كلية التربية
كلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم
إدارة: البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)
=======

تصور مقترح للتعبير الكمي عن الإعاقة في المنطقة العربية وفقا للتصنيف الدولي لأداء الوظائف والإعاقة والصحة (ICF)

إعداد

أ. د/ علي مهدي كاظم — أستاذ القياس والتقويم
د/ محمود محمد إمام — أستاذ مساعد التربية الخاصة
قسم علم النفس– كلية التربية– جامعة السلطان قابوس
سلطنة عمان

﴿ المجلد الحادي والثلاثون – العدد الأول– يناير ٢٠١٥م ﴾

المستخلص:

تبذل الدول العربية جهودا كبيرة في حصر أعداد المعاقين لديها، وتخصص ميزانيات لابأس بها للنهوض بالمعاقين ورعايتهم وتقديم الخدمات المناسبة لهم. ولكن ما يلاحظ على جهود تلك الدول أنها جهود ذاتية متفاوتة المستوى والتنظيم، وبحاجة إلى تقنين ومعايير معينة، بحيث تكون بمستوى قواعد البيانات العالمية.

وفي ضوء ذلك، تتلخص مشكلة الدراسة الحالية في افتقار المنطقة العربية لقاعدة بيانات خاصة بالمعاقين تواكب المعايير العالمية وتكون موحدة في جميع الدول.

وعليه، تستهدف الدراسة الحالية اقتراح قاعدة بيانات للإعاقة في المنطقة العربية في ضوء التصنيف الدولي لأداء الوظائف والإعاقة والصحة International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) الذي قامت بإعداده منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٠١.

يركز التصنيف الدولي ICF على ثلاث قضايا أساسية هي: بنية الجسم، والنشاط، والمشاركة. وبذلك فهو إطار لوصف الجوانب المختلفة للأداء البشري حينما يتعرض لظروف صحية أو إعاقة معينة؛ وهو نظام تصنيف وليس أداة قياس.

ومن أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:

١- مراجعة قواعد بيانات الإعاقة في المنطقة العربية في ضوء التصنيف الدولي ICF.

٢- تدريب وتوعية المهتمين بشؤون الإعاقة في المنطقة العربية بمعايير التصنيف الدولي ICF.

٣- نشر ثقافة قواعد بيانات المعاقين والتصنيف الدولي ICF في وسائل الاعلام المرئية والمقروءة والمسموعة.

مقدمة:

اعتمدت الأبحاث الأمبريقية empirical studies في مجال الإعاقة على الطرق التقليدية في جمع البيانات وتحليلها ونشرها متمثلة في المسوح اللحظية التي تتم خلال فترة زمنية معنية، وهو ما يعرف في المجال البحثي باسم cross-sectional designs أو التصميمات البحثية اللحظية بهدف جمع معلومات عن انتشار ظاهرة معينة مثل الإعاقة في فترة زمنية محددة. وعلى الرغم من فعالية هذا التصميم إلا أنه لا يقدم حلولاً كاملة حول الظاهرة المراد دراستها من حيث المساعدة في تقديم معلومات تتصل بما نحتاجه من خدمات في التأهيل أو التدخل العلاجي، كما أنها لا تقدم معلومات يمكن أن تساعد في تقديم حلولاً كاملة حول الوقاية والتأطير لنموذج متكامل حول الأسباب البيولوجية، والاجتماعية والبيئية المرتبطة بإعاقة معنية (Madden, Choi & Sykes, 2003).

قبل الثمانينات من القرن العشرين لم يكن هناك حركة منظمة لحقوق الأفراد ذوي الإعاقة على المستوى الدولي أو المحلي. وعلى الرغم من أن الأمم المتحدة أصدرت عدداً من القرارات التي تعني بحقوق الأفراد المعاقين إلا أنه لم يكن هناك فهم حقيقي للإعاقة من المنحى الحقوقي، كما لم يكن هناك اعتراف بالحاجة إلى تأمين حقوق الأفراد المعاقين على أنه تغيير اجتماعي وسياسي وتشريعي، بل على العكس كان ينُظر إلى الأفراد المعاقين على أنهم ليسوا جزءاً من عوام السكان، بل على اعتبار أنهم مجموعة فرعية لها احتياجات خاصة. ومع بداية تبلور رؤية لحقوق الأفراد ذوي الإعاقات في عام ١٩٨٣ من خلال تكوين مجموعات دعم وناشطين للدفاع عن حقوق الأفراد ذوي الإعاقة، ومن خلال العمل مع منظمة الأمم المتحدة، بدأت منظمة الصحة العالمية في البحث عن طريقة لتصنيف الأمراض والإعاقات من أجل تمكين المجتمعات من تخطيط الخدمات، وتقديم خدمات العلاج والتأهيل (Rosenbaum, & Stewart, 2004; Simeonsson, Leonardi, Lollar, Bjorck-Akesson, Hollenweger & Martinuzzi,

(2003. غير أن منظمة الصحة العالمية في ذلك الوقت لم تدرك أن التغير الذي طرأ في مجال الإعاقة في العالم بدأ احتضانه من جانب الأنظمة السياسية، ولذلك ركزت منظمة الصحة العالمية في ذلك الوقت على النموذج الطبي الذي يركز على المدخل الخطي السببي الذي يركز على المرض أو العجز ونواتجه المتمثلة في إعاقة الفرد والتي تمنعه من أن يوصف على أنه فرد عادي يشارك في المجتمع (Mbogoni, 2003).

كما ركزت منظمة الصحة العالمية في ذلك الوقت على تعريف الإعاقة على أنه قصور في الأداء Functional limitation من خلال التصنيف العالمي للعجز والتعوق والإعاقة International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH)، وهو ما تم تبنيه من الباحثين والعوام في ذلك الوقت، وكأن هناك انكار لأن تكون النظرة للإعاقة من منحى ومنظور حقوقي. وهو الأمر الذي ظهر أثره في قياس وتقييم الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة، وتقييم الأفراد أنفسهم من حيث العجز بدلاً من ظروف المعيشة أو القدرة على العيش أو التعايش (De Kleijn-de Vrankrijker, 2003).

وفي الواقع تحتاج البلدان التي تتبنى في سياساتها دعم الأفراد ذوي الإعاقات إلى مدى واسع، وكم كبير من البيانات لوصف وضع وحالة الأفراد ذوي الإعاقات، ومدى حصولهم على الخدمات المختلفة التي يحتاجون إليها (Stucki , 2005; Hurst, 2003).

تأسيسا على ما تقدم تحاول هذه الدراسة أن تصف كيف يمكن للمنطقة العربية أن تقوم بذلك من خلال مكونين أساسيين هما: المشاركة بقوة في بناء وتبني إطار التصنيف الدولي لأداء الوظائف والإعاقة والصحة ICF، وتبني المبادرات التي يمكن من خلالها تحسين وتنسيق البيانات الوطنية عن الإعاقة.

يتمثل المدخل الأساسي لتحسين عملية جمع البيانات عن الإعاقة في المنطقة العربية في ضرورة استخدام التصنيف الدولي ICF كبنية تحتية وطنية في مجال الإعاقة، وخاصة عملية تحديد العناصر الرئيسية للبيانات التي يجب تضمينها في قواعد البيانات الوطنية في المنطقة العربية.

مشكلة الدراسة

تبذل الدول العربية جهودا كبيرة في حصر أعداد المعاقين لديها، وتخصص ميزانيات لابأس بها للنهوض بهم ورعايتهم وتقديم الخدمات المناسبة لهم. ولكن ما يلاحظ على جهود تلك الدول أنها جهود ذاتية متفاوتة المستوى والتنظيم، وبحاجة إلى تقنين ومعايير معينة، بحيث تكون بمستوى قواعد البيانات العالمية. وبالتالي فإن مشكلة الدراسة الحالية تتلخص في افتقار المنطقة العربية لقاعدة بيانات خاصة بالمعاقين تواكب المعايير العالمية وتكون موحدة في جميع الدول.

أهداف الدراسة

تستهدف الدراسة الحالية اقتراح قاعدة بيانات للإعاقة في المنطقة العربية في ضوء التصنيف الدولي لأداء الوظائف والإعاقة والصحة ICF.

أهمية الإحصاءات وقواعد البيانات

تُعد البيانات الإحصائية من المتطلبات الأساسية عند إعداد الخطط والبرامج المتعلقة بعمليات التنمية في جوانبها الاقتصادية والاجتماعية والصحية والتعليمية وغير ذلك؛ حيث تساهم البيانات الإحصائية الدقيقة والشاملة إلى حد بعيد في بلورة تصورات ورؤى أكثر اقترابا من الواقع، مما يطمئن المخططين لسلامة التوجهات التي تتضمنها الخطط التنموية. كما أن البيانات السلمية تساعد في البناء السليم للنماذج الإحصائية المرتبطة بالإسقاطات، والتنبؤات، وتحديد أكثر المسارات منطقية (نور والراوي، ١٩٩١، ص١٣).

وتضيف المسوحات القطاعية التي تغطي جانبا سكانيا أو نشاطا اقتصاديا معينا مجاميع مهمة من البيانات السكانية التي تعتبر مكلمة لتلك التي يتم الحصول عليها من خلال التعدادات السكانية الشاملة. مثال ذلك إعداد قواعد بيانات خاصة بالأطفال، أو المسنين، أو المعاقين، أو المرأة وغيرها. ويقدم الاحصاء عن طريق تطبيقاته الواسعة الشاملة حلولا لكثير من القضايا التي تواجه الانسان والمجتمع في مختلف ميادين العلوم التطبيقية والتقنية، وفي ميادين الاقتصاد والتربية والإعاقة وغيرها.

تتجلى أهمية توافر قواعد بيانات موحدة خاصة بالمعاقين في المنطقة العربية في الجوانب الآتية:

١. يعتمد اتخاذ أي قرار على قاعدة البيانات الإحصائية المتعلقة بهذا القرار. وبذلك لا يمكن لأي دولة أن تنجح في إعداد وتنفيذ خِططها المختلفة دون وجود بيانات إحصائية دقيقة ومعبرة.
٢. التدخل المبكر (أو التدخل في الوقت المناسب) للحد من تفاقم بعض الاعاقات.
٣. وضع الخطط المناسبة لتأهيل المعاقين وتوظيفهم.
٤. معرفة اتجاهات انتشار الإعاقة وفقا لنوع الإعاقة، والفئة العمرية، والجنس، وغيرها من المتغيرات.

تعريف المصطلحات

١. **قاعدة البيانات Database:** وهي مجموعة من عناصرِ البيانات المنطقية المرتبطة مع بعضها البعض بعلاقة رياضية، وتتكون قاعدة البيانات من جدول واحد أو أكثر، ويتكون الجدول من سجل **Record** أو أكثر، ويتكون السجل من حقل **Field** أو أكثر.
٢. **الإعاقة:** توجد عدة تعريفات للإعاقة، ولكن التعريف الذي يتباه التصنيف الدولي **ICF** يرى أن الاعاقة هي "مفهوم متعدد الجوانب يتصل بوظائف الجسم وبنيته، والأنشطة التي يقوم بها الأفراد، وجوانب الحياة التي يشاركون فيها، والعوامل البيئية التي تؤثر على هذه الخبرات".

٣. **التصنيف الدولي لأداء الوظائف والإعاقة والصحة ICF:** وهو تصنيف لمكونات الصحة المتعلقة بالإداء الإنساني والإعاقة. وقد صدر عام ٢٠٠١ بعد مبادرة من منظمة الصحة العالمية WHO بهدف تقديم إطار تصنيفي للدليل الدولي للأمراض International Classification of Diseases-10 بحيث يعكس هذا الإطار النموذج التكاملي للإعاقة الذي يجمع بين النموذج الطبي والاجتماعي والبيئي (Hurst, 2003). وعموما، يمكن القول أن هذا التصنيف هو إطار لوصف الجوانب المختلفة للأداء البشري حينما يتعرض لظروف صحية أو إعاقة معينة من خلال التركيز على ثلاث قضايا أساسية وهي: بنية الجسم، والنشاط، والمشاركة.

الإعاقة في المنطقة العربية

يُنظر إلى الإعاقة على أنها مفهوم متعدد الجوانب يتصل بوظائف الجسم وبنيته، والأنشطة التي يقوم بها الأفراد، وجوانب الحياة التي يشاركون فيها، والعوامل البيئية التي تؤثر على هذه الخبرات. ويعتبر هذا المفهوم هو المفهوم الأحدث الذي يتبناه التصنيف الدولي ICF. غير أن الأفكار المتناولة للإعاقة في المنطقة العربية لا زالت تفتقد إلى الإلمام بكل هذه الجوانب المتعددة، وعلى الرغم من توجه السياسات نحو مزيد من دعم الأفراد ذوي الإعاقات إلا أن عدم وجود إطار شامل مثل ذلك المتمثل في التصنيف الدولي ICF قد يكون هو السبب في تأخر الربط بين السياسات الموجهة نحو الأفراد ذوي الإعاقة في المنطقة العربية، وآلية الخدمات المقدمة بالفعل، ونقصد بالخدمات هنا تلك المقدمة في جميع الجوانب: الاجتماعية، والتعليمية، والاسرية. وبوجه عام تهدف الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقات إلى تخفيف العبء المترتب على الإعاقة في جوانب الحياة المختلفة بما فيها الجوانب البيئية؛ فالخدمات الطبية والتأهيلية قد تركز في المقام الأول على وظائف الجسد وبنيته، ومن الخدمات التي تركز على المشاركة في مناحي الحياة ما يلي:

- **الخدمات الرسمية:** وتتضمن المساعدة في ثلاثة جوانب تشمل المساعدة في الدخل، والدعم المتخصص الذي قد يقدم في المنزل أو المجتمع المحلي وخاصة في حالة الأفراد ذوي الإعاقة المسنين، أو في المراكز الإقامة الداخلية، وأخيرا الخدمات الأساسية مثل التعليم والنقل.

- **المعدات أو الجوانب المتصلة بتكييف البيئة:** ونقصد بذلك هل يتم تقديم هذه الخدمات تحت بند رسمي من بنود السياسة العامة للأفراد ذوي الإعاقات، أو أحد الوزارات المعنية مثل وزارة التنمية الاجتماعية في المنطقة العربية.
- **الدعم غير الرسمي من الأسرة والأصدقاء:** ويعتبر هذا النوع من الدعم من أهم أنواع الدعم للأفراد ذوي الإعاقات.

وفي هذا الإطار تحتاج المنطقة العربية إلى نشر إحصائيات سنوية ونصف سنوية عن الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقات.

أهمية تبني إطار مفاهيمي عالمي للبيانات الوطنية:

في ظل نظام اجتماعي مثل ذلك الذي تتصف به المنطقة العربية والذي يعكس وجود آمال وتوقعات عالية حول نشر تقارير كمية حول الأفراد ذوي الإعاقات تظهر الحاجة إلى بيانات شاملة تغطي كل الجوانب المذكورة آنفاً. كما يجب أن تكون هذه البيانات مرتبطة ببعضها البعض ومتصلة بالبيانات الديموغرافية للمكون السكاني في المنطقة العربية. ويعتبر وجود فهم مشترك للإعاقة بما في ذلك التعريف المحدد للإعاقة من الأمور الأساسية لفهم وتحسين النواتج للأفراد ذوي الإعاقات والخدمات المتاحة لهم.

ويعتبر المكون المعلوماتي أمر هام في مجال الإعاقة؛ فعند الحديث عن السياسات نحو الأفراد ذوي الإعاقة أو تقسيم المصادر المتاحة المخصصة لذوي الإعاقة في المجتمع يجب أن تكون المعلومات الكمية جزء لا يتجزأ من عملية اتخاذ القرار والإصلاح. وينبغي التركيز هنا على أهمية المعلومات الكمية ممثلة في الأرقام؛ فالأرقام يمكن أن ترسم صورة كاملة عن الوضع الراهن، وتسرد جزء من القصة المراد رسمها، وأن لم يكن كل القصة ولكن الجزء الهام منها (Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, & Schneider, 2003).

والسؤال الذي يفرض نفسه هو لماذا يمكن للفهم المشترك للإعاقة أهمية كبرى؟ والإجابة تكمن في أن آثار الإعاقة يمكن أن توجد في مناحي كثيرة من الحياة للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم وهذا يعني أن التعريفات التي تنطوي عليها عملية جمع البيانات يجب أن تكون ذات معنى، وواضحة، فضلا عن شموليتها واتساقها في كل مناحي الحياة والخدمات المقدمة لهؤلاء الأفراد.

ولكي نستطيع تقدير الحاجات التي لم يتم استيفائها بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات في عمان يجب تبني مفاهيم مشتركة في الإعاقة في المنطقة العربية. وبدون هذه المفاهيم المشتركة لن نستطيع ربط المعلومات السكانية بأهلية الحصول على خدمات الإعاقة في المنطقة العربية، ومن ثم يجب التعبير الكمي عن هذه الجوانب.

وقد تم تضمين النواتج المتوقعة للأفراد ذوي الإعاقة في التشريعات المتعلقة بحقوق الإنسان، وكذلك في القواعد الأساسية للمساواة في الفرص للأفراد ذوي الإعاقة. ويقدم التصنيف الدولي ICF إطاراً للتعبير الكمي عن النواتج المترتبة على الإعاقة في جوانب عدة مثل الإسكان، والتوظيف، والتعليم، وخدمات الترويح، والعلاقات الاجتماعية، والنقل...الخ. ودائماً نكون في حاجة ماسة إلى جمع بيانات لأغراض عدة تتعلق بالأفراد ذوي الإعاقة. وتشير البيانات الدقيقة إلى البيانات التي تركز على عناصر محددة، ويمكن لهذه العناصر أن تقدم صورة كلية لوضع معين، وبدون وجود إطار عام مشترك لن نستطيع تقديم هذه البيانات التي تعكس الصورة الكلية للأفراد ذوي الإعاقة (Üstün et al., 2003).

تعريف الإعاقة وتصنيفها وتسميتها وتقييمها

قد تبدو مصطلحات التعريف Definition والتصنيف Classification والإحصاءات Statistics مفردات غير مفهومة بالنسبة للعوام من الناس. ومع ذلك فإن هذه المصطلحات لها أهمية قصوى في إطار التعبير الكمي عن الإعاقة. ويعتبر التمييز بين التعريف والتصنيف والتقييم أمر هام جدا؛ فالتعريف يحاول الوصول إلى الأفكار الأساسية لظاهرة معينة، أما التصنيف فيشمل توزيع وحدات معنية على فئات متمايزة من أجل تجميع المتشابهات. ويعتبر التعريف والتصنيف فئات وصفية يمكن أن يمثلا جزءا من تكوين إطار Framework لظاهرة محددة. أما التقييم Assessment فهو مصمم

لخدمة غرض إداري أو إكلينيكي، وفي مجال الإعاقة غالبا ما يتضمن مفهوم التقييم الحصول على معلومات تتعلق بمدى حاجة الفرد للمساعدة، وكذلك مدى تأثير الإعاقة على وضع قيود أو محددات على الفرد. فعلى سبيل المثال تركز الإعاقة في المنطقة العربية على الجانب الصحي، وجوانب العجز المرتبطة بالإعاقة. ومن ثم فإن تقييم الإعاقة في المنطقة العربية لا يركز على مدى تأثير القصور المرتبط بالإعاقة في وضع محددات على أنشطة الفرد ومشاركته في جوانب الحياة بما في ذلك العمل. وبهذا فإن مثل هذا التقييم لا يعرف الإعاقة، ولا يعرف الفرد ذي الإعاقة. ومن ثم فإن تعريف الإعاقة يعتبر قاصرا نظراً لأنه يركز على جانب واحد فقط (Mbogoni, 2003; Cieza et al., 2002).

ولهذا قد يكون تبني التصنيف الدولي ICF مهماً في المنطقة العربية على نحو واسع، وذلك لأنه يضع التقييم في مكانه الصحيح، ويعكس مدى الفهم الضيق لمفهوم التقييم في أغلب الأحيان. ومن ثم يجب أن تكون طرائق التقييم لجوانب معنية في الإعاقة مبنية على إطار التصنيف الدولي ICF مما يتيح توضيح الجوانب الأولى بالتقييم. ومن أجل تحسين المعلومات الوطنية حول الإعاقة في المنطقة العربية من المهم تعاون كل الأطراف داخل المجتمع بما فيهم الأفراد ذوي الإعاقة والإحصائيين والسياسيين، وتعتبر عملية تحديد الإعاقة في البيانات الوطنية أمر هام من أجل:

١. رصد حصول الأفراد ذوي الإعاقة على الخدمات المتاحة.
٢. جمع مزيد من البيانات على دعم الأفراد ذوي الإعاقة، وتقديم بيانات حول استخدام الأفراد ذوي فئات الإعاقات المختلفة للخدمات.
٣. ربط البيانات السكانية من أجل تحسين قدرة المؤسسات الوطنية على التعبير الكمي عن الاحتياجات والدعم المفروض تقديمه في المناحي الخدمية المختلفة. فعلى سبيل المثال يركز التصنيف الدولي ICF على الأداء Functioning، والإعاقة Disability في وصف الفرد على أنهم من ذوي الإعاقة، فكلما كانت هناك شواهد على أن الإعاقة تحد من نشاطات الفرد ومشاركته كان ذلك دليلاً على تصنيف الفرد في فئة الإعاقة.

قاعدة بيانات الأمم المتحدة للإعاقة The United Nations Disability Database (DISTAT)

تُعد قاعدة بيانات الأمم المتحدة للإعاقة قاعدة بيانات عالمية تشمل إحصائيات ومعلومات من البيانات الوطنية التي تم تجميعها في البلدان المختلفة فيما يتعلق بالإعاقة. وتهدف قاعدة البيانات إلى دعم نشر المعلومات المتعلقة بالإعاقة واستخدامها من أجل توضيح مدى التقدم الحادث في دعم هذه الفئة على المستوى الوطني والدولي. كما تهدف قاعدة البيانات إلى تقديم مصدر شامل للمعلومات يمكن الوصول إليه بسهولة حول الطرائق المستخدمة لجمع المعلومات عن الإعاقة في الدراسات الوطنية في البلدان المختلفة من أجل تحسين وتسهيل بناء نموذج للممارسات الجيدة في مجال جمع المعلومات الكمية عن الإعاقة. وقد نشرت النسخة الأولى من قاعدة البيانات الأمم المتحدة للإعاقة عام ١٩٨٨، واشتملت على معلومات كمية من ٦٣ دراسة وطنية شملت ٥٥ بلدا من بلدان العالم، وظهرت النسخة الثانية من قاعدة بيانات الأمم المتحدة للإعاقة DISTAT2 عام ٢٠٠١، وشهدت زيادة في عدد الدراسات لتصل إلى ١١١ شملت ٧٩ بلدا من بلدان العالم (Mbogoni, 2003). ويظهر الجدول ١ توزيع عدد الدراسات طبقاً للمنطقة ونوع الطرائق المستخدمة في جمع المعلومات.

الجدول ١
عدد الدراسات في قاعدة بيانات إحصاءات المعاقين في الأمم المتحدة – ٢ وفقا للنوع والقارة

القارة	التعداد العام للسكان	المسوح	السجلات الادارية	المجموع
أفريقيا	٢٨	٨	٠	٣٦
أسيا	١٩	١٢	١	٣٢
أوروبا	٣	١٠	١	١٤
أمريكا الشمالية	٦	٦	٠	١٢
أوقيانوسيا	١	٤	٠	٥
أمريكا الجنوبية	٨	٤	٠	١٢
المجموع	٦٥	٤٤	٢	١١١

Source: (Mbogoni, 2003, p. 645).

يتبين من الجدول ١ أن ٦٥ اعتمدت على التعداد العام للسكان Census في حين اعتمد ٤٤ على المسوح Survey. وفي العديد من البلدان النامية في أفريقيا وآسيا وأمريكا الجنوبية فإن التعداد هو الطريقة الوحيدة للحصول على معلومات وبيانات عن الإعاقة. وتتباين البيانات الإحصائية والطرائق المنهجية المستخدمة بين الدراسات المختلفة تبايناً كبيراً. فمعدلات انتشار الإعاقة تتراوح بين ٢% في الهند وبيرو مقابل ٢٠% في نيوزيلاندا. وبالمثل فإن الأسئلة المستخدمة لتعرف الأفراد ذوي الإعاقة تختلف عبر الدارسات المختلفة في قاعدة البيانات الثانية DISTAT2 وذلك من حيث البنية، والمدى، والمحتوى. وفي حين أن بعض البلدان حصلوا على البيانات باستخدام اسئلة كثيرة، ومسوح طويلة، نجد أن البعض الآخر استخدم سؤالا واحدا فقط في التعداد العام للسكان.

وثمة نقطة مهمة عند مناقشة وضع بلدان منطقة آسيا ومن ضمنها المنطقة العربية في قاعدة البيانات الثانية للأمم المتحدة ألا وهي أن قاعدة البيانات لم تقدم أية معلومات عن كيف يتم تعريف الإعاقة في تلك البلدان. بيد أن هذه المعلومات تظهر أن الإعاقة يتم تعريفها بطريقة مختلفة في تلك البلدان. وبوجه عام فإن التعريف المستخدم يحدد نوع السؤال الذي يمكن استخدامه لتحديد المقصود بالإعاقة مثال ذلك: الفرد ذو الإعاقة هو الفرد الذي لديه إعاقة جسدية physical، أو اضطراب عقلي mental disorder، كما أن الإعاقة تتكون نتيجة وجود محددات على قدرات الفرد نتيجة الاضطراب. ويتضح من هذا التعريف أن التركيز كان على جانب العجز impairment. وفي المقابل هناك بعض البلدان التي عكست في تعريفاتها للإعاقة جانب المشاركة participation مثال ذلك: إن الإعاقة هي أي حالة تؤدي إلى منع الفرد من الحياة حياة اجتماعية طبيعية، وتمنعه عن العمل بطريقة عادية. ويعكس هذا الاختلاف التباين في ثقافة الإعاقة في هذه البلدان.

وتوضح قاعدة البيانات الثانية للأمم المتحدة اختلاف الأسئلة المستخدمة للتعرف على الأفراد ذوي الإعاقات. ويكمن اختلاف الأسئلة في الأمور الآتية:

(١) نوع السؤال المستخدم، ونعني بذلك هل يركز على العجز **impairment**، أم النشاط **activity**، أم القصور **Limitation**، أم المشاركة **participation**.

(٢) مدى السؤال من حيث عدد ونوع الإعاقات المشمولة في السؤال.

(٣) صياغة السؤال من حيث المصطلح المستخدم.

وتظهر قاعدة البيانات الثانية للأمم المتحدة أن معظم الدول النامية اعتمدت على اسئلة تركز على جانب العجز، ولا تركز على الإطار المفاهيمي للتصنيف الدولي **ICF**، ويظهر الجدول ٢ وضع المنطقة العربية في قاعدة البيانات من حيث الاسئلة المستخدمة ومدى تبنيها لإطار الـ **ICIDH** أو التصنيف الدولي **ICF**.

الجدول ٢
الدراسات وفقا لنوع المفهوم في التصنيف الدولي لأداء الوظائف والإعاقة والصحة والعبارات المستخدمة فى الأسئلة

اسم البلد ونوع الدراسة	تصنيف الـ ICIDH/ ICF المفهوم الذي تم تبينه في الدراسة	أنماط الأسئلة المستخدمة طبقا لتصنيف ICIDH/ICF	معدل الانتشار (Per 100)
الجزائر ١٩٩٢ مسح	عجز	عجز- محددات النشاط	1.2
جزيرة آروبة ١٩٩١ تعداد	أساسي	عجز	5.5
البهاما ١٩٩٠ تعداد	عجز	عجز-محددات النشاط- المشاركة	1.5
البحرين ١٩٩١ تعداد	عجز	عجز	0.8
البحرين ١٩٩٥ مسح	مشاركة	عجز	1.5
بليزي ١٩٩١ تعداد	عجز	عجز- محددات النشاط	6.6
برمودا ١٩٩١ تعداد	مشاركة	مشاركة	7.6
بتسوانا ١٩٩١ تعداد	عجز	عجز	2.2
البرازيل ١٩٩١ تعداد	عجز	عجز	0.8
كمبوديا ١٩٩٦مسح	مشاركة	عجز	3.0
كيب فيردي ١٩٩٠تعداد	عجز	عجز	2.6
تشيلي ١٩٩٢ تعداد	عجز	عجز	2.2
كولومبيا ١٩٩٣ تعداد	عجز	عجز	1.8
قبرص ١٩٩٢ تعداد	محددات النشاط- العجز	عجز	4.0
مصر ١٩٩٦ مسح	عجز- مشاركة	عجز – مشاركة	4.4
السلفادور ١٩٩٢ تعداد	عجز	عجز	1.6
جاميكا ١٩٩١ تعداد	عجز	عجز	4.8
الأردن ١٩٩١ تعداد	اساسي	عجز	2.6
الكويت١٩٩٦ مسح	مشاركة	عجز	1.1
ليبيا ١٩٩٥ مسح	مشاركة	عجز	1.7
نميبيا ١٩٩١ تعداد	عجز	عجز	3.1
نيجيريا ١٩٩١تعداد	عجز	عجز	0.5

اسم البلد ونوع الدراسة	تصنيف الـ ICIDH/ ICF المفهوم الذي تم تبينه في الدراسة	أنماط الأسئلة المستخدمة طبقا لتصنيف ICIDH/ICF	معدل الانتشار (Per 100)
سلطنة عمان ١٩٩٣ تعداد	عجز	عجز	1.9
سلطنة عمان ١٩٩٥ مسح	مشاركة	عجز	2.4
فلسطين ١٩٩٧ تعداد	عجز	مجددات نشاط- عجز	1.8
بنما ١٩٩٠ تعداد	عجز	عجز	1.3
بيرو ١٩٩٣ تعداد	عجز	عجز	1.3
الفلبين ١٩٩٠ تعداد	عجز	عجز	1.1
قطر ١٩٩٨ مسح	مشاركة	عجز	1.0
سينت فينسينت ١٩٩١ تعداد	عجز	عجز- محددات نشاط	7.2
السعودية ١٩٩٦مسح	مشاركة	عجز	1.6
ساوتومي ١٩٩١ تعداد	عجز	عجز	4.0
السودان ١٩٩٢ مسح	مشاركة	عجز	1.1
السودان ١٩٩٣ تعداد	عجز	عجز	1.6
سوريا ١٩٩٣ مسح	مشاركة	عجز	0.8
تايلاند ١٩٩٠ تعداد	اساسي	عجز	0.3
اوغندا ١٩٩١ تعداد	اساسي	عجز	1.2
الإمارات ١٩٩٥ مسح	مشاركة	عجز	1.1
زامبيا ١٩٩٠ تعداد	عجز	عجز	0.9
Source: (Mbogoni, 2003).			

ويبدو من الجدول ٢ وجود تبايناً في الدراسات التي تم إجراؤها في تلك البلدان، بما فيها سلطنة عمان من حيث مدى استخدامهم لمحددات النشاط، او المشاركة أو العجز كمعيار لرصد حالات الإعاقة وتعدادها. وفيما يلي أمثلة على الأسئلة المستخدمة في كل نمط من أنماط التصنيف (العجز، محددات النشاط/ المشاركة، أساسي).

١. فرز قائم على العجز يليه قائمة من الأسئلة عن انواع العجز الشديدة

١) مثال: لديه إعاقة دائمة أو قصور دائم ..... نعم لا

- إعاقة بصرية
- إعاقة سمعية
- اضطراب كلام
- اضطراب حركي في الأطراف
- اعاقة عقلية

٢. فرز قائم محددات النشاط أو/ المشاركة يليه قائمة بأنواع العجز الشديدة.

مثال:

١) هل يوجد أي مشكلة أساسية في العقل أو الجسم أو السلوك قد يحد من المشاركة في العمل أو المدرسة أو الحياة الاجتماعية العادية.....نعم لا

شلل في واحد أو اكثر من الأطراف

عدم القدرة على استخدام واحد أو أكثر من الأطراف

- الإعاقة البصرية
- الإعاقة السمعية
- اضطرابات الكلام
- اضطراب العقل
- تشوه جسدي
- صعوبة تعلم
- إعاقة عقلية
- أعاقة متعددة

٣. سؤال اساسي يليه قائمة بأنواع العجز الشديدة.

مثال: هل انت ذو إعاقة..... نعم لا

ما هو نوع الإعاقة التي تعاني منها.....

أ. أعاقة جسدية

- عجز حركي
- عجز بصري
- عجز سمعي
- عجز عضوي
- عجز جسدي متعدد

ب. إعاقة عقلية

- العته
- الاضطراب العقلي
- إعاقة عقلية وجسدية

٤. فرز قائم على العجز يليه قائمة بمحددات النشاط والإعاقات.

هل يعاني الفرد من أي إعاقة أو محدد على نشاطه اليومي نتيجة لإعاقة جسدية أو عقلية أو صحية طويلة الأجل؟

إعاقات الكلام

- أعاقات السمع حتى في ظل وجود معين سمعي
- إعاقات البصر
- إعاقات المشي، الجري أو الشلل
- أعاقات الأطراف العلوية

- اضطراب القدرة على التعلم والتعليم
- اضطراب السلوك بما في ذلك السلوك المضاد للمجتمع
- عدم القدرة على الاعتناء بالذات في الأكل والنظافة الشخصية
- أعاقات أخرى

وتظهر المنطقة العربية في الدراسات التي هي جزء من مشروع نمو الأطفال في الدول الأعضاء في جامعة الدول العربية League of Arab States Pan Arab Project for Child Development (PAPCHILD) أن نسبة الإعاقة حوالي ٢.٤%؛ وهي نسبة منخفضة مقارنة بالتوقعات المقترنة بنتائج الفرز القائمة على هذا النوع من الأسئلة التي تقّيم قصور ومحدودية النشاط والمشاركة للأفراد ذوي الإعاقات.

ويرى مبوجوني (Mbogoni, 2003) أن مثل هذه النتائج قد تعكس الاتجاهات الثقافية الموجودة تحت مسمى الإعاقة، مما قد يؤثر على جمع البيانات المتعلقة بالأفراد ذوي الإعاقات في هذه المناطق.

وقد أصدرت الأمم المتحدة مبادئ وأسس التعداد السكاني، والتي تشتمل على عدداً من الخطوط الإرشادية لكيفية تعريف الأفراد ذوي الإعاقات، وكيفية صياغة الأسئلة التي يجب استخدامها في المسوح والتعدادات المختلفة. وفي هذا الصدد تقترح الأمم المتحدة استخدام الأسئلة التي تركز على القصور الموجود على نشاط الفرد في مناحي الحياة المختلفة. وفيما يلي عدداً من الأنشطة التي ذكرت في تصنيف الـ ICIDH:

- صعوبات الرؤية (حتى في حالة ارتداء نظارة نظر).
- صعوبات السمع (حتى في حالة وجود معينات سمعية).
- صعوبات الحركة (المشي، صعود الدرج، الوقوف).
- صعوبات القبض والمسك (استخدام الأصابع للتعامل من الأشياء المختلفة).
- صعوبات العناية الشخصية (الملبس، دورة المياه، التغذية).
- اشياء أخرى (يرجى تحديدها).

وهناك بعض الدول التي تتبع هذه المبادئ في تجميعها للبيانات المتعلقة بالإعاقة، كما أن هناك دول أخرى لا تتبعها.

التصنيف الدولي لأداء الوظائف والإعاقة والصحة ICF

ينظر إلى التصنيف الدولي ICF على أنه تصنيف للمكونات المرتبطة بالصحة العامة للفرد فيما يتعلق بأدائه الوظيفي أو الإعاقة. وقد ظهر هذا التصنيف في عام ٢٠٠١ بعد تسع سنوات من المراجعة الجذرية من جانب منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO)، ومجلس الصحة العالمي World Health Assembly (WHA) للتصنيف السابق المعروف باسم ICIDH (De Kleijn-de Vrankrijker, 2003; Simeonsson et al., 2003). ويرتكز التصنيف على ثلاثة مكونات هي:

١- **المكون المتعلق بالأداء والإعاقة: Components of Functioning and Disability** ويشمل:

- الوظائف الجسدية: وتشمل أنظمة وظائف الجسد **Body Functions**، وبنيته **Structure**.
- الأنشطة **Activities** المرتبطة بالمهام، والسلوكيات التي يقوم بها الفرد، والمشاركة **Participation** (كالاندماج في موقف حياتي معين). ويغطي هذا المكون كل المجالات المتعلقة بالأداء سواء من منظور الفرد، أو منظور المجتمع. وتشمل مجالات الأنشطة والمشاركة عدداً من مناحي الحياة (من التعلم الأساسي إلى مجالات التفاعل الاجتماعي والتوظيف). ويعبر الجدول ٣ عن المؤشرات المرتبطة بالأنشطة والمشاركة.

الجدول ٣

المؤشرات المرتبطة بالأنشطة والمشاركة

المجالات	المؤهلين	
	الأداء	السعة أو القدرة
التعلم وتطبيق المعرفة		
المهام الرئيسية والمتطلبات		
الحركة		
الرعاية الذاتية		
الحياة المنزلية		
التفاعلات والعلاقات الاجتماعية		
مجالات الحياة الرئيسية		
المجتمع والحياة المدنية والاجتماعية		

المكون المتعلق بالعوامل البيئية أو السياق الذي يعيش فيه الفرد Contextual Factors وتشمل:

- **العوامل البيئية Environmental factors التي تؤثر على الإعاقة والأداء، والتي تبدأ من البيئية القريبة من الفرد إلى البيئة الأوسع والأشمل.**
- **العوامل الشخصية Personal factors وهي جزء من التصنيف الدولي ICF إلا انها غير مصنفة في فيه بصورة واضحة نظراً للاختلاف الثقافي والاجتماعي بين الأفراد في المجتمعات المختلفة.**

٢- معلومات إضافية حول شدة الإعاقة.

وفيما يلي أهم التعريفات المرتبطة بال ICF

وظائف الجسد Body function: الوظائف الفسيولوجية لأنظمة الجسم بما في ذلك ايضا الوظائف النفسية.

بنية الجسد Body Structure : الأعضاء التشريحية للجسم مثل الأعضاء، الأطراف أو اي مكونات اخرى

العجز Impairment ويقصد به المشكلات في الوظيفة أو البينة الجسدية من حيث التشوه أو الفقد.

النشاط Activity: ويقصد اداء مهمة أو فعل معين من جانب الفرد.

القيود على المشاركة Participation Restrictions: وتشير إلى المشكلات التي يواجهها الفرد في الاندماج في الحياة ومواقفها المختلفة.

العوامل البيئية Environmental factors: وتشمل البيئة المادية والاجتماعية بما في ذلك الاتجاهات السائدة والتي يعيش في ظللها الأفراد ويتكسبون معيشتهم.

ومن ثم يمكن التعبير عن مكونات ال ICF ايجابياً أو سلبياً كما يوضح الجدول ٤:

	الجزء الأول: الأداء والإعاقة		الجزء الثاني: العوامل المتصلة بالسياق أو البيئة	
المكونات	وظائف وبنية الجسد	الأنشطة والمشاركة	العوامل البيئية	العوامل الشخصية
المجالات	وظائف وبنية الجسد	جوانب الحياة (المهام والسلوكيات)	التأثيرات الخارجية على الأداء والإعاقة	التأثيرات الداخلية على الأداء والإعاقة
المفاهيم	التغيرات في وظائف الجسد (فسيولوجي) التغييرات في بنية الجسد (تشريحي)	السعة والقدرة على أداء المهام في بيئة عادية الأداء المتمثل في تنفيذ المهام في البيئة الحالية	الأثر الميسر أو المعوق للبيئة المادية والاجتماعية بما في ذلك الاتجاهات السائدة	تأثير السمات الشخصية للفرد
الجانب الإيجابي	سلامة الأداء والبنية	المشاركة في الأنشطة	عوامل التسهيل	لا ينطبق
		الأداء		
الجانب السلبي	العجز	القصور والمحددات على المشاركة والنشاط	المعوقات	لا ينطبق
		الإعاقة		

للتصنيف الدولي ICF فوائد بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات، وكذلك المتخصصين، بالإضافة إلى المجتمع؛ فهو يجمع بين النموذج الطبي والنموذج الاجتماعي للإعاقة؛ حيث أن كل جوانب حياة الفرد (النمو، المشاركة، والبيئة) قد تم دمجها في التصنيف الدولي بدلاً من التركيز على عملية التشخيص فقط.

ويعتبر التصنيف الدولي ICF تصنيف متعدد الأغراض، تم تصميمه ليخدم كل التخصصات والقطاعات في المجتمع. ويهدف إلى:

أ- تقديم قاعدة علمية لفهم ودراسة الإعاقة، والمشكلات الصحية من حيث محدداتها ونواتجها.

ب- التأطير للغة واحدة مشتركة لوصف الإعاقة والحالات الصحية المختلفة لتحسين التواصل بين الأفراد أنفسهم والقطاعات المختلفة في المجتمع بما في ذلك واضعي السياسات ومتخذي القرار.

ج- إمكانية المقارنة بين البيانات المرتبطة بالإعاقة بين البلدان المختلفة، وكذلك القطاعات المختلفة في الفترات الزمنية المختلفة.

د- إتاحة خطة ترميز واحدة لكل أنظمة الصحة في العالم في تعاملها مع الإعاقات والظروف الصحية المختلفة.

تطبيقات التصنيف الدولي ICF

منذ ظهور ال ICF تم استخدامه للأغراض التالية:

١. **أداة إحصائية في جمع وتسجيل البيانات في الدراسات السكانية، والمسوح، ونظم إدارة المعلومات في البلدان المختلفة في العالم.**

٢. **أداة بحثية لقياس النواتج، وجودة الحياة، والعوامل البيئية ذات الصلة بالإعاقات، والظروف الصحية المختلفة.**

٣. **أداة إكلينيكية في تقييم الحاجات واختيار طرائق التدخل العلاجي بالنسبة للإعاقات والظروف الصحية المختلفة، فضلا عن استخدامه في التقييم المهني، والتأهيل وتقويم النواتج.**

٤. **أداة للسياسة الاجتماعية في تخطيط الضمان الاجتماعي، وأنظمة التعويض، وتصميم السياسات الاجتماعية وتنفيذها.**

٥. **أداة تعليمية في تصميم المناهج، وزيادة الوعي، ورفع معدلاته، بالإضافة إلى اتخاذ القرارات الاجتماعية المتعلقة بنظم التعليم المختلفة.**

أمثلة لتبني التصنيف الدولي ICF في جمع البيانات:

عقب صدور التصنيف الدولي كانت ومازالت هناك محاولات لتبني أدوات تقييم قائمة على هذا التصنيف. ومن أمثلة ذلك أدوات مسح منظمة الصحة العالمية عن الصحة، واستجابة أنظمة الصحة العالمية WHO Survey on Health and Health Systems Responsiveness، والذي تضمن اسئلة حول الأداء بناءً على عدد من الفئات المتضمنة في التصنيف الدولي. وقد تصمن هذا المسح الذي تم تطبيقه في عدد من البلدان بما فيها البلدان النامية اسئلة عن الإعاقة شملت ١٩ فئة وكما يلي (Mbogoni, 2003):

١- الرؤية	١١- الطاقة والقوة
٢- السمع	١٢- الفهم والتفاعل
٣- الهضم	١٣- التواصل
٤- عملية الأيض والإخراج في الجسم	١٤- الحركة والنشاط الجسدي
٥- الخصوبة	١٥- المهارة والنشاط الحركي الدقيق
٦- الجلد والتشوه	١٦- الرعاية الذاتية
٧- صعوبة التنفس	١٧- العلاقات الاجتماعية
٨- الألم وعدم الراحة	١٨- الأنشطة اليومية والأدوار (العمل، المنزل، المدرسة)
٩- الوجدان	١٩- الأداء الاجتماعي (الأنشطة المجتمعية)
١٠- النوم	

وهناك مثال أخر لتبني التصنيف الدولي، وهو مسح مستوى الظروف المعيشية Levels of Living Condition Survey الذي تم تطبيقه في عدد من البلدان النامية في أفريقيا. واشتمل هذا المسح على مجموعة من الأسئلة التفصيلية موضوعة في صورة متوالية، تشتمل على عناصر المشاركة والنشاط المذكورة في التصنيف الدولي في جانب، وعلى الجانب الآخر تم وضع مقياس لدرجة القصور في النشاط أو محددات ومعوقات المشاركة التي يواجهها المستجيب، فضلا عن تحديد درجة تأثير العوامل البيئية على الفرد كعامل معوق أو ميسر للمشاركة. ويوضح الملحق عدداً من الأسئلة الواردة في هذه الأداة (Mbogoni, 2003).

التوصيات :-

من أهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة:

١- تطبيق معايير التصنيف الدولي ICF في إعداد قواعد بيانات الإعاقة في المنطقة العربية.

٢- مراجعة قواعد بيانات الإعاقة في المنطقة العربية في ضوء التصنيف الدولي ICF.

٣- تدريب وتوعية المهتمين بشؤون الإعاقة في المنطقة العربية بمعايير التصنيف الدولي ICF.

٤- نشر ثقافة قواعد بيانات المعاقين والتصنيف الدولي ICF في وسائل الاعلام المرئية والمقروءة والمسموعة.

المراجع

أولا :- المراجع العربية

نور، عثمان الحسن محمد؛ والراوي، زياد رشاد (١٩٩١). *الإحصاءات السكانية في دول الخليج العربية*. الرياض: منشورات مكتب التربية العربي لدول الخليج.

ثانيا :- المراجع الأجنبية

Badley, E. M. (2008). Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Social science and Medicine, 66*(11), 2335-2345.

Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., ... & Stucki, G. (2002). Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34*(5), 205-210.

De Kleijn-de Vrankrijker, M. W. (2003). The long way from the international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) to the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disability and Rehabilitation, 25*(11-12), 561-564.

Hurst, R. (2003). The international disability rights movement and the ICF. *Disability & Rehabilitation, 25*(11-12), 572-576.

Madden, R., Choi, C., & Sykes, C. (2003). The ICF as a framework for national data: the introduction of ICF into Australian data dictionaries. *Disability & Rehabilitation, 25*(11-12), 676-682.

Mbogoni, M. (2003). On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT). *Disability and Rehabilitation, 25*(11-12), 644-658.

Rosenbaum, P., & Stewart, D. (2004, March). The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. In *Seminars in Pediatric Neurology* (Vol. 11, No. 1, pp. 5-10). WB Saunders.

Simeonsson, R. J., Leonardi, M., Lollar, D., Bjorck-Akesson, E., Hollenweger, J., & Martinuzzi, A. (2003). Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. *Disability and Rehabilitation, 25*(11-12), 602-610.

Stucki, G. (2005). International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A promising framework and classification for rehabilitation medicine. ***American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 84*****(10), 733-740.**

Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. ***Disability and Rehabilitation, 25*****(11-12), 565-571.**