

كيف ينظر علم الاجتماع إلى الإعاقة؟ How does sociology view disability?

وسيم فنينش*، جامعة جيجل
feninechewassim@gmail.com

تاريخ القبول: 2022/04/12

تاريخ الاستلام: 2022/02/05

ملخص:

اهتمت الورقة النظرية بإبراز نظرة علم الاجتماع إلى الإعاقة كظاهرة اجتماعية وثقافية، بعدما كان يُنظر إليها في الدراسات الطبية والنفسية كظاهرة بيولوجية ونفسية فحسب، كان لعلم الاجتماع الصحة والمرضى إسهام كبير في تطوير المضامين النظرية والمفاهيمية حول الإعاقة في العقود الثلاثة الأخيرة. هدفت الورقة في إبراز هذه النظرة إلى استحضار قضايا ترتبط بالاهتمام السوسيولوجي المبكر بموضوعات الإعاقة والمعاقين، والجدالات المفاهيمية المصاحبة لها، وبناء النموذج الاجتماعي، وأخيرا رصد النظريات السوسيولوجية التي اهتمت بكذا موضوع من منظورات متعددة الأبعاد، بدل الاكتفاء بمنظور أحادي الجانب.

لاشك أن لعلم الاجتماع صدهاء في دراسة مثل هذه الظواهر الاجتماعية والصحية، حيث حرص على إدخال متغيرات جديدة ترتبط بالبيئة الخارجية والحوافز المؤسسية، والتفاوتات الصحية، وحالات الوصم والتمييز، والصور النمطية السلبية، وهويات المعاقين، وتجاربهم الشخصية، بدل التركيز على الإعاقة كمعطى داخلي، ونتاج لعامل بيولوجي محض، كما أشار إلى ذلك النموذج الطبي الذي هيمن على مثل هذه الأطروحات من قبل. يدعو علم الاجتماع الإعاقة إلى النظر إلى الأشخاص، وليس إلى حالتهم الصحية وتمكين هؤلاء بدل تقييدهم، والتركيز على الحوافز البيئية التي تواجههم وتقليل التفاوتات بينهم وبين غيرهم من الأصحاء.

الكلمات المفتاحية: الإعاقة - الضعف - الأشخاص ذوي الإعاقة - الحوافز المعيقة -

علم اجتماع الإعاقة.

* المؤلف المراسل

Abstract:

The theoretical paper focused on highlighting the sociology's view of disability as a social and cultural phenomenon, unlike what is considered before by the medical and psychological studies as a biological and psychological phenomenon only. Sociology of health and disease had a great contribution in the development of theoretical and conceptual implications about disability in the last three decades. To highlight this view, the paper aimed to evoke issues related to the early sociological interest about the topics of disability and the disabled, the accompanying conceptual controversies, building the social model, and finally monitoring the sociological theories that focused on this topic from multi-dimensional perspectives, rather than being satisfied with a one-sided perspective.

There is no doubt that sociology has a resonance in the study of such social and health phenomena, it covet greedily for introducing new variables related to the external environment, institutional barriers, health disparities, stigma and discrimination, negative stereotypes, identities of the disabled, and their personal experiences, instead of focusing on disability as an internal previously stated And a product of a purely biological factor, as what be indicated by the medical model that dominated such theses before. Sociology of disability advocates to look at people, not their health, and to empower them rather than restricting them, focusing on the environmental barriers that they faced, and reducing inequalities between them and other healthy people.

Keywords: Disability, Impairment, People with disabled, Disabling Barriers, Sociology of disability.

مقدمة:

اهتم علم الاجتماع الطبي بموضوعات الصحة والمرض، والضعف والعجز والإعاقة، وفق منظور مغاير يستحضر زوايا نظر جديدة ترتبط بالبيئات الحاضرة. الإعاقة كحالة اجتماعية وصحية كانت موجودة منذ القدم إلا أن الاهتمام السوسيولوجي بها لم يظهر إلا بعد ستينيات القرن الماضي. ولعل ما يميّز هذا المنظور أنه أثار مجموعة من الأسئلة حول "ماهية الإعاقة وكيف تطور المفهوم في أوقات مختلفة؟ وكيف تُعامل المجتمعات الأشخاص ذوي الإعاقة، أو ماهي الآثار المترتبة عن الإعاقة؟ وكيف يتم تمثّل الإعاقة في الإعلام والثقافة؟ (Shakespeare, 2005, p138).

ارتبطت البدايات الأولى لعلم الاجتماع الطبي بتصوير الإعاقة كانحراف اجتماعي، ثم بدأ هذا التصور بالاندثار شيئاً فشيئاً، إلى أن حلّ محله نموذج الاضطهاد الاجتماعي القائم على تصور الإعاقة بأنها إعاقة اجتماعية، وليست إعاقة وظيفية، ركز هذا النموذج على القضية بوصفها قضية اجتماعية، وليس مشكلة شخصية كما يراها النموذج الطبي، وهذا راجع إلى أن "الكثير من أولئك الأفراد الذين يمكن تعريفهم على أنهم معاقين، لا يعتبرون أنفسهم كذلك ذلك بأن الإعاقة تضل هوية وصمة عار، لا أحد يريد أن يصنف بطريقة تبدو مقيدة أو سلبية، يريدون التأكيد على تشابههم مع الآخرين، وليس على اختلافهم ما يمكنهم فعله، وليس ما لا يمكنهم فعله." (Shakespeare, 2008, p5).

للاهتمام السوسيولوجي بالإعاقة أهميته، كان له الفضل في الإشارة إلى دور البيئات المادية والاجتماعية في الإعاقة، بدل حصرها في القيود الوظيفية. استناداً إلى ما سبق تتبع أهمية هذه الورقة في تسليط الضوء على نظرة علم الاجتماع إلى الإعاقة، وهي نظرة تعددت على مستويات عدة، سواء على مستوى التطور التاريخي في الانتقال من الاعتماد على النموذج الطبي إلى النموذج الاجتماعي القائم على الاضطهاد الاجتماعي، أو على المستوى المفاهيمي وإشكالية العلاقة بين الإعاقة والضعف، وهل الإعاقة ذات معطى داخلي أم خارجي، أو على المستوى النظري الذي استلهم أطروحته من

المستويين الأول والثاني، حيث جاءت النظريات التي اهتمت بالإعاقة متعددة في زوايا النظر.

1. الاهتمام السوسيولوجي المبكر بالإعاقة:

منذ بدايات ستينيات القرن الماضي بدأت الدراسات السوسيولوجية المبكرة حول الإعاقة في الظهور، كانت تنطوي ضمن الأطروحات الطبية المهيمنة على دراسات الصحة والمرض تارة، ومتردة في تأسيس منظورات مغايرة تارة أخرى، تركزت هذه الدراسات في بريطانيا والو.م.أ بشكل أكبر لاسيما مع تنامي الاهتمام السياسي بهذه الفئة، وظهور حركات اجتماعية في السبعينات والثمانينات. هذا التحول المجتمعي في الاهتمام بهذه الفئة حفز العديد من السوسيولوجيين على كسر حاجز التردد في تقديم منظورات مغايرة عن التصورات المترسخة حول كذا موضوع.

علاوة على هذا، "في العمل المبكر لعلم الاجتماع الطبي كان ينظر إلى الإعاقة على أنها انحراف، إذ تم التركيز بشكل متزايد على معنى وتجربة الإعاقة، والتفاوض حول الذات والهوية، حيث قام شتراوس وجلاسر (Strauss and Glasser 1975) في الو.م.أ بدراسة الأمراض المزمنة ونوعية الحياة، والعمل التفصيلي لبلاكستر (Blaxter 1975) حول المعنى المتطور للإعاقة" (Williams, 1999, p801).

حسب بوري (Bury 1988) "سمح علم الاجتماع الطبي بفهمنا لحالات المرض المزمن، بما في ذلك واقع التعامل اليومي معه والاستراتيجيات العملية، وأساليب التكيف التي تستدعيها. لقد ساعد أيضا في التعبير عن أصوات ومخاوف أولئك الذين لم يكن من الممكن أن يتم الاستماع إليهم، لقد كان لهذا الحقل دور فعال في إيصال هذا الواقع" (Williams, p802). وعليه، وفقا "لبوري"، كان لعلم الاجتماع الطبي دور في تعزيز الدراسات حول الإعاقة، وإيصال صوت المعاق في تفاعله المستمر مع حياته اليومية.

أكد جودلي هذا الطرح، حين أشار إلى أن مرحلة "السبعينات شهدت ظهور علم اجتماع جديد للإعاقة كحركة معاكسة للاتجاهات المرضية لعلم الاجتماع الطبي، حيث طورت دراسات الإعاقة منظور الاضطهاد اجتماعي الذي عارض وجهة نظر الانحراف الاجتماعي، تم تصور نماذج الأقلية الثقافية

والاجتماعية والعلائقية، عبر مجموعة من السياقات الإقليمية لإبراز الإعاقة كظاهرة اجتماعية وسياسية وثقافية" (Goodley, 2011, p48) ، وهذا يعني أن التصور السوسيوولوجي في هذه الحالة يجب أن ينظر إلى الإعاقة كمشكلة خاصة وقضية عامة في آن واحد، ولا شيء غير ذلك.

مما لاشك فيه، أنه كانت هناك حاجة إلى فهم الإعاقة كظاهرة اجتماعية في أبعادها المختلفة، وكسر هيمنة الأطروحات الطبية والصحية التي هيمنت على المشهد الصحي قبل سبعينيات القرن الماضي، حيث نظرت للإعاقة كمشكلة فردية خاصة، وليس كقضية عامة تحتاج إلى تدخل معرفي، هذا الأمر جعل "علم الاجتماع السائد تاريخيا أقل اهتماما بقضية الإعاقة، حيث مال علماء الاجتماع في أول الأمر، إلى قبول الهيمنة فيما يتعلق بمشاهدة الإعاقة من الناحية الطبية والنفسية كما بيّنه بارتون (Barton 1996)" (Oliver and Barnes, 2010, p548)، لكن "بعد بضع سنوات من التردد، شارك علماء الاجتماع بنشاط في البحث الاجتماعي الذي يجمع بين المتغيرات الاجتماعية والصحية والبيولوجية في دراسة واحدة، من بين رواد هذا المجال الأوائل يوجد أودري (Udry)، الذي عمل مع علماء الاجتماع والأطباء وعلماء الوراثة، منذ أواخر الستينيات على دراسات مبكرة، جمعت بين المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية" (Bird and others, 2010, p203) .

إذاً، هيمنة كل ما هو طبي على موضوعات مثل الصحة والمرض والإعاقة وإعادة التأهيل، والجسد، هو الذي جعل علم الاجتماع متردداً، رغم أن الظاهرة ضاربة في التاريخ البشري، ورغم وجود شواهد عدة على الحاجة إلى تصورات جديدة تستحضر أبعاداً أخرى، مع ذلك بدأت الأعمال السوسيوولوجية المبكرة في الظهور انطلاقاً من الستينيات على غرار أعمال سوسمان (Sussman 1965) حول علم الاجتماع وإعادة التأهيل، واهتمامات زولا (Zola 1982) في كتابه القطع المفقودة (Missing Pieces)، حول التجربة الشخصية للإعاقة، وأعمال الكسندر وفيثرمان (Featerman Alexander and) حول الإعاقة والطبقة الاجتماعية، وأخيراً أعمال ألبرخت (Albrecht 1981) وليفي (Levy) حول البناء الاجتماعي للإعاقة كمشكلة اجتماعية" (Bird and others, pp194-195).

حرصت الدراسات السوسيوولوجية على إدراج متغيرات جديدة لم يكن يُتطرق لها من قبل، الأمر الذي شكّل انطلاقة مغايرة في دراسة الأشخاص ذوي الإعاقة من منظور أشمل يراعي السياقات والحوافز المؤسسية المختلفة وهذا التدخل أفرز تيارين أساسيين، تيار يربط الإعاقة بالضعف، وتيار آخر يربط الإعاقة بالاضطهاد الاجتماعي، وخلف سجلات مفاهيمية متعددة لا يزال صداها إلى اليوم.

2. سوسيوولوجيا الإعاقة والجدل المفاهيمي

كانت المفاهيم المتولدة عن الاهتمام بالإعاقة ذات منظور طبي وبيولوجي وسيكولوجي، اهتم الأول بتعريف الإعاقة على أنها حالة من ضعف الجسد، وعدم قدرة الأعضاء الوظيفية على القيام بدورها الوظيفي بصفة طبيعية، وعليه، المنظور البيو - طبي يرجع الإعاقة إلى عامل بيولوجي محض، في حين ركز المنظور السيكولوجي على الأثر النفسي للإعاقة في المعاق، والتمثيلات التي يحملها عن ذاته وجسده، وعن العالم، وعن الآخر (غير المعاق)، الهيمنة البيو - طبية على دراسات الإعاقة تجلت إلى جانب أمور عدة، في التحديد المفهومي للإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، رغم صعوبة التعامل مع هؤلاء كفئة واحدة وموحدة، نظرا لاختلاف مظهرات الإعاقة وتنوعها.

في بدايات علم الاجتماع الطبي، كان من الطبيعي أن يتأثر في بناء تصورات ومفاهيمه بالتصورات البيو - طبية، كانت المفاهيم ترتبط بالضعف والقيود الوظيفية والعجز، وقد "شارك بعض علماء الاجتماع في الخطوات الأولى لتعريف وفهم الإعاقة، في حين انتقد آخرون (Higgins1992-Oliver1990)، إلى جانب نشطاء الإعاقة هذه الجهود الأولية؛ لأنها كانت تميل إلى إضفاء الطابع الطبي على الإعاقة، بدلا من الاختلافات بين الأفراد وعزّز سلبية الأشخاص ذوي الإعاقة، وقلل من مسؤوليات الدولة في معالجة قضايا الإعاقة (Bird and others, p193).

تحمل المفاهيم بصفة عامة مضامين اجتماعية وشحنات ثقافية، تعبّر عن النظرة إلى الأشياء والعالم والأفراد، في دراسات الإعاقة كانت المفاهيم الواصفة والمفسّرة لقضايا الإعاقة، تركز على ما يفتقدونه، وليس على ما يمتلكونه، وهذا ما جعل قائمة المفاهيم ذات الصلة تتخذ منحى متزايد، حيث أنتجت فئتين اجتماعيتين، فئة المعاقين (Disabled) وفئة الأصحاء (Bodied)،

وهذا يوحي أن المفاهيم السوسيوولوجية حول الإعاقة في مراحلها المبكرة تتطوي ضمن المقاربة الطبية التي ركزت على الفرد وقضايا إعادة تأهيله، لكسر القيود الوظيفية التي يعاني منها هذا الفرد المعاق.

صرّح شكسبير أن "كلمات مثل: منغول (Mongol) أو الصم البكم (Deaf and Dumb)، كلمات مرفوضة الآن، يدور الجدل حول رؤية الأشخاص كأشخاص أولا، بدلا من التركيز على حالتهم الطبية، فاستخدام مثل هذه المصطلحات يعبر عن الطرق التي يعاملنا بها المجتمع، لهذا يعدّ مصطلح المعاقين هو المفضل في المملكة المتحدة؛ لأن الناس يريدون التأكيد على أنهم معاقين من قبل المجتمع" (Shakespeare, 2008, p 2-3)، وهذا يعني أن شكسبير لمّح إلى أن تعريف المعاق/الإعاقة نابع في الأصل من تصورات الأفراد، هذه التصورات ركزت أكثر على الحالة الصحية بدلا من جوانب أخرى تملكها هذه الفئة التي تمثل أقلية، ومنه، كانت هناك حاجة إلى إعادة تعريف الفرد المعاق وحالة الإعاقة بعيدا عن الحالة الصحية، نظرا لتشابك عوامل عدة في القضية.

لم تكن المقاربة الطبية تفرق بين الإعاقة (Disability) والضعف (Impairment)، في حين أن علماء الاجتماع الذين اهتموا بالإعاقة انقسموا إلى قسمين، قسم يرى أن الإعاقة غير الضعف، بل هي شكل من أشكال الاضطهاد الاجتماعي الذي يمارسه المجتمع على هذه الفئة، وقسم آخر يرى أنه لا يمكن فهم الإعاقة بعيدا عن الضعف، حتى وإن كان للإقصاء الاجتماعي دور في ذلك، "فالإعاقة هي تفاعل أجسام معاقة واستبعاد البيئات، ومع ذلك فإن الحديث عن المعاقين كفئة، يمثل مشكلة نظرا للاختلافات بين أنواع الإعاقات وأسبابها، والعلاقة المتبادلة بين الضعف والإعاقة مع الانقسامات والهويات الاجتماعية الأخرى" (Shakespeare, 2005, p147)، وبالتالي واجه علماء الاجتماع والقائمين على دراسات الإعاقة إشكالية تصنيف الأشخاص ذوي الإعاقة كفئة واحدة رغم الاختلافات الجلية بينهم.

عرّف طوماس الإعاقة على أنها "تشير إلى تأثير القيود الاجتماعية التي يواجهها الأشخاص المصنفين على أنهم ضعفاء، من قبل أولئك الذين يعدون

عاديين، فالإعاقة هي علاقة اجتماعية بطبيعتها، وتشكل شكلاً من أشكال الاضطهاد الاجتماعي مثل التمييز على أساس الجنس - العنصرية علاوة على تفعيلها في التفاعلات الشخصية، قد تتجلى في أشكال اجتماعية بنوية أخرى". (Thomas, 2012, p211) بمعنى أنها تعبّر عن علاقة اجتماعية غير متكافئة، بين المعاقين ومن يُسمّون بحسبه بالعاديين، وأن تُدرس كما تدرس قضايا التنوع البشري، أما فيما يخص الضعف فهي مصاحبة للإعاقة وملازمة لها، ولكنها تختلف عنها مع ما يرتبط بهما من أبعاد بيولوجية واجتماعية وثقافية متداخلة. في تصوره المادي للإعاقة "أقرّ فينكلشتاين (Finklestein) أنه هو والآخرون، بصفتهم أشخاصاً معاقين، واجهوا خياراً صارخاً: ترى الإعاقة أساساً على أنها مأساة شخصية، أو تراها كشكل من أشكال الاضطهاد الاجتماعي، لقد كان واضحاً أن المجتمع هو الذي يعطلنا، والأشخاص ذوي الإعاقة هم فئة اجتماعية مضطهدة، فالإعاقة هي شيء مفروض على ضعفنا من خلال الطريقة التي نُعزل بها في المجتمع". (Thomas, 2004, p 571-572) كانت للأحداث الاجتماعية والسياسية دوراً في تغيير مفاهيم الإعاقة والتحليلات المرتبطة بها، كما ساهمت في إدخال متغيرات عدّة، حيث تم "إعادة تعريف الإعاقة من «النموذج الطبي» إلى «النموذج الاجتماعي» في حركة الإعاقة البريطانية، يوازي إعادة تعريف الحركة النسوية لتجربة المرأة في أوائل السبعينات، للتمييز بين الاختلاف البيولوجي، والاختلاف الاجتماعي والثقافي بين المرأة والرجل، حيث عدّ الضعف بأنه عجز الجسم أو العقل، أما الإعاقة فهي القهر الاجتماعي والاستبعاد" (Shakespeare, p13)، لذلك، خرج مفهوم الإعاقة من كونه يعبّر عن مشكلة شخصية تحمل تجربة ذاتية، ليصبح عبارة عن شكل من أشكال الاضطهاد الاجتماعي في المجتمع.

أكد كل من شكسبير وواطسون أن "الأشخاص ذوي الإعاقة معاقون من قبل المجتمع وليس بسبب إعاقتهم، ذلك بأن العجز حسبهم يؤدي دوراً ما في التسبب في الإعاقة، فالناس معاقون بسبب الحواجز الاجتماعية وأجسادهم، هذا العجز ليس بيولوجياً، ولكنه اجتماعي لأسباب أقلها الكلمات التي نستخدمها حيث يتم تحديدها اجتماعياً وثقافياً، وعليه، فالعجز والإعاقة يصفان جوانب مختلفة من تجربة واحدة"، (Thomas, 2004, p 573-574) يفهم

من هذا التأكيد أن الإعاقة والعجز متداخلان ويصعب فصلهما، فهما يعبران عن تداخل عوامل بيولوجية واجتماعية وثقافية عدّة، كما يتفق الباحثان مع ما ذهب إليه كل من فينكلشتاين وطوماس في أن الإعاقة في أصلها إعاقة اجتماعية تعيق هؤلاء الأفراد، وتمنعهم من المشاركة الكاملة في المجتمع، إلا أنهما يختلفان معهما في استبعاد الضعف من الحالة اليومية لهؤلاء الأشخاص، حيث بيّن أن العجز ساهم في عملية الإعاقة المعقدة.

من ناحية أخرى، صرّح بييري أن "الإعاقة ناتجة بشكل رئيس عن الضعف سواء كان مرتبطاً بالمرض، أو باضطرابات وراثية، أو بحادث ما وأن أي إنكار لعلاقة سببية بين المرض والإعاقة، يأتي ضد الحقائق اليومية التي يعيشها المرضى، وحدد الإعاقة على أنها قيد أو نقص في القدرة على أداء نشاط بطريقة طبيعية، التي تعود إلى المرض أو الضعف، مع ذلك لا ينكر بييري أن الإعاقة تتأثر بالسياق والثقافة" (Thomas, 2004, p p574-575). يقوي هذا الطرح ما قدمه شكسبير وواطسون في عدم الفصل بين العجز والاعاقة نظرا لارتباطهما وظيفياً ضمن الحالة المرضية.

كان للباحثين من ذوي الإعاقة، دور مهم في التطوير المفهومي للظاهرة "كان أحد المبادئ الأساسية لحركة الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع أنحاء العالم هو مبدأ التنظيم الذاتي، تحت شعار "لا شيء عنا بدوننا" (Nothing about us (about as without us)" (Shakespeare, 2008, p14). في الواقع تعبر هذه المفاهيم المتباينة عن تمايز العدسات والتصورات التي تصاحب هذا الاهتمام الأكاديمي والسياسي بهذه الفئة بالذات، حيث انطلق أصحابها من مضامين مختلفة أسست على نماذج متميزة حول الإعاقة، سواء كان نموذجاً مادياً أو نموذجاً اجتماعياً أو نموذجاً طبيياً، فلكل نموذج عدسته الخاصة التي يرى من خلالها قضايا الإعاقة.

3. في النموذج الاجتماعي للإعاقة

أفرزت حركات الإعاقة، مخرجات جديدة تعد خطوة إيجابية لتغيير أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة، كانت هذه الحركات تشبه إلى حد كبير تلك الحركات النسوية، كانت هناك حاجة ماسّة إلى نموذج عملي يقدم آليات

عملية جديدة تراعي خصوصية هذه الفئة التي تعد من الدرجة الثانية، نتيجة الحواجز البيئية المتعددة، وعدم مراعاة حاجاتهم اليومية، وعمليات الاستبعاد المتكررة.

ظهرت فكرة النموذج الاجتماعي للإعاقة لأول مرة "من وثيقة المبادئ الأساسية للإعاقة لاتحاد المعاقين جسدياً ضد الفصل العنصري (UPIAS 1976) في المملكة المتحدة، أنشأ من طرف عالم الاجتماع البريطاني المعاق مايك أوليفر (M. Oliver 1983) حيث جادل أنهم (أي المعاقين) ليسوا معاقين بسبب إعاقتهم، ولكن بسبب الحواجز المجتمعية، هذا النموذج يشكل إطاراً متكاملًا لفهم كل ما يحدث للأشخاص ذوي الإعاقة." (Oliver, 2013, p1)

ركّز النموذج الاجتماعي على الحواجز الخارجية التي تواجه الفرد المعاق، وأهم القيود الوظيفية، التي انصبَّ عليها النموذج الطبي، حيث أشار أوليفر إلى أن "النموذج الاجتماعي للإعاقة قد استند إلى فكرة بسيطة مفادها أن الأشخاص لم يكونوا معاقين بسبب القيود الوظيفية لإعاقتهم، ولكن بسبب الحواجز الخارجية التي حالت دون مشاركتهم الكاملة في المجتمع، أي أن الضعف قد يفرض قيوداً شخصية، لكن الإعاقة تنشأ عن طريق حواجز ثقافية واجتماعية معادية." (Oliver and Barnes, p p550-551)

يواجه العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة حواجز مختلفة في بيئة مناوئة على مستوى السكن، والنقل والمواصلات، وفرص التعليم والعمل، وأوقات الفراغ والترفيه، لذلك جاء النموذج الاجتماعي "للتركيز على الحواجز المختلفة التي يواجهها من يُنظر إليهم على أنهم يعانون من الإعاقة، تشمل الحواجز أنظمة التعليم التي يتعدّر الوصول إليها، والمباني والمرافق العامة وتقليل قيمة هؤلاء الأشخاص من خلال الصور النمطية السلبية التي تفرزها وسائل الاعلام المختلفة" (Thomas, 2012, p223) ، حرص هذا النموذج على بيان الممارسات التمييزية والتفاوتات الصحية بين الفرد المعاق وغير المعاق انتقد بشدة أولئك المهندسين المعماريين الذين لم يراعوا في تصاميمهم الهندسية حاجة هذه الفئة إلى مداخل ومخارج خاصة وواسعة، تسمح بإمكانية تنقلهم دون مساعدة خارجية، كانت هناك حاجة أكبر إلى لوائح ولافتات في الطرقات والممرات، تراعي المعاقين من الصم البكم أو فاقد البصر في التحرك بأريحية أكبر،

والأمر نفسه مع نظم التعليم، في حين كانت فرصهم في الحصول على عمل ضئيلة جدا مقارنة بغيرهم.

أضحت القوانين السارية أكثر إنصافاً، حيث دعت إلى المساواة والتوزيع المتكافئ للفرص والموارد، والخدمات الصحية والاجتماعية. رغم أن هذا النموذج هو مجرد أداة لتحسين حياة الناس، إلا أنه لم يخل من نقائص أنتقد عليها، ذلك بأنه حسب الباحثين يقدم تفسيرات جزئية ومحدودة، إذ لم يشر إلى التكنولوجيا وأهميتها الراهنة، وحاجة هذه الفئة للوصول إليها، وعلاوة على أنه لم يراع السياق الأشمل، لذلك تعالت أصوات تدعوا إلى الحاجة الملحة لنظرية سوسيولوجية تقدم رؤى وتصورات أشمل، وأكثر عمقا حول الأشخاص ذوي الإعاقة، وظروفهم الاجتماعية، والحواجز البيئية.

4. النظريات السوسيولوجية حول الإعاقة

للنظريات السوسيولوجية دور محوري في إدخال تصورات ومتغيرات جديدة في دراسة قضايا الإعاقة، لم يكن يشار إليها من قبل، اهتمت بالإعاقة كتنوع وكطبقة اجتماعية، كما اهتمت بالحواجز البيئية، وهوية الفرد المعاق وتجاربه وتصوراته نحو العالم، وتأثيرات النظام السياسي والاقتصادي في الإعاقة، وما إلى ذلك.

تعدد النظريات السوسيولوجية حول الإعاقة بوصفها ظاهرة اجتماعية وثقافية، يعبر عن تنوع الرؤى الفكرية والمضامين المفاهيمية التي انطلقت منها، على هذا الأساس سيتم الإشارة إلى أهم هذه المنظورات مثل: النظرية الوظيفية (Funcionalist) والاقتصاد السياسي (Political economy) أو ما يسمّى بالبنوية النقدية، والنزعة الإنسانية الراديكالية (Radical humanism) ثم الواقعية النقدية (Critical realist)، وأخيراً البنوية الراديكالية (Radical structuralism). يبيّن طوماس أن "علم الاجتماع الطبي لديه نموذج انحراف اجتماعي في جوهره المفاهيمي، وأن تطوير علم اجتماع للإعاقة يقتضي رفض نموذج الانحراف الاجتماعي لصالح نموذج الاضطهاد الاجتماعي وفعلا منذ سبعينيات القرن الماضي، تحولت عدسة الانحراف

الاجتماعي من الفرد المريض إلى البعد البنيوي ثم إلى حالة الاستبعاد الاجتماعي" (Thomas, 2012, p 213-218).

1.4. الوظيفة.

ارتبط المنظور السوسيولوجي للإعاقة في بداياته بالنموذج الطبي المهيمن الذي ركز على الفرد وأهم الأبعاد الأخرى كما تم الإشارة إليه آنفاً على هذا الأساس كان المنظور الوظيفي يتبع نموذج الانحراف الاجتماعي كعدسة في تناوله لقضايا المرض والإعاقة، حيث يعدّ الفرد المريض أو المعاق منحرف اجتماعياً، يمثل هذا الاتجاه السوسيولوجي الأمريكي تالكوت بارسونز (1951)، حيث "ركز على الانحراف الاجتماعي الذي تمثله مجموعات السكان الذين تخلوا عن الأدوار الاجتماعية لصيانة واستمرارية الكائن الاجتماعي، واقترح أن الوظيفة الاجتماعية للطب هي احتواء هذا التهديد من خلال تنظيم الوصول إلى الدور المريض (Sick role)، وأن الأمراض المزمنة تهدد التوازن المجتمعي، وبالتالي تتطلب مزيداً من الاحتواء الطبي (Medical continement)" (Thomas, 2012, p216).

كان يرى أن الفرد في خدمة النظام الاجتماعي، وبالتالي كل فرد له دور منوط به في النسق الفرعي الذي ينتمي إليه وظيفياً، لذلك أقر أن الفرد المريض أو المعاق من خلال عدم قدرته على أداء الدور، يؤدي إلى تهديد توازن النظام الاجتماعي، وأن "الإعاقة نتاج جسم مادي معيب يكافح للهروب من المخاطر والحتمية البيولوجية، حيث تفهم محاولات الخروج من الدور المريض على أنها إنكار أو سوء توافق، تبدأ الوظيفية وتنتهي مع الأفراد والحفاظ على النظام الاجتماعي، وتركز على طرق إدارة الأشخاص ذوي الإعاقة للحفاظ على النظام الاجتماعي، والسيطرة على الأفراد علاجياً" (Goodley, 2011, p 52-53)، على عكس الأطروحات الأخرى اهتمت الوظيفية بتأثير الفرد المريض في توازن النظام الاجتماعي، بدل تأثير النظام الاجتماعي في الفرد المريض.

المرض حسب الوظيفيين هو "حالة محتملة من الانحراف الاجتماعي أي الفشل في الامتثال لتوقعات المجتمع والمعايير بطريقة ما، تسبب خللاً (Dysfunction) جسدياً واجتماعياً، وبالتالي يجب تخفيفه بأسرع ما يمكن

لذلك فإن دور مهنة الطب هو العمل كمؤسسة ضرورية للرقابة الاجتماعية، أو حارس أخلاقي للمجتمع" (Lupton, 2012, p4).

يتضح من تصورات بارسونز أن المرض يعبر عن خلل وظيفي على مستوى الأدوار الاجتماعية، وهذا ما يبيّن أنه يحمل مواقف سلبية نحو هذه الفئة، لما تشكّله من انحراف عن الوضع الأصلي الملائم، في حين عدّ الطب كمؤسسة رقابية مهمة في معالجة هذا الخلل، وإعادة حالة التوازن إلى النظام الاجتماعي، وأهم دور النظام في الإصابة بالمرض أو الإعاقة، علاوة على هذا، أثبت الواقع المعيش أن الفرد المعاق يمكن أن يؤدي أدواراً محددة رغم حالته الصحية، كما أن الطب في كثير من الأحيان يمكن أن يعزّز في سلبية الأصحاء نحو غير الأصحاء.

2.4. الاقتصاد السياسي.

لم تقدم الوظيفية التصورات والتفسيرات المنتظرة حول الصحة والمرض، كانت هناك دعوات إلى طروحات مغايرة وأكثر اهتماماً بالبيئة الاجتماعية، وأكثر انصافاً للمرضى أو المعاقين، على ضوء هذا "تطور منظور الاقتصاد السياسي كاستجابة نقدية للوظيفية في سياق التغيرات الأكبر في الفكر الاجتماعي التي حدثت في السبعينات، بالنسبة لمفكرها يتم تهميش المرضى والمسنين أو المعاقين جسدياً من قبل المجتمع؛ لأنهم لا يساهمون في إنتاج واستهلاك السلع مثل النساء، وغير البيض، وهي فئات تعاني من حرمان اجتماعي، ومن قيود في الوصول إلى الخدمات الصحية" (Lupton, p5).

أكد أنصار الاقتصاد السياسي أن الطب كمؤسسة للرقابة الاجتماعية تعمل على "إدامة عدم المساواة الاجتماعية بين المتميزين والمحرومين بدلاً من تخفيضها، حيث ينظر إلى الرعاية الصحية في ظل الرأسمالية على أنها غير فعالة إلى حد كبير، وغير منصفة كذلك، كما جادل إيلش (Illich 1976) أن الطب الحديث كان ضاراً جسدياً واجتماعياً؛ لأنه يخفي الظروف السياسية التي تسبب اعتلال الصحة، والهادفة للسيطرة عليهم" (Lupton, p 5-6)، وهذا يعني أن الممارسات الطبية من هذا المنظور تعمل على إنتاج وإعادة إنتاج التفاوتات الصحية، والسيطرة على الأفراد، وإخفاء الحقيقة وراء التناقض

القائم بين تطور الطب والتقنيات الطبية، وزيادة الأمراض والأوبئة بصفة مستمرة. انتقد أنصار هذا الاتجاه بشدة النظام الرأسمالي الذي يستبعد المعاقين لعاملين أساسيين:

العامل الأول يرتبط بقدرة هؤلاء على أن يكونوا قوة عاملة قابلة للاستغلال الرأسمالي في إنتاج السلع.

العامل الثاني يرتبط باستهلاك السلع، فعدم قدرة هؤلاء على العمل، تعني في الغالب عدم قدرتهم على استهلاك السلع التي ينتجها غيرهم، لذلك كانت عملية الاستبعاد الاجتماعي حسب هؤلاء تنزع نحو تقسيم طبقي قائم على إنتاج واستهلاك السلع أو عدمها.

أصبحت الرأسمالية أكثر اهتماماً بفئات اجتماعية عما كانت عليه من قبل، لكن هذا التوجه ذو معطى مادي محض، حتى الرعاية الصحية، أضحت سلعة عند الرأسماليين، حيث "عرّف ألبريخت (1992) الإعاقة كمشكلة اجتماعية، وأن الاستجابة لها في الرعاية الصحية في الوم.أ، كانت مبنية على شكل أمريكي من الرأسمالية التي أكدت على الرعاية الصحية كسلعة يمكن تسويقها وبيعها من أجل الربح" (Bird and others, p 202-203)، يمكن الاستدلال على ذلك من خلال العديد من المنتجات الاستهلاكية الموجهة للمرضى وذوي الإعاقة، سواء كانت الكراسي المتحركة أو البرمجيات الموجهة للصم والبكم، وفاقدى البصر، أو نظم التعليم المستحدثة ضمن ما يعرف بالمدارس الخاصة والتربية الخاصة، وهي كلها آليات رأسمالية ترمي إلى الربح بدرجة أولى، ولا ترمي بالضرورة إلى مساعدة هؤلاء المرضى والمستنّين.

إن الترويج للرعاية الصحية كسلعة، يستحضر قضايا أخرى تتعلق بأخلة الطب في حدّ ذاته، فالنظام الرأسمالي هو من يمول الأبحاث والتجارب الطبية، لذلك يعد الطب الحديث في خدمة النظام الاقتصادي الرأسمالي، فضلاً عن وسائل الإعلام، وبالتالي السيطرة على المرضى والمعاقين، وطرق العلاج، والآليات المستخدمة، وإخفاء الحقائق، وترويج معلومات بديلة عنها كالترويج "لاستخدام الأدوية والتكنولوجيا الطبية بدلاً من الوقاية من المرض فأسباب اعتلال الصحة الأكثر انتشاراً ترتبط بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي هي نتيجة للإنتاج الرأسمالي، كالأطعمة المعالجة بالمواد

الكيميائية التلوث - المخاطر المهنية - الضغوط النفسية، هذا الترويج لهذه المعرفة الطبية يخدم مصالح الطبقات الحاكمة، فهي ليست محايدة سياسياً" (Lupton, p p6-7)، مع ذلك، لم يقدم هذا المنظور تفسيرات أخرى مرتبطة بالعلاقة بين الإعاقة والضعف، الطب والمرض، والجوانب الإيجابية للنظام الأسمالي في المجال الصحي، مكتفياً بنقده فحسب.

3.4. النزعة الإنسانية الراديكالية.

ركز أنصار النزعة الإنسانية الراديكالية على دور الثقافة والأيدولوجيا في استبعاد فئات اجتماعية معينة، من بينهم فئة المعاقين ذهنياً، لذلك تعد الإعاقة حسيهم ظاهرة ثقافية وليست ظاهرة طبية فحسب، لاسيما وأن الثقافة هي من تنتج وتعيد إنتاج تصنيفات معينة ترتبط بالأيدولوجيا المهيمنة في سياق زمني ومكاني محدد، حسب هذا الاتجاه "للعجز والإعاقة دلالات ثقافية تتشكل من خلال الثقافة والأيدولوجيا، حيث يتم سحب الإعاقة والعجز من أسسها الوظيفية، وإعادة صياغتها كصفات أيدولوجية تم إنتاجها ثقافياً والتفاوض بشأنها (Klotz 2003)، بينما استنتج ليفين ولينجنس (Levin and Langness)، أن التخلف العقلي هو ظاهرة اجتماعية وثقافية بقدر ما هو ظاهرة طبية وراثية أو معرفية - نفسية." (Goodley, p p52-59)

تصور الناس للعجز والإعاقة هو إنتاج ثقافي وأيدولوجي، أُريدَ به أن يتم فهم الإعاقة وفقه دون غيره، وهو يقوم في الأصل على التصنيف والفصل وفق مضامين ثقافية، لذلك "تفهم الإعاقات الذهنية على أنها بناء أيدولوجي يرتبط بإجراءات فردية ونفسية وطبية تصنف السكان من حيث الصفات أو الدلالات الثقافية، العنصرية والعجز هي أجهزة أيدولوجية معقدة للمهيمنة ترتبط بالحفاظ على السلطة، والسيطرة على الموارد، وعليه، يصبح الجسم المعاق حاوية ثقافية (Culture container) لجميع أمتعة الجسد الطبيعي الثمين" (Goodley, p59). هذا الطرح يتشابه إلى حد كبير مع ما ذهب إليه أنصار الاقتصاد السياسي حول إنتاج وإعادة إنتاج الهيمنة على السلطة والمجتمع، إلا أنهم ركزوا أكثر على الغايات الربحية للاقتصاد الرأسمالي كمنطق اقتصادي تملّص من أبعاده الأخلاقية والاجتماعية، في حين ركّز الانسانيون

الراديكاليون على توظيف هؤلاء للأيديولوجيا والثقافة للوصول إلى الهيمنة التي تقدم أفراداً وتستبعد آخرين، وفق تصنيفات ومضامين ثقافية وضعوها عبر عمليات اجتماعية مختلفة وممتدة زمنياً.

اقترح غاي (Ghai 2006) أن "المنظور الإنساني الراديكالي يحلّ بشكل نقدي المعتقدات والقيم الثقافية لتحريرنا من عبودية التعطيل، في حين اهتم دونالدسون (Donaldson 2002) بالإنتاج الثقافي للأجساد، أما بريس (Price 2007) فقد اهتم برواية الجسد السياسي المثالي، أما كل من بارنز (1993) وشكسبير (1997)، فقد ركزا على التصورات الأيديولوجية للعجز/القدرة (Dis/ability)". (Goodley, pp57-60). يتفق هؤلاء في ضرورة فهم الممارسات الأيديولوجية، والأنماط الثقافية المتجسدة في المجتمع والتصورات المختلفة، وضرورة نقدها؛ لأنها غير محايدة سياسياً، وتحمل دلالات وقيم ومعتقدات، تركز عملية الاقصاء الاجتماعي بين من يجب أن يكونوا أفراداً مميزين، وبين من يجب أن يكونوا مهمّشين، لذلك ما يتصوره الناس حول الجسد هو في الأصل إنتاج ثقافي كان يمكن أن يكون مغايراً، ولا يحمل مضامين إقصائية أو تمييزية، فمن يهيمن هو من يفرض أيديولوجيته عبر القنوات الاجتماعية التي يتحكم في الناس بها.

من الواضح جداً، أن أنصار هذا الاتجاه دعوا إلى ضرورة بناء فهم اجتماعي وثقافي حول الإعاقات الذهنية، بعيداً عن الهيمنة الأيديولوجية للطب. تركيز هذا المنظور على عملية التطعيم الثقافي والأيديولوجي حول مواضيع ذات أبعاد اجتماعية وثقافية وسياسية، لا يجب أن يهمل دور الضعف في الإعاقة، ودور التجارب الشخصية لهؤلاء المرضى في فهم الإعاقة، وهو ما أهمله هذا المنظور، فضلاً عن العلاقة بين الطبيب والمعاق ذهنياً، وتباين التمثلات والغايات بينهما في عالم غير متكافئ.

4.4. الواقعية النقدية.

ينطلق منظور الواقعية النقدية من فكرة بسيطة ومستحدثة ترمي إلى رآب الصدع كما أشار إلى ذلك سيمون ويليامز (1999)، تعد الإعاقة "خاصية ناشئة، تقع من الناحية الزمنية، من حيث التفاعل بين الواقع البيولوجي للضعف الفسيولوجي والتكيف البنيوي (التمكينات/ القيود)، والتفاعل الاجتماعي

والثقايف/ التفصيل" (Williams, p810) ، أي أن الإعاقة لا يمكن فهمها إلا في امتدادها الزمني، وحالتها المستمرة، ولا يمكن فهمها في سياق تفاعلي بين الواقع البيولوجي الذي يعبر عن الضعف الفسيولوجي الفردي المصاحب للإعاقة، والتكيف البنيوي الذي يعبر عن مختلف التمكينات البيئية ومختلف القيود والحواجز البيئية.

يتضح جلياً أن الواقعية النقدية تربط الإعاقة بالضعف ولا تستبعده وتربط الإعاقة بالبيئات في ثنائية التمكين/ التقييد، ولا تستبعدها، لذلك "لا تعد الواقعية النقدية بديل لنماذج « المأساة الشخصية » و«الاضطهاد الاجتماعي» للمرض المزمن والإعاقة فحسب، ولكن أيضاً لنظريات ما بعد الحداثة بشكل عام. كانت تهدف إلى إعادة الجسم البيولوجي مرة أخرى إلى الداخل" (Williams, p p799-805). وهذا يوحي بأن الإعاقة موجودة داخل الجسم وليس خارجه، حتى وإن كان هذا الجسم المعاق يعاني من حواجز اجتماعية مختلفة حيث جمع الواقعيين النقيدين بين التجربة الشخصية للإعاقة والضعف مع القيود البيئية.

إن إعادة الجسم البيولوجي إلى حلبة النقاش، يعبر في حقيقة الأمر عن تصور وجودي حول مكن الإعاقة داخل الجسم أم خارجه، أشار بهاسكار (Bhaskar 1989) إلى ما أسماه "بالمغالطة المعرفية (Epistemic Fallacy)"، وهي الخلط بين الأنطولوجي والمعرفي، أي الاعتقاد بأنه يمكن تحليل العبارات حول الوجود من حيث البيانات حول معرفتنا (بالوجود) فالجسد هو كيان حقيقي، بغض النظر عما نسميه، أو كيف نلاحظه" (Williams, p806).

ما يميز المنظور الواقعي النقدي هو تركيزه على الثنائية البنيوية (تمكين/تقييد) وتجارب شخصية/بيئة خارجية، وأيضا ابتعاده عن الطروحات الحتمية أحادية الجانب، وأن الفرد يأخذ قيمته وماهيته الوجودية من كونه كائن حي، بغض النظر إذا كان الجسد معاق أم لا، أو نتصوره كذلك أم لا، في نهاية الأمر لا بد من أن يتم التركيز على التجارب والأحداث والآليات التوليدية التي تعطي للأفراد معنى أنطولوجي حول طبيعة الواقع الاجتماعي الذي أوجده هؤلاء الأفراد بغض النظر عن حالتهم الجسدية أو كيف يتصورونهم كآخر.

5.4. البنيوية الراديكالية.

غير بعيد عن أطروحات الاقتصاد السياسي والنزعة الانسانية الراديكالية حول إشكالية الاستبعاد الاجتماعي والاقتصادي لبعض الفئات الاجتماعية، "تشير الإعاقة من منظور البنيوية الراديكالية إلى الاقصاء الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والبنوي للأشخاص ذوي الإعاقة، ذلك بأن العالم الاجتماعي في صراع دائم، حيث تتعرض مجموعات اجتماعية معينة دائما للخطر، الاغتراب والقمع، والوعي الزائف، حسب ألتوسير (Althusser 1971) تفهم الإعاقة على أنها عنصر واحد من عناصر الأيديولوجيا" (Goodley, p 51-52)، فحسب هذا الأخير الطب هو إحدى أجهزة الدولة الأيديولوجية، في حين جاء هذا الطرح مناقضا للواقعية النقدية، حيث كان للبنيوية الراديكالية رأي آخر في الإشارة إلى تأثير الرأسمالية في عملية الإقصاء المختلفة للأشخاص ذوي الإعاقة.

"أثرت البنيوية الراديكالية خاصة المادية التاريخية بشكل كبير في دراسات الإعاقة البريطانية (فينكلشتاين - أوليفر - طوماس - بارنز - بارتون) حيث نظرت إلى قضايا مثل المرض والإعاقة، على أنها نتاج للرأسمالية يصبح المعوقون أكثر استبعاداً من قبل الرأسمالية؛ لأنها تطور أنماطا للإنتاج تجعل العمل سلعة يتم شراؤها وبيعها في السوق." (Goodley, p 60-61). أي أن العقلانية الاقتصادية الرأسمالية تستبعد الكثير من المرضى والمعاقين؛ لأن متطلبات هذه العقلانية تتعارض وهؤلاء الأشخاص الذين يوصفون بعدم القدرة على الإنتاج وحتى الاستهلاك، وهذا ما زاد من تهميشهم وعزلتهم.

ركّز منظرو هذا الاتجاه على عدم المساواة والتقسيم اللامتكافئ للفرص والموارد، كنتاج للممارسات والأيديولوجيات الرأسمالية، حيث "كان لعمل الماركسيون الجدد مثل ألتوسير (1971) وإليش (1977) تأثيراً في وضع تصور لمهن الإعاقة كممارسين أساسيين للدولة: الحفاظ على وضعهم من خلال إعادة إنتاج الأيديولوجيات الحاكمة التي حوّلت المعاقين إلى متلقين سلبيين لتدخل الدولة، كان ينظر إلى الميول الإمبريالية للطب على أنها ممارسات تدعم عدم المساواة الطبقيّة." (Goodley, p61)، وهذا ما يجعل الطب جهازاً أيديولوجياً في يد الدولة، لإنتاج وإعادة إنتاج هيمنتها على الأفراد والمجتمع من ناحية، ولإنتاج وإعادة إنتاج عدم المساواة والتهميش لفئات اجتماعية معينة من ناحية أخرى. ما يمكن استخلاصه هنا، هو تركيز هذا المنظور على البنى الاجتماعية والاقتصادية، وإهماله لتجارب الفرد المعاق وحالة الضعف المصاحبة للإعاقة، رغم أهمية هذه الجوانب مجتمعة في تقديم فهم أفضل للإعاقة.

خاتمة:

لم يقدم النموذج الطبي للإعاقة الإجابات الوافية التي يتطلع إليها الأشخاص ذوي الإعاقة، رغم هيمنته على المشهد لاسيما في ستينيات وسبعينيات القرن الماضي، حيث حدد الإعاقة كمشكلة فردية تحتاج إلى العلاج وإعادة التأهيل، هذا التعاطي مع موضوع الإعاقة كموضوع طبي أفرز تصنيفات اجتماعية بين الأصحاء وغير الأصحاء، أنتجت بدورها توزيع غير متكافئ للفرص والقيمة المعطاة لكل منهما، كما أفرزت تصورات معينة تتجلى في تمثيل الإعاقة كانحراف اجتماعي، ومنه تهميش وإقصاء هؤلاء المنحرفين مؤسسياً.

تزايدت المطالب، لاسيما في بريطانيا، الوم، والسويد، بضرورة إعادة تعريف الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، وإدراجهم كمواطنين لهم نفس حقوق المواطنة مع غيرهم، كان المطلب الرئيس هو الحصول على الرعاية الاجتماعية والصحية بدون تمييز مهما اختلف نوع الإعاقة، ظهور حركات الإعاقة، شجع الباحثين في العلوم الاجتماعية على الاهتمام بكذا ظاهرة بوصفها موضوع

معرفي، بعدما كانت مجرد قضية اجتماعية لأقلية من الناس، كانت هناك الحاجة إلى علم الاجتماع الطبي لإثارة أبعاد متعددة أهملها النموذج الطبي. أظهرت العديد من الأبحاث والدراسات السوسولوجية بداية من السبعينات، رؤى مختلفة عن الأطروحات الطبية، حيث أدخلت العديد من المتغيرات الجديدة في موضوعات الإعاقة، ثم إعادة تعريف الإعاقة في ضوء علاقتها مع الضعف، وتأثير البيئة الاجتماعية، لذلك كان هناك ميل إلى تأسيس علم اجتماع الإعاقة كحقل معرفي فرعي، الغاية من ذلك التركيز على التوجهات المستقبلية لدراسة الظاهرة من خلال دراسة البيئات المادية والاجتماعية، وإعادة تعريفها وهندستها، واكتشاف البنى الخفية وراء التوزيع غير المتكافئ للفرص والتفاوتات الصحية، وتفكيك الانقسام الثنائي القائم على تصنيف الناس حسب حالتهم الصحية.

يقرّ علماء الاجتماع المهتمين بالإعاقة بأن تهميش واستبعاد المعاقين يتجدر في التاريخ البشري، وليس وليد اللحظة، وهي حقيقة لا يمكن إهمالها وأن الصور النمطية السلبية، وحالات الوصم والتمييز، قد ترسخت في ممارسات الأفراد وحتى المؤسسات، مع ذلك هناك مجالات اهتمام مستحدثة تثير اهتمام هؤلاء الباحثين، كدراسة الهوية، والصحة الرقمية، والميول الجنسية، ونمط الحياة، والوصم، والسير الذاتية، وكيف يمكن للتكنولوجيا أن تغير من دور المعاق إلى دور جديد وفاعل، فضلاً عن انعكاسات وباء كوفيد 19 عليهم، وما إلى ذلك من القضايا، التي ترمي إلى زيادة الفهم المتعلق بهذه الظاهرة المعقدة، بدلاً من التركيز على الظروف المعيشية فحسب، وهي أمور يجب أن يتفطن لها صناع القرار ونشطاء المجتمع المدني، وعدم الاكتفاء بقضايا جزئية لم تعد مهمة.



قائمة المراجع:

- Goodley, D. (2011). *Disability Studies: An interdisciplinary introduction*. USA: sage.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as culture*. USA: sage.
- Oliver and Barnes. (2010). Disability studies, disabled people and struggle for inclusion. *British journal of sociology of education*, 31(5), 547-560.
- Oliver, M. (2013). The Social model of disability: Thirty years on. *Disability and society*, 1-3.
- Bird and Others. (2010). *Handbook of medical sociology*. USA: Vanderbilt university.
- Shakespeare, T. (2005). Review article: Disability studies today and tomorrow. *sociology of health and illness*, 27(1), 138-148.
- Shakespeare, T. (2008). *Disability: The Basics*. UK: Routledge.
- Thomas, C. (2004). How is disability understood? An examination of sociological approaches. *Disability and society*, 19(6), 569-583.
- Thomas, C. (2012). Theorising disability and chronic illness: Where next for perspective in medical sociology? *Social theory and health*, 10(3), 209-228.
- Williams, S. (1999). Is any body there? Critical realism, chronic illness and the disability debate. *sociology of health and illness*, 21(6), 797-819.