلاقة اللفظية ، ويميلون إلى المواقف الاستعراضية لذا يماثلون حالات الهستيريا أى الأمراض النفسية التحويلية . وتظهر عليهم صور التقلب الانفعالي ، وازدواج العاطفة ، ويغلب عليهم صور الأسى والحزن المقرونة بابتسامات خفيفة .

ويلعب التأهيل المنزلي دوراً كبيراً معهم جنباً الى جنب مع العلاج الطبي ، وشعور المريض بأنه عضو منتج وغير مهممل وان المجتمع يثنى على انتاجياته يحقق جزءاً كبيراً من العلاج وسرعة الاندماج الاجتماعى .

تعدد الاعاقة :

قد تتعدد الاعاقة لدى الفرد وتعيقه عن أداء عمله والمشاركة . كأن يكون بجانب الاعاقة البصرية عائق آخر مثل الصمم ، أو التخلف العقلي ، أو الصرع المتكرر ، أو البتر . ويتكون لدى الفرد مقومات سلوكية نتيجة لذلك فيميل إلى الانطواء على نفسه .

فالامر يقتضى وضع قاعدة تبين المعاملة التأهيلية التي يعامل بها أصحاب الاعاقات المتعددة . لذا لزم ان ينتمى إلى الفئة ذات الاعاقة الأشد . أى يسند تأهيله لخصائى التأهيل بالهيئة التي لديها الكفاءة والامكانيات ، للعناية بأكثر المعوقات تعويقا ، وأكثرها احتياجا لتخصص فنى ، فمثلا اصم ابكم مبتور او مقعد يسند إلى الهيئة التي ترعى الاصم الابكم ويحصل على المعينات الحركية من الهيئة التي تشرف على المقعدين وهكذا .

الفصل الثاني العوامل الرئيسية للاعاقة في العالم العربي

إذا كان العالم العربي - مثل دول العالم - يعاني من مشكلة الاعاقة في اطاره فانه ينبغي ان تكون هناك محاولات لاستكشاف العوامل الرئيسية المؤدية إلى المشكلة وذلك لرسم السبيل لمواجهتها . ويمكن ان نقسم هذه العوامل إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي :

أولاً - العوامل الثقافية :

وهي التي تنتمي الى مجموعة القيم الأساسية السائدة في المجتمع ومنها :

١ - سيادة بعض القيم والسلوكيات التي تدفع الى الاعاقة . وغالبا ما ترتبط بما يعرف بالطب الشعبي كاستخدام بعض المواد المعينة في حالة اضرار العين مما يؤدي إلى طمسها تماما وفقد الرؤية . او استخدام بعض الطرق الشعبية في علاج بعض الكسور مما يخلق تشوهات بالغة . هذا بالإضافة الى العلاج بالكي مما يؤدي في الغالب الى نشأة تشوهات واعاقات بدنية وسيكولوجية قد يصبح الشفاء منها صعبا فيما بعد .

٢ - شعور الأسرة بوصمة العار عند وجود معاق بين أفرادها . اذ يلعب شعور أسرى يتراوح بين الاشفاق والحنان التام - الذي يحول دون نمو أى قدر من الاعتماد على النفس لدى المعاق - وبين الرغبة في التخلص منه وابعاده في أية مؤسسة خارج الأسرة ، أو على الأقل ابعاده عن المجتمع ، أو عزله قدر المستطاع عن الاتصال أو الاحتكاك بالعالم الخارجى ، وعدم معرفة المجتمع بوجود مثل هذه الحالة داخل الأسرة . ويسير مع هذا في نفس الوقت عدم الوعي بأن حالة المعاق يمكن ان تتحسن ، وانه من الممكن مساعدته لكي يعيش معيشة تقترب من الطبيعية قدر الامكان ، وهذا الاتجاه حيال هذه الظاهرة لدى بعض فئات المجتمع لا يساعد المعاق على التغلب على بعض مشكلاته كما لا يحفز الأسرة على السعي نحو الاستفادة مما قد يتاح من خدمات خاصة لمساعدته وتأهيله .

٣ - بعض القيم التي تسود الثقافة العربية والتي تحاول ربط بعض حالات الاعاقة إما بالكرامات والاتصال بأولياء الله والأرواح الخيرة ومن ثم تكون الثقافة العامة مقصرة في مواجهة حالات كثيرة مثل البله للاعتقاد في بركة هؤلاء ، بل ان هناك من يربط بعض الحالات بالنبوغ مثل نسبة العبقرية للاصم ، او الابداع للكفيف ، دون محاولة قياس قدراته وامكانياته العبقرية أو الابداعية .

ثانياً - العوامل الاجتماعية والبيئية :

ويقصد بها العوامل التي تربط بين المجتمع وطبيعة التفاعل الاجتماعي الواقع في اطاره ومنها :

١ - ما يتصل بظروف الحياة العامة بالبلاد سواء التخلف الثقافي أو حالة الفقر العامة أو الظروف الصحية السيئة ، أو نقص التغذية السليمة ، والتعرض للبطالة السافرة أو المقتنعة ، والجهل وتفشي الأمية وغير ذلك من عوامل اجتماعية مما يجعل البناء الاجتماعي المتخلف في حد ذاته بناء خالفاً للاعاقاة .

٢ - عدم وجود الإرادة الاجتماعية أو السياسية في البلاد التي يمكن أن تقتنع بالاعتبارات الانسانية وذلك بسبب زمحة مشكلات الاسوياء التي تفرض أعباء كثيرة فيسود تبرير تجاهل المعاقين بأولويات العاديين . يضاف الى ذلك ان المعاقين وحتى أولياء أمورهم ، لا يمثلون قوة ضاغطة في تحدياتها من أجل المواجهة ويجاد الحلول واتخاذ الاجراءات الحاسمة . ويمكن ان يستند التبرير في عدم تلك المواجهة بالتكلفة المالية العالية التي تتطلبها تنمية المعاقين كمورد بشري بمقارنتهم بالاسوياء .

وبصرف النظر عن الاعتبارات والحقوق الانسانية فإن تربية وتأهيل المعاقين لا بد أن ينظر اليها كإستثمار حيث يصبح المعاق طاقة بشرية منتجة في حدود امكانياته ومواهبه ، بل أحيانا في قدراته التعويضية التي قد تصبح مواهب مبدعة وخلاقة .

٣ - وجود حالة ارتباط بين الفقر الاقتصادي للمجتمع وارتفاع معدلات الاعاقاة في اطاره . وتشير كثير من بيانات الضمان الاجتماعي والمساعدات الاجتماعية ان نسبة ملحوظة من المستحقين حسب فئات القانون هي من الفئات المعاقاة جسدياً أو عقلياً . ومن هذه الظاهرة يبدو ارتباط العوامل ببعضها سبباً ونتيجة . فالحالة الاقتصادية المتدنية للأسرة يمكن أن تشكل سبباً للاعاقاة ، والاعاقاة في نفس الوقت سبباً لاستمرار الحاجة الاقتصادية المترتبة على البطالة ، كما ترتبط الاعاقاة بحالات اليتيم أحيانا أو لدى الأطفال الذين لا عائل لهم .

٤ - يلعب نمط التربية الأسرية دوراً هاماً في خلق الاعاقاة لدى الطفل . فقد لوحظ ان ثمة حالات من التخلف العقلي (البسيط أحيانا أو الحاد نادراً) تظهر لدى بعض الأطفال في بعض الأسر ممن لا يحظون بالتربية السليمة رغم ارتفاع المستوى المادي الذي يعيشون فيه . وقد تعزى ظاهرة التخلف العقلي لدى أطفال هؤلاء الأثرياء الى كثرة عدد الأطفال ، أو الى تولي الخدم والمربيات شئون تربيتهم ، أو الى عدم تكوين الحوافز والدوافع للنمو نتيجة لقلّة المثيرات التي تحفزهم للتعامل مع من حولهم .

٥ - يعتبر ارتفاع معدلات الخصوبة والولادات المتعاقبة لدى الأمهات من العوامل التي تدعو لاحتمالات ظهور الاعاقاة ، أضف الى هذا زيادة الهجرة من الريف الى المدن ، والعيش في مساكن من الصفيح والعشش في ظروف أسوأ من ظروف المعيشة في القرية .

هذا فضلا عن مشكلات تلوث مياه الأنهار والبحار من مصادر المخلفات الصناعية

والبشرية ، وانتشار الأتربة والرمال مما يساعد على انتشار الاصابة بالتراكوما . ثم ان التقدم الطبى فى خدمات التوليد قد ينقذ حياة أطفال كان من المحتوم أن يموتوا فى الماضى ولكنهم يبقون على قيد الحياة وهم معاقون جسماً أو عقلياً .

٦ - ارتباط الاعاقة عادة بالسيقات المتخلفة فى المجتمع كالريف المتخلف فى مقابل المدينة المتقدمة . فتذهب إحدى الاحصائيات فى الندوة الثانية المتعلقة بالاندماج المهنى والاجتماعى للمعوقين التى عقدت فى تونس سنة ١٩٨٠م الى أن حوالى ٦٤٪ من حالات الاعاقة توجد فى الريف بينما هى بنسبة ٣٦٪ فى المدن . كما يظهر ان نسبة كبيرة من الحالات المستحقة للمساعدات الاجتماعية من ذوى الاعاقة ونسبة عالية من الاحداث المنحرفين من ذوى العاهات . وبرغم ارتفاع عدد المعاقين فى الريف فإن طبيعة الحياة الريفية والبدوية تساعد على عملية اندماج مختلف فئات المعاقين . ففى بعض البيئات الريفية والبدوية يجد الاصم الأيكم مجالاً للعمل والمشاركة فى الأعمال الزراعية والرعية . كما يجد مجالاً فى الأعمال الدينية كأن يعمل مؤذناً أو إماماً أو مرتلاً للقرآن الكريم اذا كان حافظاً له . كما أن التخلف العقلى البسيط لا يمثل مشكلة أمام اندماج المتخلف فى الحياة اليومية . إذ يتقبلهم المجتمع الريفى ويعتبرهم من أولياء الله حسب تصوره وينسب اليهم بعض الكرامات مما يعوق النظر اليهم بالصورة العلمية للتخلف .

وفى هذا الاطار يمكننا القول بأنه رغم قدرة المجتمع على استيعاب المعاقين فإن الظروف التى يعيشونها كثيراً ما تساعد على افراز حالات كثيرة من الاعاقة . إذ نجد ان حالات الاعاقة فى المجتمع الريفى عادة ما تكون فى معظمها اعاقة وراثية أو خلقية أو سببها ظروف صحية مرضية .

٧ - تشكل المدنية سيقاً أكثر لما نسميه بالاعاقة الحضرية . فظروف التلوث أو الحياة فى المناطق المتخلفة عادة ما تشكل مناخاً ملائماً لظروف الاعاقة ، هذا الى ان الصناعة عادة ما ترتبط بالحضر . وما تحدثه المصانع من تشوهات بالاضافة الى حوادث المرور وما الى ذلك مما يشكل النسبة العالية من خلق الاعاقة فى اطار مجتمعات المدينة .

٨ - تلعب الحرب وحوادث العنف التى تخوضها فى العادة البلاد النامية دوراً أساسياً فى رفع معدلات الاعاقة والعجز .

٩ - أن الجهل بأهمية الوقاية والتطعيم للأطفال من أمراض الشلل يودى إلى انتشار نسبة عالية من الاعاقة بشلل الأطفال ، بالاضافة إلى أن انتشار البلهارسيا يودى إلى فقد قوة اقتصادية وبشرية كبيرة ، هذا إلى جانب أمراض سوء التغذية والانيميا .

١٠ - قصور أسلوب المواجهة التى يتخذها المجتمع فى مواجهة الاعاقة . إذ نجد ان المؤسسات التى تقام فى المجتمع تتصف بعدة خصائص تعوق عن تشكيل اسلوب ملائم لتأهيل المعاقين وذلك بسبب عدم التكامل بين مؤسسات الجذب والتأهيل والتشغيل . هذا بالاضافة إلى نقص الكوادر والكفاءات البشرية المتخصصة التى تعمل لتأهيل المعاقين .

ثالثاً - العوامل الصحية والفردية :

تتصل هذه العوامل بالأساس بمجموعة من الظروف ذات الطابع الفردى . وهو ما يمكن ان

نعزیه للعوامل الوراثية والخلقية . كما ان من أكثر الوسائل شيوعاً في الإصابة بالصمم إلى جانب العوامل الوراثية الإصابة بالزهري والتهاب أغشية الدماغ إما داخل الرحم أو عند الولادة أو حدوث جروح خطيرة عند الولادة ونقص الأكسجين في الدم عند الولادة Anoximia وتعاطى الأم للأدوية الضارة خلال فترة الحمل ، أو مرضها خلال نفس الفترة بأمراض مثل الحصبة الألمانية . هذا عدا بعض أنواع الصمم الخلقي الذي لم يعرف له سبب حتى الآن.

كما أن هناك ما يؤكد أن من أسباب الإصابة بكف البصر أمراض جسمية لا تصيب العين وحدها كالترن الرئوى مثلاً . كما أن بعض أنواع كف البصر ينتج عن بعض مناسبات اجتماعية مثل الانحناء أو رفع أوزان ثقيلة أو صدمة مفاجئة يتسبب عنها انفصال شبكية العين . هذا بالإضافة إلى العوامل النفسية التي تلعب دوراً رئيسياً في أحداث كف البصر .

يضاف إلى ذلك الصدمات المفاجئة التي يواجهها الإنسان وما ينتج عنها من أمراض نفسية وعصبية وعقلية تعوق الفرد عن الاستمرار في إنتاجه .

الفصل الثالث

الآثار الاجتماعية والاقتصادية للاعاقة

البحث في الآثار الاجتماعية والاقتصادية للاعاقة لابد وأن يؤدي الى التركيز على آثار الاعاقة على تنمية المجتمع بشكل أساسي الى جانب الآثار العديدة على المستوى الفردي والاجتماعي . فمن ناحية هناك طاقات بشرية مفقودة عاجزة عن العمل والمشاركة . وهذه الطاقات يمكن أن تكون طاقات خلاقة تدفع التنمية بدلا من أن تعيش على هامش التنمية ان لم تكن عالة عليها . ومن ثم فمن الضروري أن يبذل جهد مبدع يحاول الاستفادة من هذه الطاقات البشرية بما يجعلها تعيش حياة كريمة وأن يكون لها اسهام في دفع المجتمع إلى الامام .

ان مشكلة الاعاقة لا تؤثر على التنمية الاجتماعية من حيث عدم اسهام المعاقين ايجابيا في دفعها ، ولكن أيضا تجتزئء لنفسها انقاقات من مدخرات التنمية ، ومن ثم فهي تلتهم ما كان يمكن ان يذهب للتنمية . وبالتالي فهي ليست عالة عليها فقط وانما هي تنهش من جسدها أيضا .

كما ان من آثارها أيضا أن يبقى المجتمع يدور في حلقة مفرغة مؤلمة ، فالأوضاع الاجتماعية السيئة تفرز أشخاصاً معاقين ، والمعاقون بدورهم مشكلة تؤثر على التنمية الاجتماعية ، اذ تؤدي الى انهيار أسر لأن عائلتها معاق لا يستطيع الكسب ، او الى الانحراف ، او الى ممارسات اجرامية تستفيد من العاهة التي يعانيتها او تتيج لها عوضاً زائفاً عنها . والنتيجة يظل المجتمع يدور دورات كاملة يجزئء فيها نفسه وكلما دارت الدائرة كلما كانت الآثار أكثر ثقلاً ، وبرزت الحاجة الماسة الى ايقاف هذه الدورة والا كان ذلك مقدمة لتحلل اجتماعي شامل .

أما على المستوى الفردي فإن الاعاقة تخلق حالة سيكولوجية يدور المعاق في اطارها مغلفا باحساس العالة أو فقد الكرامة والاحساس بالعزلة . ومتى ما تعمقت هذه الاحاسيس لديه فانها قد تدفعه إلى مزيد من الانسحاب والاكنتاب الذي يؤدي للانتحار او الانضمام الى عصابات الانحراف والجريمة ، في محاولة يائسة منه للانتقام أو التمرد على وضعه في المجتمع ، موجهاً للمجتمع ضربات حيثما جاءت وحسبما كانت التكاليف الاجتماعية والاقتصادية لآثارها .

هذا وتضع الاعاقة قيوداً نوجزها في :

١ - قيود نفسية :

كالاضرار للاعتماد على الغير ، والمخاوف وعدم الشعور بالأمر . الى آخر ذلك من قيود تختلف في درجتها وتنوعها باختلاف البيئة التي يعيش فيها المعاق . وباختلاف ما يتعرض

له من احباطات وباختلاف ما تكون له من مفاهيم ثقافية وحضارية تدفعه الى المواجهة الصريحة للعجز ولحل الصعوبات .

٢ - قيود اجتماعية :

كالصعوبات التى يواجهها من اختلاف وتغير معاملة أفراد المجتمع له وهبوط قدرته على العمل والانتاج الذى يكفي لحاجته وحاجة أسرته بعد الاعاقة ان كان مسؤولاً عن أسرة .

٣ - قيود جسمانية :

وهي ما يفرضه عليه عجزه من عدم الحرية فى الحركة والانتقال ومرونة الأصابع والأطراف ، وصعوبة ادراك العالم المحيط به ، وصعوبة التواصل مع الجماعة وغير ذلك من الأمور التى تختلف حسب كل عاهة .

وبسبب هذه القيود تنشأ لدى المعاق حاجات إلى جانب الحاجات المشتركة مع الفرد العادى مثل :

- ١ - الحاجة لنوع خاص من التعليم يعتمد على أدوات تعليمية خاصة ، كما يتمثل فى احتياج الكفيف والاصم والأبكم إلى برنامج اندماجى تعليمى خاص .
- ٢ - الحاجة الى قدر مناسب من الثقافة مع استثمار مواهبه الفنية .
- ٣ - الحاجة إلى التزود بخبرات متجددة وخاصة الخبرات الاجتماعية والثقافية .
- ٤ - الحاجة إلى تكوين علاقات طيبة مع الآخرين لآخراجه من عزله ومعاونته على التكيف الاجتماعى .
- ٥ - الحاجة الى التدريب على الحركة معتمداً على نفسه وعلى حواسه المتبقية .
- ٦ - الحاجة الى الاستقلال الاقتصادى واشباع الحاجة إلى الانجاز .
- ٧ - الحاجة إلى شغل وقت فراغه بطرق بناءة مثمرة ووقائية وعلاجية .

لذا فإن خدمات التأهيل تتناول المعاق كفرد داخل المجتمع لا على انه شخص يعيش فى فراغ ، واعترافاً بادىء ذى بدء بأنه انسان قد اعيق بسبب البيئة الأسرية والهيئة المجتمعية بشكل عام ، يجب ان يمر فى عملية تأهيلية متكاملة حريصة على اعادته للمجتمع من خلال التكيف النفسى والاجتماعى ليصبح عضواً صالحاً يتقبل وضعه الصحيح ذاتياً ، ويتقبله الناس كفرد لا يختلف عنهم الا بقدر ما يختلف بعضهم عن بعض عندما يصابون بمرض من الأمراض التى تكف احدى الحواس أو يتعطل أحد الأعضاء عن وظائفه .

هذه المهام وتلك الواجبات لا يقوم بها فرد ولا تتوقف على نشاط هيئة واحدة بل يجب ان تشترك فيها بصورة متكاملة كل من الأسرة والمدرسة ، وهيئات التأهيل المهني ومؤسساته ، ورجل الشارع ، والاعلام بقنواته المتباينة إلى آخر ذلك من الجهود لمختلف الهيئات والمؤسسات بالإضافة الى دور المعاق ذاته .

دور الأسرة في تربية وتأهيل المعاق :

تلعب الأسرة دوراً كبيراً في عملية التربية لما تقوم به من تأثير فعال في حياة الطفل ويتوقف على ذلك الى حد كبير نوع شخصيته وبنائه النفسى . وحيث ان مجال التربية الاول له الاثر الفعال باعتباره مرحلة في التكوين . فهذا ما يدعو الى المناذاة بعدم عزل المعاق في مؤسسات متباعدة عن الأسرة ، بل يجب ان تشترك الأسرة في تحمل القسط الأكبر في عمليات التأهيل .

وحيث انه ليست كل الأسر على مستوى من الثقافة والوعى بالنسبة لأساليب تربية طفلها المعاق ومعاملته . وان قلة من الآباء هم الذين يدركون هذا ، فإن تعليمهم كيف يعيشون معه يفرض عليهم استعداداً نفسياً خاصاً وتفاهماً عقلياً كبيراً لا يتأتى بين ليلة وضحاها . بل ان عملية اكتشاف ما يحتاجه المعاق وكيفية منحه اياه عملية تعلم شاقة . لذا يحتاج الآباء توجيهاً عاقلاً وصبوراً يختلف باختلاف الاتجاهات الأسرية . ويمكن ان نميز الصور التالية لهذه الاتجاهات وكيفية التعامل معها :

١ - الاتجاه القائم على أساس الرفض :

قد يكون هذا الاتجاه ناتجاً عن شعور الأسرة بالذنب والضيق ، او عدم استطاعتها القيام بالدور المطلوب لسبب أو لآخر . وقد يأخذ الرفض شكل الرفض الصريح أو الرفض المستتر . وهنا يجب على المتخصصين في تربية وتأهيل المعاقين أن يتقبلوا مهمة تخفيف العبء عن مثل هؤلاء الآباء . وان يمنحهم الفرص للتحرر من الضيق والشعور بالذنب الذى يعانون منه بمشاركة المسئولية وتوجيههم للتوجيه الملائم الصحيح .

٢ - الاتجاه القائم على اساس التدليل الزائد :

وهو اتجاه ضار يغرس في نفس الطفل المعاق الشعور بالعجز وفقدان الأمل في اكتساب الخبرات ، ويكون ذلك ناتجاً عن عدم الخبرة ، وعدم التبصر . أو نتيجة للشعور بالذنب أو غير ذلك . والآباء هنا في حاجة ماسة إلى التوجيه من جانب المتخصصين للعمل على تنظيم العلاقة الوالدية بين كلا الجانبين .

٣ - الاتجاه الإنكارى :

هناك من الآباء من يعبرون عن مشاعرهم بطريقة يتبين فيها انكار الواقع . ومثل هؤلاء يتفاعلون تفاعلاً غير طبيعى فيقولون « ان طفلنا طبيعى وليس به شىء ولا يحتاج لآى شىء » . وهؤلاء في حاجة ماسة إلى المساعدة ، ولكن ليس من الواجب ان يقدم الأخصائى المساعدة على نمط « أنا أعرف أحسن منك .. الآن أنت تنصت وتسمع لى » . ولكن عليه ان ينصت لهم وأن يتعاطف معهم وبالتالي يبدأ بتقديم جرعات الواقع كلما وجب الامر . بل ان بعضاً من هؤلاء الآباء يكونون في حاجة إلى علاج وتوجيه نفسى .

٤ - الاتجاه المتشائم :

أصحاب هذا الاتجاه من الآباء يخشون الأمل خشية ان تتحطم آمالهم فتزيد وطأة الضغوط النفسية عليهم . اذ يعتبرون أن أى تقدم يحدث لطفلهم هو نوع من المعجزات . ويكون دور الأخصائى هو ادارة البؤرة بعد عملية التبصير بحقائق الأمل التى تتمثل في

نواحي القوة وامكانيات التقدم والتحسن . وان يشارك لمعرفة مصادر الخدمات ، ويضع أيديهم أولاً بأول على نواحي النجاح لطفلهم . وعندما يتعرف هؤلاء الآباء على امكانيات طفلهم وعلى الخدمات المتاحة ، وعندما يتحسسون التقدم والتحسن الذي يطرأ عليه ، فإن ذلك سيحررهم من خوف الفشل والتشاؤم .

٥ - الاتجاه الاسقاطي :

حيث أن الآباء يلومون الظروف أو شخصاً معيناً ، وبعضهم على حق والبعض الآخر مخطيء . وأياً كانت الحقائق والوقائع فاسقاطهم اللوم على آخرين أو على الظروف يخفف عنهم الوطأة والشعور بالمسؤولية تجاه أعمالهم واتجاهاتهم . ويقف ذلك في طريق رسم برنامج سليم لطفلهم . ويحتاج هؤلاء الآباء الى نوع خاص من التوجيه الذي يساعدهم للتعبير عن مشاعرهم وتحرير انفسهم من أى شعور بالذنب ربما يكون لديهم نحو طفلهم المعاق وتبصيرهم بالواقع ودفعهم للتخطيط لمستقبله .

٦ - الاتجاه الانسحابي :

هناك نوع من الآباء لا يقرون دورهم بل ينسحبون داخل قواقعهم ولا يتحدثون عن أطفالهم المعاقين ، يبدو عليهم الخجل ، وأحياناً يحاولون إخفاء أبنائهم عن العالم لتجنب الإحراج والاضطراب . ومن ثم ينمو أطفالهم دون خبرات اجتماعية سوية . وهؤلاء الآباء في حاجة إلى علاج قائم على أساس المساعدة الذاتية لهم .

ومن ثم فالتثقيف والتوجيه الأسري لمعاملة المعاق وإلى الخدمات التي يقدمها التأهيل والتي يكون أول أهدافها الوقاية من الاعاقة ، وتقليل اعداد المعاقين بالرغم من زيادة عدد السكان . وحيث ان الأسرة هي العامل الأول في التطبيع الاجتماعي وتكوين الشخصية فإن التثقيف الأسري من أهم ادوار التأهيل لتكوين صور المسؤولية الأسرية والواقعية للتخطيط لمستقبل أفضل للأبناء وخاصة المعاقين . وأن تقبل الأسرة للمعاق يساهم مساهمة فعالة في دور الاندماج الاجتماعي للمعاق في الحياة وممارسة حقه متساوياً مع الاسوياء باعتباره عضواً له حقوق وعليه واجبات .

دور المدرسة التربوي والتاهيلي للمعاقين :

حيث ان المدرسة هي المؤسسة التربوية التعليمية التي تتلقف الأبناء من الأسرة وحيث ان التعليم جزء من التربية ، لذا يمكن ان نبين دور المدرسة التربوي التأهيلي للمعاقين من جانبين أساسيين :

١ - تنمية الكفاية الشخصية للمعاق :

عن طريق الاهتمام بالآتي :

١ - توفير الخدمات والارشاد والتوجيه النفسي لمساعدة التلاميذ وخاصة المعاقين منهم على معرفة أنفسهم ، وقدراتهم ، وتقبل حالتهم ، وتصحيح فكرتهم عن أنفسهم

وعن الحياة بوجه عام والمجتمع بوجه خاص . واثارة دوافعهم للاعتماد على ذواتهم ، والتغلب على ما يقابلهم من صعوبات ومشاكل ، واتخاذ اتجاهات سوية في الحياة مبنية على الواقع والتقدير الصحيح لقدراتهم وامكانياتهم فينبون آمالهم وطموحهم على أساس واقعى .

ب - المحافظة على ما بقى لديهم من قدرات وامكانيات شخصية ، بوقايتها أولا من التدهور ، والعمل على تنميتها وتحسينها عن طريق التدريبات البدنية والعقلية ، وتدريب الحواس ، وتزويدها بالوسائل اللازمة والمتطورة .

ج - العمل على تنمية قدراتهم ، وعلى اكتساب المهارات والخبرات العلمية والثقافية والفنية وتزويدهم بالوسائل والاجهزة والادوات التى تساعدهم على ذلك .

د - تشجيعهم على النشاط وبذل الجهد ، وان تكون لديهم اهتمامات وهوايات مناسبة ومقبولة لشغل وقت فراغهم .

هـ - معاونتهم على اكتساب العادات والصفات الشخصية السوية التى تحفظ لهم اعتبارهم وكرامتهم ، مثل النظافة والعناية بالمظهر العام دون مبالغة ، والالفة والمرح والمحافظة على الصحة ، ووقاية الذات من الاخطار ، واكتساب القدرة على التكيف وحسن التصرف في المواقف المختلفة .

٢ - تنمية الكفاية الاجتماعية :

حيث أن الاعاقة تؤثر بدرجة متفاوتة في شخصية الفرد وعلاقاته الاجتماعية ، وما يمكن أن يقوم به من نشاط ثقافى أو اجتماعى أو فنى في بيئته ومجتمعه ، لذا فهو في أمس الحاجة للتدريب على المواقف المختلفة التى يتعامل فيها مع الناس ويتعاون معهم في أوجه مختلفة من النشاط ، مما يحقق له الشعور بالانتماء للجماعة وبأنه عضو عامل له كيانه ومركزه بين أقرانه ، بشرط الا يكون في مثل هذه المواقف ما يشعره بالنقص او الاحباط أو التذني ، ويتم ذلك من خلال الانشطة الجماعية بالمدسة ، ونظم الريادة ، والتدريب على قيادة الجماعة . ومثل هذه الأنشطة تساعد على التوافق الشخصي والاجتماعي ، واكتساب القدرة على التنافس والتعاون واكتساب صفات المواطن الصالح بنمو الشعور بالواجبات والحقوق ، ومعرفة المزايا المكفولة له في المجتمع ، ومراعاة القيم والمبادئ الدينية والخلقية والآداب الاجتماعية في سلوكه وعلاقاته ، فيمكنه التمييز بين الصواب والخطأ وتقبل النصح والارشاد ، لذا لايجد صعوبة مستقبلا في المشاركة الايجابية في الحياة العامة .

هذا ويمكن تلخيص الدور التربوي التأهيلي للمعاق في :

- أ - تزويده بحصيلة من الخبرات والمعارف التى كلما زادت كلما ساعدته على الشعور بالثقة ويقدر ما يتفوق في هذا الجانب بقدر ما يشعر بالتقدير الاجتماعي .
- ب - تزويده بأنماط سلوكية طيبة تعاونه على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة .
- ج - تدريبه على الحركات السليمة وعلى الاستجابة التعبيرية ، بما يناسب مختلف المواقف الانفعالية .

د - تزويده بقدرات أساسية كالقدرة على استخدام اليدين ، واكتساب المعلومات باللمس أو الإشارة ، وحركات الشفاه . وكذلك استغلال حواس الشم واللمس والسمع ، وإدراك الاتجاهات ، والقدرة على تلافى العقبات أثناء الحركة والترحال منفردا معتمدا على ذاته بأقل مساعدة ممكنة من الغير .

هـ - مساعدته على تنمية الاتزان العقلي بما يمكنه لمواجهة صعوبات الحياة والتغلب عليها .

و - تنمية قدرته على التكيف الاجتماعي ، والتألف والتأقلم مع المجتمع .

ز - تنمية قدرته ورغبته في العمل ، واحترام قوانين العمل أيا كان نوعه باعتبار أن العمل شرف وحياة وحق .

لذا ليس هناك من فاصل بين دور الأسرة والمدرسة ، فالتلاقى بينهما والتعاون الدائم بين المربين والآباء له أثر كبير في إيجاد صور التوافق الشخصي والاجتماعي وله النتائج الفضلى في تنشئة شخصيات سوية فاعلة .

الفصل الرابع

دور الاتجاهات المجتمعية وأثارها في تربية المعاق

لا ينشأ الانسان في اطار محدود داخل المنزل أو من خلال المؤسسات التربوية فحسب بل ومن خلال الاحتكاك اليومي مع من يحيط به من أصدقاء وزملاء عمل ووسائل الاعلام .. الخ . لذا ليس للفرد « أنا » واحدة نمطية يخضع لها ويشكلها ولكن هناك « أنوات » تتحكم فيه . هذه « الأنوات » ذات طابع طوبوغرافي تتحدد من خلال الاطار التعاملى والتفاعلي ، ومن مدلولات المواقف المتغيرة المختلفة ، وتتكون صور الأنا الأعلى في التعامل في الطريق وأخرى في المنزل وغيرها في تكوين الصداقات . ومن تكوين « الأنوات » تنبثق الشخصية . فالشخصية ليست وليدة تخليق ذاتى ولكنها نتاج التفاعل الشخصي الاجتماعى .

هنا تظهر أهمية دراسة الاتجاهات المجتمعية وأثارها في تربية وتأهيل المعاقين بوجه خاص . فالفرد في الجماعة له دوره نتيجة وضعه ومنزلته وقدره الذى يتكون له في نفوس الآخرين ، وهل موقف هذا الفرد هامشى أم اندماجي أم قيادى . وينتظر الفرد من الآخرين الاعتراف به وتقديره وبالتالي يتوقعون منه الدور الذى يتفق مع وضعه بينهم ومع منزلته في أنفسهم . الا انه توجد اتجاهات مختلفة لدى الناس نحو المعاقين :

أولا - اتجاهات سلبية ومنها :

١ - الاتجاه القائم على أساس المعجزات والأمور الغيبية :

يرى أصحاب هذا الاتجاه ان اتجاهات المعاق طبيعية ومماثلة لاتجاهاتهم لذا يخترعون تفسيرات غامضة قائمة على أساس وهمي وأسطورى . اذ يعتقدون انه عندما يأخذ الله حاسة من شخص يقوى كل الحواس الأخرى ويعوضه عن الحاسة المفقودة بحاسة سادسة ليست لدى سواه . لذا يضعون المعاق في مكانة اجتماعية مختلفة وينظرون اليه على انه غير عادى أو شاذ ، وهذا خطأ .

٢ - الاتجاه الحساس :

ان رؤية اصحاب هذا الاتجاه لشخص معاق تثير فيضا من مشاعر الرثاء والعواطف الجياشة ، ومثل هذا الاتجاه طيب وشفوق ولكنه غير سوى ويؤدى الى نتائج عكسية .

٣ - الاتجاه الهروبى :

يتميز أصحابه بالاھمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمعاق . اذ يجدون ان التفكير في الاعاقات أمر غير سار ، لذا فهم يحاولون تفاديه ، وهذا له اثاره الضارة في عدم تقبل

المعاقين بينهم والنظر اليهم على انهم في حاجة الى المساعدة المالية والعينية لعجزهم ،
وينعكس ذلك أيضا على المعاق في سلوكه وخاصة عند تشغيله .

٤ - الاتجاه القلبي الزائد :

يقدم أصحاب هذا الاتجاه كل ما يستطيعون للمعاق الا انهم يذهبون في هذا الاتجاه
المتطرف لدرجة انهم يعاملونه على أنه غير صالح وانه عاجز ، ولهذا الاتجاه آثار سلبية على
المعاق .

ثانيا - الاتجاهات الايجابية :

وهي ما يطلق عليها بالتقبل الطبيعي . وتعتمد على تقبل الشخص المعاق على أنه شخص
بنفس القدرات والمشاعر والرغبات والامال وغير ذلك من خصائص وامكانيات مثل اى شخص
آخر في المجتمع ، يحصل على المساعدة لنموه بأن يسمح له بكل تجارب الحياة وخبراتها ويتوقع
منه انجاز كل ما تمكنه قدراته للقيام به من انجازات ، ولا مانع من أن توجد له من الوسائل
والطرق ما تمكنه من التغلب على نواحي عجزه وقصوره . بل هذا واجب لمساعدته لتخطي
الشعور بالنقص والاحباطات التي قد تضره . ومن ثم يساهم ويشارك في بناء مجالات التنمية من
مواقفه الاجتماعية ومكانته الذاتية ، ومركزه الذى يمكنه ان يصل اليه بقدراته .

إن العمل على تغيير اتجاهات المجتمع نحو المعاق هي من المسؤوليات الأساسية لخصائى
التأهيل لتكوين مفاهيم التأهيل الصحيحة لدى خبراء التنقيف الجماهيرى والاعلام ، ووسائل
الثقافة العامة لمحاربة الاتجاهات السلبية وتدعيم الاتجاهات الايجابية في التعامل مع المعاقين .

دور المعاق في المجتمع :

بما أن للفرد أكثر من مكانة اجتماعية فإنه تبعاً لذلك يلعب لكل مكانة دوراً خاصاً بها ،
والمكانة التي يمثلها الفرد تتأثر وتتعدل بتغيير عمره ، فمركز الطفل في الأسرة يختلف باختلاف
عمره . فهو طفل في طفولته الأولى ويعتمد على الكبار اعتماداً كلياً تقريباً . ولكنه قد يخرج في سن
متقدمة إلى الشارع أو إلى المدرسة ، ويكتسب مكانة جديدة في كل جماعة ينتسب إليها ، في
الفصل ، وفي الفرق الرياضية ، وفي جماعات النشاط . وهكذا عندما يصل الى السن المناسب
يلتحق بعمل ، ويحتل مكانة معينة وقد يتزوج ويحتل في الأسرة مكانة جديدة .

لذا فالمكانة قد تكون مفروضة على الفرد كأن يكون ذكراً أو أنثى من طبقة اجتماعية معينة او في
سن معينة . وقد تكون هذه المكانة مكتسبة مثل الوظيفة والعمل الذي يؤديه في المجتمع وفي
النادى وفي المؤسسة التي ينتمى إليها .

والمعاق مثل السوي أيضاً له مكانة في المجتمع حيث يقوم بأدوار عديدة في المنزل ، يتفاعل مع
والديه وأشقائه ، يؤثر عليهم ويتأثر بمعطياتهم ويشارك في مسؤوليات الأسرة ، ويقوم بالأعمال
التي تفرضها عليه مكانته . فنجد من الكفيفات المتزوجات من حققن مكانة مستقلة في الأسرة ،
وذلك لقدرتهن على القيام بمطالب الأسرة جميعها بل نجحن في تربية أطفالهن .

والمعاق وقد وضع على الطريق أسوة بالاسوياء وقد اندمج دراسيا في المؤسسات التربوية فإنه لا يشارك فحسب في الجانب التعليمي ، بل يحقق مكانته من خلال مشاركته مشاركة فعالة في الأنشطة التربوية والاجتماعية والفنية والترفيهية والترويحية والرياضية بالمدرسة . ويؤكد ذلك صور التفوق التربوي التي حققها المعاق في مجالات عديدة . فالكثير من المكفوفين تفوقوا في الموسيقى ، والعديد من الصم والبكم نبغوا في المجالات الفنية كالنحت والرسم وكثير من المقعدين حققوا تفوقات فنية وأدبية . هذا الدور الذي يحققه المعاق لا يقل شأنًا عما يحققه السوي . بل ربما يكون حافزا لغيره من المعاقين ومن الاسوياء إلى التفوق العلمي والفنى .

لذا وجدنا العديد من المعاقين بنسبة لا بأس بها بين العلماء اذ أصبح لهم مدارس فكرية ، ونظريات ، ومناهج تربوية تنسب لجهودهم في مجالات الأدب ، وفي المجالات العملية الطبية والكيميائية والطبيعية .

أما وقد تم تأهيل المعاق اجتماعياً ومهنياً ، وأعطى الفرصة ليقف في بداية الطريق في المؤسسات العملية . فقد لوحظ أن وجود العمال المعاقين المؤهلين في المصانع يعتبر حافزاً ومثيراً للعمال لزيادة الكفاءة العملية ، وحافزاً لزيادة الوعي الانتاجي ، ففى إحدى الدراسات إتضح أن وجود المعاق بين زملائه في المصنع من العوامل التي تقلل الحوادث ، فهو مذكر جيد وحافز لزيادة انتباه أقرانه وصورة حية للوعي بأخطار المهنة . كما لوحظ في دراسة أخرى أن كمية انتاج المعاق أكثر من السوي لما يتمتع به من صبر وجلد واستقرار حركي .

ان المعاقين طاقة بناءة يمكن استغلالها والاستفادة منها في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع . فان تعزيز قدراتهم وتدعيم مواهبهم واتاحة المجال لهم للتعبير عن ذواتهم وافكارهم يزيد الانتاج ، ويحقق المزيد من الدخل وبالتالي استثمارا في الدخل القومي هذا بالاضافة الى ما يحققونه من واقع أدبي من حيث مكانة المعاق الدافعة لأقرانه ليسلكوا سبيل الاسوياء ويفرغوا طاقاتهم في البناء والتعمير لا في الهدم والتخريب .

وان اكبر دليل على مكانة المعاق رياضيا المشاركة في المسابقات الدولية الرياضية . فقد اشترك منهم العديد في مسابقة الشطرنج الدولية ومنهم من حقق الفوز . وقد تخطوا العوائق الجسدية بالاجهزة التعويضية واثبتوا انهم قادرين على ممارسة الأنشطة الرياضية بكفاءة صورها فكونوا اتحاداً دولياً رياضياً للمعاقين في معظم مجالات التربية الرياضية .

هذا ولا دليل أقوى على تفوق المعاق في مجالات الحياة أكثر من أن نسطر أن من نظم و اخترع لغة المكفوفين ما هو الا « بريل » الكفيف . وليس من حقق لغة الصم والبكم الا « هيلين كيلر » العاجزة . وليس من جدد و اخترع جهازاً الكترونياً حديثاً للكتابة البارزة المقروءة الا كفيفا . كما ان معظم الأجهزة التعويضية المتطورة قد حقق ابرازها للمجال العمل معاقون ، دفعتهم عاهاتهم الى مزيد من التفوق والى ان يقدموا لمجتمعهم الجديد من الخبرة والانتاج .

هذا بالاضافة إلى نبوغ الكثيرين من ذوى الاعاقة في المجال السياسي فوجدنا منهم من احتل المناصب القيادية في بلدانهم فكان منهم بعض الحكام والوزراء والقضاة ، بل الكثير من المعاقين من شارك بالرأى في المؤتمرات الدولية في طرح الحلول للكثير من المشاكل الاجتماعية والفنية والعلمية . وهذا دليل على أن المعاق يعطي أكثر مما يأخذ ويشارك ويبني ويخطط ويحسن التنفيذ كلما اتيح له المجال .

ان المعاق المؤهل صورة حية لاقتناع المجتمع بدور المعاقين فهو مصلح اجتماعى من خلال صورته العملية فى مشاركته فى التنمية الاجتماعية . وهو كسب علمى وفنى لمجالات الاعلام والصحافة لحقوق المعاقين فى المشاركة والمساواة .

السياسة الاجتماعية فى مواجهة الاعاقة :

تعنى السياسة الاجتماعية مجموعة الاجراءات التى يتبعها المجتمع فى العادة لمواجهة مشكلاته الواقعية . وبالطبع تتسم السياسة الاجتماعية بأنها عادة ما تصطبغ بالطابع الايديولوجي للمجتمع ، ثم انها تترسم دائما الاهداف الاجتماعية لهذه الايديولوجية ، والوضع التنموى الذى يستهدفه المجتمع ، ثم هي تهدف بالاساس إلى الانتقال بالمجتمع نحو وضع اكثر ملاءمة من خلال اجراء تغييرات متلائمة فى بنائه بهدف تجنيبه احتمالات الانتقال الفجائى الذى يهدد بتمزيق البناء الاجتماعى .

وفى مواجهة ظاهرة الاعاقة ينبغى ان تتميز السياسة الاجتماعية بالأبعاد الأساسية الآتية :

- ١ - الادراك العلمى لأبعاد الظاهرة .
- ٢ - الاعلام وخلق ايمان عام بضرورة المواجهة .
- ٣ - تأسيس بناء تشريعى يدعم المواجهة .
- ٤ - صياغة الدولة لمواجهة فعالة وشاملة فى مؤسساتها وهيئاتها .
- ٥ - تأسيس مؤسسات ملائمة للتأهيل مع دمج المعاق فى المجتمع .
- ٦ - اشراك المعاقين فى تحقيق التنمية الاجتماعية ومساواتهم .

هذا ويمكن أن نلخص أهم الأسس والاتجاهات التى يجب الأخذ بها فى سبيل تأهيل المعاقين على النحو الآتى :

- ١ - تقبل المعاق كإنسان له كرامته وحقوقه وواجباته والتسليم بأن له الحق أن يعمل بأقصى ما تسمح به امكانياته وان يؤدي دوره فى المجتمع كمواطن منتج ، يمكنه ان يعتمد على نفسه وان يرفع شأنه الخاص .
- ٢ - يجب أن تقوم برامج التأهيل على أسس فنية يتعاون فيها فريق من الاخصائيين فى النواحي الطبية ، والطبية النفسية والاجتماعية ، والنفسية والتربوية والمهنية والاعلامية وغيرها .
- ٣ - يستهدف التأهيل المواطنة الصالحة عن طريق معاونة المعاق على أن يعمل فى المهنة التى تلائمها فى حدود قدراته وطاقاته ومساعدته على التوافق النفسى والاجتماعى والاقتصادى بالنسبة للظروف المحيطة به فى المجتمع .
- ٤ - تعتمد الجهود التأهيلية على مبدأ الفردية بتركيز الانتباه لمواجهة احتياجات المعاق على ضوء تاريخه وخبراته وشخصيته .

- ٥ - التأهيل عملية تتسم بالشورى والديمقراطية فأساسها السماحة والتقبل في كل اتصال او علاقة بين القائمين والمستفيدين منها . مع ملاحظة اسهام الشخص المعاق اسهاماً فعلاً في اتخاذ القرارات التي تتعلق بخطوات تأهيلية وكذلك تفهم لصحتها وأهميتها .
- ٦ - التأهيل مجموعة جهود يكمل بعضها بعضا ويجب ان تسعى للوصول بالمعاق الى اقصى ما يستطيع ان يصل اليه من الاندماجية والعلاجية المجتمعية بما يأتى :
- أ - الاستكمال البدني والحسي والفكري .
- ب - التنمية الاجتماعية أى تحقيق أكبر قدر من الشعور بالأمن والرضا والحرية والاشباع في حياة الأسرة والجماعة والمجتمع .
- ج - الاستقلال الاقتصادي بحيث يصبح المعاق مستقلاً اقتصادياً ومندمجاً في نواحي نشاط بناءة ومثمرة بأقصى طاقة انتاجية يستطيعها .
- ٧ - التكبير بالعمل الواعى بحيث تبدأ الجهود التأهيلية بمجرد اكتشاف العائق أو الوهن البدني أو الحسي وأن تسند الى اخصائيين مؤهلين في هذا الميدان .
- ٨ - تجنب المعاملة المتطرفة سواء أكان الأمر تدليلاً أم إهمالاً أم رثاء .
- ٩ - المعاملة العادية مع الأخذ في الحسبان بما تبقى للفرد من قدرات لا ما فقده منها مع تدريب الحواس أو الأعضاء الأخرى لاستغلالها بما يحقق للمعاق تفاعلاً عادياً ومتكافئاً مع غيره من المواطنين .
- ١٠ - اطلاق المهارات الأساسية من عقالها كالحركة والانتقال للكفيف ، واستخدام الأجهزة التعويضية للمبتورين والسماعات للصم ، وغير ذلك من الاساليب التي تقرب المسافات بين المعاق والسوي .
- ١١ - العمل على استرداد المعاق لكثير مما فقد بسبب العائق . بتمكينه من مواصلة تعليمه ما دام لائقاً لذلك وقادراً عليه . وكذلك باتاحة فرص التدريب والعمل والمستقبل المهني للذين يحل بهم العائق في سن الشباب وخلال معركة الحياة .
- ١٢ - الخدمات التأهيلية والتربوية التي تقدم للمعاقين حق لهم وتأمين لغيرهم ولذلك يجب ألا تأخذ طابع الاحسان الارتجالي او تقتصر على المعونات المسكنة .
- ١٣ - الاهتمام بالاساليب التكنولوجية والاجهزة التعويضية والافادة من أحدث الاكتشافات .
- ١٤ - العناية بوسائل الاتصال والتفاهم والتثقيف في محيط المعاقين تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص بينهم وبين غيرهم في المجتمع الذي يعيشون فيه .
- ١٥ - يجدر التوسع في نظام الخدمة الاجتماعية الطبية وربطه بالخدمات التأهيلية للمعاقين .
- أخيراً إن المعاق ليس مختلفاً عن أفراد المجتمع ، فهو فرد منه لا يتجزأ في عمليات التنمية الاجتماعية يشارك ويتفاعل ويتساوى مع جميع الأفراد .

المراجع

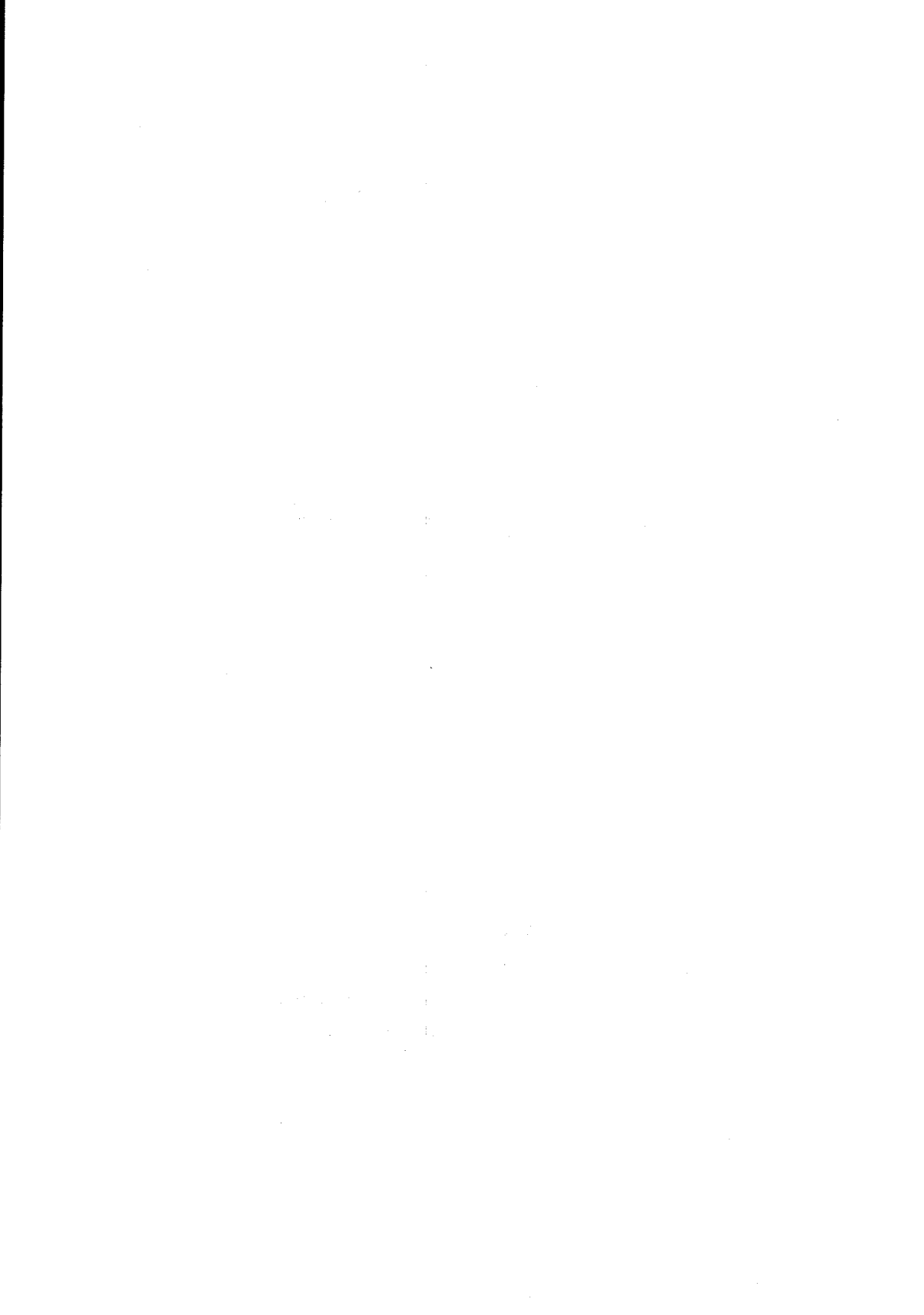
- ١ - د . أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر .
- ٢ - د . عثمان لبيب فراج ، مشكلة الاعاقة وبرامج التأهيل الاجتماعى للمعوقين .
- ٣ - د . علي ليلة ، مقال مشكلة الاعاقة فى العالم العربى الملامح واستراتيجية المواجهة .
- ٤ - كينيث هاميلتون ، أسس التأهيل المهنى .
- ٥ - د . لويس مليكة وآخرون ، الدراسات العلمية للسلوك الاجتماعى .
- ٦ - محاضرات الدورة التدريبية للعاملين فى مجال رعاية وتأهيل المتخلفين عقليا .
- ٧ - د . محمد عبدالمنعم نور ، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية .
- ٨ - د . مختار حمزة ، سيكولوجية ذوي العاهات .



الحالة النفسية للطفل المعاق

الدكتور علي محمد مطر

**إستشاري الأمراض النفسية والعصبية بوزارة الصحة
أستاذ مشارك ورئيس قسم الطوك والمجتمع
بكلية الطب والعلوم الطبية - جامعة الخليج العربي**

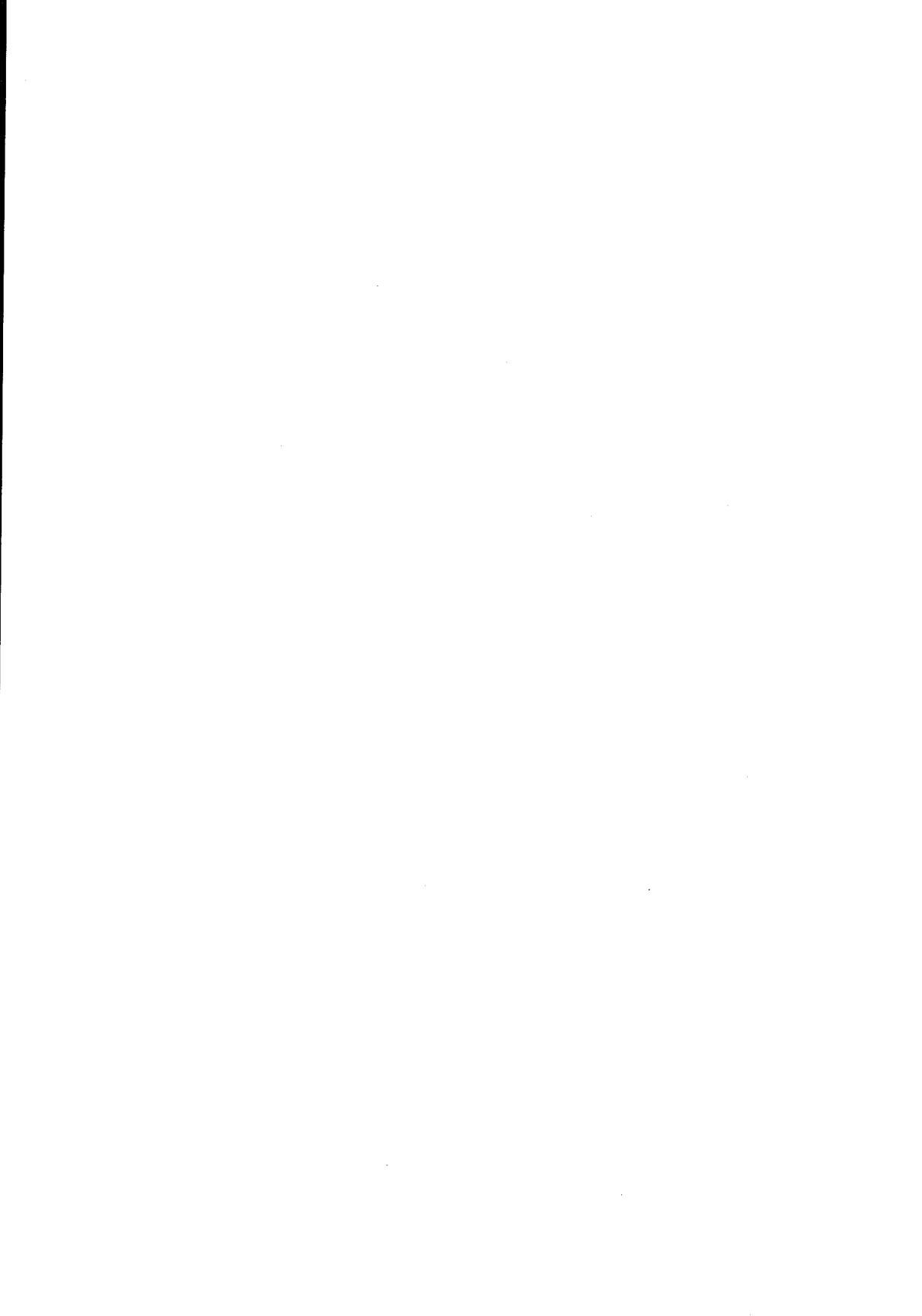


المحتويات

الصفحة

من - الي

اولا - مراحل النمو العقلي والفكري عند الاطفال	١٤٥ - ١٤٦
ثانيا - الحالة النفسية للطفل المعاق	١٤٧ - ١٤٩
١ - الطفل المعاق	١٤٧
٢ - الحالة النفسية للمعاق	١٤٧ - ١٤٨
٣ - تطور صورة الذات عند الطفل	١٤٨ - ١٤٩
ثالثا - التأثيرات العامة للاعاقات على الاطفال المصابين	١٥٠ - ١٥١
١ - تأثيرات مباشرة	١٥٠
٢ - تأثيرات تفاعلية	١٥٠ - ١٥١
٣ - التأثير على الشخصية	١٥١
المراجع	١٥٢



أولاً مراحل النمو العقلي والفكري عند الأطفال

عند ولادة الطفل يكون معتمداً اعتماداً كلياً على أمه في جميع احتياجاته ، من طعام ودفء وأمان ومحبة ونظافة . ولكنه بمرور الوقت يزداد وعيه لما حوله ، ويقل اعتماده على أمه بالتدريج . وقد يكون سن الطفل لدى مروره بمرحلة معينة من مراحل النمو مختلفاً عن غيره من الأطفال . إلا أنه من الممكن اعتماد متوسط معين للسن لقياس مدى نمو الطفل وتطوره في مختلف مراحل نشأته .

وكما هو الحال مع النمو الحركي والحسي عند الأطفال ، فإن هناك مراحل يمر بها النمو العقلي والفكري . وقد قام عالم الأطفال النفسي «بياجيه» «Piaget» بتقسيم هذه المراحل على النحو التالي :

١ - المرحلة الحسية - الحركية (Sensory-motor) :

وتستمر حتى سن ١٨ شهراً من عمر الطفل . وخلال هذه المرحلة ، ينصب إهتمام الطفل على ما يستطيع استيعابه بحواسه مباشرة . وتزداد خبرته بما حوله من أشياء من خلال لمسه لها ولعبه بها .

٢ - المرحلة ما قبل الفكرية (preconceptual) :

في أثناء هذه المرحلة تتكون لدى الطفل المقدرة على الاستجابة للأشياء في غيابها ، أي ما لا يستطيع احساسه مباشرة ، كما هو الحال عندما يبحث عن لعبة مفقودة . وتمتد هذه المرحلة حتى سن الرابعة ، وتتكون خلالها الصور في الذاكرة والقدرة على التخيل وكذلك اللغة .

٣ - مرحلة التفكير الفطري (Intuitive Thinking Stage) :

وتبدأ بانتهاء المرحلة السابقة ، وهنا يصبح تفكير الطفل خاضعاً لما يراه أمامه ، ولا يبذل جهداً لربط ذلك بما سبق من أحداث . وعلى سبيل المثال لا يستطيع الطفل معرفة أن كمية السائل الموجودة في وعاء ذي شكل معين هي نفسها التي صببت في وعاء آخر يختلف شكله عن الأول . وتمتد هذه المرحلة حتى سن السابعة .

٤ - مرحلة التفكير العملي المحدد (Concrete Operational Thinking Stage) :

يبدأ الطفل هنا بربط الأحداث بما سبقها أو بما سيتبعها ، ويستطيع بالتالي فهم الأرقام بتسلسلها . ويصبح في إمكانه أيضاً أن يستوعب وجهات نظر تختلف عن تلك التي تخصه .

٥ - مرحلة التفكير المجرد (Abstract Operational Stage) :

خلال هذه المرحلة التي تبدأ في سن الحادية عشرة ، يصبح بإمكان الطفل أن يفكر ويستنتج على المستوى التجريدي .

أما على المستوى العاطفي ، فإن حياة الطفل ، في الأشهر الأولى من عمره ، تكون أيضاً مركزة كلية حول أمه التي تلبى كل احتياجاته . في هذه المرحلة ، لا يعي الطفل أي وجود منفصل عن أمه ، ولكنه يبدأ في التعرف على هويته منفصلة عن أمه في سن الثانية . ويصبح هذا الوعي كاملاً في سن الثالثة . وعلى الرغم من إزدياد هذا الوعي عند الطفل ، فإن التخيلات والتصورات لا تزال تلعب دوراً مهماً في حياته لمدة سنتين أخريتين . وفي هذه المرحلة أيضاً تبلغ المخاوف والكوابيس قمتها عنده . ويتسع أفق الطفل ليضم أولاً الأب وبقية أفراد الأسرة ، ومن ثم الأفراد والمجموعات خارج محيط الأسرة .

ويعتمد مدى وسرعة إتساع أفق الطفل على معالجة الأبوين وفهمهما لهذه المرحلة . ففي البداية يرى الطفل بقية الأطفال كمنافسين له في حب الأم وعطفها . ولهذا فهو يلجأ الى النكوص لمستويات أدنى من مراحل نموه بحثاً عن ضمانات من الأم . والأبوان العاقلان هما من يمدان طفلهما بخلفية مستمرة من التشجيع والحماية والعطف ، ولكن دون أن يكثرا من حمايته من ضغوط البيئة المختلفة ، بل يعودانه على مواجهتها وتعويد نفسه على التأقلم معها إن لم يكن في استطاعته التغلب عليها . وبهذه الطريقة يساير النمو العاطفي للطفل نموه الفكري . وعلى العكس من ذلك ، فإن الأكتار من حماية الطفل أو الإسراع بقطع أواصر العطف عنه يؤدي الى عدم نضج في الشخصية ، وكثرة الصفات العصابية ، بما في ذلك الصعوبة في إنشاء علاقات عاطفية ذات معنى وخاصة مع أفراد الجنس الآخر . وعند بلوغ الطفل السوي سن الخامسة عشرة فإن القدرة الأساسية على الإستقلال تكون موجودة على الرغم من أن نمو الشخصية لم يكتمل تكيفها بعد ، بل يواصل ذلك عند الأفراد المختلفين بدرجات ونسب متفاوتة . ونتيجة للتفاعل بين الذكاء والشخصية والبيئة تتكون الصفات المميزة للإنسان ، وهي قدرته على التحكم وتوجيه جميع نشاطاته ورغباته .

وما هو صحيح بالنسبة للطفل السوي ينطبق أيضاً على الطفل المعاق . ولهذا فإنه من غير الممكن النظر الى الطفل وإعاقة بمعزل عن بيئته الطبيعية أو خلفيته الحضارية . فكثير من علماء النفس المختصين بالأطفال ، أمثال «بياجيه» ، يعتقدون أن نمو الطفل يحدث نتيجة للتفاعل بين الطفل وبيئته . ولهذا فإنه من الخطورة بمكان فصل أحدهما عن الآخر كمحاولة البعض النظر الى الطفل المعاق بمعزل عن بيئته التي يعيش فيها . ومن هنا يأتي اعتقادهم أن الإعاقة تتعارض وتفاعل الطفل مع بيئته . ولهذا فإنه من الضروري جداً عند محاولتنا لفهم ومساعدة المعاق ان يكون ذلك بتطويع المعاق فحسب ولكن بتطويع بيئته أيضاً .

ثانياً الحالة النفسية للطفل المعاق

١ - الطفل المعاق :

عرف الطفل المعاق بكثير من التعريفات نورد أحدها هنا والذي يصفه بأنه «طفل يعاني من عجز دائم في الجسم أو العقل أو الشخصية والذي من شأنه أن يتعارض مع النمو الطبيعي والتطور والقدرة على التعلم». وبالطبع تختلف الإعاقة في درجة شدتها بين الأطفال المعاقين وحسب مسبباتها . ويمكن تقسيم الاعاقات بين الأطفال الى أربعة أنواع رئيسية :

أ - الاعاقة البدنية والتي تحد من الوظائف البدنية والحركة العامة .

ب - الاعاقة العقلية والتي تؤثر على الذكاء والقدرة على التعلم .

ج - الاعاقة الحسية كالتى تحرم الطفل من نعمة البصر أو السمع .

د - الاعاقة العاطفية والتي تحد من نمو الطفل النفسي والعاطفي ، وبالتالي من نمو شخصيته وقدرته على التمييز . وهذه قد تتواجد مع غيرها من الاعاقات السابقة الذكر .

ويعاني كثير من الأطفال من أكثر من إعاقة واحدة من أنواع الاعاقات المذكورة . فعلى سبيل المثال بعض الأطفال المصابين بالإستسقاء الدماغى (Hydrocephaly) يعانون أيضاً من تخلف عقلي أو ضعف الابصار . كما يبدو بعض الأطفال قلبي التحصيل والكلام في المدرسة لعدم معرفة المعلمين بفقد هؤلاء لنعمة السمع . ولهذا يجب النظر الى إعاقة الطفل الرئيسية في ضوء نموه وتطوره العام .

ولا يفوتنا هنا الإشارة الى أن المعاقين يتعرضون بشكل خاص لبعض الأمراض والمشاكل الطبية كقروح الفراش الناتجة عن كثرة الضغط على جزء معين من الجسم بسبب قلة أو عدم الحركة ، والحروق وعدوى الجهاز التنفسى ، والصرع وعدوى المثانة والكلى والكسور وتصلب المفاصل . وقد أدى تطور الطب والعلم الى تقليل نسبة انتشار البعض من هذه الاعاقات ومضاعفاتها وعلاج البعض الآخر .. إلا أننا لا زلنا بمنأى عن القدرة على السيطرة تماماً على هذه الاعاقات أو حتى تقديم الشفاء الكامل لبعضها من خلال العلاج ولكنه من المهم جداً اكتشاف هذه الحالات في وقت مبكر وذلك لمحاولة الاستفادة من طرق العلاج المعروفة والحد من مضاعفاتها . وهذا بالطبع لن يتم الا بمساعدة وتشجيع الأهل والناس المحيطين ومشاركتهم في العلاج والتعليم ، والاستفادة من طرق الوقاية كالارشاد الوراثى (Genetic Councelling)

٢ - الحالة النفسية للمعاق :

إن من أوائل من كتب عن نفسية المعاق هو العالم النفسى «ألفرد أدلر» الذى ذكر في كتابه «التكوين العصائى» (Neurotic Constitution) سنة ١٩٢١ م بأن الإعاقة تنعكس على نفسية المعاق بحيث تؤدي الى شعور بعدم الثقة بالنفس . واستنتج أن ضعف الثقة بالنفس يؤدي الى

صراع لتأكيد الذات ، مفسراً بذلك نظريته المعروفة «بالتعويض عن عقدة النقص» . وقد اعتبر هذا التعويض عنصراً مهماً في تحريك سلوك الناس ، كمشاهدة الرجل قصير القامة التعويض عن ذلك بتصرفه بطريقة فظة ومسيطر . إلا إنه لم يستطع أحد من الباحثين في علم النفس ، وفي عقد النقص بالذات أن يدعم نظريات «أدلر» في هذا المجال . إلا أن عاملاً مهماً بدأ واضحاً من هذه الدراسات وهو أن وجود عقدة النقص أو غيابها عند المعاق يعتمد بصورة أساسية على الطريقة التي عومل بها من قبل الأهل والناس المحيطين به ، وخاصة خلال السنوات الأولى من عمره .

٣ - تطور صورة الذات (Self Image) عند الطفل :

يبدأ التصور الذاتي لدى الطفل في التكون حالما يبدأ في التمييز بين ما هو «ذات» و«غير ذات» . ففي البداية يحرك أطرافه ، ويمسك الأشياء بيديه ، ويرى كيف يؤثر على ما حوله بتصرفاته وصوته . ثم يعي أن للناس والأشياء نوعاً من الديمومة كوعيه بوجود أمه على الرغم من عدم رؤيته لها في ذلك الوقت . ثم يبدأ في التعرف على الناس من حوله . وعندما يقترب من الشهر السادس يكون في استطاعته التمييز بين الناس المؤلفين لديه والأغرب . في نفس الوقت يستطيع أن يتعرف على نفسه في المرآة . إلا أنه لا يكتسب فهماً ولا يستطيع استعمال مشتقات الـ «أنا» قبل حوالي سن الثالثة من العمر . وهكذا حتى يكتمل نموه من جميع النواحي .

والطفل يبني ثقته بنفسه واعتماده عليها من خلال سلسلة من التصرفات والافعال الناجحة ، ومن خلال التشجيع الذي يلقاه من أهله والناس المحيطين به . وعلى العكس من ذلك ، فإن سلسلة من التصرفات والافعال الخاطئة أو التي لا تجلب له الكثير من التشجيع والاعتراف تؤدي به الى فقد ثقته بذاته . وبالتالي فإن فقد الثقة سيقلل من فرص نجاحه في تصرفاته ومحاولاته المستقبلية . ووجود الاعاقة عند طفل ما قد يعني أن نسبة كبيرة من محاولاته ونشاطاته الأولية سيكون مصيرها الفشل . وهذا بالطبع سيكون مثبطاً لعزيمته خاصة إذا كان الابوان قليلي الصبر أو دائمي الانتقاد لتصرفاته . ومعايير الأداء المتوقعة من الطفل في سن معينة يكون مرجعها توقعات الابوين لتطور الطفل ونموه . وهذه يتبناها الطفل بالتدرج بحيث يصبح عنده نفس المعيار الذي عند ابويه يقيس عليه تصرفاته وأدائه . وعندما يقارن الطفل المعاق أداءه بهذا المعيار الذي كونه لنفسه يجده دون المستوى المطلوب ، مما يؤدي - خاصة مع التكرار - الى ضعف في الشخصية وعدم الثقة بالنفس . وبعد وقت قد يقصر أو يطول حسب مدى الاعاقة ، تتكون لدى الطفل حلقة مفرغة من ضعف الشخصية وانخفاض الثقة بالنفس ، والفشل في الأداء ، يقود كل منها للآخر .

وهكذا يتضح لنا مدى الترابط والتفاعل الموجودين بين تصرفات الطفل وتكوين شخصيته ، وطريقة تربية الابوين له ، وما يلقاه من تشجيع واطهار لعوامل القوة فيه أو تثبيط وابران نقاط ضعفه . ومن هنا تبرز الأهمية القصوى للدور الذي من الممكن أن يلعبه الابوان ومن بعدهما الأاقارب والمعارف وبالتالي المربون في تربية الطفل المعاق وتنمية الشخصية والثقة بالنفس اللتين سيتمتع بهما هذا الطفل المعاق في مستقبل حياته .

ويمكن تلخيص العوامل التي تتحكم في مدى تأثير اعاقة الطفل على قدرته على التأقلم وعلى التوازن العائلي كالاتي :

- ١ - مستوى النمو العام لدى الطفل ، وإن كان هناك أية قدرات خاصة أو مرتفعة نسبياً .
- ٢ - درجة التأقلم التي يتمتع بها الطفل ، فكلما كانت قابلية الطفل على التأقلم جيدة كان تأثير الإعاقة أقل والعكس صحيح .
- ٣ - طبيعة العلاقة بين الطفل وأبويه .
- ٤ - التوازن العائلي الموجود وانعكاساته الايجابية على تكيف الطفل مع اعاقته .
- ٥ - طبيعة المرض أو الإصابة وما قد ينتج عنهما من ألم ومضاعفات ، وبالتالي نوع العلاج المقدم .
- ٦ - معنى المرض أو الإعاقة للطفل وعائلته في ضوء تأثيرهما على حياته العائلية والاجتماعية والتعليمية والرياضية .

ثالثاً

التأثيرات العامة للإعاقات على الأطفال المصابين

وبالطبع يختلف الأطفال المعاقون في كيفية ومدى تفاعلهم مع إعاقاتهم بإختلاف ظروفهم وشخصياتهم . إلا أن هناك تأثيرات عامة لهذه الاعاقات على الأطفال المصابين يمكن تقسيمها كالآتي :

١ - تأثيرات مباشرة :

الاعاقة وما قد ينتج عنها من ألم وتعب وعدم استقرار تؤدي الى الكسل والتواني والانهك ، بالإضافة الى اضطراب في الشهية والنوم . وكثيراً ما نرى عكس ذلك عند بعض الأطفال مثل كثرة الحركة والتلملل ، وخاصة بين أطفال مرحلة ما قبل المدرسة . وقد يقوم الأيوان بقسر الطفل على الأكل إذا ما رأيا عنده ضعف الشهية مما يؤدي الى مضاعفات وعدم رغبة الطفل في الأكل حتى بعد تعوده على أصابته أو شفائه منها .. وبالمثل قد يستمر الإضطراب في النوم وما يصاحبه من كوابيس وأحلام مزعجة لفترة طويلة .

٢ - تأثيرات تفاعلية :

بالإضافة الى ما سبق من التأثيرات المباشرة فإن هناك تأثيرات تفاعلية من الممكن حدوثها لدى الطفل المعاق . وهذه تتلخص في التالي :

١ - النكوص :

حيث يرجع الطفل الى مرحلة نمو تجاوزها لإستدرار عطف والديه ومن هم حوله ، وبالتالي يشعر بالأمان والراحة . ويحدث النكوص بين الأطفال من جميع الاعمار وكذلك البالغين ، الا أن نسبته تقل مع إزدياد عمر الطفل .

ب - الإكتئاب :

وتختلف مظاهره بين الأطفال عن تلك التي بين البالغين . وقد يكون مصحوباً ببعض مظاهر النكوص كرجوع المخاوف البدائية لدى الطفل وكذلك الشعور بعدم الكفاءة واليأس . كذلك قد يعاني الطفل من بعض الوسواس وبعض الأوهام المرضية .

ج - ردود فعل فسيولوجية :

التعارض النفسي لمعنى المرض الذي يعاني منه المعاق ، مصحوباً بالميل النكوصية قد يؤديان الى بروز أعراض فسيولوجية تصاحب ما ينتج من قلق ، كازدياد ضربات القلب أو اضطرابها وسرعة التنفس والاسهال .

د - ردود فعل تحويلية (Conversion Reactions) :

والتي تصيب عضلات الجسم الارادية مما ينتج عنه شلل في هذه العضلات دون وجود أى خلل عضوي فيها أو في أعصابها . ومثال ذلك الشلل الذي يصيب الرجلين أو اليدين أو فقد القدرة على النطق .

هـ - ردود فعل انفصامية (Dissociative Reactions) :

كفقدان الذاكرة أو المشي أثناء النوم . وهذه قد تزداد سوءاً بسبب وجود الهذيان الناتج عن مرض ما ، أو أنها قد تزيد من درجة الهذيان الموجود .

٣ - التأثير على الشخصية :

يمكن النظر الى صورة الشخصية لدى الأطفال المعاقين كسلسلة متصلة نرى في أحد طرفيها الاعتماد والقلق الزائدين اضافة الى الانزواء والسلبية مع الميل الشديد الى الكسب الثانوي وذلك باستعمال الاعاقة للحصول على منافع أو اهتمام زائد من الأهل . (Secondary Gain) وفي الطرف الآخر الاستقلال الزائد ، والتصرف العدواني مع الميل الى نكران الاعاقة لدرجة مرضية . وبين هذين النقيضين نرى من يتمتع بشخصية واقعية تتميز بالاعتماد الواقعي والتقبل للحدود التي يفرضها المرض . ويصاحب ذلك درجة معقولة من التأقلم الاجتماعي ، ودرجة من عدم نكران المرض تتماشى والاحساس بالأمل .

ومن ناحية أخرى يمكن أيضاً رسم ردود فعل الآباء في خط متصل يقع في أحد طرفيه الحماية والقلق الزائدين على المعاق والتدخل الشديد في أموره ، مما يسبب في كثير من الأحيان صعوبة في وضع الحدود على رغبات الطفل وطلباته . وفي الطرف الآخر نرى الإنكار التام لاعاقة الطفل وعدم القبول بالعلاج والارشادات الطبية مما يؤدي بهم الى نبذ الطفل المعاق وعزله من قبل أفراد العائلة .

وبالطبع هناك من هم بين هذين الطرفين ، والذين يتقبلون واقع طفلهم والحدود التي يفرضها مرضه ، فيشجعونه ويساعدونه على استغلال طاقاته وقدراته ضمن الحدود المعقولة ، وبالتالي يسمحون له بقدر واقعي من الاعتماد عليهم وعلى من حولهم .

المراجع

1. Kaplan, Harold I., M.D. & Sadock, Benjamin J., M.D.,
Modern synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry III; Williams &
Wilkins Baltimore / London, 1981.
2. Bowley, Agatha H, & Gardner, Leslie: The Handicapped
Child, Churchill Livingston, Edinburgh, 1980.
3. Russel Phillipa : The Wheelchair Child, Human
Horizons Series, Souvenir Press, London, 1978.
4. Heaton-Ward, W. Alan : Mental Subnormality,
John Wright & Sons Ltd., Bristol, 1975.

المعاق وعائلته

الدكتور أحمد مال الله الأنصاري
أخصائي أمراض نفسية
بمستشفى الطب النفسي - البحرين
أستاذ مساعد في كلية الطب - جامعة الخليج العربي



المحتويات

الصفحة	من - الى
مقدمة	١٥٧.....
المقابلة الأولى	١٥٧ - ١٥٨.....
الوصول الى التشخيص	١٥٨.....
المعالجة	١٥٨ - ١٥٩.....
الارشاد الأسرى	١٥٩ - ١٦٠.....
المراحل النفسية التي يمر بها الوالدان	١٦٠ - ١٦١.....
العناية المنزلية	١٦١ - ١٦٢.....
التوصيات اللازمة عند معالجة الطفل	١٦٢.....
التوصيات اللازمة عند معالجة العائلة	١٦٢.....
احتمالات التحسن	١٦٢ - ١٦٣.....
الاهداف المستقبلية في مجال التخلف الذهني	١٦٣.....
دور الطبيب النفسي في المستقبل	١٦٤.....



مقدمة :

إن التخلف الذهني ليس مرضا بمعنى الكلمة بل يعتبر مجموعة أعراض مركبة لأكثر من مائتي سبب معروف . لقد بدأ التقدم في حقل التخلف الذهني عندما أدرك العاملون في هذا الحقل أن فرعا واحدا من المعرفة والدراسة بحد ذاته ، لا يوفي بكل الوجوه المتعددة لهذه الظاهرة المعقدة . لذلك نرى الآن ان المشرفين على معالجة الطفل المعاق ينتمون الى فروع العلوم المختلفة حيث أن كل فرد منهم يدلي بوجهة نظره حسب تخصصه على عكس الاتجاه السابق الذي كان يقتصر اصدار الحكم فيه على مستقبل الطفل المتخلف ، على الطبيب فقط .

مع هذا التقدم العلمي نرى ان الوالدين بشكل خاص لم يحصلوا على الاهتمام والتوجيه الكافي الذى يجعلهما قادرين على مقاومة الإحباط المتكرر والتغلب عليه وكذلك الصعوبات الناتجة عن الأعباء المالية .

مما يجعل من الأهمية بمكان القاء الضوء على بعض جوانب البعد العائلي لهذه المشكلة الكبيرة «التخلف الذهني» وبيان بعض المشكلات وطريقة التعامل معها والتي قد يصادفها العاملون في هذا المجال ، وخاصة فيما يتعلق بعائلة الطفل المعاق ، مع ايراد نبذة مختصرة عن دور الطبيب النفساني في العناية بالطفل المتخلف مستقبلا .

المقابلة الأولى :

ان الاسلوب العام المتبع في المقابلة الأولى حيث يتم التشخيص وارشاد الأهل يعتبر ذا أهمية قصوى ، اذ يحدد نجاح أو فشل الخدمة أو الخطة المقترحة للطفل المتأخر ذهنيا ، خاصة وأن العاملين المتخصصين في مجالات التخلف هم قلة نادرة . كذلك يتم التركيز الآن بصورة أكبر على البرامج والخدمات التي تقدم للطفل المتخلف في بيئته مما يزيد من أهمية دور طبيب العائلة ضمن حاجتنا المتزايدة الى خدماته الطبية .

يجب فحص الطفل من جميع النواحي وبكل عناية عند رؤيته لأول مرة ليشعر ويطمئن والداه باهتمام الطبيب بطفلهما . وان كل احتمالات المرض قد فحصت بكل عناية وذلك لتبديد أى شكوك بوجود مسببات أو عوامل قد أغفل البحث عنها أو فحصها .

كما ان على الطبيب أن يكون على علم بأن الزيارة الأولى غالبا ما تكون محبطة ومثيرة للمشاعر عند الوالدين ، لذا يجب مراعاة مشاعرهما وطرح الموضوع عليهما بكثير من الحذر ولكن دون تجاهل الحقائق .

ويعد الانتهاء من التشخيص يجب ابلاغ الوالدين بحقيقة مرض طفلها وبدون ابطاء على أن يكون ذلك بحضورهما معا ، لأن الإبطاء قد يؤدي الى نتائج مؤلمة .

على ان ابلاغ الوالدين بالخبر المؤلم عن ولدهما يحتاج من الطبيب المعالج الى الكثير من الشجاعة واللباقة لتقليل أثر الصدمة وتخفيف الواقعة عليهما .

في المقابلة الاولى لا تتم مناقشات طويلة حول العناية الأساسية بالطفل المتخلف أو ارساله الى مؤسسات العناية الخاصة مثلا ، فحالة الوالدين النفسية هنا لا تسمح لهما باصدار قرارات حول مستقبل طفلها .

بل ان المناقشة الموضوعية لمثل هذه الأمور تتم في مقابلة أخرى تتبع المقابلة الأولى بوقت مناسب يتم فيها تشخيص الحالة ، والبحث مع الوالدين حول أنسب الطرق والوسائل المتوافرة في المجتمع والتي قد يستفيد منها الطفل في المستقبل .

الوصول الى التشخيص :

ان الوصول الى التشخيص الصحيح لحالات التخلف الذهني ليس بالأمر الصعب ، اذا ما أخذت معلومات دقيقة حول تاريخ تطور ونمو الطفل ، وأجراء الفحص البدني والعصبي ، وفي حالة تحليل المرض يجب اجراء بعض الفحوص المختبرية الدقيقة .

ويستحسن اجراء الفحص البدني والعصبي الكامل في حضور كلا الوالدين كي يشعر الطفل بالاطمئنان ويكون متعاوناً مع الطبيب ، كذلك من الضروري أن تكون العناية الطبية متوفرة ، وتشمل جميع الجوانب دون أى أغفال أو نسيان من جانب الطبيب .

ان كل والدين لابد وان يكونا مهتمين بمعرفة سبب تخلف طفلها فاذا لم يكن ثمة جزم بوجود التخلف ، فمن الضروري اخبارهما بذلك وبالطبع فانهما سينقبهان ذلك ، خاصة عندما يشعران بجديّة وأمانة الطبيب عند فحصه للطفل .

ان الوالدين لا يتوقعان أن يكون الطبيب ملماً بكل جوانب العلوم الطبية والتربوية والنفسية ، وان احترامهما وتقديرهما اليه يزداد اذا اقر هو مقدما بحدود امكانياته وعلمه .

على انه ينبغي للطبيب أو العامل المتخصص في هذا الميدان أن يختار عباراته وأسلوبه بعناية فائقة عند مخاطبه مع الوالدين حول مسببات الاعاقة عند طفلها كي لا يقع في أى لبس أو أن يفسرا ما قيل لهما بطريقة خاطئة .

فعلى سبيل المثال عند ذكر الطبيب باحتمال حدوث الإصابة عند الولادة يجب أن لا يترك الوالدين في شك بأن ذلك كان نتيجة إهمال من العاملين في غرفة الولادة أو من الطبيب المعالج .

كما وينصح عند التخاطب باستعمال العبارات السهلة البسيطة وتجنب استخدام التعبيرات العلمية المعقدة أو استخدام كلمات جارحة ككلمة (غبّي) .

المعالجة :

لا يوجد هناك دواء معين لعلاج هذه الحالات الا في حالات نادرة مثل نقص هرمون الغدة

الدرقية ، حيث أن إعطاء هذا الهرمون ومنذ البداية قد يكون كفيلا بمنع حصول أوزيادة درجة التخلف الذهني . ولكن هذا لا يعني بأنه لا يمكن مساعدة المصابين لأن المتخلفين لهم نفس الحق في فرص التطور كأى شخص معاق آخر ويستحقون نفس العناية الطبية .

وتشمل الخدمات العامة المختلفة المتوافرة للطفل المتخلف :

- ١ - الناحية الطبية .
- ٢ - الناحية النفسية والتي تشتمل على :
 - ١ - معالجة الاضطرابات النفسية والعاطفية .
 - ب - التدريب وزيادة الفعالية الوظيفية للأعضاء المصابة وهذا يشمل :
 - العلاج الطبيعي Physiotherapy
 - العلاج بالعمل Occupational Therapy
 - علاج النطق Speech Therapy
 - التأهيل الوظيفي Vocational Rehabilitation
 - التأهيل التعليمي Educational Rehabilitation

إن اختيار طريقة العلاج المناسب تعتمد الى حد كبير على جملة من العوامل مثل درجة أو شدة التخلف وطباع الطفل .

يجب الأخذ بعين الاعتبار بأن طريقة العلاج تختلف من شخص الى آخر باختلاف الاهداف المرجوة ، مع الاعتراف أن الطفل سيتابع عمله على مستوى متأخر .

إن العناية الطبية الجيدة والمتابعة المبرمجة هي جزء هام وحيوي من الخطة العامة للعناية بالطفل المتخلف ولا داعى للذكر أن وجود خدمات الطبيب في متناول أيدي الوالدين يسهل عملية الوصول الى قرار بشأن الخطط المستقبلية .

من الأخطاء والتي لها أبلغ الأثر على الطفل والوالدين هو ما قد يحصل أحيانا حين يعاين الطبيب الطفل مرة أو مرتين وبعدها ينصح الوالدين بعدم احضار الطفل الى عيادته مرة أخرى حيث انه لا يوجد شيء يستطيع عمله لمساعدته . إن كل طفل معاق أو متخلف مهما بلغت شدة التخلف لديه ، له الحق في المتابعة الطبية والنفسية طوال فترة حياته .

الإرشاد الأسرى :

١ - على الطبيب أن يعلن الحقيقة كاملة أمام الوالدين دون تأخير وعليه أن يظهر تفهما ولكن دون المبالغة في التعاطف .

٢ - على الطبيب ازالة المعتقدات الخاطئة بسبب الجهل أو الخرافات كأن يقول والد الطفل بأن أحوال ابنه تغيرت فقط عندما ضربه ابن الجيران أو المدرس على رأسه .

٣ - من الممكن المحافظة على حياة عائلية طبيعية مع طفل متخلف وهذا شيء قد لا يدركه كثير من أولياء الأمور .

٤ - ضرورة توعية الاهل فيما يتعلق بالمتطلبات السهلة والطبيعية والمستحيلة .

٥ - وضع برنامج موضوعي وواقعي من حيث تحديد الأولويات والمدة المقدرة لتحقيقها .

مازلنا نرى أن كثيراً من الأسر قد تم إخبارها سابقاً بأن طفلها لا فائدة منه وسيموت حتماً أو أنه لا يوجد شيء متوفر قد يستفيد منه مثل مدارس تأهيلية أو تعليمية . وعلى الخصوص عندما يتم القول أن وجود الطفل المعاق في الأسرة ذو خطورة على نفسية الأطفال الآخرين ويجب إبعاده عن المنزل في أقرب فرصة .

هذه جملة من الأخطاء الشائعة بالإضافة إلى ما يلي :

- ١ - إخفاء حقيقة حالة الطفل عن الوالدين لفترة طويلة .
- ب - بعث الأمل الكاذب لديهما بإعلامهما بأنه سوف يصبح طبيعياً عندما يتقدم به العمر .
- ج - الإسراع في إدخال الطفل إلى مأوى المتخلفين . Institution وخاصة في الحالات التي لا تتطلب رعاية صحية وتمريضية دائمة .

المراحل النفسية التي يمر بها الوالدان :

لا بد من التذكير بأن عائلة الطفل المعاق لا تختلف عن أي عائلة أخرى ، فلكل عائلة نقاط قوة وضعف ومن المفيد للعاملين في مجالات الإعاقة معرفة المراحل التالية والتي يمر بها كل والدين لديهما طفل متخلف .

١ - مرحلة الصدمة : Stage of Shock

عند إعلام الوالدين للمرة الأولى بحدوث الإعاقة سواء كان ذلك بعد الولادة مباشرة أو في سن متقدمة ، فإن وقع الخبر عليهما سيكون قاسياً حيث أن احساسهما سيكون مثل احساس الشخص المفجوع في ابنه في حادث أو مرض .

٢ - مرحلة الإنكار : Disbelief Stage

بعد مرحلة الصدمة الأولية ، يمر الوالدان بمرحلة عدم التصديق بما حدث . ويحاول الوالدان في هذه الفترة إقامة البرهان على أن الطبيب على خطأ وذلك بالبحث عن الحركة والنشاط والتصرف الطبيعي لدى الطفل وإغفال الجوانب الأخرى . ومن الملاحظ أيضاً في هذه المرحلة تكرار زيارة واستشارة عدد كبير من الأطباء والعيادات . لعل أحداً منهم يخبرهما بتشخيص مختلف .

وبالطبع فإن موقفهما من الطبيب الذي توصل إلى تشخيص حالة ابنهما سيكون غير ودي ويستمر إلى فترة طويلة .

٣ - مرحلة الخوف والاحباط : Stage of Fear and Frustration

مع تقدم الوقت وظهور الإعاقة بصورة ظاهرة يكون مجال الإنكار ضئيلاً جداً ، فبدأ أحد أو كلا الوالدين بتقبل الطفل على ما هو عليه ، والاعتراف بأن طفلها هو طفل غير عادي .

عندها يتساءل كثير من أولياء الأمور حول مسائل تهم العائلة مثل : كيف نخبر الأقرباء والأصحاب ؟ ماذا نقول لباقي الأبناء ؟ وما هو تأثير وجود الطفل المتخلف معنا في البيت ؟

وقد يبدأ أحدهما بلوم الآخر أو الطبيب بأنه السبب فيما حدث ، ونتيجة لذلك فإن ثقتهم بمقدرتهما على الامساك بزمام الأمور تكون مهزوزة . ونظراً لحساسيتهما لاكتشاف الاعاقة فانهما يعمدان الى إخفاء الطفل عن عيون الآخرين .

وتمتاز هذه الفترة بظهور القلق الشديد على مستقبل الطفل التعليمي . فيبدأ الوالدان بالتساؤل فيما اذا كانت هنا مدارس للمتخلفين ؟ وماذا عن التعليم الخاص الموازي في المدارس العادية ؟ وهل هناك حضانة خاصة للطفل المعاق ؟ هل هناك ورش عمل يمكنه الالتحاق بها في المستقبل ؟ .

كل هذه التساؤلات واقعية ولا بد من الطبيب أو العامل في هذا المجال التكيف معها ، ومعرفة كيفية الاجابة عنها وذلك بتوافر المعلومات لديه عن وجود مثل هذه الخدمات أو المؤسسات في منطقته أو في المناطق الأخرى .

العناية المنزلية :

إن للسنوات الأولى من حياة الطفل المعاق أهمية خاصة في وضع اللبنة الأولى لتكوين شخصيته في المستقبل ، فهو في حاجة الى الشعور بالحنان والاطمئنان ، وأثبتت الدراسات والملاحظات السريرية حول نمو وتطور الأطفال المصابين بالمرض المنغولي Mongolism بأنه يمكن تجنب الآثار الضارة من الإقامة الطويلة في مأوى المعاقين Institutionalization وإن الذين أقاموا عند ذويهم يمتازون بتقدمهم واتزانهم النفسي والاجتماعي عند مقارنتهم بأقرانهم المقيمين في المصح المختص .

بالإضافة الى ذلك إن وجود الأطفال مع أسرهم سيكون بمثابة الضغط من قبل الأهالي على الجهات المسؤولة للإستمرار في توفير الخدمات لهؤلاء الأطفال في مناطق سكناهم وتحسين سبل العيش لهم .

عندها سيعلم الوالدان كيف أن المنزل يوفر الجو المناسب لتقدم الطفل وسعادته ، وإن التعاسة والألم تكون عندما يوضع الطفل في مكان لا يستطيع التأقلم والتعود عليه ، ولذلك نرى ظاهرة الاضطراب السلوكي والتصرفات العنيفة المتشنجة أو الخجل والانطواء الشديد عند الأطفال المقيمين في مصحات معدة لاستقبال المتخلفين ذهنياً .

ومن الممكن تجنب كل ذلك وبشكل كبير لو توفرت للطفل الإقامة في جو من القبول والحب في نفس بيئته مع بعض المساعدة من طبيب العائلة كلما دعت الضرورة لذلك .

إن عملية العناية بالطفل المعاق لا تحتاج الى مهارة أو تدريب خاص، وخاصة إذا أخذ الوالدان بعين الاعتبار أن تقدم طفلهما ونموه سيكون بطيئاً بعض الشيء فلا داعي لدفعه الى التصرف بقدر أعلى مما يستطيع عمله أو الطلب منه القيام بالعمل على حسب عمره الزمني .

وما من شك في أن الطفل المتخلف يستطيع الوصول الى درجة من المسؤولية والكفاءة حين تتوفر له الظروف المساعدة .

وهناك الكثير من المؤسسات التربوية - كالمدراس الخاصة - ودور الحضانة ومراكز التأهيل الوظيفي التي أقيمت نتيجة لتضافر جهود أولياء أمور المعاقين ونشاطهم الاجتماعي المثمر .
Custodial Nursing Home .

إن الأطفال الرضع شديدي التخلف ، والمصابين بإعاقات جسدية شديدة يحتاجون الى عناية طبية وبدنية خاصة قد لا تتوافر في أى منزل ، لذلك من الأفضل لهم ولعائلاتهم الإقامة في بيوت متخصصة قادرة على تقديم أنسب الخدمات لهم مع الحرص على أن تكون أعمارهم متقاربة .

التوصيات اللازمة عند معالجة الطفل :

إن خلاصة تجارب العاملين في شؤون التخلف الذهني والاعاقة المزمنة تفيد أن جميع طرق العلاج النفسي والعقلي (من علاج فردي أو جماعي، علاج العائلة ، أو استخدام العقاقير الطبية ... الخ) لها دورها في علاج الاضطرابات النفسية والعصبية كما لو كان الطفل عادي النمو والتصرف، مع بعض التغير في طريقة أدائها مثل اعطاء النصيحة المباشرة والتدخل المباشر في ضبط تصرفات الطفل المتخلف .

التوصيات اللازمة عند معالجة العائلة :

ما من شك أن كثيرا من العائلات تحتاج الى تدخل سريع وعاجل من قبل الباحثة الاجتماعية أو الطبيب النفسي وهؤلاء يمكن تصنيفهم الى مجموعتين :

١ - عندما يكون هناك اضطراب نفسي وعصبي لدى أحد الوالدين بقدر من الشدة بحيث يمنعه من ممارسته لنشاطه وعمله الاعتيادي وفي هذه الحالة تتم المعالجة كما لو أنه لم يكن في الأسرة طفل معاق .

مثال على ذلك : أن يصاب أحد الوالدين باكتئاب شديد أو خوف وهلع من المناطق المفتوحة مما يؤثر على قدرته على الاعتناء بالأطفال وتعزيز ثقتهم به وبالعالم الخارجي . ففي هذه الحالة يعالج الفرد المصاب كأي مريض آخر بغض النظر عن حالة الأطفال العقلية .

٢ - التدخل السريع أحيانا في بعض العائلات التي تبدي موقفا غير مناسب أو مساعد لتطور الطفل ونموه ، مثل عدم تقبل الطفل ورفضه وبالتالي الاساءة المتعمدة له ، أو في بعض الحالات التي يرفض فيها الأهل إعطاء الطفل الفرص لاستخدام إمكانيته وذلك من فرط خوفهم عليه .

إن كثيرا من العائلات التي لديها أشخاص معاقون ذهنيا وبدنيا يستجيبون الى النصيحة الهادئة والحملات التثقيفية ، خاصة اذا انطلقت من محيط الأسرة أو من أشخاص أو مؤسسات لها ارتباط بهم كالمدرسة والمركز الاجتماعي والمركز الصحي في المنطقة .

احتمالات التحسن :

مهما تكن شدة أو درجة الإعاقة عند الفرد الا أن هناك فرصة للتطور والنمو وإكتساب قدرات جديدة مع مرور الزمن ، ويعتمد ذلك والى حد كبير على مقدار التخلف والأسباب المؤدية له .

لذلك يجب التحلي بالصبر والأمل عند تقدير الطبيب لمدى ما يمكن للطفل أن يبلغه ، هذا مع العلم أن جميع الفحوصات النفسية لمدى ما يمكن للطفل أن يعمله في أى سن هو مجرد تقدير وليس حكماً نهائياً خاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الانسان .

ان التأخر الوظيفي الذي قد يحصل في السنوات الخمس الأولى من العمر قد لا يكون دائماً في جميع الحالات ومن الممكن تعويضه وذلك بتعريض الطفل لمزيد من المحسسات .

الأهداف المستقبلية في مجال التخلف الذهني

١ - إن تقدماً ملحوظاً قد طرأ على سبل العناية بالطفل المتخلف حيث أصبح يعامل معاملة أكثر انسانية وبطريقة طبيعية كأي شخص آخر ، لذا من الأهداف المرجوة في المستقبل أن يتعزز هذا الاتجاه ويقوى حتى يشمل جميع فئات التخلف الذهني ، حيث أن النصيب الأوفر من العناية قد شمل ذوى التخلف الذهني البسيط فقط .

إن الجزء الأكبر من ذوى التخلف الذهني البسيط يستطيعون العيش من غير صعوبات كبيرة في المجتمع مع قليل من التوجيه والمساعدة من قبل باقى أفراد العائلة ، الجيران ، الأصحاب أو البيئة ، وذلك عن طريق مؤسسات الخدمة الاجتماعية . كذلك يستطيع هؤلاء المتخلفون أداء الأعمال التى لا تتطلب مهارة كبيرة وفي بعض الأحيان أداء أعمال ماهرة في حالات معينة .

لذا فأننا نرى أن التوجيه في المستقبل يجب أن يكون باتجاه مساندة المتخلف البسيط والمتوسط للعيش في محيط مجتمعه كلما أمكن ذلك مع العمل على زيادة قدراته لكي يحيا حياة طبيعية ومنتجة .

٢ - أما بالنسبة للمتخلفين ذهنياً من ذوى التخلف الشديد والذين لا يستطيعون مواكبة أعباء العيش في المجتمع ، فإننا ننصح بإقامة مراكز متخصصة لهم على أن تكون قريبة من التجمعات السكنية للمحافظة على العلاقة بين المعاق وأسرته ، وان يحتوى كل مركز على عدد قليل من الأشخاص حتى يمكن توفير عناية صحية ونفسية مركزة ومفيدة .

٣ - يجب الاهتمام ومنذ الآن بالحقوق المدنية للمعاق الذهني أو البدني كحقه في الزواج ، الملكية ، الإنتاج .. الخ ، وذلك من خلال اعادة تعريف الإعاقة ومن خلال النظرة الإيجابية لهذه الفئة من أفراد المجتمع ، ان الاجابة على هذه التساؤلات ليست بالشئ الهين ولكن كخطوة أولى يمكن الحفاظ على بعض حقوق المعاق من خلال الاتصال المستمر والتعاون بين الهيئة القضائية والمشرفين على المعاقين من مؤسسات وأفراد .

دور الطبيب النفسي في المستقبل :

١ - ارشاد وتثقيف العاملين في مجالات الاعاقة المختلفة عن التطور الطبيعي للفرد وظروف تكوين شخصية الطفل الطبيعي مع المقارنة بتطور شخصية الطفل المعاق .

٢ - توعية سكان الحى الذى تتوفر فيه مؤسسات اجتماعية لخدمة المعاقين حول مشاكل المعاقين حتى تؤدي هذه المؤسسات دورها وعلى مستوى عال من الفعالية .

- ٣ - مساندة الاتجاه العام لجعل الطفل المعاق يعيش في مجتمعه بما في ذلك استعمال الأدوية المهدئة للتقليل من حوادث الانفعال الشديد ومخاطرها .
- ٤ - العمل على ابقاء الباب مفتوحا لقلّة من المتخلفين والمعاقين لدخول المستشفى ولفترات قصيرة عند حدوث اضطرابات حادة تعجز السيطرة عليها في المنزل مثلاً .
- ٥ - معالجة الاضطرابات النفسية عند المعاق والناجمة في بعض الأحيان عن عدم قبول المصاب بعجزه المؤقت، الدائم ، الجزئي أو الكلي .
-

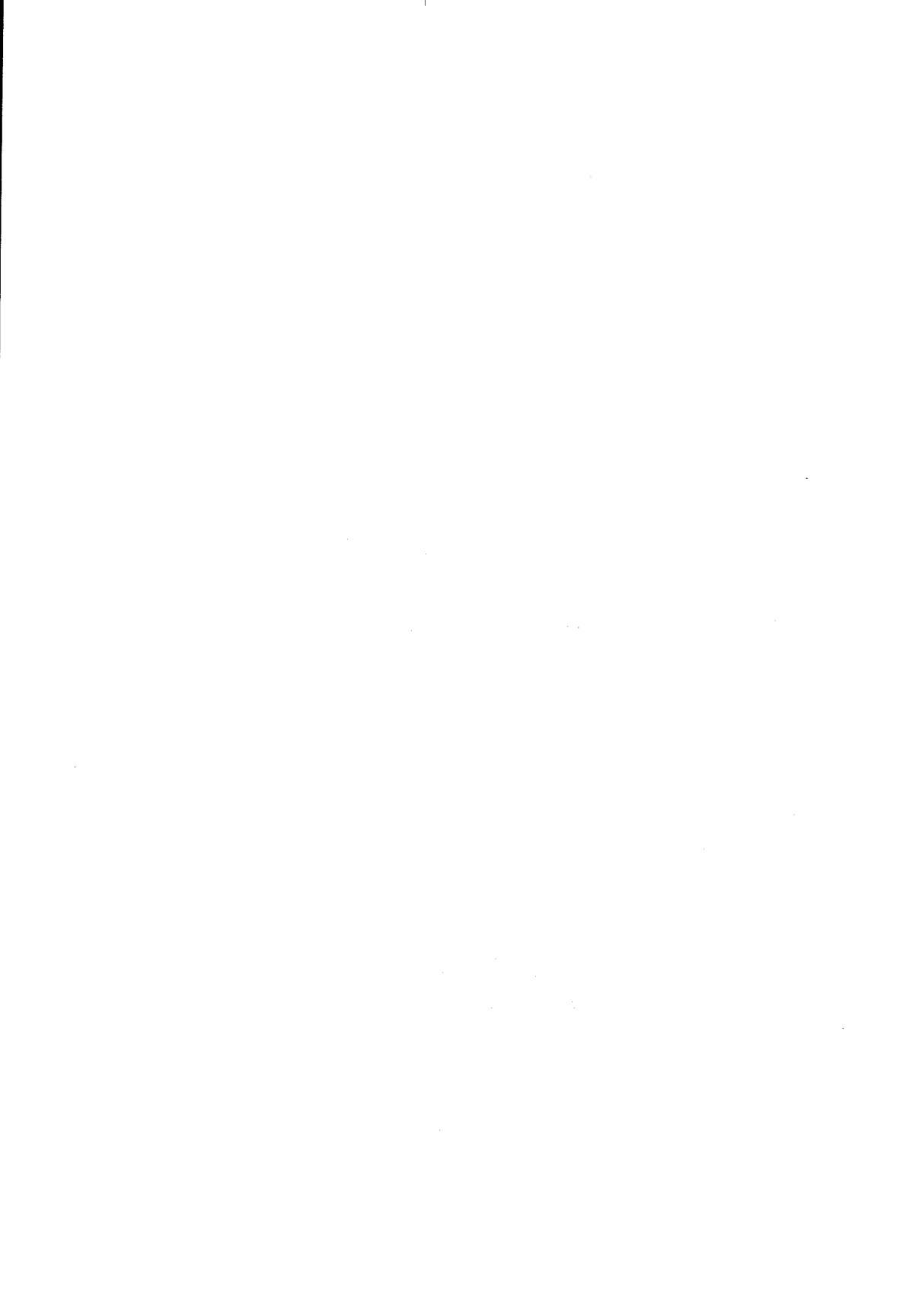
**الرعاية الاجتماعية للمعاقين
في التراث العربي الإسلامي
«مناقشة المفهوم والتطبيقات»**

الدكتور

محمد محمود الصقور

خبير الرعاية الاجتماعية والتخطيط

بمركز الدرعية بالرياض سابقاً



المحتويات

الصفحة

من - الى

١٧٠ - ١٦٩	.....	مقدمة
١٧٧ - ١٧١	.....	مدخل تمهيدي : مفهوم الرعاية الاجتماعية
١٨١ - ١٧٨	.....	الفصل الاول : نشأة الرعاية الاجتماعية وتطورها في العصور التاريخية القديمة
١٨٣ - ١٨٢	.....	الفصل الثاني : الرعاية الاجتماعية في المجتمع العربي قبيل الاسلام
١٩٢ - ١٨٤	.....	الفصل الثالث : الرعاية الاجتماعية في التراث العربي الاسلامي
١٩٦ - ١٩٣	.....	الفصل الرابع : وسائل الرعاية الاجتماعية في الاسلام
١٩٩ - ١٩٧	.....	الفصل الخامس : الرعاية الاجتماعية حضورا في التراث وتطبيقا في المجتمع العربي الاسلامي
٢٠٤ - ٢٠٠	.....	الفصل السادس : رعاية المعاقين في الاسلام
٢٠٦ - ٢٠٥	.....	الفصل السابع : درس من التجربة
٢٠٧	.....	المراجع



مقدمة

نعتقد انه لا يمكن تاريخيا التحدث وبمنهج علمي عن الرعاية الاجتماعية للمعاقين في التراث العربي الاسلامي بعيدا عن منهج وادراك للمسألة الاجتماعية (التي تشكل الرعاية الاجتماعية قضيتها الاساسية) في الاسلام شريعة وتطبيقاً وتاريخاً .

كما ان فهمنا الواعي لقضية رعاية المعاقين كتشريع وتطبيق بعيدا عن الرعاية الاجتماعية للمستضعفين في الاسلام أمر لا يستقيم .

لذلك فان منهج هذا البحث ينتقل من الاعم الى العام فالأخص .. ثم عودة في نهايته ثانية من الاخص فالأعم في باب الدروس المستفادة .

كما يكون علينا اذا أردنا أن نفهم المسألة الاجتماعية وجوداً في الشريعة وحضوراً في المجتمع الاسلامي أن نميز بين تبلورها في قلب الشريعة في القرآن والسنة وبين تطبيقاتها ومؤسساتها الاجتماعية في الجماعة .

وشيء آخر هو أن الفصل بين المفهومين العربي والاسلامي في فهم مسألة الرعاية الاجتماعية غير ممكن ، على مستوى المؤسسات الاجتماعية التاريخية وعلى مستوى البرامج والانشطة لا من ناحية العقيدة ، ولا من ناحية التشريع ، ولا من الواقعية . لهذا جاءت معالجة الامر في هذا البحث تعتمد على جدلية الفكر والتطبيق وصولاً الى تحليل الاتجاهات والتشريعات ، واستعراض تطورها بعيدا عن أسلوب السرد التاريخي المحض والتسجيل العفوي .

والمسألة الاخرى التي تشكل عقبة أمام هذا البحث هي أن المسألة الاجتماعية والتي من ضمنها الرعاية الاجتماعية (تشريعات وخدمات وبرامج وفئات) لم تنل من المؤرخين قديما ، والى حد ما المحدثين منهم ، الاهتمام الكبير الذي تستحقه ، فالمطبوعات وما تحويه من معلومات تاريخية ، عن هذه المسألة محدودة . من حيث الكم ، والكيف والاصالة ، وعندما نتحدث فانها تمسها سريعا احيانا ، وبطرق غير مباشرة ، من خلال استعراض قضايا اخرى سياسية ، او عسكرية او ادبية ، مما يولد صعوبة في توفر كمية من المعارف وغزارة في المعلومات تساعد على الاستدلال والاستنتاج السليم الواقعي .

ومهما قيل في هذا المجال فإن تاريخ الانسان على الارض اقترن بصور مؤلمة وقائمة لا تشرف الانسان كإنسان ، يكبر المجتمع وتزداد رقعة الاراضى المأهولة ، وتتسع القبيلة ، وتصير شعبا ، والشعب امة ، ويتسع ميدان الرزق والكسب ، فيتسع في ظل كل هذا التمايز بين فئات المجتمع سادة وعبيداً ، مترفين ومحرومين ، أقوياء ومستضعفين .

وتتابع القافلة سيرها بسرعة مخلفة وراءها جماعات لفظتهم الحياة على هامشها ، فكانوا ضحاياها وأيتامها ، فالمقعد والمعتوه والمبتور ، والعاجز ، والشيخ المسن ، واللقيط ، والرقيق والفقير والأرملة ، ومن زلت بهم القدم ، فخلقتهم عربة الحضارة وراءها ، يحاولون اللحاق ثانية ، أولئك هم حقا أيتام الحياة ، الضعفاء في الأرض ، انهم فئات المسألة الاجتماعية في التاريخ قديما وحديثا . وأحوال عيشتهم ورفاههم يجب أن تتخذ مقياساً لقياس التقدم الحضارى في الامة والانسانية جمعاء .

مدخل تمهيدى مفهوم الرعاية الاجتماعية

لا شك ان تحديد المفاهيم أمر في غاية الاهمية للباحث ولطالب العلم وللعاملين الاجتماعيين على السواء ، لأنه يبعد المسألة عن اللغو والخلط ويوحد الفهم في لغة مشتركة واحدة .. ولكنه ايضا امر في غاية الصعوبة ، فلو استعرضنا تاريخ نشأة المسألة الاجتماعية ، لوجدنا : ان لفظة الرعاية الاجتماعية Social Welfare هو اقدم مصطلحات هذه المسألة نشوءا وتبلورا في المجتمع وفي التشريعات ، ولا تزال استعمالاتها قائمة ومتداولة وشائعة رغم ظهور مصطلحات لغوية حديثة في هذا المجال مثل كلمات : الخدمة الاجتماعية Social Work العمل الاجتماعي Social Action والتخطيط الاجتماعى Social Planning والمساواة الاجتماعية Social Equity والسياسة الاجتماعية Social Policy الا ان مدلولاتها ومفاهيمها جميعا تتقارب وتتباعد فيما بينها باختلاف المدارس والمجتمعات .

وتختلف وجهات النظر فيما بينها في مدلول الرعاية الاجتماعية ، وكيف تقاس ويعود هذا الاختلاف ليس فقط الى المفارقات اللغوية والاستعمالات اللفظية المتعددة للمصطلح وانما أيضا الى اختلاف التطبيقات من مجتمع الى آخر ومن وقت الى آخر وفي الامكان التحدث في هذا المجال عن مفهومين إثنين للرعاية الاجتماعية .

أولهما - مفهوم ذي دلالة شاملة - المدلول الواسع الشامل .

ثانيهما - المفهوم التقليدي الضيق .

أولا - المفهوم الواسع للرعاية الاجتماعية :

يمكن فهم هذا المدلول بوعي اذا استعرننا لتوضيحه جهود العلوم الاخرى في تحديد مفاهيم خدماتها .

ففى مجال الصحة مثلا تعرف منظمة الصحة العالمية WHO لفظة الرعاية الصحية في توضيح هذا المفهوم بـ : « الصحة الجيدة : ليست الحالة التى يكون فيها الجسم خاليا من الامراض فقط ، بل تتضمن الوجود الصحي الجيد من النواحي الجسدية والعقلية والنفسية والاجتماعية « Good Health is a State of Complete Physical, Mental and social well-being, and not merely the absence of disease.» وبالاستعارة أستطيع القول بأن الرعاية الاجتماعية بمفهومها الواسع الشامل هى : النشاطات الموصلة الى الوضع الاجتماعي الجيد والذي «هو ليس الحالة التى يكون فيها المجتمع (افراداً ، جماعات) خاليا من الشرور الاجتماعية فقط بل وتتضمن رغد العيش ، من النواحي النفسية والاقتصادية والاجتماعية

والسياسية . هذا المفهوم الواسع للرعاية الاجتماعية ينتهى بمدلول يتضمن ان الرعاية الاجتماعية هي كافة الانشطة والبرامج التي يقصد بها ، اغناء الحياة ورفاهية الشعب مثل : قوانين العمل ، اسكان ، برامج أيتام ، ضمان ، تأهيل ، خدمات اجتماعية .. الخ حتى ان كلمة الرعاية الاجتماعية بهذه المعاني ترادف مدلولات مثل الرفاه الاجتماعي . الحياة الافضل ، دولة الرفاه Welfare State ، وترادف ما يسميه أبو الحسن العامري مجتمع الدولة الميمونة ويحدد له أبو الحسن الماوردى أسساسته : ديناً متبعاً ، وسلطاناً قاهراً ، وعدلاً شاملاً ، وأمناً عاماً ، وخصباً دائماً ، وأملاً فسيحاً .

هذا المدلول يستمد قوته من النظرة الحديثة لمشاكل الانسان وطرق معالجتها . وان الانسان كل متكامل لا يتجزأ ، وأن النظرة العلمية الواقعية هي التي تنظر الى الانسان في ذاته وأسرته وجماعته وامته والانسانية جمعاء على انه ليس بعدا اقتصاديا فقط - ليس بالخبز وحده يحيا الانسان - ولا بعداً سياسياً فقط ، وهو بالتاكيد ليس بعدا اجتماعياً فقط ، لأن اجتماعه مع غيره كما يؤكد عالم الاجتماع الامريكى بيرسون Pearson يتأثر بفعاليات اقتصادية وسياسية وثقافية واجتماعية متعددة ، وأية محاولة لمعالجة قضاياها بعيدا عن هذا المفهوم ستكون محاولة محدودة النتائج ضعيفة التأثير .. كما وأنه وفق هذا المدلول يختفى من قاموس الرعاية الاجتماعية مفاهيم ومصطلحات مثل خط الفقر المطلق ، والفقر النسبي ، والكفاية والمستوى الأدنى للحاجات الاساسية ليحل مكانه مجتمع الدولة الميمونة والمساواة بالمفهوم الاجتماعي وليس بالمفهوم الرقعى الحسابى .

ويتفق مع هذا المفهوم الشامل تعريف هيئة الامم المتحدة وهو أن : « الرعاية الاجتماعية هي حالة من الرفاهية الجسمية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد التخلص من شرور اجتماعية معينة ، ويمكن التمتع بأعلى مستوى ممكن في الحياة كأحد الحقوق الجوهرية لكل انسان ، دون تمييز للجنس او العقيدة ، أو المعتقدات السياسية » .
المفهوم الشامل لكافة قضايا وحاجات الانسانية لا يمكن كما هو واضح ان يبنى على سياسات ومبدأ من مثل :

« مبدأ تقسيم العمل Division of Labour » أو « مبدأ من كل حسب قدرته ولكل حسب عمله » او «مبدأ البقاء للأصلح وصراع الانتخاب » .

ثانيا - المفهوم التقليدي للرعاية الاجتماعية :

هو المفهوم الذى كان سائدا بالقديم وعاش مع المجتمعات البدائية وفي مراحل التطور التاريخية المختلفة حتى مرحلة الرأسمالية والتصنيع ويشير الى مقابلة احتياجات الافراد والجماعات الاقل حظا في المجتمع ، أيتام الحياة الذين تركتهم على هامشها ، الرعاية الاجتماعية بهذا المفهوم تدور حول اعطاء القادر لغير القادر وحل مشاكل الضعفاء قدر الامكان ، وذلك تخفيفاً لآلامهم وجراحهم ومرضهم . فكانت البرامج والمؤسسات التي تقوم على رعاية وحماية الفقراء ، والعبيد ، والارامل ، والايتام ، والمعاقين ، والمرضى ، والاطفال يتزايد عددها وينقص حسب تغير الظروف والاحوال الاجتماعية والاقتصادية والطبيعية . وهذا المفهوم هو الذى تأخذ به كثير من دول العالم في تحديد نوع الخدمات والبرامج التي تتضمنها أو يجب ان تتضمنها

مؤسسات الرعاية الاجتماعية ووزارات الشؤون الاجتماعية .

ولا تعنى لفظة « التقليدي » للرعاية انه الشيء الذى لم يعد يصلح وغير ذي دلالة ، بل أن التقليدي تعنى القدم والاصالة ، فما دام هناك اجتماع انساني وعمران بشري كما يقول ابن خلدون ، فهناك يتيم ، ومعاق ، وأرمل ، وحدث .

هناك مستضعفون اجتماعيا ، واقتصاديا ، وجسديا ونفسيا وعليه يحتاج الضعيف ضعفاً مستمراً الى الحماية ، والضعيف ضعفاً مصطنعاً الى تقوية ورعاية .

وبهذا المعنى يعرف « هوارد رسل » الرعاية الاجتماعية بأنها « تحقيق الامن والحماية وتوفير فرص التكيف الناجح لكل من الفرد والاسرة لاشباع الحاجات التى لا تقوم هيئات اخرى بإشباعها » .

عند مناقشة المرء لهذه التعاريف يجد ان تعريف هيئة الامم المتحدة السابق ذكره ، واسع الدلالة ، يشمل فئات وافراد المجتمع كافة ، هذا ما لاتسعى هذه الورقة الى الاخذ به وبما يتبعه من أفكار تشريع وتطبيقات .

اما تعريف « هوارد رسل » ، وما يشير اليه مدلول الرعاية الاجتماعية التقليدى فهو أقرب الى ما تتبناه هذه الورقة ، غير انه يبقى ناقصا . وكذلك الحال فى التعريفات التى توردها بعض المؤلفات العربية للرعاية الاجتماعية ، مثل كتب سلسلة الخدمة الاجتماعية المعاصرة والتى تنص على ان :

« الرعاية الاجتماعية هى هذا الكل من الجهود والخدمات والبرامج المنظمة - الحكومية والاهلية والدولية - التى تساعد هؤلاء الذين عجزوا عن اشباع حاجاتهم الضرورية للنمو ، والتفاعل الايجابى معاً ، فى نطاق النظم الاجتماعية القائمة ، لتحقيق اقصى تكيف ممكن مع البيئة الاجتماعية »^(١) وعلى المستوى العربى ربما تكون وثيقة استراتيجية العمل الاجتماعى فى الوطن العربى التى اقرتها جامعة الدول العربية فى تشرين الثانى / نوفمبر ١٩٧٩ م قد تضمنت مدلولاً للرعاية الاجتماعية يعبر عن هذا المفهوم التقليدى المحدد وعن مفهوم الباحث للامر . فقد اثبتت وثيقة الاستراتيجية فى صفحة ٤٧ ما يلي :

« لقد اقتصر العمل الاجتماعى منذ ظهوره كعمل منظم على ما عرف بمجالات الرعاية الاجتماعية او الشؤون الاجتماعية » وتستمر الوثيقة فى استعراض اشمل لقضايا العمل الاجتماعى ، فى الاقطار العربية ضمن المجالات الاجمالية التالية :

١ - المساعدات المالية والعينية لمن تشملهم فئات الضمان الاجتماعى .

٢ - رعاية المعاقين جسمانيا وعقلياً واجتماعياً وذلك عن طريق انشاء مؤسسات الرعاية الاجتماعية ، او التربية الخاصة ، او المراكز التأهيلية لمختلف الفئات .

(١) د . احمد كمال احمد وآخرون ، مقدمة الرعاية الاجتماعية ، مكتبة النهضة المصرية ، ط ٢ ، ١٩٧٦ ، ص ٤٢٢

- ٣ - رعاية المسنين والعجزة عن العمل ممن لا عائل لهم .
 - ٤ - المساعدات المالية والعينية ومعونات الاغاثة في حالات الطوارئ والكوارث .
 - ٥ - رعاية الأسر المفككة ودراسة مشكلاتها والعمل على مواجهتها وتدريب الاسر الفقيرة على مهارات انتاجية تمكنها من العيش الكريم .
 - ٦ - اصدار التشريعات لحماية الاسرة وتنظيم العلاقات بين أفرادها .
 - ٧ - مراقبة الاحداث المنحرفين وتدريبهم مهنيا .
 - ٨ - رعاية السجناء وتدريبهم وتكليفهم .
 - ٩ - انشاء المراكز الاجتماعية في الريف والحضر والبادية .
 - ١٠ - تشجيع الصناعات اليدوية .
 - ١١ - انشاء الاندية والمراكز الرياضية .
 - ١٢ - فتح مراكز تدريبية في المهارات المنزلية ورعاية الطفولة والفتيات والامهات .
 - ١٣ - تأسيس الجمعيات التعاونية والخيرية .
 - ١٤ - انشاء مؤسسات اجتماعية لمختلف الفئات المحرومة من الرعاية الاسرية .
 - ١٥ - الاهتمام بالصناعات التقليدية والريفية التي تعتمد على الخامات المحلية .
- ثالثا - تعريف الباحث للرعاية الاجتماعية :**

« هي مجموعة الخدمات والبرامج المنتظمة التي تساعد الضعفاء . افرادا وجماعات على اشباع حاجاتهم الاساسية ، وتأمين الكفاية لهم وذلك عندما تعجز المؤسسات الاساسيات عن تأدية دورهما . وأعنى بهما : « مؤسسة الاسرة ، ومؤسسة سوق العمل » .

لايضاح هذا التعريف يمكن القول :

إن الخدمات والبرامج التي يحصل عليها الفرد تأتي اما :

١ - عن طريق الاسرة : مباشرة (مؤسسة الاسرة) أو بطريقة غير مباشرة بقيام الاسرة بشراء الخدمة من مؤسسة اجتماعية طبيعية أخرى هي سوق العمل بالمقابل (المال او الجهد أو الفكر) .

ب - اما عن طريق افراد ومؤسسات اجتماعية خلاف هذا : كالجيران والقبيلة والمجتمع المحلي ، ومؤسسة الدولة ، والهيئات الخيرية التطوعية والدولية ، وهي فقط التي نسميها ببرامج وخدمات الرعاية الاجتماعية ، اما تلك التي تقدمها الاسرة مباشرة أو بأسلوب غير مباشر عن طريق الشراء من السوق . فهي ليست برامج أو خدمات اجتماعية . انما هي دور الاسرة الطبيعي وضمن مسؤولياتها ، وهذا المفهوم الذي ربما لا يختلف كثيرا عن المفهوم التقليدي للرعاية هو الذي التزمنا به في هذا البحث .

من نظرة في اعماق العلاقات الاجتماعية في المجتمعات البدائية وما تطور عنها تجد ان تأمين حاجات الفرد ، وتحقيق أمنه واشباع مستلزماته صغيرا وشابا وكهلا تلتزم بها الاسرة (بما فيها الاسرة الممتدة) فتعليم الطفل وتدريبه على الرماية وركوب الخيل وتعلم صنعة يتم ضمن الاسرة ، ومن قبلها ، حيث لا مدرسة ، ولا معهد تدريبي ، بل الاسرة هي المعلم ، وهي الاخصائى وهي المدرب .. وهذا أمر طبيعى ووضع سليم ان تكون الاسرة التى هي نواة المجتمع مسؤولة عن ذلك ، « كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته . فالرجل في بيت أهله راع ، وهو مسؤول عن رعيته ، والمرأة في بيت زوجها راعية وهي مسؤولة عن رعيتها ..» وما تقوم به هذه المؤسسة من خدمة ورعاية وانفاق على ابنائها ، وافرادها المعاقين ، والاطفال وسواهم ، لا يندرج ضمن مفهوم الرعاية الاجتماعية وبرامجها الوارد في هذا البحث .

ولكن .. ماذا ، اذا اصيبت مؤسسة الاسرة بخلل أو عجز مؤقت أو دائم ، ولم تعد قادرة على تأدية دورها هذا ..؟ ما الذي يحدث ؟

الجواب :

حدث في الماضي ولايزال يحدث ، ان الاسرة هذه التى اصابها قصور او خلل في تأديتها لجانب من جوانب مهامها ، تستمر في الحرص على دورها فتؤديه بطريقة غير مباشرة ، عن طريق استخدام مؤسسة اجتماعية اخرى هي السوق ، حيث تقوم الاسرة ، بشراء الخدمة والحاجة من سوق العمل مقابل الثمن ان وجدت . وأمثلة ذلك كثيرة :

نساء قریش في مكة كن يستأجرن مرضعات لابنائهن عندما لا تقوم الاسرة (وهي هنا بالدرجة الاولى الام) بهذا الدور الطبيعى لها ، سواء اكان سبب توقف الاسرة عن الالتزام هذا اقتصادياً أم اجتماعياً أم سواهما .. ولكن هنا ... ما الذى يحدث عندما تصاب كلا المؤسستين « الاسرة وسوق العمل» بنقص أو خلل سواء تأتى هذا عن عدم تمكن الاسرة من شراء الخدمة او الحاجة من السوق . او عدم توفرها في السوق أصلا ..؟ اى عندما لا تتمكن الاسرة من اجراء المقايضة على الخدمة والحاجة المطلوبة ، لعدم توفر الامكانيات لدى الاسرة (فقيرة ، عاجزة) او لعدم تواجد المطلوب في السوق : مثل عدم توفر مؤسسات تجارية لتعليم الابناء المكفوفين او لتقديم العلاج الطبى .. أولقسوة سوق العمل في حالة الرقيق ..

والجواب :

هنا ايضا .. ان البديل للمؤسستين الاجتماعيتين هاتين يجب أن يكون المؤسسة الثالثة وهي : الاهالي ، الحكومة ، هيئات دولية (الجيرة ، المجتمع المحلي ، القبيلة) ، حتى وصلت البشرية الى درجة دقيقة ومتطورة من التنظيم في شكل الحكومة والهيئات الدولية بالمعنى الحديث لهما .

ومن هنا فإن مفهوم الرعاية الاجتماعية الذى يلتزم به التعريف هو الجهودات والبرامج والخدمات التى تباشرها المؤسسة الاجتماعية الثالثة للضعفاء وایتام الحياة ممن يعانون من خلل وعدم التمكن من تأدية أدوارهم .

هذا التعريف الذى نقدمه لأول مرة لا يساعد فقط على تبيان الحدود الفاصلة بين ما يسمى ببرامج رعاية اجتماعية وسواها من البرامج الأخرى المثيلة لها ، ولا ينهي فقط اختلاف المواقف والاجتهادات وضبابية التفكير بل انه ايضا يتضمن انواع الاستراتيجية الملائمة والتي يجب ان تحكم سياسات العمل واجراءات التنفيذ ويمكننا استعراضها باختصار كالتالي :

الاستراتيجية الأولى :

أن مؤسسة الأسرة تأتى في المرتبة الأولى من حيث الأهمية والفعالية بالنسبة إلى الرعاية الاجتماعية على باقي المؤسسات .

الاستراتيجية الثانية :

حرية الأسرة في قضاياها ضمن النظام الاجتماعي وتوفير المال لها مبدأ يجب الالتزام به . وان رعاية أسوأ أسرة أفضل من رعاية أفضل مؤسسة اجتماعية سواها .

الاستراتيجية الثالثة :

بذل كل الجهود لتقوية الأسرة لتؤدى دورها المطلوب منها وابعادها عن أى خلل أو قصور دائم أو مؤقت عن طريق اقامة البرامج والخدمات الوقائية والتنموية .

الاستراتيجية الرابعة :

في حالة وجود خلل أو عجز مؤقت يجب الانزكان الى قيام المؤسسة الثانية (سوق العمل) .. أو الثالثة (الدولة) بالمهام وتتوقف عن دعم الأسرة ، بل يجب ان يصرف الجهد ايضا الى مساعدة الأسرة على التغلب على عجزها المؤقت هذا ، واستعادتها لفعاليات دورها الطبيعي فوراً .. وما الأسرة البديلة لتربية الطفل ، ولا المؤسسة الاجتماعية الاصلاحية لرعاية الجانح ، الاجراءات مؤقتة ، يجب ان يعاد المرء الى اسرته بعد زوال ظروفها غير الملائمة .

الاستراتيجية الخامسة :

ان الدولة بتنظيماتها المختلفة كمؤسسة اجتماعية تقع عليها مسؤولية تأمين الاحتياجات والرعاية في حالة العجز المستمر للأسرة (عجز دائم) فلا بد من مؤسسات اجتماعية ايوائية ووقائية وبرامج حماية قائمة ، فالقرآن الكريم يطالب المجتمع المسلم في حالة المستضعفين سياسياً (عجز دائم) بالقتال لتحريرهم من الضغط والارهاب ، والتاريخ الاسلامي حوى حوادث كثيرة فيه تم تحرير وعتق الارقاب بأموال من بيت مال المسلمين .

ولكن هل كان تدخل الدولة (المؤسسة الثالثة) في قضايا الرعاية الاجتماعية بمفهومها التقليدي المحدد فعلاً ومحققاً لامل الفقراء والضعفاء ؟ الرد الاسلامى سيرد تفاصيله فيما بعد .. اما أحد الردود الأخرى فقد تم اخذه من النظام الرأسمالى الغربى ، وبالذات من مبادئ وأفكار مذهب الحرية الاقتصادية .

اذ يقول ادموند بيرك :

« ينبغي علينا أن نرفض بشده الفكرة التى تطالب الحكومة أو حتى الاغنياء بأن يقدموا للفقراء الضروريات التى شاعت القدرة الالهية ان تحرمهم منها بعض الوقت اذ ينبغي علينا ان ندرك انه ليس بإمكاننا تخفيف المصاب أو تمديده بمخالفتنا القوانين الالهية » .

وبنفس هذا الصوت القاسى ، يقول باتريك فى القرن التاسع عشر الميلادى :

« الفقر هو اكثر العناصر الضرورية التى لا يمكن الاستغناء عنها فى المجتمع ، وبدونه لن تستطيع الامم والجماعات أن تحتفظ بحضارتها » .

ويقول آرثر يونج :

« أن كل شخص سوى المعتوه يعرف انه يجب أن تظل الطبقات الدنيا فقيرة » .

ويقول مالتس :

« وان ليس لشخص ما حق فى ان يعيش اذا لم يستطع عمله ان يشتري له ذلك » .

ونحن نقول اى رعاية اجتماعية تكون مع هذا المفهوم واى عطاء يبنى على هذه الفلسفة ، على هذه الجاهلية المطبقة .

الفصل الاول

نشأة الرعاية الاجتماعية وتطورها في العصور التاريخية القديمة

المجهودات الموجهة للرعاية الاجتماعية قديمة قدم المجتمع البشرى نفسه ، وكان يؤديها المجتمع ممثلاً بهيئاته المختلفة ، على مر العصور ومراحل التاريخ : كالعشيرة والقبيلة والجيرة ، وأهل الحي ، الى ان ظهرت وتبلورت التنظيمات الحديثة في أطر وأشكال على رأسها ما يسمى اليوم بالحكومات والدول ، وقد كانت هذه الجهود عبارة عن محاولات متعددة ، واجتهادات تنطلق من منطلق الشفقة والاحسان ، ومن منطلق قبلي وعطف القادر على غير القادر ، أكثر من كونها حقاً للمحتاج غير القادر وواجباً على القادر ، فلم يكن يدعمها تشريع منظم مستقر ولا ارادة سياسية ولا منهج علمي .

اذ ان التفكير العلمي لمواجهة المشاكل الاجتماعية جاء متأخراً في مراحل التاريخ ، وقد رأينا قبل ان نتحدث عن خدمات الرعاية الاجتماعية في التراث الاسلامى والعربى ان نذكر وبشيء من الاختصار ، بعض المحاولات والاجتهادات التي عرفتها عصور التاريخ القديمة ومجتمعاته عن هذه الخدمات ، وفي اماكن معينة من العالم . هي : مصر القديمة ، والاعريق ثم الرومان ، والعرب قبيل الاسلام ، ولم يكن القصد من ذلك على كل حال تفضيل حضارة على اخرى في هذا المقام .

أولاً - الرعاية الاجتماعية في مصر القديمة :

العقيدة الدينية متأصلة في قلوب المصريين ، ومجتمع وادى النيل منذ أقدم العصور ، فنهر النيل ، ومن صنع النيل وسيره ، وفيضانه الثابت أخذ كثيراً من تفكير المصرى العامي وغير العامي وفي عبادتهم وكهنتهم ، فقد اهتدى كهنتهم ، الى انه توجد حياة أخرى غير هذه يحاسب فيها المرء على اعمال هذه الحياة بعد ان تعود الارواح الى الاجساد ، وامام من ؟ امام الاله العظيم ، حاكم الاحياء والاموات « اوزيريس » .

كما كان لفرعون مصر ، الاله الاوحد ، السلطان الاعظم في طول البلاد وعرضها ، يملك الحرث والنسل بلا منازع . وهنا يستطيع المرء ان يدرك انه اذا كان فرعون هذا بشراً يذب على الأرض . ومع هذا فهو الاله الاوحد والرب الأعلى ، فالنتيجة المنطقية ان السواد الاعظم من الشعب عبيد ، يعيش في حالة بؤس وفقر .

« ان ارض مصر كانت على الاقل من الناحية العرفية ملك بطليموس الثانى ، كما كانت ملك كل

فرعون في العهود القديمة ، وكانت تجارة الرقيق مورد دخل كبير للملوك « (٣) .

وقد ذكر لنا « هردوت » أن :

« بناء هرم خوفو استلزم جيوشا من عمال المحاجر لصنع الاحجار فكان يشتغل فيه (١٠٠,٠٠٠) مائة الف عامل يعملون بالتناوب كل ثلاثة اشهر ، وان هذا البناء الضخم قام على اساس الاستبداد الفرعوني للناس لاقامة مدافن لهم « (٣) .

لم تكن الديانات الفرعونية تكتفى في انها لا تسعى لعون المستضعف وصاحب الحاجة ، بل ساهمت في تأكيد واستمرار استغلال جماعات الفلاحين الكادحة والعمال بواسطة الحكام ورجال الدين ، فكان انتاج الارض يجمع ويودع ويخزن في صوامع ومخازن الفراعنة ، ولم يكن الفلاح المسكين ، الذي عمل كل هذا بقادر على ان يحصل في النهاية على ما يقيم الابد ، و فقط ما يمكنه من الاستمرار في العمل من اجل غيره ، ان « زينون » امر بسجن زوجة صاحب حمام لأن الزوج خالف الجند .

كفكيف لمؤسسة الاسرة ان تستمر ، دون خلل أو عطب ؟ وأين هي مؤسسات المجتمع والدولة البديلة عن الاسرة وسوق العمل ؟

ورغم هذا فقد كانت هناك حالات فردية ومبادرات شخصية لبعض الفراعنة والمسؤولين الا انه لا يقاس عليها ولا يكتب لها الاستمرار في كثير من الحالات .

فهذا « امنحات الأول » ينصح ابنه فيقول :

« لقد اعطيت الخبز للجائع ، وسمحت لمن لا يستطيع عبور النيل ان يستعمل قاربي ، وكنت ابا لليتيم ، وزوجا للأرملة ، ووافيا لمن يعاني الفقر « (٤) .

تقول لوحات « رمسيس الثاني » مخاطبا عماله :

« لقد عملت كل هذا من أجلكم حتى تشعروا بالراحة والطمأنينة وانتم تعملون من أجلي بقلب واحد » .

فهل نستطيع ان نستنتج من هذه الأقوال بأنه كان هناك نوع من الرعاية الاجتماعية الحكومية او المجتمعية ، كما يقول البعض ؟ ..

ان ما قدمه « رمسيس الثاني » من فوائد وعون للعمال الذين شيدوا معبده الضخم بأبي سنبل ليس برنامجا أو خدمة للرعاية الاجتماعية حكومياً أو أهلياً ، وانما هو جزء من اجرهم ، وحق لهم بالمفهوم الاخلاقي والقيمي .

(٢) د . سليم حسن ، مصر القديمة ، المجلد رقم « ١٤ » ، مطابع دار الكتاب بمصر .

(٣) المصدر السابق .

(٤) د . احمد كمال احمد وآخرون ، مصدر سابق ، ص ٤٦ .

اما عن مجهودات الرعاية الاجتماعية التي كان يقدمها افراد الشعب لابنائهم فقد كان الاهالي يؤدونها بواجب الصدقة استجابة للزعماء الخيرة او ارضاء للقوى المقدسة عندهم ، فيقدمون احيانا وبصورة غير منتظمة القرابين في الاعياد والمواسم ، وكان الاغنياء يوزعون جزءاً من غلالهم على الفقراء والمساكين والارامل والعجزة ، فقد كان الافراد احيانا يحتنون بعضهم على مبادرات فردية ووقتية في هذا المجال خوفاً من غضب الالهة .

في إحدى مقابر مصر نص يقول :

« ان قلبي فرح يا آمون يا ناصر الفقير .. وانك والد من لا أم له . وزوج الارامل .. » .

« يا سيدي .. انا لم أت شرا .. انا لم اضطهد افراد اسرتي ، انا لم اسيء معاملة الخدم ، انا لم اختلس من مضطهد متاعه .. انا لم ادع شخصا يجوع .. فقد اعطيت الخبز للجائع .. والماء للعطشان .. والكساء للعاري » (٥) .

ثانيا - الرعاية الاجتماعية في الحضارة الاغريقية :

مع الاغريق نكون قد انتقلنا عدة قرون من مصر الفرعونية الى اليونان الاغريقية .. ورغم هذا الزمن الطويل فليس امر الرعاية الاجتماعية في الحضارة الاغريقية يختلف بشيء جديد عنها في مصر القديمة . فالتركيبة الاجتماعية الفرعونية نجدها ذاتها في الشعب اللاتيني ، ولكن بمغالاة أخف .. فهنا نحن امام طبقات اجتماعية ، اعلاها طبقة النبلاء (يقابلها الالهة في الفرعونية) ثم طبقة الفلاحين والعمال . النبلاء هم الحكام ووفق اهوائهم يحكمون بأحكام يتناقلونها شفاهة وفي صالح طبقتهم دونما تصدر الاحكام ، فلا حماية للضعيف والفقير .. وكان الأمر في حالة من السوء لا تطاق لدرجة انه اذا عجز المدين عن تسديد ما عليه من ديون ، يصبح في الواقع عبدا مملوكا للدائن ، يبيعه وحتى يبيع نساءه ، واطفاله لسداد الدين بالكامل . وقد نص تشريع (لوكورجوس) على انه يتعين على الشيوخ اذا كان احد الاطفال المولودين ضعيف البدن معاقاً فيجب ان يتم تعريضه للبرد والجوع حتى الموت .

ثالثا - الرعاية الاجتماعية عند الرومان :

الطبقية والثنائية نجدها مسيطرة هنا ايضا ، في المجتمع الروماني جماعة الاشراف يسكنون الجبال وفوق التلال ، وجماعة العامة وهم اتباع ملحقون بالاشراف ، لا حقوق لهم ولاكيان ، فهناك تفرقة كاملة في الحياة الاجتماعية والزواج والوظيفة والملكية والاسواق .

وقد ظهرت بسبب ضغط العبيد وثورتهم بعض الاتجاهات الانسانية في هذا العصر المتأخر ، فكان الاثرياء يوزعون القمح على الشعب المتضور جوعا . وكانت الدولة الرومانية بين الحين والآخر توزع المساعدات على الفقراء والمعوزين وتساعد الاسر المنكوبة .

ورغم انه كان للامبراطورية الرومانية قوانينها المشهورة والتي لا تزال ينبوعا للقوانين الاوروبية الحديثة ، الا ان تركيبة المجتمع وقوانين الدولة كانت تحرص على وجود الطبقة والتفاوت الطبقي ، وكان الاسترقاق في اسوأ حالاته عاما شاملا منتشرا مقررأ .

(٥) المصدر السابق .

الخلاصة :

بعد هذا الاستعراض السريع لثلاث حضارات من امهات حضارات العالم القديم . وضع بأنه لم يكن هناك في هذه الحضارات ما يمكن ان يوصف بأنه برنامج رسمي أو اهلي للرعاية الاجتماعية طبقاً لما يعنيه مفهوم الرعاية الاجتماعية في هذا البحث . وان ما كان في هذه الحضارات من مواقف انسانية وافعال خير لم تكن الا مبادرات فردية واجراءات وقتية ليست في معظمها ضمن المسؤولية الرسمية رغم اكتمال الانظمة والتشريعات في كثير من المجالات عند بعض هذه الحضارات ، واذن فالخدمات والمساعدات كانت تقدم بصورة فردية وهى في أفضل حالاتها واشكالها مجرد طلاء على صدوع ، وترميم ينال البعض ويحرم منه الكثيرون .

الفصل الثاني

الرعاية الاجتماعية في المجتمع العربي قبيل الاسلام

كانت منطقة الجزيرة العربية قبل ظهور الاسلام تضم قبائل متناثرة متناحرة من بدورحل يتنقلون طلبا للماء والكلأ ، ولا يعرفون الاستقرار في مكان ولا الانتماء الى أرض ، ولا الارتباط بجماعة ، باستثناء مجتمع اليمن ومكة ، اللذين كانا يمثلان شبه دولتين : شمالية وجنوبية . كما كانت طبيعة الحياة وقساوتها لا ترحم فقيرا ولا معاقا في مجتمع القبائل العربية المتنقلة هذه ، اذ كثيرا ما تترك القبيلة معاقها ، أو مريضها خلفها في المنازل ، فلا تنقله في ترحالها لأنه لا أحد (الاسرة أو القبيلة) يقدر على تقديم الرعاية .

اما مجتمع مكة الجاهلي ، فقد كان يعيش في عقول أهلها ويسيطر على حياتهم اليومية ، فكرة الطبقات الاجتماعية ، ومفهوم السادة والعبيد ، وامتهان تجارة الرقيق والاماء . كانت العادة لديهم « ان ما يتركه الرجل بعد وفاته خاص بالكبار من أولاده .. اما الاولاد الصغار والجواري والبنات فلم يكن يدفع لهم شيء مما يترك الميت» (٦) .

هذه الصورة هي ذاتها في حضارة مصر القديمة فقد ورد عقد زواج في عهد بطليموس ينص :

« وابنت الاكبر هو ابني البكر من بين الاطفال الذين ستضعينهم لي ، وسيكون مالكا لجميع ما أملكه وما سأملكه» (٧) .

كما وأن وأد البنات كان عادة منتشرة بينهم ، فمنهم من يئد الفتاة الوليد من الغيرة ، ومخافة لحوق العار ، ومنهم من كان يئد البنات المعاقات والمشوهات الخلقة ، ومنهم من كان يقتلن خشية اطلاق وانفاق ، ومنهم من كان يقطع على نفسه نذرا لئن بلغ بنوه عشرة ، ان ينحر واحدا منهم .

اما المرأة المستضعف الثاني بعد البنات ، فلم يكن حالها الا كحال العبيد .. وروى ان تعدد الأزواج ، والاشترار بزوجة واحدة كان منتشرا ، فيجتمع الرهط ما دون العشرة يشتركون بزوجة واحدة ، يدخلون عليها ، يصيبها كل واحد منهم ، وكان في هذه الحالة الولد يتبع امه ، بل

(٦) عمر رضا كحالة ، دراسات اجتماعية في العصور الاسلامية ، مطبعة دمشق ١٩٧٢ ، ص ٦٤ .

(٧) د . سليم حسن . مصدر سابق - مجلد «٦» .

ان بعض الجاهليين كانوا يكسبون بفروج امائهم ، وكان المعاق والكفيف موضع سخرية القوم وتندر مجالسهم .

وقد حدّث «سترابون» اليوناني بهذا الصدد فقال :
«الاملاك عندهم مشتركة ، اي تخص جميع اعضاء العائلة التي يرأسها شيخ ، وهو اكبرهم سنا ، ولهم جميعا امرأة مشتركة واحدة ، يختلفون اليها ، فمن جاء منهم قبلا ، دخل عليها وترك في باب الخلا عصاه يشير بذلك الى اختلاؤه بها ، لكنها في الليل لا تجامع الا اكبرهم سنا»^(٨) .
والرعاية الاجتماعية في هذا المجتمع لم تكن تتجاوز مواقف فردية مؤقتة مبنية على اعراف وعادات في الرجولة والحلم والعفو عند المقدرة واغاثة الملهوف ونصرة الجار مصدرها الجيرة أو العصبية أو الشهرة .

(٨) عمر رضا كخالة ، مصدر سابق .

الفصل الثالث

الرعاية الاجتماعية في التراث العربي الاسلامي

اولا - طبيعة المسألة الاجتماعية في الاسلام :

لا ندرك طبيعة المسألة الاجتماعية (الرعاية الاجتماعية جزء اساسي منها) في الاسلام حتى ندرك التصور الكلي للاسلام عن قضايا الوجود الأربع : الالهية ، والكون ، والحياة ، والانسان .

فالاسلام في تنظيمه للحياة البشرية على الأرض لم يعالج ويبحث في قضاياها المختلفة اعتبارا ، ولم يتناولها أجزاء متفرقة متعارضة بل ان للاسلام تصورا متكاملأ عن هذه القضايا الأربع ، عن الالهية والكون والحياة والانسان ، وترد إليها ، والى هذا التصور الشمولى كافة الاجزاء والتفصيلات ، فلا يعالج كل مشكلة على انفراد وعزلة عن غيرها .

وفهمنا لاصول وقواعد هذا التصور يسهل رد الجزئيات الى الكليات التى لا ولن تعمل عملا خيرا مثمرا الا وهي تعمل متكاملة الاجزاء والاتجاهات ، انه المنهج التكاملى مطلب وبغية هذا العصر فى كل العلوم الانسانية والتطبيقات المتفرعة عنها .

وبهذا فان الاسلام لا يبحث فى أمور الحكم وسياسة المال ورعاية المستضعفين وتشريعات الحياة وعلاقات الافراد ، قبل ان يبين التصور الشامل عن الالهية والكون والحياة والانسان لأنها هى الاصل وتلك فروع تصدر عن التصور هذا .

وقد حدد الاسلام طبيعة العلاقة بين الخالق والخلق (الكون والحياة والانسان) فى قول الله تعالى ﴿ تبارك الذى بيده الملك وهو على كل شيء قدير ، الذى خلق الموت والحياة ليبلوكم ايكم احسن عملا وهو العزيز الغفور ﴾^(٩) هذا الكون الصادر عن ارادة الخالق جاء وحدة متكاملة متناسقة الاجزاء متناسقة الخلقة والنظام والاتجاه لذلك كان مهيبا ومناخا صالحا لوجود الحياة بصفة عامة ، ولوجود الانسان ارفع درجات الحياة بصفة خاصة ، فالانسان ليس عدوا للحياة ولا الكون يصارع الحياة ، وليست الطبيعة بخضم للانسان فالله ﴿ هو الذى جعل لكم الارض ذلولا ، فامشوا فى مناكبها وكلوا من رزقه واليه النشور ﴾^(١٠) ﴿ هو الذى خلق لكم ما فى الارض جميعا ثم استوى الى السماء ﴾^(١١) والفرد الانسان يكون فى ذاته وحدة (بالاضافة الى وحدته

(٩) سورة الملك ، الايتان (٢٠١)

(١٠) سورة الملك ، الآية (١٥) .

(١١) سورة البقرة ، الآية (٢٩) .

الدائمة مع الحياة والكون والخالق) وسلام لا يعقد على حساب الجسد ولا على حساب الروح بل يطلق لكل منهما نشاطه ضمن تعاليم الخالق ، فيتوحد النشاطان ويتجهان الى الخير والصلاح الذى يريده رب العباد على هذه الارض وفي السماء .

والاسلام ايضا دين التوحيد بين العبادة والمعاملة ، والروحانيات والماديات ، الارض والسماء ، الدنيا والآخرة ، العقيدة والشريعة ، الجسد والروح ، القيم الاقتصادية والقيم المعنوية .

وعن هذه الوحدة الكبرى والتكامل تصدر التشريعات والعقوبات والتوجيهات ، والمحرمات والمباح ، والحقوق والواجبات ، وسياسة المال وسياسة الحكم .. الخ .

ومن هنا فالمسألة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية في الاسلام تشريعا وتطبيقا ، هى جزء من نظام متكامل A Subsystem Within a System وقضية لا تدرك ولا تكتمل الا عند وضعها في موقعها الصحيح ضمن الاطار العام والتصور الكلى ، وبهذا يمكننا ان نوجز بعض الأسس الاسلامية للمسألة الاجتماعية عامة والرعاية الاجتماعية خاصة كالتالى :

١ - النظرة التكاملية : فالاسلام عقيدة وشريعة وتطبيقا كل لا يتجزأ فلا تفصل السياسة المالية عن العبادات ، وان ما يحصل لجزء ما من اجزاء هذا المنهج يؤثر في باقى الاجزاء ، ففي كل خدمة اجتماعية وكل عمل من اعمال الخير عبادة . « الساعى على الارملة والمسكين كالمجاهد في سبيل الله أو القائم الليل » .

٢ - الاسلام يبنى المسألة الاجتماعية على عدالة انسانية شاملة لكل جوانب الحياة وليس مجرد عدالة رقمية ، يتناول جميع مظاهر الحياة ونشاطاتها الاجتماعية والسلوكية والسياسية والروحية ، فلا ينظر الى الانسان من خلال حاجاته المادية وحدها ، ولا من خلال حاجاته المعنوية ، بل النظر الى تعادل جميع القيم الروحية وغير الروحية ، وانه لا يمكن الفصل بين هذه القيم .

٣ - الغائية في كل شئ : ان كل موجود في هذا الكون له غاية تتوحد مع التصور الكلى ، وانه لا موجود بلا هدف وغائية ، وان كان لا يدركه الانسان ولا يدرك الابعاد الغائية له ، فلا يسكن متحركا ولا يتحرك ساكنا الا وفق هذه الغائية وهذا رد جميل على من كانوا يثدنون البنات ويقتلون المعاقين لعدم الفائدة والجدوى من وجودهم ، وما يدرهم لعله يزكى او يذكّر فتنفعه الذكرى .

٤ - ويتم احكام كل هذه الامور ، وهذه العلاقات بتشريع وتوجيه واضحين مؤكدين مقررين ، بعيدا عن الاهواء الشخصية والرغبات الذاتية الفردية ، تفصيل للحق والواجب والأهلية .

٥ - مبدأ تكافؤ الفرص ومبدأ العدل بين الجميع ، وترك الباب مفتوحا للتفاصيل بالجهد والعمل ، ولم يجعل عجز المرء عن توفير المدخول الاقتصادى أو قدرته على العمل هى القيم الاصلية في المجتمع ومحور فضائله ﴿ إن أكرمكم عند الله اتقاكم ﴾ ﴿ إنما أموالكم وأولادكم عدولكم ﴾ ويكره الاسلام الفوارق بين الافراد والجماعات ، بحيث لا تعيش

جماعة حد الكفاية او دونه ، وأخرى في مستوى الترف والتبذير ، يقول رسول الله صل الله عليه وسلم « ايما أهل عرضة اصبح فيهم امرؤ جائعا ، فقد برئت منهم ذمة الله » « لا يؤمن احدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه » .

٦ - الاسلام يطالب المرء ألا يترك حقه على الارض وينتظره في ملكوت السماء بل ينذر الذين يتنازلون عن حقوقهم الشرعية ، الاقتصادية منها والاجتماعية والسياسية ، تحت اى ضغط ، بسوء العاقبة في الآخرة ويسميهم ظالمى انفسهم ، قال الله تعالى :

﴿ ان الذين توفاهم الملائكة ظالمى انفسهم ، قالوا فيم كنتم ، قالوا كنا مستضعفين في الارض ، قالوا ألم تكن ارض الله واسعة فتهاجروا فيها ﴾^(١٢) بل يدعوهم للجهاد والدفاع « ومن قتل دون مظلمته فهو شهيد »* ويطالب الاسلام المجتمع الاسلامى وجماعة المسلمين بالقتال لتحرير المستضعفين سياسيا (ومنهم الرقيق) من الضغط والارهاب ، ودعمهم والوقوف في صفوفهم لنيل حقههم ، حق الحياة في هذا الكون ، واكبر الجهاد « كلمة حق عند امام جائر » .

٧ - الرعاية الاجتماعية في الاسلام حق يؤخذ لا فضل ولا منة من أحد ﴿ وفي اموالهم حق معلوم للسائل والمحروم ﴾ وان « السلطان ولي من لا ولي له » واكثر من هذا ان الاسلام يحتم الكفاية لكل فرد كحد أدنى واحيانا فوق الكفاية ، فيرفض الاسلام رفضا قاطعا ان يكون هناك فرد يعيش دون « خط الفقر » كما يطلقون اللفظة حسب التعبير في هذه الايام ، وحد الكفاية في الاسلام ان لا يملك المرء نصاب الزكاة .

وان هذا الحق لا ينسحب على افراد المجتمع المسلمين منهم فقط (كما تعمل الدول اليوم باقتصار الانتفاع من الضمان الاجتماعى وبرامج الرعاية الاخرى على من يحمل جنسية البلد) وانما هو ايضا لأهل الذمة سواء بسواء .

٨ - يرفض الاسلام الاستجداء والتسول ويضع له علاجا بتأمين الكفاية عن طريق التشريع (الزكاة .. الخ) او عن طريق العمل « لا يسألون الناس إلحافا » ثم يقول النبى صل الله عليه وسلم « لئن يأخذ احدكم حَبْلَةً فَيَأْتِي بِحِزْمَةِ حَطَبٍ عَلَى ظَهْرِهِ ، فَيَبِيعُهَا ، فَيَكْفِ اللَّهُ بِهَا وَجْهَهُ خَيْرٌ مِنْ أَنْ يَسْأَلَ النَّاسَ أَعْطَوْهُ أَوْ مَنَعُوهُ » .

٩ - يحمي الاسلام المؤسسة الاجتماعية الأولى وهى الأسرة ، فيفصل بحرص وحكمة قضاياها ، قبل التكوين . واثناء التكوين وبعده . فهو يحميها مما يفسد عليها حالها لمكانتها وقيمتها في المجتمع . ويحدد حقوق افرادها وواجباتهم حتى لا يدب الخلاف ﴿ واعبدوا الله ولا تشركوا! به شيئا وبالوالدين احسانا ﴾^(١٣) ﴿ واتقوا الله الذى تساءلون به والارحام ﴾^(١٤) وفي الصدقات الاقرباء اولى بالمعروف ، وعن انس قال : قال

(١٢) سورة النساء ، الآية (٩٧) .

(*) رواه النسائى .

(١٣) سورة النساء ، الآية (٣٦) .

(١٤) سورة النساء ، الآية (١) .

رسول الله صلى الله عليه وسلم : «يا بُنَيَّ اذا دخلت على اهلك فسلم ، تكن بركة عليك وعلى اهلك» * لان الاسلام يريد للحياة الأسرية ان تكون حياة ملؤها السلام والحب والتعاون والاحترام لى تؤدي دورها وواجبها ومسؤولياتها على الوجه الاكمل .

١٠ - العمل الاجتماعي عمل سياسي رسمي من الطراز الأول لأنه يحقق التوازن الاجتماعي والمودة والرحمة بين الامة ، وقد تحدث عنه القرآن بالدرجة والأهمية التي يتحدث فيها عن سياسة الحكم وعن قضايا الالوهية وسياسة المال والحياة والكون والانسان ، فهو جزء من هذا الكل .

وقد حدد الاسلام طبيعة الرعاية الاجتماعية ونظمها وكيفيتها وأسسها وطريقة أدواتها ومكافأة القائمين عليها ، وسن التشريعات الاجتماعية التي تنظم العلاقات في الزواج وحضانة الاطفال ورعاية المعاقين وفي الطلاق واليتم والارث والوقف وفي حماية الضعفاء فوحد بين العبادة والاحسان الى المحتاج وكفاية اليتيم والفقير .

ثانيا - اركان الرعاية الاجتماعية في الاسلام :

ان الأسس والاركان العامة التي يقيم الاسلام عليها مسألة الرعاية الاجتماعية بفتاتها المختلفة من الضعفاء وغيرهم هي جزء من التصور الكلي والمنهج الشامل لنظام الالوهية والكون والحياة والانسان ، فلا حساب للفرد وحده في ذاته فقط ، معاقا كان أم يتيما ، أو حسابه في جماعة فقط ، كالمستضعفين اجتماعيا أو سياسيا ، أو حساب الجماعة وحدها في أمة ، أو حتى حساب الامة وحدها في جيل ، فقضاياها جميعا لاتفهم حق الفهم اذا اخذت كجزئيات متفرقة .

وعليه فأركان الرعاية الاجتماعية هي جزء من كل . والاسس التالية هي ما يحقق توفر خدماتها

- ١ - حرية الانسان وتحرره الوجداني .
- ٢ - العدل والمساواة الانسانية .
- ٣ - الاحسان .
- ٤ - التكافل الاجتماعي .

١ - حرية الانسان وتحرره الوجداني :

لن تتحقق عدالة اجتماعية او اهتمام بالرعاية الاجتماعية ، يضمن لها التنفيذ والبقاء مالم تستند الى شعور وجداني نفسي من قبل الفرد والجماعة باستحقاق الفرد لها ، وبحاجة الجماعة لتنفيذ ذلك ، ولن يستحقها الفرد - معاقا أو سواه - بالتشريع قبل ان يستشعرها بالنفس والوجدان .. وهو الحق الطبيعي لكرامة الانسان كانسان وكمواطن وكفرد في أمة ، يستشعر ان الحاكمية لله . وان لا احد غير الله يملك له ضرا ولا نفعا ﴿وان الله له ملك السموات والارض يحيي ويميت والكم من دون الله من ولي ولا نصير﴾^(١٥) .

(*) رواه الترمذى .

(١٥) سورة التوبة ، الآية (١١٦) .

يقول سيد قطب :

« ان الضغط الاقتصادي على الفرد يجعله يتخلى عما تكفل له القوانين النظرية احيانا من عدالة ومساواة .. وهذا حق ولكنه ليس الحق كله ، فالتحرر الوجداني من داخل الضمير . فالفرد الذي تقعد به استعداداته الطبيعية كالمعوق عن مجاراة الآخرين في الانتاج .. هذا الفرد لا بد ان يفقد حرصه على المساواة التي يكفلها له القانون . وذلك لاحساسه الباطن بأنه اقل من سواه ولو تبجح فترة وكابر .. فاما فيما تستند المساواة الى تحرر وجداني عميق ، كما تستند الى التشريع والتنفيذ ، فان الشعور بها يكون أقوى عند القوى وعند الضعيف : انها تستميل في الضعيف تساميا ، وفي القوى تواضعا»^(١٦) .

ويأخذ هذا البعد أهميته اليوم في برامج ادماج المعاقين مهنيا واجتماعيا ، وابعادهم عن الغربة التي يعيشونها ، وعن عوامل ومسببات العقد النفسية ومنها عدوة الاحساس بالنقص وعقدة الدونية (دون الآخرين) لانه لا يجوز ان يذل الاسترزاقي رقاب الناس ، وكذلك لا يجوز ان ينال من حرية الناس « متى استعبدتم الناس وقد ولدتهم امهاتهم احرارا » والحياة والموت بيد الله ﴿ ولا يملكون لكم ضرا ولا نفعا ﴾ وهذا ما يجعل الفقير والمستضعف قويا شجاعا ، يطلب حقه ، فلا يترك بعض اجره او بعض دينه أو حقه في الزكاة ، خوفا من فقدان الرزق او خوفا من وال ومسؤول ﴿ قل اللهم مالك الملك تؤتي الملك من تشاء . وتنزع الملك ممن تشاء . وتعز من تشاء ، وتذل من تشاء بيدك الخير .. ﴾^(١٧) .

ويواصل الاسلام تحرير المعاق وغير المعاق من البشر من الخضوع واستشعار العبودية لقيم البدن والجاه والحسب والنسب والصحة . بحيث تمنعه عن ان يشعر من داخل النفس بالمساواة الحققة مع من يملكها ولو تظاهر في واقع الحال ، وهذا ما استشعره الشاعر ابن عباس فقال :

أن يأخذ الله من عيني نورهما ففي لساني وسمعي منهما نور
فاذا تحرر الوجدان من الاحساس بالعبودية ومن الشعور والخضوع لغير الله .. لم يعد يتأثر بشعور الخوف من الفقر والمرض والحياة ، أو الخوف على المكانة الاجتماعية .. وقد يخضع المرء مضطرا لضغط الحاجة ولقمة العيش ، فيضطر الى الخضوع والانحراف عن الحق ، والى التسول والاستجداء ، وهنا تذهب كرامته وحرية . ولكن الاسلام لا يريد ذلك ، فتولى وضع الحلول لهذه الامور بالتشريع والتوجيه . لمنع تردى الانسان في هاوية القيمة الاقتصادية ففرض على الدولة والقادرين حقا في الزكاة والصدقات والغنائم والفيء والوقف الخيري .

٢ - العدل والمساواة الانسانية :

بعد ان يستشعر ضمير الامة وضمير الفرد كل هذا التحرر المطلق من الضغط ، والخوف من جوع ومرض وموت ومركز ، ويجد بعد ذلك أن كفايته من ضروريات الحياة مكفولة من الدولة والمجتمع بحكم شرعى ، وتنزيل سماوي وليس بمبادرة فردية عفوية وتفضل وشفقة من احد ،

(١٦) سيد قطب ، العدالة الاجتماعية في الاسلام ، دار الشروق ١٩٥٤ ، ص ٣٧ .

(١٧) سورة آل عمران ، الآية (٢٦) .

ومع قيمة وأهمية كل هذا ، فإن الاسلام لم يكتف بهذه المفاهيم والقضايا الوجدانية فقرر مبدأ المساواة باللفظ تصريحاً وبالتنزيل نصاً ، ليكون الامر واضحاً لا لبس فيه ، ومقرراً مشرعاً ومستمراً لا اجتهاد فيه ايضاً .

فلا نبلاء ، ولا اشراف اصحاب طبيعة متميزة ، ولا نسل آلهة ، ولا عامة ولا خاصة ، بل جنس بشري واحد في المنشأ والمصير ، في الحيا والممات ، في الدنيا والآخرة امام القانون وامام الله كلكم من آدم ، وادم من تراب .

ويعاتب الله نبيه في « ابن أم مكتوم » مع الوليد بن المغيرة سيد قومه ويقول تعالى ﴿ عبس وتولى ، ان جاءه الاعمى ، وما يدريك لعله يزكى ، او يذكر فتنفعه الذكرى ، اما من استغنى فاننت له تصدى ، وما عليك الا يزكى ، واما من جاءك يسعى ، وهو يخشى ، فاننت عنه تلهى ، كلا انها تذكرة ، فمن شاء ذكره ﴾ (١٨) .

عتاب قاس من الله عندما وجد ان هناك محاولة تفريق بين علية القوم وعامتهم ، فما يكون عتاب هذه الأمة وهي تلهى عن المعاق ولا تهتم بأمر المستضعف والفقير والمحتاج ..

وعن الطفولة البريئة الضعيفة يقول رب العالمين ﴿ واذا الموءودة سئلت ، بأى ذنب قتلت ﴾ سؤال استنكارى يعجز أهل سوق عكاظ عن الاجابة عليه .

ومن مبادئ العدل والمساواة صيانة كرامة الانسان وانهاء استضعافه فيطلب الله من أمته عدم التفرقة في الزواج الذى هو مقياس من مقاييس الطبقية في الجاهلية . ﴿ وانكحوا الايامى منكم والصالحين من عبادكم وامائكم ان يكونوا فقراء يغنهم الله من فضله ﴾ (١٩) ويقول تعالى : ﴿ يا ايها الذين آمنوا ، لا يسخر قوم من قوم عسى ان يكونوا خيرا منهم ، ولا نساء من نساء عسى ان يكن خيرا منهن ﴾ (٢٠) .

٣ - الاحسان :

الاصل بالاسلام ، الانصاف بالاهلين ، ولكن الاسلام ينظر الى حال من لا يقوى على المبادرة للتعامل بالمثل . فيضمن لهم المساواة مع غيرهم عن طريق ان يحسن لهم بتلطف ، فجاءت نصوص الشريعة تؤكد هذا الامر . وتطالب الحاكم والمحكوم مراعاته مع غير القادرين على التعامل بالمثل من معاقين ومستضعفين وذلك من خلال :

- العمل بحدود الاستطاعة - لا يكلف الله نفسا الا وسعها .
- اعفاء مطلق من المسؤولية - رفع القلم عن ثلاث : المجنون حتى يفيق والنائم حتى يصحى ، والطفل حتى يكبر .
- اعفاء جزئي من المسؤولية - تخفيف منها وايجاد الرخصة ورفع الحرج قوله تعالى ﴿ ليس على الأعرج حرج ولا على المريض حرج ﴾ .

(١٨) سورة عبس ، الآيات (١ - ١٢) .

(١٩) سورة النور ، الآية (٣٢) .

(٢٠) سورة الحجرات ، الآية (١١) .

- ضمان أهلية الاستحقاق ووجوبها دون نقص بسبب عدم اكتمال الواجب .

عن ابي هريرة عن النبي صلى الله عليه وسلم قال :

« من نفس عن مؤمن كربة من كرب الدنيا ، نفس الله عنه كربة من كرب يوم القيامة ، ومن يسر عن معسر ، يسر الله عليه في الدنيا والآخرة . ومن ستر مسلماً ستره الله في الدنيا والآخرة ، والله في عون العبد ما دام العبد في عون أخيه . »*

وكل فرد مكلف بأن يحسن عمله الخاص ، واحسان العمل عبادة الله لأن ثمرة العمل الخاص ملك للجماعة وليس للفرد فقط ، يقول الله تعالى ﴿ وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون ﴾^(٢١) ، ويشمل الاسلام بالاحسان والرحمة كل من تنبض به حياة ، « دخلت امرأة النار في هرة ربطتها فلم تطعمها ولم تدعها تأكل من حشاش الارض »**.

٤ - التكافل الاجتماعى :

يرى الاسلام ان الحياة لا تستقيم الا بالتكافل الذى يصدر عن التبعة الفردية والتبعة الجماعية ، المسؤولية الفردية والى جانب المسؤولية الجماعية التى تشمل الفرد والجماعة ، فيكون أحاد الشعب فى كفالة جماعتهم ، وان يكون القادر وذو السلطان كفيلا يمد المجتمع بالخير .

ومبدأ التكافل له صور واشكال مختلفة يقرها الاسلام :

أ - فهناك تكافل بين الفرد وذاته مؤداه ان ينهاها ويجنبها الهلاك وكل ما يضرها من شهوات ، وحوادث وموبقات وامراض ، وهنا يأتى مفهوم الاجراءات الوقائية والاحتراز .

﴿ ونفس وما سواها ، فألهمها فجورها وتقواها ، قد افلح من زكاها . وقد خاب من دساها ﴾^(٢٢) ﴿ ولا تلقوا بأيديكم الى التهلكة ﴾^(٢٣) .

ب - وهناك تكافل الفرد واسرته القريبة ، وقيمة هذا التكافل كبيرة خاصة عندما تكون مؤسسة الاسرة ، هى لبنة المجتمع ودورها رئيسى ، لانها العش الذى تنشأ فيه وحوله مجموعة الآداب والتربية والرعاية ، فالطفولة التى تنمو فى جو الاسرة خير مما تنمو فى أى نظام آخر ، وتكوين الشخصية يتم فى محيط الاسرة خير من اية مؤسسة اخرى .

ومن مقومات هذا التكافل نظام المواريث فى الاسلام وداخل الاسرة .

(*) رواه مسلم .

(٢١) سورة التوبة ، الآية (١٠٥) .

(**) رواه البخارى .

(٢٢) سورة الشمس ، الآيات (٧ - ١٠) .

(٢٣) سورة البقرة ، الآية (١٩٥) .

ج - وهناك تكافل بين الفرد والجماعة وبين الجماعة والفرد . يوجب على كل منهما تبعات وحقوقا . ويفرض حدودا وقصاصا على تقصير احدهما في النهوض بتبعاته ومسؤولياته ، فالفرد عليه ان يرعى مصالح الجماعة بالاضافة الى مصالحه ، وكأنه حارس لها موكل بها ، كالسفينة في خضم البحر « مثل القائم على حدود الله والواقع فيها ، كمثل قوم استهموا في سفينة فأصاب بعضهم اعلاها وبعضهم اسفلها ، فكان الذين في اسفلها اذا استقوا مروا على من فوئتهم . فقالوا : لو انا خرقتنا في نصيبنا خرقتا ولم نؤذ من فوقنا ! فان تركوهم وما ارادوا هلكوا ، وان اخذوا على ايديهم نجوا ونجوا جميعا » . *

وضمن هذا التكافل فالأمة مسؤولة عن حماية الضعفاء فيها ، ورعايتهم وتقاتل عند اللزوم عنهم ﴿ وما لكم لا تقاتلون في سبيل الله والمستضعفين من الرجال والنساء والولدان ﴾ (٢٤) ، ﴿ فاما اليتيم فلا تقهر واما السائل فلا تنهر واما بنعمة ربك فحدث ﴾ (٢٥) .

والأمة أيضا مسؤولة عن ضمان وحماية فقرائها ومعوزيها بأن تتفق عليهم من الأموال بما فيه الكفاية ، فاذا لم تكف أموال الزكاة والغنائم يطلب الاسلام من الحكام ان يفرضوا على القادرين بقدر ما يسد عوز المحتاجين . ﴿ كلا بل لا تكرمون اليتيم ولا تحاضون على طعام المسكين ﴾ (٢٦) ويقول رسول الله صلى الله عليه وسلم : « من كان معه فضل ظهر فليعد به على من لا ظهر له ، ومن كان له فضل زاد فليعد به على من لا زاد له » . **

هذا الركن ، التكافل الاجتماعى تعتمد عليه الرعاية الاجتماعية بدرجة كبيرة فهو يقرر ان مسؤولية المحتاج الى الرعاية مطالب بها المجتمع والامة بكاملها ، ولم يجعل كفالة الامة للفقراء والمعاقين وسواهم تصدقا واحسانا ، ولكنه الزام وقانون بلا تعليل ومبررات .

﴿ والذين في أموالهم حق معلوم ، للسائل والمحروم ﴾ (٢٧) ليس فقط حقاً ولكنه حق معلوم مقرر محدد مستقر وفق نظام يدعمه تشريع يؤكد ﴿ ليس البر ان تولوا وجوهكم قبل المشرق والمغرب ، ولكن البر من آمن بالله واليوم الآخر والملائكة والكتاب والنبیین ، وأتى المال على حبه ذوى القربى واليتامى والمساکين ﴾ (٢٨) .

وتأخذ رعاية اليتيم الاهتمام الاكبر في الاسلام ، ﴿ ولا تقربوا مال اليتيم إلا بالتي هي أحسن ، حتى يبلغ أشده وأوفوا بالعهد إن العهد كان مسؤولاً ﴾ (٢٩) .

وقد حدد القرآن مستحقي الزكاة بفئات ثمان من بينها خمس فئات من فئات الرعاية الاجتماعية ، وهم :

(*) رواه البخارى ومسلم .

(٢٤) سورة النساء ، الآية (٧٥) .

(٢٥) سورة الضحى ، الآيات (٩ - ١١) .

(٢٦) سورة الفجر ، الآيتان (١٧ ، ١٨) .

(**) رواه مسلم وابو داود .

(٢٧) سورة المعارج ، الآيتان (٢٤ - ٢٥) .

(٢٨) سورة البقرة ، الآية (١٧٧) .

(٢٩) سورة الاسراء ، الآية (٣٤) .

الفقراء : الذين لا يملكون النصاب أو يملكون دون الكفاية .

والمساكين : وهم الذين لا يملكون شيئاً .

في الرقاب : وهم الارقاء المستضعفين سياسياً واجتماعياً الذين يستردون حريتهم لقاء مبلغ من المال .

الغارمون : المدينون غير القادرين على تسديد ديونهم .

ابن السبيل : المنقطع عن ماله وأهله كالنازحين والمهاجرين .

ونسبة الزكاة هذه تبلغ ٢,٥٪ في رؤوس الاموال ، وقد ترتفع الى نسبة ٥٪ الى ١٠٪ في الزروع والثمار والدواب والكنوز . انها بلا شك مورد كبير ودائم التدفق ، ولا ينتظر الاسلام في أمر الامة والفقراء والمعاقين قطع المراحل التخطيطية او وضع قائمة اولويات الى ان يأتي الوقت والمال لتغطيتها ، فيبقى يعاني من يعانى ، ويتألم من يتألم ، ويتشرد الطفل وتعيش الامة من ثديها ، بحجة ان في الخطة قائمة اولويات ومراحل تنفيذية ، وبالطبع صوت المستضعف والمعاق والفقير ضعيف لا يسمعه القوم ولا يتصدر قائمة الاولويات في بعض من المجتمعات النامية .

ويحسن بنا ان نختتم هذا البند بتقسيم الفقهاء لبيوت المال : اذ قسم الفقهاء بيوت المال الى اربعة اقسام بحسب مواردها ، وللفقير والمعاق والمحتاج حق في كل مورد من هذه الموارد ، وهى :

القسم الاول :

« بيت مال الغنائم » وهو خاص بما يتم أخذه في وقت الحروب وينفق منه على مرافق الدولة وفقراء وضعاف المسلمين .

القسم الثانى :

« بيت المال الخاص بالجزية والخراج » ويصرف منه على مرافق الدولة ، وفقراء غير المسلمين الذين يستظلون بالراية الاسلامية ، وينالون حماية المجتمع الاسلامى .

القسم الثالث :

« بيت مال الزكاة » وكما ذكرنا فان حصة الفقراء والمحتاجين كبيرة في هذا البيت .

القسم الرابع :

« بيت المال الخاص بالضوائع » وهى الاموال التى لا يعرف لها مالك والتركات التى لا وارث لها ، وقال الفقهاء انه كله للفقراء فيعطى منه الفقراء العاجزون نفقتهم وأدويتهم . وكفنتهم ، وعلى الامام صرف هذه الحقوق الى اصحابها بالتام والكمال^(٣٠) .

(٣٠) الامام محمد أبو زهرة ، التكاثر الاجتماعى ، دار الكتاب الحديث ، الكويت .

الفصل الرابع وسائل الرعاية الاجتماعية في الاسلام

حياة القادرين وغير القادرين ستكون كما يرى الاسلام ممكنة وصالحة وفاضلة اذا تم تنفيذ التكاليف المفروضة ، واما وسائل الاسلام في اقامة مجتمع متوازن متكافل ، يأخذ فيه الفقير والمعاق حقه كاملا فلا ينتظر الفتات الذي يزيد عن موائد الاغنياء ، ولا الوفورات التي تفضل عن برامج وخدمات ورعاية الاصحاء ليكون بالامكان فتح مؤسسة رعاية او مركز تأهيل او يقدم له عون ومساعدة ، وقد اعتمد الاسلام في تأمين متطلبات المسألة الاجتماعية (والرعاية الاجتماعية بفئاتها المختلفة جزؤها الرئيسي) على طرق ووسائل متكاملة متناسقة يمكننا تقسيمها كالتالي :

أولا - أسلوب التوجيه :

توجيه الوجدان الانساني كجزء مكمل للتكليف المفروض في الشريعة ، وهو الكفيل بتنفيذ التشريعات والانظمة الاسلامية طواعية ، ورضى وقبول وبلا ضغط ثانوى يستشعره . فالضمير البشرى من داخل النفس ركن مكمل للتكليف القانونى في محيط المجتمع ، ثم ان التشريع يمكن الاحتيال عليه والتستر دونه ، ويمكن غش الحاكم والقاضى ولكن ليس من سبيل لغش ضمير النفس فيطلب الاسلام تطهير النفس ، وان يستيقوا الخيرات فيما عدا الزكاة التي هي الحد الادنى في التكليف . ﴿ وما ادراك ما العقبة ، فك رقبة ، او اطعام في يوم ذى مسغبة ، يتيما ذا مقربة ، او مسكينا ذا متربة ﴾^(٢١) .

والكف عن تطهير النفس وعن البر والصدقة يؤدى الى النار . يقول الله تعالى ﴿ ما سلككم في سقر ؟ قالوا لم نك من المصلين . ولم نك نطعم المسكين ، وكنا نخوض مع الخائضين ﴾^(٢٢) .

ويؤكد الاسلام ويوجه الامة الى أن البر والصدقة ، رغم أنها ليست مدعومة بالتشريع والسلطان كالزكاة محددة ومفصلة الا انه يرفض ان تقدم باستعلاء او من منطلق الرياء .

﴿ قول معروف ، ومغفرة خير من صدقة يتبعها اذى والله غني حليم ، يا ايها الذين آمنوا لا تبطلوا صدقاتكم بالبن والاذى كالذى ينفق ماله رئاء الناس ﴾^(٢٣) .

(٢١) سورة البلد ، الآيات (١٢ - ١٦) .

(٢٢) سورة المدثر ، الآيات (٤٢ - ٤٥) .

(٢٣) سورة البقرة ، الآيتان (٢٦٣ - ٢٦٤) .

هذا ما يقوله الاسلام لمن يسارعون الى البذل هذه الايام بسخاء والتبرع للملاجيء والفقراء والجمعيات الخيرية طلبا لشهرة أو سعيا للتقرب الى كبير ﴿ ان تبدوا الصدقات فنعمًا هي وان تخفوها وتؤتوها الفقراء فهو خير لكم ﴾ (٢٤) .

وقد عاش المجتمع المسلم مع هذا النداء فكثرت المؤسسات الاجتماعية التي ينفق عليها من خارج بيت المال والزكاة وازداد الوقف الاسلامي في كل مكان يوما بعد يوم في عصور التاريخ الاسلامي وحتى يومنا هذا .

ثانيا - التشريع والتكليف :

لم يدع الاسلام التوجيه الوجداني والضمير البشري لذاتهما وهو ينوط بهما هذه الشؤون العظيمة ، بل دعم الامر وثبته ونظمه بالتشريع والتكليف واقام على تنفيذ هذا التشريع والتكليف الضمير البشري والوجدان قبل السلطان .

بالتشريع فرض الاسلام الزكاة ، حقاً في أموال القادر لغير القادر ، تقوم على جبايتها الدولة بحكم التنزيل وقوة الامام وان حصة فئات الرعاية الاجتماعية في هذا كبيرة ، والامام حريص على توفرها وتاديتها من الاغنياء ، لان هناك المحتاج الذي ينتظرها ، فهذا ابوبكر الصديق رضی الله عنه يقاتل مانعي الزكاة ، يقاتلهم من أجل التوحيد ومن أجل الفقراء .

فالويل لمن لا يؤدي هذا الواجب : في الدنيا قتالا كما فعل ابوبكر رضی الله عنه ، وفي الآخرة حربا من الله .

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم « من اتاه الله مالا فلم يؤد زكاته مُنَّله يوم القيامة شجاعا اقرع له زبيبتان ، يطوقه يوم القيامة ، ثم يأخذ بشدقيه - يقول : انا مالك ، انا كنزك »* .

هذه الزكاة حق معلوم ونسبة كبيرة منها لفئات الرعاية الاجتماعية ، وبجانبتها الصدقة وهي متروكة للوجدان والضمير كما سبق لنا تفصيله ، وهي عنصر التكافل الاجتماعي بعد الزكاة وعن طريق الشعور الشخصي بالواجب ، والاحساس بالرحمة ، والصدقة في الاسلام قرض لله مضمون الوفاء والتأدية بل هي تجارة رابحة ومجزية ﴿ ان المصدقين والمصدقات واقترضوا الله قرضا حسنا يضاعف لهم ولهم اجر كريم ﴾ (٢٥) .

والنبي صلى الله عليه وسلم يوجب الصدقة على كل مسلم (وكأنها زكاة) ولو كان لا يجدها « على كل مسلم صدقة ، قالوا : فان لم يجد ؟ قال : فيعمل بيديه فينفع نفسه ويتصدق ، قالوا : فان لم يستطع ان يفعل ؟ قال : فيعين ذا الحاجة الملهوف . قالوا : فان لم يفعل ؟ قال : فيمسك المرء عن الشر فانه له صدقة »* .

(٢٤) سورة البقرة . الآية (٢٧١) .

(*) رواه البخاري ، والنسائي .

(٢٥) سورة الحديد ، الآية (١٨) .

(*) رواه الشيخان .

وهنا يشعر الناس بالمساواة الاغنياء منهم والفقراء المعسرون فالكل قادر على أن يتصدق .
وبالإضافة الى الزكاة التي يدعمها التنزيل ، والصدقة التي يحث عليها القرآن فان هناك
الضوائع الجزية وهناك خمس الغنائم ﴿ واعلموا أنما غنمتم من شيء . فإن لله خمسه ،
وللرسول ، ولذي القربى ، واليتامى والمساكين ، وابن السبيل ﴾ (٢٦) .

واما حينما لا تفي وسيلة الزكاة ، والصدقة وخمس الغنائم والجزية والضوائع لسد حاجة
الفقراء ورعاية المعاقين ، والاتفاق عليهم .. فما العمل ؟

الاسلام لا يقف مكتوف اليدين هنا ويترك الامر بلا تشريع يلزم المجتمع به ، بل يمنح
السلطان (الامام) ان يأخذ من القادرين بقدر معلوم بحدود ما يلزم لسد حاجة فئات الرعاية
الاجتماعية والمحتاجين استنادا الى « ان في المال حقا سوى الزكاة » .

اذن هناك بديل مشروع ، لسد حاجة الفقراء ، وبرامج الرعاية الاجتماعية اذا لم يتوفر في
خزينة الدولة ومواردها ما يكفي .. لا أن يترك المحتاج والمعاق والطفل يتضور جوعا ويعاني آلام
الحياة ريثما يتوفر مال في بيت المال من مصادره ما يكفي وحسب الاولويات .

ثالثا - قوة السلطان :

ان غريزة حب المال ، والانصراف الى الدنيا قوية ، والاسلام يقرر ، ان الشح حاضر النفس ،
لا يغيب ، ﴿ وأحضرت الانفس الشح ﴾ (٢٧) فيحاول الاسلام بالترغيب والترهيب والتشريع
واحياء الضمير أن يتغلب الناس على الانفس الشح ، وان لم ينفع الاقتناع والوجدان لفهم حكم
الشرع والتكليف ، فعلى الامام ان يبادر الى حسم الموقف . وتنفيذ الأنظمة والتشريعات فالله يزع
بالسلطان ما لا يزع بالقرآن ، فيحقق للامة خيرها ونفعها ويضمن للمحتاج حاجاته ، وكما يقول
عمر رضى الله عنه لو ان بغلة كبت في أرض العراق لسألني الله لما لم تسولها الطريق يا عمر ؟

رابعا - السلطان ولي من لا ولي له :

وهنا قضايا العمل الاجتماعي والرعاية الاجتماعية تأخذ الصدارة فهي ليست من امور الامة
الثانوية ، او تلك التي يمكن تأجيلها ، والاناة فيها الى مسؤولية من الدرجة الثانية ومادونها ،
بل مسؤولية تلومع درجة الايمان والعقيدة ، والسلطان هو الملزم برعاية وحماية فئات الرعاية
الاجتماعية والمستضعفين بل هو وليهم ، لان قضيتهم هامة واعتبارهم في الامة كبير وحقهم
مصون . فهذا النبي صلى الله عليه وسلم يقضى دين المدينين بعد وفاتهم من المال العام « انا اولى
بالمؤمنين من أنفسهم ، فمن مات عليه دين ، ولم يترك وفاء فعلىنا قضاؤه ومن ترك مالا
فلورثته »* .

(٢٦) سورة الانفال ، الآية (٤١) .

(٢٧) سورة النساء ، الآية (١٢٨) .

(*) رواه الشيخان .

فالسُلطان ولي المستضعف الذى لا ولي له وحتى الذميين منهم ، ولهذا فان له الحق كما ذكرنا فى ان يأخذ ما بعد الزكاة ما يمنع به الضرر ، ويرفع به الحرج ، ويصون به المجتمع وفقراءه ، وهو حق كحق الزكاة مفروض ، وهذا على كرم الله وجهه يرى ان حماية الضعيف والمعاق ورعاية وتطوير قدراتهم هي المهمة الرابعة من مهام السلطان .

- ١ - مجاهدة العدو .
- ٢ - تأمين السبل .
- ٣ - قسمة الفيء .
- ٤ - حماية الضعيف والمحتاج .

الفصل الخامس

الرعاية الاجتماعية حضوراً في التراث وتطبيقاً في المجتمع العربي الاسلامي

لم تكن الشريعة والتنزيل ، والاحداث المكملة الشارحة ، وما تضمنته ، لتبقى حبيسة الرؤوس للمتعة الفكرية ، والمحاورة الفلسفية ، بل هي اصلا للتطبيق ، ولاقتران المفهوم والمبدأ بالواقع الحياتي ، وتتجلى فيه صور من العظمة ، تبنى عليها الحضارة وينتفع منها خلق الله .

الفوارق الطبقيّة كانت في كل مكان ، والرقيق والاماء ، والفقراء طبقات غير طبقات السادة والامراء ، اما محمد بن عبدالله صلى الله عليه وسلم ، فقد زوج ابنة عمته زينب بنت جحش ، القرشبة الجميلة من مولاة زيد . حدث هذا في القرن السابع الميلادي في حين نشهد اليوم في القرن العشرين مستضعفين من الزنوج ، نحرم عليهم ليس فقط الزواج من بيضاء ، بل حتى الجلوس الى جانب الانسان الابيض في المركبات العامة والمطاعم .

وهذا عمر بن الخطاب رضى الله عنه يثور عندما يرى الخدم وقوفا لا يأكلون مع سادتهم . وتأخذ الطفولة ورعاية المعاقين درجة عالية من الاهتمام ، فيبادر عمر بن الخطاب رضى الله عنه الى سن أول شريعة اجتماعية في العالم لحماية المستضعفين والطفولة ، بإنشاء ديوان للطفولة والمستضعفين ، لكي لا يهلكها ضعفها ، قبل ان يشنّد عودها ، أو يرهق هذا الضعف امكانياتها ومواهبها .. ويبادر هذا الديوان بأن يفرض للمفطوم والمسن والمريض والمعاق فريضة اضافية من بيت المال .

وفي الحادثة التالية قمة التفهم في رعاية الاطفال والاحداث ، روى ان غلمانا لابن حاطب بن ابي ربيعة ، سرقوا ناقة لرجل من مزينة ، فأتى بهم عمر رضى الله عنه ، فأقروا ، فأمر كثير بن الصمت بقطع ايديهم فلما ولى رده عمر رضى الله عنه ، ثم قال : اما والله لولا انى أعلم انكم تستعملونهم وتجيعونهم حتى ان احدهم لو أكل ما حرم الله ، حل له ، لقطعت ايديهم ، ثم وجه القول الى عبدالرحمن بن حاطب بن ابي ربيعة ، فقال ويمين الله اذا لم أفعل ذلك لا غرمك غرامة توجعك ، ثم قال : يا مزنى ، بكم اريدت منك ناقتك ؟ قال : بأربعمائة ، قال عمر لابن حاطب : اذهب فأعطه ثمانمائة .

تقرير لمراقب سلوك عليم خبير من الطراز الاول ، وحكم لمحنة احداث متطورة .

حتى ان الشافعى يقرر انه لا يقام حد الجلد على صبي ، ولا على مريض ولا في يوم حر .. أو برد مفرط .. الخ .

ويقول الخليفة عمر بن الخطاب رضى الله عنه وهو يقوم بتقسيم ارض سواد العراق على المقاتلين ، لئن سلمنى الله لا ادع ارامل الطرق يحتجن الى معيل بعدى .. اجراء وقائي وتأهيل جماعي ما احوجنا اليوم اليه .

بل ان الامر في تطبيقه يتعدى الدائرة الاسلامية الى الدائرة الانسانية ، وقصة عمر بن الخطاب رضى الله عنه مع الشيخ اليهودى الضرير المتسول معروفة ، اذ لم يشترط هنا عمر لتنفيذ التكافل والضمان الاجتماعى شروط الديانة أو العرق او الحصول على الجنسية .. بل شرط واحد هو الرجل وحاجته . لقد فرض عمر للمولود مائة درهم . وعندما يكبر ، يزيد المبلغ الى مئتين ، فاذا بلغ زاده ، وكان يفرض للقيط مائة درهم ، ولوليه كل شهر رزقا كمساعدة ويجعل مصاريف رضاعته ونفقته من بيت المال .

ويقول الخليفة عمر بن الخطاب رضى الله عنه « والله لئن بقيت لياتين الراعى بجبل صنعاء حظه من مال الاسلام ، وهو مكانه قبل ان يحمر وجهه في طلبه » ويحمل الطعام ، ويطهى لصبية جائعين في المدينة المنورة .

ومن قائل انما هذا عمر .. وهذا علي .. وفترة الخلفاء الراشدين يصعب ان تتكرر في التاريخ ..

جاء في تضاعيف الاخبار ان المنصور ولى عامله بالبصرة ان يجرى على القواعد من النساء اللواتى لا أزواج لهن ، وعلى العميان والايام وقد اجرى الخليفة المهدي ١٦٣هـ على المجذومين وغيرهم .

وهذا الخليفة عمر بن عبدالعزيز بعث يحيى بن سعد على صدقات افريقيا فاقتضاها وطلب فقراء يعطيها لهم ، فلم يجد بها فقيرا ، ولا محتاجا يأخذها ، فقد أغنى عمر بن عبدالعزيز الناس ، فصرفت لشراء رقاب فاعتقت . والخليفة عمر بن عبدالعزيز اول من أنشأ ديوانا للقضاء على التسول والمسكنة في التاريخ وكان ذلك في عام ١٠٠هـ .

رغم ان طبيعة السلطة والخلافة ، اختلفت في الدول العربية الاسلامية بوصول الامويين الى السلطة ، الا أن المسألة الاجتماعية المتمثلة في الرعاية والحماية للمحتاج والمعاق ظلت في طبيعة القضايا التي تهتم بها السلطة .. فهذا الوليد بن عبدالمك ينشئ مؤسسة لرعاية العجزة والمصابين بأمراض معدية بدمشق .

وهذا عبدالمك بن مروان يؤكد حرصه على فئات المعاقين ، ويختط سياسة بأن أعطى لكل مقعد خادماً ، ولكل ضرير قائداً ، واجبرهم على ألا يسألوا الناس . ثم يجيء الوليد بن عبدالمك ، فيتخذ للمجذومين من ذوى العاهات دارا خاصة يعتنى بهم فيها ، واجرى عليها الارزاق ، ورتب لهم الخدم ، وحبست عليها الاوقاف .

ويطالب ابو يوسف بالاسراع في محاكمة المتهمين المحبوسين على ذمة قضايا ، كخدمة اجتماعية قضائية .

وصفحة ناصعة من الجهاد الانساني النبيل في حب الخير ، والالتزام به هي المشاق والملاجئ الخيرية والمؤسسات التي ترعى مختلف فئات الرعاية الاجتماعية وذوى العاهات .

ان أول المستشفيات فى الاسلام كانت « خيمة رفيده » وهى امرأة كانت تداوى الجرحى فى غزوة الخندق .. وتزداد المستشفيات ومنها الثابت ومنها المتنقل فى الحرب والسلم ، حتى لنجد فى بقعة صغيرة حول المسجد الاموى بدمشق ثلاثة بيمارستانات فيها الدواء والعلاج والرعاية والتأهيل وكلمة بيمارستان كلمة فارسية مركبة من كلمتين « بيمار » بمعنى مريض ، عليل ، مصاب ، و « ستان » بمعنى مكان اودار ، فهى اذن دار المريض فاختصرت من بيمارستان الى مارستان ، وكانت المارستانات من اول عهدنا الى زمن طويل مستشفيات عامة تعالج فيها كافة العلل والامراض حتى دار بها الزمن ، وحل بها البوار وهجرها المرضى ، الا من ذوى الامراض العقلية والمعاقين ، فصارت كلمة مارستان اذا اطلقت لا تنصرف الا الى ماوى ذوى الامراض العقلية والمعاقين . وكان بعضها محمولا على اربعين جملا .

وكان فى هذه المستشفيات برامج تروحية وطبية وتأهيلية والاجواق الموسيقية تزوح عن المرضى وتسليهم وتعالجهم ، وقد انتشرت البيمارستانات بأعداد هائلة منها على سبيل المثال :

مارستان النورى بدمشق ، ومارستان المنصورى بالقاهرة ، وفى بغداد ومكة المكرمة ، والمدينة المنورة حيث جدده الظاهر ركن الدين بيبرس الصالحى سنة ٦٦٣هـ ، وقد كان يستفيد منها الاغنياء والفقراء ، والنساء والرجال على السواء . وكانت مزودة بخيرة الاطباء والاختصاصيين والعاملين .

والحاكم كان يختار احدى طريقتين لادارة وتنظيم هذه المؤسسات الاجتماعية :

- فاما يربط المؤسسة به شخصا ، وهكذا تكون عرضة للانتهاء بوفاته .

- او يخطط لبقائها من بعده عن طريق الزام بيت المال او طريق وقف خيرى عليها .

وقد ظلت السلطة والسلطان مع الشرع متطابقين ، حتى تمكنت نخبة معينة ان تصل الى السلطة الشرعية الاولى ، وقد واصلت هذه النخبة العمل الاجتماعى وبرامج الرعاية الاجتماعية ، ولكن مصالحها الخاصة . كانت تحكم الكثير من تصرفاتها ، وفى هذه الحالة ما كان من الجماعة الا ان ترعى نفسها بنفسها اجتماعيا خارج اطار الدول الرسمية ، وقوة السلطان ، تحقيقا لركن التوجيه والصدقة .. وهكذا ازدهرت خدمات الرعاية الاجتماعية غير الرسمية منذ القرن الثالث الهجرى ، وظهرت شبكة واسعة وكبيرة من المؤسسات الخيرية ، والمارستانات ومؤسسات الايتام تعمل بجهود ، اساسها التطوع والعمل الخيرى ، وأخذت شكلا جماعيا منظما فى احيان كثيرة . فأطلق عليها الوقف الخيرى . هذه المؤسسة مؤسسة الوقف الاسلامى اهتمت بكل شىء من اكبر الامور الى اصغرها ، حتى يقال انه تم وقف ما تنفق ايجاراته السنوية على شراء الاوانى للجوارى والاطفال الذين تبعثهم امهاتهم بانية فخارية ، او زجاجية للملثا بالزيت ، او ما شابه ، فيكسرون الانية .. وكان الطفل فى مثل هذه الحالة يأتى الى متولى الوقف فى شارع الغوسية بالقاهرة فيشتري له من اموال وقف الاوانى انية جديدة حتى لا تضربه والدته ان عاد بدونها .

الفصل السادس

رعاية المعاقين في الاسلام

نرجو الا يفهم في هذا المقام ، اننا نفصل مسألة المعاقين ، عن الرعاية الاجتماعية ، فهي جزء منها وقضية من قضاياها ، ولكننا اردنا فقط تبيان بعض الخصوصيات الاسلامية والمواقف التي تؤكد حضور مسألة المعاقين في الاسلام نصا وفي التطبيق روحا وتضامنا .

أولا : دلالات اللفظ :

يختلف الناس في ما يفهمونه من لفظة ، معاق واعاقة من مفكر لآخر ، ضمن معنيين .

الأول - شمولي واسع الدلالة والفئات : يتضمن عدم القدرة على عمل شيء سواء أكان ذاك متأتيا عن عطب جسمي ، أو عقلي ، أو اجتماعي ، أو ثقافي ، وبهذا المعنى فان هناك اشياء كثيرة لا يقدر الانسان على عملها ، فالذى بيننا لا يستطيع قيادة الطائرة ، أو لا يتكلم اللغة الصينية ، فهو معاق بهذا المعنى ، لأنه لا يقدر ، ومن منا ليس معاقا بالمعنى الشمولي هذا ؟

ورد في المنجد ان : العوق ، والعوق ، جمع اعواق ، وهو الرجل الذى لا خير فيه .

وقد أوردنا هذا المعنى لا لأنه متداول الاستعمال ، ولكن لأنه ينبهنا الى قضايا هامة عند بحث مسألة المعاقين وعلى رأسها :

أ - ان الظروف الاجتماعية ونظرة المجتمع للاعاقه هي عمل اساسي في درجة الشعور بوجودها ، وان تصور المجتمع الوظيفي للاعاقه وفق نظامه الاجتماعي هو بالدرجة الاولى الذى يعطى كثيرا من ابعاد هذا المفهوم ، لأنه لو تصورنا مجتمعا من المكفوفين ، أو مجتمعا كل افراده او غالبيتهم نسبة ذكائهم متدنية ٤٠٪ مثلا ، هل يكون هناك ما يسمى باعاقه حسية هي كف البصر في المجتمع الاول ، واعاقه عقلية هي التخلف العقلي في المجتمع الثانى .. وعليه فان نظرة المجتمع للاعاقه ضمن اطار المجتمع العام ، النظام الاجتماعي امر هام في دراسة قضية المعاقين ومن هنا فالاسلام يحرص على تكوين رأى عام فاضل في المجتمع الاسلامي .

ب - وعلى صعيد التطبيق العملي ، فهناك من ينادى باتباع منهجية في رعاية المعاق هي اندماجه الكامل في المناخ الاجتماعى مهنيا واجتماعيا .. يقابلها منهجية العزل (وليس الدمج) وفي اى شكل من اشكاله ، وأية درجة من درجاته لأنه في اعتقاد اصحابه . اسلوب فيه يجتمع المعاقون في جماعات ضمن مؤسسات ومدارس

وملاجيء من أجل التدريب والتأهيل بعيدا عن هيمنة المبصرين ومجتمع القادرين .. وهنا يستمد المعاق قوة من الموقف الاجتماعي مع العميان ومن ثم تنخفض جداً ألامه ووظأة العاهة عليه . ولكلا الرأيين أنصاره يقدمون الحجج دفاعا عن رأيهم .

الثاني - وهو المعنى الشائع الاستعمال ويقصد به فقدان القدرة على عمل شيء ما ، أو التقليل من هذه القدرة ، وعليه يمكن حصر فئات الاعاقة حسب نوعها ، وكلها تشير الى انها اصابة احدى او مجموعة من قدرات الفرد بعطب او قصور في وظائفها الذاتية او الاجتماعية والتي كان يتمكن من ادائها قبل حصول العطب .

والاسلام في موقفه من الاعاقة لا يرى ان فقدان عضو هو بالضرورة فقدان للوظيفة الاجتماعية بالكامل ، ﴿ فانها لا تعمى الابصار ولكن تعمى القلوب التي في الصدور ﴾ (٣٨) ونحن نعرف اليوم ، انه في حالة فقدان او عطب عضو أو جزء ما في الجسد ، يقوم بوظيفته جزء آخر ، مثل : اذا تعطلت الكلية في الجسد ، ضاعفت الكلية الاخرى عملها كبديل عن المعطوبة ، فالاسلام رغم انه يطالب المؤمن بأن يكون قويا ، فالقوى خير من الضعيف الا انه ينظر الى الانسان المعاق وغير المعاق ليس من خلال فقدان عضو او قدرة بل نظرة شمولية متكاملة وقائية متسقة ، تضع في الاعتبار الاول ، تأدية المرء لوظائفه ومسؤولياته ، ضمن التصور الاسلامي الكلي لعلاقة الفرد بالالوهية والكون والحياة والانسان .

ومن هنا فالاسلام يقيس الاعاقة بأبعادها الذاتية والاجتماعية معا .

فكل فرد في المجتمع مطالب بواجبات تكليف ، وله حقوق حسب موقعه في التصور الاسلامي ، فالاعرج والمريض مطالب بمسؤوليات ووظائف تتفق وطبيعته في الصورة الكلية ، وتختلف عن سواها . تماما كما هو الحال في مطالبة المرأة بمسؤوليات ووظائف تختلف عن غيرها .. يقول الله تعالى ﴿ ليس على الأعرج حرج ولا على المريض حرج ﴾ (٣٩) ورب قائل يقول بأن الله استثنى هاتين الفئتين من بعض المسؤوليات بسبب وجود عاهة واعاقة لديهما .. ولكن اليس الامر إن شرع الله يطلب من فئات خلقه مستويات مختلفة من المسؤولية والاداء ، حسب طبيعة هذه الفئة ، وموقعها في الصورة الكلية للوجود ، لا اكثر ولا اقل . تماما كما يقرر أن تكون حصة الانثى في الميراث نصف حصة الذكر ، وان تكون شهادة امرأتين مساوية لشهادة رجل واحد ، وقسمة الرجل المحارب من الدقيق ضعف قسمة المرأة ، والطفل ، تمشيا مع قوله تعالى ﴿ لا يكلف الله نفسا الا وسعها ﴾ (٤٠) وليس لأن المرأة والطفل معاقان والرجل المحارب يخلو من الاعاقة .

هذا الفهم لروح الاسلام ونظرته الى الاعاقة وقضاياها بعيدا عن مفهوم الطبعية ، والاعتدال ، والتمكن والافضلية ، فان الله لا ينظر الى صورتنا واشكالنا . ولكن ينظر الى قلوبنا واعمالنا .

(٣٨) سورة الحج ، الآية (٤٦) .

(٣٩) سورة النور ، الآية (٦١) .

(٤٠) سورة البقرة ، الآية ، (٢٨٦) .

ثانيا - نظرة الاسلام الى المعاق :

كانت نظرة الاسلام الى المعاق مبنية على أسس أهمها :

- ١ - حفظ كرامته ، وانه فئة من خلق الله ارادها الله على هذه الصورة فيطالب المسلمين بأن لا يسخروا من بعضهم البعض .
 - ٢ - حقه الكامل في المساواة والعدل ، بالموازنة بين حقوقه وواجباته وفق شرع الله .
 - ٣ - العمل وبحدود طاقاته واستعداداته سواء أكان فاقدا لعضو أو كان سليماً .
 - ٤ - على الامة واجب رعايته والاهتمام به انطلاقا من ان السلطان ولي على من لا ولي له .
 - ٥ - ان قيمة الانسان في ما يتقنه ، وان اكرمكم عند الله اتقاكم .
ويقول الشاعر :
وما ضرها اني ادب على العصا
وفي السرح ليث ضيغم صادق الشد
 - ٦ - يطالب الاسلام بالاخذ بالاسباب والاتكال ثم الصبر دون الندم على اهمال وتفريط . ويكون له في ذلك اجر واحتساب .
- ومن هنا فان الاسلام يضع المعالجات لاسباب الاعاقة ويطالب باتباعها .

ثالثا - اسباب الاعاقة وموقف الاسلام منها :

١ - اسباب وراثية :

أدت الى وجود عاهة ، فيطالب الاسلام باتباع القواعد الوقائية لها مؤكداً على اهمية الزواج ومراعاة امور الاسرة قبل التكوين واثناؤه وبعده ، والتخير ، « تخيروا لنطفكم فان العرق دساس » ويقول عمر رضى الله عنه « اقتربوا ولا تضروا » اى يضعف نسلكم .

٢ - اسباب بيئية :

وهي على فئات ثلاث :

أ - حوادث طرق وحروب وكوارث وهي على نوعين :

- التى تحدث غير متعمدة وبطريق الخطأ : كحوادث الطرق ، فان الرسول صلى الله عليه وسلم قد أكد على ان الحوادث لا تقع مجرد قضاء وقدر بل هي نتائج لاسباب يمكن تلافيها ويطلب بحماية الطرق والمصانع وسواها من الحوادث في حديث شريف فيقول : « ارشادك لرجل في ارض الضلال صدقة واماطتك الحجر والشوك والعظم عن الطريق صدقة » ويقول « لا تتركوا النار في بيوتكم حين تناموا »* .

(*) رواه الشيخان .

- جنائية مع سبق الاصرار : فقد عالجها الاسلام بالتشريعات الرادعة باقامة الحد .
 - ب - العجز الناتج عن المرض : ويطلب الاسلام باجراءات مضادة ومنها على سبيل المثال :
 - الوقاية فان كان الطاعون في بلد فلا تدخلوها .
 - المعالجة فور اكتشاف المرض « يا عباد الله تداووا فان الله عزوجل لم ينزل داء ، الا انزل له شفاء » .
 - التأهيل وهو استغلال الطاقات المتبقية عند المرء أو تحسين أداء البديل عنها طبييا .
 - ج - ادمان الخمر والعقاقير : فقد حرم الله كل مسكر .
 - د - نقص التغذية والفقر : وقد ضمن الاسلام مبدأ التكافل الاجتماعى .
- رابعا - الرعاية الفردية والجماعية للمعاقين :

وهي كما هو وارد في التطبيق على نوعين ، فردى وجماعى ، وفق ثلاثة مناهج متكاملة متسلسلة ، يجب اخذها دفعة واحدة ، وكذلك تطبيقها كمرحلة واحدة وليس على اجزاء ومراحل ، وهى :

١ - العلاج المعنوى للنفس :

وهو الصبر على المصيبة والاحتساب ، وعدم الشعور بالنقص والدونية ﴿ الذين اذا اصابتهم مصيبة ، قالوا انا لله وانا اليه راجعون ﴾^(٤١) وهى تساعد على تحقيق فكرة مشاركة العميل (المعاق) في حل مشكلته لا في مضاعفة حالتها وتعقيدها .

٢ - العون المادى الاهلى :

فرديا : الاحسان والصدقة والمعروف ، « من قاد اعمى اربعين خطوة وجبت له الجنة » .

جماعيا : اقامة المؤسسات الاجتماعية والبرامج التى ترعى هذه الفئات ودعمها بالصدقات وأموال الوقف الاسلامى .

٣ - رعاية الدولة والسلطان :

فالسُلطان مسؤول عن الاتفاق على العاجز غير القادر على العمل نصا بالتنزيل كما ذكرنا سابقا .

(٤١) سورة البقرة ، الآية (١٥٦) .

حتى ان بعض الفقهاء قالوا : بأن يعطي الامام من الزكاة للفقير والمعاق المحترف (الذي يجيد حرفة) ما يشتري به أدوات مهنية لمهنته ، بالغاً ما بلغ ، انها قضية التأهيل المهني التي تأخذ درجة متقدمة من اهتمام وبرامج تأهيل وحماية المعاقين هذه الايام .
وأكثر من هذا هناك من قال « بأن يتم شراء عقار من بيت المال للمعاق يدر عليه كفايته الدائمة » .

ومن العجز ايضا ان يكون طالب النفقة منصرفاً لطلب العلم وله مواهب تمكنه من السير فيه بعيداً فيجب على الدولة ان تهيب له ذلك وتكفل له الرزق رغم استطاعته العمل .
وقد ذكر الفقهاء ايضا ان من اسباب العجز ان يكون الشخص من طبقة لا يستخدمها الناس ولا يعهدون اليها بعمل فيعتبر بذلك عاجزاً ، لانه لا يسند اليه اى عمل يأكل منه .

الفصل السابع

درس من التجربة

ما من شك في ان الشريعة الاسلامية حوت ، وان التجربة التاريخية للأمة العربية والاسلامية قد اوضحت : آراء علمية ، ومواقف انسانية ، وتطبيقات ناجحة لقضايا الرعاية الاجتماعية ورعاية المعاقين في المجتمع العربي والاسلامى وما احوجنا الى الدراسة والتأمل ، والانتفاع بها ، ففيها مبادئ اساسية ومنطلقات علمية ، ومواقف مصيرية في ميادين العمل الاجتماعى عامة ، لا يمل المرء من ترديدها لشعوره بأنها حية نحتاج اليها لتوجهنا وترشدنا ، فهي تؤكد ان :

- ١ - للمواطن حرمة ، تفوق حرمة الكعبة : فقد ثبت ان الرسول صلى الله عليه وسلم وقف امام الكعبة يخاطب بقوله « ما اطيبك ، وما اطيب ريحك ، وما اعظمك وما اعظم حرمتك ، والذي نفس محمد بيده . لحرمة المؤمن عند الله اعظم من حرمتك ، ماله ودمه »^(٤٢) .
- ٢ - التكافل الاجتماعى بين الفرد وذاته ، وبين الفرد واسرته ، وبين الفرد والجماعة وبين الجماعة والفرد قاعدة الحياة والاستمرارية في الأمة .
- ٣ - الرعاية الاجتماعية للفقراء والمعاقين عمل رسمى وسياسى بالدرجة الاولى ، قبل ان يكون عملا تطوعيا . وانه واجب السلطان قبل الجيران .
- ٤ - الفقراء والايتام والمعاقين وباقى فئات الضعفاء ، أولى بالرعاية والانفاق من باقى الامة ، وان مالهم وحقوقهم في بيت المال كبيرة ومحددة لا تمتد لها يد .. فقد اعتبر ابوبكر رضى الله عنه الفقراء أولى بالعطايا من السابقين في الاسلام .
- ٥ - للقاضي الحق في اصدار حكم ضد السلطان (الدولة) للانفاق على الفقراء والمعوزين ، وعلى بيت المال تنفيذ ذلك الحكم .
- ٦ - حق فئات الرعاية الاجتماعية والمستضعفين ، مدعوم بتشريع منزل منظم مفصل منذ ان تقوم الدولة : تشريع يعقبه تنفيذ ، وتنفيذ لا يتخلف عن التشريع .
- ٧ - مبدأ الرجل وحاجته ، والرجل ودرجة احتياجه ، وليس الرجل ومكانته ومعارفه ولونه ، وقبيلته .. وانه يجب ان ينالها قبل ان يحمر وجهه في طلبها .

(٤٢) عبده سعيد اليماني ، الضمان الاجتماعى في الاسلام ، دار الفكر العربى بالقاهرة ، ص (٨٥) .

٨ - مبدأ من أين لك هذا ؟ الذى طبقه عمر بن الخطاب رضي الله عنه قضية رئيسية في المسألة الاجتماعية .

٩ - دروس نتفعلنا من داخل المؤسسات الاجتماعية وممارساتها ومن الممارسات من حيث كفاءة العاملين ، ومرتباتهم ومكافآتهم حسب القدرة والاخلاص ، وعددهم ، حتى ليقال بأن نسبتهم للنزلاء كانت ٢ : ١ أى عاملين لكل نزيل .

١٠ - طريق الأمة الى الرعاية الاجتماعية هى نفس طريقها في كل شيء ، الاسلوب العلمي العقلانى .

يقول الرسول صلى الله عليه وسلم « من أتى عرافا فسأله عن شيء ، فصدقه لم تقبل له صلاة أربعين يوما»* .

وهذا عمر بن الخطاب رضي الله عنه يستخدم أسلوب الاحصاء العلمي لحصر من لم يكونوا يستطيعون حضور الموائد العامة التى كان يقيمها للناس ، ولما تم حصرهم كان يوافقهم في بيوتهم بأنصبتهم واستخدم أيضا المنهج العلمي التجريبي لمعرفة كمية الدقيق التى تحفظ للأسرة كفايتها .

وفي اعتقادنا ان هذه التجربة التاريخية لأمتنا ، وعلى الأرض العربية الاسلامية ، ترشدنا وتعلمنا الشيء الكثير الذى نحن عنه غافلون وإلى الغرب والشرق في طلبه متجهون .

ويتساءل متسائل .. فيقول :

١ - أليس في التراث العربى الاسلامى وفي التجربة التاريخية للأمة ما هو جدير بالدرس والاهتمام ، قبل اللهث وراء الحدود ، خلف برامج الرعاية الاجتماعية في حضارات اخرى ؟! ونخشى ان الكثير مما نستورده هو حلول لمشكلات وهمية ليست عندنا !!

٢ - يستنتج بعض المفكرين ، ان العمل الرعائى ، الانفع والأبقى ، هو العمل غير الرسمي القائم على التطوع .. لماذا ؟! اذا كانت التجربة التاريخية تحوى نشاطات متميزة للوقف الخيري ، فما ذاك الا لأن الأمة الحية هى التى تبادر الى حماية نفسها اذا غفل السلطان عن ذلك !..

وأخير بعد ان تم استعراض مسألة الرعاية الاجتماعية في التراث العربى الاسلامى ورعاية المعاقين في الاسلام حضورا في التنزيل وتطبيقا في المجتمع ، بالقدر الذى وفقنا الله له ، وبما توافر لدينا من معلومات ، لا نشك أن هناك جوانب مضيئة لدينا مشرقة كثيرة في التجربة ، لم يتحدث عنها هذا البحث .. فنلتمس لذلك المعذرة .

وبالله التوفيق .

المراجع

- ١ - د . احمد سويلم العمرى ، « المجتمع العربى وتطوراته الاجتماعية والسياسية » ، مكتبة الانجلو المصرية ، مصر ، ١٩٦٤ .
- ٢ - د . احمد عيسى بك ، « تاريخ البيمارستانات في الاسلام » دمشق ، ١٩٣٩ .
- ٣ - د . احمد كمال احمد وآخرون ، « مقدمة الرعاية الاجتماعية » ، مكتبة النهضة المصرية ، الطبعة الثانية ، ١٩٧٦ .
- ٤ - ادارة التنمية الاجتماعية بجامعة الدول العربية ، « استراتيجية العمل الاجتماعي في الوطن العربى » تونس ، جامعة الدول العربية ، ١٩٨٠ .
- ٥ - تومس ج كارول ، « رعاية المكفوفين ، نفسيا واجتماعيا ومهنيا » ، مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر ، القاهرة - ترجمة صلاح مخيمر ، ١٩٦٩ .
- ٦ - د . سليم حسن ، « مصر القديمة » ، مطابع دار الكتاب المصري .
- ٧ - سيد قطب ، « العدالة الاجتماعية في الاسلام » ، مطابع الشروق ، بيروت ، لبنان ، ١٩٥٤ .
- ٨ - عبده سعيد احمد اليمانى ، « الضمان الاجتماعي في الاسلام » ، دار الفكر العربى بالقاهرة .
- ٩ - فؤاد العادل ، « العدالة الاجتماعية ، عقيدة ، هدف ، مصير » ، دار الكتاب العربى بدمشق ، الطبعة الاولى ، ١٩٦٩ .
- ١٠ - د . لييب سعيد ، « العمل الاجتماعي : مدخل اليه ودراسة لأصوله الاسلامية » ، دار عكاظ/ الرياض ، ١٩٨٠ .
- ١١ - الامام محمد ابوزهرة ، « التكافل الاجتماعي في الاسلام » ، دار الفكر العربى بمصر .
- ١٢ - عمر رضا كحالة ، « دراسات اجتماعية في العصور الاسلامية » ، دمشق ، ١٩٧٣ .
13. Arthure Fink, "The Fields of Social Work," Holt, Rinehart and Winston, London Seventh Edition, 1978.
14. R. M. Titmuss, "Social Policy, An Introduction," George Allen & Unwin Ltd, London, 1974.
15. U. N. Development Reports on World Situation.

**مؤشرات وملامح من التجربة العالمية
في مجال تأهيل المعاقين**

**الأستاذ يوسف القروي
خبير منظمة اليونسكو**

المحتويات

الصفحة

من - الى

- أولاً - مرحلة القمع والاهمال ٢١٣
- ثانياً - مرحلة العهد الاسلامي وانعكاساته على تاهيل المعاقين ٢١٣ - ٢١٧
- ثالثاً - مرحلة معالجة أبناء الأعيان والأثرياء ٢١٧ - ٢١٨
- رابعاً - مرحلة ظهور أول مدارس خاصة في أوروبا وانعكاسات ٢١٨ - ٢١٩
النهضة الفرنسية على نشر طرق تاهيل المعاقين
- خامساً - خصائص مرحلة انتشار المؤسسات التربوية للمعاقين في أوروبا ٢١٩ - ٢٢١
- سادساً - مرحلة النهضة العلمية ١٩٠٥ - ١٩٦٩م ٢٢١ - ٢٢٣
- سابعاً - مرحلة ادماج وتطبيق الحقوق الأساسية للمعاقين ١٩٦٩ - ١٩٨١م ٢٢٣ - ٢٢٥
- المراجع ٢٢٦

أولاً - مرحلة القمع والاهمال :

لو حاولنا ان نبحث عن وضع المعاقين في الحضارات الغابرة وخاصة الحضارة اليونانية والحضارة الرومانية لما حصلنا إلا على بعض التلميحات العابرة والنصوص المقتضبة التي تشير الى حالات خاصة وفردية مما يدل على انعدام الاختبارات السياسية الواضحة في مجال رعاية ومعالجة الأطفال المعاقين ، ولا غرابة في ذلك حيث ان العادات المعمول بها في كلتا الحضارتين كانت تمنح الأب الحق المطلق على أبنائه وبناته ، ففي اثينا «Athènes» مثلاً كان يعرض المولود الى الأب فان حمله بين يديه كان ذلك عربون رضاه وموافقته على الاعتناء به ، وان أدار رأسه أو تردد في حمله ألقي بالمولود في هاوية أو عرض على أسواق العبيد^(١) .

وفي اسبرطة «Sparte» نجد احد المشرعين تحت اسم «Lycurgue» قد اصدر نص قانون يأمر بموجبه تأليف لجنة من أعيان وشيوخ المدينة للتأكد من عدم وجود عوق عند كل طفل مولود . وفي حالة اثبات العوق يرمى المولود من رأس جبل تيقيت «Taygete» .

ونجد ان نفس العادات السائدة في اثينا سارية المفعول في روما حتى عهد « روميلوس » « Romulus » الذي اصدر قانونا يحد من سلطة الأب على أبنائه حتى السن الثالثة من العمر بالنسبة للذكور والبنات الأولى فقط ثم يسمح للولي في التصرف بأطفاله كيف يشاء ، واهيانا بعد أخذ رأى الأقارب واستشارة الجيران في حالة البيع أو التخلي عن السلطة الأبوية بصورة من الصور . كما تجدر الاشارة الى ان القانون الروماني كان يمنع ويحجر عتق المعاقين الكهول لاستغلالهم في الاشغال الشاقة حتى عهد الامبراطور « جوستينيوس » « Justinius » في القرن الخامس الميلادي الذي سمح بتحرير بعض الصم من الدرجة الخفيفة^(٢) وبقيت الحالة تلك على ما هي عليه من قسوة وقمع أو اهمال - في أحسن الظروف - حتى مطلع الدعوة الاسلامية .

ثانياً - مرحلة العهد الاسلامي وانعكاساته على تأهيل المعاقين :

وإذ شهد العهد الاسلامي مرحلة متطورة في مجال تأهيل المعاقين ، الا اننا سوف نركز هنا على عنصرين رئيسيين من هذه المرحلة وهما :

- ١ - مميزات الهياكل والمؤسسات التأهيلية في العهد الاسلامي .
- ٢ - استعراض أبرز الطرق العلاجية التي ظهرت في ذلك العهد .

(١) د . بلانشي ، القاموس الدولي ، ١٨٥٠ .

(٢) د . أحمد عيسى بك ، البيمارستانات في الاسلام ، القاهرة ١٩٦٤ .

العنصر الاول : ان من يتصفح بعض الكتب التاريخية في مجال الطب الاسلامى او مؤلفات المستشرقين المنصفين امثال « دوكلاس كوترى » او مراجع معاصرة اخرى مثل « تاريخ البيمارستانات في الاسلام » للدكتور احمد عيسى بك ، او « دور العلاج والرعاية في الاسلام » لسعيد الديوه جي .. الخ يمكنه ان يتيقن من وجود اربعة اصناف على الاقل من المؤسسات التأهيلية ظهرت بين اواخر القرن الاول للهجرة ومنتصف القرن السابع الهجرى^(٣) .

١ - البيمارستانات :

وهى نظير لما نسميه اليوم « المستشفيات » واول مؤسسة علاجية اسلامية انشئت في دمشق سنة ٨٨هـ (٧٠٧ م) في عهد الوليد بن عبدالمك ثم انشئ مستشفيان في بغداد هما : البيمارستان المقتدرى سنة ٣٠٦هـ والبيمارستان العضدى سنة ٣٦٨هـ نسبة الى عضد الدولة ، ثم انتشر انشاء هذا النوع من المؤسسات في سائر البلاد الاسلامية مثل البيمارستان النورى الكبير في دمشق سنة ٥٤٩هـ ، ومستشفى المنصورى بالقاهرة سنة ٦٧٣هـ .. واربعة مستشفيات في الاندلس في قرطبة وفي اشبيلية وثالث في طليطلة ورابع في مرسية . ومما يثبت وجود اقسام خاصة بمعالجة المعاقين نذكر ما اورده ابن ابي اصيبعة^(٤) متحدثا عن ابي بكر الرازى قائلا : « رأى صبيا مولودا بوجهين ورأس واحد فسأل الاطباء عن سبب ذلك فأخبر به فأعجبه ما سمع » .

ب - ملاجىء المسنين والمكفوفين :

يتفق معظم المؤرخين على ان اول من جمع المقعدين والعاجزين والمكفوفين في ملجأ رعاية ، هو الوليد بن عبدالمك (٨٦ - ٩٦هـ)^(٥) ولقد عرف هذا النوع من المؤسسات التأهيلية في شمال افريقيا تحت اسم « التكية » واما تمويل الملاجىء فكان يقع جزء منه عن طريق خزائن الدولة ، وجزء آخر عن طريق التبرعات والمعونات الخاصة ، ثم اصدرت تشريعات لضمان التمويل الدائم عن طريق « اراضى الأوقاف » التى يحجر شراؤها أو بيعها ، كما انها قامت بتوفير اعمال لبعض اصناف المعاقين .

ج - دور المراضع والمياتم :

أى ما نسميه اليوم دور الحضانة . فلقد ظهر هذا النوع من المؤسسات التربوية والتأهيلية المبكرة بعد منتصف القرن السادس الهجرى حيث ان اول من أنشأها هو : مظفر الدين

(٣) د . محمود الحاج قاسم محمد ، تاريخ طب الاطفال عند العرب ، بغداد ١٩٧٨ .

(٤) ابن ابي اصيبعة ، عيون الانباء في طبقات الاطباء ، دار مكتبة الحياة ، بيروت ١٩٦٥ .

(٥) د . محمود الحاج قاسم ، الموجز لما اضافته العرب في الطب والعلوم المتعلقة به ، مطبعة الارشاد ، بغداد ١٩٧٤ .

كوكبوري (٥٤٩ - ٦٣٠هـ)^(٦) وتسهر على تربية الأطفال مجموعة من الجوارى تحت اشراف طبيب خاص .

د - الكتاتيب أو المدارس القرآنية :

وأول من أنشأ هذا النوع من المؤسسات التربوية هو يحيى البرمكي ببغداد خلال القرن الثاني للهجرة^(٧) وكان الغرض منه ضمان تعليم وايواء اليتامى وأطفال الأسر الفقيرة . هذا ولقد لعبت هذه المؤسسات التربوية دوراً مرموقاً في تعليم وادماج المعاقين وخاصة المكفوفين منهم والمقعدين .

أما العنصر الثاني في اسهام الحضارة الاسلامية في مجال تأهيل المعاقين فيتمثل بدون شك في تطوير الخدمات الطبية والعلاجية :

بالرجوع الى مؤلفات الاطباء المسلمين وخاصة الى مؤلفات الاقطاب منهم نتبين انه قد نفذت عدة دراسات اضافية بخصوص تشخيص ومعالجة جملة من الأمراض المؤدية الى معوقات حسية أو بدنية أو عقلية . فمن مؤلفات الرازي بهذا الصدد نذكر :

- كتابه في صناعة التجبير .

- وكتابه في كيفية الابصار وقوانين التقاط النور بالعين .

- وكتابه في فضل العين على سائر الحواس .

- ومقاله في علاج العين بالحديد .

- وكتابه في الجدرى والحصبة^(٨) .

كما ان ابن الجزار القيرواني الذي امتاز بتعريف وفصل طب الاطفال عن غيره من فروع علم الطب قد اشار الى مرض الصرع والى ضمور الجمجمة «Microcephalas» ومرض الحصبة في كتابه الشهير « سياسة الصبيان وتدريبهم » كما نتبين من خلال هذا العنوان الصبغة التربوية التي قصدها المؤلف .

أما مؤلفات ابن سينا فهي كثيرة جدا ولا يسعنا ذكرها في نطاق هذا البحث الا اننا نكتفي بالإشارة الى انه تعرض الى تشخيص ومعالجة الامراض التي ذكرها سالفوه وخاصة الرازي وابن الجزار ، وأضاف إليها بعض الفصول المتعلقة بيبغض اصناف المعاقين مثل :

- فصل في الرعونة والحمق .

- فصل في فساد الذكر .

(٦) المصدر السابق .

(٧) المصدر السابق .

(٨) ابن ابي اصيبعة ، مصدر سابق

- فصل في اختلاط الذهن والهديان .

- فصل في فساد التخيل .

- مقالة في مخارج الحروف ... الخ^(٩) .

وإذا تساعلنا عن أبرز الطرق التأهيلية في مجال المعاقين خلال الثمانية قرون من النهضة الإسلامية يمكننا القول ان الطب الاسلامى تميز باتقان وبلورة أربع طرق تأهيلية على الأقل :

أ - طريقة التدليك :

لقد أشار الرازى في كتابه « الحاوى الكبير » في الجزء الأول منه متحدثا عما نسميه اليوم بشلل الأطفال^(١٠) الى تأثير التدليك في تنشيط العضلات اذ يقول « وقوة العضو تقوى بالدلك المعتدل في الكمية والكيفية والحركة الموافقة والدم ينجذب اليها . ويصب الماء الحار عليه بقدر معتدل وبتحريكه ودلكه . فإن الدلك والتحرك مع تقويتها القوة يجذبان الدم » .

ولقد اضيف على هذه الطريقة استعمال بعض المراهم وزيت نباتية نجد اثرها حتى ايامنا هذه في بعض القرى .

ب - طرق الاستحمام او المعالجة المائية Hydrotherapy :

لقد استعملت هذه الطرق لمعالجة النوبات العصبية الحادة او لمساعدة بعض المعاقين حركيا . وان هندسة الحمامات التركية مثلا ، حيث توجد غرف التسخين بالبخار المائى وأخرى عن طريق الاحواض الحارة أو المعتدلة الحرارة او الباردة تماما .. لدليل على مدى تطور طرق المعالجة المائية في سائر البلدان العربية .

ج - طرق المعالجة الموسيقية Musicotherapy

من المعروف ان الفارابي هو الذي وضع الركائز الاولى لاستعمال هذه الطريقة للتخفيف من آلام بعض الجرحى او المرضى ، حيث انه اكتشف وجود نغمات أو أوزان موسيقية خاصة بكل فرد . ثم انتشر استعمالها في المستشفيات وخاصة المستشفيات الاندلسية في قسم الأمراض العصبية والتشريح .

ولقد تطورت هذه الطريقة عبر الاجيال ، حيث نجد ابن الهيثم يخصص في أوائل القرن الخامس الهجرى مقالة تحت عنوان « في تأثيرات اللحن الموسيقية في النفوس الحيوانية »^(١١) .

د - طرق العلاج بواسطة الاشغال اليدوية Ergotherapy

تجدر الإشارة في هذا الصدد الى ان ما دفع الدكتور الفرنسي Pinep لكسر سلاسل المرضى

(٩) ابن ابي أصيبعة ، مصدر سابق

(١٠) د . محمود الحاج قاسم محمد ، الموجز ، مصدر سابق .

(١١) ابن ابي أصيبعة ، مصدر سابق .

عقليا في مطلع القرن التاسع عشر الميلادي هو اعجابه بما شهده في مستشفيات اسبانيا في أواخر القرن الثامن عشر الميلادي حيث ان كل مرضى قسم الامراض العصبية كانوا يشاركون في أنشطة فلاحية في الاراضي المتاخمة للمستشفيات الاسبانية دون اى قيد أو حراسة مشددة . واذا ربطنا هذا بالتشريعات الاسلامية المتعلقة بتخصيص اراضي الأوقاف ووجود بعض صناعات الحياكة في ملاجىء ومستشفيات شمال افريقيا ادركنا ان ما سمي في الثلاثينات من القرن العشرين الميلادي بـ Occupation Therapy او Ergotherapy كان معمولا به في المستشفيات ومؤسسات التأهيل الاسلامية منذ أمد بعيد .

ثالثاً - مرحلة معالجة أبناء الأعيان والأثرياء :

يتفق المؤرخون وبالخصوص من اعتنى منهم بدراسة تاريخ تأهيل المعاقين امثال « ليوكانير » «Leo Kanner»^(١٢) والدكتور « بلانشي » «Blanchet» على ان رعاية ومعالجة المعاقين كانت تكاد تكون معدومة في سائر بلدان اوربا حتى الربع الأول من القرن السابع عشر الميلادي حيث ظهر في اسبانيا ثلاثة مربين اختلفوا بمحاولة تنطيق اطفال صم لبعض الأمراء والأعيان :

- حيث ألف « بابلوبونيه » «Pablo Bonnet» سنة ١٦٢٠م كتابا بعنوان « فن تنطيق الصم »^(١٣) ثم « الابدجية اليدوية » «L'alphabet Manuel» وقد عنى بتنطيق ابن احد اثرياء مدينة قشتالة «Castille» .

- « وبيدروبنوس » «Pedro Ponce» الذي اشتغل بتربية ثلاثة اطفال صم لأحد ولاة اسبانيا يدعى « فالسكو » «Valesco» ولقد تمكن من تنطيقهم جزئيا مما يشير الى كونهم من صنف ضعاف السمع . ولقد عرف طريقة تنطيقه الطبيب الخاص للأمير فيليب الثاني «Blanchet»^(١٤) .

- أما المربي الثالث فهو أصم منذ الولادة وتمكن من تربية ابن أمير « كارينيان » «Carignan» ونشر كتابا سنة ١٦٢٩م يصف فيه طريقته ، بعنوان « عجائب الطبيعة المستوعبة ألفي سر كامن في أشياء طبيعية » « Les merveilles de La nature qui contiennent doux mille (Secrets de Choses naturelles) » .

- ولقد ظهر في بريطانيا عالم رياضى تحت اسم « جون واليس » «John Wallis» (١٦١٦ - ١٧٠٣م) اهتم عرضا بتنطيق بعض الاطفال الصم مستعينا في ذلك بحواس اللمس مثلا وضع ظهر اليد على الحنجرة لادراك الارتجاجات الصوتية وأرسم شكل الأحرف المنطوقة على الخد أو على كف اليد .

Leo KANNER, A History of the care and study of the mentally Retarded, C. Thomas Books, Springfield, (١٢) Illinois, USA, 3rd Printing, 1974.

Dr. BUSQUET, L'art d'enseigner La Parole aux mutes pablo Bonnet, etc. Mottier (Voir ref ci-dessous). (١٣)

(١٤) د . بلانشي ، مصدر سابق .

وخلال النصف الثاني من القرن السابع عشر الميلادي ظهر بسويسرا طبيب يحمل اسماً عربياً « جون كونراد عمان » « Jean-Conrad Amman » (١٦٦٩ - ١٧٢٤ م) اشتهر بتطبيق بعض الاطفال عميقى الصم ثم سافر الى فرنسا ثم منها الى هولندا حيث نشر كتابين « الاصم الناطق » (Le Sourd Parlant, Amsterdam, 1692) و«مقالة في الكلام» (Dissertation Sur la Parlo, Amsterdam, 1700) . (١٥)

- وفي منتصف القرن الثامن عشر الميلادي نجد أحد المهاجرين من اسبانيا تحت اسم « يعقوب رودريجز باريه » « Jacob-Rodriguez Pereira » (١٧١٥ - ١٧٨٠ م) يحاول البحث عن طريقة جديدة في تربية الصم تعتمد على اصول النطق والاستعانة بحاسة اللمس . ولقد رفض نشر طريقته في كتاب بل اكتفى بعرضها على اكاديمتين مشهورتين بفرنسا هما اكاديمية « الروشيل » (Rochelle) واكاديمية « كان » (Caen) سنة ١٨٤٥ م .

رابعاً - مرحلة ظهور أول مدارس خاصة في أوروبا وانعكاسات النهضة الفرنسية على نشر طرق تأهيل المعاقين :

ان أول من أنشأ مدرسة خاصة بتربية وتعليم الاطفال الصم هو الراهب « دى لبيى » «Abbe de L'Epee» وكان ذلك بباريس سنة ١٧٦٠ م ، ومما لا شك فيه انه استعان بمحاولات المرين الأوائل وخاصة طريقة «Pablo» المعروفة بالابجدية اليدوية ، الا انه طورها كثيرا بحيث لم تقتصر على اشارات الاصابع للدلالة على الأحرف بل اشتملت على كلمات او جمل او خواطر ، وكان حلمه ابتكار لغة اشارات دولية يستعملها كل الناس لا الصم وحدهم ، هذا وبمساعدة الراهب « سيكار » «Abbe Sicar» قام في سنة ١٨٠٨ م بتأليف أول قاموس في لغة الاشارات .

ولم تمض خمس وعشرون سنة على افتتاح أول مدرسة للصم حتى افتتحت بباريس أول مدرسة خاصة بتعليم المكفوفين وكان ذلك عن طرف «Valentin Hauy» سنة ١٧٨٥ م أى قبل اربع سنوات من الثورة الفرنسية .

أما رعاية وتربية المعاقين ذهنيا فلم تتبلور وتنتشر نسبيا الا بعد منتصف القرن التاسع عشر الميلادي اثر دراسات قيمة لثلاثة من الأطباء الفرنسيين الذين يعتبرون من الأطباء الرائدین عالميا في مجالات تأهيل المعاقين :

١ - «J.Itard» الذى قدم تقريرين للاكاديمية الفرنسية (١٨٠١ و ١٨٠٧ م) يعرض فيهما الطريقة التى اعتمدها في تربية ومعالجة طفل معاق ذهنيا من الصنف العميق عثر عليه يعيش مع الحيوانات في احدى الغابات المجاورة لباريس «Aveyron» .

٢ - والطبيب «Esquirop» الذى قام بدراسة تشخيصية لاطفال معاقين ذهنيا بمستشفى «Salpetriere» بباريس سنة ١٨١٨ م وملجأ « بيساتر » «Bicetre» .

(١٥) د. بلانتي ، مصدر سابق.

٣ - وأبرزهم «Dr. E. Seguin» الذي تتلمذ على يد «Itard» ونشر عدة دراسات خاصة بتربية وعلاج المعاقين ذهنيا كما كان له الفضل في نشر التربية الخاصة بالولايات المتحدة الأمريكية التي هاجر إليها بعد الثورة الثانية لفرنسا (١٨٤٨ م) ولقد أشرف على أول مدرسة لتربية المتخلفين ذهنيا بأمريكا في ولاية «Pennsylvania» سنة ١٨٦٠م^(١٦) ونشر دراسات عديدة باللغة الانجليزية .

ومن بين الأطباء الرائدة في أوروبا لا بد لنا من ذكر دور الطبيب السويسرى «J. Goggenbühl» الذي أسس مركزا خاصا بتربية المتخلفين ذهنيا بقرب من مدينة « بين » «Berne» سنة ١٨٤٠ م . والواقع ان «Goggenbühl» لم يأت بطريقة علاجية جديدة أو أى اكتشاف علمي يذكر انما لعب دورا فعالا في لفت أنتباه معاصريه على الاحوال السيئة التي كان عليها المعاقون ذهنيا حيث انه نشر عدة مقالات في الصحف وبعث برسائل عديدة الى الأوساط العلمية بانجلترا وفيينا وبون وكوبنهاجن .. كما قام بعدة اسفار ورحلات عبر بلدان أوروبا كانت بمثابة شرارة الوعي لدى الكثير من الأوساط العلمية والخيرية .

وهذا ما يجرنا الى الحديث عن :

خامساً - خصائص مرحلة انقشار المؤسسات التربوية للمعاقين في أوروبا :

١ - عدم تزامن اجبارية التعليم العام بنشر التعليم الخاص :

يعتبر الكثيرون ان نشر التعليم العام واصدار القوانين المتعلقة به هو الدافع الرئيسى او السبب الاصل لانشاء مؤسسات التربية الخاصة حيث يتضح أنذاك للسلطات العامة وجود فئات خاصة من الاطفال يصعب ادماجهم في المدارس العامة .

وان كان هذا الاعتقاد يكتسب نوعا من الصحة من الوجهة النظرية الا انه غير صحيح تاريخيا حيث ان قوانين الزامية التعليم العام في البلدان الاوروبية ظهرت في الثمانينات من القرن التاسع عشر الميلادى بينما انشئت قبل ذلك التاريخ عشرات المؤسسات التربوية الخاصة بالمعاقين نذكر من ذلك ما يلى :

بفرنسا وجد بين عامي ١٧٢٠ و ١٩٠٠ م ، ٧٠ مؤسسة خاصة بذوى العجز السمعى (الصم) من بينها ٤٠ مؤسسة اسست بين عامي ١٨١٥ و ١٨٦٠م و ٦ مؤسسات خاصة بذوى التخلف الذهني بين عامي ١٨٢٨ و ١٨٥٨ م (مؤسستان حكوميتان و ٤ أهلية)^(١٧) .

بألمانيا انشئ بين عامي ١٨٤٥ و ١٨٨٥م ما يزيد عن ٣٠ مؤسسة خاصة بالمتخلفين ذهنيا ثم بلغ عددها حوالى ١٠٠ مؤسسة سنة ١٩٠٠م^(١٨) .

وبسويسرا أنشئت ١٨ مؤسسة لذوي التخلف الذهني بين عامي ١٨٤٠ و ١٩٠٢ م .

Leo Kanner, op.cit. (١٦)

L. Kanner, op. cit (١٧)

L. Kanner, op. cit (١٨)

اما بانجلترا فلم ينشأ إلا ٧ مؤسسات من الصنف المذكور وذلك بين سنة ١٨٤٦م تاريخ فتح أول مؤسسة بلندن الى سنة ١٨٦٦ م .

وبالولايات المتحدة الامريكية لم يؤسس في ظرف ٤٠ سنة اى من عام ١٨٤٨ الى ١٨٨٨م الا ١٥ مؤسسة من بينها مؤسستان في نيويورك والبقية في ١٤ ولاية اخرى .

وإما في روسيا التي كانت لها علاقات ثقافية وثيقة مع فرنسا فإنها أصدرت قانونا بتاريخ ٢ يونيو ١٨٥٩م انشأت بموجبه حوالي ١٠٠ مؤسسة علاجية خاصة بشتى أصناف المعاقين كان معظمها داخل المصالح الصحية والمستشفيات .

٢ - محاولات ادماج المعاقين ضمن المدارس العادية :

يبدو ان أول من أتى بفكرة ادماج المتخلفين ذهنيا داخل المدارس العادية هو احد المدرسين الألمان تحت اسم «Johann Tranggott Weise» حيث انه نشر مقالة شديدة اللهجة سنة ١٨٢٠م . غير ان فكرته الوجيية لم تطبق في المانيا الا سنة ١٨٦٧م حيث فتح أول صف خاص بتربية ١٦ طالبا متخلفا ذهنيا بمدينة «Dresden»^(١٩) .

أما في فرنسا فقد نالت هذه الفكرة اهتمام الدكتور « بلانشى » «Dr.Blanchet» الذى كان يشغل منصب مدير لمدرسة الصم بباريس وتمكن سنة ١٨٤٨م من فتح بعض الصفوف التجريبية داخل المدارس العادية مستعينا بمجموعة من الطلاب الصم المثقفين وبعض المدرسين . ولقد دامت هذه التجربة عشر سنوات صدر اثرها منشور وزارى بتاريخ ١٨٥٨/٨/٢٠م ، يحث الولاة على تعميم التجربة^(٢٠) .

ولم تمض بضع سنين حتى فشلت التجربة ولم يسمع عنها شيء . ويبدو ان السبب الرئيسى في ذلك كان راجعا لسرعة تعميم التجربة ، وعدم تدريب المدرسين الضرورىين وانعدام مساعدة الحالات الخاصة مثلما كان الشأن في باريس .

أما في المانيا فقد طبقت فكرة الادماج بصفة تدريجية ما بين عامي ١٨٦٧ و ١٩٠٥م حيث شملت ٥٨٢ صفا موزعا على ما يزيد عن ١٨١ مدينة . وكان عدد المتخلفين ذهنيا الذين وقع ادماجهم في المدارس العادية يشمل ٦٦٢٣ طالبا و ٥٣٠٠ طالبة .

وأما في الولايات المتحدة الامريكية فان أول صف خاص بتربية المتخلفين ذهنيا انشئ في « بروفيدنس - رودايلند » «Providence Rhode Island» سنة ١٨٩٦م ثم افتتحت صفوف اخرى في اشهر المدن الامريكية ، « شيكاغو Chicago» سنة ١٨٩٨م ، «بوسطن Boston» سنة ١٨٩٩م ، «نيويورك New York» سنة ١٩٠٠م ، «فيلادلفيا Philadelphia» سنة ١٩٠١م ، «لوس انجلوس Los Angeles» سنة ١٩٠٢م .. ثم أحدث اول معهد لتدريب المدرسين المختصين في «نيوجرسى New Jersey» سنة ١٩٠٥م .

L. Kanner, op. cit. (١٩)

Dr. Busquet et, C. Mottier, L'enfant Sourd, Developpement Psychologique et Reeducation (٢٠)

٣ - الميزة الثالثة تتمثل في انعدام وجود مؤسسات تربوية خاصة بالعاجزين حركيا :

كانت ابحاث الدكتور الفرنسي «J.C. Tissot» في أواخر القرن الثامن عشر (٧٨٠م) وأبحاث الدكتور البريطاني «Dr. little» الذى شخص الشلل الدماغى سنة ١٨٦١م^(٢١) المتخصص فى مجال العلاجات الطبية وما كان يعرف بالرياضة الطبية «Midical Gymnastic» ، الا انه لم يكن لهذه البحوث الطبية والطرق العلاجية تأثير أو انعكاس تربوي مباشر فى فرنسا أو انكلترا ، حيث ان أول مركز خاص بتربية العاجزين حركيا ظهر فى الولايات المتحدة الأمريكية سنة ١٩٠٠م بمدينة شيكاغو^(٢٢) .

ولم يتزايد عدد المراكز فى الولايات المتحدة أولا ثم فى انكلترا والمانيا وفرنسا الا بعد الحرب العالمية الأولى اثر ضغوط (جمعية قدماء المحاربين) و (جمعية اخصائى العلاج الطبيعى) اللتين ظهرتتا بالولايات المتحدة سنة ١٩٢٢م ، هذا ولم تفتح صفوف خاصة فى المدارس العادية الا بعد الحرب العالمية الثانية .

أما أهم الأسباب فى هذا التقصير فترجع . فى نظرنا ، الى عدة عوامل أهمها :

- أ - اختلاف اصناف العاجزين حركيا وقللة الوسائل التعليمية الضرورية (وسائل سمعية - بصرية - آلات تسجيل وطباعة - طاولات متحركة - اجهزة علاجات خاصة) .
- ب - قلة عدد الفنيين المختصين فى ميادين العلاجات الطبية المختلفة مثل (التدليك ، العلاج الطبيعى ، التنطيق ، تنشيط وتطوير المهارات اليدوية .. الخ) .
- ج - كثرة الحواجز الطبيعية التى تحول دون تنقل المعاقين بسهولة (صغر حجم الأبواب ، انعدام المنحدرات أو المصاعد الكهربائية بالمدارس ، انعدام وسائل النقل الخاصة التى لم تظهر الا فى الستينات من هذا القرن .. الخ) .
- د - قلة عدد المؤسسات الأهلية الممثلة لمصالح وحقوق العاجزين حركيا التى تلعب غالبا دورا كبيرا فى توعية المجتمع ولفت انتباه السلطة الحكومية الى احتياجات ومشاكل الفئات الخاصة .

سادساً - مرحلة النهضة العلمية ١٩٠٥ - ١٩٦٩م :

ويمكن تقسيم هذه المرحلة الى فترتين رئيسيتين :

١ - فترة التشخيص والتخوف من ازدياد عدد المعاقين (١٩٠٥ - ١٩٥٠م)

تعتبر سنة ١٩٠٥ منعطفاً هاماً فى تاريخ تربية ذوى التخلف ذهنى حيث اكتشف فيها « الفريد بينى » «A. Binet» مقياسا علميا لتحديد درجات الذكاء ما لبث ان انتشر استعماله فى العالم بأسره ، كما كان نقطة انطلاق لاكتشاف عشرات الاختبارات الاخرى لضبط وتحديد

(٢١) J.C. Tissot, Jymnastique Medicinale et Chirurgicale.

(٢٢) J.C. Tissot; op. cit.

مختلف القدرات الحسية والحركية والاستعدادات المهنية وغيرها من المهارات والكفاءات البشرية . وبعد مرور أربع سنوات صدر قرار من وزارة التربية الفرنسية يحث على فتح صفوف خاصة لتربية المتخلفين ذهنيا طبقا لاحتياجاتهم وقدراتهم . الا ان الانعكاسات السيئة لهذا الاختبار حدثت في الولايات المتحدة الامريكية عن طريق باحث يدعى « جودارد » H.H. « Goddard الذى ألصق بالصنف الخفيف من المتخلفين ذهنيا وصمة سلبية دامت اكثر من خمسين سنة حيث انه عرف هذا الصنف سنة ١٩١٠م بكلمة تحقير ألا وهى : «Moron» أي أبله أو غبي . ثم أراد سنة ١٩١٢م ان يثبت دور الوراثة في انتشار التخلف الذهنى في المجتمع بدراسته نسل عائلتين احدهما تنحدر من أم معاقة ذهنيا وفقيرة ، والاخرى تنحدر من أم سليمة من عائلة مرموقة وميسورة ماديا . وأحدثت هذه الدراسة موجة خوف وهلع من تسرب العوق الذهني في المجتمع وكانت سببا لاصدار « قانون تعقيم المتخلفين ذهنيا والمجرمين والمنحرفين » هذا وتدل الابحاث على أن ٢٣ ولاية امريكية اصدرت قوانين خاصة بتعقيم المعاقين ذهنيا وسلوكيا بين عامي ١٩٠٧ و ١٩٢٦م كما ان بعض البلدان الاوروبية اصدرت قوانين مماثلة .

ولعل ما يفسر تحويل الصفوف الخاصة داخل المدارس العادية بمدارس خاصة بتربية ذوى التخلف الخفيف في فرنسا في الثلاثينات هو تأثير هذه المخاوف .

وتجدر الاشارة بهذا الصدد الى ان الدراسة التى قام بها «A. Rogers» و «M. Merrill» بتتبع حالة احد عشر طفلا منحدرين من أم وأب متخلفين ذهنيا يعيشان في قرية نائية بالولايات المتحدة الامريكية سنة ١٩١٨م أعيد النظر في الفكرة من جديد بعد ٤٠ سنة من طرف «V. C. Phillips» و «E. W. Reeds» سنة ١٩٥٩م ، ولم يحصل على اى ازدياد في عدد المتخلفين ذهنيا بالقرية المذكورة .

هذا وان الافكار النازية والعنصرية التى طغت على العالم الغربي بين الحربين العالميتين بالاضافة الى الأزمة الاقتصادية التى سادت في الثلاثينات حالت دون تطبيق بعض الاكتشافات العلمية الهامة مثل اكتشاف «Foelling» سنة ١٩٣٤م لأحد أسباب التخلف العميق : الفيلين ستونوريا «Phenylcetonuria» الذى لم يتم تطبيقه الا في الستينات من هذا القرن .

٢ - فترة التاهيل والتفأول (١٩٥٠ - ١٩٦٩ م) :

بانتهاء الحرب العالمية الثانية وما خلفته من دمار ومشاكل اقتصادية واجتماعية أدركت معظم البلدان الغربية الحاجة الملحة لمعالجة وتأهيل اعداد هائلة من المواطنين العجز . الا ان الموارد المالية الضعيفة والمتدهورة في أوروبا حالت دون انشاء المؤسسات التأهيلية والضرورية الا بعد عدة سنين من تطبيق مخطط « مارشال » وهذا السبب الذى جعل الولايات المتحدة الامريكية تتبوأ الصدارة في تاهيل المعاقين كما وكيفا .

اما الازدياد الكمي فنتبينه من خلال الاحصاءات الفيدرالية التالية: (٢٣) .

سنوات الإحصاء *			صنف المعاقين
١٩٥٨م	١٩٥٢م	١٩٤٨م	
٢١٣,٤٠٢	١١٣,٥٦٥	٨٧,٠٣٠	تخلف ذهني
١٩,١٩٩	١٥,٨٦٧	١٣,٩٥٩	ضعف سمع وبصر
٤٧٤,٦٤٣	٣٠٦,٧٤٧	١٨٢,٣٠٨	اضطرابات تخاطب
١١,٠٠٨	٨,٨٥٣	٨,١٨٥	فقد بصر جزئي أو كلي
٢٨,٣٥٥	١٧,٨١٣	١٤,٥١٠	عجز حركي

واما التحسينات الكيفية فتمثلت في سرعة تطبيق جملة من الاكتشافات الطبية الهامة مثل :

- اكتشاف لقاح ضد مرض شلل الاطفال سنة ١٩٥٦م (Salk Vaccine) الذي مكن من « تخفيض عدد الاطفال المشلولين بنسبة ٥٠٪ » في الولايات المتحدة الامريكية (٢٤) .

- اكتشاف سبب مرض أنسجة العين الواقعة خلف العدسة ففى نيويورك مثلا انخفض عدد الاطفال المكفوفين بسبب هذا المرض من ١٨٥ سنة ١٩٥٢م الى ٥ حالات سنة ١٩٥٦م (٢٥) .

كما ان تعميم التلقيح ضد مرض التراخوما خفض عدد المكفوفين بنسبة هامة . هذا وان الابحاث العديدة التي اجريت في مختلف البلدان الغربية لمعالجة المصابين بالصرع والاطفال المنحدرين من أولياء غير متجانسين دمويا ومعالجة الامراض المعدية مثل السيفيليس والحصبة ادت كل هذه الابحاث الى اجراءات وقائية او علاجية هامة الامر الذي اثار آمالا كبيرة في الأوساط العلمية للسيطرة على الاسباب المؤدية الى الاعاقات البشرية وأزال موجة اليأس والتخوف من تفشي الاعاقات في المجتمع . وهذا ما يحملنا الى الحديث عن المرحلة الحاسمة الاخيرة التي تعد نقطة تحول هام في مجال تأهيل المعاقين .

سابغاً - مرحلة ادماج وتطبيق الحقوق الاساسية للمعاقين ١٩٦٩ - ١٩٨١م :

ان الحاجات الملحة لتأهيل اكبر عدد ممكن من المعاقين والبحث عن انجح طرق العلاج والوقاية أدت ، بعد الحرب العالمية الثانية ، الى انشاء مراكز ضخمة يتراوح عدد الطلاب فيها بين ٣٠٠٠ الى ٣٥٠٠ طالب احيانا كما جهزت تلك المؤسسات الضخمة بأحدث الوسائل العلاجية وضمت اصنافا عديدة من الاطباء والاختصاصيين والباحثين ، أدى كل هذا الى اكتشافات علاجية وطرق تأهيلية هامة الا ان النتائج السلبية التي تولدت عن هذه المؤسسات كانت في مستوى ضخامتها ايضا ، نذكر منها :

(٢٣) J.C. Tissot, OP. cit.

(*) ملاحظة : لم تشمل الاحصاءات عدد المعاقين التابعين لمؤسسات اهلية بل اقتصر على المؤسسات الحكومية فحسب .

(٢٤) Britanica Book of the year, Chicago 1957.

(٢٥) J.C. Tissot, op. cit.

- عزل المعاقين عن المجتمع وهياكله الطبيعية .
- حماية المعاقين حماية مفرطة أدت الى نزع روح المسؤولية ومواجهة مصاعب الحياة والقدرة على التكيف الاجتماعى .
- معاملة الطلاب معاملة مرضى أو قاصرين مدى الحياة .
- استئصال روح التنافس والتطلع الى الاحسن من جراء معيشتهم مع الفئات الخاصة وفى اجواء محمية بصفة خانقة .
- والنتيجة الحتمية لتعديل وتحسين أوضاع المعاقين أتت على أيدي كاتيين مشهورين أولهما سويدى «Nirje» الذى أتى سنة ١٩٦٩م بفكرة مبدأ تطبيع خدمات المعاقين وانعكاساتها الانسانية ، والثانى باحث أمريكى كان يعمل فى المعهد القومى للتأخر الذهنى بتورنتو ، كندا (١٩٧٢م) ويدعى «Wolfens Berger» .

١ - مميزات فكرة تطبيع خدمات المعاقين :

تعتمد هذه الفكرة على مبادئ أساسية أهمها :

- أ - ضمان الاندماج المادى لكل المعاقين وذلك عن طريق بعث خدمات خاصة داخل المؤسسات العادية سواء كانت تربوية أو مهنية أو علاجية أو ترفيهية .
 - ب - ضمان الاندماج الوظيفى وذلك بالسماح للمعاقين باستعمال المرافق العلاجية أو الترفيهية أو وسائل النقل العادية بعد اجراء التعديلات الضرورية بدلا من جلب الاخصائين أو الوسائل العلاجية داخل المؤسسات الخاصة .
 - ج - إتاحة كل الفرص لضمان الاندماج الاجتماعى الشخصى وذلك باحترام اختيارات وآراء كل من يعاني من عجز جزئى أو كلى فى احدى وظائفه الجسمية أو الحسية أو الذهنية وحثه على المشاركة الفعالة فى كل أوجه النشاطات الاجتماعية طبقا لقدراته وإمكانياته .
 - د - العدول عن انشاء مؤسسات تربوية أو مهنية ذات الحجم الكبير اذا تعذر الاندماج فى المؤسسات العادية وجعلها أكثر ما تكون مفتوحة على المحيط الخارجى تفاديا للوقوع فى اخطاء وسلبات المؤسسات الضخمة اللاانسانية التى سرعان ما تنقلب الى ثكنات أو سجون مقنعة .
 - هـ - احترام نسبة توزيع المواطنين المعاقين فى المجتمع عند انشاء خدمات متخصصة داخل المؤسسات العادية أى عدم تفاوت النسبة عن ١٠٪ من مجموع الطلاب أو العمال العاديين بغرض تحاشى ردود فعل سيئة مثل الرفض أو النفور الذى قد يحصل من جراء تجميع فئة خاصة بصورة غير طبيعية ضمن مجموعات بشرية سليمة صحيا .
- هذا ، ولقد انتشرت هذه المبادئ الاندماجية بسرعة فائقة فى مختلف البلدان الصناعية وبعض البلدان النامية ، الامر الذى أدى الى مراجعة النصوص القانونية الخاصة بالمعاقين

والتي نذكر منها على سبيل المثال :

- القانون الصادر بالولايات المتحدة الامريكية سنة ١٩٧٢م الذى شمل لأول مرة كل فئات المعاقين ونادى بضرورة ادماجهم فى كل المؤسسات الاجتماعية .
- والقانونان الانجليزي والفرنسي اللذان صدرا سنة ١٩٧٥م وشملا كل اصناف المعاقين .
- وقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٢٣/٣١ لسنة ١٩٧٦م بشأن اعتبار عام ١٩٨١م سنة دولية للأشخاص المعاقين .

وفى سياق الحديث عن النزعة الاندماجية التى أدت إلى توحيد حقوق كل المعاقين بعد ما كانت كل فئة تنادى بحقوقها الخاصة تجدر الإشارة الى احدى توصيات اللجنة القومية الانجليزية التى شكلت سنة ١٩٧٤م بغرض مراجعة سياسة تأهيل المعاقين فى بريطانيا حيث اجمع المستشارون على رفض تصنيف المعاقين الى فئات انطلاقاً من المبدأ الآتى :

« كل انسان معرض فى حياته الى ان يصبح يوماً ما بولدة محدودة او دائمة معاقاً » لذا رأت اللجنة انه من الصالح تقدير الحاجيات البشرية للخدمات الخاصة لمختلف مراحل الحياة بدلا من التركيز على فئات العجز الدائم حيث انه فى امكان الاسوياء الانتفاع من الخدمات الخاصة .

واذا أضفنا الى هذا ان تاريخ الاكتشافات التربوية او العلاجية فى مجال التأهيل قد كان لها دوما انعكاس ايجابي على طرق التعليم او التمريض العام تبين لنا ان مصالح فئات المجتمع مشتركة ولا جدوى من التقسيمات والتصنيفات الشكلية التى كثيرا ما تحدث حساسيات وحواجز مادية ومعنوية بين المواطنين .

وبعبارة أوضح نوصي باستعمال التصنيفات فى المراحل التشخيصية والعلاجية المختصة لأغراض دراسية وعلمية ، أما فيما عدا ذلك فينبغى تحاشي استعمالها حتى لا تصبح وصمة لا تنفصل عن شخصية المواطنين المنتفعين من الخدمات الخاصة .

المراجع

- ١ - ابن أبي أصيبعة ، عيون الأنباء في طبقات الأطباء ، دار مكتبة الحياة ، بيروت ١٩٦٥ .
- ٢ - د . أحمد عيسى بك ، البيمارستانات في الاسلام ، القاهرة ١٩٦٤ .
- ٣ - د . بلانشي ، القاموس الدولي .
- ٤ - د . محمود الحاج قاسم محمد ، تاريخ طب الأطفال عند العرب ، بغداد ١٩٧٨ .
- ٥ - د . محمود الحاج قاسم محمد ، الموجز لما أضافه العرب في الطب والعلوم المتعلقة به ، مطبعة الارشاد ، بغداد ١٩٧٤ .
- ٦ - A History of the care and Study of the mentally Retarded, Leo KANNER, C. Thomas Books. Springfield, Illinois, U.S.A, 3rd printing, 1974.
- ٧ - L'art d' enseigner la parole aux muets Pablo Bonnet, 1620 cite par Dr. Busquet et C. Mottier (Voir ref ci-dessous).
- ٨ - L'enfant sourd, Developpment psyschologique et ree'ducation Dr. Busquet et C. Mottier, Ed. Baillere, Paris 1978.
- ٩ - Jymnastique Medicinale et Chirurgicale, J.C. Tissot, Paris, 1680.
- ١٠ - Educating exceptional children, Samuel A. KIRK, Boston, 1962.
- ١١ - Les enfants anormaux, Guide pour L'admission des enfants anor maux dans les classes de perfectionnement. A. Binet et Simon. Paris, A. Colin, 1907.
- ١٢ - The Kallikak Family, a Study in the heredity of Feeble-mindedness. New York, MacMillan, 1912.
- ١٣ - Dwellers in the vale of Siddem. Rogers, A.c., and Merrip, A. Boston, R.G. Badger, 1919.
- ١٤ - Les debipites mentales. Rene Zazzo et col. Paris, A. Colin, 1969.
- ١٥ - Changing patterns in residential services for the mentally retarded, B. Nirje, and W.P. Wolfensberger, PCMR, Washington, D.C. 1969.

**تدريب وتأهيل المعاقين في المجتمع
«جواب من التجارب التطبيقية»**

**الأستاذ مخلص مغربل
خبير منظمة العمل الدولية للتأهيل المهني**

المحتويات

الصفحة

من - إلى

مقدمة	٢٣١
نظرة تاريخية في مراحل التأهيل	٢٣١ - ٢٣٤
تعريف عملية التأهيل وطرق تطبيقها	٢٣٣
آراء المعاقين في قضية التأهيل	٢٣٣ - ٢٣٤
التعليم والتدريب المهني	٢٣٥ - ٢٤٣
تدريب الموظفين	٢٣٥
دور المعاقين والنساء	٢٣٦
دمج الأطفال والناشئين المعاقين في المؤسسات	٢٣٦
التعليمية العادية وفي الحياة العملية	
طرق تعزيز الوعي وتأهيل المجتمع	٢٣٦ - ٣٣٧
التأهيل هو العمل	٢٣٧ - ٢٣٨
التأهيل من خلال العمل	٢٣٨
الهدف من التأهيل والتدريب	٢٣٨ - ٢٤٠
التقدم المهني في الدول النامية	٢٤٠
التطورات الدولية في عالم التأهيل المهني	٢٤١ - ٢٤٣
الخاتمة وتوصيات عامة	٢٤٤ - ٢٤٥

مقدمة

ان طريق بناء المجتمع الجديد وطريق التقدم لا يمكن أن يبدأ إلا بالإنسان لأنه القيمة الحقيقية لمجمل عمليات التغيير وبه تتم وتتطور حركة البناء والإعمار .

وإذا كان تنظيم الإنتاج المادي والمعنوي يلقي على كاهل الأفراد والجماعات القادرين على العمل مهاماً محدودة ، فإن المجتمع الممثل بالدولة ملزم هو الآخر بالمقابل برعاية الكافة . ومن ضمنهم الذين يتعرضون لمصاعب ومعوقات تستلزم من الجماعة مساندتهم ومساعدتهم في مواكبة المسيرة والاندماج فيها عن طريق تأهيلهم وزجهم في العمليات الإنتاجية واستثمار ما لديهم من طاقات .

إن قيمة الندوات الثقافية وخاصة ما يعالج منها الموضوعات الأساسية مثل هذا الموضوع تشكل قياساً لحماس أية مؤسسة تسعى للأسهام في عملية تغيير المجتمع والتعاقد مع المعاق في نضاله من أجل القضاء على أسباب العزل الاجتماعي وجعله عضواً فعالاً في المجتمع باعتبار أن الإنسان هو الجوهر والهدف . فالرعاية الاجتماعية من مكونات رخاء المجتمع ومبدأ أساسي من مبادئ حقوق الإنسان .

نظرة تاريخية في مراحل التأهيل

في الثلاثينات (١٩٣٠) أعاققت الأزمة الإقتصادية العالمية إحراز مزيد من التقدم على الصعيد الدولي في مجال تأهيل المعاقين حتى إنتهاء الحرب العالمية الثانية . ثم سرعان ما ركز الإهتمام من جديد وبشدة على مسألة تأهيل المعاقين نتيجة تزايد عدد مشوهي الحرب مما تطلب رعاية تأهيلية مكثفة لهم ، خاصة وأن المعاقين من المدنيين قد قاموا بسد النقص الخطير في اليد العاملة في مجالي الصناعة والتجارة مما كان له أثاره الحميدة ، إذ برهنوا لأصحاب العمل ولكثيرين آخرين أن في مقدرتهم أن يعملوا بنجاح ودقة وإتقان متبعين الطرق السليمة والإرشادات المتوجبة . كما برهن هذا التطور أيضاً على أن العجز عن العمل في حد ذاته لا يشكل بالضرورة عائقاً دون الإندماج في أوساط العمل العادية .

ومما لا شك فيه أن مؤتمر العمل الدولي الذي عقد في سنة ١٩٤٤ قد أعجب بالأداء المهني الجيد للمعاقين خلال سنوات الحرب وأكدت التوصيات المتتالية ضرورة أن تتاح للعمال المعاقين ، أيا كانت أسباب إعاقتهم أو عجزهم ، كامل فرص التأهيل Rehabilitation والتوجيه المهني Vocational Guidance والتدريب Training وإعادة التدريب Retraining والإستخدام Employment في عمل مفيد ، كما بينت الوثائق المقدمة الخطوات التي اعتبرت جوهرية لعودة المعاق إلى العمل منها معايير الإنتقاء Criteria for Selection والتعاون مع دوائر

أخرى ذات صلة ، التوجيه المهني Vocational Guidance خدمات التعيين Placement Services أو الإدماج في الورش المحمية Sheltered Workshop وشكلت هذه الوثائق أساسا لتشريعات التأهيل المهني التي سنت بعد الحرب في بلدان أوروبية وغربية .

وما ان جاءت الاربعينات والخمسينات في كثير من البلدان الصناعية الا وكانت فترة توحيد واستحداث وتوسيع البرامج التأهيلية الشاملة والتي استندت الى تشريعات اجتماعية جديدة سنت خلال سنوات ما بعد الحرب .

على أن نمط العجز قد تغير في تلك الفترة وفي تلك البلدان فقد كان هناك أعداد كبيرة من المصابين بمرض السل سببت تحديا كبيرا في إدماجهم إجتماعيا ومهنيا . وسرعان ما تقدمت العناية الطبية في الخمسينات مما أدى إلى إنخفاض مذهب في أعداد ضحايا هذا المرض وفتحت فيما بعد أبواب الورش المحمية المهيأة لمرضى السل لفئات أخرى من المعاقين . هذا وقد أدى التقدم في علم الطب إلى تغيير جذري في معالجة وتأهيل المصابين بأمراض عقلية ، وبذلك سمح لمرضى المؤسسات العقلية في مرحلتهم الإنتقالية بالإندماج في التدريبات المهنية ومن ثم تحويلهم إلى المساكن المخصصة Half Way Houses التي تعدهم للإندماج تدريجيا في الوسط الإجتماعي خارج المؤسسات .

فبعد أن كانت الخدمات في السابق معنية بتأهيل المعاقين بدنيا (المصابين بالأمراض البدنية) أصبحت تواجه توافق الأشخاص الذين استردوا قدراتهم العقلية . وسرعان ما اكتشف أن دورات التأهيل التي استهدفت تأهيل المعاقين بدنيا لم تعد صالحة للمعاقين عقليا . وهنا اتضحت الحاجة إلى تحليل أعمق لنتائج الإختبارات النفسية بالإضافة إلى ملاحظة الأداء الفعلي ونتائجه في ظروف عمل حقيقية .

وخلال العقدين الأخيرين (منذ الستينات) وجهت الجهود لتأهيل مجموعة المتخلفين عقليا ، ولقيت عملية التأهيل المعروفة باسم التطبيع Normaliation تأييدا بفضل مبادرات مجموعات من أهالي المعاقين والمنظمات غير الحكومية والتي هدفها إدماج المتخلفين عقليا في المجتمعات العادية بدلا من إيوائهم في مؤسسات الرعاية Institutional Care هذا ويجرى تدريب المتخلفين عقليا على بعض أنشطة الحياة اليومية Activities of daily living وتزويدهم بخبرات إجتماعية وثقافية ومهنية ، ورغم أن عملية التأهيل قد تستمر لسنوات عديدة إلا أنها أحرزت نتائج باهرة فيما يتعلق بالإدماج من جديد Resettlement في كل أوساط العمل المفتوحة والمحمية Open and Sheltered work settings .

أما من ناحية التكنولوجيا الجديدة وتأثيرها على العمالة فإنها استعاضت عن اليد العاملة إلى حد كبير مما شجع برامج التأهيل والتدريب المهني على إدخال التنافس في مجال فرص العمل الجديدة . فألغت الآلات الحديثة أو خففت المتطلبات البدنية في كثير من الأعمال وفي قطاعات محدودة ، ولكن الحاجة من ناحية أخرى دعت إلى إعادة التأهيل Retraining على مهارات الأعمال الجديدة والتي هي في مقدرة المعاقين والأمثلة كثيرة ومنوعة فمنها :

١ - أجهزة الإتصال التي تحول الإشارات المرئية إلى اشارات صوتية والتي ساعدت المصابين بقصور الرؤية Visually Impaired والعكس بالعكس بالنسبة للصم .

- ٢ - تحسين الذراع العضلي الكهربائي الذي إكتشفه خبراء الالكترونيات في المملكة المتحدة والإتحاد السوفيتي والتي تسمح لكثير من المشلولين بالتحكم الذاتي في حركتهم .
- ٣ - جهاز الأوبتاكون Optacon والذي يحول الكلمات المطبوعة الى نبضات يمكن لمسها ، والذي ساعد الكثير من المكفوفين ، ثم هناك الحاسبات الالكترونية التي تساعد في ترجمة وطبع النصوص المكتوبة بطريقة "برايل" لمساعدة المكفوفين .
- ٤ - هناك أيضا صناعة الإتصال الالكترونية من أجل المعاقين الصم والمسمى Hand-Held Telephone Terminal والذي يتيح لكثير من الصم الحصول على المعلومات .
- ٥ - ثم هناك التكنولوجيا الجديدة في التدريس وإدخال المدارات التلفزيونية المغلقة Closed-Circuit-Television Systems والذي أضيف إلى برامج تعليم وتدريب المعاقين . فهناك مثلا شركة باستراليا تصنع الأجهزة الالكترونية وتوظف ٦٥٠ عاملا من بينهم ٣٠٠ من المعاقين المصابين بالشلل الدماغي ، كما أن هناك مشروعاً مماثلاً للأجهزة الالكترونية في اليابان Sun Industries وهى في مقدمة الشركات التي تؤمن فرص العمل للمعاقين .

تعريف عملية التأهيل وطرق تطبيقها :

التأهيل هو تلك المرحلة من العملية المستمرة والمنسقة والتي تشمل الخدمات المتنوعة كالتأهيل التربوي والتوجيه والتدريب المهني والتعيين الانتقائي بقصد تمكين الفرد من تأمين مستقبله والحصول على العمل المناسب والإحتفاظ به .

هذه العملية المستمرة تشمل مساعدة المعاق فيما يلي :

- ١ - المشاركة بعملية تخطيط المستقبل .
- ٢ - تحقيق الأهداف التربوية والمهنية ضمن حدود الفرد وقابليته .
- ٣ - تكوين الأفكار الخاصة بمستوى الفرد الإجتماعي والنفسي .
- ٤ - الوصول إلى القرار بشأن البرامج التأهيلية والعلاجية .
- ٥ - تكوين قابلية الفرد لكي يلعب أدواراً كافية ومرضية في الحياة .
- ٦ - إكتساب المهارات المطلوبة وتبني التغييرات في الحياة .
- ٧ - تكوين الأفكار الإيجابية بخصوص عالم العمل خارج مراكز التدريب .
- ٨ - تكوين المعادلة الخاصة بين مستوى العمل ومتطلباته وقابلية الفرد وأهدافه .
- ٩ - إستغلال أوقات الفراغ والاستفادة من أنشطتها .
- ١٠- الوصول إلى قرارات شخصية تؤثر على مجرى حياته .
- ١١- تطبيق مخطط المهنة وأهدافها .

آراء المعاقين في قضية التأهيل : Rehabilitation Consumer View Point

خلال السنتين الماضيتين سُئل بعض المعاقين المستفيدين من خدمات التأهيل فيما إذا كانت الخدمات المخصصة لهم مناسبة وفعالة وتمثلت احتياجاتهم التي عبروا عنها في التالي:

- ١ - تحسين شعور المؤهلين .
- ٢ - تحسين خدمات التأهيل .
- ٣ - الحاجة إلى مساكن مناسبة لحالات العوق .
- ٤ - الحاجة إلى تثقيف كل مواطن .
- ٥ - الحاجة إلى فرص التوظيف لكل مواطن .
- ٦ - الحاجة إلى تحسين الخدمات العامة (المطاعم والفنادق) .
- ٧ - الحاجة إلى تحسين المواصلات .
- ٨ - الحاجة إلى إزالة الحواجز .
- ٩ - الحاجة إلى الحصول على التأمين ضد حوادث الطريق وضد الأمراض .
- ١٠ - الحاجة إلى تغيير شعور المواطنين .
- ١١ - الحاجة إلى إزالة الحواجز التي تمنعهم من المشاركة كمحلفين في المحاكم المختلفة .
- ١٢ - الحاجة لمترجمين للصم في كل الاجتماعات العامة والتلفزيونية .
- ١٣ - الحاجة إلى تصغير المؤسسات الكبيرة للمعاقين والشروع بإقامة مؤسسات صغيرة قريبة من أهاليهم تقدم خدمات معقولة .
- ١٤ - الحاجة إلى من يمثلهم قانونياً .
- ١٥ - الحاجة إلى إنشاء أو تطوير مؤسسات على المستويات المحلية ، الوطنية ، الإقليمية .
- ١٦ - الحاجة إلى المحافظة على الدخل الفردي .
- ١٧ - الحاجة إلى إستمرار العناية الطبية بعد التأهيل .

لقد أصبح المسؤولون الفنيون في التأهيل يدركون ويلمّون أكثر وأكثر باحتياجات المعاقين حيث أن التأهيل أصبح قضية كلية ولا تختلف عن إحتياجات الإنسان العادي المقيم في أية منطقة من مناطق العالم .

التعليم والتدريب المهني

يرتبط الحق في التعليم والتدريب المهني بالحق في العمل ، ويحتاج الشخص المعاق إلى إرشاد ذي منهج سليم يأخذ بالإعتبار مصالح الشخص ودوافعه وقدراته ، والأوضاع القائمة في سوق العمل ، ويكون متحررا من الأفكار المسبقة عن أنماط العمل التي يستطيع الشخص المعاق الاضطلاع بها ، وتكمل التربية الخاصة والتدريب المهني كل منهما الآخر . ولنا أن نشدد على أهمية تنمية المهارات الإجتماعية إذ أن الحواجز الإجتماعية كثيرا ما تكون إحدى العقبات الرئيسية في سبيل الإدماج في النظام التعليمي وفي عالم العمل ، فضلا عن أنه لا ينبغي إهمال العنصر الإجتماعي الذي ينطوى عليه أي نوع من التعليم فكثيراً ما تدعو الضرورة الى التغلب على التحيز بين أبناء المجتمع وأصحاب العمل وزملاء العمل ، الذين يخشون قبول الأشخاص المصابين بعجز ، ولا ريب في أن هذا التحيز يمكن أن يقل كثيرا إذا ما تلقى الأطفال المعاقين التعليم إلى جانب زملائهم غير المعاقين .

ومن الممكن أن تكون فترات الإختبار في ظروف العمل الحقيقية أو الزيارات لعدة أماكن عمل مختلفة ، من العوامل التي تساعد كثيرا في هذا الصدد . كما توجد في بعض البلاد نظم وتشريعات والتي يعهد فيها بالأشخاص المعاقين إلى عمال يتولون تلقينهم مهارات العمل . كما أنه قد تبين أن الورش التي تتوافر فيها الحماية ليست بأنسب الأماكن دائما لكي يتلقى فيها الأشخاص المعاقون التدريب المهني ، فكثيرا ما يؤدي التدريب في ظروف عمل واقعية بين زملاء من العمال غير المعاقين إلى نتائج أفضل .

تدريب الموظفين :

من الأمور الهامة عند بحث تدريب الموظفين للعمل مع الأطفال والكبار المعاقين أن يجري تقييم الاحتياجات بالنظر إليها في سياق البنية الراهنة للتنمية ومستواها في البلد المعني . وتختلف المطالب والإمكانات التربوية إختلافا واسعا من بلد لآخر ، ولا يمكن وضع خطوط نموذجية موحدة وثابتة للتدريب ، حيث أن التجربة قد أثبتت أن كل نماذج التدريب المتنوعة لها فوائدها .

وأيا كان مستوى التدريب فإنه من المهم أن يكون جميع المعنيين بتربية وتدريب المعاقين على دراية وفهم للتطور الطبيعي ، وأن تتاح لهم الفرصة للمعرفة الجيدة بنظرية التعليم العادي وممارسته ، لذا ينبغي مساعدة المؤسسات المسؤولة (المحلية والدولية) عن تدريب الموظفين ، على تنظيم دورات للموظفين العاملين أساسا مع الأشخاص المعاقين من مختلف الأعمار . كما ينبغي أن تبرز هذه الدورات العناصر المشتركة بين جميع المعوقات كما تفسح مجالاً للتخصصات المتفرعة المتعلقة بمعوقات ومجالات إحتياجات معينة .

دور المعاقين والنساء :

هنالك اتجاهات مشجعة بدأت تظهر في الستينات والسبعينات وهي تزايد إدراك المعاقين لضرورة ترابطهم والتعبير عن رأيهم والمشاركة في التخطيط المستقبلي ، والمثال على ذلك هو أن إصرار المعاقين أدى إلى تغيير الاسم الأصلي لهذا العام من :

(العام الدولي من أجل المعوقين إلى العام الدولي للمعوقين)

كما أن هناك أمثلة أخرى كثيرة ومنها : ما حدث في كاليفورنيا في عام ١٩٨٠ حيث أعرب مدير التأهيل وهو شخص معاق بدنيا في المؤتمر العالمي للتأهيل عن ضرورة إشراك المعاقين في جوانب الحياة الاجتماعية ، وأن يتمتعوا بحقوقهم في تكافؤ الفرص مع الأصحاء . كذلك ما حدث في هونغ كونغ حيث أصرب العمال المكفوفون في ورشة المجتمع Society Workshop لجذب اهتمام المسؤولين في المجتمع والحكومة إلى أوضاعهم الصحية وما يعانونه ، وكانت النتيجة أن تحولت هذه الورشة من مؤسسة خيرية إلى مشروع صناعي بأجور مناسبة مما شجع في الإنتاج وإضافة منتجات جديدة كمصنوعات الورق والعلب والملبوسات والأثاث .

أما بالنسبة للنساء المعاقات واللواتي قد يبلغ عددهن على الأقل ١٥٠ مليون نسمة أي ثلث العدد الكلي للمعاقين في العالم مضافا إلى ذلك عدد الإناث المعاقات إجتماعيا نتيجة لعدم إمتلاكهن المهارة اليدوية أو الثقافة الأساسية مما يترتب عليه شكوهن المستمرة من الأمراض المختلفة لقيامهن بأعباء البيت والأطفال وأعمال الزراعة ، مما يترتب عليه التأثير عليهن في جميع النواحي التعليمية والاقتصادية والعائلية والصحية والتأهيلية ، فإن العدد يزيد عن ٢٢٥ مليوناً أي نحو ٥٪ من عدد السكان في أي بلد .

دمج الأطفال والناشئين المعاقين في المؤسسات التعليمية العادية وفي الحياة العملية :

إننا بحاجة إلى تغيير إتجاه الرأي العام وتشجيع الاعتراف بالمبدأ القائل أن للأشخاص المعاقين نفس الحق الأساسي في العمل ، شأنهم في ذلك شأن جميع أبناء المجتمع . ومن ثم فإن لهم نفس الحق في الحصول على التعليم ، ولكي يكون إدماجهم في عالم العمل فيما بعد كاملا على قدر الإمكان ، ينبغي البدء بإدماجهم في عالم التربية مبكرا وينبغي أن يتم تعليمهم في أقل البيئات تعقيدا .

فالإدماج يقلل الحاجة إلى مبان خاصة وموظفين إضافيين ، كما أنه يتيح للطفل المعاق التكيف بسهولة أكبر مع الحياة في المجتمع العادي كلما بدأ مبكرا . كما أن نشأة المعاقين مع غير المعاقين تجعلهم يتعلمون تقبلهم وتقبل عجزهم منذ البداية .

وبالطبع فإن الإدماج يتطلب تخطيطاً وإعداداً للمدرسين بقدر كبير من العناية ، كما أنه يجب أن نستوثق دائماً بأن الإدماج في مصلحة الطفل تماما ، وأن تتخذ القرارات بشأن أفضل نماذج من التربية الملائمة له من بين الإختيارات المتوافرة .

طرق تعزيز الوعي وتأهيل المجتمع :

- إعداد برامج توعية إعلامية للأمهات والفتيات اللاتي في سن الزواج حول أسس تربية الأطفال ورعايتهم .

- الإهتمام بصحة الأم أثناء فترة الحمل والكشف الدوري المستمر حتى لا تتعرض لصدمات أو أمراض تؤثر في صحة جنينها .
- فتح مكاتب لفحص الراغبين في الزواج بصفة الزامية قبل الزواج وعزل الحالات التي يشك بها والتي من المحتمل إنتقال الصفات الوراثية بالزواج من خلالها للأبناء .
- العمل على الإكتشاف المبكر للمعوقات والعناية بالعلاج السريع للأطفال المعاقين في بداية إصابتهم حتى يمكن التغلب على التعوق في حينه .
- الحرص على تزويد جميع مدارس المعاقين بأخصائيين إجتماعيين ومتخصصين في طرق التعامل مع المعاقين ورعايتهم ، على أن يعد الاخصائيون إعدادا خاصا للعمل في هذا الميدان عن طريق تنظيم دورات تدريبية تتصل بعملهم في هذا المجال .
- توفير الأجهزة التعويضية كالنظارات والسماعات والأطراف الصناعية وغيرها من الأدوات اللازمة للأطفال المعاقين والتي تمكنهم من التغلب على الصعوبات التي تواجههم في حياتهم .
- توعية المسؤولين عن رعاية الأطفال المعاقين في المنزل والمدرسة بالطرق الصحيحة في معاملة هؤلاء الأطفال وتعوديهم الإستقلال والإعتماد على النفس .
- العمل على تحقيق التعاون الكامل بين الآباء والمعاقين في المنزل في عملية التربية للأطفال المعاقين حتى يستفيد الطفل المعاق كل الفائدة من الجهود الكبيرة التي تبذل نحوه في كل من المنزل والمدرسة .
- الإهتمام بالبرامج التعليمية للمعاقين ضمن الإطار العام لخطة التعليم وفتح فصول خاصة للحالات التي لا تستطيع الإستفادة من برامج التعليم العام .
- إعداد كتيبات مبسطة للتعريف بالإعاقة ، وكيفية الإكتشاف المبكر للإصابة ، وكيفية رعاية الأطفال المعاقين .
- إجراء البحوث والدراسات المتعمقة وخاصة المتعلقة منها بالإعاقة والمعاقين للتعرف على إصابتهم والتغيرات التي تحدث لها والظروف المؤدية للإصابة بأنواع محدودة من الإعاقة .
- نشر المعلومات عن المجالات والممارسات الصالحة في هذا المجال والتي ينبغي تلخيصها في صورة نشرات إعلامية موجزة توزع على نطاق واسع .
- تنظيم حلقات دراسية وبرامج إذاعية أو تلفزيونية تغطي النواحي التربوية والمهنية ، الطبية والإجتماعية للمعاقين حتى يتسنى وصول المعلومات لجميع الجماهير .
- وضع مصطلحات أكثر تفصيلا لتوضيح إستخداماتها في معظم البلدان .
- بحث الوسائل المتنوعة لنشر المعلومات عن البحوث المتوافرة بالفعل في مجال تأهيل المعاقين ، وتوزيعها على نطاق واسع على الموظفين العاملين في الخدمات ، وعلى المخططين ووضع السياسات .

التأهيل هو العمل :

هذا ما يقوله "جاك هاتشيشون" أحد أشهر المهتمين في الغرب في مجال التأهيل معتمدا في ذلك على القواعد التالية :

"إن العمل هو الملتمزم الأساسي في حياة كل مجتمع ، والجميع يحتاج لجهود وإنتاج المواطنين . والعكس بالعكس فإن العوق ينتج إعتمادا على الآخرين ، والتأهيل يقلل ذلك

الإعتماد ، بل ويعطي الحرية الفردية والفعالية للإنتاج والإستهلاك” .

لهذا بما أننا نعيش اليوم في عصر يؤكد قابلية الإنتاج والعمل كمشاركة وطنية فعالة فقد أصبح العمل أحد طرق الحياة Way of Life .

التأهيل من خلال العمل Rehabilitation Through Work

الأنشطة المهنية عامل أساسي لتأهيل المعاقين واختيار العمل المناسب للشخص المناسب .
وصحته الجسمية والعقلية تساعد الإنسان لكي يستعيد قابليته للعمل كما قد تعيد إليه صحته بتمامها .

فإيجاد العمل المناسب لكل فرد والتدريب عليه ومن ثم إيجاد الوظيفة في المؤسسات الحكومية أو القطاع الأهلي عمل يتطلب وقتا وجهدا كبيرا ومستمرًا ، فالكثير من الحكومات تضع التشريعات الخاصة لتوظيف المعاقين حسب كفاءتهم وتدريبهم وتخصصاتهم ، فالتوظيف المناسب للمعاقين يصبح مؤكدا من خلال إدارة فعالة ، بالتعاون مع أجهزة الصحة العامة والرعاية مدعوما بالجهات المسؤولة عن الضمان الإجتماعي ، فنجاح التوظيف يعجل عادة إذا كان العمل مماثلا للأعمال التي قام بها المعاق قبل إعاقته ، وفي حالة إيجاد عمل جديد لا بد من الإعتماد على ثقافة الفرد المسبقة وتدريبه المهني أو إعادة تدريبه . فأحيانا يدرّب المعاقون في أماكنهم السابقة ويدمجون في مراكز التدريب العديدة المنتشرة والمعدة والمناسبة حسب إعاقة كل منهم ومقدرته . كما أن هناك ورشا ومدارس صناعية تعمل تحت إشراف إدارة الضمان الإجتماعي .

في هذه المراكز يتلقى المعاقون تدريبا خاصا قبل الاندماج في عدد من المهن المختلفة حتى يتعرفوا على امكانياتهم . وتحتوى هذه المراكز على ما يحتاجه الافراد من تثقيف وبرامج تدريبية في حقول اختصاصاتهم . ومن ثم تعطى لهم تدريبات عملية في المصانع المختلفة معتمدين في ذلك على خبرتهم في المراكز التدريبية ومستفيدين من ارشادات مدربيهم الذين قد يعملون معهم منذ البداية حتى يساعدونهم في الانتقال للعمل تحت اشراف المدربين والموظفين في الشركات المذكورة .

اما بالنسبة لفترة التدريب في المراكز المختلفة فقد تختلف من سنة واحدة إلى ثلاث سنوات ، نظرا لطبيعة المهنة المختارة ، أو من ثلاث إلى خمس سنوات إذا كان الاختيار لاحدى الكليات الصناعية وتتم مساعدة هؤلاء الذين اتموا المواد المطلوبة والتخصص المهني والفني في الحصول على عمل بدعم من ادارة الضمان الاجتماعي وادارة المراكز المتخصصة .

الهدف من التأهيل والتدريب :

الهدف من التأهيل هو تنظيم وتصميم وتحسين وتطبيق الطرق التي تؤكد تطوير الشخص ، وأهدافه ، وتهيئته للمستقبل القريب حتى تساعده في الحصول على الخبرة اللازمة لمواجهة التنافس الوظيفي ، وبما أن مراكز التأهيل والورش المهنية توفر بيئة الشعور الحساس والدعم ، فالتدربون يواجهون احيانا صعوبة في تعديل سلوكهم لمتطلبات التنافس الوظيفي .

إذا فان برنامج التأهيل المهني لا يمكن أن يكون حقيقيا ما لم تكن الاعمال حقيقية ، والبيئة مماثلة لما هو موجود في المؤسسات المختلفة . هاتان الحقيقتان تساعدان المتدربين أكثر في الانتقال بسرعة من بيئة إلى أخرى ، ومن التدريب إلى التوظيف الذي هو الهدف الاساسي .

والمدربون وسلوكهم يجب أن يكون مماثلاً أو قريبا مما هو موجود في هذه المؤسسات وبالأحرى فان على المدربين أن يكون مهم ليس الانتاج فقط بل التأهيل والتدريب بالإضافة للانتاج ، لذا فمعظم الورش المهنية تتخذ العمل والانتاج وسيلة لمساعدة المتدربين للوصول إلى هدفهم ألا وهو التأهيل . ولهذا وبما اننا نعتبر أن اهدافنا البعيدة تتمثل في العمل والاندماج في المجتمع فباعتمادنا إن باستطاعة المتدرب أن يقدم احسن الخدمات إذا أوجدنا له بيئة مماثلة لما هو موجود في العالم الخارجي لمراكز التأهيل والورش المهنية ، ولهذا ايضا فانه من الضروري ان يكون هنالك توازن بين البيئة المهنية إلى حد ما والدعم والاهداف الواقعية .

علينا ان نأخذ ايضا نوعية العمل بعين الاعتبار ، فبالرغم من انه سهل ويتكرر احيانا فانه أفضل من ابتكار أو ممارسة اعمال لتمضية الوقت ولتلهي المتدرب فقط ، وبالرغم من فعالية المدرب للقيام بايجاد اعمال لتدريب المتدربين فانه من الصعب احيانا الوصول إلى السلوك المطلوب والتدريب اللازم ، ما لم تتوافر المعدات ، والبيئة الحقيقية ، والعمل الحقيقي المشوق لتأهيل المتدربين .

هنالك ايضا فوائد متعددة لتلك الورش المهنية التي تنفذ اعمالها على هيئة عمليات مماثلة لما هو موجود في المؤسسات المختلفة . فالورش التي لها منتجاتها وخدماتها المصممة على أسس تجارية وتأهيلية ، تكون في وضع احسن للتنافس من أجل الاعمال كما ان هذه الاعمال تدر عليها واردات أفضل وتساعدنا في توظيف متدرييها بطرق أسرع .

وبما ان الهدف من التأهيل هو مساعدة المعاقين في تأهيلهم وفي ايجاد عمل مناسب لهم في المؤسسات الصناعية ، أو التجارية ، أو الحكومية فان تدريبهم على الاعمال البسيطة لا تحفزهم أو لا تتحداهم لئن يبذلوا الجهود اللازمة ، لهذا كله فمن الافضل ان تكون الاعمال المتعاقد عليها مختلفة من حيث درجة صعوبتها ، كما يكون من الافضل للورشة ان يكون لها مصرف مؤكد لانتاج مصنوعاتها ، فبذلك تزداد الفرص الوظيفية حينما يتعلم المعاق المهارات المختلفة الموجودة في المجتمع ، وتصبح في حوزته السلعة الصالحة للعرض في السوق التجاري الصناعي ، لذا فانه من الافضل للورش المهنية ان تركز الاهتمام من خلال تدريب الفرد على تطوير فعاليته وامكانياته الايجابية . بدلا من التركيز على نقاط الضعف وامكانياته المحدودة .

الا ان التأكيد على العمل الحقيقي والانتاج لا يخلو من مشاكل ، كمشاكل الانتاج ، والدقة والسرعة المطلوبة احيانا . فالاهتمام بجودة الانتاج ، والدقة في العمل عاملان لا بد منهما لمساعدة المتدرب على التعرف على متطلبات العمل في العالم الواقعي لجعله أكثر استعدادا ، بغض النظر عن ان هذه العوامل تضاعف من حماسه للعمل .

اننا لم نقصد من الاشارات السابقة ان نقترح ان الورشة المهنية ينبغي ان تكون مماثلة تماما لما هو موجود في المصانع ، فلو كان الامر كذلك لما كانت هناك حاجة للورش المهنية . وانما

المقصود هو ان بعض الورش المهنية لم تقدر امكانياتها التقدير الكافي لا استخدامها في تطوير المتدربين .

لذا على تدريبي التأهيل ان لا يفترضوا مسبقا ان المتدرب غير قادر على عمل شيء ما لأنه متخلف عقليا ، لاننا بذلك نكون قد حددنا امكانياته ، ولكن علينا استخدام القواعد والطرق والنماذج التي يحتذى بها وطرق التعليم والتدريب الصحيحة ، بالاضافة إلى رفع مستوى توقعاتنا بالمتدربين . فعلى ورش التأهيل تقديم الخبرات الكافية لهؤلاء لتهيئتهم لعالم آخر خارج نطاق الورشة ، فالامر ليس هو الانتظار الى حين انشاء صناعة حديثة أو تغيير في شعور الموظفين تجاه المعاق فالصناعات والفرص موجودة ، وشعور الموظفين سيتغير بوجود مرشحين اكثر كفاءة قادرين على مواجهة المتطلبات المتوقعة منهم .

التقدم المهني في الدول النامية :

إذا ما قارنا التقدم الذي طرأ خلال العقود الثلاثة أو الاربعة الماضية في ميدان مساعدة المعاقين في البلدان النامية كما اظهرته نشرات المنظمات الدولية لوجدنا ان التقدم في هذا المجال بسيط ، وان احتياجات المعاقين للتأهيل المهني والاجتماعي مازالت مغلقة في كثير من الاحيان ويعود ذلك لأسباب من اهمها :

- ١ - ازدياد عدد المعاقين المستمر والذي وصل الى معدل ينذر بالخطر .
- ٢ - عدم وجود الأموال اللازمة لإنشاء الورش المهنية .
- ٣ - عدم توفر المدربين المتخصصين .
- ٤ - انكماش دور العائلة بالنسبة لمعاقبيها والهجرة من القرى إلى المدن ومن ثم الاعتماد على الحكومات في مساعدة المعاقين .
- ٥ - معظم المعاقين أي ما يقارب ٨٠٪ يتواجدون في المناطق الريفية وقلما تصل لهؤلاء الخدمات المهنية والتدريبية .
- ٦ - قلة المعلومات المتوافرة في الدول النامية عن العوق وأسبابه وطرق الحماية والتدريب والتأهيل الخ .

فمعظم ما هو موجود حاليا من برامج نموذجية تقدم خدماتها الى عدد محدود من المعاقين بدنيا أو حسيا (الصم والمكفوفين) أو المصابين بأمراض الجذام .

على ان هناك دلائل مشجعة وهي ان البلدان النامية بدأت تدرك الآثار الاقتصادية للاعاقه ، مما يعني بالنسبة لها اعالة عشر سكانها وينعكس هذا الاهتمام بازدياد الطلبات التي تتلقاها منظمات الأمم المتحدة عامة ومنظمة العمل الدولية خاصة من أجل المساعدة في وضع برامج تأهيلية في اطار الخطط الانمائية الوطنية .

وكننتيجة لمساعدة المنظمات الدولية فقد ابتدأت أو انشئت ورش مهنية صغيرة ومتنوعة ومتدرجة Deversional ومن ثم ورش انتاجية Productive بالاضافة إلى الورش المهنية المختلفة Trnansitional .

التطورات الدولية في عالم التأهيل المهني :

تطور في السنوات الاخيرة نطاق التأهيل المهني على نحو كبير وذلك نتيجة للجهود المتواصلة والمستمرة من أولياء الامور ، الشركات ، المؤسسات الاجتماعية ، المشرعين ، نقابات العمال . والامثلة على ذلك كثيرة ، فمثلا :

- ١ - تبدي منظمات العمل الاهتمام في الولايات المتحدة وكندا في رعايتها لبرامج المدمنين أو المعرضين للادمان قبل ان يصبحوا مختلين وظيفيا بالمعنيين الاجتماعي والمهني .
- ٢ - وضعت الحكومات الكندية ، والالمانية ، والامريكية القوانين التشريعية المهنية لحماية المعاقين من التمييز ، والمعاملة غير العادلة التي قد يتعرضون لها في بحثهم عن عمل يناسبهم . كما ان المسؤولية وضعت على الموظفين واصحاب الاعمال لتشريع قوانين تضمن توظيف ورفع مستوى المعاقين .
- ٣ - صدر في فرنسا في حزيران من عام ١٩٧٥ م ، قانون يضع منهاجا متماسكا في الوقاية والرعاية والتعليم والتأهيل والتوجيه المهني والتوظيف ، كما يضمن حدا ادنى للدخل ، وبالإضافة إلى ذلك فقد تشكلت لجنة على مستوى وزارى خاصة بضمان التدريب والتأهيل ، وتعتبر هذه اللجنة مساعدة للجنة وطنية استشارية .
- ٤ - في نطاق العمل المحمي صدر في المانيا الاتحادية في عام ١٩٧٩ م ، قرار يهدف إلى اعادة توجيه الورش المحمية لكي تشمل عناصر التأهيل والتدريب بالإضافة للورش المنتجة على أسس وأساليب مجدية .
- ٥ - انشئ نظام المجموعات المحصورة Enclave في كل من الدنمارك والمملكة المتحدة وسويسرا في عام ١٩٧٩ م ، والتي تسمح لمجموعة من المعاقين المصابين بعجز خطر Severely Disabled للعمل سوياً تحت اشراف خاص وفي بيئة عمل عادية واتضح ان هذا البرنامج مفيد بوجه خاص لمجموعات المعاقين المصابين بحالات الامراض العقلية ، التخلف العقلي ، والصرع .
- ٦ - ادى ارتفاع تكاليف توفير العمل في كثير من الدول الى تشكيل مركز واحد لتوزيع التعاقدات من الشركات وترتيب مراكز معينة لبيع المنتجات من الورش المحمية ، وبالإضافة الى ذلك تشكلت مؤسسات لتقييم مستويات الورش المهنية المحمية منها ، والانتاجية ، واعطائها الشهادات المطلوبة التي تضمن استمرار اعمالها طالما استمرت في تقديم الخدمات اللازمة والضرورية للمعاقين تحت اشراف مدربين مختصين ، كما ضمننت هذه المؤسسات اجور المعاقين حسب قوانين دوائر العمل .
- ٧ - يتزايد الإهتمام بتوسيع نطاق خدمات التأهيل بحيث تشمل المعاقين نفسياً Psychologi- cally Handicap وغير المتكيفين إجتماعياً Socially Maladjusted ومدمني العقاقير والمشروبات الروحية ، وإعادة تأهيل وادماج المصابين بأمراض عقلية ، والمعاقين بإحدى حالات عجز النمو Developmentally Disabled كما أدت التشريعات الجديدة أو التعديلات المدخلة على التشريعات السارية أيضاً إلى إنشاء خدمات متخصصة للمعاقين

المصابين بعجز خطر جدا Severely Disabled والصم ، والصم المكفوفين والمسنين والعجزة Elderly Disabled كما أنشأت الحكومات في عدد من البلدان مراكز بحوث في مجال خدمات العجز والتأهيل .

٨ - نظرا للانكماش الإقتصادي الذي حدّ من فرص العمل للمعاقين وغيرهم والذي أدى إلى تسريح العمال في السويد من المؤسسات والمصانع العديدة فقد تضامن المعاقون ومن ساندتهم الى تشكيل لجان خاصة يطلق عليها مجموعات التكيف في كل من القطاع الخاص والعام وخاصة في الشركات التي توظف ٥٠ موظفا على الأقل والغرض من هذه اللجان هو الحث على إتخاذ موقف إيجابي إزاء العمال المعاقين سنا ومهنة للاحتفاظ بوظائفهم أو إعادة توزيعهم على أعمال أكثر ملاءمة لهم .

٩ - أما في المملكة المتحدة فيحصل أصحاب العمل على حوافز مالية لكي يدرّبوا المعاقين ويشغلهم ويكيفوا الأدوات والآلات ومكان العمل نفسه .

١٠- وفي اليابان وفرنسا والمانيا الاتحادية هناك انظمة ذات حوافز لمن يفي بالتزاماته إزاء توظيف العمال المعاقين بنسبة (٦٪) إذ يحصل على منح مالية تتراوح ما بين (٨,٠٠٠ - ١٨,٠٠٠ مارك ألماني) إذا وافق على تدريب أو تشغيل اشخاص شديدي العوق Severely Disabled وتهيئة ظروف التدريب أو العمل الملائمة لهم .

١١- في امريكا تمكنت الدوائر المختلفة في عام ١٩٧٩م من تدريب ١٨٢,٠٠٠ معاق كما ان الحكومات المحلية كانت مطالبة بوضع خطة عمل ايجابية تشمل اختيار وتدريب وتشغيل وترقية الاشخاص الذين تم ادماجهم .

١٢- أما في بولندا فقد تشكلت جمعيات تعاونية للاشخاص المعاقين واتخذت طرقاً مثالية لإعادة تشغيلهم في فرص عمل مختلفة ، منها الورش المهنية المحصورة ، أو بيوت المعاقين انفسهم أو في الخدمات المختلفة . وعلى سبيل المثال تضم هذه الجمعيات التعاونية حوالي ٣٠٠,٠٠٠ عامل منهم ٢٠٠,٠٠٠ شخص معاق بدنيا وعقليا .

١٣- أما اليابان فقد ادخلت في عام ١٩٧٢م برنامجا جديدا لتعزيز فرص العمل وذلك عن طريق منافسة وطنية سنوية للمهارات وتسمى (اولمبيادات المهارات) Abilitylympic كما تدعم هذه الأنشطة المنظمات الحكومية واصحاب العمل ونقابات العمال . هذه المهارات والمنافسات أدت إلى زيادة وعي وتفهم الجمهور واصحاب الاعمال بإمكانية المعاقين على تادية الكثير من الأعمال ، وبناء على ما أحرزته هذه المنافسات من نجاح فقد أصبحت هناك منافسات دولية تعقد في شهر أكتوبر/تشرين الأول من كل عام في اليابان .

١٤- وآخر ما أدخلت الورش المهنية إلى الورش المحمية في أمريكا هو عمل الـ Recycling أى إعادة استعمال المواد المختلفة بطرق أخرى وذلك مثل الزجاج والمعادن والأخشاب والورق والواح الكارتون والثياب والهواتف وغيرها ، فمثلا من أصل ٣٠٥٧ ورشة مهنية للمعاقين موجودة في ٤١ ولاية هناك ٣٠٧ ورش أي حوالي ١٠٪ منها تؤدي هذه الأعمال الإضافية بالإضافة لأعمالها الأخرى المتعاقد عليها وتدرّب عددا كبيرا من المصابين بالتخلف العقلي

الشديد ، والمهم هو ان هذه الورش قريبة من الشركات التي ساهمت في إعطائها هذه الأعمال دون مقابل بل ويبيعها لنفس الشركات بعد انجاز ما يلزم بأحسن الأسعار وأقل التكاليف . ومعظم هذه الورش موجودة في منطقة البحيرات العظمى وبالأخص ولايات الينوى ومنتشغان وانديان واوايو ومينيسوتا .

الخاتمة وتوصيات عامة

مشاركة المجتمع المحلي :

- وجوب مشاركة المجتمع المحلي والمؤلف من مجموعة القطاعات المنظمة العامة والخاصة الإجتماعية والإقتصادية والثقافية (مثل المدارس وأصحاب العمل ، والنقابات العمالية ، والشركات ... الخ) والتي يمكن ان تساعد الأشخاص المعاقين في تحقيق التكيف الإجتماعي والمهني الملائم .
- وجوب اشراك المعاقين انفسهم في تخطيط وتنفيذ خدمات التأهيل على مستوى الورش والمجالات العمالية .
- ضرورة توعية المجتمع بحقوق الإنسان الأساسية للمعاقين وحق المشاركة والمساواة في مختلف جوانب الحياة .
- مناقشة الرأي العام في التفكير بالشخص لا في اعاقته حيث ان جمود مشاعر الجماهير وعجزها عن الاتصال بالشخص المعاق يشكلان حاجزا إجتماعيا رئيسيا أمام ادماج المعاق .
- اتخاذ التدابير القانونية لازالة التمييز وما له من آثار سلبية في ايجاد فرص العمل للمعاقين .
- تشجيع المشاركة الطوعية في المجتمع المحلي وما فيه من قطاعات خاصة وعامة .
- تيسير مشاركة المجتمع المحلي بالقيام بمزيد من الاتصالات مع المعاقين والتي تؤدي الى تكافؤ الفرص والاندماج الإجتماعي .
- التشجيع على تشكيل منظمات عائلية Parents Organization ومنظمات الأجداد بالتنشئة Foster Grandparents للمشاركة بأمر المعاقين .

مشاركة أصحاب العمل والحكومات :

- ضرورة تطوير الوعي الإجتماعي لأصحاب الأعمال والمؤسسات ومن ثم ايجاد الطرق اللازمة لتقديم حوافز لأصحاب العمل والعمال المشاركين في مساعدة المعاقين .
- توسيع المجال أمام الأساليب الخيرية والأبوية في التأهيل والتي ترمي الى اعداد المعاقين لوظائف منافسة وتشغيلهم على أساس جدارتهم لا تعاطفا مع حالتهم .

- دعوة أعضاء المنظمات الإجتماعية والغرف التجارية وأصحاب العمل الى مساعدة المعاقين من خلال برامجهم الإجتماعية .
- تشجيع المنظمات والمؤسسات على تقديم دعم مالي أو غير مالي لإقامة وحدات عمل مهنية المحمية منها وغيرها .
- تشجيع السلطات للمسؤولين لتقديم الدعم اللازم وإزالة المعوقات والحواجز المادية والمعمارية التي تؤثر على الإنتقال وعلى إمكانية الوصول وحرية الحركة في مواقع التدريب وعلى العمل والإنتاج الإجتماعي للمعاقين .
- ضرورة التشجيع على ادراج التأهيل في برامج الإخصائيين الإجتماعيين والمعلمين والأطباء وكل من له علاقة في عملية اتخاذ القرارات التي تؤثر على الإندماج الإجتماعي والمهني للمعاقين .
- توفير الفهم الكافي لمختلف أشكال العجز وآثارها على المعاقين إلى جانب معرفتهم بخدمات الدعم المتاحة لتسهيل ادماجهم في المجتمع .
- توفير المكافآت المادية والفرص للعاملين في مجال التأهيل والتدريب أسوة بما يستلمه العاملون في الميادين الأخرى .
- التشجيع على اتخاذ التدابير لاختبار وتدريب الإخصائيين والمساعدين في التأهيل حتى يتوفر تأهيل وتدريب المحتاجين من المعاقين .
- التشجيع على إقامة مراكز اقليمية وفرعية وإقامة حلقات دراسية لتدريب العاملين في التأهيل والتدريب واثاحة الفرص لزيارة المعاهد المختلفة والمختصة في الدول الغربية .
- التشجيع على وضع مبادئ توجيهية للتأهيل والتدريب المهني وإعطاء الفرص للدراسات العليا المنوطة بالإمكانات الفردية .
- إيجاد اتصالات شخصية ومباشرة مع المشرعين وذوي السلطة على كل المستويات من أهم الضروريات ، حيث إن إدماج المعاقين يمس كل مظهر من مظاهر الحياة ، بالإضافة إلى ذلك فإن إيجاد الأشخاص ذوي السلطة والتأثير والنفوذ لإنجاز التغييرات الضرورية الشاملة ، سوف يوفر الجهود المبذولة ويعجل بإيصال الخدمات لذوى الحاجة .

إدماج المعاقين في التنمية

الدكتور

عبدالباسط عبدالمعطي

خبير التخطيط الاجتماعي

بالمعهد العربي للتخطيط سابقاً - الكويت

المحتويات

الصفحة

من - الى

٢٥٢ - ٢٥١	مقدمة
٢٥٤ - ٢٥٣	أولا : من هو المعاق
٢٥٩ - ٢٥٥	ثانيا : في ضرورة البحث العلمي لما قبل التخطيط لادماج المعاقين في التنمية
٢٦٣ - ٢٦٠	ثالثا : اعتبارات تتعلق بتشخيص الاعاقة
٢٦٦ - ٢٦٤	رابعا : التخطيط لادماج المعاقين في التنمية
٢٦٨ - ٢٦٧	خامسا : مستويات ادماج المعاقين في التنمية

مقدمة :

لا يزال ميدان العمل الاجتماعي ، في كثير من مجالاته وأهدافه ، بحاجة الى اختبار للأفكار القائمة ، وطرح افكار جديدة تتسق وخصوصية الواقع الاجتماعي والاقتصادي لدول الخليج العربي ، فاذا كان تنظيم الاسرة في شقه المتعلق بضبط النسل مثلاً ملائماً لكثير من المجتمعات ، والاقطار العربية فانه في حاجة الى صياغة غير تقليدية في اقطار كأقطار الخليج العربي التي تعاني من نقص بين الموارد البشرية ، والشئ نفسه يمكن ان يقال عن مسألة المعاقين في هذه الاقطار .

على أن محاولة تقديم أي طرح جديد ، يجب أن تبدأ بما يسمى بديهيات ، وبما يسمى بالافكار المقبولة الراسخة ، وليس مبعث هذا رغبة في اثارة غبار جدل غير مجد ، ولكن لأن هذه البديهيات كثيراً ما نتناولها ، وبتناقضها ، وبنبي عليها ، وقد تكون في الاصل منقولة من هنا أو من هناك ، دون ان نناقشها قبل ان نصدر حكماً بقبولها . ومع ان هذه المناقشة قد تكشف وهماً هنا أو خطأ هناك . اما اذا لم نكتشف هذا فانها ستؤكد ما نسير عليه وترسخه .

وحتى لا يخال للمرء اننا نغلف الكلام بالمجردات ، سنأخذ عنوان الحلقة الراهنة « رعاية المعوقين بالدول العربية الخليجية » * كمثال للنقاش . فتصدر كلمة « رعاية » للموضوع تعنى عدة امور قد لا ترضي بعض القراء ، لكن المطلوب قدرًا من التمهّل :

- ١ - يعني الامر الاول اننا ننتظر حدوث الاعاقة ثم نرعى من يصاب بها ، اى انه فعل بعدي تابع لحدوث الاعاقة قاصر على العلاج ، دون توسيع الدائرة للوقاية من الاعاقة .
- ٢ - ويعني الثاني النظر للمعاقين على انهم فئة سلبية ترعى وتأخذ دون امكانية لعطائها مع ان تاريخ الانسان يشهد على وجود معاقين ابداعوا وتفوقوا على الأسوياء .
- ٣ - وتعني اننا نفرض على المعاقين من وجهة نظرنا ما نراه مناسباً ، ومهما كانت قدراتنا العلمية ، ففي هذا المنطق تجاوزاً لامكانية مشاركتهم في التخطيط لإمورهم . والسؤال : كم من المعاقين فعلاً يحضر هذه الحلقة الدراسية ؟
- ٤ - ويعني الامر الرابع عدم وضوح ما نعنيه بالرعاية الاجتماعية ، فالرعاية الطبية قد تكون معروفة ، والرعاية النفسية قد تكون واضحة ، اما الرعاية الاجتماعية فما الذي يميزها عن غيرها من صنوف الرعاية ؟ هل النظر للاعاقه كظاهرة اجتماعية ؟ هل ابراز العوامل الاجتماعية والاقتصادية المسببة للاعاقه ؟ والتي من بينها على سبيل المثال وليس الحصر

(*) يشير الباحث الى عنوان الحلقة الدراسية التي نظمها مكتب المتابعة في المنامة خلال الفترة من ١٤ - ٢٣ نوفمبر ١٩٨١ .

حالة الاسرة ، وحالة الام اثناء الحمل ، اعنى عملها وغذاءها والخدمات المقدمة لها ، ومستوى معيشتها ، باختصار حاجاتها الاساسية المادية واللامادية . وهل المقصود باجتماعى ، المصاحبات الاجتماعية للاعاقة على العلاقات بين البشر ، معاقين وغير معاقين داخل الاسرة وفى الشارع وفى المدرسة وفى العمل ، واهداف طاقة بشرية ، تعد أعلى رأس مال ؟ ام ان المقصود تقديم خدمات فى اطار اجتماعى لفئات المعاقين ؟ ومرة اخرى ماذا يعنى هذا الاطار الاجتماعى ؟ هل يعنى وضع المعاقين فى مؤسسات نوعية ؟ هل يعنى التزام الجماعة الانسانية بتقبلهم والعطف عليهم والتعاطف معهم ؟ هل يعنى تغيير القيم المُشكِّلة للنظرة الى المعاق والتي يمتزج فيها العطف والاحسان اللذان كثيرا ما يسببان مشكلات نفسية واجتماعية للمعاق .. وهناك عشرات الاسئلة التى يمكن طرحها فى هذا الصدد ، والتي تعنى ان الموضوع الذى نجتمع من أجله فى حاجة الى اعادة طرح وتحديد ، واعداد تفكير فى الطرائق والاساليب فى ضوء الاعلان العربى للعمل مع المعاقين ، والذي ركز على الوقاية بجانب العلاج ، وحرص على مشاركة المعاقين لادماجهم فى التنمية ، واعداد النظر فى الانماط والتجارب التنموية المطروحة والقائمة فى الوطن العربى .

أولا من هو المعاق

غالبا ما يتم التركيز في تحديد المعاقين - وبصرف النظر عن محاولات تصنيفهم الداخلية - على وجود خلل أو نقص في احد أعضاء الانسان او حواسه أو قدرة من قدراته ، ويعنى هذا ان التحديد يغلب عليه المعنى البيولوجى - الصحى ، سواء كانت الصحة هنا نفسية أو عقلية أو فيزيقية . وإذا كان هذا عرفاً شائعا بين معظم المهتمين بالمعاقين فانه توجد انماط أخرى من الاعاقة ذات طابع اجتماعي ، بمعنى انها نتائج لوسط اجتماعي بالاساس وذات تأثير اجتماعي بالدرجة الاولى ، فضلا عن ان هناك متغيرات وعوامل اجتماعية وسياسية وثقافية تؤثر حتى في الاعاقة بالمعنى الفيزيقي - الطبي . قد لا يوافق البعض على هذا بدعوى انه يوسع من دائرة الاعاقة ، التي تضيع معها قضية المعاقين بالمعنى التقليدي ، فالأمي والمتعطل والسلبى يمكن ان يعطوا صورة للاعاقاة فى العالم المعاصر ، مما قد يوهن الاهتمام بالمعاقين بالمعنى الشائع . ومع ان كل هذه الحجج والاعتراضات ، وغيرها مما يضيق المقام عن حصره ، تبدو حججا لها ما يبررها ويدعم سلامتها ، الا انها من الناحية الأخرى تجزىء كثرة من المشكلات التي يمكن ان تعالج بتخطيط شامل وليس بخطط جزئية ، ولهذا فنحن بحاجة بجانب التحديدات الشائعة للمعاقين ، الى توضيح المعنى الاجتماعى الذى يبرز المعاقين كقوة اجتماعية أتى عوقها من البناء الاجتماعى ، ويؤثر عوقها فى البناء الاجتماعى ، خاصة الانتاج والمشاركة بمختلف مستوياتها وصورها الاجتماعية .

ولعل اغفال هذا العمق الاجتماعى هو الذى - بجانب عوامل أخرى - جعل معظم المقترحات التي لا تخلو من حسن النية لعلاج مشكلات الجريمة والانحراف والامية وندرة السكان والاعاقاة والتي مع تسليهما بضرورة التوجه الشامل لأى من هذه المشكلات ، جعلها عند التناول العملي تفصل علاجا خاصا لكل منها ، بمعزل تقريبا ولا نقول تماما عن العوامل الأرحب والأعم لحدوثها . ففى علاج الامية مثلا ، غالبا ما يتم التركيز على النظام التعليمى ، ومكونات عملية محو الامية ، كالمدرس والدارس والمقرر والمنشأة التعليمية ، مع ان ثمة عوامل أخرى عميقة اقتصادية وقيمية وسياسية وراءها ، والشئ نفسه يمكن ان يقال عن رعاية المعاقين مؤسسات خاصة ، وكوادر بشرية مدربة ، وامكانيات مادية وتوصيات مع أن ثمة عوامل أخرى اسرية واقتصادية وثقافية بل وسياسية - الحروب - تسهم بقدر أو بأخر فى حدوث الاعاقاة .

خلاصة هذا ان كل ظاهرة ، لها بُعدها النوعى الخاص ، وبُعدها العام الذى تشترك فيه مع غيرها من الظواهر ، ومع هذا نركز فى التناول على البعد النوعى الخاص ، مغفلين البعد العام او معتبرين انه من صميم اهتمام آخرين ، ويشترك فى هذا حتى بعض المشكلات التي تبدو فى ظاهرها سوية كأزمة السكن والاسكان مثلا .

ولندلل على هذا بأن ثمة عوامل مشتركة بين أكثر من مشكلة اجتماعية او نفسية أو صحية^(١) نأخذ مثالا على عامل الفقر - لاحظ ان الفقر نسبي بين مجتمع وآخر ، وبين فترة زمنية وأخرى في المجتمع الواحد . -

فالعامل الاقتصادي في الريف العربي يؤثر في زيادة نسب الاميين ، لحاجة الاسرة الى عمل الابناء ، او عدم قدرتها على الوفاء بالتزامات التعليم - لاحظ ان التزامات التعليم ليست فقط المصروفات المدرسية او الادوات المدرسية لانها تشمل ايضا الغذاء الصحى والسكن اللائم والحاجات الاخرى .. الخ . -

والعامل الاقتصادي في المجتمعات العربية يؤثر في الوعي ، وفي مستوى الغذاء وعاداته وفي عمل الاسرة الذى قد يكون عملا مرهقا تحت وطأة الحاجة كما يؤثر في التردد بانتظام على طبيب ، وفي العلاقات بين الزوجين أثناء حمل الام ، وفي النظرة لنوع الجنين ، والرغبة فيه أو قبوله على مضض ، وفي التنظيم الدقيق للعمل الذى يحول دون الحوادث والامراض المهنية .. الخ .

والعامل الاقتصادي يخلق أزمة السكن ويؤثر في المعروض والمطلوب ، ويؤثر في الهجرة من الارياف الى الحواضر بحثا عن عمل ، أى عن أجر افضل .. الخ .

لكل هذا وغيره يقتضى أمر تناول مسألة المعاقين ، اعادة مناقشة المعنى التقليدى للمعاق وابرار المضمونات الاجتماعية لتحديد المعاق وتحديد الاعاقة ، فمع عدم اغفال ما يوجد في المعاق من أوجه قصور ، يجب ابراز ما فيه من امكانيات وقدرات يمكن توظيفها لصالحه شخصيا ولصالح مجتمعه من زاوية تنموية ، ومع عدم اغفال مبررات الاعاقة في الشخص نفسه ، يقتضى الامر التركيز ايضا على ما في البيئة بدوائرها من عوائق ، سواء في الاسرة او في القيم أو في المدرسة او في العمل .. الخ . ومع ضرورة عدم اغفال تدريب المعاق وتعليمه وتأهيله نفسيا وتعليميا يجب الاهتمام ايضا بتعديل علاقاته بالآنا وبالآخر ، وبالذات وبالموضوع ، اى صورته لنفسه ، وصورة الآخرين عنه والقيم التى تحكم هذا وذاك .

(١) انظر مثلا حول هذا المعنى :

J.Kane, **Social Problems**. Prentice-Hall, N.J., 1962

ثانياً

في ضرورة البحث العلمي لما قبل التخطيط لادماج المعاقين في التنمية

ربما بدا لي وقد اكون معاقاً في تصوري ، أن القدر الاكبر من البحوث المعنية بمسألة المعاقين ، تكاد تنصرف الى دراسة المعاق دراسة طبية - نفسية ، تعتمد على القياس الذي يتيح الطب وعلم النفس . ومع كل الاعتراف بأهمية مثل هذه القياسات وضرورتها ، فهي وحدها غير كافية ، فثمة أبعاد أخرى وجوانب أخرى تحتاج الى أنماط من البحوث المتنوعة ، التي تتجاوز نطاق المعاقين الى الأسوياء ، ومن بين هذه الدراسات :

١ - حصر المعاقين وتوصيفهم ، قصوراً وامكانات وخصائص على مستوى الوحدات الاجتماعية الصغيرة كالمجتمعات المحلية مثلاً وعلى مستوى كل قطر خليجي . فليست هناك دراسات محددة دقيقة في هذا الصدد ، جمعت بناء على دراسات ميدانية موثوق بها نظرياً ومنهجياً بل انه لا يوجد تحديد كمي دقيق للمعاقين في منطقة الخليج العربي^(٢) .

٢ - دراسة دورة الحياة الاسرية Life Cycle في المجتمع المعين وما يحكم كل مرحلة من اسس وقيم وعادات وظروف اقتصادية وتعليمية ، سواء كانت تتعلق بتركيب الاسرة وبنائها خاصة الآباء والابناء وخصائصهم الاجتماعية وما بينهم من علاقات ، أو بوظائف الاسرة المختلفة التربوية والنفسية والاقتصادية ، وعلاقة الاسرة بالنظم الاجتماعية الاخرى في المجتمع كالنظام التعليمي والتشريعي ونظام العمل .. الخ . فأسس الزواج واختيار القرين والعادات والقيم التي تحكم كل هذا ، سواء الزواج من داخل العائلة الكبيرة او من خارجها ، والفروق العمرية في الزواج ، والخصائص التي يرغبها كل قرين من قرينه كلها امور تؤثر في الانجاب وفي سواء المواليد من عدمه .

٣ - دراسة مقارنة لعينات من أسر المعاقين وأسر الأسوياء لتحديد اكثر العوامل الاسرية انتشاراً وارتباطاً بأنماط معينة من الاعاقة . هذا من زاوية التركيز على الأبعاد الاسرية التي يمكن بدراستها تحديد بعض مداخل الوقاية من الاعاقة . وثمة عوامل أخرى اسرية تؤثر في امكانات رعاية المعاقين وجدوى هذه الرعاية وحدودها . وفي هذا الصدد تشير واحدة من الدراسات القليلة في هذا المجال الى ان اسر عينة من المعاقين بالكويت تميزت بدرجة منخفضة من حرية التعبير عن مشاعرها بالمقارنة بأسر العاديين مما يؤكد أهمية توعية اسر المعاقين وتشجيعها في التعبير عن هذه المشاعر والنظر للاعاقاة نظرة اكثر واقعية ، كما وضحت الدراسة انخفاض درجة الضبط في اسر المعاقين ، وانخفاض

(٢) انظر عثمان فراج ، « العوامل المسببة للاعاقاة وبرامج الوقاية في منطقة الخليج » . البحث المنشور في هذا العدد

تشجيعها لافرادها على الاستقلال في السلوك واتخاذ القرار^(٣) .

٤ - دراسة العوامل البيئية المتميزة التي ترتبط بأنماط معينة من الاعاقة . كأن نقول مثلاً ما هو حجم وأنماط الاعاقة في البوادي او الارياف او الحواضر الخليجية . وسبب او اسباب وجود هذا النمط هنا وسبب او أسباب اختفائه هناك ولا يفيد اجراء هذا النوع من الدراسات فقط في علاج المعاقين ورعايتهم ، بل يسهم في التخطيط للوقاية من الاعاقة . فاذا كانت بعض الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت وجود ارتباط بين البيئة والاعاقة الطبيعية . فالمرجح ان يكون هذا الارتباط أشد قوة في حالة الاعاقة بمعناها الشامل ، ففي دراسة أجريت عام ١٩٧٥ في القطر العربي السوري تبين منها ان حالات الاعاقة الطبيعية توجد في الارياف أكثر من الحواضر . حيث ان نسبتها في الأولى ٦٤٪ مقابل ٣٤٪ فقط في الحواضر ، ويوضح الجدول التالي بعض المعطيات التفصيلية حول هذا الارتباط^(٤) .

الظاهرة	الريف %	الحضر %
مكفوفون	٦٧,٦	٣٢,٤
صم وبكم	٦٤,٢	٣٥,٨
عاجزون كبار	٦٤,٤	٣٥,٦
معاقون أطفال	٦٤,٢	٣٥,٨
متخلفون عقلياً	٥٨,٧	٤١,٣
النسبة الاجمالية	٦٤,٠	٣٦,٠

ولعل التدقيق في هذا الارتباط والفروق بين الريف والحضر ، يجلي لنا حقيقة هامة تبرز دور البناء الاجتماعي في الاعاقة ، فالاختلاف والتباين بين الارياف والحواضر ، ليس مجرد اختلاف مكاني وايكولوجي ، بل هو تباين نمطين للحياة الاجتماعية ، بدءاً من العمل وظروفه ، والانتاج وأنماطه ، والتوزيع وأشكاله والفرص الاجتماعية المتاحة وحدودها ، والقيم الاجتماعية التي تتخلل نسج البناء الاجتماعي في الاسرة والحقل والمدرسة .

(٣) فتحى عبدالرحيم ، «دراسة للتفاعل الاسرى كأحد الابعاد الفارقة في برنامج التقييم السيكولوجي للمعوقين» ، مجلة العلوم الاجتماعية جامعة الكويت ، العدد الاول ، السنة الثامنة ، ابريل ١٩٨٠م ، ص ٧٥ - ١٠١ .

(٤) دارم البصام ، «مراجعة نقدية لمفهوم التشخيص والعلاج في برامج المعوقين ، المعهد العربي للتخطيط ، اكتوبر ١٩٨٠ ، ص ٢٩ .

وحتى لا يخال للقارئ أن ثمة تباعدا بين ما يعتبر ضروريا من بحوث ما قبل التخطيط لادماج المعاقين في التنمية ، سنحاول في ضوء الاعلان العربي للعمل مع المعاقين الصادر عن مؤتمر الكويت الاقليمي/الكويت ١ - ٥ ابريل ١٩٨١ توضيح بعض المتطلبات البحثية :

١ - تبرز أسس ومبادئ الاعلان المذكور ، أساسين هامين^(٥) يتعلق الاول بالوقاية من الاعاقة ويتعلق الثاني بأهمية التنمية الشاملة وما تتطلبه من تطوير للهياكل والبنى الاقتصادية والاجتماعية باعتبار هذا ركيزة أساسية في القضاء على أسباب الاعاقة أو على الأقل الوقاية والتخفيف من مظاهرها الى أقصى حد ممكن ومن ثم إعادة رسم خريطة « المجتمع المعاق » بوصفها هدفا استراتيجيا على المدى الزمني الاطول .

ويتحليل هذين الأساسين ، ومع أن العمل في اتجاههما لا يقع على عاتق المهتمين بالمعاقين وحدهم لأنه بحاجة الى تعبئة كل الجهود المهمة بالتنمية إلا أنهما يفرضان علينا ضرورة إبراز عدد من المحاور البحثية الضرورية للتخطيط للتنمية الشاملة ، وللوقاية من الاعاقة ، ومن أبرز هذه المحاور :

أ - تحليل نقدي للتجارب والتوجهات التنموية القائمة والمطروحة في الساحة العربية ، على أن تكون البداية بما انتهى اليه الباحثون والمخططون العرب ، على ان تستكمل بدراسات ميدانية ذات طابع تقويمي لهذه التجارب للتأكد من مدى شمولها ، سواء من زاوية المدخلات ، أو التغيرات المخططة أو المخرجات .

ب - دراسات حول الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمعاقين وأسرههم ، لتنميط هؤلاء المعاقين وتحديد مدى انتشار كل نمط ، وترتيب عوامل الاعاقة حسب عموميتها وقوتها .

ج - محاولة اكتشاف الارتباط إن وجد بين ما في التجارب التنموية الراهنة من ثغرات ، وبين حدوث الاعاقة ، فإذا كانت كثير من الاقطار العربية تكرر أنها سارت وتسير في طريق التنمية وحققنت كذا وكذا ، يقتضي الامر الاجابة العلمية الآمنة على التساؤلات التالية :

- هل زادت معدلات الاعاقة أم قلت ؟

- هل وجدت أنماط من الاعاقة واختفت أخرى ؟ أم وجدت أنماط اضافية على ما هو قائم ؟

- ماهى الفئات الاجتماعية التي تنتشر بينها الاعاقة أكثر من غيرها ؟.

(٥) الاعلان العربي للعمل مع المعاقين ، البند السابع والبند الثاني عشر، مؤتمر الكويت الاقليمي للمعوقين ، الكويت ، ابريل ١٩٨١ .

٢ - فيما يتعلق بأهداف الاعلان ركز الهدف العاشر على تيسير الاشباع المتزايد للحاجات الأساسية المادية وغير المادية للمواطنين باعتبارها قاعدة للنمو السليم والتفاعل الاجتماعي المثمر والمشاركة الفعالة في الحياة ، وخاصة بالنسبة لسكان المناطق الريفية أو الأحياء الفقيرة في المدن وغيرها من الفئات الاجتماعية المعرضة لمسيبات العجز والتعوق^(٦) .

والذي تجدر الإشارة اليه ان هذا الهدف يعد عميقا ورفيعا وواعيا ، لكن لو افترضنا ان لدينا التمويل المالى والخبرات اللازمة لتمويل هذا الهدف العام والمجرد الى واقع عياني معاش . يتبادر الى الذهن عدة تساؤلات أساسية من وجهة نظر بحثية ، من أهمها في نظري :

أ - هل هناك تحديد دقيق متفق عليه للحاجات المادية وغير المادية للمواطن العربي^(٧) .

ب - هل لدينا أية دراسات أو بحوث أو احصاءات دقيقة تحدد لنا نقاط البدء لمعرفة :

- أي الحاجات مشبع وأيها غير مشبع ، وما هي معايير الاشباع ومؤثراته الأساسية التي يمكن قياسها ؟

- أي الفئات والشرائح الاجتماعية تعد حاجاتها مشبعة اكثر من غيرها وأى الفئات يمكن البدء بها ؟

- هل هناك سلم لأولويات الحاجات الأساسية للمواطن العربي ؟

- ماهى الوسائل المتاحة والتي يمكن أن تتاح لإشباع الحاجات حسب التضاريس الاجتماعية والقطاعية لهذه الحاجات ؟

وحتى نقدم بعض الحقائق على طريق المساعدة في الإجابة على مثل هذه الاسئلة يمكن رصد ما يلي^(٨) .

- ان معظم البيانات العربية المنشورة حول الاوضاع الاجتماعية والاقتصادية العامة والفئوية ، تجنح نحو الهيام بالمتوسطات الحسابية والمعدلات والنسب المطلوبة وهى وان كانت لا تساعد عند التخطيط والتنفيذ ، لأنها لا توضح علاقات ضرورية أخرى كعلاقات العمل والعلاقات التوزيعية ومدى تناقضها أو اتساقها ، فهى من ناحية ثانية لا تحدد لنا بدقة من المحتاج اذا ما قورن بغيره ممن هم اقل احتياجا ؟ وما هو احتياجه ؟ وأين يعيش ؟ وكيف يفكر ؟ وماهى قيمه وطموحاته ؟ وتطلعاته ورغباته .. الخ ، وهى من ناحية ثالثة تعتمد مؤشرات للقياس تعد مضللة ، وكثيرا ما تستخدم للدعاية فعندما يقال انه يوجد طبيب لعدد ما من السكان ، او ان هناك

(٦) المصدر السابق ، ص ٦ .

(٧) لمناقشة مستفيضة حول الحاجات ومشكلات تحديدها يمكن الرجوع للمصدر التالى P. Steern, S.S. Burki, **Basic Needs, Some Issues: World Bank, No. 53, 1976, pp. 911- 916.**

(٨) لمزيد من التفصيل حول هذه النقاط انظر : عبدالباسط عبدالمعطي ، في اسس ومعايير تحديد الحاجات الاجتماعية في الوطن العربي ، المعهد العربي للتخطيط ، الكويت مايو ١٩٨٠ ، ص ص ١١ - ١٦ .

وحدة صحية تبعد مسافة كذا كيلومترا عن تجمع بشري معين ، او ان هناك سريرا لعدد ما من السكان ، أو أن هناك جريدة يومية لكم محدد من السكان . هنا وفي كل هذه الحالات يعتمد الشكل أساسا لتقويم الانجاز . فالاهم من عدد الاطباء ، مستوى الخدمة الطبية المقدمة وحدود الرعاية الصحية الواقعية ، ومضمون ما يكتب في الجريدة ، وما يتم تعليمه في المدرسة .. الخ .

- ان تصنيفات البيانات الواردة في الاحصاءات الرسمية والتعدادات العامة ، تعتمد على بيانات أولية تجزيئية دون الاهتمام بعلاقات أخرى أكثر اهمية لأى عمل تخطيطى . فمن منا يستطيع فى ضوء أى احصاء او تعداد رسمى ان يجد العلاقة بين الدخل والتعليم ، وبين الدخل والمهنة ، وبين الدخل وحجم الاسرة . وباختصار لا نجد بيانات دقيقة لتوزيع الفرص الاجتماعية وخيرات المجتمع . واذا انتقلنا من الاحصاءات الرسمية الى المسوح الشاملة او القطاعية لا نجد مسوحاً طبية تهتم بفحص المواطنين . ومعرفة الامراض المنتشرة ، وارتباط هذا من عدمه بالدخل والتعليم والمهنة ، والغذاء وأحوال السكن ، والعادات الاجتماعية المؤثرة فى الغذاء والصحة .. الخ .

ثالثاً اعتبارات تتعلق بتشخيص الاعاقة

تحفل الادبيات التي عنيت بقضية تشخيص الاعاقة وتحديد حجمها وأسبابها بعدة مداخل لكل مميزاته ، ولكل حدوده التي يجب أن نعيها جيداً عند الاستخدام والتوظيف ، وأهم ما في الأمر هنا ، أننا بحاجة الى مراجعة نقدية لكل هذه المداخل حتى نكون في موقف أفضل عند استخدام واحد أو أكثر منها في الموقف الواحد . وسوف نأتي ببعض أمثلة منها للايضاح^(٩) .

١ - نظام تصنيف المعاقين Classification System :

وهو نظام يعتمد بالاساس على عدد من المقاييس السيكولوجية سواء للشخصية ككل أو لبعده أساسي منها ، كاختبارات الذكاء والاختبارات الاسقاطية وما شابهها ومع أن هذا النظام لعب دوراً هاماً في المسائل التعليمية والتربوية ، الا انه برغم تقنين بعض هذه الاختبارات في بيئات عربية ، فان فلسفتها ومنطقها ، ارتبطا بسياق حضارى وثقافى مغاير ، كما انها اجرائية اشتراطية فالذكاء ليس بعد الا ما تقيسه اختبارات الذكاء ، ولعل عدم الاكتفاء برصد ما في المعاق من قصور ، والاهتمام بتحديد وتشخيص امكاناته وقدراته الاخرى المعرفية والأدائية والقيمية يرفع من قيمة مثل هذه الاختبارات ، على أن يطور ويقنن منها ما يرتبط بالثقافة العربية والثقافات الفرعية بداخلها ، وفي هذا الصدد حاول L.Dunn^(١٠) أن يطور من هذا النظام فاقترح لعلاج المعاقين ودمجهم الاجتماعى والمهنى معايير لتصنيف المعاقين تضع في اعتبارها :

أ - التحويلات البيئية .

ب - النمو الحركي .

ج - التدريب الحسى والادراكى .

د - النمو المعرفى واللغوى .

هـ - تدريب النطق والتفاهم .

و - نمو الشخصية .

(٩) دارم البصام ، مصدر سابق ، ص ٤ .

(١٠) المصدر السابق ، ص ٩ .

ز - تدريب التفاعل الاجتماعي .

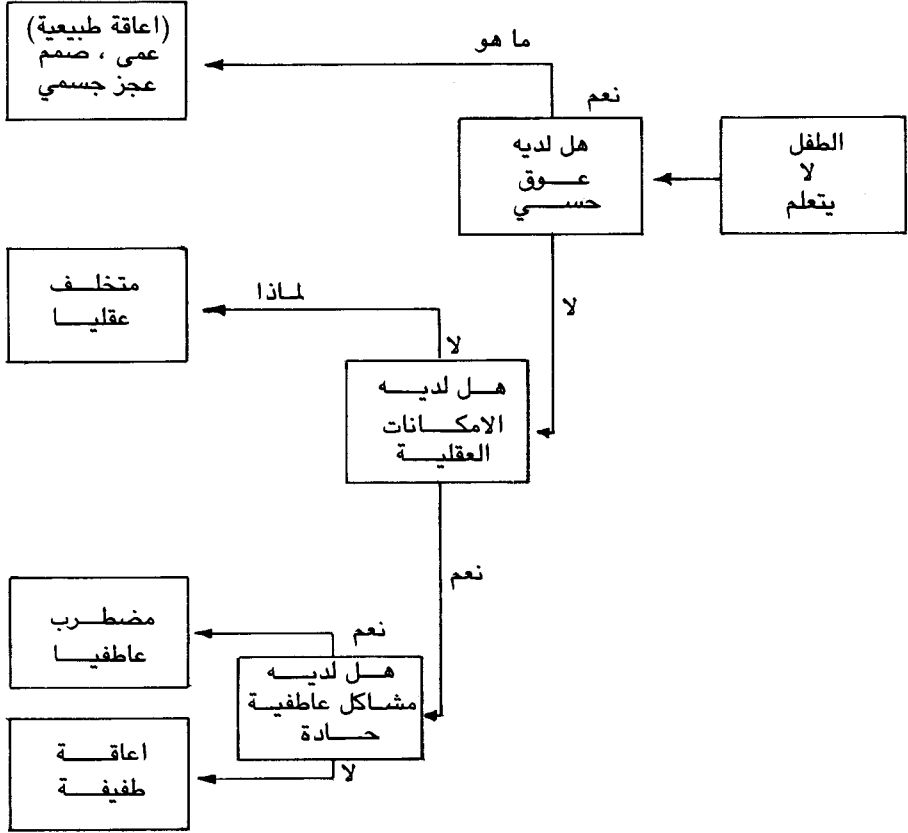
ح - التدريب المهني .

ولعل أهم ما في هذه الأسس والمعايير ابرازها المبدأ الذى يؤكد على أن الفرد المعاق وحدة متكاملة تتفاعل مع وسط اجتماعي وليس مجرد حالة معاقة معزولة عن سياقها .

٢ - نظام تفرع شجرة القرار^(١١) The Decision-Tree Branching System .

من الفرضيات التى يستند اليها هذا النظام ، ان عملية تفرع أى نظام تساعد على ربط عناصره من جهة واختيار الفرع المناسب لحالة الاعاقة من جهة أخرى ، وهذا النظام الذى نوضحه بالشكل التالى استخدم فى تشخيص الاعاقة وعلاجها فى عدد من الجامعات الامريكية مستخدمين فى هذا الحاسبات الآلية .

وفيما يلى الشكل الموضح لهذا النظام .



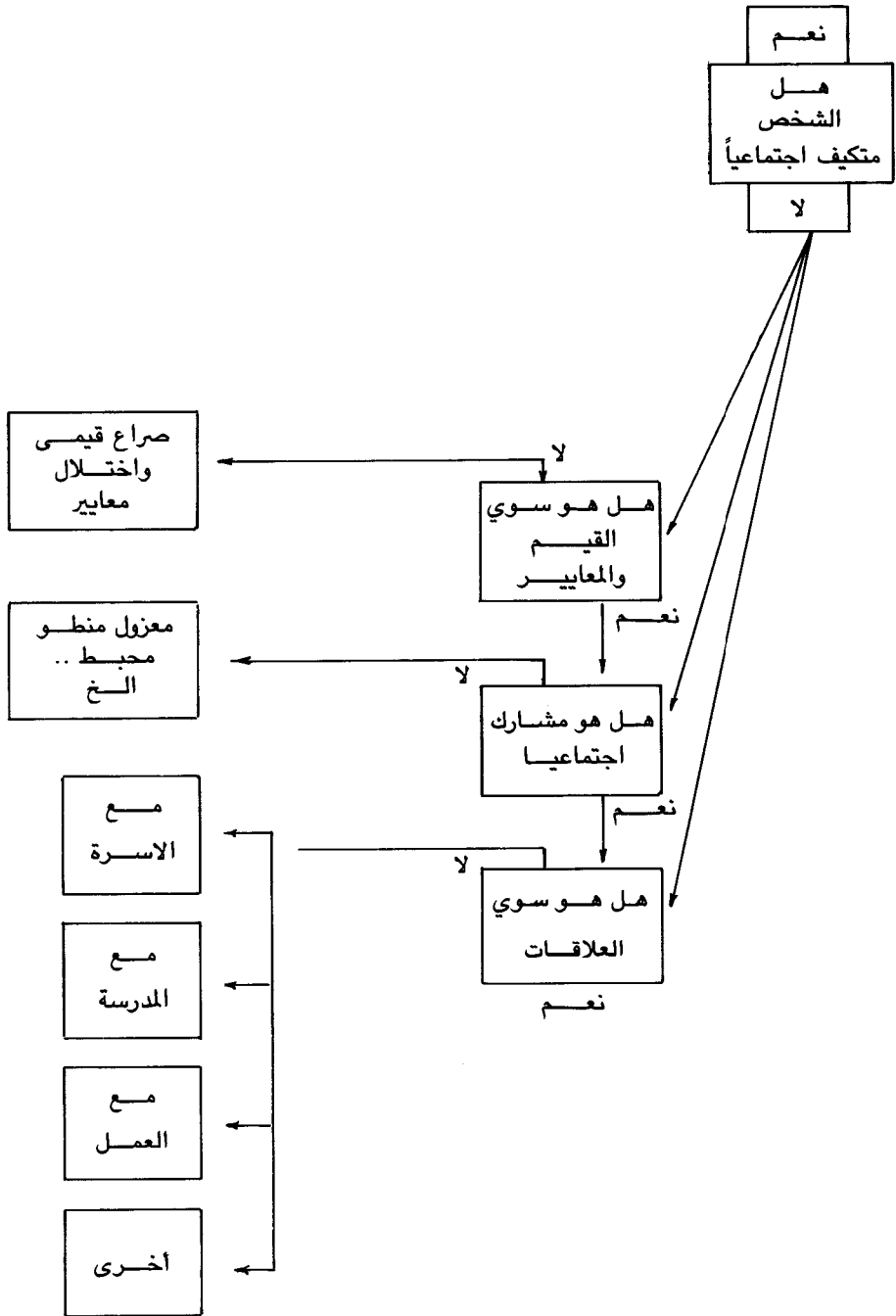
(١١) المصدر السابق ، ص ١٨ - ٢١ .

ومع أهمية مثل هذا النظام في تشخيص الاعاقة بالمعنى الحسى فيزيقياً وسيكولوجياً إلا ان تطويره حتى يحتوي أنماط الاعاقة الاخرى ذات البعد الاجتماعي يمكن ان يوفرقدراً أكبر من وضوح الرؤية وفهم المتغيرات المتداخلة المحدثة للاعاقه ، وهذا النظام وان كان يعتمد في بعض مراحل على اختبارات الذكاء لتحديد التخلف العقلي ، والتوافق الانفعالي فهو هنا يحتفظ بالتحفظات التي ذكرت في معرض الحديث عن نظام التصنيف . فضلاً عن انه يشترك مع النظام السابق في انهما معا يركزان على الأبعاد الفردية والعلاج الفردي للاعاقه ، ومن ثم لا يساعد في الوقاية لانه لا يهتم اساساً بعوامل أشمل تحدث الاعاقه . على ان تطوير مثل هذا النظام ليكون اكثر شمولاً في حاجة الى دراسات وبحوث تعتمد عدداً من المؤشرات الاساسية التي تساعد على تشخيص أنماط أخرى من الاعاقه ، وتساعد على متابعة وتقويم برامج ومشروعات ادماج المعاقين في التنمية (١٢) .

- ١ - فمثلاً الشخص المنطوى ما هي مؤشرات هذا الانطواء ؟
- ٢ - والشخص المحبط ما هي مؤشرات هذا الاحباط ؟
- ٣ - والشخص المغترب Alienated ما هي مؤشرات اغترابه ؟
- ٤ - ما هي مؤشرات التفاعل الاجتماعي ؟
- ٥ - ما هي مؤشرات العلاقات السوية وغير السوية مع الأنا ومع الآخر ، داخل الأسرة وخارجها ؟
- ٦ - ماهي القيم السائدة المرغوب فيها والمرغوب عنها اجتماعياً في الوسط الاجتماعي المحيط في الأسرة والمدرسة والعمل .. الخ ؟
- ٧ - ما هي مؤشرات التكيف الاجتماعي ؟

وإذا ما تم تحديد مثل هذه المؤشرات وغيرها مما تقتضيه أسس التشخيص . يمكن ان يطور النظام السابق . فاذا كان الشكل السابق وقف بنا عند تحديد التخلف عقلياً والمضطرب عاطفياً فيمكن ان نمده كما يلي على سبيل المثال وليس الحصر ليشمل بعض صور الاعاقه الاجتماعية .

(١٢) لمزيد من التفصيل حول اساليب صياغة المؤشرات وتوظيفها يمكن الرجوع الى : R.Bauer, (ed) **Social Indicators** . The M.I.T. Press, London. 1966 .



رابعاً التخطيط لادماج المعاقين في التنمية

١ - ضرورة حصر التجارب والخبرات السابقة في مجال رعاية المعاقين وتقويمها وتوضيح ايجابياتها وسلبياتها وحصر المشكلات الاساسية والمعوقات التي واجهت المشروعات والتجارب التي عنيت بأمر المعاقين بالتركيز على :

١ - من الذى قام بهذه الجهود والمشروعات ؟

ب - ما هى أساليب التشخيص والعلاج والرعاية ، وجوانب القوة والضعف في كل منها .
من حيث :

التخطيط - التمويل - التنظيم والادارة بما في ذلك الكوادر الادارية والفنية والعلمية - المتابعة والتقويم .

ج - هل كانت ثمة مقاومة لهذه المشروعات سواء من قبل المعاقين أو أسرهم او المجتمع ؟

٢ - تشير معظم أدبيات التخطيط الاجتماعى ، الى أن محاولة ادماج اى فئة اجتماعية في المجتمع وفي تنميته تحتاج الى تدرج ومراحل ولا بد عند نقطة البدء الاولى من التمييز فيها بين مستويين على الاقل من الاهداف^(١٣) :

أ - مستوى الحد الأدنى الذى يمنع بقدر الامكان حدوث الاصابة . ويساعد بقدر الامكان على العلاج الملائم ، والادماج التدريجي للمعاق .

ب - مستوى الحد الاقصى الذى يمثل الاهداف الاستراتيجية للوقاية من الاعاقة بالتركيز على جذور جملة العوامل المسببة لها .

والذى يجب التركيز عليه هنا أن هذا التمييز ، بين هذين المستويين وهذا التدرج المطلوب ، يجب أن يتمّ من خلال توجه أساسى يؤكد على أن ادماج المعاقين في التنمية عملية مستمرة ، متوجهة من خلال التنمية الشاملة الى ادماج مستمر للمعاقين في هذه التنمية .

(١٣) انظر حول هذا الاعتبار :

W. Hague, et. al., "Toward a Theory of Rural Development," in *Development Dialogue*, No. 2, 1972.

٣ - يقتضى أمر التخطيط لادماج المعاقين فى التنمية مراعاة مستويات الوعى بالمعاق والمعاقين ، والاعاقة ، قصورا وامكانات ، حقوقا وواجبات ، لأن القفز على خصائص هذا الوعى يقضى الى افشال مشروعات ادماج المعاقين فى التنمية ، اما رفضا ومقاومة من المعاق ، واما لرفض من اسرته ، واما مقاومة من بعض الفئات الاجتماعية الاخرى . ولعل أبرز المستويات التى يجب تحديدها وتشخيصها بدقة :

أ - وعى المعاقين بقدراتهم وتصوراتهم لأنفسهم ، ووعيمهم بنظرة الآخرين لهم . ونظرتهم للآخرين وللمجتمع ، وموقفهم منه ، خاصة عند تلك الفئات من المعاقين التى ترى بأن مجتمعهم هو سبب ما هم عليه من اعاقة .

ب - وعى المجتمع بالمعاق ، وبحقوقه وواجباته ، ومجموعة القيم التى تشكل النظرة للمعاق وأسس التعامل معه ، وهل هى تتركز فى كونه مخلوقا ضعيفا يستوجب العطف والاحسان ، ام انه انسان قادر على اداء دور ما ، وانه يمكن ان يؤدى ما يؤديه السوي ، بل وأحيانا يتفوق عليه .

٤ - نظرا لأن مستويات الوعى السابقة تتحدد من خلال الواقع الفعلى المحيط بالمعاق خاصة العلاقات الاساسية التى يأتى هذا الوعى انعكاسا لها سواء فى الاسرة او فى المدرسة او فى العمل فان التخطيط لتطوير هذه العلاقات يعد هدفا اساسيا لادماج المعاقين فى التنمية ، ولهذا يقتضى الامر :

أ - التخطيط لتطوير علاقة المعاق بذاته .

ب - التخطيط لتطوير علاقة المعاقين بعضهم ببعض .

ج - التخطيط لتطوير علاقة المعاق بالآخرين .

وربما كان من بين المداخل الاساسية لهذا التطوير ، التركيز على عملية التنشئة الاجتماعية . ونظرا لأن هذه العملية مستمرة فان كل مرحلة عمرية تقتضى تركيزا على جهاز او اكثر من اجهزة التنشئة . فالاسرة وما تكسبه للفرد من خصائص اجتماعية وقيمية تلعب دوراً هاماً فى المراحل الاولى من العمر ، ثم يأتى دور المدرسة ، ثم اجهزة الاعلام والتعليم غير الرسمى ، واذا كانت عملية الترشيد الاسرى ، بما تشتمل عليه من توعية ضرورية ، لاكساب الآباء مفاهيم جديدة فى تعاملهم مع الابناء المعاقين واعدادهم قيما واراديا ، فان الاعلام بما يعرضه من احاديث وتمثيلات ومسرحيات وافلام يمكن ان يسهم فى التوعية المجتمعية بالمعاقين وايضا فى العلاج من خلال ما يسمى « بالسوسيودراما » اى العلاج من خلال مواقف اجتماعية ، خاصة علاج المعاقين المحيطين والمغتربين ، وايضا تعليمهم على المشاركة ولعب الادوار Role Playing المطلوبة منهم فى المشروعات التنموية .

٥ - واما فيما يتعلق بصياغة المشروعات الاجتماعية من أجل ادماج المعاقين فى التنمية فيجب ان نؤكد ثانية ان للظاهرة بعدها النوعى الذى يتعلق بالمعاقين انفسهم ، وبعدها العام المرتبط بجذور الظاهرة وعواملها ، وآثارها المجتمعية ، واذا كان البعد الاول هاما فانه عند البدء فى التخطيط يجب التركيز على البعد الثانى ذى الطابع العام . فالمشروعات ذات النفع

العام الانتاجية والخدمية ، التى يشارك فيها المعاقون تسهم فى تمهيد الارض لاكساب المعاقين مزيدا من الثقة بأنفسهم وبأنهم قادرون على افادة مجتمعاتهم ، كما تؤثر فى نظرة المجتمع للمعاق من زاوية انه انسان لديه قدرات لا بد من التفتيش عنها واتاحة الفرصة لها من اجل التنمية .

٦ - عند صياغة المشروعات الاجتماعية لادماج المعاقين فى التنمية ارتباطا بالاعتبارات السابقة يقتضى امرها التركيز للبدء بـ :

أ - المشروعات الصغيرة المحدودة التى يمكن ان تمثل مدخلا تجريبيا تستخلص منه دروس النجاح والاشفاق .

ب - المشروعات ذات الاهداف القابلة للتحقيق وهذا يعنى اعتماد بعدي للتخطيط العلمى ، والتخطيط الواقعى .

ج - برمجة اهداف كل مشروع وتحديد مراحلها ، وتقويم مدخلات ومخرجات كل مرحلة ، فهذه البرمجة تساعد على :

- تحديد الاهداف العامة والفرعية .

- تحديد الوسائل الاساسية والفرعية .

- امكانية اكتشاف أى خطأ فى المراحل وبالتالى تدارك هذا الخطأ واجراء التعديلات الكافية ، حتى لا تتراكم الاخطاء وتتداخل بين مرحلة وأخرى .

د - تحديد مؤشرات قياس الاهداف عند تصميم المشروعات على ان تكون هذه المؤشرات قادرة على تقويم اهداف المشروع ووسائله وأثاره القريبة والبعيدة ، المباشرة وغير المباشرة .^(١٤)

٧ - عند تقويمنا لمشروعات وبرامج ادماج المعاقين فى التنمية يجب الا نعتد فقط على التقويم المالى والانفاق والعائد والانجازات الايجابية الكمية كأن نقول تم علاج كذا او رعاية كذا او ان النسب انقصت من كذا الى كذا ، لأنه من الضرورى ايضا السؤال عن :

أ - الازواج الكيفية للمعاقين ، وكيف يشاركون ، ومدى مشاركتهم .

ب - عن الذى لم يتحقق ولماذا ؟ وما الذى فشلنا فيه ولماذا ؟ وما الذى علينا أن نفعله . وكيف ؟ وما هى ضمانات النجاح فيه ؟^(١٥) .

(١٤) انظر : L. Donaldson, S.E. Scannell, **Human Resource development**, Addison-Welsley Publishing Company, London 1978, Passim.

(١٥) A. Biderman, "Social Indicators and Goals", in **Social Indicators**, Op. cit., pp. 197 - 199.

خامسا مستويات ادماج المعاقين في التنمية

فيما يلي نقدم نموذجاً توضيحياً لمستوى الحد الأدنى من التطوير القريب ، ومستوى الحد الأقصى من التطوير الاستراتيجي . وسيكون التركيز على وحدات اساسية متمثلة في الفرد المعاق ، والجماعات والمجتمع الذي ينتج الاعاقة في المنظور القريب ، واما في المنظور الاستراتيجي فالامر يعنى معا بالوقاية والادماج الأشمل للمعاقين .

١ - مستويات الادماج في المنظور القريب:

التخطيط الاجتماعي على مستوى المجتمع	التخطيط الاجتماعي على مستوى الجماعات والفئات	التخطيط الاجتماعي المتوجه نحو الفرد المعاق
١- تحسين الخدمات الاساسية. ٢- تغيير التشريعات المرتبطة بحقوق المعاقين وواجباتهم ومشاركتهم.	١- تغيير القيم المشكلة للنظرة للمعاق. ٢- الترشيح الأسري.	١- تغيير اتجاهات المعاق نحو ذاته وقدراته. ٢- التأكيد على اعتماد المعاق على ذاته وتأهيله وتنمية قدراته.
٢- اشباع الحاجات الأساسية المادية واللامادية.	٢- تغيير في الأدوار الاجتماعية على مستوى العمل بما يسمح بإيجاد أدوار للمعاقين. ٤- مرونة التفاعل الاجتماعي على مستوى جماعات الأسرة والمدرسة والعمل بما يسمح باستيعاب المعاق.	٢- تغيير اتجاهات المعاق نحو الآخرين.

٢ - مستوى الوقاية والادماج في المدى الاستراتيجي:

على مستوى المجتمع	التخطيط لتغيير الجماعات والتنظيمات	على مستوى ادماج الفرد
تغييرات أكثر جذرية في أنماط التنمية والانتاج والتوزيع والفرص الاجتماعية والتشريعات.	١ - تغيير التعليم الرسمي وغير الرسمي بما يسمح بادمج المعاقين في التعليم. ٢ - تغييرات في نظم العمل بما يسمح بمشاركة المعاقين. ٣ - تغييرات في وظائف التنظيمات وادارتها بما يسمح باشباع الحاجات واستمرار هذا الاشباع.	١ - تغيير أنماط التنشئة الاجتماعية للأسياء والمعاقين بالتركيز على قيم المساواة بين المعاقين وغير المعاقين. ٢ - تغيير مضمون الاعلام للتوعية الخاصة بالوقاية والعلاج والمشاركة. ٣ - تغيير علاقة المعاق بذاته وبالآخرين وبالأشياء.

**أبعاد المشاركة الكاملة والمساواة
(شهادة ذاتية)**

**الآنسة منيرة بن هندي
رئيسة المركز البحريني للمعراك الدولي**

المحتويات

الصفحة	من - الى
مقدمة	٢٧٣
أولاً : الحق في الحياة والمحافظة عليها	٢٧٤ - ٢٧٥
ثانياً : الحق في الكشف المبكر والاستشارة الطبية	٢٧٥ - ٢٧٦
ثالثاً : الحق في التعليم والتدريب	٢٧٦ - ٢٧٩
رابعاً : الحق في العمل والاكتفاء الاقتصادي	٢٧٩ - ٢٨٠
خامساً : الحق في التنقل والسفر والترفيه	٢٨٠ - ٢٨٢
سادساً : الحق في الزواج والانجاب	٢٨٢
سابعاً : الحق في المشاركة في سياسة الدولة الاجتماعية	٢٨٣ - ٢٨٥
والحق في الاختيار واتخاذ القرارات	

مقدمة :

أعلنت الأمم المتحدة عام ١٩٨١ عاماً دولياً لذوى العجز وجعلت شعار العام (المشاركة الكاملة والمساواة) لادراكها وادراك أصحاب القضية ان العالم السوي لا يزال بعيداً عن تحقيق هذه الأهداف التي هي غاية في الأهمية، ولاتاحة الفرصة أمام الجميع لدراسة مشكلة العجز وكيفية تحقيق المساواة والمشاركة في سائر النشاطات.

في البداية دعوني أشكر المسؤولين في مكتب المتابعة لاتاحة الفرصة أمامي بصفتي من أصحاب المشكلة للتعبير عن رأيي ورأى الفئة التي أمثلها وقد أثبت المكتب بذلك رغبته الحقيقية في تحقيق المشاركة الكاملة من خلال اشراك صاحب المشكلة والأدرى بها.

تتناول محاضرتي شقين هما المساواة في الحقوق والمشاركة الكاملة. لكن في الواقع المشاركة الكاملة لا تتم الا حين يتساوى السوي مع المعاق. والمساواة لا تكتمل الا بالمشاركة الكاملة في جميع الحقوق والفرص. وسأشرح في الوقت نفسه كيف ينبغي أن تكون في نظرنا هذه المشاركة، اذ ان الحق الأساسي والأول الذي يطالب به كل ذى اعتلال هو المشاركة، اذن المساواة والمشاركة هما بالفعل وجهان لعملة واحدة.

يمكن تحديد أبعاد المشاركة والمساواة لذوي العجز بالحقوق التالية :

- أولاً - الحق في الحياة والمحافظة عليها أسوة بأى إنسان حي.
- ثانياً - الحق في الكشف المبكر والاستشارة الطبية .
- ثالثاً - الحق في التعليم والتدريب المهني.
- رابعاً - الحق في العمل والاكتفاء الاقتصادي.
- خامساً - الحق في التنقل والسفر والترفيه.
- سادساً - الحق في الزواج وانجاب الأطفال وبناء أسرة.
- سابعاً - الحق في المشاركة في سياسة الدولة الاجتماعية والحق في الاختيار واتخاذ القرارات.

وسنتناول بالتفصيل مجمل هذه الحقوق وأبعادها ونظرة الأسرة والمجتمع لها.

أولاً - الحق في الحياة والمحافظة عليها :

من حق كل إنسان أن يحيا حياة طبيعية وينال جميع الحقوق سواء كان ذلك اثناء فترة الحمل أو بعدها وذلك عن طريق عناية الأطباء بالأم الحامل. فالطفل ذو العجز انسان له نفس الحقوق فمن حقه أن يأخذ جميع الوسائل التي تساعد على الاستمرار في الحياة سواء كانت طبية أو اجتماعية فإننا لا نستطيع تقرير بقائه أو عدم بقائه.

فمن حق هذا الطفل أن ينال جميع الحقوق التي يتمتع بها أفراد أسرته من حب ورعاية والتزامات مالية أسوة بأفراد الأسرة الباقين.

ولكن الواقع غير ذلك حيث أننا نرى الأسرة تكون سعيدة كل السعادة عندما يضاف طفل جديد الى العائلة وهذه السعادة سرعان ما تزول عندما تعرف ان هذا الطفل ذو عجز فتحل على الأسرة نظرة تشاؤمية من وجوده بينهم فيتذمرون من وجوده ويرفضون فكرة تقبله، فتتجاهل أحياناً الأسرة وجوده ولا تقدم له أية مساعدة بل أن بعض الأهالي يعهدون بأطفالهم الى المؤسسات دون الالتفات اليهم.

أما بعض الأطباء فإن لهم نظرة أخرى مع الأطفال ذوي العجز فيحاولون عدم تقديم المساعدة الطبية والوسائل الطبية التي يمكنها أن تساعد في الاستمرار في الحياة.

أما المجتمع فهو أكثر صعوبة في تقبل فكرة وجود أطفال ذوي عجز بين أفرادهم فينظر اليهم كعبء عليه ويكلفونه الكثير.

هذا الواقع يتكون من عدد من العناصر ترفض تقبل هذا الطفل سواء من الأم، الأسرة، الطبيب والمجتمع. هل يخاف الأهل من أن وجود هذا الطفل يكون وصمة في حياتهم يذكرهم بها المجتمع دائماً ؟ أو أن الأم تشعر بأنه يشكل عائقاً في حياتها الاجتماعية ، ويشعرها بالخوف من ان تتكرر هذه المشكلة في أن تنجب أطفالاً آخرين ذوي عجز.

فكثيراً ما تشكو هذه الأسر من أن هذا الطفل يشكل عائقاً نفسياً في نفوس أخوته ويكلفهم الكثير من الناحية المادية.

بعض الأطباء بموقفهم السلبي من الطفل يدعون انهم يخافون على الأم من التعب وحمل مسؤوليته كما وانهم يفضلون تقديم المساعدة الطبية للأسوياء على ذوي العجز.

والمجتمع يظن بأن هذا الشخص لن يقدم له أي عمل يستحق به الحياة فهو لا يشارك في عملية التطور، لأنهم يظنون انه غير قادر على التفكير وان وجوده يشكل عائقاً نفسياً في المجتمع وذلك لوجود الفوارق الجسمية، فيقف المجتمع موقف الراض من تقبله في الحياة.

فألام تخاف من ان وجود هذا الطفل سوف يخلق اعاقه نفسية في نفوس أخوته. وبالطبع هذا غير صحيح والتجارب أمامنا عديدة فكثير من الأشخاص ذوي العجز يشكلون الرباط الحقيقي لأسرتهم وهذا راجع لدور الأم والأب في مدى استعدادهما لتقبل هذا الطفل مما يترتب عليه تقبل أخوته له. ولكن حينما يتذمرون من وجوده معهم ويتحدثون عنه بأنه عائق في حياتهم هنا سوف يخلقون اعاقات نفسية عند أبنائهم، أما من الناحية الاقتصادية فكثير من الأهالي يهولون أو

يشعرون بأن هذا الطفل يكلفهم الكثير مما يزيد عن طاقتهم. لهذا يشعرون بثقل وجوده معهم بينما في الحقيقة أن الطفل ذو العجز لا يأخذ وقتاً أو مالاً أكثر من أخوته الآخرين وأن زاد قليلاً . فكما قلنا من قبل انه ابنهم وله حقوق عليهم. خاصة وان الدولة لا تبخل علينا بالمساعدات المادية المقدمة لكل ذي عجز اذا كان يستحق المساعدة كالخدمات الاجتماعية والعناية اليومية والطبية وتخصيص فريق من الأطباء والباحثين الاجتماعيين سواء كان ذلك من قبل وزارة العمل والشؤون الاجتماعية أو وزارة الصحة.

لهذا فواجب الأهل تقبل هذا الطفل فمن يدرى ما يخبىء القدر لهذا الطفل. وان المجتمع يجب ان لا يشك في قدرات الأطفال ذوي العجز ويبخل عليهم بحقوقهم في الحياة، فكثيراً من الأطفال ذوي العجز أصبحوا الآن رجالاً لهم شهرتهم في جميع المجالات وقدموا الى المجتمع ما لم يستطع أن يقدمه السوي .

من منكم يجهل الأديب طه حسين عميد الأدب العربي، ألم يكن طفلاً ذا عجز وبعد أن فتحنا له باب التعليم أصبح رجلاً فخرأ لأمتة وعميداً يؤخذ بأرائه، لو اننا لم نتح له الحق في الحياة لخسرنا هذه الشخصية العبقريّة.

وهوميروس ألم يكن كفيفاً وأصم، ألم يكن شخصاً ذا عجز ولكنه أصبح من أعظم شعراء العالم ، يردد الناس أشعاره متناسين انه شخص ذو عجز لأن عظمة شعره وعمق تفكيره قضت على ناحية العجز لديه.

وروزفلت كان يتنقل على كرسي متحرك ورغم ذلك استطاع أن يحقق ما لم يحققه الآخرون بأن يكون أربع مرات متتالية رئيساً لأكبر دولة في العالم «أمريكا». هل وقف العجز في طريقه ؟ لو حرمانه من حقه في الحياة لكننا قد خسرنا انساناً كبيراً وعظيماً. اذن على المجتمع ان لا يحكم على أن هذا الطفل لن يقدم شيئاً له وذلك لأنه ذو عجز.

أما الأطباء فانهم يظنون بأنهم عندما يمدون هؤلاء الأطفال بالمساعدات الطبية فهم يساعدونهم على البقاء وبذلك يساعدون على تزايد سكان العالم من ذوي العجز.

ثانياً - الحق في الكشف المبكر والاستشارة الطبية :

إن من حق العاجز الكشف المبكر عن نوع عجزه حتى يتقبل وجود هذا العجز ويحاول التغلب عليه وتنمية قدراته الأخرى. فنحن بواسطة الكشف المبكر ربما نستطيع تخفيف العجز الذي لديه ونشخص الاعتلال في وقت مبكر ، وعلى الطبيب ألا يخلق العراقيل التي تحول دون استمرار حياة هذا الطفل، فهو قبل أن يكون طفلاً ذا عجز هو انسان من حقه ان يتلقى جميع الوسائل التي تساعد على الاستمرار في الحياة، لهذا فإن حقه في الحياة يجب أن يبدأ من قبل أن يولد.

وعندما يكتشف الأطباء أن هذا الطفل سوف يكون ذا عجز قبل أو بعد أن يولد فعليهم أن يكتفوا بجهودهم الطبية والنفسية سواء على الأم أو الأب أو الطفل نفسه. واننا سواء كنا أصحاء أو ذوي عجز فدائماً يرجع تقرير مصيرنا الى الأهل ومهمة الأهل تكون كبيرة تجاه أى طفل وليس الى ذوي العجز فقط .

فالأم هي الأم والأب هو الأب سواء كان ذا عجز أو سويًا فإن العاطفة لا تختلف، لذا يجب أن لا نفرق في تربيتنا بل العكس على الأم أن تكثف جهودها التربوية لطفلها ذي العجز وأن تكون بينها وبين فريق العمل الطبي علاقة مستمرة. وهنا يأتي دور الدولة في توفير التجهيزات ومساعدة الأسر التي لديها أطفال ذوو عجز وهذا والحمد لله موجود في دولتنا وفريق العمل مكون من طبيب وأخصائية اجتماعية والأهل، وهذا الفريق يعمل طوال الأسبوع ويقوم بتقديم المساعدة الطبية والاجتماعية إلى الأطفال ذوي العجز.

ومن واجب الطبيب أن يأخذ بعين الاعتبار أن ذوي العجز أشخاص لهم حقوق كحقوق الآخرين في جميع مراحل الحياة.

والمساعدات الطبية مرحلة هامة من مراحل بقاء ذي العجز في الحياة فيجب أن يحصل عليها هذا الطفل كما يحصل عليها الآخرون. وأن يزيحوا عن أعينهم نظرة التشاؤم لوجود هذا الطفل، فكما قلنا ربما تكون لديه قدرات تفوق قدرات الآخرين، والطب رسالة إنسانية يجب أن لا تفرق بين سوي وذو عجز.

ثالثاً - الحق في التعليم والتدريب :

إن التعليم هو حق من حقوق أي إنسان يجب أن يناله سواء كان هذا الإنسان ذا عجز أو غيره فبالتعليم نرفع من مستوى أنفسنا ونشارك في عجلة التقدم. وذو العجز أحق من ينال حق التعليم ويصل إلى أعلى المستويات لأنه ربما كان الآخرون يستطيعون أن يقوموا بالكثير من الأعمال من غير أن يكونوا متعلمين ولكن ذا العجز لا يستطيع ذلك فعجزه يعوق قيامه بتلك الأعمال، لهذا فالتعليم حق من أهم حقوق ذي العجز، به يستطيع أن يعمل ويكفل حياته الاجتماعية.

ورغم أن كل إنسان من حقه أن يأخذ فرصته في المجال التعليمي إلا أننا نرى الواقع يناقض هذا، حتى وإن كان هذا الواقع يفتح المجال لذوي العجز أن ينالوا حق التعليم إلا أنه يعود ويفرض عليهم بعض الخصوصيات في هذا المجال، فكثيراً ما نجد ذوي العجز لا ينالون حقوق التعليم. وإن فتح لهم المجال فإننا نجد المجتمع يضعهم في مدارس خاصة بهم يعزلهم عنه، فالمكفوفون مثلاً نراهم يتعلمون في مدارس خاصة بهم يعلمونهم القراءة والكتابة وبعض الحرف البسيطة فقط. ولكن لا يأخذون برأيهم حول المواد التي يودون تعلمها، وما هو التدريب الذي يناسبهم ويناسب ميولهم، فنجدهم بعد تخرجهم قلقين لا يعرفون من أمور المجتمع شيئاً حتى أن الدول العربية تضع ذوي العجز في مدارس خاصة بهم يطلقون عليها أسماء نوع العجز الذي لديهم كمعهد الشلل أو معهد المتخلفين عقلياً، وهم بهذا العزل يجعلون طلبتهم يعانون من اعاقات نفسية أيضاً.

هنا نتساءل لماذا يخاف المجتمع من فتح مجال التعليم للأشخاص ذوي العجز ؟

هل لأن ذوي العجز ربما يثيرون الشفقة في نفوس الطلبة ؟

أو أن المجتمع يشك في قدراتهم ؟ أو أن وجود أشخاص ذوي عجز يتطلب بعض التسهيلات مثل المنحدرات والحمامات والمساعدات الكهربائية وبعض الأدوات وهذا يكلف أموالاً إضافية ؟ كذلك هناك البعض في المجتمع يظن أن وجود شخص ذي عجز مع شخص سوي يجعل الأول

يشعر بالفرق الجسدى مما يؤثر في نفسيته .

إن وجود هذا الشخص لا يثير الشفقة بقدر ما يعلم الانسان عظمة القادر عز وجل من اختلاف الافراد ويجعل هؤلاء الطلبة يتعلمون فلسفة الاندماج بيندماج الافراد على اختلاف اشكالهم. واننا نستطيع أن نتعلم من هؤلاء الأشخاص ذوي العجز ما لا نستطيع أن نتعلمنا اياه المدارس، فعن طريق هؤلاء يمكننا تعلم الصبر والمثابرة وحب الحياة والعزيمة والاصرار، لأن الشخص ذو العجز لم يصل ليكون بيننا في هذا المحراب الا لكونه محبا للحياة رغم صعوباتها واصراره على اثبات ذاته ولولا ذلك لما استطاع أن يصل اليها.

ان هذه التسهيلات التى يتطلبها الأشخاص ذوو العجز في المدارس لا تكلف شيئاً من الناحية الاقتصادية لو قورنت بما يكلفه فتح مؤسسات خاصة لهؤلاء. فهذا العمل سوف يكلف الدولة الشيء الكثير من ناحية البناء والموظفين والغذاء والمواصلات وغيرها الى جانب اننا سوف نخسر ايد عاملة يمكنها ان تشارك في عجلة التطور. لأن وجود هذه المؤسسات سيساعد على تزايد الموظفين العاملين فيها مما يمكننا أن نعطي الفرصة للأشخاص ذوي العجز لكي يشاركونا في مجال التعليم كما أن هذه المؤسسات لا تستطيع ان تبني جيلاً من هؤلاء الأشخاص ذوي العجز قوي الشخصية كما تبنيه المدارس العادية، لأن ذا العجز سوف يحيا حياة أسرية مع أهله وأصدقائه وسوف يشعر بأنه لا يختلف عن الآخرين كما يشعر عندما يحيا في المؤسسات الخاصة به . ان وجود الأشخاص ذوي العجز في المدارس العادية لا يسبب خطراً على نفسياتهم كما يظن المجتمع بقدر ما نشعرهم نحن بأنهم أشخاص عاديون غير معزولين عن المجتمع ولا يشوب نفسياتهم أى كره نحو المجتمع .

الا أننا كما نشاهد في الحياة العادية أن أصحاب المشكلة الذين يعيشون مع أهلهم ودخلوا المدارس العادية ونالوا التعليم مع الآخرين، نشاهد هؤلاء يتمتعون بنفوس طبيعية تختلف عن المعزولين في المؤسسات الخاصة لهم وان وجود أصحاب المشكلة بيننا هو الحل الصحيح فهم بإمكانهم تغيير وجهة الرأى العام عن قضيتهم، عن طريق اثبات قدراتهم من الناحية التعليمية، والا نكتفى بالتعليم على مستوى بسيط ولكن نفتح المجال لهم بأن يتلقوا تعليمهم العالى سواء داخل الدولة أو خارجها ونكفل لهم الوسائل التى بواسطتها يمكنهم مواصلة التعليم، فهم أحق بالعلم من الأشخاص الآخرين لأن الأشخاص الآخرين ربما يكونون قادرين على القيام بأعمال لا يستطيع الأشخاص ذوو العجز القيام بها ، لهذا فواجبنا تنمية قدراتهم العلمية .

كلنا نعلم انه ليس باستطاعة أى فرد الحكم على الآخرين ما لم نفتح لهم مجال التجربة ومنها يمكننا أن نحكم على قدراتهم ونحن ليس في استطاعتنا الشك في قدرات الأشخاص ذوي العجز ما لم نفتح لهم باب التجربة وقد شاهدنا بعض الأشخاص ذوي العجز من خلال المؤتمرات التى حضروها وقد وصلوا الى أعلى الدرجات عندما فتح لهم المجال مثل طه حسين وبتوهوف والأمثلة على ذلك عديدة. اذن لندع أصحاب المشكلة يخوضون التجربة بأنفسهم ولانزلهم في مدارس خاصة بهم وكما جاء في ميثاق التأهيل الدولى للثمانينات.

«يجب أن يتمتع الأطفال المعوقون بحق الحصول على الفرص التعليمية المتاحة لجميع الأطفال الآخرين في وطنهم ومجتمعهم، وحيثما أمكن ذلك، يجب أن يلقى الأطفال المعوقون تعليمهم داخل أجهزة التعليم العادية وهذا الأمر قد يستوجب بالنسبة الى بعض الأطفال المعوقين اجراء تعديل

لموس في البرنامج التعليمي وأنشاء بعض الخدمات المساندة الضرورية. فالمجتمع مسؤول عن التحقق من ان أجهزته التعليمية تتيح التعليم الشامل للأطفال المعوقين مثل غيرهم من الأطفال الآخرين، وحيثما توفرت في المجتمع بيوت حضانة أو رياض للأطفال أو خدمات تعليمية تسبق المرحلة الدراسية فيجب أن يكون الأطفال المصابون بالاعاقة قادرين على الاشتراك في الفرص والتجارب الانمائية التي تتيحها تلك المرافق لجميع الأطفال الآخرين ، وعلى المجتمع ان يمكن الأطفال المعوقين من تعلم كيفية الاسهام الفعال في مجتمعاتهم في بيئة تعليمية تفرض أقل قدر من القيود عليهم، فاذا إتضح ان امكانية أى طفل على الاستفادة من التعليم العادى محدودة فيجب ان يتاح له التعليم في معاهد خاصة تفى باحتياجاته الشخصية، وحيثما كان الادمج التام مستحيلا يجب اقامة صلات وثيقة الى أقصى حد ممكن، عملا مع المدارس والمعاهد التعليمية المحلية وغيرها من المرافق المجتمعية. أما الأطفال الذين لم يلتحقوا حتى الآن بأية مدارس فيجب العمل على تكليف مدرسين أو مدرسات متجولين لمساعدتهم على تحقيق أقصى مستوى تعليمي يمكنهم الوصول اليه.

يجب إتاحة التعليم للكبار من المعوقين الى أقصى مرحلة يمكنهم بلوغها من المراحل التعليمية المتوفرة في البلد المعين ويجب بذل كل جهد ممكن لتنظيم برامج دراسية في المدارس والجامعات والمعاهد الفنية أو الخاصة تكون مناسبة للأفراد المعينين ويجب رصد الأموال اللازمة لمواجهة المصروفات التعليمية المتعلقة بالاعاقة بوجه خاص».

ان تدريب ذوي العجز على العديد من المهارات أحق من تدريب الشخص العادي وذلك لقدرة الشخص العادي على العمل في جميع المجالات.

كما وان من حقه اختيار التدريب للمهنة التي تناسب ميوله ورغباته وتجعل منه فرداً عاملاً منتجاً.

ولكن الواقع غير ذلك ، حيث ان المجتمع عندما يفتح باب التدريب لذوي العجز فإن هذا التدريب يقتصر على نواح معينة يقررها المجتمع لا الشخص نفسه، وفي كثير من الدول العربية تكون هذه التدريبات في أكثر الأحيان أعمالاً روتينية، فمثلا يقتصر تدريب الكفيف، على أعمال القش فقط متناسين ان هذا الكفيف انسان له ميوله ورغباته.

ان المجتمع عندما يقصر التدريب على بعض المجالات الروتينية لذوي العجز فإن ذلك يرجع الى انعدام ثقته في قدراتهم ومهاراتهم العملية، رغم محاولاته اقناع الآخرين بأن المجال مفتوح أمام هؤلاء الأشخاص للتدريب .

والأسباب التي تدفع المجتمع لاتخاذ مثل هذا الموقف ترجع الى خوفه من أن يصاب ذوو العجز بحوادث اثناء التدريب على مهارات معينة، بالاضافة الى ان تدريبهم على هذه المهارات سيؤدى بالتالي الى مطالبتهم بالعمل في مجالات مختلفة، بينما هو يرفض دمجهم بحجة ان ذلك يؤدي الى اثاره الشفقة في النفوس.

ان كثيرا من ذوي العجز في العالم اثبتوا قدراتهم في كثير من المهارات عندما تم تدريبهم عليها فشاهدنا من ذوي العجز مهندسين وميكانيكيين وكهربائيين يقومون بتأدية أعمالهم كما يؤديها الشخص السوى.

ولكننا قبل أن ندرّبهم علينا أن نسألهم ما هو التدريب الذي يحتاجون إليه ؟ هل ندرّبهم نحن حسب ما نريد أو اننا نفتح لهم مجال الاختيار ؟

وإذا رجعنا اليهم فسوف نجدهم يريدون التدريب على جميع الوسائل المتوفرة للآخرين والتي يمكن من خلالها خدمة المجتمع .

اذن يجب إتاحة خدمات التأهيل المهني بما فيها التوجيه الى ذوي العجز بغض النظر عن اعاقتهم وسنهم أو جنسهم شرط أن يكون لديهم الاستعداد للتأهيل والتدريب .

رابعاً - الحق في العمل والاكتفاء الاقتصادي :

إن العمل واجب مقدس يكفل للانسان الناحية الاقتصادية ولا يجعله يعتمد على غيره بل انه يجعله يثق بنفسه ويصقل مواهبه حينما يمارس العمل الذي يناسبه . فذوو العجز لهم الحق في ان يعملوا حسب قدراتهم حتى يكفلوا لحياتهم المستوى المادي والاجتماعي .

ولكن الواقع غير ذلك لأننا نجد ذوي العجز يبقون في المنازل يحرمون من إتاحة الفرصة لهم للمشاركة في المجال العملي وان شاركوا في ذلك فيبقى الشك مسيطراً على قدراتهم وهم يمارسون المجالات المناسبة لهم بل انهم يوضعون في أماكن لا تناسبهم ولا تناسب ميولهم في محاولة من المجتمع باقناع الآخرين بأن ذوي العجز يعملون .

لماذا يخاف المجتمع من عمل الأشخاص ذوي العجز؟ هل لانه لديه عجز في اطرافه ؟ أو لانه عندما يفتح له باب العمل ربما يثير الشفقة في نفوس الآخرين الذين معه ؟ أو أن أصحاب العمل يفضلون أشخاصاً أسوأ لأن الانتاج برأيهم في تلك الحالة سيكون أكثر وأسرع ؟ وهناك من يقول دع المعاق يرتاح في المسكن والدولة أو أهله يوفرن له الأكل والشرب .

فهل لدى المجتمع شك في قدرات المعاق العملية ؟

ان وجود ذوي العجز بيننا لا يثير الشفقة بل العكس فان وجوده معنا يعلمنا الصبر والكفاح والأمل ، فالانسان الذي لديه عجز سوف يعلمنا الاصرار على حب الحياة، ولقد أثبتت التجارب في العالم أن الشخص الذي لديه عجز يكون أكثر انتاجاً، وأن أكبر المصانع في العالم يكون العاملون فيها أشخاصاً ذوي عجز في اطرافهم وتكون هي المصانع الأكثر جودة لأن هؤلاء الأشخاص يعملون بجهد واجتهاد من أجل تغيير نظرة الرأي العام تجاههم .

لهذا يجب أن نفتح أبواب العمل الى هؤلاء الأشخاص ليمارسوه حسب قدراتهم بعد تدريبهم، واننا بعملنا هذا يمكننا اكتساب أيد عاملة قادرة على العطاء. فكل انسان لديه القدرات الخاصة به وهو خبير نفسه لهذا يجب ان لا نشك في قدرات أى انسان ما لم نتح له باب التجربة ومن خلالها نصدر الحكم .

اننا بتقبلنا فكرة وجود شخص ذي عجز معنا في العمل سيكون ذا أثر اجتماعي ونفسي في أن واحد فهو العلاج الوحيد الذي يمكن لأفراد المجتمع ان يتقبلوا به فكرة وجود أشخاص ذوي عجز معهم في الحياة اليومية . ومن الناحية النفسية فان الانسان ذا العجز سوف يشعر بأهميته في المجتمع عندما يكون فرداً عاملاً منتجاً .

اذن فيجب توظيف الأشخاص ذوي العجز واتاحة الفرص امامهم لاثبات جدارتهم في العمل في كل مؤسسة ومعمل بتعيينهم في بعض الوظائف ومنحهم حقوق الأفضلية في الانتاج لممارسة جميع الحقوق.

خامساً - الحق في التنقل والسفر والترفيه :

بالرغم من أن التنقل والسفر حق من حقوق ذوي العجز الا أننا نجد المجتمع يقف متناسيا أن هذا الحق من أهم حقوقهم فنحرمهم حق التنقل سواء داخل البلاد أو خارجها ، وفي كثير من الأحيان نسمع أناساً يرددون كلمات تؤثر على الكثير من النفوس الضعيفة. فلماذا يتحملون مشقة التنقل بدلاً من أن يجلسوا في البيت. حتى اذا سافر أحد من ذوي العجز نجد الكثير ينظر اليه نظرة تساؤل لماذا هذا الشخص يسافر مع ان الكثير من الأصحاء لم يفسح المجال أمامهم للتنقل أو مغادرة منازلهم، وأيضاً ذوي العجز لا نسمح لهم بترك غرفهم أو التنقل في المنازل وذلك خوفاً عليهم من صعوبة التنقل والحواجز الطبيعية والنفسية، حتى التنقل لذوي العجز أثناء العمل والدراسة نجد الكثير من المصاعب والحواجز النفسية والطبيعية.

هل لأنه ربما يثير الشفقة في نفوس الكثيرين من الذين يتعامل معهم أو انه يحتاج الكثير من الوسائل التي تسانده أثناء تنقلاته من أجهزة ومنحدرات وهذا يكلف الدولة الكثير من الناحية الاقتصادية ؟ وعليه يجب ان نبلور الفكرة بحيث نجد الحلول التي بواسطتها يتمكن ذو العجز من ممارسة حياته اليومية بالتنقل والسفر.

ان وجود ذوي العجز بيننا لا يثير الشفقة بل على العكس يعلمنا الاعتماد على النفس، والاجدر بنا أن نحترم رأيه وننظر له بفخر وان لا نخلق له الاعاقة النفسية من شفقة وعطف فهي التي تخلق منه انساناً ذا عجز. ويجب على المجتمع ان يسانده في قضيته ويوفر له التجهيزات والمنحدرات التي تقضى على عجزه، واننا لو نظرنا الى ما يكلف هذا الشخص الدولة من الناحية الاقتصادية في هذا المجال سوف نعرف انه لن تكون هناك خسارة اقتصادية انما يكون كسباً بشرياً فان هؤلاء الأشخاص ذوي العجز عندما يتنقلون ويمارسون الحياة الطبيعية اليومية سوف يكونون أشخاصاً منتجين لأنهم كما قلنا ربما يتمتعون بعقول تفوق عقول الآخرين واننا يجب ان نكثف جهودنا ونمحي ناحية الجهل في نفوس بعض أفراد المجتمع عندما يشكون بقدرات الشخص ذي العجز أو يؤثرن له المنزل حتى يحمونه كما يقولون من مشقة الحياة. ان هذه ليست هي الطريقة الصحيحة التي يقدمون خدماتهم بها لذوي العجز.

ولقد نصّ ميثاق الثمانينات على ما يلي :

«يجب أن يكون المجتمع مفتوحاً أمام أعضائه، والمعوقون لهم الحق في استخدام جميع المباني المصممة لأغراض الجمهور العام. وكغيرهم من أفراد المجتمع يحتاج ذوو العجز الى وسائل مواصلات أو نقل يمكن استخدامها داخل المجتمع، وعليه يجب ان تتضمن أنظمة البناء والتصاميم المجتمعية اشتراطات لتوفير مرافق الاسكان والتعلم والعمل والترفيه والنقل يسهل الدخول اليها وذلك في المناطق الحضرية والريفية كما يجب حظر اقامة الحواجز المعمارية في كل الانشاءات الجديدة ووضع حوافز مالية لتعديل المباني والمرافق القائمة بما في ذلك وسائل النقل

العام ومن بين الأسباب الهامة التي تدعو الى الغاء جميع الحواجز البيئية الحيلولة دون عزل ذوي العجز عن بقية المجتمع.

فيمكن اعداد تصاميم قياسية للمباني ومرافق الاسكان البيئية ووسائل المواصلات التي يسهل للأشخاص ذوي العجز دخولها دون الحاجة الى اجراء تعديلات معقدة غالية التكاليف فيها ويمكن تنفيذ ميزات التصاميم هذه متى تمت مراعاتها في التخطيط في البداية بتكاليف ضئيلة أو بدون تكاليف .

يجب توعية جميع الأشخاص المعنيين بالحقائق المتعلقة بالتصميم الذي يسهل دخول المعوقين كما يجب أن تحفظ المعلومات المتعلقة بالتصميم لأغراض المعوقين لدى هيئة مركزية في كل دولة وعلى المنظمات أو الهيئات الوطنية التي تضع المواصفات القياسية والأنظمة ان تورد المبادئ الأساسية المتعلقة بهذا الأمر في مواصفاتها القياسية وأنظمتها الحالية. ويجب تقديم هذه المبادئ الأساسية الى طلبة الهندسة المعمارية ضمن مناهجهم الدراسية أو التدريبية كما يجب اطلاق المسؤولين عن التخطيط على جميع المستويات الحكومية وأصحاب مشاريع الأعمال التجارية بكل هذه المبادئ والحقائق ذلك أن التصاميم وانماطها المميزة يجب أن تفي باحتياجات الأشخاص المصابين بالاعاقة بمختلف أنواعها سواء كانت جسدية أم عقلية بما في ذلك العاجزون عن الحركة والمصابون بإعاقة في حواسهم».

كل فرد في المجتمع له العديد من الهوايات سواء كانت رياضية أو ترفيهية يختار ما يناسبه منها.

ونحن ذوي العجز لنا نفس الهوايات نحب أن نشارك فيها وأن يؤخذ برأينا فيما نختار لأننا أفراد في المجتمع.

وكما قلنا أن لكل فرد في المجتمع هواياته الفنية والرياضية لكن في كثير من الأحيان نجد ذا العجز مجرد مشاهد فقط لا مشارك فيها اذا فتح له المجال.

هل المجتمع يشك في قدراتنا الفنية والرياضية ؟

أو أن المجتمع يخاف علينا من الفشل في هذا المجال الذي ربما يؤثر في نفوسنا ؟

أو هل المجتمع يخاف علينا من أن نصاب اثناء ممارسة الرياضة ؟

أو يخاف على نفسه وأفراده من أن يثير في النفوس الشفقة لوجوده معهم ؟

طبعاً هذا الادعاء خاطيء لأنه ليس من حق أى شخص أن ينظر الى أى فرد نظرة الشك في قدراته سواء كانت رياضية أو فنية ما لم يفتح له المجال.

ان وجود ذوي عجز لا يثير الشفقة في نفوسنا بقدر ما يعلمنا ان الانسان قادر على عمل أى شيء يريده اذا صمم وفتح له المجال.

اذن علينا أن نفتح لهم المجال ليمارسوا هواياتهم على اختلافها ونسألهم عن الهوايات التي يحبون ممارستها لأنهم كما قلنا خبراء أنفسهم وعلينا أن ندمجهم معنا في جميع المجالات

لا نزلهم في أماكن خاصة بهم ، يمارسون نشاطاتهم وهواياتهم وان لا نفتح نوادي خاصة لذوي العجز لكن علينا ان نؤهلهم تأهيلاً رياضياً وفنياً وندمجهم في النوادي والمجالات الفنية في مناطقهم. وهنا يستطيع ذو العجز ان يصقل هواياته الى جانب انه يثبت للمجتمع بأنه قادر على العطاء في جميع المجالات.

سادساً - الحق في الزواج والإنجاب :

كل انسان من حقه ان يستقر وتكون له حياة زوجية يحيا مع انسان يختاره هو ويكون له اولاد يعيش في بيت هو يؤسسه مع شريكته وتكون له علاقات أسرية مع المجتمع. وهذا طبعاً من أهم حقوق الانسان ، والشخص ذو العجز انسان من حقه ان يمارس جميع الحقوق التي يمارسها الآخرون . ولكن الواقع غير ذلك حيث أننا نجد المجتمع يقف من ذوي العجز مواقف تناقض حقه في الزواج والاستقرار، لأن المجتمع ينظر الى ذي العجز على انه انسان لا يستحق أن يخوض هذه التجربة، وفي كثير من الأحيان نشاهد بعض الأسر تقف من أبنائها ذوي العجز موقف العداء لكونهم يريدون ممارسة هذا الحق.

لماذا يتردد المجتمع في تقبل فكرة زواج ذوي العجز ؟ هل لانه يفكر بأن زواج هؤلاء سوف ينتج عنه أطفال ذوو عجز ؟ أو انه يخاف عليهم من الصدمة العاطفية ومن مشاكل الحياة الزوجية.

ان المجتمع يخاف من عدم قدرة ذوي العجز على تربية أبنائهم كما أن هناك خوفاً من زواج المتخلفين عقلياً خشية ان ينتج عن ذلك جيل متخلف آخر.

كل انسان يتعرض للفشل العاطفي سواء كان ذا عجز أو سوياً فلماذا نخاف عليه وحده من الصدمة العاطفية ؟ دعوه يمارس حياته بفشلها أو بنجاحها فهو انسان قبل أي شيء. وليس من المؤكد أن كل ذي عجز يفشل في حياته الزوجية، فقد أثبتت التجارب أن الكثير منهم يحيون حياة زوجية طبيعية وبدلاً من أن نخاف من قدرة هذا الشخص على تربية أبنائه لماذا لا نقف معه من أجل تربية الأطفال ونجعله يحدد نسله حتى يستطيع القيام بتربيتهم، وعلينا نحن الأصحاء أن نقدم له فقط الارشاد والمساعدة اذا لزم وبالطبع لا يمكننا أن نشك في قدراتهم ما لم نفتح لهم باب التجربة، وكثير منهم استطاعوا أن يكونوا حياة أسرية ناجحة وأطفالاً يعيشون باستقرار .

أما من ناحية المتخلف عقلياً والخوف عليه من الزواج فلماذا نحرمه هذا الحق لا بل يجب علينا أن نتيح له هذه الفرصة شرط أن يكون تحت اشراف المراكز الاجتماعية التي تشرف على سير حياته وأن تعطيه بعض الارشادات التي بواسطتها يستمر في حياة طبيعية كذلك أن تقدم له الخدمات من وقت الى آخر.

وإذا سمحنا لذوي العجز بالزواج فنحن بهذا نمنعهم من الانحراف. فهم أناس لهم مشاعر وأحاسيس وغرائز جنسية. فالجدير بنا أن لا نقف في وجههم ونعارضهم عن الزواج بل نفتح لهم باب التجربة مع تقديم الارشادات ان احتاجوا اليها.

سابعاً - الحق في المشاركة في سياسة الدولة الاجتماعية والحق في الاختيار واتخاذ القرارات :

لكل انسان حق المشاركة في جميع مجالات الدولة وفي سياستها الاجتماعية وله حق الاختيار وتقرير المصير ، وذو العجز له نفس الحقوق من المشاركة في جميع المجالات وله حق الاختيار وتقرير المصير وذلك لأنه ليس هناك مجتمع يسير سيره الطبيعي وجزء منه ليس له رأى. اذن من مصلحة المجتمع ان نشارك فيه بآرائنا وأفكارنا. ولكن الواقع غير ذلك اذ اننا نجد ذا العجز ليس له حق تقرير مصيره بل الآخرون هم الذين يقررون وحتى الاختيار ليس له حق به، بحيث أن جميع البرامج والأنشطة التي يقدمها المجتمع ليست باختيارهم. حتى القرارات تكون عن طريق أناس آخرين لا عن طريق أصحاب المشكلة.

ولكن نحن نريد مشاركة فعلية ونريد أن نشعر بأن لنا حق الاختيار وتقرير مصيرنا. فلماذا لا يفتح المجتمع المجال لذوي العجز للمشاركة في سياسة الدولة الاجتماعية وتقرير المصير وحق الاختيار ؟ هل لأنه يشك في قدراته في تقرير مصيره ؟ أو لأنه ينظر دائماً بأنه انسان متخلف لا يستطيع ان يختار أو أن يقرر مصيره وذلك لارتباط العجز مع التخلف في نظر المجتمع.

ولكننا رغم أننا ذوو عجز لكن الكثير منا يتمتع بعقول يمكنها أن تشارك في الآراء وتتخذ القرارات التي يحتاج إليها. وليس شرطاً أن يكون ذو العجز انساناً متخلفاً بل أثبتت التجارب أن الكثير منا أثبت جدارته العلمية..

واننا أصحاب المشكلة نعرف ماذا نريد وما لا نريد. فمهما قدمتم لنا لا نستطيعون معرفة ما نشعر به وما نريده لأننا نحن أصحاب المشكلة.

فيما اننا نشكل نسبة لا يستهان بها من سكان أى دولة وهي نسبة ١٠٪ أى ما يقارب خمسمائة مليون شخص ذي عجز في العالم لهذا فالمطلوب من المجتمع أن يشاركنا مشاركة فعلية وأن يكون لنا صوتنا في جميع أمور الدولة من اجتماعية واقتصادية وغيرها وأن يكون في كل مؤسسة ووزارة عضو منا ينقل آراءنا ويطالب بحقوقنا وبهذا نوفر على الدولة الوقوع في أخطاء أو قرارات نرفضها نحن.

أن صوت ذي العجز لوحده لا يستطيع أن يصل الى المجتمع بقدر ما تصل اليه الأصوات عندما تتجمع. ولهذا يجب أن تكون هناك جمعيات ومنظمات يكون فيها الأشخاص ذوو العجز بنسبة ٥٠٪ ويشارك في اداراتها بنفس النسبة. وهذه المنظمات تعبر عن كفاح ذوي العجز في سبيل تحسين أوضاعهم المعيشية والحصول على حقوقهم وتوصيل صوتهم الى المجتمع لمعرفة قضيتهم وأن تكون هذه الجمعيات أو المنظمات المنبر الذي يجد الحلول لمشاكل ذوي العجز. وتعتبر هذه المنظمات من بين الوسائل الهامة للتوعية باشارك ذوي العجز في النواحي الحيوية في المجتمعات التي يعيشون فيها والاسراع في تحقيق ذلك الاشترك. وللأسف أن في الدول العربية يوجد الكثير من هذه الجمعيات ولكن ليس على المستوى المطلوب حيث اننا نجد ذوي العجز فيها لا يتخذون قراراتهم بأنفسهم .

وبعد أن تحدثنا عن الصعوبات التي تواجه ذوي العجز في نيل حقوقهم الطبيعية، يأتي دور ذي العجز نفسه، فكما يقولون لن يتقبل أحد ما لم يتقبل نفسك والمجتمع يجهل الكثير من الأمور التي يحتاجها ذو العجز فهو خبير نفسه ووحده لا يستطيع أن يغير المجتمع ولكن التكاتف قوة ، لهذا كانت البحرين سباقة قبل أن تجعل هذه السنة سنة دولية للمعوقين بتأسيس المركز البحريني للحراك الدولي وهذا المركز نواته ذوو العجز أنفسهم وأصدقائهم. واننى لو تحدثت عن تجربتنا كأشخاص ذوي عجز في اقناع المجتمع بكثير من حقوقنا فسوف استغرق الساعات انما سوف أضع أمامكم بعض النقاط التي استطعنا نحن ذوي العجز وأصدقائنا أن نضعها ونسير عليها.

اننا لا نستطيع أن نوصل فكرة احتياجات ذوي العجز الى المجتمع الا بمساهمة أصحاب المشكلة أنفسهم ومن هنا انطلق المركز بجميع أعضائه لغيروا وجهة نظر الرأي العام اليهم عن طريق العمل الجاد لاثبات أن ذا العجز قادر على العطاء أسوة بالآخرين. فكانت جهودنا في البداية تجميع أكبر عدد ممكن من ذوي العجز بحيث يكون لصوتهم قوة وتكون خلاصة تجاربهم هي المنطلق الذي نسير عليه في حلها. بعد هذا التجميع كانت هناك الكثير من الندوات واللقاءات الثقافية الداخلية التي استطعنا عن طريقها صقل هؤلاء الأشخاص وجعلهم يتقبلون وجود عجز في ناحية من أجسادهم وان هذا العجز لا يشكل اعاقة أو حواجز بقدر ما يشكل حوافز لتخطي المصاعب ورب مشكلة في حياة الانسان خلقت منه عبقريا أو ذا شخصية مميزة. فعن طريق هذه الندوات استطعنا أن نميز بين العجز والاعتلال والاعاقة. لأن الكثير منا أوهمه المجتمع بأنه معاق وهذا غير صحيح لأن لدينا عجز في نواح معينة ولكننا لسنا معاقين، فالاعاقة يخلقها لنا المجتمع بعدم تقبله فكرة وجودنا معه أو بعدم القضاء على الحواجز النفسية والطبيعية أمامنا وإذا كنا معاقين في نظر المجتمع فالاعاقات عديدة اذ لسنا نحن معاقين بل الاعاقات هي الاعاقات المادية والاجتماعية.

وبعد أن استطعنا أن نقضى على الحواجز النفسية في نفسية ذوي العجز بتأهيلهم تأهيلاً نفسياً حتى يستطيعون مواجهة المجتمع ويطالبون بجميع حقوقهم، انطلقنا جميعاً من ذوي عجز وأصدقائهم لتغيير الرأي العام وللمطالبة بإشراك الأشخاص ذوي العجز بجميع مراكز الدولة سواء كانت تربوية أو الجمعيات والمؤسسات وأخذنا نطالب بدمج ذوي العجز في جميع مجالات الدولة، ذهبنا الى النوادي والمدارس والجمعيات ، أقمنا الكثير من الندوات وتحدث أصحاب المشكلة فيها الى المجتمع عن تجربتهم مع الاعاقة التي خلقها لهم المجتمع نفسه.

بعد تلك الندوات التي عقدناها كانت هناك لفته طيبة من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بتخصيص مبلغ مالي الى كل ذي عجز يحتاج الى المساعدة المادية. إتخذنا من هذه المساعدة المادية فرصة أو مجالاً عن طريقه يمكن أن ندخل الى أسر ذوي العجز وتغيير فكرتها عن أطفالها كذلك عن طريق تلك المساعدات استطعنا أن نتوصل الى نفوس الأطفال أو الشباب ذوي العجز الذين يجلسون في بيوتهم، واستطعنا أن نفتح لهم المجال ليخرجوا الى المجتمع. نعرفهم بحقوقهم، نضم أصواتهم الى أصواتنا، كذلك عن طريق هذا المبلغ نستطيع أن نغير الرأي العام في تشكيكه بعدم قدرة ذوي العجز على العمل أو مجالات العطاء. استفاد المركز من هذا المبلغ وأخذ أفرادنا ينزلون بأنفسهم الى الأسواق يشترون الحاجات التي يتطلبها الأشخاص ذوو العجز كذلك بعض المبالغ المالية التي لا يحتاج أصحابها الى مشتريات يذهبون بها اليهم وعن

طريق هذا العمل استطعنا أن نفتح لنا المجال بحيث اننا كسبنا الكثير من الأشخاص ذوي العجز واستطعنا أن نغير نفوسهم كما لاحظنا انا غيرنا وجهة نظر الأهالي عن أبنائهم.

أما بالنسبة للرأى العام، فلقد استطعنا ان نغير وجهة نظره الينا بعد ان كانت كلمة مساكين نسمعها كل دقيقة أصبحنا الآن وفي كثير من الأحيان نسمع بدلها عظماء أنتم الذين استطعتم أن تقاوموا الحياة وتغيروا وجهة نظر الرأى العام. فقد تبدلت وجهة النظر إذ ان الكثيرين من المجتمع الآن يفاخرون بوجود طفل لديهم ذي عجز أو يتحدثون عنه بكل انطلاق غير الذي كان من قبل وسوف أضرب لكم مثلا عن تغير وجهة نظر المجتمع لنا : في يوم ذهبت الى احدى القرى أو بالأخص الى قرية عالي وهناك كانت بعض من القرويات جالسات فقالت واحدة منهن هذه معاقه، ردت الأخرى لا انها تعمل في وزارة العمل وليست معاقه. هنا شعرت بفرحة كبرى تعرفون لماذا لأن المجتمع أصبح ينظر الينا بأننا لسنا بمعاقين. بل المعاق هو الذي لا يقدر ان يعمل، فمادمننا نعمل فلسنا بمعاقين واذا كنا قد استطعنا ان نغير وجهة نظر المجتمع القروى فبالطبع امكانية التغيير ستكون أكبر بكثير في مجتمع المدينة. كذلك من الناحية الترفيهية استطعنا عن طريق هذا التجمع أو هذا الصوت القوى ان نقنع الكثير من المسؤولين في المدارس بأهمية الرياضة لذوي العجز حسب قدراتهم وذلك عن طريق الندوات التى أقمناها في المدارس وفي نفس الوقت أرحنا فكرة الشك في قدرات ذوي العجز لدى الشخص نفسه لأنه دائما كان يسمع أو يعرف من نظرات الكثيرين انه غير قادر على العطاء.

كذلك استطعنا أن نقنع المسؤولين بأهمية الرياضة وما لها من مردود على نفوسنا فشكرا الى المسؤولين في المجلس الأعلى للشباب والرياضة عندما أتاحوا لنا فرصة المشاركة في الرياضة يومين في الأسبوع أسوة بأخواننا الآخرين.

وعن طريق المجلس الأعلى للشباب والرياضة ويتوجيه من صاحب السمو ولي العهد استطعنا أن نشارك في المجال الرياضي على مستوى دولي بعد أن مارسناها على مستوى محلي وشكلت في المركز لجنة للفنون مهمتها صقل مواهبنا الفنية وابرازها الى المجتمع.

اذن نحن بهذا التجمع استطعنا ان نغير وجهة نظر المجتمع لنا. وبنلنا جزءا ليس بالقليل من حقوقنا كما اننا سوف نسعى ونسعى حتى يتحقق لنا حقنا في الحياة في جميع مراحلها.

دليل
رعاية وتأهيل المعاقين
بالدول العربية الخليجية

إعداد
مكتب المتابعة

المحتويات

الصفحة

من - إلى

٢٩١	.....	مقدمة
٢٩٣ - ٢٩٢	.....	اولا : دولة الامارات العربية المتحدة
٢٩٧ - ٢٩٤	.....	ثانيا : دولة البحرين
٣٠١ - ٢٩٨	.....	ثالثا : المملكة العربية السعودية
٣٠٤ - ٣٠٢	.....	رابعا : سلطنة عمان
٣٠٦ - ٣٠٥	.....	خامسا : دولة قطر
٣٠٩ - ٣٠٧	.....	سادسا : دولة الكويت

مقدمة

في نطاق تنفيذ مشروع إعداد الدليل العربي الخليجي الموحد لمصطلحات الاعاقة وتأهيل المعاقين ، بناء على القرار الصادر عن مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بالدول العربية الخليجية ، قام مكتب المتابعة في عام ١٩٨٩م بتعميم استبيان على كافة الدول الاعضاء في المجلس ، بغرض توفير البيانات والمعلومات اللازمة لتنفيذ ذلك المشروع ، حيث استهدف جانب من هذا الاستبيان التعرف على الجهات المتخصصة والمسؤولة عن رعاية وتأهيل المعاقين ، والجهات الأخرى المساهمة في ذلك ، واختصاصاتها وعدد المستفيدين من خدماتها ، والعاملين فيها ، والوقوف على دور ومهام جهة التنسيق ان وجدت ، وتوفير احصاءات عامة عن المعاقين في كل دولة وتوزيعهم حسب فئات السن والجنس ونوع الاعاقة ، اضافة الى بيانات عن التشريعات الخاصة برعاية وتأهيل المعاقين وتشغيلهم ، ونوعية البرامج والأنشطة المنفذة في هذا المجال ، وكذلك التسهيلات الممنوحة للمعاقين ، إلى غير ذلك من بيانات واحصاءات .

وإذا كانت الحصيلة المستخلصة من ردود الدول الاعضاء ، والمعرضة في هذا الدليل ، قد جاءت ، في بعضها ، أقل مما كان منشودا ومخططا لها ، وذلك لعدم شموليتها وقصورها عن تغطية جميع مجالات رعاية وتأهيل المعاقين ، وما تحقق فيها من منجزات ملموسة ، فإن هذه الحصيلة وعلى رغم ما يشوب بعض بياناتها ومعلوماتها من قصور ، تظل مصدرا مفيدا للباحثين والمهتمين ، وتوضح في مجملها الشوط البعيد الذي حققته أقطار الخليج العربية في مضمار السعي لتأمين الرعاية والتأهيل لفئات المعاقين فيها ، والذي يمثل ، على تفاوته بين قطر وأخر ، تجسيدا لتوجه جماعي جاد ، وتأكيدا لأولوية من أولويات العمل الجماعي على الصعيدين الرسمي والأهلي في منطقة الخليج .

كما تزداد أهمية هذا المستوى المتحقق ، باعتباره يمثل لدى الجهات المسؤولة والمتخصصة في الدول الاعضاء بالمجلس ، الخطوات الأولى على طريق العمل الدؤوب والطموح لتطوير عمليات وتأهيل رعاية المعاقين مستقبلا ، وعلى نحو يزيد من امكانياتها وتوسيع مجالاتها وخدماتها لاستيعاب أعداد أكبر وفئات أخرى جديدة من المعاقين ، وبشكل يؤدي الى رفع قدراتها وكفاءاتها العلمية والعملية من خلال مواصلة الأخذ بمتطلبات العمل مع المعاقين في ضوء التعاليم الاسلامية السمحاء والقيم العربية الأصيلة ، ووفقا للنظريات والمفاهيم الانسانية والأساليب العلمية الحديثة .

أولا : دولة الامارات العربية المتحدة

١ - الجهات المعنية بشؤون المعاقين :

يتولى الجانب الرسمي لشؤون المعاقين في دولة الامارات العربية المتحدة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية التي تشرف على مجموعة من مراكز رعاية وتأهيل المعاقين ، منتشرة بين بعض امارات الدولة ، أما الجانب الأهلي فتتولاه جمعيات النفع العام وبعض المراكز والمؤسسات الأهلية المتخصصة والتي توجد في بعض الامارات ولا تتوفر حتى الآن لجنة تنسيق على مستوى الدولة في مجال رعاية المعاقين .

٢ - اعداد المعاقين (*) :

بلغ عدد المعاقين الذين يشرف عليهم مركزا رعاية وتأهيل المعاقين في أبوظبي ودبي (٣٢٢) معاقا ، منهم (٢١٠) ذكور و(١١٢) اناث ويضم مركز رعاية وتأهيل المعاقين في أبوظبي (١٥٨) معاقا بينما يضم مركز رعاية وتأهيل المعاقين بدبي (١٦٤) معاقا، ويمكن توزيع عدد المعاقين حسب فئات السن في مركز أبوظبي كالتالي :

المجموع	فئات السن
٤١	٨ - ٤
٦٤	١٢ - ٩
٢٥	١٨ - ١٣
٢٨	٢٥ - ١٩
١٥٨	المجموع الكلي

(*) اقتصرت البيانات والاحصاءات الخاصة بأعداد وتوزيع المعاقين على مركزي رعاية وتأهيل المعاقين بأبوظبي ودبي فقط (حسبما هو وارد من دولة الامارات العربية المتحدة).

كما يمكن توزيع عدد المعاقين حسب نوع الاعاقة في مركز أبوظبي كالتالي :

المجموع	نوع الاعاقة
٨٧	اعاقة عقلية
٣٠	اعاقة جسدية
٤٠	اعاقة سمعية
١	اعاقة بصرية
١٥٨	المجموع الكلي

أما في مركز رعاية وتأهيل المعاقين في دبي فيمكن توزيع عدد المعاقين حسب نوع الاعاقة كالتالي :

المجموع	نوع الاعاقة
٩٥	اعاقة عقلية
١٠	اعاقة جسدية
٤٩	اعاقة سمعية
١٠	اعاقة بصرية
١٦٤	المجموع الكلي

٣ - مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين :

يقوم على رعاية وتأهيل المعاقين في دولة الامارات العربية المتحدة مجموعة من المراكز الرسمية التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية موزعة بين بعض امارات الدولة ، كما توجد مؤسسات أهلية أخرى تعاون في مجال رعاية وتأهيل المعاقين .

ثانيا : دولة البحرين

١ - الجهات المعنية بشؤون المعاقين :

يتولى شؤون المعاقين في دولة البحرين في الجانب الرسمي ، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية - قسم التأهيل الاجتماعي ، أما الجهات الأهلية فهي جمعية رعاية الطفل والأمومة ، مركز البحرين للحراك الدولي ، جمعية الصداقة للمكفوفين .

وتوجد لجنة وطنية عليا للمعوقين تأسست عام ١٩٨٤م برئاسة وكيل وزارة الصحة تشارك فيها بعض وزارات الدولة ، مثل وزارة الصحة ، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ، وزارة التربية والتعليم ، وزارة الداخلية ، وزارة الاعلام ، وزارة الخارجية والمؤسسة العامة للشباب والرياضة ، بالإضافة الى جهات أهلية ومكاتب اقليمية مثل جمعية رعاية الطفل والأمومة ، جمعية الصداقة للمكفوفين ، مركز البحرين للحراك الدولي والمكتب الاقليمي للجنة الشرق الأوسط لشؤون المكفوفين - فرع البحرين .

وتتولى اللجنة الوطنية للمعوقين رسم السياسة العامة لتأهيل المعاقين ، واقتراح التشريعات الخاصة بهم ، واعداد الدراسات والمشروعات الوقائية الخاصة بتنفيذ برنامج العمل العالمي للمعوقين .

٢ - عدد المعاقين :

بلغ عدد المعاقين في دولة البحرين حسب تعداد السكان لعام ١٩٨١ (٣٤٧٨) معاقا أي ما يعادل ٠,٩٩١٪ من عدد السكان ، منهم (٢٢٠٥) ذكور ، (١٢٧٣) اناث .

ويمكن توزيع عدد المعاقين حسب فئات السن كالتالي :

المجموع	فئات السن
٩	٠٠ - ٤
٢٤٦	٥ - ٩
٢٣٩	١٠ - ١٤
٣٠٦	١٥ - ١٩
٢٣٢	٢٠ - ٢٤
١٥٣	٢٥ - ٢٩
١٤٠	٣٠ - ٣٤
١٢٤	٣٥ - ٣٩
١٦١	٤٠ - ٤٤
١٨٧	٤٥ - ٤٩
٢٧٩	٥٠ - ٥٤
٢٣١	٥٥ - ٥٩
١١٧١	٦٠ فأكثر
٣٤٧٨	المجموع الكلي

كما يمكن توزيع عدد المعاقين حسب نوع الاعاقة كالتالي :

المجموع	نوع الاعاقة
٥٩٠	اعاقة عقلية
٨٧٩	اعاقة جسدية/ أطراف
٢٢٩	اعاقة سمعية
١١٩١	اعاقة بصرية
٢٣٠	اعاقة في النطق
٣٥٩	اعاقة نفسية
٣٤٧٨	المجموع الكلي

٣ - مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين :

يقوم على رعاية وتأهيل المعاقين في دولة البحرين مجموعة من المعاهد والمراكز الأهلية والرسمية ، يستفيد من خدماتها بشكل مباشر (١٩٤٤) معاقا ويبلغ مجموع عدد العاملين فيها (٢١٣) فردا منهم (٥٩) ذكور و(١٥٤) اناث ، وهي موزعة كالتالي :

١ - ٣ مركز التأهيل :

مركز رسمي يتبع ادارة الشؤون الاجتماعية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية ، ويتولى رعاية ذوي التخلف الذهني البسيط أو المتوسط والعجز السمعي ، ويستفيد منه حوالي (٢٨١) معاقا ، ويعمل فيه (٦٢) فردا منهم (٢٣) ذكور و(٣٩) اناث موزعين بين اداريين واخصائيين وباحثين ومدرسات ومدربين مهنيين .

٢ - ٣ دار التأهيل للأطفال :

مؤسسة رسمية تتبع ادارة الشؤون الاجتماعية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية ، وتتولى رعاية ذوي التخلف الذهني الشديد والشلل الدماغي ، ويستفيد من خدماتها (١٤٨) معاقا ، ويعمل فيها (٦١) فردا منهم (٧) ذكور ، (٥٤) اناث ، موزعين بين اداريات واخصائيات ومشرفات وممرضات وفنيين وكتبة .

٣ - ٣ معهد الأمل للأطفال المعوقين :

مؤسسة أهلية تتبع جمعية رعاية الطفل والأمومة ، ويتولى المعهد رعاية ذوي التخلف الذهني البسيط ، ويستفيد منه (١٢٠) معاقا ، يعمل على رعايتهم (٢٥) فردا منهم (٣) ذكور و(٢٢) اناث موزعين بين اداريات واخصائيات تربية وتوجيه وارشاد ومدرسات ومدربين .

٤ - ٣ معهد النور :

يخضع المعهد لاشراف المكتب الاقليمي للجنة الشرق الأوسط لشؤون المكفوفين ويتولى رعاية مكفوفي البصر ، ويستفيد من امتيازاته (١٠٨) مكفوفين من دول الشرق الأوسط ، يعمل على رعايتهم (٥٨) فردا منهم (٢٤) ذكور و(٣٤) اناث موزعين بين اداريين ومشرفين وممرضات وفنيين ومستخدمين .

٥ - ٣ المركز البحريني للحراك الدولي :

مركز أهلي مستقل يقدم العديد من البرامج والأنشطة المتنوعة لذوي الاعاقة البسيطة والمتوسطة ، ويستفيد من خدماته ما يقرب من (٣٢٠) معاقا ، ويشترك المركز في العديد من الأنشطة الأهلية والوطنية والملتقيات الخاصة بالمعاقين .

٦ - ٣ وحدة الخدمات التأهيلية :

وحدة رسمية تتبع ادارة الشؤون الاجتماعية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية وتتولى مسؤولية التعرف على احتياجات ذوي العجز من أطفال وشباب وكبار سن وذلك من خلال الزيارات الميدانية التي تقوم بها الباحثات الاجتماعيات لدراسة الطلبات الخاصة وتحديد الاحتياجات الضرورية وتوفير الخدمات الملائمة والتي تتمثل في تزويد المعاقين بالأجهزة التعويضية والتنسيق مع جهات التدريب والتوظيف وارشاد الأسر نحو العناية بأفرادها من ذوي العجز وتنظيم مشاركة المعاقين في المهرجانات والمناسبات الوطنية والاقليمية والدولية .

وقد قدمت الوحدة خدماتها المختلفة في عام ١٩٨٩م لـ (٩٦٧) فردا .

٤ - البرامج والأنشطة والتسهيلات :

يوفر كل من القطاعين الرسمي والأهلي العديد من الأنشطة والبرامج أهمها تأهيل المعاقين من الناحية التربوية والمهنية والاجتماعية، ونشر الوعي بشأن الاعاقة وطرق الوقاية منها ، وتوعية أسر المعاقين بالاضافة الى تنظيم الأنشطة الاجتماعية المختلفة .

كما تعمل الدولة على منح تسهيلات للمعاقين مثل توفر فرص الحصول على الوحدات السكنية وأولويتهم في الحصول على رخص الخدم والسجلات التجارية ، وتخفيضات للسفر بين دول المنطقة ومجانية الأجهزة التعويضية ، وتخصيص مواقف لسياراتهم .

٥ - خطط وبرامج تطوير مستوى العاملين :

تعمل الجهات المعنية في دولة البحرين على الأخذ بالعديد من وسائل تطوير مستوى الكفاءات العاملة في مجال رعاية وتأهيل المعاقين ، ومن أهم تلك الوسائل ، تنظيم دورات تدريبية للعاملين في المجال وابتعاثهم في زيارات استطلاعية ، والابتعاث للدراسة والتخصص ، وتنظيم المحاضرات والندوات ، بالاضافة الى التدريب أثناء العمل .

ويستعان في تطوير مستوى العاملين في مجال رعاية وتأهيل المعاقين على المستوى المحلي ببعض المعاهد والجامعات مثل جامعة الخليج العربي ، التي تنظم دورات تدريبية قصيرة، وتمنح دبلوماً عالياً في التربية الخاصة لذوي التخلف الذهني وبطيئي التعلم ، كما ان جامعة البحرين أضافت مادة اختيارية في التخلف الذهني والتربية الخاصة ضمن مقرراتها .

٦ - التشريعات الخاصة برعاية وتأهيل المعاقين :

التشريع الخاص برعاية وتأهيل المعاقين المستخدم في دولة البحرين هو الباب الخاص بتشغيل المعاقين الوارد في قانون العمل في القطاع الأهلي لعام ١٩٧٦م .

ثالثاً : المملكة العربية السعودية

١ - الجهات المعنية بشؤون المعاقين :

يتولى الجانب الرسمي لشؤون المعاقين في المملكة العربية السعودية كل من وكالة الرعاية الاجتماعية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية ، والأمانة العامة للتعليم الخاص بوزارة المعارف .

كما يشارك الجانب الأهلي بالمملكة في رعاية المعاقين من خلال جمعية رعاية الأطفال المعوقين الخيرية بالرياض ، ونادي الصم بالرياض وتوجد في المملكة لجنة تنسيق خدمات المعوقين مشكّلة من وزارات المعارف والصحة والعمل والشؤون الاجتماعية ، شكلت حسب قرار مجلس الوزراء رقم ٣٤ لعام ١٤٠٠ هـ . وتختص بتنسيق الخدمات بين الجهات المعنية برعاية وتأهيل المعاقين وتوفير البيانات الاحصائية عنهم بالإضافة الى تبادل البحوث والدراسات في هذا المجال ، وتقديم المقترحات الخاصة برعايتهم طبياً وتعليمياً ومهنياً .

كما توجد لجنة خاصة بتشغيل المعاقين مشكّلة من وزارتي العمل والشؤون الاجتماعية والمعارف والديوان العام للخدمة المدنية وتختص بدراسة قرارات تشغيل المعاقين وما يعترض ذلك من عقبات ، والتقدم بالمقترحات والتوصيات في هذا الشأن .

٢ - عدد المعاقين .

بلغ عدد المعاقين في المملكة والذين تشرف على رعايتهم وتأهيلهم وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (٢٤٨٤٣) معاقاً ، منهم (١٢٤٣٢) ذكور ، (١٢٤١١) اناث .

ويمكن توزيعهم حسب فئات السن كالتالي :

المجموع	فئات السن
٨٨١	٠٠ - ٤
٨٣٩	٥ - ٩
٦٠٦٦	١٠ - ١٤
٦٢٣٤	١٥ - ١٩
٣٩٤٠	٢٠ - ٢٤
٣٨٨٠	٢٥ - ٢٩
١٢٤١	٣٠ - ٣٤
١١٧٩	٣٥ - ٣٩
٢٤٥	٤٠ - ٤٤
٢٠٣	٤٥ - ٤٩
٥٩	٥٠ - ٥٤
٤٣	٥٥ - ٥٩
٣٣	٦٠ فأكثر
٢٤٨٤٣	المجموع الكلي

كما يمكن توزيعهم حسب نوع الاعاقة كالتالي :

المجموع	نوع الاعاقة
١١١٧٩	اعاقة عقلية (تخلف + مرض)
٦٢١٠	اعاقة جسدية (أطراف)
٢٢٣٥	اعاقة سمعية
٢٧٣٢	اعاقة بصرية
٩٩٧	اعاقة في النطق
١٤٩٠	اعاقة نفسية
٢٤٨٤٣	المجموع الكلي

أما الأمانة العامة للتعليم الخاص بوزارة المعارف فإنها تشرف من خلال مجموعة من المعاهد المنتشرة في المملكة على عدد من المعاقين بلغ (٤٠٧١) منهم (٢٥٣٥) ذكور و(١٥٣٦) اناث .

ويمكن توزيعهم حسب نوع الاعاقة والجنس كالتالي :

نوع الاعاقة	ذكور	اناث	المجموع
اعاقة عقلية	٩١٦	٥١٢	١٤٢٨
اعاقة سمعية	١٢٦١	٨٦٨	٢١٢٩
اعاقة بصرية	٣٥٨	١٥٦	٥١٤
المجموع	٢٥٣٥	١٥٣٦	٤٠٧١

٣ - مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين :

يقوم على رعاية وتأهيل المعاقين ثلاثة عشر مركزا للتأهيل المهني والتأهيل الاجتماعي ومؤسسات لرعاية الأطفال المشلولين وتتبع جميعها وكالة الرعاية الاجتماعية بوزارة العمل والشئون الاجتماعية ، وتتوزع بين مدن ومناطق المملكة ، ويستفيد من رعايتها (٢٠٤٥) معاقا منهم (١٣٤٦) ذكور و(٦٩٩) اناث .

كما يتولى رعاية وتأهيل المعاقين ثلاثة وثلاثون معهدا تتبع الأمانة العامة للتعليم الخاص بوزارة المعارف موزعة بين (١٠) معاهد لمكفوفي البصر و(١٤) معهدا للصم و(٩) معاهد لذوي التخلف العقلي ، تنتشر بين مدن ومناطق المملكة ، ويستفيد من خدماتها (٤٠٧١) معاقاً، يعمل على رعايتهم (١٧٦٧) فردا ، منهم (١٠٥٥) ذكور ، و(٧١٢) اناث ، موزعين بين اداريين ومشرفين تربويين واجتماعيين ومدرسين وكتبة ومستخدمين .

٤ - البرامج والأنشطة والتسهيلات :

تنفذ المملكة العديد من البرامج والأنشطة في مجال رعاية وتأهيل المعاقين ، إذ توفر وزارة العمل والشؤون الاجتماعية لمنتسبي مراكزها برامج في التأهيل المهني لذوي الاعاقة البسيطة ، وبرامج في التأهيل الاجتماعي لشديدي الاعاقة وبرامج للتأهيل الشامل بتقديم خدمات التأهيل المهني والاجتماعي ضمن نفس المركز ، أما وزارة المعارف فإنها توفر للطلبة المعاقين المتحقين بمعاهدها برامج التربية والتعليم للمراحل التحضيرية والابتدائية والمتوسطة للمكفوفين والمكفوفات والمهنية للصم وبرامج الثانوية العامة (أدبي) للمكفوفين ، وبرامج الثانوية الفنية للمكفوفات ، وبرامج التربية والتعليم لمرحلتى التهيئة والابتدائية للمتخلفين عقليا .

وتقوم وزارة الصحة بالدور الوقائي والعلاجي التأهيلي من خلال مستشفياتها ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومراكز التأهيل الطبي التي تسهم في تعويض المعاقين بالأجهزة والمعدات مثل الأطراف الصناعية والمعينات السمعية والبصرية .

كما تعمل المملكة على منح تسهيلات للمعاقين أهمها تخصيص وحدات سكنية لهم ، وتعيين الصم على مرتبة أعلى من زملائهم العاديين ، وقبول ذوي كف البصر للدراسة في الجامعات ، ومنح اعانات مالية ، وتخفيض أجور السفر والطيران ، وإشراكهم في معسكرات الشباب والكشافة ، وصرف وسائل معينة لهم في الدراسة ، وإنشاء نوايا خاصة بهم ، وتخصيص مواقف لسياراتهم .

٥ - خطط وبرامج تطوير مستوى العاملين :

توفر المملكة العديد من خطط وبرامج تطوير مستوى الكفاءات العاملة في مجال رعاية وتأهيل المعاقين ، إذ تنظم وزارة العمل والشؤون الاجتماعية لهم دورات تدريبية في مركز البحوث التطبيقية بالدرعية ، كما تستعين بقسم التعليم الخاص بكلية التربية بجامعة الملك سعود لمنحهم مؤهلات عالية في هذا المجال .

أما وزارة المعارف فإنها تنظم مجموعة من الدورات التأهيلية لاعداد معلمي الصم والمتخلفين عقليا ، ولتدريس مفاهيم العلوم والرياضيات للمكفوفين ، كما توفر لهم فرصة المشاركة في الندوات والدورات التدريبية داخل وخارج المملكة ، والانتساب للدراسة في الجامعات والمعاهد العليا .

وتستعين الجهات الرسمية في ذلك على المستوى المحلي بكل من قسم التعليم الخاص بكلية التربية بجامعة الملك سعود بالرياض ، وقسم الدراسات القرآنية والاسلامية بالكلية المتوسطة بالاحساء .

٦ - التشريعات الخاصة برعاية وتأهيل المعاقين :

تتعدد التشريعات الخاصة برعاية وتأهيل المعاقين في المملكة ، إذ تستند وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في هذا المجال على قرار مجلس الوزراء رقم ٣٤ الصادر بتاريخ ١٠/٣/١٤٠٠هـ ، واللائحة الأساسية لبرامج التأهيل الصادرة عام ١٤٠٠هـ .

أما وزارة المعارف ، فإنها تمارس أنشطتها في مجال رعاية وتأهيل المعاقين استنادا الى قرار مجلس الوزراء بهذا الشأن ، وقرارات وموافقات وزارية ، وتعاميم وخطابات تنظيمية صادرة عن وكيل الوزارة تنظم العمل بالمعاهد التابعة للوزارة .

رابعاً : سلطنة عمان

١ - الجهات المعنية بشؤون المعاقين :

يتولى الجانب الرسمي لشؤون المعاقين في سلطنة عمان دائرة الرعاية الخاصة بالمديرية العامة للشؤون الاجتماعية في وزارة الشؤون الاجتماعية .

وتوجد في السلطنة لجنة وطنية عليا هي اللجنة الوطنية لرعاية المعوقين ، والتي تأسست عام ١٩٨١م ، وتشارك فيها كل من وزارة الدفاع ، وزارة التربية والتعليم والشباب ، وزارة الصحة ، وزارة الاعلام ، وزارة البريد والبرق والهاتف ، غرفة تجارة وصناعة عمان وشرطة عمان السلطانية . ويتولى رئاستها وكيل وزارة الشؤون الاجتماعية .

وتسعى اللجنة الوطنية لرعاية المعوقين في السلطنة لتحقيق العديد من الاهداف أهمها اجراء المسوحات الميدانية اللازمة للمعاقين ، والعمل على تبصير قطاعات المجتمع بأهمية قضايا المعاقين .

٢ - عدد المعاقين :

بلغ عدد المعاقين في سلطنة عمان حسب احصائيات عام ١٩٨١م ، (٣٠٣٤) معاقا ، منهم (١٨٧١) ذكور ، (١١٦٣) اناث .
ويمكن توزيعهم حسب فئات السن كالتالي :

المجموع	فئات السن
١٢٧	٤ - ٠٠
٨٦٤	١٦ - ٥
٣٤٨	٣٠ - ١٧
١٠٧٠	٦٠ - ٣١
٦٢٥	٦٠ فأكثر
٣٠٣٤	المجموع الكلي

كما يمكن توزيعهم حسب نوع الاعاقة كالتالي :

المجموع	نوع الاعاقة
١٨٣	اعاقة عقلية
٥٣٢	اعاقة جسدية / أطراف
١٠٥	اعاقة سمعية
١١٨٤	اعاقة بصرية
٢١٦	اعاقة في النطق
٦٥١	اعاقة متعددة
١٦٣	أخرى
٣٠٣٤	المجموع الكلي

٣ - مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين :

يقوم على رعاية وتأهيل جانب من المعاقين في سلطنة عمان ، مركز رعاية وتأهيل المعوقين بالخوض ، ويستفيد من خدماته بشكل مباشر (٦٠) معاقاً من ذوي الشلل السفلي والصرم والبكم ويعمل فيه (٣٠) فرداً منهم (٢٠) ذكور و(١٠) اناث ، موزعين بين اداريين وأخصائيين اجتماعيين ونفسيين وأخصائيي تأهيل ومدرسين ومدربين، وأطباء وممرضات منتدبين من وزارة الصحة .

٤ - البرامج والأنشطة والتسهيلات :

تعمل دائرة الرعاية الخاصة بالمديرية العامة للشؤون الاجتماعية بالتعاون مع اللجنة الوطنية لرعاية المعوقين على وضع خطط مستقبلية لانشاء مراكز أخرى لرعاية وتأهيل المعاقين ، مثل انشاء دار رعاية شديدي الاعاقة ، ونادٍ للمكفوفين وأصدقائهم ، وورشه محمية ، كما تعمل على توسعة وتجديد أنشطة مركز رعاية المعوقين بالخوض .

كما تقوم وزارة الشؤون الاجتماعية بمنح الأجهزة التعويضية للمستحقين من كراسي متحركة ونظارات طبية وسماعات أذن كما تعمل على تشغيل المعاقين المتخصصين في المؤسسات الحكومية وغير الحكومية ، اضافة الى تطوير خدمات التأهيل والتشغيل للمعاقين في الأرياف واعداد خطة للوقاية من الاعاقة بالتعاون مع الجهات المختصة .

ويمنح المعاقون في السلطنة العديد من التسهيلات أهمها توفير فرص التوظيف في القطاع الخاص ، ومنحهم تخفيضات خاصة عند شراء السيارات والأدوات المنزلية ، وتسهيل حصولهم على رخص قيادة السيارات لبعض الفئات القادرة على السياقة ، وتوفير فرص الانتقال بالمجان في وسائل النقل العام ، ومنحهم تخفيضات خاصة للسفر على طيران الخليج .

٥ - خطط وبرامج تطوير مستوى العاملين :

من أهم وسائل تطوير مستوى الكفاءات العاملة في مجال رعاية وتأهيل المعاقين في سلطنة عمان ، ابتعاثهم الى خارج السلطنة في دورات تدريبية خاصة بمجال المعاقين ، وإشراكهم في دورات محلية وتوفير فرص الزيارات الاستطلاعية الى المعاهد الخاصة بتأهيل المعاقين .

٦ - التشريعات الخاصة برعاية وتأهيل المعاقين :

يطبق في سلطنة عمان تشريع خاص بتشغيل المعاقين ، ينص على تشغيلهم بنسبة ٢٪ في القطاع الخاص وذلك بناء على المادة رقم (٢٥) من قانون العمل العماني الصادر بالمرسوم السلطاني رقم ٧٣/٣٤ .

خامسا : دولة قطر

١ - الجهات المعنية بشؤون المعاقين :

يتولى الجانب الرسمي لشؤون المعاقين في دولة قطر كل من قسم التربية الخاصة التابع لإدارة التربية الاجتماعية بوزارة التربية والتعليم ، ومعهد الأمل بوزارة الصحة ، أما الجانب الأهلي فإنه يخضع لإشراف نادي الهلال الذي يتبع جمعية الهلال الأحمر القطري .

وفي غياب لجنة عليا للمعاقين تتم اتصالات مباشرة وخطوات تنسيقية بين الجهات الرسمية والأهلية ، خاصة عند تنفيذ البرامج والأنشطة المتعلقة بالمعاقين في المناسبات المحلية والعربية .

٢ - عدد المعاقين :

بلغ عدد المعاقين المنتسبين لمدارس التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم في قطر (٤٠٧) معاقين منهم (٢٤٣) ذكور و(١٦٤) إناث ، ويقع مجموع هذا العدد بين فئات السن من ٥ - ٢٤ سنة ، ويقتصر نوع الإعاقة على إعاقة عقلية (٢٢٦) حالة ، وإعاقة سمعية (٩٥) حالة ، و(٨٦) حالة إعاقة جسدية .

أما على صعيد القطاع الأهلي، فإن نادي الهلال القطري التابع لجمعية الهلال الأحمر القطري يوفر عضوية لعدد من المعاقين بلغ (٣٢٧) معاقاً منهم (٢٢١) ذكور و(١٠٦) إناث، علماً بأن غالبية أعضاء النادي هم أصلاً من المستفيدين من خدمات الأجهزة الرسمية ومنتسبين لمدارسها أو معاهدها.

ويمكن توزيع أعضاء النادي حسب نوع الإعاقة والجنس كالتالي :

نوع الإعاقة	ذكور	إناث	المجموع
إعاقة عقلية	١٢١	٥٤	١٧٥
إعاقة جسدية	٣٧	٨	٤٥
إعاقة سمعية	٤٦	٣٨	٨٤
إعاقة بصرية	١٥	٦	٢١
إعاقة نفسية	٢	—	٢
المجموع	٢٢١	١٠٦	٣٢٧

٣ - مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين :

يقوم على رعاية وتأهيل المعاقين في دولة قطر ثلاث مدارس للتربية الخاصة واحدة للذكور واثنان للإناث ، تتبع وزارة التربية والتعليم يستفيد من خدماتها (٤٠٧) معاقين منهم (٢٤٣) ذكور و(١٦٤) اناث .

كما يسهم في الجانب الرسمي لرعاية وتأهيل المعاقين معهد الأمل التابع لوزارة الصحة . أما الجانب الأهلي فيتولاها نادي الهلال القطري التابع لجمعية الهلال الأحمر القطرية ، حيث يتولى رعاية وتأهيل ذوي الاعاقات النفسية ، والصم والبكم ، ومكفوفي البصر والمصابين بالشلل ، وينتمي اليه (٣٢٧) عضوا منهم (٢٢١) ذكور و(١٠٦) اناث ، يقوم على خدمتهم وتوفير الأنشطة المناسبة لهم بصفة دائمة متطوعون موزعون بين اداريين وفنيين ومشرفين ، مخصصين لرعاية وتأهيل منتسبي النادي على امتداد أيام السنة ، ومدربات ومشرفات يعملن بصفة مؤقتة ويقمن على رعاية فتيات النادي الصيفي للمعوقات ، يساعدهن مجموعة من المتطوعات .

٤ - البرامج والأنشطة والتسهيلات :

يوفر كل من القطاعين الرسمي والأهلي مجموعة من الأنشطة والبرامج للمعاقين في قطر ، إذ تخصص وزارة التربية والتعليم لطلبة مدارسها الخاصة مجموعة من البرامج والأنشطة التربوية والتعليمية والتأهيلية ، أما نادي الهلال القطري فإنه ينفذ مجموعة من البرامج والأنشطة التأهيلية والثقافية والاجتماعية والترفيهية في المجالين الفني والرياضي .

ويمنح نادي الهلال القطري منتسبيه العديد من التسهيلات أهمها تقديم المساعدات المالية المباشرة ، ومساعدتهم في شراء الأجهزة المساعدة لأداء وظائفهم اليومية .

٥ - خطط وبرامج تطوير مستوى العاملين :

توفر وزارة التربية والتعليم مجموعة من الوسائل الخاصة بتطوير مستوى الكفاءات العاملة بقسم التربية الخاصة ، إذ تتولى اعداد برامج تدريبية للعاملين في هذا القسم لرفع مستواهم المهني والوظيفي ، وتوفير كل ما هو جديد في مجال تكنولوجيا التعليم الخاص بهذا المجال وإطلاعهم على أحدث طرق التدريس الخاصة بالمعاقين ، كما تخصص لاداريي هذا القسم بعثات وزيارات الى الوطن العربي للاطلاع على واقع التربية الخاصة ونقل المناسب منها للبيئة القطرية .

سادسا : دولة الكويت

١ - الجهات المعنية بشؤون المعاقين :

يتولى الجانب الرسمي لشؤون المعاقين في دولة الكويت وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ، كما تتولى وزارة التربية تقديم الرعاية والتأهيل المباشر (تعليم وتدريب) ، أما أهم الجهات الأهلية التي ترعى شؤون المعاقين في الدولة فهي الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين ويتبعها النادي الكويتي للمعاقين ومركز الرعاية النهارية .

وتضطلع وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بكافة شؤون التنسيق بين الجهات الرسمية والأهلية المعنية بشؤون المعاقين ، وتعمل على تزويدها بالكوادر الفنية المدربة من اخصائيين اجتماعيين ونفسيين وأطباء ومدربين ، كما توفر امكانية الاستعانة بالخبراء المتخصصين .

٢ - عدد المعاقين :

بلغ اجمالي عدد المعاقين في دولة الكويت والذين يتولى رعايتهم القطاعان الرسمي والأهلي (٩٤١) معاقا من الجنسين بين فئات السن من ٥ - ٤٤ سنة ، وتتولى وزارة التربية من خلال مدارس التربية الخاصة تقديم الرعاية والتأهيل المباشر (تعليم وتدريب) لحوالي (٢٠٠٠) معاق من الجنسين موزعين على مدارس التربية الفكرية ومدارس النور ومدارس الأمل ومدارس الرجاء .

٣ - مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين :

تقوم على رعاية وتأهيل المعاقين في دولة الكويت كل من ادارة رعاية المعوقين والجمعية الكويتية لرعاية المعوقين يستفيد من خدماتها (١١٩٨) معاقا من الجنسين .

١ - ٣ ادارة رعاية المعوقين :

تتبع ادارة رعاية المعوقين عدة دور رئيسية يستفيد من خدماتها (٩٤١) معاقا من الجنسين موزعين كالتالي :

أ - دار رعاية المعاقين وترعى (٢٨٢) معاقا اعاقات مزدوجة (ذهنية وجسدية وسمعية وبصرية) من الجنسين .

ب - دار التأهيل الاجتماعي للرجال ويستفيد من خدماتها (٢١٥) معاقا اعاقات ذهنية .

- ج - دار التأهيل الاجتماعي للنساء والأطفال ويستفيد من خدماتها (١٠١) معاقاً .
- د - مركز التأهيل المهني ويتولى رعاية ذوي التخلف العقلي والاعاقة السمعية والبصرية من الجنسين ويستفيد من خدماته (١٤١) معاقاً من الجنسين .
- هـ - دار رعاية المسنين ويستفيد من خدماتها (٢٠٢) من كبار السن المعاقين موزعين بين ايواء كامل ورعاية منزلية .

٢ - ٣ الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين :

وهي جمعية أهلية ذات نفع عام تتولى رعاية ذوي الشلل الدماغي والتخلف العقلي والاعاقة الجسدية ، ويستفيد من خدماتها (٢٥٧) معاقاً من الجنسين من خلال البرامج والأنشطة والخدمات المباشرة لهم سواء الايواء الكامل أو الرعاية النهارية ويعمل على رعايتهم وتأهيلهم عدد من المتطوعين بالإضافة الى الموظفين .

أما على صعيد جهود المعاقين في تنظيم أنفسهم في جمعيات تقدم خدماتها المباشرة للأعضاء المعاقين فتوجد الجمعيات والأندية التالية :

أ - النادي الكويتي للمعاقين : من أهم التنظيمات التي أنشأها المعاقون بالدولة وهو من الجمعيات الأهلية ذات النفع العام ويعمل على ادماج المعاقين بالمجتمع من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية والثقافية والاجتماعية والفنية لأعضائه .

ب - نادي الصم الكويتي : ويختص بتقديم أوجه النشاط المختلفة لأعضائه من المعاقين سمعياً ويجاد التسهيلات اللازمة لهم للانتفاع بالمؤسسات الأخرى بالمجتمع .

ج - جمعية المكفوفين الكويتية : تعنى بشؤون المكفوفين وتنظم العديد من البرامج والأنشطة الثقافية المتخصصة للمكفوفين على مستوى الدولة وتنسق مع الجهات التي تقدم الرعاية للمكفوفين داخل الدولة والجهات المعنية على مستوى الدول الخليجية والعربية .

٤ - البرامج والأنشطة والتسهيلات :

يوفر القطاع الرسمي مجموعة من البرامج والأنشطة في مجال رعاية وتأهيل المعاقين مثل التدريب والتأهيل المهني وبرامج الايواء والاعاشة والفصول الدراسية والتدريب على الأشغال الفنية والحفلات الترفيهية .

كما وتمنح المعاهد الخاصة علاوة تعليم وتأهيل للمعاق بالإضافة الى مجانية المواصلات والخدمات التعليمية والتدريبية والتأهيلية الأخرى وتوفر وزارة الصحة الأجهزة التعويضية للمعاقين مجاناً .

وتقتصر برامج وأنشطة القطاع الأهلي على مجال الرعاية ، إذ توفر الجهات المعنية برامج للزيارات الداخلية والخارجية وفرص العلاج الطبيعي والتعليم والبرامج الترويحية والمشاركة في المسابقات والمهرجانات .

وتمنح الدولة العديد من التسهيلات مثل فرص الحصول على السكن المناسب ،
وتخصيص بعض المنتزهات والأماكن الترويحية للمعاقين والاشتراك المجاني في مواصلات
النقل العام ، والخصم على خطوط الطيران .

٥ - خطط وبرامج تطوير مستوى العاملين :

توفر الجهات المختصة العديد من الدورات التدريبية لتطوير مستوى الكفاءات العاملة في
مجال رعاية المعاقين ، مثل الدورات التدريبية الخاصة بالموجهين والاختصاصيين
الاجتماعيين والنفسيين وتدريب الهيئات التمريضية ومتخصصي العلاج الطبيعي .

٦ - التشريعات الخاصة برعاية المعاقين :

يمنح قانون المساعدات الاجتماعية الفرد المعاق مساعدة شهرية مقدارها ١٣٢ د. ك
عندما يبلغ ١٨ سنة كما يتقاضى المعاق علاوة تأهيل اذا انضم الى مركز التأهيل المهني أو
احدى الدورات التدريبية وأصدر مجلس الوزراء قرارا بالزام الجهات الحكومية والهيئات
العامة بتعيين المعاقين من خريجي المعاهد الخاصة .

صدر من هذه السلسلة

- العدد الاول
اوضاع مؤسسات الرعاية الاجتماعية
ودورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي «ناقد»
- العدد الثاني
تشريعات العمل في الدول العربية الخليجية
-دراسة مقارنة- «ناقد»
- العدد الثالث
رعاية الاحداث الجانحين بالدول العربية
الخليجية «ناقد»
- العدد الرابع
نحو استخدام امقل للقوى العاملة الوطنية
بالدول العربية الخليجية «ناقد»
- العدد الخامس
دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي
«الابحاث الفائزة في المسابقة الاولى للبحث الاجتماعي»
- العدد السادس
حول واقع إحصاءات القوى العاملة الوطنية
المفاهيم - الأجهزة - التطوير
- العدد السابع
الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة
-دراسات مختارة- «ناقد»
- العدد الثامن
واقع معدلات إنتاجية العمل ووسائل تطويرها
- العدد التاسع
قضايا من واقع المجتمع العربي في الخليج
«تاخر سن الزواج والمهور - الفراغ - المخدرات»
«الابحاث الفائزة في المسابقة الثانية للبحث
الاجتماعي» «ناقد»
- العدد العاشر
ظاهرة المربييات الاجنبيات
«الاسباب والآثار»

العدد الحادي عشر : العمل الإجماعي التطوعي في الدول العربية
الخليجية
مقوماته - دوره - أبعاده

العدد الثاني عشر : الحركة التعاونية في الخليج العربي
«الواقع والأفاق»

العدد الثالث عشر : احصاءات العمل وأهمية النهوض بها
في أقطار الخليج العربية

العدد الرابع عشر : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي
«الابحاث الفائزة في المسابقة الثالثة
للبحث الإجماعي» الجزء الثالث

العدد الخامس عشر

مظلة التأمينات الاجتماعية
في أقطار الخليج العربية

العدد السادس عشر

: القيم والتحويلات الاجتماعية المعاصرة (دراسة
في الارشاد الاجتماعي في أقطار الخليج العربية).

رقم الإيداع : ١٠٧٠ د.ع/١٩٩١م

طبع بمطابع المؤسسة العربية للطباعة والنشر ذ.م.م. - البحرين

هذا العدد

يشتمل هذا العدد على
حصيلة مختارة من أبحاث حلقة
رعاية المعوقين التي نظمها
مكتب المتابعة عام ١٩٨١ ،
والتي تتناول ، بالمعالجة
العلمية ، أسباب الإعاقة وطرق
الوقاية منها ، وتشخيص
أنواعها ودرجاتها ، وتعرض
بالتعريف والتحليل لمفاهيم
وأساليب التأهيل وادماج
المعاقين ، فضلا عن إبراز
الجوانب المضيئة في تراثنا
العربي الإسلامي وأسهاماته
المبكرة في تأسيس وبلورة
النظرة الانسانية للمعاقين ، الى
جانب دليل بالبيانات
والمعلومات الحديثة عن واقع
رعاية وتأهيل المعاقين في دول
الخليج العربية .