



الإعاقة مراحل تكوينها وأساليب الحد منها في ظل تفاوت النظرة المجتمعية للمعاق

د. شويشي زهية. قسم علم الاجتماع. جامعة محمد لامين دباغين. سطيف2

ملخص:

نسلط الضوء من خلال هذه الورقة البحثية على مسألة الإعاقة، حيث يلاحظ أن معظم الدراسات حول هذه الظاهرة هي من إنتاج أطباء، أو أطباء أمراض نفسية وعلماء نفس ومربين، بالمقابل يوجد نقص كبير في الدراسات الاجتماعية لهذه الظاهرة على الرغم من شيوعها في كامل دول العالم بدون استثناء، حيث لمسنا من خلال مختلف القراءات حول موضوع الإعاقة هو اهتمام الدول الغربية به ليس كظاهرة مرضية، بل النظر إليه باعتباره حالة اجتماعية تحتاج إلى بحث فيما يمكن أن تخلفه من آثار على الصعدين الإنساني والاجتماعي، أما على مستوى المجتمعات المتخلفة فقد رصد المختصون والمراقبون الغياب الشبه تام لمثل هذه الدراسات، وهو ما يطرح جملة من الأسئلة الملحة، هل مثل هذه الظاهرة التي تدرج عادة في ميدان الصحة هي قابلة للتحليل السوسولوجي أم لا؟ وهل علم الاجتماع مؤهل لدراستها وتشرحها؟ الكلمات المفتاحية: (الإعاقة، المعاق، النظرة المجتمعية، التكفل الاجتماعي بالمعاق، بيئة المعاق)

Summary:

We shed light through this research paper on the issue of disability, as it is noticed that most studies on this phenomenon are produced by doctors, psychiatrists, psychologists and educators. On the other hand, there is a great lack of social studies of this phenomenon despite its prevalence in all countries of the world without An exception, as we have seen through various readings about the position of disability is the concern of Western countries in it not as a pathological phenomenon, but rather as a social condition that needs to be examined in terms of the effects it can have on the human and social levels. The complete resemblance to such studies, which raises a number of urgent questions, is such a phenomenon that is usually included in the field of health is subject to sociological analysis or not? Is sociology qualified to study and anatomy? Key words: (disability, the handicapped, the societal view, the social support for the handicapped, the disabled environment).



مقدمة:

إن تحليل علم الاجتماع لظاهرة بحجم الإعاقة بكل ما تفرزه من آثار على المعاق والمجتمع المحيط به، دون الأخذ بعين الاعتبار التداخل بينه وبين مختلف النظم التي تحكم بناء المجتمع، وعليه أدرك علماء الاجتماع بأن ظاهرة كإعاقة لا بد أن يكون لها نصيب في الدراسات السيسولوجيا، وبالفعل توصل علماء الاجتماع إلى أن الإعاقة كانت محل اهتمام كبار العلماء من أمثال أوجست كونت عند اهتمامه بالأسس الاجتماعية لظهور المرض العقلي، حيث تناول تأثير العوامل الاجتماعية في ظهور الأمراض العقلية، ما يذكر له انتقاده الشديد للأطباء وتأكيده على أهمية علم الاجتماع في دراسة القضايا المتعلقة بالوجود الاجتماعي والصحي للأفراد والجماعات، حيث ندد بالأطباء الذين لا يدرسون في الإنسان سوى الحيوان والذين يمكن اعتبارهم بياطرة لا أطباء بناء على الوصف الذي وضعه كونت، فالإنسان حسب كونت "كائن عضوي وكائن اجتماعي في آن واحد"، وأن الطبيب الذي لا يرى الجسم ما هو إلا بيظري، لكن الذي يريد رؤية الجسم والعقل في آن واحد ما عليه إلا الرجوع إلى علم الاجتماع (بلعدي، 2005، ص.193).

كذلك بالنسبة لواكسويلار (E. WAXWEILLER) فإن علم الاجتماع مرتبط بعلم الأخلاق والتصرفات، وهي علوم تبحث في طريقة تكيف الكائنات الفردية مع محيطها، وبالتالي فإن مشكلة التكيف ومنها التكيف السوي والمرضي متواجدة في لب علم الاجتماع، ونذكر أيضا أعمال دوركايم ولا سيما استعماله لمفهوم اللامعيارية ودراسته لظاهرة الانتحار. نذكر أيضا أعمال فريدريك أنجلز التي تناولت الدور المرضي الظروف الاقتصادية والاجتماعية، وتناقضات النظام الرأسمالي في نشأة الأمراض وتدهور الصحة البدنية والعقلية للعمال (العيصوي، 1983، ص.54).

هذه الدراسات جعلت العلماء يتساءلون عن سبب نقص الدراسات الاجتماعية لقضايا الصحة والمرض بالرغم من أن الرواد الأوائل وضعوا ووضحوا أسسها، ذهب الاعتقاد الكبير إلى كون قضايا الصحة بقيت محتكرة ولفترات طويلة من طرف الطب وعليه لم يعالج علم الاجتماع قضايا الصحة إلا متأخرا، ففي أمريكا مثلا تأتي أعمال بارسونز التي تعود إلى سنة 1951، والتي تناولت الفوارق الموجودة بين الأفراد والمعايير الاجتماعية التي تحدد المريض عقليا، والتي عرفت باسم نظرية الانحراف، مثل هذه الدراسة أثرت على تطور علم الاجتماع الطبي، حيث ساعدت سنة 1955 في إنشاء قسم لهذا التخصص داخل الجمعية الأمريكية لعلم الاجتماع (عبد الرحمان عبد الله، 1997، ص.195) ليصبح فيما بعد من أكثر الميادين المزدهرة بالتحريات الاجتماعية.

كذلك في فرنسا فإن الأعمال الأولى في هذا تعود إلى الستينات على يد ميشال فوكو، وباستيد، والتي أثرت على تزايد علماء الاجتماع ومراكز البحوث المهتمة بقضايا الصحة والمرض، وقد تم في سنة 1970 إدخال دروس علم الاجتماع الطبي في معاهد الدراسات الطبية، بدوره ستودلار يرجع هذا الاهتمام المستجد لعلم الاجتماع بقضايا الصحة إلى خاصيتين أساسيتين للطب المعاصر، من جهة تطوره التقني والتنظيمي، ومن جهة أخرى إلى دور العوامل الاجتماعية والمحيط في ظهور وتطور الأمراض، وإلى البعد النفسي والاجتماعي الذي يفرضه العلاج



أما في المتبقي من دول العالم خاصة العالم الثالث ومنها الجزائر فإن الملاحظ، كما قلنا سابقا بأن هناك غياب شبه تام لعلم الاجتماع الذي يهتم بالمسائل الصحية بشكل عام والإعاقة بمختلف أشكالها وتأثيراتها الاجتماعية بشكل خاص، فعلى الرغم من أهمية هذه المواضيع في مجتمعنا، كدراسة مسائل الإعاقة وكيفية التكفل بالأشخاص المعاقين، إضافة إلى إشكالية تنظيم المؤسسات الصحية، نظرة وثقافة المجتمع اتجاه هذه الفئة، على ضوء كل هذا جاءت هذه الدراسة لتحاول إلقاء الضوء على مسألة الإعاقة من عدة نواحي، المرضية بإبراز مختلف جوانب الإعاقة وأشكالها، ومن الناحية النفسية ومن ناحية ما الاجتماعية وما تمثله نظرة المجتمع بالنسبة للإنسان المعاق. فمن الناحية الأولى يجمع الكل علماء وباحثين، وحتى عامة الناس على أن الإعاقة عبارة عن ضرر وعجز يصيب المرء ويجعله غير قادر على أداء وظائفه الحياتية بشكل عادي (السيد فهمي، 1983، ص.130) ولا يكاد مجتمع من المجتمعات الانسانية يخلو من وجود أفراد معاقين، من ناحية أخرى تختلف نظرة مجتمعهم إليهم حسب طبيعته وأسلوب تعامله معهم بالمقارنة مع فئات المجتمع الأخرى، فلكل مجتمع خصوصياته التاريخية والحضارية، وأيضا منظومته الاجتماعية والقيمية والمعيارية التي تحكم تصرفاته وسلوكيات أفرادها وتفاعليهم مع بعضهم البعض. ومن المسلم به أن المجتمعات الانسانية لا تخلو من المشاكل والصعوبات التي تواجه أفرادها، إلا أن حجم ونوعية هذه المشاكل تختلف من فئة إلى أخرى ومن أهم الفئات التي تعاني مشاكل معقدة وحساسة في مختلف المجتمعات فئة المعاقين.

1. تعريف الإعاقة:

1.1 لغة واصطلاحاً: الأصل اللغوي لهذه الكلمة مأخوذ من كلمة "عاق" كأن نقول مثلاً عاقه عن العمل بمعنى صرفه وحبسه، أما الأصل اللغوي الثاني والذي نجده في المنجد في اللغة والاعلام فهو مأخوذ من فعل عوق يعوق بمعنى ثبط وصرف، في المنجد الأبجدي نجد لهذا المصطلح معنى يدل على التأخير، أما في المنهل أو لاروس فكلمة معاق تعني HANDICAP ليس هذا وحسب ففي نفس القاموس نجد المعنى الاصطلاحي للكلمة وهي الإعاقة جاءت في سياق القول في نفس المعجم لتعرفه على أنه "ضرر يضع المرء في حالة دونية، ومصطلح 'إعاقة' 'Handicap' مستخدمة بكثرة لكن حقيقة المفهوم الذي ينطبق عليه غالباً ما يكون غامض، وقد دخلت هذه الكلمة في اللغة الدارجة منذ سبعينيات القرن العشرين، فكلمة "إعاقة" مشتقة Handicap من كلمة "اليد في القبعة" باللغة الانجليزية وهذه اللعبة تنطبق عملياً على تبادل الأشياء أي الوسائل بين الأفراد للحصول على لعبة متساوية وإنها تتوافق مع الرغبة في تصحيح حالات عدم المساواة بكل حيلة نافعة(، بدورها الكلمة تعني "سباق العدل" أي سباق يتساهل فيه القوي مع الضعيف، أو يفرض فيه على القوي عبء إضافي، بحيث تصبح فرص الكسب متكافئة، أما في المعنى المجازي أو الاستعاري فهو يعني العائق أو العقبة. انطلاقاً من هذه الترجمات، أردنا أن نذهب إلى أصل الكلمة قصد التعمق والتدقيق في المفهوم. (صديقي، 2003، ص197)



والنتيجة التي نستخلصها من هذه التعريفات اللغوية والاصطلاحية هي أن الإعاقة ليست قضية منعزلة بذاتها، بل هي أصلا مصطلح ينافس على أكثر من صعيد، فالإعاقة ليست قضية فردية إنما تقع في دائرة من العلاقات مع ما هو اجتماعي وما هو ثقافي وما هو ديني... إلخ" مثلا في مجال تحديد وتصنيف الأشخاص المعاقين تتشعب مدلولات تلك الاعاقات وتزداد غموضها من حيث أنها تحتوي مجموعات مختلفة وغير متجانسة من الافراد، ولذلك نجدنا مقتربا في استعمالها العام وفي بعض الدراسات المتخصصة بكلمة العجز أو عدم القدرة، أو النقصان أو المرض، فبعد أن كان مخصص للحديث عن المعاقين بدنيا، تمدد ليصل إلى ليصل إلى المعاقين عقليا واجتماعيا... إلخ وعلى ضوء هذا الإعاقة تصنف إلى: "إعاقة حسية، إعاقة حركية، إعاقة عقلية أو ما يسمى التخلف العقلي، وإعاقة ناتجة عن مختلف الأمراض المزمنة

2. مفهوم المعاق:

يعرف المعاق بأنه "كل فرد لا يستطيع أن يكفل لنفسه كليا أو جزئيا ضروريات الحياة الفردية أو الجماعية نتيجة نقص فطري في قواه سواء كانت الجسمية أو العقلية" كما يشار إليه بأنه "فرد لديه قصور في القدرة سواء الجسمية أو الحسية أو العقلية أو النفسية أو الاجتماعي، ناتج عن حدث خلقي منذ الولادة أو مكتسب، فيكون غير قادر على كفالة نفسه كليا أو جزئيا في أي من هذه القدرات ليسد حاجاته الأساسية، معتمدا على قدراته الفردية إلى جانب غياب القدرة على المزاولة والاستمرارية بالمعدل الطبيعي للفرد العادي، للحد الذي يتطلب المساعدة ويستوجب التأهيل لباقي قدراته المتاحة، وفقا لإعاقته ولبيئته لتوفير بعض الاستقرار لهذا الفرد اجتماعيا ونفسيا واقتصاديا (واكلي آيت مجبر، 2020، ص10)

وتعني كلمة معاق كل شخص عاجز كليا او جزئيا، عن ضمان حياة شخصية أو اجتماعية طبيعية، نتيجة نقص خلقي في قدراته الجسمية أو العقلية انطلاقا من كل هذه التعريفات للمعاق نستنتج منها بأن المعاق في أمس الحاجة للرعاية بمختلف أشكالها الجسمية والعقلية والاجتماعية وهذا السياق لأبد من استعارة مفهومات حول المعاق تساعده على الاندماج في الوسط الاجتماعي بإطلاق تسمية ذوي الاحتياجات الخاصة وليس المعاقين لتقريب هذه الشريحة من المجتمع،

النظرة المجتمعية لظاهرة الإعاقة ضمن السياقات التاريخية:

اختلفت نظرة المجتمعات إلى الأفراد المعاقين عبر العصور، وفقا لمجموعة من العوامل والمتغيرات والمعايير، فقد كان التخلص من الأطفال المعاقين هو الاتجاه السائد في أيام اليونان والرومان باعتبارهم أفراد غير صالحين لخدمة المجتمع أما في مجتمعات روما وإسبرطة، عانى المعاقين من الاضطهاد والازدراء والاهمال فكانوا يتركون للموت جوعا، حتى نظرة أفلاطون وأرسطو للمتخلفين عقليا كانت قاتمة إلا أنه لا يمكن تعميم هذه المعاملة على كافة المجتمعات الإنسانية، فقد كانت تعاليم بوذا في الهند والصين توصي بالمرضى والضعاف، وقد دعت الديانة الفارسية إلى الشيء نفسه، أما في مصر



الفرعونية فكانت تقر بحقهم في العيش، إلا أنها كانت تعزلهم عن المجتمع، أما الديانة المسيحية فقد نادت إلى رعاية المعاقين بكل فئاتهم، إلا أن هذا الاتجاه تبدل في العصور الوسطى فجلت المعاملة القاسية، أما الإسلام فقد أقر مبدأ الرعاية والاهتمام بفئة المعاقين حيث تعتبر الرعاية بالمعاقين واجبة دينيا وهو تطبيق لمبدأ التكافل الاجتماعي في الإسلام.

الاهتمام الحديث بالمعاقين بدأ في فرنسا في القرن التاسع عشر، ثم امتد إلى عدد من الدول الأوروبية والولايات المتحدة (سلوى عثمان الصديقي، 2003، ص333)، وكانت مظاهر هذا الاهتمام من خلال إنشاء الجمعيات والمنظمات والهيئات التي تعني بالمعاقين وتقدم المساعدة لهم في جوانب كثيرة من الحياة، إلا أن تقدم الحياة وتعقدتها أبرز واقعا غير مريح بالنسبة للمعاقين وأسرههم على الصعيد المجتمعي، وبهذا يشير جوفمان (عسكر، 2002، ص12) إلى أن الإعاقة وصمة اجتماعية وثقافية يحاول المعنيون إخفاؤها لكن مجرد وجودها يجعلهم في موقف ضعف في تفاعلهم مع الآخرين، وقد يؤدي إلى انسحاب جزئي أو كلي من كثير من العلاقات الاجتماعية ويضع المعاقين وأسرههم في موقف غير ملائم وغير طبيعي، ولعل فئة المعاقين في مجتمعنا الجزائري والغربي تعاني من بعض المشاكل والمعوقات.

وقد أشارت جملة من الدراسات والكتابات التي تطرقت إلى مشاكل المعاقين ككتاب "عبد الرحمان عبد الله محمد" إلى تنوع طبيعة الآثار الاجتماعية السلبية على المعاق، وصعوبة الفصل بين الآثار على المعاقين وأسرههم، فأسرة المعاق تتأثر بالعديد من مظاهر الحياة غير الطبيعية، وتؤثر الإعاقة على العلاقات الاجتماعية الأسرية ككل، وتترك الإعاقة كثيرا من المشاكل الاقتصادية، ففي الغالب تؤدي إلى البطالة وفقدان العمل أو قلة الإنتاجية، حيث تعكس طبيعة الفقر وزيادة تكاليف العلاج والتأهيل وعلاج المعاقين تعتبر تكلفتها اقتصادية عالية بالمقارنة مع الفئات الأخرى التي تعاني من أمراض في المجتمع.

وتوصلت بعض الدراسات إلى أن المشاكل التي تعاني منها فئة الإناث من المعاقين حركيا أكثر من مشكلات الذكور، كما أظهرت دراسة أخرى قام بها "هاني الربطي" أن علاقة الفرد مع المجتمع الذي يعيش فيه المعاق تكون ضعيفة ويعزى ذلك لاختلاف البيئة أو لاختلاف وشدة الإعاقة أو لاختلاف اتجاهات الأقوياء نحوهم في المجتمع، وذلك يؤدي إلى الشعور الزائد بالنقص وعدم الإحساس بالأمان وعدم الاتزان الانفعالي، وأوضحت الدراسة إلى أن مشكلات الفرد المعاق من ذوي الدخل المنخفض أكبر من ذوي الدخل المتوسط، فالمشاكل الاجتماعية تزداد لذوي الدخل المتدني لعدم توفر الامكانيات المادية.

وأشارت دراسات عديدة حول ظاهرة الإعاقة، بأن المعاق يتعرض لمجموعة من المشكلات المادية الناتجة عن إصابته بالمرض، كتنفقات العلاج وانقطاع الدخل إذا كان المعاق هو العائل الوحيد للأسرة وقد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج، فإعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته، ولكون الأسرة بناء اجتماعي قد تعترضه جملة من الاضطرابات طالما كانت هناك إعاقة لفرد من أفرادها، ففي حالة عدم قدرتها على مساعدته في أداء دوره الاجتماعي فإن ذلك سيؤثر سلبا على اندماجه داخلها، مما يستدعي أن تكون لأفراد الأسرة مستوى تعليم وثقافة والتزام ديني يوصل إلى عدم



إحساس الفرد المعاق بأي نقصان، إضافة إلى أنها تخلق مشكلات على مستوى الصداقة والعمل والتنظيم. (بدر الدين، وحلاوة، 1999، ص 106)

1.2 مراحل تكون الإعاقة

يعتمد شرح مراحل تكون الإعاقة على مخطط وود الذي صمم سنة 1980 WOOD (مختار، 1999، ص 83) والذي صادقت عليه منظمة الصحة العالمية ينقسم إلى مرحلة الإصابة والتي تعني تلف أحد أعضاء الجسم سواء كان سبب هذا التلف مكتسبا أو خلقيا، وعلاج هذه الإصابة يمكن إلى يصل بالمريض إلى الشفاء، مع بقاء بعض الآثار مما يؤدي أحيانا إلى قصور في عمل أحد أعضاء مثلا كسر الساق يمكن أن يشفى تماما، لكن الكسر قد يلتئم بشكل سيء ويكون لذلك تأثير شديد في القدرة على الوقوف أو المشي، أما المرحلة الثانية فتسمى مرحلة القصور الذي يعني فقدان المادي أو الفساد البيئي لأجهزة الجسم، كما يمس الوظيفة النفسية والفيزيولوجية للإنسان، وفي حالة ظهور المرض في الجسم البشري تظهر الإعاقة على مستوى عضو أو عدة أعضاء أو على مستوى الوظائف الجسمية برمتها، لكن مثل هذه الحالات نادرة، القصور ينقسم إلى تسعة أصناف "عقلي، نفسي، قصور اللغة، الكلام، القصور السمعي، قصور الجهاز البصري أو الأعضاء الأخرى، قصور الهيكل العظمي وجهاز الدعم، قصور تحميلي، قصور الوظائف الحسية، وعندما لا يتم تعويض القصور بالوسائل التقنية يصبح القصور خارج السيطرة مما يؤدي إلى نوع من العجز وهو المرحلة الثالثة حيث يطبق مفهوم العجز على أي نقص جزئي أو كلي، يؤثر في إمكانية إنجاز نشاط ما في الحدود الطبيعية، والعجز لا يشمل عضوا أو آلية فيسيولوجية أو نفسية، لكنها تشمل الأنشطة المتعلقة بالحياة اليومية بدرجة كبيرة وتبعاً للإصابة يمكن أن يكون العجز مؤقتا أو دائما، ثابتا أو متطورا، وهناك تسعة أنواع من العجز هي "العجز سلوكي، العجز عن الاتصال، العجز عن القيام بالنظافة الشخصية، العجز عن التحرك، العجز عن القيام بالأعباء المنزلية، العجز عن أداء الأنشطة اليومية ببراعة، عجز الكفاءة في الحياة اليومية العجز الذي يتكشف في بعض المواقف الخاصة، عجز يؤدي إلى تقييد الأنشطة المختلفة"، وغالبا ما يدرك الشخص التغير الناجم عن عجزه في طريق تعديل أنشطته اليومية، وبالطبع يمكن أن يؤدي قصور ما إلى عجز عن التصرف لكنه يمكن أن يؤدي أيضا إلى تقييد القدرة على التعلم والتدريب الخاص عند الفرد، ومن هنا فإن حدوث صمم تام لدى شخص بالغ فجأة لابد من أن يحدث تغيير لرنة صوته مع أنه لا يصبح أبكم في حين أن حدوث ذلك للوليد يعرض ملكة اللغة المنطوقة عنده وكذلك نموها للخطر، آخر مرحلة من مراحل تشكل الإعاقة تكون بسبب الضرر أو خلق الإعاقة الذي ينتج من قصور يؤدي إلى عجز يحد أو يمنع إنجاز دور طبيعي بالنسبة لشخص معين ويتنوع هذا الدور أو الأدوار تبعاً للبيئة المادية والثقافية والشخصية، وقد تم تحديد سبع أنواع لهذه الإعاقة "الإعاقة في التوجه، إعاقة في الاستقلالية البدنية، الإعاقة في سهولة الحركة، الإعاقة المهنية، الإعاقة في الاندماج الاجتماعي، وفي الاندماج الاقتصادي" وهناك إعاقات أخرى، تظهر حالة الإعاقة عندما يوجد تناقض بين وضع الشخص وامكانياته وبين تطلعاته الخاصة، أو تطلعات المجموعة التي يعيش بينها، ويعتمد ذلك بشكل كبير على البيئة، لأنها هي التي تحدد التعبير عن الإعاقة الاجتماعية وظهور المواقف منها، ومن ثم فإن العديد من الأشخاص ممن يطلق



عليهم وصف معاقين، ليسوا كذلك بالنسبة لبعض المهام التي يؤديونها وهذا بمساعدة البيئة التي ينتمون إليها، ومن ثمة لا يصبح العجز إعاقة إلا عندما يلتبس الشخص الوظيفة المصابة وفي حالة ما يكون إنجاز عدد معين من الأنشطة مستحيلا، لكن الأمر لا ينطبق بالضرورة على كل الأنشطة، إن الشخص الذي يستخدم المقعد المتحرك تكون إعاقته كبيرة عندما يتعين عليه صعود أو نزول سلم ما، لكن الإعاقة تقل عندما يجلب أمامه جهاز حاسوبه أو عندما يلعب الورق، وبالتالي فإن السيطرة على البيئة من العناصر الأساسية للسيطرة على إعاقة معينة، غير أن وضع الإعاقة لا يتوقف حصريا على البيئة، وإنما يتوقف أيضا على الطريقة التي يدرك بها الشخص الذي يعاني عجزا معيناً يحد من قدراته النفسية والجسدية، ويرتبط هذا الإدراك الفردي بالتجربة الانفعالية المعاشة لدى الشخص أو أسرته، إزاء الأحداث الحياتية، أما بالنسبة لحالات القصور المتماثلة، فيكون وضع الإعاقة شديد التغير من شخص لآخر حسب مشروعه الحياتي وبيئته وبلده وثقافتها... إلخ" (مختار، 1997، ص 17)

2.2. كيفية الوقاية من الإعاقة

تعتمد الوقاية من الإعاقة على المعرفة والتشخيص والعلاج والوقاية واولى هذه الكيفيات تنطلق من الحد من الإصابات ومن عواقبها، حيث يمكن أن تكون الاصابة وراثية أو مكتسبة متوقعة أو مفاجئة. كما يمكن أن تحدث قبل الولادة "توقف نمو أعضاء الجنين"، "التقلص الصبغي" أو بعد الولادة "العجز الحركي" أو متأخرة مرض الزهايمر أو الإصابة في الجمجمة التي تحدث في إطار الشيخوخة.

الإصابات الوراثية:

للحد من الإصابات الوراثية يجب معرفة كل التفاصيل الجينوم لفهم الآليات التي تتحكم في أعراض الإصابات الوراثية، عندئذ فقط يمكن التطلع لإحلال جين سليم محل الجين المصاب، وفي كثير من الاحيان ينتج التطور الذي تشهده اختبارات التشخيص عن اكتشاف العديد من الاصابات الوراثية في وقت مبكر، مما يسهل الاكتشاف المبكر للإصابة، فالمعلومات الجينومية تساعد الاطباء في تكوين شبكات العلاج والعناية وتحديد مواصفات الطرق العلاجية والتركيز في استخدام الوسائل والامكانيات المتاحة، وفي حالة حدوث أي تأخير في التشخيص يمكن أن يكون مصدرا لتفاقم عواقب الإصابة. ولقد أثبت فريق أمريكي بأنه إذا تم اكتشاف إصابات لحدوثي الولادة بالصمم قبل الشهر السادس والعناية بهم على الفور، فإنهم يطورون إمكانيات لغوية أفضل مع احتمال اجتماعي أحسن، ورغم التطور التي تشهده تقنيات التحقق من صحة الجنين فإن الإمكانيات العلاجية لا تزال محدودة جدا بالنسبة لإصابات ما قبل الولادة، إن الحد من الإعاقة في مرحلة ما قبل الولادة يتلخص حاليا ولسنوات قادمة في اختيار أخلاقي: الإنهاء الطبي للحمل... نعم أو لا، وسوف تظل شبه الرغبة في تحسين النسل تؤثر دائما على تشخيص ما قبل الولادة، بالإضافة إلى ذلك فإن الأخطاء ممكنة على الدوام لأن الخطأ أن يكون المولود معاق ليس سوى خطر احتمالي، إن عمليات التشخيص في ما قبل الولادة تحدد وجود تشوه ما في الصبغيات، لكن هذا التشوه لا يسمح بأي حال تحديد الأثر الذي تتركه الإصابة، من ناحية أخرى فحين يبرز



الكشف قبل الولادة عن وجود تشوه ما، فإن فكرة أن الأمر يتعلق بمعاناة قادمة لا داعي لها، ذلك لأنه لم يتضح بعد إن كان من المتعذر علاجه، إن الإغراء كثير حسب تأكيد D.TGEVENIW و DUSSARD بأن يطالب المرء بأبناء يتوافقون بشكل متزايد مع معاييرها الخاصة، (كامل عبده، 2002، ص 24) وقد يخشى من الانزلاق لرغبة جماعية لتحسين النسل تحت غطاء سياسة اجتماعية جديدة للحد من الإعاقة، وبشكل متوازي فإن تقدم البحث في مجال رسم خريطة الجينوم البشري سينجم عنه حتما توقعات جديدة في مجال التشخيص قبل الولادة، تفتح لاحقا الطريق لطب وقائي، طب يكون بمقدوره في ذلك السياق الذي يركز على التخلص من الأجنة الشاذة يطرح مشكلات أخلاقية كبيرة سوف يتعين علي المجتمع طرحها للنقاش في السنين القادمة، إن العلاج الجيني هو الطريق المثالي لعلاج إصابات ما بعد الولادة، واليوم تجري في فرنسا عدة تجارب علاجية من هذا النوع لأمراض الليفة الكيسية ونقص المناعة لدى الطفل، وبعض أنواع السرطان... الخ، وتبعث الأبحاث الحالية الأمل في الحد من الإصابات بشكل فعال لكن يتعين توخي الحذر لأن العلاج قد يكون للأعراض وليس للمرض نفسه أو يكون علاجاً استعاضياً وتعتمد الوقاية من الأمراض الوراثية أساساً على تطور الاستشارة الحديثة، مما يسمح بتفادي حدوث خلل جيني يؤدي إلى الإصابة (السيد عيد، 1999، ص 99) ويكون مثلاً للأصحاب حاملي الهيموفيليا أن يتعرفوا على مدى المجازفة بأن يرزقوا بطفل حامل لتشوه ما.

2. الإصابات المكتسبة:

المعرفة المعتمدة على الدراسة الوقائية لحالات الاعاقة تظل تمثل على المستوى القومي قطاعاً فقيراً وضعيفاً، ونقص هذا بالمعرفة تلك التي تتعلق بعدد حالات الاعاقة المكتسبة وظروف حدوثها، مع العلم بأن الدراسة الاجتماعية لهذا النوع أو ذلك من الإعاقة المكتسبة تعد عنصراً أساسياً يسمح بتطوير سياسة فعالة في محل الوقاية والعلاج ومرافقة المريض، وقد كشفت دراسة إصابات النخاع الشوكي في الجروح الناجمة عن حوادث السيارات وجود حزام الأمان ذي نقاط التعليق الثلاث، كما أتاح تعيين أسباب إصابات الأوعية الدموية للمخ تحديد ماهية عدد معين من عوامل الخطر كان يتعين التعامل معها، إن الوقاية أمر شخصي يتعلق بقواعد الصحة المتبعة في الحياة، أو بالسلوك ممارسة رياضة خطيرة أو القيادة المسرعة الم جماعي، فإن الوقاية تتعلق بحوادث العمل والاطار الصحية العدوى المكتسبة نتيجة التواجد في المستشفيات، الحوادث المنزلية بالنسبة لطفل أو استراتيجيات التطعيم، وتمثل الوقاية من الاعاقات المكتسبة نوعين من المسؤولية، مسؤولية مشتركة للمواطن ازاء موقفه ومواقف الآخرين، مسؤولية جماعية للمجتمع وللسياسات فيما يتعلق بالاختبارات و الإصابة علاجها هو مسؤولية القطاع الصحي أي أنها تتعلق بالرعاية الطبية (العلاج الدوائي والعلاج الجراحي) أو إعادة التأهيل، وتوضح البرامج الأوروبية ومنها (يورو 10) أهمية توفر سياسة متوقعة، خاصة تطوير أدوية لعلاج الأمراض النادرة إذن، يستند الحد من الاعاقة على تطوير كل من البحث الأساسي والعلاجي (الكلينيكي) والهدف العلاجي هو الحد من عدد الاشخاص الذين يعانون من الاصابات فضلاً عن الحد من خطورة هذه الإصابات، تولي علاج ورعاية المصابين بإصابات في الجمجمة، فمسألة الحد من أوجه القصور تتم بتعويض الإصابات عن طريق التدريب المكثف واستبدال البيئة المصابة بفضل الكفاءة المتزايدة لعناصر الجهاز غير المصاب الذي يدخل في نوع الوظيفة نفسها،



وبالتالي لو أن عضلتين من عضلات الثلاث الضرورية لثني المرفق قد فقدتا إثر إصابة عصب، فإن بإمكان تدريب العضلة الثالثة بشكل مكثف من أجل استعادة القوة الطبيعية (شاهين، 1988، ص 321).

3.كيفية تعويض الإصابة من الإعاقة

1.3.إعادة تدريب وإعادة توجيه البنية المعاقة:

يمكن تحويل البنية من وظيفتها الأولى إلى مهام جديدة، ففي حالة الإصابات العصبية المركزية مثلا، تستطيع مناطق القشرة المخية تدريجيا أن توجه منطقة لا تؤول إليها طبيعيا، وقد أثبتت عدة طرق بحث أمريكية أنه يحدث بعد إصابة الأوعية الدموية للمخ، أن ثابت المناطق التي لم يدمر عن المناطق المصابة حتى لو كانت غير واقعة في النصف الآخر للمخ، بمعنى آخر فإن مخنا عضو لا يتوقف عن التحرك تبعا لدواعي التنبيه والإثارة وتسمح المعرفة الأفضل بالمخ وإمكانية إعادة التدريب يتصور اشكال التعويض والحد من بعض أنواع القصور، وعندما تفقد إحدى الحواس وظيفتها بشكل كامل تتولى حاسة أخرى المهمة، إنه الانتقال الحسي "أنني ما لا أستطيع قراءته يعني على شاشة أستطيع قراءته بأصابعي أو سماعه"، وإن كنت منعقد اللسان أستطيع مع ذلك أن أتعلم الكلام، وأستطيع مشاهدة النتائج الصوتية لصوتي مقارنة بما يتعين أن تكون عليه

2.3.تعويض الإصابة عن طريق الاستعاضة:

يحدث هذا التعويض باستخدام استراتيجيات جديدة، والتصرف بشكل مختلف، سواء بمساعدات بشرية أو آلية أو بدون مساعدة، ويمكن أن تكون الاستعاضة الداخلية فسيولوجية أو بواسطة أجهزة تعويضية، كأجهزة النقل الجراحي لوقت معين لتلافي القصور عن أداء فعل معين، مثل تنشيط يد مريض بالشلل الرباعي لكي يستعيد وظيفة القبض على الأشياء من ثم القدرة على الإمساك بها، وإحلال أجهزة تعويضية مفصلة (لتقويم اعوجاج الاعضاء) أو حسية محل جزء مصاب هو نوع من التعويض، ويستعين التنبيه العصبي بأجهزة حاسوب تنبيه إلى إحدى النظم العصبية ويعتمد هذا الأسلوب على أجهزة تعويضية (عمليات زرع شبكية العين) أو على نموذج أصلي "التحرك بمساعدة الحاسوب أو زرع منبه في الجذور العجزية لعلاج سلس البول"، وفي حالة التنبيه الحركي يتعين التنبيه المباشر لمجموعات عضلية معينة بهدف تنبيه وظائف محددة في برنامج: انهض وامشي أيها المشلول، يتم وضع منبه تحت الجلد لإصدار الأوامر إلى عشر عضلات، ويتولى برنامج معلوماتي توجيهه بحيث يقوم الشخص نفسه بإرسال الأوامر إليه، ويستخدم أول نظام اصطناعي لإبصار كاميرا مصغرة تبت صورا يقوم حاسوب بمعالجتها تشبه أقطابا كهربائية مخفية موضوعة على سطح القشرة الدماغية على مناطق الإبصار. وتعمل هذه الأقطاب على استشارة خلايا القشرة الدماغية، وهنا يتعلق أمر الإبصار الجيني يسمح فقط بتحديد الأشكال الكلية وتستخدم الإنابة الخارجية أجهزة مقومة ومصفحة "مثل الجهاز الذي يساعد على عمل طرف أو عضو مصاب إصابة بليغة" أو أجهزة تعويضية، وتسمح الأجهزة المقومة والمصفحة بتلافي النقص لبنية ما بتوفير الدعم أو التثبيت أو روافع القدم أو أجهزة للسير"، وتستخدم الأجهزة التعويضية لحل محل عنصر "جهاز تعويضي



لعملية بتر، أو قلب اصطناعي، قريبا سوف تسمح المعلوماتية بتوجيه هذه الأجهزة المساعدة عن بعد بشكل أفضل، وللحد من العجز لابد من توفير مساعدات تؤمن برنامجا للحياة المهنية والاجتماعية والأسرية في آن واحد، وذلك مع المحافظة على نوعية هاته الحياة، ويمكن أن تكون هاته المساعدات بشرية أو تقنية، ما يميزها أنها تكاملية وتتعلق بشكل شخصي، كما أنها تنمو وتتطور تبعا للزمن والمواقف (ليبب، 1986، ص312).

3.3. تقييم الاحتياجات والمساعدات:

تكون الاحتياجات والمساعدات نوعية حسب كل شخص، ووفقا لمشروعه الخاص، كأن يريد شخص ما شحج البصر الاستمرار في العمل في مجال المعلوماتية أو تبعا لظروف بيئية "صعوبة التحرك في المسكن لمسن يعاني قصورا حركيا"، ويجب أن يشارك كل المتخصصين العاملين في مجال إعادة التأهيل في تقييم هاته الاحتياجات أطباء العلاج الطبيعي وإعادة التأهيل، والمتخصصون في العلاج بالتشغيل والأطباء النفسيون العصبيون المتخصصون في التدليك الطبي... الخ، ويتعين إقامة شبكات تقييم وقواعد قابلة للتكرار بين مختلف العاملين، يسمح بضمان متابعة واستمرارية التقييم والوفاء بالمسؤولية خاصة بين قطاع المستشفيات والقطاع الطبي الاجتماعي وتنبع من هنا أهمية وجود مركز بكل قسم يكون بمثابة نافذة وحيدة تتيح الوصول إلى التقييم والمعلومة الجيدة، كما أن الوصول إلى المساعدات البشرية نعتد على الأسر والمتطوعين المتخصصين مهنيا "المساعدون ومساعدو التمريض... الخ"، لكن الرهان الاقتصادي يكمن في إطار إمكانيات بيئية وكفاءتها ومن العناصر الرئيسية لتحسين درجة استقلالية المعاقين منح المحيطين بالمعاق المسؤولية الأكبر وذلك يفترض بالتالي قيام أشخاص غير متخصصين ببعض المساعدات الطبية مثل القيام بشفط فتوحات القصبة الهوائية مما يقتضي أجهزة لتدريبهم على الممارسة الطبية السليمة ويشمل هذا التدريب أيضا تطوير مراكز المعلومات مثل تطوير بنوك المعلومات بحيث يسهل الوصول إليها، بدوره الوصول إلى المساعدات التقنية ومعرفة المساعدات الموجودة يحقق تطوير للمنتج بمبادرات فردية وبالإضافة إلى ذلك فإن غياب العلاقة بين عالم الصناعة وعالم الإعاقة يجعل من الصعب تحليل الاحتياجات التي تتيح تصنيع المنتجات النوعية المطلوبة واستخدامها على نطاق واسع، وأفضل مثال على ذلك أجهزة مؤالفة الصوت وأجهزة الرؤية العينية التي تم تطويرها في القطاع العسكري لكن تطوير تكنولوجيات جديدة في مجال المعلوماتية خاصة الانترنت سيسمح قريبا بطرح قواعد بيانات حقيقية تتيح الاتصالات وعمليات التبادل وإمكانية عملية الشراء الجماعية، والشراء لا يتم الحصول عليه إلا بالتمويل حيث جرت مؤخرا نقاشات مع الجمعيات عن نوعية الصعوبات التي تحول دون الحصول على المساعدات التقنية التي غالبا ما تكون مكلفة، ولا يتم تسديد تكاليف عدد منها إلا بجزء بسيط من قيمتها، وحتى يكون الانفاق أقل ويتم توجيهه بشكل أفضل يجب طرح بعض التساؤلات:



-هل استخدام الوصف العلاجي الدقيق للمساعدات التقنية بشكل جيد وتحليل الاحتياجات وإقامة هيئات للتعاون والتضامن، وتطوير إمكانيات التأجير، يساعد على تفادي الوصفات العلاجية والتعليمات عديمة الجدوى؟ كما يسمح بالتحكم بشكل أفضل في استخدام المساعدات لتسهيل وصولها إلى أكبر عدد ممكن؟

-هل تكلفة المساعدات التقنية والطابع النوعي للمعاقين يجعل من الصعب تصنيعها على نطاق كبير؟ وهل تكون هذه المساعدات مكلفة في حين أن نفعها يتجاوز في كثير من الأحيان إطار الإعاقة؟

فقد يستفيد من تلك المساعدات كل من يعاني عجزا مؤقتا أو دائما، ويفتح ذلك سوق العجز "وليس سوق الإعاقة" الذي يثير اهتمام الصناعيين، والأمثلة على ذلك هي أجهزة التوجيه التي تعمل بالأشعة تحت الحمراء وتطوير الألعاب الالكترونية الخاصة بإعادة التأهيل العصبي النفسي والتي يحتمل أن تحظى باستعمال كبير (عبد القادر، 2001، ص213)

4.3. مجال المساعدات التقنية:

إن المساعدات التقنية البسيطة تكون في الغالب نوعا من التكييف البديهي لأدوات الحياة اليومية بتركيب مقبض كبير في شوكة الطعام، وعمل أقذاح ذات-مقابض- وفي المساعدات التقنية المتطورة تستخدم التكنولوجيا الإلكترونية والمعلوماتية المقاعد الكهربائية المتحركة، والروبوتية والتحكم في البيئة، في الآليات المنزلية والمعلوماتية أو المؤلفات الصوتية للاتصال عن بعد، وما زالت منتجات الروبوتية مثل الأذرع المتحركة ومحطات العمل نادرة، وهي في الغالب نماذج أو سلع في بداية التسويق، وتتعلق الآليات المنزلية بالنظم الموجهة للبيئة المنزلية، كذلك بالحلول المتقدمة للمتخصصين الذين يتابعون عن بعد الأشخاص في المنزل "المساعدة عن بعد" يمكن للمعلوماتية أن تتدخل أيضا على مستوى الاستعاضة بواسطة المحاكات العصبية، الأجهزة التعويضية، ذلك النهج الذي يؤدي ثماره الآن "أطراف اصطناعية، عمليات زرع"، أو في مرحلة التجريب "التحرك بمساعدة الحاسوب والشبكية الاصطناعية، أو في محل تجريب في إطار المشروع الأوروبي IVIP قاعدة النظام الميكروني للإبصار التعويضي"، يستخدم في إبدال الحواس بحواس أخرى لإمكان تحليل معلومة ما مثال: سمع، إبصار، قراءة، لمس، عندما تكون حاسة ما موجودة بشكل جزئي، تهدف الاستعاضة الوظيفية إلى تقديم المعلومة بشكل ملائم، مع الأخذ في الاعتبار أن القدرة على معالجتها أصبحت ضعيفة، أمثلة الزوم الالكتروني والتكبير من بعد، والتوجيه الصوتي... إلخ ولقد قلب تشغيل الحاسوب بالنظر "دلتا فيجن DELTA-VISION" (kirk,1983,p180) حياة ذوي الإعاقات الجسمية رأسا على عقب، فقد مكثهم من "الكتابة" بواسطة عيونهم، تحقق ذلك باستخدام دفعة الموجات البطيئة التي يصدرها المخ بعد تكبيرها ومن مؤثرات المساعدات التقنية على العلاقات الاجتماعية يؤدي تطور المساعدات التقنية إلى حدوث تعديل في العلاقات الاجتماعية، كما أن تحسن استقلالية المعاقين، بفضل الحد من أنواع العجز يتيح لهم في الواقع الاندماج في المجتمع بما يعيد وضعهم من جديد في صميم



مشاريعهم، ويؤدي ذلك في الغالب إلى تصحيح العلاقات القائمة بين المتخصصين أو البيئة أو الأسرة، ويطرح من جديد مشروعهم الخاص بحياة الشخص المعاق.

4. البيئة الاجتماعية ونظرة المجتمع للمعاقين

يعد تطور السلوك الاجتماعي تجاه المعاق عنصرا رئيسيا في الحد من الإعاقة، وقيمنا تركز على الأصحاء والمنتجين والوسماء، وتقود هذه القيم إلى منطق معياري لا يعترف بما تقدمه اختلافات المعاق الموضوعية، ومن ثم فإن هذه القيم تساعد على تهميشه، إن تغيير نظرة المجتمع تتطلب إرادة جماعية سياسية ومؤسسية، صحية، طبية، اجتماعية، هذا بالإضافة إلى السلوك الشخصي لكل فرد، وتوجد مجالات عمل مختلفة: التوجيه، التبعية البدنية، مساعدات صوتية لشحجي البصر وسهولة الحركة " سياقة لتسهيل الوصول إلى الأماكن "، والاهتمامات " الوصول إلى الأنشطة الثقافية أو الرياضية "، الاندماج الاجتماعي، الاندماج المدرسي، والاندماج المهني، وإعادة محطات العمل، وتشير هذه القائمة إلى ضرورة توفير اهتمام جماعي " لوائح قومية تنظم سهولة وصول المعاق إلى الأماكن على سبيل المثال، واهتمام فردي أيضا حيث يجب على المهندس المعماري أن يقدر ويتوقع مسألة سهولة الوصول تلك، إن النعاق مواطن مثل غيره، ويجدر أن يعترف له بالحق في أن يكون فاعلا في الحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية، وذلك أيا كانت نوعيته "ميثاق حقوق الانسان والميثاق الأوروبي" والاعتراف به هو تجاوز للتصورات التي تعتبر المعاق شخصا قليل الإنجاز، ولا شك أن المعرفة التامة بمختلف أنواع العجز هي البداية في طريق الحد من الأضرار الاجتماعية، فالاندماج بأي ثمن أمر محدود القيمة لأنه يمكن أن يصبح سببا لعزل المعاقين في بيئة شديدة النوعية ومهمشة، والشيء نفسه بالنسبة للتكيف الإجباري الذي يمكن أن تكون له نتائج سلبية للأشخاص الذين لا يمثلون عجزا معلوما ويتعرضون لنوع من الحماسة (david,1996,)

p166

التكفل الاجتماعي للمعاقين:

هو ذلك الجانب من عملية التأهيل الذي يرمي إلى مساعدة الشخص المعاق على التكيف مع متطلبات الأسرة والمجتمع، وتخفيف أية أعباء، اجتماعية أو اقتصادية قد تعوق عملية التأهيل الشاملة. وبالتالي تسهيل إدماجه أو إعادة إدماجه في المجتمع الذي يعيش فيه، ويعتبر التأهيل الاجتماعي جزءا حيويا في عملية التأهيل. كما يشير أيضا إلى خبرة وجهود المعاق الذاتية للتغلب على مختلف الحواجز والحدود البيئية.

أهداف التكفل الاجتماعي للمعاقين:



يهدف التكفل الاجتماعي إلى مساعدة الشخص المعاق على التكيف الاجتماعي، ليستطيع أن يندمج ويشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع، وذلك من خلال الوسائل والخدمات المتنوعة، ويمكن تلخيص أهداف التأهيل الاجتماعي للمعاقين فيما يلي:

- ❖ زيادة وعي المجتمع بوجود المعاقين واحتياجاتهم ومكاناتهم
- ❖ يمكن للمعاقين من العيش بطريقة طبيعية على قدر الإمكان.
- ❖ أن يشارك المعاقين ويندمجوا في الحياة الاجتماعية بشكل عادي.
- ❖ أن تتاح لهم وسائل العيش بكل حرية واستقلالية.
- ❖ أن يقدم العون لهم داخل مجموعاتهم الاجتماعية، عند تقديم الخدمات الصحية، بدلا من رعايتهم في مؤسسات منفصلة عن عائلاتهم
- ❖ إزالة التفرقة والتمييز الاجتماعي ضد هذه الشريحة، بالعمل على مواقف الناس إزاء الإعاقة
- ❖ إزالة الحواجز التي تمنع أو تنفر المعاقين من الاندماج والمشاركة في أنشطة المجتمع.
- ❖ العمل على التصدي لأسباب الإعاقة والظروف المؤدية غلها. (المسبحي، 2002، ص16)

5. التجربة المعيشية والإدراك الحسي الشخصي لمن يعاني عجزا ما:

يمكن أن تكون نظرة الآخرين للشخص الذي يعاني عجزا ما إيجابية جدا أو سلبية جدا، وذلك بالتهوين من شأن هذا العجز أو التأكيد عليه، فمثل هذا الشخص يبحث لدى الآخرين عن الاعتراف بقدرته على أن يتواجد ويعيش بجوارهم، ويمكن للكلمات والمواقف والنظرات أن تحد من إمكانيات المعاق أو حتى تهمشه، وتبين دراسات اجتماعية أنه بالنسبة للإعاقة "العجز الحركي" نفسها ينظر الشخص لإمكانياته الخاصة نظرة مغايرة ويتقبل نفسه بدرجات مختلفة، وأن القدرة الذاتية للشخص على قبول عجزه والتغلب عليه هو أمر في غاية الأهمية، والإعلان عن أن عجزا ما سيكون دائما يجب أن لا يتلخص في أنه نبأ سيء، إنما يجب أن يتبعه الإعلان عن مرافقة وملازمة على المدى الطويل، إن ذلك يمثل رهانا كبيرا للمتخصصين في المجال الصحي فيما يتعلق بالحد من الإعاقة، وفي الحقيقة فإن ظروف ظهور المشكلة وتطورها يحث كل شخص بصورة مباشرة على الوعي بالحقائق وقبولها بشكل خاص، سواء تعلق الأمر بإعاقة وراثية أو بإعاقة مكتسبة، ويجب أن تكون جهود الحد من الإعاقة غير إجبارية قدر المستطاع بالنسبة للمعاق وإلا سيدفعه ثقل التدريب إلى التخلي عن هذه الجهود بسبب تبعاتها البدنية والنفسية، كما يتعين أن تكون التصرفات والأعمال التي تهدف للحد من الإعاقة بسيطة وظيفيا، وأن تتفق مع الثقافات والسلوك الشخصي والجماعي، وأن تؤكد الاستقلالية البدنية والعقلية والاستقلالية في العلاقات. (زيتون، 2003، ص113)



6.1 الأساليب الاجتماعية للتكفل بالمعاق والحد من تطور الإعاقة:

المرافقة اليقظة واللطفية للمعاقين مسألة جوهرية، مع الأخذ في الاعتبار قابلية الموقف للتغير مع الزمن، على سبيل المثال يجب مراعاة مراحل التغير، فالانتقال من الطفولة إلى سن النضوج لابد أن يتبعه تغيير في مجموع الأشخاص الفاعلين الذين يحيطون بالمعاق، وهذا التطور يجب أن يمر بعملية تنسيق والاستمرارية في الاعتناء بالمعاق بحيث لا ينظر إلى المعاق البالغ وكأنه شخص يشيخ، وقد تم في فرنسا عمل ضخم في هذا الاتجاه بمساعدة عدد من الجمعيات كما يجب استباق التعديلات عن طريق المتابعة المنتظمة، وبالنسبة للأطفال لا يوجد سوى قلة من المستبعدين أو الأشخاص المهمشين، (لكن معظم البالغين يكونون في الأغلب في مواقف استبعاد اجتماعي، ويؤدي ظهور إعاقات مضاعفة والتي غالبا ما تكون جسيمة وذات عواقب صحية كبيرة إلى حدوث فقد حقيقي لاستقلالهم، إن الهدف هو أن يطرح عليهم بانتظام اقتراح أن يتولوا بأنفسهم تقييم وضعهم الطبي والاجتماعي والمهني، وتتضمن تكرارية عمليات التقييم ما يأتي:

. ضرورة وجود قواعد لعب مشتركة من البداية ويمكن بالطبع أن تتطور هذه القواعد.

. تعريف مجالات الممارسات الطبية الجيدة.

. قبول مجموع المتدخلين تقييم ممارستهم طبقا لمعايير نوعية الحياة، وهي المعايير الوحيدة التي تهتم حقيقة بتقييم الحد من الإعاقة، ويجب أن تكون عمليات التقييم قابلة للتكرار بالنسبة لشخص معين تبعا للمراحل المختلفة من حياته أو تبعا للمتدخلين على اختلافاتهم، إنه لأمر خادع تماما أن تكون هناك عمليات تقييم تضع في مستوى واحد، مجموعات أشخاص لهم ميول شخصية فريدة وطرق مختلفة تماما في التعايش مع عجزهم ومن خلال تتبعنا لمختلف مراحل الإعاقة، تعريفاتها والمفاهيم التي أحيطت بها علميا وفكريا، يظهر بوضوح أن مفهوم الإعاقة محاط بمفاهيم أخرى عديدة يصعب الفصل بينها وتحديدها تحديد دقيق، ناهيك عن التسميات والأنواع والفروع والمسببات التي قد تكون سبب في الإعاقة وفي الحد منها، إن هذه الثروة اللغوية تؤكد شساعة الميادين واختلاف الأفراد الذين يدرجون عموما تحت غطاء الإعاقة، كما تبين في الوقت ذاته عدم ثقة (أبو النصر، 2009، ص 166)

خاتمة:

الحد من الإعاقة عملية ذات اختصاصات عديدة ولا يمكن تصورها إلا من خلال إقامة شبكة للفاعلين في الوسط الصحي أو الطبي أو الاجتماعي أو المهني أو التربوي، كما أن الفصل بين التخصصات هو وحده الذي يمكن أن يلبي الاحتياجات النوعية للمعاق، إن الحد من الإعاقة يتحقق إذن من خلال تنظيم منسق ومترايط حول المعاق وليس من خلال مشروعات ومعلومات ميتة الترابط، كما تحتاج الإعاقة للحد منها تكاليف ضخمة، لكن على المستوى الاجتماعي هي بحاجة إلى قدرتنا على الاستماع إلى الأشخاص الذين يرجون تحقيق مشروع حياتهم مثل أي مواطن عادي، فالقضية ترتبط هنا برهان مجتمع برمته، فمنه تتحدد نوعية وقيمة ذلك المجتمع في مدى قدرته على قبول الاختلاف، إذن فالحد من الإعاقة يعني السيطرة على نظرة كل منا اتجاه أي شخص يسمى "معاق".



قائمة المراجع:

1. بلعدي، إبراهيم. (مارس 2005) مفهوم الإعاقة دراسة نقدية، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 7، جامعة منتوري قسنطينة.
2. العيسوي عبد الرحمان، (1997). سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية في سبيل العلاج والتأهيل، مصر، دار الراتب الجامعية.
3. محمد عبد الرحمان عبد الله. (1997)، سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، مصر، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية،
4. السيد فهيم، محمد. (1983) السلوك الاجتماعي للمعوقين دراسة في الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
5. صديقي، سلوى. (2003) خدمة الفرد في محيط الخدمة الاجتماعية الأسس النظرية والاتجاهات العلمية، الإسكندرية، المكتب الحديث.
6. عسكر، علي. (2002) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، الكويت، دار الكاتب الحديث.
7. سبيعي عدنان. (1992)، في سيكولوجية المرض والمعاقين، (الطبعة 1)، مصر، الشركة المتحدة للطباعة والنشر.
8. بدر الدين كمال عبده، ومحمد سيد حلاوة. (1999)، رعاية المعاقين سمعياً وبصرياً، الإسكندرية، المكتب العالمي للنشر والتوزيع.
9. مختار محمد حمزة. (1997) سيكولوجية المرض وذوي العاهات، (الطبعة 2)، مصر، دار المعارف.
10. كامل عبده بدر الدين. (2002). الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، مصر.



11. السيد عيد، ماجدة. (1999). *الاعاقات الحسية والحركية*، عمان، الأردن، دار الصفاء للنشر والتوزيع.
12. شاهين، محمد. (1988) *تفهم المشكلات النفسية للمعرفة كوسيلة لحد من الإعاقة* ، قدم للمؤتمر الرابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة، جامعة القاهرة.
13. لبيب، فراج عثمان. (1986) *فلسفة ووسائل دمج المعوقين في المجتمع* (العدد 2) مصر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة.
14. عبد القادر، محمد عبد القادر. (2001) *سيكولوجية ذوي الإعاقة*، القاهرة، مصر، المكتبة الأنجلو مصرية.
15. Kirk, (1997) *Educating exceptional children 8th Ed, New York*.
16. David, (1996) *the child with a disability, second edition, black well science*.
17. المسبجي، فهد محمد. (2002). *الإعاقة والمعاقين العناية بذوي الاحتياجات الخاصة وتحويلهم إلى قوى منتجة*، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
18. زيتون، كمال عبد الحميد. (2003) *التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة*، دبي الامارات العربية المتحدة، دار القلم.
19. أبو النصر، مدحت محمد. (2009). *الاعاقة والمعاق رؤية حديثة*، القاهرة، المجموعة للتدريب والنشر.