

رمر 2695



التوزيع: عام

E/ECWA/119

ه آذار/مارس ١٩٨١

الاصل: بالمرحمة

UN ECONOMIC COMMISSION
FOR WESTERN ASIA

10 MAR 1981

LIBRARY



الأمم المتحدة

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا

الدورة الثامنة

٢١-٢٥ نيسان/ابريل ١٩٨١

بيروت، لبنان

البند ١٠ من جدول الاعمال المؤقت

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

81-3705

المحتويات

الصفحة

القسم الاول :	ملاح المشكلة وأبعاد المواجهة	١
أولا :	مقدمة : الابعاد الاساسية في مشكلة الاعاقة	١
ثانيا :	الاعاقة في منطقة غربي آسيا	٥
- الملاح والآثار الرئيسية	.....	٥
١- مفهوم الاعاقة بين التحديد الواسع والضييق	.....	٥
٢- مشكلة الاعاقة في منطقة غربي آسيا ، الحجم والابعاد	.....	٧
٣- العوامل الرئيسية للاعاق في منطقة غربي آسيا	.....	١٣
٤- المشكلة : آثارها الاقتصادية والاجتماعية	.....	١٩
القسم الثاني :	خطة العمل الاقليمية	٢٠
أولا :	مستلزمات السياسة الاجتماعية في مواجهة الاعاقة	٢٠
ثانيا :	الدراسة العلمية لأبعاد المشكلة	٢٢
ثالثا :	الاعلام وتكوين وعي جماهيري بخطورة المشكلة	٢٤
رابعا :	سن التشريعات المناسبة لمواجهة الاعاقة	٢٦
خامسا :	التوسع في اقامة مؤسسات التربية الخاصة بالمعاقين	٢٨
سادسا :	التوسع في انشاء مؤسسات ملائمة للتأهيل	٣٠
سابعا :	سياسة الادماج الاجتماعي للمعاقين ومجالاتها	٣٢
ثامنا :	المعاقون في اطار سياسات التنمية الوطنية	٣٣
تاسعا :	التعاون الاقليمي العربي في مجال المعاقين	٣٥
عاشر :	الاجراءات الخاصة لمساعدة المعاقين من الشعب الفلسطيني	٣٧
حادى عشر :	التعاون الدولي	٣٧

القسم الاول

ملائح المشكلة وابعاد المواجهة

أولا - مقدمة : الابعاد الاساسية في مشكلة الاعاقة

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

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

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

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

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

ذلك يعني ان قضية الاطاقة وان تناولناها بمعناها الجسدي والعقلي فان طيننا ان لا نفعل البعد المجتمعي الشامل سواء على مستوى وضع الدول النامية بالنسبة للنظام العالمي او بالنسبة لوضع مختلف الفئات او الجماعات الداخلية الاقل حظا والاكثر حرمانا داخل ككل مجتمع من مجتمعات تلك الدول ذاتها .

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

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

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

الاسلامي دورا جوهريا في اظهاره - عن التراث الاسبرطي . فوجد مثلا ان القرآن الكريم يحتب على رسول الله ويخاطبه حين "عس وتولى ان جاءه الاعى وما يدريك لعله يزكى أو يذ كر فتتفعه الذكري" بل اننا نجد ان العاهات الجسدية لدى عدد من الناس لم تحل دون تصد رهم لمجالس الفتوى والادب والحلم والشعر، بل وان يصلوا الى بعض المناصب القيادية في تاريخنا القديم والمعاصر .

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

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

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

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

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

٢- انه ينبغي الانطلاق من مسلحة ان الانسان المتكامل القادر والفعال هو النموذج الاساسي الذي نصبوا اليه ، وان أي اعاقه هي انتقاص للنموذج الانساني الاساسي أو هو اغتراب عنه . وقد يتخذ الاغتراب صورة التشويه الفيزيقي أو العقلي أو الصحي أو الاجتماعي . ان تجاوز هذا الاغتراب يتحقق بتقليص حجم الاعاقه وتقليص مضاعفاتها النفسية والاجتماعية . ومن ثم تنظيم اندماج وتكامل المعاقين في المجتمع من جديد . ان في ذلك ترسيخ لمبادئ العدالة وتكافؤ الفرص التي تشكل جوهر الحقوق الاساسية للانسان .

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

٤- انه من الضروري سلوك طرق الابداع والتجديد فيما يتعلق بمسألة المعاقين . ان التفاعل والمزاوجة بين المنجزات التكنولوجية والهندسة الطبية من ناحية والملم الاجتماعي النفسي التطبيقي من ناحية ثانية ، والفن التخطيطي من ناحية ثالثة تتيح مجالات خصبة لرأية وتتميم المعاقين . ان هذا التفاعل الخلاق من شأنه ان يرفع من كفاءة العمل في مراجعة جوانب مسألة الاعاقه بأقل تكلفة اقتصادية واجتماعية ممكنة .

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

ثانيا - الاطاقة في منطقة غربي آسيا

الملاحم والآثار الرئيسية

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

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

وفيما يلي استعراض موجز لكل من هذه النقاط :

١- مفهوم الاطاقة بين التحديد الواسع والضييق

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

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

الصا در في جمهورية مصر العربية بشأن تأهيل المحاقين في المادة (٢) بأنه "يقصد في تطبيق احكام هذا القانون بكلمة المعوق كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولة عمل أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه ، ونقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوى أو عقلي أو جسسي ، أو نتيجة عجز خلقي منذ الولادة" بينما تذهب احدى الدراسات التي اجريت عن فاعلية خدمات تأهيل المحاقين في ج ٢٠٠٤.ع. بأن "الشخص المعوق هو كل فرد فقد قدرته على مزاولة عمله - أو القيام بعمل آخر نتيجة لقصور بدني أو عقلي أو حسي - سواء كان هذا القصور بسبب اصابته في حادثة أو مرض أو كان عجزا خلقيا منذ الولادة واصبح هذا الشخص على اثر ذلك صاحب عاهة تحوقه عن التكيف مع المجتمع أو البيئة التي يعيش فيها وتحول دون استقراره بنجاح في الحياة".

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

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

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

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

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

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

٢- مشكلة الاعاقة في منطقة غربي آسيا ، الحجم والابعاد

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

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

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

(ب) تختلف البلاد العربية من الناحية الاحصائية في تحديد هوية الاعاقة ، ومتمتع بالحالة معاقة ، وما هي الاعاقة الجزئية والاعاقة الكلية ، ثم ما هي الانماط الرئيسية للاعاقية . وهكذا نجد ان هناك تفاوتاً واضحاً بين مختلف الاقطار في تحديد الاعاقية وانماطها مما يطرح صعوبات عديدة امام تحديد حجم المشكلة وانماطها الرئيسية على المستوى العربي . وبالطبع فان ذلك يعوق تماما امانة تأسيس المقارنة على المستوى الاقليمي لمعرفة اماكن تركيز الاعاقة على الخريطة الديمغرافية - الاجتماعية في المنطقة .

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

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

(هـ) غياب الاحصاءات التي تتناول المشكلة في مختلف مستوياتها . هناك مستويات كثيرة للاعاقه ، اولها الاعاقه كما توجد في المجتمع من حيث حجمها وانماطها الرئيسية ؛ ثم مستوى الاعاقه من خلال حجم الطمحين بمختلف مؤسسات التأهيل وانواعها الرئيسية ومدى تغطيتها ؛ ثم مستوى الاعاقه بالنظر الى المعاقين الذين تم تأهيلهم بالفعل ، والذين تم تشميلهم والحقاقهم بالعمل . هذا غير مستوى الاعاقه المحتملة ، وهو المستوى الذي سوف يساعد في التبرؤ ؛ ومن ثم تحديد الاستراتيجيه الملائمة في المستقبل للمواجهه . ان المصرفة المتعدده المستويات في ادراك الظاهرة تساعد على المواجهه الفعالة للمشكلة ، في الحاضر ، وامكانية التخطيط لمواجهتها في المستقبل بهدف تخفيض الفاقد الاجتماعي من جراء الاعاقه ودفع المعاقين الى المشاركة الفعالة في تنمية المجتمع .

وبرغم هذا النقص الاحصائي الفادح فانه استنادا الى بعض تقديرات الامم المتحدة والمؤشرات الدولية في هذا الصدد فاننا نقدر حجم الاعاقه في منطقة غربي آسيا بحوالي ٧ الى ١٠ في المائة من مجموع السكان . وهذا يعني ان عدد المعاقين يتراوح ما بين ستة وتسعة ملايين عربي من المجموع الكلي للسكان الذي يقدر بحوالي ٩٠ مليون عام ١٩٨٠ . هذا مع الاخذ في الاعتبار احتمالية ان يفوق الحجم الواقعي للمشكلة مختلف هذه التقديرات . وذلك بالنظر الى ظروف وعوامل التغلف العديدة التي تسود بعض البيئات في المنطقة مما يساعد على تكريس الروافد التي تغذي هذه المشكلة . وفي مقابل ذلك هناك من التقديرات ما يذهب الى ان المؤسسات التأهيلية والعلاجية للاعاقه في العالم العربي لا تتجاوز طاقتها الاستيعابية في احسن التقديرات ١٠٠٠٠٠ من المنتفعين من الصغار والكبار المعاقين . وهو ما يشير الى قصور هائل في المواجهه الحقيقية للمشكلة في هذه المنطقة .

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

إذا تناولنا البيانات المتاحة في لبنان وهو يعيش بعض الظروف التي قد تدفع إلى حدوث حالات كثيرة من الإعاقة بسبب الحرب كظرف أساسي طارئ على هذا المجتمع، فإننا نجد أن الإحصائية التالية توضح موقف الإعاقة في إطاره وفقاً لما يلي :

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

نوع الإعاقة	داخلي	خارجي	مجموع	ذكور	إناث	١٢-	١٢-١٨	١٨+	حالات الحرب		الاستيعاب الأقصى
									داخلي	خارجي	داخلي	خارجي
صم/بكم	٢٦٩	١٤٠	٤٣٦	١٩٦	٢٤٠	٢٨١	١٢٨	٢٧	٢	٣٥٠	٢٩٢
عميان	١٦٩	١٤٠	٣٠٩	٢١٢	٩٧	٤٦	٧٢	١٩١	٨	٢٣٢	٢٦٦
متغلف عقلي	٨٧٠	٤٣٣	١٣٠٣	٦٠٧	٦٩٦	٤٠٢	٤٧٤	٤٢٧	١١	٩٥٥	٦٠٤
شلل	١٢٦	٤	١٣٠	٨١	٤٩	٥٣	٦٨	٩	٢٢	١٦٥	١٥٠
معاق جسدي	٣١٧	١٢٩٢	١٦٠٩	٨٨٢	٧٢٧	٢٧٩	٦٠٣	٧٢٧	٦٤٤	٥٢٠	١٦٠١
مرض عقلي	٩٢٥	٥٢٤	١٤٤٩	٩١١	٥٣٨	٢٢	٢٦٠	١٦٧	١٦٠	١٠٥٠	٧٠٠
المجموع	٢٦٠٣	٥٢٣٦	٧٨٤٩	٤٨٨٩	٢٣٤٧	١٠٨٣	١٦٠٥	١٥٤٨	٨٤٧	٣٢٦٧	٣٦١٣

المصدر : تقرير الجمهورية اللبنانية عن المعاقين المقدم للندوة الثانية لاستراتيجية العمل الاجتماعي العربي، تونس ١٤ - ١٨، تشرين الأول/أكتوبر ١٩٨٠، والذي ظهر في مجلد خاص يضم تقارير الدول، أصدرته الأمانة العامة لجامعة الدول العربية، الإدارة العامة للشؤون الاجتماعية والثقافية.

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

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

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

٣- ان اكثر انماط الاعاقة بروزا هي الاعاقات الجسدية بنحو (١٦٠) بنسبة مئوية ٣٠.٧ في المائة من مجموع الحالات الملحقة بمؤسسات الاعاقة في لبنان ، يليها المرض العقلي بعدد ١٤٤٩ حالة بنسبة مئوية ٢٧.٧ في المائة . ومن المرجح ان يكون لظروف الحرب اثر في ارتفاع هذه النسبة . وقد وصلت نسبة المتخلفين عقليا نسبة ٢٤.٩ في المائة من مجموع الحالات .

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

فاننا انتقلنا لتحليل الموقف في دولة قطر (طبقا لتقرير رسمي مقدم للندوة الثانية ل استراتيجية العمل الاجتماعي العربي ، المنعقدة في تونس من ١٤ الى ١٨ تشرين أول / أكتوبر ١٩٨٠) . فاننا سوف نجد ان عدد الحالات التي سجلت عن طريق التبليغ الاختياري لاسر المعوقين بلغت نحو ٥٣٤ حالة . في حين نجد ان عدد الحالات كما سجلتها دراسة قامت بها وزارة التربية والتعليم على طلاب المدارس الابتدائية اظهرت ان عدد الحالات هي ٥١٢ حالة مصابة باعاقة عقلية بينما الاعاقة البدنية بلغت حالاتها ١٢٣ حالة . وسجلت وزارة الصحة العامة (قسم الطب الطبيعي) عدد الحضور للوقاية والعلاج من الاعاقة الجسمانية نحو ١١٠٠٠ حالة . هذا الرقم الاخير يصل الى حوالي ١٠ في المائة من مجموع سكان قطر . وتتسق هذه النسبة مع المؤشرات الدولية لحجم الاعاقة . فاننا اخذنا في الاعتبار ان ذلك الرقم يقتصر على المعاقين جسديا فقط ، والذين بادروا او بادرت وودهم الى علاجهم ، فان الرقم الحقيقي للمعاقين في دولة قطر هو بالقطع اكبر من ذلك . أي ان نسبتهم قد تكون اقرب الى الحد الاعلى لمتوسط الاعاقة عالميا وهو ١ في المائة .

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

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

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

وتكشف قراءة الجدول السابق عن الملاحظات التالية :

- ١- انه بالرغم من ان عدد المسجلين في معاهد التربية الخاصة في مختلف فروعها قد لا يعكس الاعداد الحقيقية الكائنة بالمجتمع الكويتي ، الا ان هذا العدد يماثل تقريبا العدد الذي ترعاه المؤسسات اللبنانية بالرغم من ان سكان الكويت لا يتجاوزون ربع سكان لبنان . وهذا يعني ان انكشاف الظاهرة بحجمها الحقيقي قد يكون انعكاسا لتوفر وانتشار مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين في كل قطر عربي .
- ٢- ان هناك اتجاها لا ارتفاع معدلات الاطاقة لدى الذكور اكثر من الاناث سواها بالنسبة للمكوفين أو بالنسبة للمصابين بالشلل ، وان كان ذلك قد لا يعكس التواجد الحقيقي للظاهرة نظرا لان الاسر العربية اكثر تقليدية من حيث عدم اقبالها على الحاق البنت بمعاهد خارجية والابقاء عليها بعاهتها في المنزل ، مما ينعكس بشكل عام على انخفاض معدلات الاناث. ومن ثم قد يكون الفارق ظاهريا فقط بين البنين والبنات .
- ٣- انخفاض معدلات المكوفين وارتفاع معدلات المتخلفين أو المصابين عقليا على عكس الحال في المجتمع التونسي مثلا ، واتفاقا الى حد كبير مع ما هو كائن في المجتمع اللبناني. وتكشف قراءة مجموعة الاحصاءات العربية المتاحة - من خلال نظرة شاملة - عن مجموعة الملاحظات التالية :
- ١- ان معظمها يفتقد الدقة اللازمة لمثل هذه الاحوال . فبينما نجد ان بعض البلاد العربية لم تجر احصاءات على الاطلاق فيما يتعلق بالاعاقة ، نجد ان البعض الاخر قد اجراها بشكل لا يعكس حجمها الواقعي من خلال حصر ما تم تسجيله . هذا الى جانب افتقاد التسجيل الاحصائي للاساليب العلمية المقتنة .
- ٢- يلاحظ تباين في الانماط الاساسية للاعاقة بين الدول العربية في المنطقة فبينما نجد ان النمط الاساسي في مصر هي الاعاقة البصرية نجدها في قطر ولبنان المرض العقلي . وليس هناك تفسير لذلك سوى عدم دقة الارقام الاحصائية ، أو عدم وضوح الاعاقة العقلية (التي غالبا ما تحتاج الى مختص لسبرها) بالنسبة لاهل المعاق ولجامعي البيانات على السواء .
- ٣- ان هناك علاقة بين الظروف الاجتماعية التي يمر بها المجتمع وبين نمط الاعاقة كارتفاع معدلات الاعاقة الجسدية والتشوهات والامراض العقلية في لبنان بفعل الحرب التي تسودها منذ عدة سنوات .
- ٤- ان هناك فارقا واضحا بين حجم ظاهرة الاعاقة في وجودها الواقعي وبين العدد الذي تستوعبه مؤسسات الرعاية والتأهيل ، وهو ما يعني عزلة عدد كبير من المعاقين عن المشاركة في التنمية والاسهام الايجابي نظرا لعدم تأهيلهم واعدادهم .

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

٣- العوامل الرئيسية للاعاقة في منطقة غربى آسيا

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

(أ) العوامل الثقافية

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

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

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

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

(ب) العوامل الاجتماعية والبيئية

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

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

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

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

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

بـل احيانا في قدراته التمويضية التي قد تصبح مواهب صاعدة وخلاقة . وتشير احدى الدراسات التي اجريت في فرنسا عام ١٩٦٧ تقديرا لصعب رعاية المعاقين مقارنة بتركهم . أظهرت الدراسة ان تكلفة التعليم الالزامي للطفل المعاق (جسديا أو عقليا) تصل فـي المتوسط الى حوالي ٢٧ فرنكا يوميا (حوالي ٥٠ دولار) هذا في حين تصل تكلفة الطفل المعاق الى حوالي ٥٠٠ فرنكا يوميا (أى اقل من ١٠ دولار) . ومن الناحية الاخرى تم تقدير ما يتحمله المجتمع (الاهل والخدمات العلاجية ، الخ) من تكلفة لو ترك الطفل المعاق دون تعليم أو رعاية خاصة تمكنه من الاندماج في المجتمع ، وذلك طوال فترة حياة متوسطة فبلغت التكاليف المقدرة حوالي ٥٠٠ الف فرنك (حوالي ١١٠ الف دولار) ومن ثم فان التكلفة لتربية الطفل المعاق تمثل عبئا اقل بكثير جدا مما يتحمله المجتمع لو ترك هذا الطفل عاجزا بدلا من تحويله الى طاقة منتجة .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(ج) العوامل الفردية والصحية

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

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

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

٤- المشكلة : آثارها الاقتصادية والاجتماعية

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

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

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

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

(د) على المستوى الفردي تخلق الاعاقة التي تذل بلا علاج أو تأهيل حالة سيكولوجية يذور المعاق في اطارها مغلفا باحساس المالة وفقد الكرامة والعزلة . فاذا تعمدت هذه الاحاسيس فانها قد تدفعه الى مزيد من الانسحاب حتى الخروج من الحياة من خلال الانتحار ، أو قد تدفعه الى الانحراف والتمرد من خلال الجريمة في محاولة جزئية للانتقام من المجتمع الذي يتجاهله أو ينبذه أو يمجز عن تأهيله .

القسم الثاني

خطة العمل الاقليمية

أولا - مستلزمات السياسة الاجتماعية في مواجهة الاعاقة

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

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

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

- ١- الفهم العلمي لطبيعة المشكلة وابعادها .
- ٢- التعبئة الاعلامية وخلق وعي جماهيري عام بضرورة مواجهة المشكلة .
- ٣- سن التشريعات الملائمة لمحاصرة المشكلة ودعم المواجهة .
- ٤- بناء المؤسسات الكافية والملائمة للرعاية والتربية والتأهيل والتشغيل .
- ٥- تعظيم دور المعاقين في المجتمع واشراكهم في عملية التنمية .
- ٦- دور الدولة في خلق آليات التنفيذ والتنسيق والتكامل والمتابعة .

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

استراتيجية وقائية

- التنمية الشاملة
- جهود صحية - ثقافية - اقتصادية
- البحث العلمي المستمر حول مصادر الازالة

مجهودات قبل علاجية

- الاكتشاف المبكر للاطفال المصابين
- التوعية الجماهيرية
- الدراسة والبحث العلمي المستمر لينا ميكات المشكلة
- تدريب النواير المتكاملة للرعاية والعلاج والتأهيل (طبيا ، ونفسيا ، واجتماعيا ومهنيا) .

استراتيجية علاجية

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

استراتيجية تأهيلية

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

استراتيجية التشغيل

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

استراتيجية الادماج الاجتماعي للمصابين

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

روافد الازالة

- العوامل الثقافية
- ظروف التخلف والتبعية
- العوامل الاجتماعية البنائية
- العوامل الصحية والوراثية
- حروب التحرير
- الصراعات الداخلية
- الصراعات الدولية
- البيئة الحضرية المدنية
- التصنيع
- حواد المرور والسيارات

المصابين

ثانياً - الدراسة العلمية لابعاد المشكلة

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ثالثا- الاعلام وتكوين وعي جماهيري بخلورة المشكلة

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

رابعاً - سن التشريعات المناسبة لمواجهة الاعاقاة

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

خامسا - التوسع في اقامة مؤسسات التربية الخاصة بالمعاقين

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

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

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

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

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

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

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

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

٢- القرب من محل الإقامة . لصعوبة انتقال المعاقين من اماكن سكهم ، ولان عدداً كبيراً منهم يكون في العادة من خلفيات اسرية واجتماعية متواضعة يصعب عليها اقتصادياً توفير وسائل نقل عصرية ، فمن المستحسن توفير خدمات التربية والتعليم الخاصة بالمعاقين على اقرب مسافة ممكنة من مجال سكهم . هذا طبعاً باستثناء الظروف المتطرفة التي تكون الخدمة التربوية فيها شديدة التخصص ولا يمكن توفيرها في كل مجتمع محلي .

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

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

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

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

سادسا - التوسع في انشاء مؤسسات ملائمة للتأهيل

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

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

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

(ب) تتسم البرامج الخاصة بالموهّلين بالتركيز على التّأهيل للاعاقاة الجسدية ، وغالباً ما تكون في اعمال نمطية قليلة لا تعكس التنوع المهني المصاحب للتطور الاجتماعي في الوقت الحاضر . ومن ثم يبرز هذا الوضع عدم اهتمام اصحاب الاعمال بشريحة كبيرة من المعاقين الموهّلين . الى جانب ان التّأهيل احياناً ما يكون على حرف لا يحتاجها المجتمع حقيقة ، أو لا يرغب فيها المعاق . ومن هنا فان مؤسسات التّأهيل القائمة في حاجة الى مراجعة برامجها واساليبها في ضوء اعداد المعاقين كمورد بشري من موارد التنمية .

(ج) يحظى المعاقون عقلياً ونفسياً بنصيب اقل من المعاقين جسدياً . ومع وجود بعض المؤسسات الرائدة في بعض الاقطار العربية الا ان الخبرة العربية في هذا المجال ما تزال محدودة للغاية سواء في مجال الرطية أو التربية الخاصة أو التّأهيل . وهو بطبيعة الحال مجال اكثر تعقيداً من الاعاقاة الجسدية .

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

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

سابعاً - سياسة الادماج الاجتماعي للمعاقين ومجالاتها

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ثامنا - المعاقون في اطار سياسات التنمية الوطنية

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تاسعا - التعاون الاقليمي العربي في مجال المعاقين

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

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

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

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

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

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

عاشرا- الاجراءات الخاصة لمساعدة المعاقين من الشعب الفلسطيني

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

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

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

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

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

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

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

حادى عشر- التعاون الدولى

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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