الفصل السابع

بحوث ودراسات ميدانية
فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين

بحوث ودراسات ميدانية
فى مجال رعاية وتأهيل المعاقين

المبحث الأول
نحو قانون لرعاية المعاقين
فى الإمارات العربية المتحدة
دراسة ميدانية (*)

إعداد: أ.د. مدحت محمد أبو النصر

* احدى بحوث مؤتمر التشريعات الاجتماعية فى الإمارات، الذى نظمته جمعية الاجتماعين، الشارقة: 25 – 26 مارس 1997. كذلك تم نشر البحث فى كتاب بنفس الاسم، صادر عن جمعية الاجتماعين عام 1998، ص ص 291 – 347.

نحو قانون لرعاية المعاقين
فى الإمارات العربية المتحدة
دراسة ميدانية

المقدمة :

التشريعات الاجتماعية Social Legislations بصفة عامة أصبحت ضرورة تحتمها طبيعة الحياة الإنسانية المعاصرة نظراً لتشابك العلاقات والمصالح وتعقد المشكلات وتداخل النظم.. وذلك حتى نضمن حياة أفضل للإنسان فى تفاعله مع البيئة المحيطة به.

ولقد صدرت عدة تشريعات اجتماعية فى الإمارات العربية المتحدة منذ أوائل السبعينات وحتى الوقت الحاضر، وذلك لتنظم الحياة الاجتماعية لشعب الأمارات وللحفاظ على حقوقه الاجتماعية ووضع الضمانات اللازمة لذلك.

إلا أن فئة المعاقين فى الإمارات (وفى معظم دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية) لم يصدر فى حقهم قانون ينظم أوجه الرعاية التى تقدم لهم ويقرر حقوقهم ويحدد الجهات المسؤولة فى هذا الشأن.

ومع تنوع الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية والتأهيلية اللازمة للمعاقين فى الإمارات والتوسع فى هذا المجال، ووجود مراكز حكومية وجمعيات ذات نفع عام ومؤسسات خاصة تعمل مع المعاقين – تبرز الحاجة لتنظيم هذه الخدمات والمنظمات وفق أسس تشريعية مناسبة تكفل الوفاء بتلك الخدمات بمستحقيها من جهة، وضبط نوعيتها من جهة أخرى، وذلك بدلا من ترك الأمور لمشاعر الشفقة والعطف التى تختلف من شخص لآخر او تبعا لخلفيته الاجتماعية والتعليمية والدينية، أو تبعا لدرجة فهمه ووعيه بقضية الإعاقة.

وانطلاقاً من هذه الاعتبارات تنادى الدراسة الحالية بضرورة سن قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات. وتهدف هذه الدراسة على إظهار أهمية استصدار هذا القانون، وتحديد الخطوات التى يمكن السير عليها لوضع القانون. وتحاول الدراسة أيضا تحديد ملامح ومصادر ومحتويات هذا القانون.

وتشمل الدراسة على أجزاء نظرية أخرى عن: أهمية التشريعات الاجتماعية، الموقف التشريعى لرعاية المعاقين فى الإمارات والمحاولات والجهود السابقة التى بذلت نحو إصدار قانون خاص للمعاقين فى الإمارات.

وتتضمن أيضا الدراسة جزاء ميدانيا يهدف على التعرف على وجهة نظر المعاقين وأولياء أمورهم، والمسؤولين عن مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات عن موضوع الدراسة.

أولاً : التشريعات الاجتماعية فى الإمارات العربية المتحدة :

1- مدخل :

مصطلح التشريع Legistion يشير على كل ما هو متعلق بالقوانين (خليل أحمد: 1994، 124) واللوائح والأنظمة المتعلقة بموضوع معين والتشريعات هى مجموعة القواعد التى يقيس عليها المجتمع شؤون حياته وأساليب بقائه واستمراره. والعدل فى المجتمع هو مقياس حضارته وتقدمه واستقراره (أحمد السنهورى: 1992، 241).

ويقول أرسطو (384 – 322ق. م) فى كتابه " السياسة ": أن القانون هو العقل المجرد من الهوى، وأن الإنسان فى كماله أفضل الحيوانات، فإن جانبه القانون العادل صار أكثر شراً (على عبد القادر 1983، 143 – 144).

فالتشريعات بصفة عامة أصبحت ضرورة تحتمها طبيعة الحياة الإنسانية المعاصرة ومن هذه التشريعات الهامة فى حياة الإنسان: التشريعات الاجتماعية تلك التى تساهم فى تنظيم حياته الاجتماعية وضمان حقوقه الاجتماعية. إن الحفاظ على حقوق المجتمع بمختلف فئات أصبح واجباً أصيلاً ملقى على عاتق

الدولة الحديثة. وعلى الدولة أن توفر الحماية لهذه الحقوق من خلال إحالة تنظيمها إلى السلطة التشريعية والتى تمارس هذا الدور بإصدار القوانين التى يحتاجها المجتمع (محمد الركن: 1996، 133) وذلك بعد الدراسة المتأنية وأخذ رأى المجتمع بشكل أمين.

إن شعور الفرد بالمسئولية قبل مجتمعه، وتفاعله مع مشكلاته وقضاياه، من جانب، والتزام المجتمع بالتضامن مع الفرد، عندما يكون الفرد غير قادر على مواجهة ظروف الحياة بإمكانياته الخاصة، من جانب آخر، هما شرطان لابد من توافرهما إن نحن أردنا أن نحقق حياة اجتماعية متوازنة داخل أى دولة من الدول (هاشم فرعون: 1989، 195).

والتزام الدولة والمجتمع بالتضامن مع الفرد عندما يكون غير قادر على مواجهة ظروف الحياة بإمكانياته الخاصة، يكون الخاصة، يكون بطرق كثيرة منها استصدار القوانين التى تضمن حقوق هذا الفرد فى مختلف مجالات الحياة (See:Sheldon Eiesenberg: 1979). إن المجتمع المدنى هو جوهرة مجتمع تحكمه التشريعات والقوانين والأنظمة، وليس الأعراف والعادات والتقاليد الموروثة، بل إن تطور ونمو هذا المجتمع سيعتمد اعتماداً كبيراً على تطور البناء التشريعى والقانونى فيه (عبد الخالق عبد الله وآخرون1995، 25).

2- التشريعات الاجتماعية فى الإمارات العربية المتحدة :

اعتمد مجتمع الإمارات منذ بدايته فى تنظيم أمور حياته على التوجيهات والقيم العربية الأصيلة، وعلى منهج الإسلام عندما دخل المنطقة مع بداية القرن الأول الهجرى (بداية القرن السابع الميلادى) ثم دارت عجلة الحياة وأصبح التوجه – فى العلم المعاصر – هو تقنين تلك التوجيهات العربية والإسلامية فى صورة تشريع، هذا ما فعله المشرع فى الإمارات العربية المتحدة عندما أصدر العديد من التشريعات.

ولقد بدأت تتضح المعالم التشريعية فى الإمارات فـــى أوائـــل الـــسبعينات. فظهرت فى عام 1970 بعض التشريعات مثـــل: قـــانون العقوبـــات، قـــانون الإجراءات الجنائية، قانون الإجراءات المدنية، قانون تشكيل المحاكم .. (ندوة التطور التشريعى: 1996). ثم بعد ذلك بسنوات ظهرت كثير من التـــشريعات الاجتماعية مثل:

- القانون رقم 13 لسنة 1972، فى شأن الإعانات الاجتماعية.
- القانون رقم 16 لسنة 1974، فى شأن الجمعيات ذات النفع العام.
- القانون رقم 9 لسنة 1976، فى شأن الأحداث الجامحين والمتشردين.

ثم فى فترة الثمانينات ظهرت بصورة أقل عـــدداً مـــن الفتـــرات الـــسابقة تشريعات اجتماعية أخرى مثل: قانون 13 لسنة 1981، فى شـــأن الـــضمان الاجتماعى. والقانون رقم 5 لسنة 1983 فى شأن دور الحضانة.

أيضاً أصدرت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية مجموعة من القـــرارات الاجتماعية واللوائح التنفيذية منها على سبيل المثال:

- قرار وزارى رقم 2/32 لسنة 1983 فى شأن اللائحة التنفيذية لتنظـــيم دور رعاية الأحداث وإصلاحهم (أنظر: مدحت أبو النـــصر، وراشـــد محمـــد راشد: 1996).
- قرار وزارى رقم 1 لسنة 1989، فى شأن اللائحة التنفيذية للقانون رقم 5 لسنة 1983.

وتتميز فترة الثمانينات أيضاً ببعض التعديلات فى التشريعات الاجتماعيـــة التى ظهرت فى السبعينات، وذلك فى ضوء خبرات التطبيق، وحتى تتلاءم مع التطور السريع الذى يحدث فى مجتمع الإمارات. فنجد القانون رقم 20 لـــسنة 1981 المعدل للقانون رقم 6 لسنة 1974 فى شأن الجمعيات ذات النفع العام، والقانون رقم 13 لسنة 1981 المعدل للقانون رقم 9 لسنة 1977 فـــى شـــأن الضمان الاجتماعى. أما فترة التسعينات .. فقد ظهرت قوانين اجتماعية أخرى

مثل القانون رقم 47 لسمو 1992 فى شأن صندوق الزواج، والقانون رقم 21 لسنة 1991 فى شأن تعديل القانون رقم 13 لسنة 1981 فى شأن الضمان الاجتماعى. هذا وظهرت فى هذه الفترة بشكل واضح مجموعة من القرارات واللوائح التنفيذية التى ساهمت إلى حد كبير فى إنارة الفكر القانونى، من هذه القرارات نذكر:

- قرار مجلس الوزراء رقم 6 لسنة 1993 فى شأن اللائحة المالية لصندوق الزواج.

- قرار وزارى ورقم 348 لسنة 1993 فى شأن تنظيم جمع المال من الجمهور (أنظر: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية: 1995).

لقد حققت الإمارات نهضة اقتصادية واجتماعية شهدت بعا دول ومنظمات دولية. ففى تقرير التنمية البشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائى لعام 1995، احتلت الإمارات العربية المرتبة الـ 45 بين دول العالم كافة، والمرتبة الثانية بين الدول العربية (موزة غباش: 1996، 10-11).

ومن ملامح هذه النهضة القوانين الاجتماعية التى أصدرتها دولة الإمارات منذ عام 1970 وحتى الوقت الحاضر بهدف رعاية أبناء الوطن وتنظيم حقوقهم والتأكيد عليها.

ثانياً : الموقف التشريعى لرعاية المعاقين فى الإمارات العربية المتحدة :

1) عدم وجود قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات :

مع كل هذا الزخم من القوانين الاجتماعية التى أصدرتها دولة الإمارات لتنظيم الحياة الاجتماعية وضمان الحقوق الاجتماعية لأبناء الوطن، إلا أنه فيما يتعلق بفئة المعاقين لم يصدر فى حقهم قانون خاص بهم ينظم أوجه الرعاية التى تقدم لهم ويقرر حقوقهم بشكل واضح ومحدد وملزم ..[1]. وبعقد مقارنة بسيطة مع فئات أو شرائح أخرى فى المجتمع، فنجد أن الاهتمام بفئة الأحداث من الناحية القانونية قد تم حوالى عشرين عاما حيث صدر فى حقهم قانونا منذ

علم 1976، بينما فئة المعاقين لم يصدر فى حقهم قانون حتى الآن (مدحت أبو النصر:1996، 23).

والتساؤل هنا بكل صراحة: هل لأن فئة الأحداث الجانحين تؤثر فى استقرار الأمن داخل البلاد فيصدر فى حقهم قانون، بينما المعاقين ليس لهم تأثير يذكر فى خلخلة الأمن بالبلاد، فلا يهتم أحد بإصدار قانون لهم؟.

لقد صدرت فى معظم دول العالم مثل: (الولايات المتحدة الأمريكية، بريطانيا، فرنسا، السويد، هولندا، ألمانيا، النرويج...)، وكثير من الدول العربية مثل: مصر، ليبيا، العراق، الأردن، لبنان، تونس، المغرب..) قوانين لرعاية المعاقين، والإمارات ليست بأقل منهم.

ومن أمثلة قوانين رعاية المعاقين فى دول العالم:

1- قانون تعليم الأطفال المعاقين (p.l. 94 – 142) الصادر فى عام 1975، وقانون التأهيل المهنى (p.l. 98 – 503) فى عام 1979 فى الولايات المتحدة الأمريكية (Robert Barker: 1987, 193).

2- تقرير سيبوم (Seebohm Report: 1968) للخدمات الاجتماعية K وتقرير وارنوك (Warnock report: 1978) للتربية الخاصة، قد حددا حقوقاً عديدة للمعاقين ولأسرهم، ووضعا موجهات عامة لخدمات ومؤسسات رعاية المعاقين فى بريطانيا (Tony Byrne:1978, 48, 31-34,Pam Zinkin:1995, 17 –16). ومن أمثلة قوانين رعاية المعاقين فى الدول العربية نذكر:

1- أول قانون صدر فى حق رعاية المعاقين فى الوطن العربى، كان فى مصر وهو القانون رقم 58 لسنة 1971، ثم صدر القانون رقم 61 فى نفس السنة. ثم جمع القانون رقم 39 لسنة 1975 شتات القانونين السابقين، ثم تم تعديل بعض مواده بالقانون رقم 49 لسنة 1982.

2- قانون رعاية المعاقين رقم 5 لسنة 1980، فى ليبيا.

3- قانون رعاية المعاقين رقم 43 لسنة 1980، فى العراق.

4- قانون رعاية المعاقين رقم 46 لسنة 1981، فى تونس.

5- قانون رعاية المعاقين رقم 12 لسنة 1993، فى الأردن.

2- ضرورة إصدار قانون خاص للمعاقين فى الإمارات – الأسباب :

توضع التشريعات بصفة عامة فى حالة الحاجة إليها، أما إذا كانت الأمور تسير بدون مشكلات فلا حاجة على مثل هذه التشريعات. وهنا يظهر دور الأعراف والتقاليد والقيم والعلاقات الإنسانية فى تنظيم الأمور وتحقيق الحقوق. أما إذا لم تقم هذه الأعراف والتقاليد.. بدورها كما يجب فها نحن بحاجة إلى تشريع ينظم الأمور.

هذا ويمكن أن نقول إن هناك أسبابا عديدة وراء ضرورة إصدار قانون خاص للمعاقين فى الإمارات نذكر منها:

1- تنوع الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية والتأهيلية اللازمة للمعاقين فى الإمارات، مما يبرز الحاجة لتنظيم هذه الخدمات وفق أسس تشريعية مناسبة تكفل الوفاء بتلك الخدمات لمستحقيها من جهة، وضبط نوعيتها من جهة أخرى.

2- وجود العديد من المراكز الحكومية والجمعيات ذات النفع العام والمؤسسات الخاصة التى تعمل فى مجال رعاية المعاقين، مما يبرز الحاجة على تنظيم هذه المنظمات وتحقيق التنسيق والتعاون فيما بينها.

3- القرارات المتناثرة التى تتناول موضوعات معينة متعلقة ليست كافية لإرسال سند قانون شامل لخدمات المعاقين وبرامجهم.

4- مطالبة كثير من المعاقين وأولياء الأمور بضرورة استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين (انظر: ندوة تحسين أوضاع المعاقين، الشارقة: 12 فبراير 1990ن للنظام الأساسى لجمعية المستقبل لأولياء أمور المعاقين فى الإمارات: 1996، جدول رقم 2).

5- موافقة الغالبية العظمى من المسؤولين عن مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات بضرورة استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين.

(أنظر: ندوة حقوق المعاقين: 1993، 157، مجلة المنال – أعداد متنوعة، جدول رقم 2).

6- إن حقوق العاقين التى كفلها الدستور والقوانين العامة الأخرى يجد المعاقون غالبا صعوبة فى الاستفادة منها والحصول على حقوقهم بناء عليها0 أنظر: ثالثاً).

3- الظروف المهيئة والمشجعة لإصدار قانون خاص للمعاقين فى الإمارات:

السؤال الذى يطرحه الباحث ويحاول الإجابة عليه: ألم يحن الوقت لن يصدر قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات؟ وكل الظروف مهيئة بل ومشجعة لذلك. بل إن القيادة الحكيمة لصاحب السمو الشيخ زايد بن سلطان آل نهيان واخوانه حكام الإمارات، حريصة دائما على رفاهية شعب الإمارات بمختلف فئاته بما فيهم المعاقين؟ ماذا ينقص الإمارات العربية المتحدة حتى تصدر قانونا لرعاية المعاقين؟.

إن كل الظروف مواتية فى الوقت الحاضر لإصدار مثل هذا القانون ليضيف على الرصيد الإنسانى والاجتماعى للإمارات ويؤكد حرصها على تحقيق مفهوم دولة الرعاية أو الرفاهية Welfare Statre.

ومن هذه الظروف المهيئة والمشجعة لاستصدار قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات نذكر:

1- الجهود التى تبذلها مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية فى هذا الشأن (أنظر: رابعاً).

2- تأسيس أو جمعية لأولياء أمور المعاقين " جمعية المستقبل لأولياء المعاقين " فى أواخر عام 1996 بالإمارات، والدور المتوقع منها فى

المحافظة على حقوق المعاقين والدفاع عنها وتطوير سبل ووسائل المطالبة بها.. (مجلة المنال، العدد 104: 1996، 10).

3- الجهود التى تبذلها الأمانة العامة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية لاستصدار تشريع موحد لمعاقين دول المجلس (الأمانة العامة: 1991).

4- الجهود التى تبذلها جمعية الاجتماعيين، ومنها تنظيمها للندوة الحالية: التشريعات الاجتماعية فى الإمارات – مارس 1997.

5- الجهود التى تبذلها جمعية الحقوقيين، ومنها تنظيم العديد من الندوات التى تدور حول حقوق الإنسان فى الإمارات ومنها: ندوة حقوق لطفل، ندوة حقوق المرأة، ندوة انحراف الأحداث. (انظر: مدحت أبو النصر: 1997).

ثالثاً : حقوق المعاقين فى الإمارات فى الدستور والقوانين العامة:

1- فى الدستور: كفل دستور الإمارات حقوقاً لجميع المواطنين فى الدولة بما فيهم المعاقين، ومن هذه الحقوق: الحق فى التعليم والعمل والرعاية والمساواة.

فعلى سبيل المثال نصت المادة (14) منه على: " المساواة والعدالة الاجتماعية وتوفير الأمن والطمأنينة، وتكافؤ الفرص لجميع المواطنين، من دعامات المجتمع والتعاضد والتراحم صلة وثقى بينهم " .

ونصت المادة (16) على أن : " يشمل المجتمع برعايته الطفولة والأمومة، ويحمى القصر وغيرهم من الأشخاص العاجزين عن رعاية أنفسهم بسب من الأسباب كالمرض أو العجز أو الشيخوخة، ا، البطالة الإجبارية، ويتولى مساعدتهم وتأهيلهم لصالحهم وصالح المجتمع " (دستور دولة الإمارات: 1996). ولقد كفلت قوانين وقرارات وزارية أخرى حقوقا أخرى للمعاقين نذكر منها على سبيل المثال:

1- القانون الاتحادى رقم 13 لسنة 1981، فى شأن الضمان الاجتماعى:

(والمعدل بالقانون رقم 21 لسنة 1991)، والذى اقر فى المـــادة رقـــم (1) بأحقية ذوى العاهات والمصابين بالعجز المرضى على حقهم فى الحصول على الضمان الاجتماعى.

وتشير المادة رقم (21) من نفس القانون بأن تقوم الوزارة بإنشاء المهيئات والمعاهد اللازمة لتوفير خدمات التأهيل والتدريب المهنى للمطلوب تأهيلهم أو تدريبهم.

2- قانون العمل الاتحادى رقم (8) لسنة 1980:

أعطى قانون العمل، المعاق الحق فى التأهيل المهنى والحق فى التـــشغيل، بمعنى أن الدولة لا تكتفى بتأمين التأهيل للمعاقين، بل أيضا إتاحة فرصة العمل لهم. وهذا يتضح من إعطاء أولوية التعيين للمعاقين فـــى الوظـــائف العامـــة. والتسهيل تطبيق هذا النص، فقد سهل المشروع عليهم ذلك عندما استثناهم من القواعد التنظيمية العامة بشأن اللياقة الصحية. حيث تقوم شهادة معهد التأهيـــل المهنى التى حصلوا عليها مقام شهادة اللياقة الصحية عند التعيين.

3- قرارات وزارية:

ينص البند رقم (1) من فرار مجلس الوزراء رقم (1) لسنة 1977 بـــشأن نظام وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، على إنـــشاء المؤســـسات ومراكـــز التأهيل اللازم لرعاية الأحداث واليتـــامى ومجهـــولى الأبـــوين والمكفـــوفين والمسنين والمعوقين والإشراف على تلك المؤسسات والمراكز وغيرهـــا مـــن المؤسسات الخاصة فى هذا الميدان.

وفى البند (13) من نفس المادة ينص القرار على وضـــع وتنفيـــذ بـــرامج التدريب المهنى للمعوقين بهدف ضمهم للمجتمع.. باعتبارها إحدى مسؤوليات وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

وفى قرار مجلس الوزراء لسنة 1991 بـــشأن وزارة العمـــل والـــشؤون الاجتماعية أشارت المادة (69) إلى : إدارة رعاية الفئات الخاصة والتى تضم:

أ- قسم رعاية وتأهيل المعاقين.

ب- قسم رعاية الأحداث.

ج- قسم رعاية المسنين.

د- قسم رعاية اللاحقة.

وحددت المادة (71) مهام ومسؤوليات قسم رعاية وتأهيل المعاقين على النحو التالى:

- اقتراح التشريعات واللوائح الخاصة بحقوق وحماية ورعاية ووقاية وتشغيل المعوقين.
- اقتراح إنشاء مراكز ومؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ووضع برامجها والإشراف على تنفيذها.
- توعية الرأى العام وتعريفه بحقوق المعوقين ودوره فى رعايتهم وضرورة دمجهم فى المجتمع بالتنسيق مع إدارة العلاقات العامة.
- متابعة قرارات وتوصيات المؤسسات الدولية الإقليمية للمعوقين والعمل على تنفيذها.
- وضع تقارير دورية حول أنشطة القسم وإمكانات تطويرها ورفعها إلى الجهات المختصة.

أصدر مجلس الوزراء القرار رقم 96/ 23/ 1981، بشأن إنشاء مراكز رعاية وتأهيل المعاقين والمسنين:

- هذا وتقوم وزارة التربية والتعليم منذ العام الدراسى 79/ 7980 بفتح فصول للتربية الخاصة ضمن إطار بعض المدارس العادية بما يسمح للطالب المعاق بإبقائه مع أقرانه العاديين.
- كذلك تقدم وزارة الصحة الرعاية الصحية للمعاقين، وتنشئ لهم المراكز الصحية المتخصصة فى علاج الإعاقات. نذكر على سبيل المثال: مراكز أبو ظبى للتأهيل الطبى، ومستشفى كبار السن وتأهيل المعاقين بأبوظبى.

تلك هى بعض الأحكام القانونية التى وضعها المشرع بالنسبة لحقوق المعاقين. وهى تمثل حصيلة تجربة إنسانية ساهمت فى صنعها جهود وطنية.

وإذا كانت قيمة النص القانونى كبيرة فى تحقيق العدالة، إلا أن حسن تطبيق النص لا تقل أهمية إن لم تكن أكبر.

ومع أن الدستور والقوانين العامة الأخرى مثلما سبق ذكره تكفل للمعاقين حقوقا عديدة، إلا أن المعاقين غالبا ما يجدون صعوبة فى الاستفادة منها والحصول عليها بشكل كامل. فعلى سبيل المثال: " مع أن التعليم حق للجميع، إلا أن نسبة الأطفال المعاقين. كما أن فرص التعليم المتوافرة محددة جدا، فعلى سبيل المثال، من النادر أن نجد خدمات تربوية للصم فى مستوى المرحلة الثانوية أو التعليم العالى فى الوطن العربى " . (عبد العزيز السرطاوى: 1994، 64).

" كما أن البنود التى تخص المعاقين فى قانون العمل فى الإمارات ليس لها ما يلزم أصحاب الأعمال المخالفين للبنود التى تخص المعاقين. أيضا النظرة إلى فرص العمل والتوظيف تتركز غالبا حول الأشخاص بشكل أساسى متجاهلة المعاقين على الرغم من كونها يشكلون جزاء من المجتمع. فالنظام الاقتصادى الجديد فى سوق العمل يضمن التنافس على فرص محددة، يجعل من الصعب أحيانا على من نال نصيبا جيدا من التعليم الثانوى والجامعى أن يحصل على فرص عمل فى القطاع الرسمى أو الأعلى، فما سيكون الحال بالنسبة للمعوقين الذين نالوا تأهيلا متواضعا فى الكثير من الأحيان؟.." (انظر: أحمد الشريان 1994، 16).

وإنصافا للحق والحقيقة نود أن نوضح أن الدولة وإن كانت قد سنت العديد من القوانين الاجتماعية وحددت بعض حقوق المعاقين فى أجزاء منها، وقيام وزارات مثل: العمل والشؤون الاجتماعية، والتربية والتعليم والصحة والرياضة والشباب.. بجهود طبية فى مجال رعاية المعاقين، إلا أن الجانب

التطبيقى الفعلى للجوانب التشريعية التى تخص المعاقين شهد نزعا من التأخر المجتمعى متمثلا فى اتجاهات بعض الأجهزة الحكومية ومعظم شركات القطاع الخاص نحو تشغيل المعاقين..، هذا إلى جانب أن الاتجاهات الاجتماعية نحو المعاقين لم تتضح بدرجة تساير هذه التشريعات الهادفة.

وكأحد محاور علاج هذه الاتجاهات ولتحسين وضعية المعاقين لابد من إصدار قانون موحد للمعاقين يجمع شتات المواد المتناثرة فى العديد من القوانين، وتجنب العيوب التى اتضحت فى بعض هذه المواد عند تطبيقها فى الواقع.

رابعاً : المحاولات والجهود السابقة التى تبذلت بخصوص استصدار قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات :

1- أبرز هذه المحاولات والجهود مبادرة الأمانة العامة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، وبمتابعة نشطة من المكتب الإقليمى لشؤون المكفوفين بوضع مشروع قانون موحد للمعاقين فى دول المجلس منذ عام 1990، حيث قام كل من عبد الله الحمدان. ويوسف القريوتى. وعبد العزيز السرطاوى بقسم التربية الخاصة – كلية التربية – جامعة الملك سعود بالرياض بوضع مسودة لهذا القانون تمهيدا للموافقة عليه (الأمانة العامة: 1991).

وبالفعل تم إرسال مشروع القانون إلى الدول الأعضاء لإبداء الملاحظات والمقترحات. ولقد عقدت لجنة دراسة هذا المشروع يومى 29، 30 ربيع الأول 1402هـ (1990م) اجتماعا فى مقر الأمانة العامة بالرياض هدف دراسة الملاحظات والمقترحات الواردة من الدول الأعضاء على المشروع للتوفيق فيما بينهما والخروج بصيغة نهائية وموحدة. وفى هذا الشأن قامت اللجنة بإدخال مجموعة من التعديلات والإضافات. ومن أهم هذه التعديلات تغيير تسمية المشروع بحيث يصبح النظام الموحد (وليس القانون أو التشريع الموحد)

لرعاية وتأهيل وتشغيل المعاقين بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية (مجلة المنال – العدد 30 : 1990، 46).

والباحث لا يتفق مع هذا التعديل، حيث تحول هذا المشروع الممتاز إلى مجموعة من التوصيات غير الملزمة والتى ليس لها أى صفة قانونية أو إلزامية لأى جهة.

2- المحاولات والجهود التى تقوم بها مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية:

تبذل مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية جهودا عديدة لاستصدار قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات من هذه الجهود نذكر:

أ- عقد الندوات المهتمة بشؤون المعاقين ومنهم موضوع استصدار قانون المعاقين. ومن أمثلة هذه الندوات نذكر : " ندوة تحسين أوضاع المعاقين فى الإمارات " والتى عقدت بالشارقة فى 12 فبراير 1990. ومن توصيات هذه الندوة نذكر:

- ضرورة إصدار قانون خاص لرعاية المعاقين.
- تشكيل هيئة أو مجلس أعلى للمعاقين وشؤونهم.

ومثال أخر : " ندوة حقوق المعوقين :، والتى عقدت بالشارقة فى مايو 1993.

ومن توصيات هذه الندوة : ضرورة المبادرة إلى إصدار قانون شامل يكفل حقوق المعوقين فى المجالات المختلفة وينظم الخدمات الوقائية التاهيلية والشبابية والتشغيلية المتعلقة بهم (ندوة حقوق المعوقين : 1994، 157)،

ب- ما نشرته مجلة المنال فى إعداد كثيرة عن ضرورة استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فىالإمارات وأهمية هذا القانون. من هذه الأعداد نذكر:

العدد103 – نوفمبر1996، العدد95 – فبراير1996، العدد85- مارس 1995، العدد32- مارس1990، العدد30- يناير1990، العدد22- إبريل 1998.

ج- قامت مدينة الشارقة الخدمات الإنسانية بجهود عديدة لتأسيس أول جمعية لأولياء أمو المعاقين فى الإمارات، حيث قدمت المدينة أشكالا عديدة الدعم لخروج هذه الجمعية إلى النور. وبالفعل تأسست الجمعية فى أواخر عام 1996 تحت اسم " جمعية المستقبل لأولياء المعاقين " . وبإلقاء نظرة سريعة على أهداف الجمعية المرتبطة بموضوع بحثنا الحالى نجد أن الجمعية تهدف إلى المحافظة على حقوق المعاقين والدفاع عنها ونشر الوعى فى المجتمع بقضايا المعاقين (مجلة المنال، العدد104-1996ن 11).

3- المحاولات والجهود التى بذلها الباحث:

قام الباحث بجهود متواضعة فى هذا الشأن نذكرها كالتالى:

أ- فى الباب الخامس المعنون: " رؤية مستقبلية للرعاية الاجتماعية فى الإمارات العربية المتحدة " فى كتاب للباحث عن : الرعاية الاجتماعية فى الإمارات العربية المتحدة. الماضى والحاضر والمستقبل (مدحت أبو النصر وأحمد النجار: 1996، 193) قدمت توصية بضرورة إصدار قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات..

ب- فى " ندوة واقع الشباب فى الإمارات " (الشارقة: 18 إبريل 1996). أكد الباحث فى بحثه المعنون: " وقاية الشباب من المشكلات "، على أهمية المدخل الوقائى للوقائية من المشكلات والأمراض والإعاقة، وضرورة استصدار القوانين المتعلقة بذلك (مدحت أبو النصر وسعد الكبيسى: 1996، 236 - 240).

ج- نشر الباحث مقالة تحت عنوان : " دعوة لإصدار قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات"، فى جريدة الاتحاد، فى 21 أكتوبر 1996 (ص 23).

د- نشر الباحث مقالا مفصلا تحت عنوان : " نحو قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات "، العربية المتحدة "، فى مجلة المنال، العدد 103، فى نوفمبر 1996 (ص ص 30 - 31).

هـ- فى كتاب للباحث معنون بـ " الخدمة الاجتماعية الوقائية " أشار الفصل السادس إلى القوانين كأحد وسائل ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية فالقوانين أداة من أدوات تحقيق وتدعيم الوقاية. الأخصائى الاجتماعى الوقائى عليه أن يقترح القوانين الوقائية وإقناع الجهات المسؤولة والمشروعين بأهمية استصدار مثل هذه القوانين.. (مدحت أبو النصر: 1996، 160 – 161).

و- فى الحاضرات التى ألقاها الباحث فى مركز أبو ظبى لتأهيل الطبى للعاملين بالمركز فى شهر سبتمبر عام 1996، شرح الباحث أهمية استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين وأسباب ذلك.

خامساً : الدراسة الميدنية :

يتناول هذا الجزء الدراسة الميدانية التى قام بها الباحث حتى يلقى نظرة على الواقع، وليتعرف على موضوع الدراسة بشكل مباشر وقريب من ذوى العلاقة وهم : المعاقون وأولياء أمورهم، والمسؤولون عن المراكز الحكومية والجمعيات ذات النفع العام والمؤسسات الخاصة التى تعمل فى مجال رعاية المعاقين فى الإمارات.

1- أهداف الدراسة : تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على وجهة نظر عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ووجهة نظر المسؤولين عن مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات، فى عدة أمور متعلقة بموضوع الدراسة وهى:

أ- الوصول على رأى محدد فيما يتعلق من عدمها لوضع قانون خاص للمعاقين.

ب- التعرف على الملامح الأساسية المقترحة لهذا القانون.

ج- تحديد المصادر والمحتويات المقترحة لهذا القانون.

د- اقتراح الجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع هذا القانون.

2- تساؤلات الدراسة : تحاول الدراسة توفير الإجابة عن التساؤلات التالية:

2 – 1 هل هناك ضرورة أو حاجة لاستصدار قانون خاص للمعاقين؟

2 – 2 ما هى الملامح الأساسية التى يجب أن يتصف بها هذا القانون؟

2 – 3 ما هى المصادر المقترحة التى يمكن الاعتماد عليها عند وضع القانون؟

2 – 4 ما هى حقوق المعاقين التى يجب التأكد عليها فى هذا القانون؟

2 – 5 ما هى الأبواب أو المحتويات المقترحة التى يجب أن يتكون منها هذا القانون؟

2 – 6 ما هى الجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع هذا القانون؟

3- فرض الدراسة : هناك فروق معنوية (جوهرية) بين وجهتى نظر كل من عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين حول هذه الموضوعات.

4- نوع الدراسة ومنهجها : تعتبر الدراسة الحالية من الدراسات الاستطلاعية، فطبيعة الدراسة استطلاعى كشفى. هذا بالإضافة إلى أنه لم تجر دراسات سابقة فى هذا الموضوع – على حد علم الباحث – فى الإمارات.

5- المجال البشرى للدراسة : يضم المجال البشرى فى هذه الدراسة مجتمعين للبحث هما:

أ- جميع المعاقين من الذكور والإناث الذين تم تسجيلهم فى مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات، وذلك قدر بحوالى 2053 معاقا فى عام 1955، موزة العبار: 1995، 43). ولقد قام الباحث بمحاولة جمع البيانات من خلال أخذ عينة بسيطة غير عشوائية من المعاقين، وذلك نظرا لعدم وجود إطار كامل وحديث لمجتمع المعاقين فى الإمارات يوضح بياناتهم وأماكن إقامتهم. وقد تم أخذ عينة حجمها 80 معاقا من بعض مدن دولة الإمارات وبنسبة 40% من مجتمع البحث. وإن كان حجم العينة صغير جدا، فذلك يرجع على قلة الإمكانات وانتشار المعاقين فى سبع إمارات، وصعوبات مقابلة المعاقين وأسرهم وخاصة المعاقين الإناث، وضيق الوقت لدى الباحث.

ب- المسؤولين عن جميع المراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات ويبلغ عددهم 18 مسؤولا، (انظر ملحق رقم (1) : قائمة بهذه المراكز والجمعيات والمؤسسات). وقد تم عمل حصر شامل لهؤلاء المسؤولين لمحاولة جمع بيانات الدراسة منهم أيضا، وذلك بواسطة إرسال استمارة استبيان بالبريد أو بالفاكس على مقر عملهم.

6- أدوات جمع البيانات :

أ- استخدم الباحث المقابلة بالاستمارة لجمع البيانات من عينة المعاقين وأولياء أمورهم. واشتملت الاستمارة على 16 سؤالا تدور حول موضوع البحث (انظر: ملحق رقم 2).

ب- قام الباحث بتوزيع استبيان Questionnaie بالبريد أو بالفاكس على المسؤولين فى جميع مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات. واشتمل الاستبيان على 18 سؤلا حول موضوع البحث (انظر ملحق رقم 4). وتم إرفاق خطاب من جمعية الاجتماعين – وهى مشكورة على ذلك – يحث المسؤولين على التعاون مع الباحث وإرسال الرد على عنوان عمله بجامعة الإمارات وبيانها كالتالى:

- مقابلة مديرة مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
- مقابلة مديرة مركز رعاية وتأهيل المعاقين بدبى.
- مقابلة مدير مركز رعاية وتأهيل المعاقين بالعين.
- مقابلة مديرة مركز أبو ظبى للتأهيل الطبى.

7- اختبار صدق أدوات جمع البيانات : تم التحقق من صدق Validity أدنى جمع البيانات (استمارة مقابلة المعاقين وأولياء أمورهم واستمارة الاستبيان للمؤولين) من خلال عرضهما على خمسة من المعاقين وأولياء أمورهم، واثنين من المسؤولين لإبداء رأيهم فى الاستمارتين واقتراح أو تعديل أو إضافة أو حذف. كذلك تم عرض الاستمارتين على بعض المحكمين لنفس الغرض.

8- اختبار ثبات أدوات جمع البيانات : تم التحقق من ثبات Reliability أداتى جمع البيانات باستخدام طريقة إعادة التطبيق Test – Retest Method وذلك بتطبيق الاستمارتين عليهم عند اختبار الصدق. وبحساب معامل الارتباط بين التطبيقين وجد أن معامل ثبات الأداتين هما على التوالى : 0.86 و0.88 عند درجة ثقة 95%. وبحساب الصدق بطريقة أخرى بناء على المعادلة التالية الصدق –، وجد أن معامل صدق الأداتين هما على التوالى : 0.93 و 0.94. وفى ضوء هذه النتائج يمكن أن نقول أن أداتى جمع البيانات تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، ويمكن الاعتماد عليها فى جمع البيانات. فى ضوء اختبارات الصدق والثبات، قام الباحث بصياغة لاستمارتين بشكل نهائى وطباعتهما تمهيداً لجمع البيانات من الميدان.

9- المجال المكانى : يتم تطبيق الدراسة على بعض المدن فى دولة الإمارات كما هو موضع الجدول التالى:

جدول رقم (1)

توزيع عينة المعاقين حسب المكان

المدينة	التكرار ك	النسبة المئوية %
العين	21	%26.3
أبوظبى	20	%25.0
دبى	18	%22.5
الشارقة	16	%20.0
عجمان	5	%6.2
المجموع	**80**	**%100**

10- المجال الزمانى : قام الباحث بيانات الدراسة من عينة المعاقين وأولياء أمورهم خلال شهرى نوفمبر وديسمبر عام 1996، وشهر يناير عام 1997. أيضا تم جمع بيانات الدراسة من المسؤولين خلال شهرى يناير وفبراير.

11- جمع البيانات : قام الباحث بجمع البيانات من عينة المعاقين وأولياء أمورهم. وهذا ويشكر الباحث بعض طالباته فى جامعة الإمارات على مساعدته فى جمع البيانات من بعض المعاقين الإناث، وعلى جمع البيانات من بعض المعاقين فى مدن دبى والشارقة وعجمان.

وبالنسبة للمسؤولين فقد استجاب منهم 13 مسؤولا من اصل 18 استمارة استبيان تم إرسالها لهم بنسبة استجابة أو رد 72.2%.

وهذه النسبة تعتبر جيدة جدا كما أشار Earl Babbie فى تقييمه لنسب الرد على استمارات جمع البيانات فى البحوث الإنسانية والاجتماعية (1979 ، 334 – 335). بل إن نسبة الرد فى البحث الحالى تعتبر من وجهة نظر أخرى نسبة مرتفعة، حيث أوضحت إحدى الدراسات التى أجريت فى الولايات المتحدة الأمريكية لقياس نسب الاستجابة فى حالة استخدام الأساليب المختلفة لجمع البيانات، أن نسبة الاستجابة فى حالة استخدام المقابلة الشخصية تتراوح ما بين 56 و 64%، وفى حالة استخدام البريد لا تتجاوز النسبة 10 إلى خطاب جمعية الاجتماعيين، وإلى ما قام به الباحث من اتصالات هاتفية ومقابلات مع بعض المسؤولين.

سادساً : الحاجة إلى إصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات :

هل هناك ضرورة أو حاجة لاستصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات، أم يكتفى بالعمل بالقوانين العامة القائمة؟ يمكن أن نقول أن هناك رأيان فى هذا الخصوص:

الرأى الأول:

يشير على عدم ضرورة إصدار قانون للمعاقين والاكتفاء بالعمل بالقوانين العامة التى أقرتها مؤسسات المجمع التشريعية. وأصحاب هذا الرأى يشيرون إلى أن هذه القوانين تشكل ضمانة كافية للمعاقين. وأن إصدار قانون خاص بالمعاقين يتنافى مع المطالبة بدمجهم فى المجتمع، ويعزز مفاهيم العزلة الاجتماعية ويتعامل معهم كفئة متمايزة على نحو مختلف عن فئات المجتمع الأخرى.

الرأى الثانى :

يشير إلى ضرورة لإصدار قانون خاص للمعاقين لأنه سيساهم بشكل واضح فى تحقيق شمولية استجابة المجتمع لقضية الإعاقة ورفع مستوى الوعى المجتمعى بها. كما ييسر على المعنيين وجهات الاختصاص والمعاقين الاستفادة من ذلك (انظر: عبد العزيز السرطاوى: 1994، 63 – 64).

والباحث مع الرأى الثانى نظرا لأسباب أخرى أيضا يمكن تحديدها كالتالى:

1- معظم الدول المتقدمة وبعض الدول النامية بادرت على إصدار تشريعات خاصة للمعاقين.

2- منظمات الأمم المتحدة دعمت هذا الاتجاه فى إعلاناتها المختلفة (انظر أمثلة على هذه الإعلانات فى ثامنا).

3- استصدار قانون خاص للمعاقين يسهم بشكل كبير فى تطوير خدمات المعاقين، وضرورة لابد منها لحماية المعاقين وضمان حقوقهم (انظر: جميلة القاسمى، 1996، 3؛ 1996، 8 – 11).

4- تعتبر رعاية المجتمع لأبنائه ومنهم المعاقين، وتوفير ما يلزم من خدمات، وضمان حقوقهم.. مؤشرات هامة على المستوى الحضارى الذى وصل إليه أى مجتمع.

جدول رقم (2)

مدى التأييد من عدمه لإصدار قانون خاص لرعاية المعاقين

التأييد من عدمه	المعاقون وأولياء أمورهم N = 80		النسبة المئوية % ن = 13	
	ك	%	ك	%
1- يؤيد استصدار القانون	71	%88.8	12	%92.3
2- لا يؤيد استصدار القانون	9	%11.2	1	%7.7
مجموع التكرارات	80	%100	13	%100

يوضح الجدول رقم (2) أن غالبية عينة المعاقين وأولياء أمورهم بنسبة 48.8%، والغالبية العظمى من مجموعة المسؤولين بنسبة 92.3% متفقون مع الرأى الذى يؤكد الحاجة إلى استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات ويؤيدون ذلك.

بينما نسبة 11.2% من المعاقين وأولياء أمورهم، ونسبة 7.7% من المسؤولين لا يؤيدون استصدار القانون وذلك يرجع – من وجهة نظرهم – إلى أن أى قانون سيكون عديم الفائدة إذا لم يتم تطبيقه ومتابعة تنفيذه من قبل السلطات المختصة.. أيضا أى قانون سيكون غير ذى قيمة إذا لم يجد البيئة المهيأة والمجتمع المتفهم به ليتم تطبيقه دون عوائق. بمعنى أن المشكلة ليست فى إصدار قانون للمعاقين، وإنما المشكلة هى ضعف الوعى لدى المسؤولين والمجتمع بحقوق ومشكلات المعاقين.

وبإجراء اختبار كا2 المحسوبة = 2.24 وكا2 الجدولية = 3.841 عند درجات حرية = 1 ومستوى ثقة 95% 0محمود عبد الحليم: 1986، 298 – 306).

إذا لا توجد فروق معنوية (جوهرية) بين رأى كل من: المعاقين وأولياء أمورهم، والمسؤولين فيما يتعلق بموضوع تأييدهم لإصدار قانون خاص لرعاية المعاقين.

جدول رقم (3)

درجة استفادة المعاقين من إصدار قانون خاص بهم (N =71)

المدينة	ك	%
1- استفادة كبيرة	50	%70.4
2- استفادة متوسطة	15	%21.1
3- استفادة محدودة	6	%8.5
المجموع	71	%100

يتضح من جدول رقم (3) أن الغالبية العظمى من المعاقين وأولياء أمورهم بنسبية (91.5%) أشاروا إلى أن درجة الاستفادة ستتراوح بين كبيرة ومتوسطة فى حالة استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين.

وذلك قد يرجع إلى أسباب عديدة قامت العينة بذكرها فى الجدول التالى رقم(4).

وبحساب متوسط درجة الاستفادة عن طريق درجات القياس بأوزان نسبة 1، 2، 3، . وجد أنها 2.6% فى المتوسط وهى درجات تقترب من درجة الاستفادة الكبيرة.

جدول رقم (4)

أسباب تأييد إصدار قانون خاص لرعاية المعاقين

م	أسباب التأييد	المعاقون وأولياء أمورهم N= 71		المسؤولون ن =12	
		ك	%	ك	%
1	القانون سيتضمن كل حقوق المعاقين	70	92.1	10	83.3
2	قانون سيتضمن حق المعاقين فى الحصول على الرعاية المناسبة	56	73.7	8	66.7
3	القانون سيحسن مستوى الخدمات تقوم للمعاقين	52	68.4	7	58.3
4	القانون سيلزم مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين بتقديم خدمات كافية للمعاقين	40	52.6	2	16.7
5	القانون سيجعل مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين تقديم خدمات لمختلف أنواع الإعاقة	33	43.4	2	16.7
6	زيادة الوعى المجتمعى بقضية الإعاقة	10	13.2	9	75.0
	مجموع الاستجابات	**261**	–	**38**	–

يوضح الجدول رقم (4) أسباب تأييد إصدار قانون خاص لرعاية المعاقين من وجهة نظر كل من : المعاقين وأولياء أمورهم، والمسؤولين.

ولقد أشاروا إلى ستة أسباب، بمتوسط 3.7 سبب لعينة المعاقين وأولياء أمورهم، وبمتوسط 3.2 سبب للمسؤولين.

وبإجراء اختبار كا^2 وجد أن كا^2 المحسوبة = 40.43 وكا^2 الجدولية = 11.70عند درجات حرية – 5 ومستوى ثقة 95%.

وبما أن كا^2 الجدولية < كا^2 المحسوبة.

إذا توجد فروق معنوية (جوهرية) بين المجموعتين فيما يتعلق بأسباب تأييدهم لإصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات.

وذلك قد يرجع إلى اختلاف ترتيب الأسباب بين المجموعتين، فبينما عينة المعاقين وأولياء أمورهم سبب زيادة الوعى المجتمعى بقضية الإعاقة آخر الأسباب، وضعه المسؤولين ثانى سبب فى الترتيب.

أيضا السببان الرابع والخامس حصلا على نسبة عالية من التأييد من قبل عينة المعاقين (2.6% و 43.4%) بينما حصلا على نسبة ضعيفة من التأييد من قبل مجموعة المسؤولين (16.7% و 16.7%).

سابعاً : الملامح الأساسية المقترحة لقانون رعاية المعاقين :

من خلال مراجعة عدد من قوانين المعاقين السابق الإشارة إليها يمكن أن نحدد بعض الملامح الأساسية لهذ القوانين، والتى لابد من مراعاتها عند صياغة قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات. هذه الملامح هى:

1- الخصوصية: أى أن هذه القوانين تقتصر فقط على فئة المعاقين وما يخصهم من حقوق على المجتمع القيام بها.

2- التكامل أو الشمول: بمعنى أن القانون يجب أن يتناول مختلف مجالات حياة المعاق وحقوقه.

3- المرونة: حيث خولت بعض مواد هذه القوانين وزير العمل والشؤون الاجتماعية إصدار القرارات إذا اقتضت الضرورة ذلك دون حاجة إلى عرض الأمر على المجلس التشريعى، وما يتطلب ذلك من جهد وإجراءات تستغرق الكثير من الوقت (احمد الحداد: 1992، 18).

4- المعيارية : ويقصد بها تحديد القانون للفئات التى يخدمها بشكل علمى ودقيق وإجرائى وقابل للقياس. ايضا اشتمال القانون على معايير واضحة للحكم على درجة كفاية الخدمات والمؤسسات التى تعمل فى مجال رعاية المعاقين (عبد العزيز السرطاوى : 1994، 65).

5- المساواة: بمعنى إقرار حق مساواة المعاقين مع بقية أفراد المجتمع

والجدول التالى يضيف ملامح أخرى يجب مراعاتها عند صياغة القـانون المقترح الخاص برعاية المعاقين فى الإمارات :

جدول رقم (5)

الملامح الأساسية المقترحة لقانون رعاية المعاقين

م	أسباب التأييد	المعاقون وأولياء أمورهم N =71		المسؤولين ن = 12	
		ك	%	ك	%
1	عدم التعارض مع الشريعة الإسلامية	63	88.7	10	83.3
2	تأكيد مسؤولية الدولة	57	80.3	9	75.5
3	تأكيد دور الجمعيات ذات النفع العام	51	71.8	8	66.7
4	مواكبة الاتجاهات الحديثة فى مجـال رعايـة المعاقين	50	70.4	8	66.7
5	الوضوح والتحديد والبساطة فى الصياغة	38	53.5	6	50.0
	مجموع الاستجابات	**259**	**ـ**	**41**	**ـ**

يوضح الجدول رقم (5) أن عينة المعاقين وأولياء أمـورهم، ومجموعـة المسؤولين أشاروا إلى خمسة ملامح هامة، بمتوسط 3.6 ملامح و 3.4 ملامح للمجموعتين على التوالى.

وبإجراء اختبار كا^2 وجد أن كا^2 المحسوبة = 6.5 وكا^2 الجدولية = 9.488 عند درجات حرية = 4 ومستوى ثقة 95%.

وبما أن كا^2 الجدولية > كا^2 المحسوبة، إذا لا توجد فروق معنوية (جوهرة) بين رأى كل من : عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين فيمـا يتعلق بالملاح الأساسية المقترحة لقانون رعاية المعاقين.

ثامناً : المصادر المقترحة لقانون رعاية المعاقين :

لكل قانون مصادر عديدة ينهل منها ويسير فى هداها. ويوضح جدول رقم (6) أن كلا من : عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين اقتراحا خمسة مصادر لقانون رعاية المعاقين فى الإمارات بمتوسط 3.1 مصدر، 2.9

مصدر للمجموعتين على التوالى. وبإجراء اختبار كا^2 وجد أن كا^2 المحسوبة = 4.15 وكا^2 الجدولية = 9.488 عند درجات حرية = 4 ومستوى ثقة 95%.

وبما أن كا^2 الجدولية > المحسوبة، إذا لا توجد فروق معنوية (جوهرة) بين رأى كل من : عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين فيما يتعلق بالمصادر المقترحة لقانون رعاية المعاقين.

أيضاً ولإجراء اختبار الارتباط سبيرمان للرتب The Spearmam,s Correlation Cofficient وجد أن معامل الارتباط = + 0.9.

وهذا يشير على أن العلاقة بين ترتيب كل من : عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين للمصادر المقترحة، علاقة قوية وموجبة (See: Louis Cohen: 1982 – 93).

جدول رقم (6)

المصادر المقترحة لقانون رعاية المعاقين فى الإمارات

م	المصادر	المعاقون وأولياء أمورهم N = 71			المسؤولين ن = 12		
		ك	%	الترتيب	ك	%	الترتيب
1	الشريعة الإسلامية	66	93.0	1	9	75.00	1
2	قوانين رعاية المعاقين فى الدول العربية	54	76.1	2	7	58.3	3
3	قوانين رعاية المعاقين فى الدول المتقدمة	50	70.4	3	8	66.7	2
4	الإعلانات العربية التى تتناول حقوق المعاقين	38	53.5	4	6	50.0	4
5	الإعلانات العالمية التى تتناول حقوق المعاقين	12	16.9	5	5	41.7	5
	مجموع الاستجابات	220	–	–	35	–	–

وفى ضوء نتائج جدول رقم (6) وقراءات الباحث يمكن اقتراح المصادر التالية لقانون رعاية المعاقين فى الإمارات مرتبة حسب أهميتها ودرجة ارتباطها:

1- الشريعة الإسلامية:

هى أدرى بحاجات البشر وأعلم بحقيقة الإنسان، فافسلام كرم الإنسان، وحث على مساعدة الضعيف والمحتاج واليتيم، وأمر بالمعروف ونهى عن المنكر، وحدد مسؤولية الدولة نحو المواطنين، وأوضح واجب مادته رقم (7) إلى " أن الشريعة الإسلامية مصدر رئيسى للتشريع فى الدولة الاتحادية ".

2- الدستور :

وهو أبو القوانين، والذى يوضح نظام الحكم والنظام السياسى والاجتماعى والاقتصادى للمجتمع، ويحدد حقوق والتزامات المواطنين.

3- القوانين الأخرى :

خاصة قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعى.

4- القوانين والتشريعات الخاصة برعاية المعاقين فى الدول العربية.

5- القوانين والتشريعات برعاية المعاقين فى دول العالم المتقدم.

6- المواثيق والاستراتيجيات العربية المرتبطة مثل:

أ- ميثاق العمل الاجتماعى للدول العربية الصادر عن مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية فى عام 1974.

ب- استراتيجية العمل الاجتماعى فى الوطن العربى الصادرة عن مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية العربى فى عام 1979.

ج- استراتيجية التربية العربية الصادرة عن اجتماع وزراء التربية العرب فى عام 1976.

د- ميثاق العمل العربى للعمل مع المعاقين الصادر عن المؤتمر الإقليمى لشؤون المعاقين عام 1981 بالكويت.

هـ- ميثاق حقوق الأصم فى الوطن العربة الصادر عن المؤتمر العربى الخامس للاتحاد العربى للهيئات لعاملة فى مجال رعاية الصم، عمان 1986.

و- التوصية العربية رقم (7) لعام 1993 بشأن تأهيل وتشغيل المعاقين، الصادر عن مؤتمر العمل العربى – الدورة 21، عمان – الأردن – إبريل 1993.

7- الإعلانات العالمية التى تتناول حقوق المعاقين مثل:

أ- الإعلان العالمى لحقوق المتخلفين عقليا الصادر عن منظمة الأمم المتحدة عام 1971.

ب- الإعلان العالمى لحقوق المكفوفين الصادر عن منظمة الأمم المتحدة عام 1972.

ج- الإعلان العالمى لحقوق المعاقين الصادر عن منظمة الأمم المتحدة عام 1975.

د- الإعلان العالمى لسياسات التشغيل الصادر عن الاتحاد العالمى للجمعيات المهتمة بشؤون المعاقين عام 1976.

8- الإعلانات العالمية التى تتناول حقوق الإنسان بصفة عامة مثل :

أ- الإعلان العالمى لحقوق الإنسان الصادر عن منظمة الأمم المتحدة عام 1945.

ب- الإعلان العالمى لحقوق افنسان الصادر عن منظمة الأمم المتحدة فى 20 نوفمبر 1989.

9- مواثيق وتوصيات وبرامج عالمية تتناول حقوق المعاقين مثل:

أ- توصيات منظمة العمل الدولية بشأن التأهيل المهنى للمعاقين عام 1955.

ب- مقترحات منظمة العمل الدولية بشأن التأهيل المهنى والادماج الاجتماعى للمعاقين عام 1975.

ج- برنامج منظمة الصحة العالمية فى مجال الوقاية من الإعاقة والتأهيل عام 1976.

د- ميثاق الثمانينات فى مجال رعاية المعاقين الصادر عن الجمعية العامة لمنظمة الأمم المتحدة عام 1983.

هـ- برامج العمل العالمى الخاص بالمعاقين الصادر عن الجمعية العامة لمنظمة الأمم المتحدة عام 1983.

ز- القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعاقين قرار رقم 48/ 96 الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة فى دورتها الثامنة والأربعين.

تاسعاً : المحتويات المقترحة لقانون رعاية المعاقين :

المحتويات من الباحث لتحديد محتويات أو أبواب قانون رعاية المعاقين فى الإمارات.

سوف يعرض لمحتويات قوانين المعاقين فى كل من مصر والأردن، ولمحتويات مواثيق أخرى مرتبطة. وذلك حتى يمكن الاستفادة من تجارب وخبرات الآخرين.

جدول رقم (7)

محتويات قوانين ومواثيق رعاية المعاقين

محتويات قانون تأهيل المعاقين فى مصر رقم 49 لسنة 1982	محتويات قانون رعاية المعاقين فى الأردن رقم 12 لسنة 1993	محتويات مشروع القانون الموحد للمعاقين فى دول المجلس	محتويات التوصية العربية رقم (7) بشأن تأهيل وتشغيل المعاقين	محتويات ميثاق حقوق الأصم فى الوطن العربى 1986
يتكون القانون من 21 مادة بدون تبويب، ويمكن تحديد بنود القانون فى التالى: 1- تعريفات: المعاق، التأهيل. 2- حقوق المعاقين: وخاصة حقه فى التأهيل 3- مسؤولية الدولة وخاصة وزارة الشؤون الاجتماعية 4- مجلس أعلى لتأهيل المعاقين 5- إنشاء هيئات ومعاهد لتأهيل المعاقين 6- تشغيل المعاقين	يتكون القانون من 11 مادة بدون تبويب، ويمكن تحديد بنود القانون فى التالى: 1- تعريفات: المعاق، التربية الخاص، التأهيل 2- مسؤولية الدولة وخاصة وزارة التنمية الاجتماعية 3- مسؤوليات الوزارات الأخرى مثل التربية والتعليم والصحة.. 4- المجلس الوطنى لرعاية المعاقين. 5- إنشاء مؤسسات ومراكز رعاية المعاقين	الباب الأول: أحكام عامة. الباب الثانى: الحقوق العامة الباب الثالث: الوقاية وتوعية المجتمع. الباب الرابع: التربية والتعليم الباب الخامس: التأهيل والتشغيل الباب السادس: المجلس الوطنى لشئون المعاقين.	1- التعريف والتصنيف ونطاق التطبيق 2- السياسات 3- تأهيل المعاقين 4- تشغيل المعاقين 5- إدماج المعاقين 6- الامتيازات الخاصة 7- التعاون العربى	1- المقدمة 2- مبادئ الميثاق 3- مواد الميثاق (13) مادة

ويوضح الجدول رقم (8) ما اقترحه كل من المعاقين وأولياء أمورهم، والمسؤولين بالنسبة لمحتويات قانون المعاقين فى الإمارات.

جدول رقم (8)

المحتويات المقترحة لقانون رعاية المعاقين

م	المحتويات	المعاقون وأولياء أمورهم N = 71		المسؤولون ن = 12	
		ك	%	ك	%
1	حقوق المعاقين	69	97.2	11	91.7
2	كيفية الحصول عليها	63	88.7	10	83.3
3	الجهات المسؤولة	57	80.3	9	75.0
4	برنامج رعاية المعاقين	56	78.9	9	75.0
5	تخصيص الموارد لهذه البرامج	50	70.4	8	66.7
	مجموع الاستجابات	259	—	47	—

وكما هو واضح من الجدول أن المجموعتين قد اقترحنا خمسة محتويات للقانون. وذكر كل معاق/ ولى أمر حوالى أربعة محتويات فى المتوسط وكذلك اقترح أيضا كل مسؤول حوالى أربعة محتويات فى المتوسط.

وبإجراء اختبار كا^2 وجد أن كا^2 المحسوبة = 5.8 وكا^2 الجدولية = 9.488 عند درجات حرية = 4 ومستوى ثقة 95%.

وبما أن كا^2 الجدولية > كا^2 المحسوبة، إذا لا توجد فروق معنوية (جوهرية) بين رأى المجموعتين فيما يتعلق بالمحتويات المقترحة لقانون رعاية المعاقين.

جدول رقم (9)

التى يجب التأكيد عليها فى قانون رعاية المعاقين المقترح

م	المحتويات	المعاقون وأولياء أمورهم N = 71		المسؤولون ن = 12	
		ك	%	ك	%
1	حق المساواة	69	97.2	8	66.7
2	حق التعليم	55	77.5	11	91.7
3	حق العلاج	54	76.1	11	91.7
4	حق الرعاية	50	70.4	9	83.3
5	حق التأهيل	48	67.6	10	75.0
6	حق العمل	47	66.2	12	100.0
	مجموع الاستجابات	259	ــ	61	ــ

يوضح الجدول رقم (9) أن عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين قد اقترحا ستة حقوق هامة يجب التأكد عليها فى قانون رعاية المعاقين. وذلك بمتوسط 4.5 و 5.1 للمجموعتين على التوالى:

وبإجراء اختبار كا^2 وجد أن كا^2 المحسوبة = 19.3 وكا^2 الجدولية = 11.07 عند درجات حرية = 5 ومستوى ثقة 95%.

وبما أن كا^2 الجدولية < كا^2 المحسوبة، إذا توجد فروق معنوية (جوهرية) بين رأى كل من : عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين فيما يتعلق بدرجة أهمية كل حق من هذه الحقوق.

وبإجراء اختبار الارتباط سبيرمان وجد أن معامل الارتباط = 0.5 وهذا يشير إلى أن هناك علاقة ارتباط متوسطة بين رأى المجموعتين فيما يتعلق بحقوق المعاقين، وإن كانت سالبة وذلك قد يرجع إلى أن عينة المعاقين وأولياء

أمورهم قد وضعوا على سبيل المثال حق المساواة فى المرتبة الأولى، بينما مجموعة المسؤولين وضعوا هذا الحق فى المرتبة الأخيرة (السادسة).

ولمعرفة الترتيب النهائى لهذه الحقوق تم تحويل كل رتبة على نسبة مئوية معيارية ثم استخدم جدول هل Hull للحصول على الوحدة الكمية المناظرة للرتبة على هيئة درجة على مقياس عشرى (أنظر: سعد عبد الرحمن: 1983، 120 – 125).

جدول رقم (10)

تحديد الرتب النهائية لحقوق المعاقين

حقوق المعاقين	ترتيب الحقوق من وجهة نظر المجموعة (1)	النسبة	الدرجة	ترتيب الحقوق من وجهة نظر المجموعة (2)	النسب	الدرجة	مجموع الدرجات	المتوسط	التربية
1- حق المساواة	1	6.7	7.9	6	90.0	2.5	10.4	5.2	3
2- حق التعليم	2	23.3	6.3	2	23.3	6.3	12.6	6.3	1
3- حق العلاج	3	40.0	5.5	3	40.0	5.5	11.0	5.5	2
4- حق الرعاية	4	56.7	4.6	5	73.3	3.8	8.4	4.2	4
5- حق التأهيل	5	73.3	3.8	4	56.7	4.6	8.4	4.2	4
6- حق العمل	6	90.0	2.5	1	6.7	7.9	10.4	5.2	3

ويتضح من الجدول رقم (10) الترتيب النهائى لحقوق المعاقين فى ضوء ترتيب كل من : عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين وهو كالتالى:

المرتبة الأولى: حق التعليم

المرتبة الثانية: حق العلاج

المرتبة: الثالثة: حق المساواة وحق العمل

المرتبة الرابعة: حق الرعاية وحق التأهيل

وفى ضوء نتائج كل من الجداول أرقام (7، 8، 9، 10) يمكن اقتراح الأبواب والمحتويات التالية لقانون رعاية المعاقين فى الإمارات:

الباب الأول:

يجب أن يتضمن هذا الباب تعريفات بسيطة وواضحة ومحددة وإجرائية للمفاهيم والمصطلحات الأساسية المذكرة فى القانون مثل:

1- المعاق

2- الإعاقة

3- أنواع الإعاقة

الباب الثانى: حقوق المعاق:

الفصل الأول: الحقوق

وهنا لابد من إقرار وتأكيد المعاقين ومساواتهم ببقية أفراد المجتمع. ومن هذه الحقوق نذكر:

1- حق التعليم
2- حق العلاج
3- حق المساواة
4- حق العمل
5- حق الرعاية
6- التأهيل

الفصل الثانى: الجزاءات

لابد من وضع جزاءات رادعة وواضحة ومحددة لكل من يحرم أن يمنع المعاق بشكل صريح أو ضمنى من الحصول على أى حق من هذه الحقوق.

الباب الثالث: مراحل العمل مع المعاقين

الفصل الأول: الوقاية (الأنواع والدرجات والأدوات)

الفصل الثانى: الاكتشاف المبكر (الوسائل والإجراءات)

الفصل الثالث: التدخل المبكر (الوسائل والإجراءات)

الفصل الرابع: التشخيص والعلاج (الوسائل والإجراءات)

الفصل الخامس: التأهيل (الأنواع والمراحل والبرامج)

الفصل السادس: التشغيل (تحديد نسبة معينة لتشغيل المعاق فى القطاع الحكومى والقطاع الخاص، وتحديد جزاءات رادعة فى حالة عدم الالتزام بذلك)

الفصل السابع: الرعاية اللاحقة

الباب الرابع: برامج رعاية المعاقين

الفصل الأول: برامج الرعاية الطبية

الفصل الثانى: برامج الرعاية الاجتماعية

الفصل الثالث: برامج الرعاية التعليمية

الفصل الرابع: برامج الرعاية النفسية

الباب الخامس: التخصصات المهنية العاملة مع المعاقين

وهنا يتم هذه التخصصات (مثل: الطب والتمريض والعلاج الطبيعى والخدمة الاجتماعية والتربية الخاصة..)، وتحديد مسؤوليات الاختصاصيين العاملين فى كل مهنة من هذه المهن، مع التأكيد على أهمية المنهج التكاملى وأسلوب العمل الفريقى عند العمل مع المعاقين وتقديم البرامج والخدمات لهم.

الباب السادس: الجهات المسؤولة

الفصل الأول: مجلس أعلى لشؤون المعاقين (الأهداف والمسؤوليات والسلطات)، الفصل الثانى: تأكيد مسؤولية الدولة وخاصة: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، وزارة الصحة، وزارة التربية والتعليم.

الفصل الثالث: تأكيد مسؤولية الجمعيات ذات النفع العام فى هذا المجال.

الفصل الرابع: تأكيد مسؤولية القطاع الخاص فى المساهمة فى خدمة المعاقين.

الفصل الخامس: التأكيد على أهمية إشراك المعاقين وأسرهم فى جميع الشئون التى تخصهم حتى يكون لهم دور فاعل على سبيل المثال فى وضع السياسات والقوانين والتخطيط والتنفيذ والتقويم فى مجال رعاية المعاقين..

وفى البند القادم (عاشراً) سيتم إعطاء مزيداً من التفصيل عن هذه الجهات

عاشراً: الجهات المسؤولة التى يمكن أن تشارك فى وضع قانون رعاية المعاقين.

بسؤال المسؤولين فى مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات وافق معظمهم بنسبة 83.3% على تشكيل مجلس أعلى الشؤون المعاقين فى الإمارات تكون مهمته كالتالى:

1- متابعة شؤون وقضايا المعاقين على المستوى القومى

2- رسم السياسة العامة لرعاية المعاقين

3- وضع خطة وطنية للوقاية من الإعاقة

4- إقرار خطط العمل السنوى التى تتقدم بها الجهات الحكومية والأهلية المسؤولة عن تقديم خدمات الوقاية والرعاية والعلاج والتأهيل والتشغيل لفئات المعاقين.

5- القيام بالبحوث والدراسات الميدانية فى المجالات السابق ذكرها.

6- إعداد برامج التوعية العامة المتعلقة بالوقاية من الإعاقة ورعاية المعاقين ومساعدتهم..(الأمانة العامة: 1991، قانون رعاية المعاقين فى الأردن: 1993، جميلة القاسمى: 1995، 3).

هذا ويقترح الباحث أن تكون رئاسة هذا المجلس لوزير العمل والشؤون الاجتماعية أو من يذوب عنه، وعضوية ممثلين عن: وزارات العمل والشؤون الاجتماعية، التربية والتعليم، الصحة، الإعلام.. وممثلين عن المعاقين وأولياء أمورهم..

هذا ويقترح الباحث أيضاً أم يحل المجلس الأعلى لشؤون المعاقين محل اللجنة العليا للمعاقين والتى تشكلت بقرار مجلس الوزراء رقم 356 لسنة 1979.

وبسؤال المسؤولين أيضا وافق معظمهم بنسبة 83.3% على تشكيل اتحاد يكون أعضاؤه من مديرى مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات. تكون مهمته التنسيق بين هذه المنظمات لتحقيق الآتى:

1- منع التكرار والازدواج أو التضارب بين هذه المنظمات

2- التقريب بين وجهات النظر المختلفة حول شؤون وقضايا المعاقين

3- تبادل المعلومات والموارد فيما بين هذه المنظمات

ومن نتائج هذا التنسيق بلا شك تحقيق روح التعاون والتكامل فى تقديم خدمات أفضل للمعاقين.

جدول رقم (11)

الجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع قانون رعاية المعاقين

م	الجهات	المعاقون وأولياء أمورهم N = 71		المسؤولون ن = 12	
		ك	%	ك	%
1	المعاقون وأولياء أمورهم	70	98.6	8	66.7
2	وزارة العمل والشؤون الاجتماعية	61	85.9	10	83.3
3	وزارة الصحة	52	73.2	9	75.0
4	وزارة التربية والتعليم	49	69.0	7	58.3
5	مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين	45	63.4	9	75.0
6	جمعية الاجتماعيين	–	–	4	33.3
7	جمعية الحقوقيين	–	–	3	25.0
8	جامعة الإمارات	–	–	3	25.0
	مجموع الاستجابات		–	**53**	–

يوضح الجدول رقم (11) أن عينة المعاقين وأولياء أمورهم قد اقترحوا خمس جهات يمكن أن تشارك فى وضع قانون رعاية المعاقين المقترح، وذلك بمتوسط 3.9 جهة لكل معاق/ ولى أمر. بينما اقترح المسؤولين ثمانى جهات، بمتوسط 4.4 جهة لكل مسؤول. وبإجراء اختبار كا^2 وجد أن كا^2 المحسوبة = 57.3 وكا^2 وجد الجدولية = 14.7 عند درجات حرية = ومستوى ثقة 95%.

وبما أن كا^2 الجدولية < كا^2 المحسوبة، إذا توجد فروق معنوية (جوهرية) بين وجهة نظر كل من عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين فيما يتعلق بالجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع قانون رعاية المعاقين المقترح.

ولمعرفة الترتيب النهائى لهذه الجهات تم عمل نفس الخطوات التى أجريت فى جدول رقم10.

هذا ويوضح جدول رقم (12) الرتب النهائية للجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع قانون رعاية المعاقين، وذلك فى ضوء ترتيب هذه الجهات من وجهة نظر كل من عينة المعاقين وأولياء أمورهم (المجموعة 2).

ويتضح من الجدول أيضا أن وزارة العمل والشؤون الاجتماعية هى الأولى فى الجهات من حيث الترتيب النهائى.

وهذا يؤكد أهمية هذه الوزارة فى القيام بدور رائد فى استصدار مثل هذه القوانين الاجتماعية، وخاصة إذا رجعنا إلى اختصاصات وزارة العمل والشؤون الاجتماعية واختصاصات إدارة رعاية الفئات الخاصة بالوزارة لنجد أن استصدار هذا القانون يدخل ضمن نطاق عملها.

يليها فى الترتيب: فئة المعاقين وأولياء أمورهم من منطلق أنهم أصحاب العلاقة والمشكلة، والمستفيدون من هذا القانون.

ثم تأتى الوزارات المعنية فى المرتبة الثالثة والرابعة والخامسة، ثم تأتى الجمعيات المهنية (جمعية الاجتماعيين وجمعية الحقوقيين) والتى لها صلة

اجتماعية أو قانونية بموضوع القانون، إذا نظرنا إلى أهداف وأنشطة هـاتين الجمعيتين.

أخيرا تأتى جامعة الإمارات فى المرتبة الأخيرة من حيث الجهات المقترح اشتراكها فى صياغة ووضع القانون. ولعل هذا يجعلنا نوصى بـضرورة أن تزيد الجامعة من برامج خدمة المجتمع المرتبطة بمشكلات المجتمع.

جدول رقم (12)

تحديد الرتب النهائية للجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع قانون لرعاية المعاقين

حقوق المعاقين	ترتيب الحقوق من وجهة نظر المجموعة (1)	النسبة	الدرجة	ترتيب الحقوق من وجهة نظر المجموعة (2)	النسبة	الدرجة	مجموع الدرجات	المتوسط	الرتبة النهائية
1- المعاقون وأولياء أمورهم	1	10.0	7.5	4	40	5.5	13	6.5	2
2- وزارة العمل للشؤون الاجتماعية	2	30.0	6.0	1	2.5	8.7	14.7	7.35	1
3-وزارة الصحة	3	50.0	5.0	2	15	7.0	12.0	6.0	3
4- وزارة التربية والتعليم	4	70.0	4.0	5	12.5	4.9	8.9	4.45	4
5- مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين	5	90.0	2.5	3	27.5	6.2	8.7	4.35	5

6- جمعية الاجتماعيين	–	–	–	6	4.2	4.2	4.2	2.1	6
7- جمعية الحقوقيين	–	–	–	7	3.5	3.5	3.5	1.75	7
8- جامعة الإمارات	–	–	–	8	2.5	2.5	2.5	1.25	8

إحدى عشر: الخطوات التى يمكن السير عليها لوضع قانون رعاية المعاقين المقترح:

يمكن اقتراح الخطوات التالية لوضع قانون رعاية المعاقين:

1- يجب أن تنبثق أحكام القانون من المعاقين وأسرهم من منطق أنهم أصحاب الحاجة والمشكلة والمصلحة، ويمكن أن يقوم بهذ المهمة " جمعية المستقبل لأولياء المعاقين " نيابة عنهم.

2- تشكيل لجنة موسعة من مديرى مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين لصياغة القانون.

3- عرض مشروع القانون على الوزارات الحكومية المعنية وخاصة العمل والشؤون الاجتماعية، التربية والتعليم، والصحة..

4- عرض مشروع القانون على بعض الجهات المعنية الأخرى مثل: جمعية الحقوقين، جمعية الاجتماعيين، جمعية الأطباء، قسم التربية الخاصة بكلية التربية وقسم الخدمة الاجتماعية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة الإمارات العربية المتحدة.

5- عرض مشروع القانون على اللجنة العليا للمعاقين (قرار مجلس الوزراء رقم 356 لسنة 1979).

6-عرض مشروع القانون على دائرة الفتوى والتشريع لمراجعته والتأكد من أحكام موارده وقانونيتها.

7- عرض مشروع القانون على مجلس الوزراء إلى المجلس الوطنى الاتحادى لمناقشته والموافقة عليه لإذن الله.

ثانى عشر : أهم نتائج البحث :

1- الغالبية العظمى من عينة المعاقين وأولياء أمورهم بنسبة 88.8% وكذلك الغالبية العظمى من المسؤولين بنسبة 92.3% يؤيدون استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين.

2- أشارت عينة المعاقين وأولياء أمورهم بنسبة 91.5% إلى أن درجة الاستفادة ستتراوح بين كبيرة ومتوسطة فى حالة استصدار هذا القانون.

3- أسباب تأييد كل من عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين إلى استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين كانت كالتالى:

1- القانون سيضمن كل حقوق المعاق.

2- القانون سيضمن حق المعاقين فى الحصول على الرعاية المناسبة.

3- القانون سيحسن مستوى الخدمات التى تقدم للمعاقين.

4- القانون سيلزم مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين بتقديم خدمات كافية للمعاقين.

5- القانون سيجعل مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين تقدم خدمات لمختلف أنواع الإعاقة.

6- القانون سيساهم فى زيادة الوعى المجتمعى بقضية الإعاقة.

4- ولقد اقترحت عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين الملامح التالية لقانون رعاية المعاقين:

1- عدم التعارض مع الشريعة الإسلامية.

2- تأكيد مسؤولية الدولة.

3- تأكيد دور الجمعيات ذات النفع العام.

4- مواكبة الاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين.

5- الوضوح فى اللغة والتعريفات والمسؤوليات.

6- التحديد الدقيق.

7- البساطة فى الصياغة.

5- أشارت عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين إلى المصادر التالية لقانون المعاقين:

1- الشريعة الإسلامية.

2- قوانين رعاية المعاقين فى الدول العربية.

3- قوانين رعاية المعاقين فى الدول المتقدمة.

4- الإعلانات العربية التى تتناول حقوق المعاقين.

5- الإعلانات العالمية التى تتناول حقوق المعاقين.

6- اقترحت عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين المحتويات التالية لقانون رعاية المعاقين:

1- حقوق المعاقين.

2- كيفية الحصول عليها.

3- الجهات المسؤولة

4- برامج رعاية المعاقين.

5- تخصيص الموارد لبرامج رعاية المعاقين.

7- حقوق المعاقين التى يجب التأكد عليها فى قانون رعاية المعاقين هى كالتالى مرتبة حسب أهميتها وذلك من وجهة نظر كل من عينة المعاقين وأولياء أمورهم ومجموعة المسؤولين:

1- حق التعليم.

2- حق العلاج.

3- حق المساواة.

4- حق العمل.

5- حق الرعاية.

6- حق التأهيل.

8- الأبواب والمحتويات المقترحة لقانون رعاية المعاقين هى :

الباب الأول: أحكام عامة.

الباب الثانى: حقوق المعاقين.

الباب الثالث : مراحل العمل مع المعاقين.

الباب الرابع: برامج رعاية المعاقين.

الباب الخامس: التخصصات المهنية العاملة مع المعاقين.

9- وافقت الغالبية العظمى من المسؤولين بنسبة 83.3% على تشكيل مجلس أعلى لشؤون المعاقين فى الإمارات.

10- وبنفس النسبة وافقوا على تشكيل اتحاد يكون أعضاؤه من مديرى مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات.

11- اقترح كل من أولياء أمورهم، والمسؤولين الجهات التالية التى يمكن أن تشارك فى وضع قانون رعاية المعاقين.

1- وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

2- المعاقين وأولياء أمورهم.

3- وزارة الصحة.

4- وزارة التربية والتعليم.

5- مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين.

6- جمعية الاجتماعيين.

7- جمعية الحقوقيين.

8- جامعة الإمارات.

12- الإجابة عن سؤال هل هناك فروق معنوية (جوهرية) بين وجهتى نظر كل من: عينة المعاقين وأولياء أمورهم، ومجموعة المسؤولين حول موضوعات الدراسة وجد الآتى:

أ- عدم وجود فروق معنوية بين وجهتى نظر المجموعتيين بدرجة ثقة 95% فيما يتعلق بالآتى:

1- تأييد استصدار قانون لرعاية المعاقين.

2- الملامح الأساسية المقترحة لهذا القانون.

3- المصادر المقترحة لهذا القانون.

4- المحتويات المقترحة لهذا القانون.

5- الجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع هذا القانون.

ب- وجود فروق معنوية (جوهرية) بين وجهتى نظر المجموعتيين بدرجة ثقة 95% فيما يتعلق بالآتى:

1- أسباب تأييدهم لإصدار قانون خاص لرعاية المعاقين.

2- درجة أهمية كل حق من حقوق المعاقين، والتى يجب شملها والتأكد عليها فى القانون المقترح.

ثالث عشر : توصيات البحث :

إن أى سياسية اجتماعية ناجحة فى مجال رعاية المعاقين لابد أن ترتكز على عدة مقومات نذكر منها:

1- الإدراك العلمى السليم لاحتياجات ومشكلات المعاقين.

2- وجود بناء تشريعى خاص بالمعاقين يحمى ويضمن حقوقهم.

3- تحديد لدور الدولة فى هذا المجال.

4- تأكيد دور الجمعيات ذات النفع العام فى هذا المجال.

5- إشراك المعاقين وأسرهم فى برامج الرعاية الموجهة لهم، بل وفى كل ما يخصهم.

ويمكن فى ضوء الإطار النظرى ونتائج الدراسة الميدانية اقتراح التوصيات التالية:

1- ضرورة استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات العربية المتحدة يكفل حقوق المعاقين فى مختلف المجالات وينظم الخدمات التى تقدم لهم، والمنظمات التى تعمل فى هذا المجال.

2- الاستفادة بشكل كبير من مشروع القانون الموحد للمعاقين فى دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، لما لهذا المشروع من مميزات، منها: مراعاته لظروف وثقافة المجتمعات العربية الخليجية. أيضا يمكن الاستفادة من قوانين رعاية المعاقين فى الدول العربية نظرا لتشابه اللغة والديانة والثقافة.

3- أن يتصف القانون المقترح بالملامح التالية:

1- عدم التعارض مع الشريعة الإسلامية. 2- الخصوصية.

3- التكامل والشمول. 4- المرونة.

5- المعيارية. 6- تأكيد مسؤولية الدولة.

7- تأكيد دور الجمعيات ذات النفع العام.

8- مواكبة الاتجاهات الحديثة فى مجال رعاية المعاقين.

9- اتفاقية مع الإعلانات العربية والعالمية المرتبطة.

4- تشكيل مجلس أعلى لشؤون المعاقين فى الإمارات يحل محل اللجنة العليا للمعاقين، تكون مهمته الأساسية متابعة شؤون وقضايا المعاقين على المستوى القومى، ورسم السياسة العامة لرعاية المعاقين، ووضع خطة وطنية للوقاية من الإعاقة، إقرار خطط العمل السنوية التى تتقدم بها الجهات الحكومية والأهلية المسؤولة عن تقديم خدمات الوقاية والرعاية والعلاج والتأهيل والتشغيل لفئات المعاقين..

5- تشكيل اتحاد يكون أعضاؤه من مديرى مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات، تكون مهمته الأساسية التنسيق بين هذه المنظمات وتحقيق التعاون والتكامل فى تقديم خدمات أفضل للمعاقين.

6- تدعيم جمعية المستقبل لأولياء المعاقين كأول جمعية لأسر المعاقين فى الإمارات (1996) ومساعدتها على تحقيق أهدافها والتى منها المحافظة على حقوق المعاقين والدفاع عنها ونشر الوعى فى المجتمع بقضايا المعاقين.

ملاحق الدراسة :

1- ملحق رقم (1) : قائمة مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات.

2- ملحق رقم (2) : استمارة مقابلة المعاقين وأولياء أمورهم.

3- ملحق رقم (3) : خطاب جمعية الاجتماعيين الموجه إلى المسؤولين فى جميع مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات.

4- ملحق رقم (4) : استمارة استبيان المسؤولين فى جميع مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات.

ملحق رقم (1)

قائمة مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات التى تم مراسلتها

م	البيان	سنة التأسيس	التبعية
1	مراكز رعاية المعاقين فى أبو الظبى	1981	وزارة العمل والشئون الاجتماعية
2	مراكز رعاية المعاقين فى دبى	1981	وزارة العمل والشئون الاجتماعية
3	مراكز رعاية المعاقين فى العينى	1992	وزارة العمل والشئون الاجتماعية
4	مراكز رعاية المعاقين فى الفجيرة	1996	وزارة العمل والشئون الاجتماعية
5	مراكز رعاية المعاقين فى رأس الخيمة	1996	وزارة العمل والشئون الاجتماعية
6	مراكز زايد الزراعى لتأهيل المعاقين بـــنى ياس – أبو ظبى	1995 1993	وزارة العمل والشئون الاجتماعية
7	مركز أبو ظبى الطبى	1997	وزارة الصحة
8	مدينة الشارقة للخـــدمات الإنـــسانية – الشارقة	1994 1985	جمعية ذات نفع عام
9	مركز التدخل المبكر – الشارقة	1989	مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية
10	جمعية الإمارات لرعاية وتأهيل المعاقين		جمعية ذات نفع عام
11	مركز النور لرعاية الصم والبكم والتربية الفكرية – أبو ظبى	1991	خاص
12	مركز النور لتدريب وتأهيل المعـــوقين – دبى	1989 1989	خاص
13	مركز النور لتدريب وتأهيل المعـــوقين – أبو ظبى	1994 1984	خاص
14	مركز الرعاية الخاصة – أبو ظبى	1988	خاص
15	مركز راشد لرعاية الطفولة "المعاقين" دبى	1988	خاص
16	مركز دبى للرعاية الخاصة (السيف سابقا – دبى		خاص
17	نادى الثقة للمعاقين – الشارقة		نادى رياضى أهلى
18	نادى دبى للمعاقين		نادى رياضى أهلى

ملحق رقم (2)

استمارة مقابلة المعاقين وأولياء أمورهم

حول موضوع : نحو قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات

إعداد : د/ مدحت أبو النصر

أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد

جامعة حلوان – جامعة الإمارات

1417هـ - 1197م

بيانات هذه الاستمارة سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمى

أولاً : بيانات أولية:

1- النوع: ذكر ( ) أنثى ( )

2- العمر :..... سنة تقريباً

3- الحالة التعليمية : .....

4- الحالة الوظيفية أو العملية : .....

5- نوع الإعاقة : .....

6- هل أنت أو ولى أمرك عضو فى جمعية المستقبل لأولياء المعاقين؟

نعم ( ) لا ( )

ثانياً : التأييد أو عدمه لاستصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات:

7- هل تؤيد استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات؟

نعم ( ) انتقل إلى سن 8

لا ( ) انتقل إلى سن 9

8- فى حالة الإجابة بـ (نعم)، ما هى أسباب تأييدك لاستصدار هذا القانون؟

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

انتقل إلى سن 10

9- فى حالى الإجابة بـــ (لا)، ما هى أسباب عدم تأييدك لاستصدار هـــذا القانون؟

1-.....

2- .....

3- .....

4- .....

انتقل إلى سن 16

10- من وجهة نظرك، ما هى استفادة المعاقين من إصدار هذا القانون؟

1- استفادة كبيرة ( )

2- استفادة متوسطة ( )

3- استفادة محدودة ( )

ثالثاً : الملامح والمصادر والمحتويات المقترحة لقانون رعاية المعاقين:

11- من وجهة نظرك، ما هى الملامح أو الخصائص الأساسية التى يجب أن يتصف بها هذا القانون؟

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

12- ما هى المصادر التى تقترحها للاعتماد عليها عند وضع القـــانون ؟ (مع الترتيب حسب الأهمية).

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

13- فى رأيك، ما هى الأبواب أو المحتويات التى يجب أن يتكون منهـا القانون؟

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

14- فى ضوء خبرتك، ما هى حقوق المعاقين التى يجب التأكيد عليها فى هذا القانون ؟ (مع الترتيب حسب الأهمية).

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

5- .....

15- ما هى الجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع هذا القانون ؟ (مـع الترتيب حسب الأهمية).

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

5- .....

16- ما هى مقترحاتك لتحسين وضع المعاقين وبـــرامج رعـــايتهم فـــى الإمارات؟

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

5- .....

شكراً لحسن تعاونك

الباحث

ملحق رقم (3)

خطاب جمعية الاجتماعيين الموجه إلى المسؤولين فى جميع مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات

جمعية الاجتماعيين

دولة الإمارات العربية المتحدة

التاريخ : 20/ 1/ 1997م

المرجع : ج/ أ/ ص/ 97/ 7

الأستاذ / المحترم

مدير مركز

ص . ب :

تحية طيبة وبعد..

تتشرف جمعية الاجتماعيين بأن ترسا لسيادتكم نسخة من استمارة استطلاع لمعرفة وجهة نظر سيادتكم حول موضوع التأييد من عدمه لاستصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات وهذه الاستمارة هى جزء من دراسة يقوم بها الدكتور/ مدحت محمد أبو النصر بجامعة الإمارات، والتى سيقوم بتقديمها إلى ندوة " التشريعات الاجتماعية والإنسانية فى الإمارات " التى ستنظمها الجمعية بالشارقة فى شهر مارس 1997، علما بأن الباحث يقوم باستطلاع رأى عينة من المعاقين وأولياء أمورهم بهذا الخصوص.

يرجى إرجاع الاستمارة بعد ملئها إلى العنوان التالى:

د . مدحت محمد أبو النصر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة الإمارات
ص. ب : 17771 العين

للاستفسار يرجى الاتصال بهاتف 615118 العين

شاكرين حسن تعاونكم وتجاوبكم ،،،،

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،،

المرفقات :

1- استمارة البحث

إبراهيم عبيد إبراهيم / أمين السر العام

ملحق رقم (4)

استمارة استطلاع رأى مديرى مراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات

حول موضوع : نحو قانون لرعاية المعاقين فى الإمارات

إعداد : د/ مدحت محمد أبو النصر

أستاذ الخدمة الاجتماعية المساعد

جامعة حلوان – جامعة الإمارات

1417هـ - 1997م

بيانات هذه الاستمارة سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمى

أولاً : بيانات أولية :

1- الوظيفة الحالية : .....

2- أعلى شهادة حصلت عليها : .....

3- عدد سنوات الخبرة فى مجال رعاية المعاقين:.....

4- اسم الجهة التى تعمل مديرا لها : .....

5- نوع الجهة : .....

أ- حكومية ( )

ب- شبه حكومية ( )

ج- أهلية ( )

د- خاصة ( )

6- تبعية الجهة؟

أ- وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ( )

ب- وزارة التربية والتعليم ( )

ج- وزارة الصحة ( )

د- جمعية ذات نفع عام ( )

هـ- مؤسسة خاصة ( )

و- أخرى تذكر .....

ثانياً : التأييد أو عدمه لاستصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات:

7- هل تؤيد استصدار قانون خاص لرعاية المعاقين فى الإمارات؟

نعم ( ) انتقل إلى سن 8

لا ( ) انتقل إلى سن 9

8- فى حالة الإجابة بـ(نعم)، ما هى أسباب تأييدك لاستصدار هذا القانون؟

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

انتقل إلى سن 10

9- فى حالى الإجابة بـ(لا)، ما هى أسباب عدم تأييدك لاستصدار هذا القانون؟

1-.....

2- .....

3- .....

4- .....

انتقل إلى سن 15

ثالثاً : الملامح والمصادر والمحتويات المقترحة لقانون رعاية المعاقين:

10- من وجهة نظرك، ما هى الملامح أو الخصائص الأساسية التـــى يجب أن يتصف بها هذا القانون؟

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

11- ما هى المصادر التى تقترحها للاعتماد عليها عند وضع القانون ؟ (مع الترتيب حسب الأهمية).

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

12- فى رأيك، ما هى الأبواب أو المحتويات التى يجب أن يتكون منها القانون؟

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

13- فى ضوء خبرتك، ما هى حقوق المعاقين التى يجب التأكيد عليها فى هذا القانون ؟ (مع الترتيب حسب الأهمية).

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

5- .....

14- ما هى الجهات التى يمكن أن تشارك فى وضع هذا القانون ؟ (مع الترتيب حسب الأهمية).

1- .....

2- .....

3- .....

4- .....

5- .....

*** *** *** *** ***

مراجع المبحث الأول

أولاً : المراجع العربية :

1- جميلة بنت محمد القاسمى: كيف حقوق ذوى الاحتياجات الخاصة؟ مجلة المنال، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، العدد 103، نوفمبر 1996.

2- خليل أحمد خليل: معجم المصطلحات الاجتماعية (بيروت: دار الفكر اللبنانى، 1994).

3- سعد عبد الرحمن: القياس النفسى (الكويت: مكتبة الفلاح، 1983) .

4- عبد الخالق عبد الله وطة حسين حسن وراشد محمد راشد: المجتمع المدنى فى الإمارات العربية المتحدة (الشارقة: جمعية الاجتماعيين، 1995) .

5- عبد العزيز السرطاوى " التشريعات والقوانيين الخاصة بالمعوقين " حقوق المعوقين (الشارقة: دار الثقافة والإعلام، 1994).

6- على أحمد عبد القادر: تطوير الفكر السياسى الإغريق الأقدمون (القاهرة: دار الكتب، 1983).

7- قانون العمل الاتحادى رقم (8) لسنة 1980 فى الإمارات.

8- قانون تأهيل المعاقين فى مصر، رقم 49 لسنة 1982.

9- قانون رعاية المعاقين فى الأردن، رقم 12 لسنة 1982.

10- قرار مجلس الوزراء رقم (1) لسنة 1977 بشأن وزارة العمل والشؤون الاجتماعية فى الإمارت.

11- قرار مجلس الوزراء رقم 96/ 3م/ 1981 بشأن إنشاء مركز رعاية وتأهيل المعاقين والمسنين.

12- قرار مجلس الوزراء لسنة 1991 بشأن تعديل نظام وزارة العمل والشؤون الاجتماعية فى الإمارات.

13- مجلة المنال: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الشارقة، أعداد متنوعة.
14- محمد عبد الرحمن الركن: " قراءة نقدية فى القانون الاتحادى رقم (6) لسنة 1994 وتعديلاته بشأن الجمعيات ذات النفع العام " مجلة شؤون اجتماعية، جمعية الاجتماعيين بالشارقة، السنة13، العدد49، ربيع 1996.
15- محمود صادق بازرعه: موضوعات فى بحوث التسويق الجزء الثانى (القاهرة: دار النهضة العربية، 1992).
16- محمد عبد الحليم منسى: الإحصاء الوصفى والإستدلالى (الكويت: مكتبة الفلاح 1986).
17- مدحت محمد أبو النصر وراشد محمد راشد: رعاية الأحداث الجانحين فى الإمارات العربية المتحدة (دلى: صندوق التكافل الاجتماعى للعاملين فى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، 1996).
18- مدحت محمد أبو النصر وأحمد عبد العزيز النجار: الرعاية الاجتماعية فى الإمارات، الماضى والحاضر والمستقبل 0العين: مكتبة الفلاح، 1996).
19- مدحت محمد أبو النصر " دعوة لإصدار قانون لرعاية المعاقين " جريدة الاتحاد 21 أكتوبر 1996.
20- مدحت محمد أبو النصر " نحو قانون رعاية لرعاية المعاقين فى الإمارات العربية المتحدة "، مجلة المنال، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، العدد 103، نوفمبر 1996.
21- مدحت محمد أبو النصر وسعد الكبيسى: " وقاية الشباب من المشكلات، ندوة واقع الشباب فى الإمارات "، جمعية الاجتماعيين، الشارقة : 19 أبريل 1996.
22- مدحت محمد أبو النصر: الدفاع الاجتماعى (تحت الإعداد: 1998).

23- مراكز رعاية الفئات الخاصة: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، أبو ظبى: 1993.
24- مؤتمر العمل العربى: التوصية العربية رقم 7 1993 بشأن تأهيل وتشغيل المعوقين، عمان، الأردن: إبريل 1993.
25- موزة أحمد العبار: حالات الإعاقة فى دولة الأمارات العربية المتحدة (دبى : صندوق التكافل الاجتماعى للعاملين بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية، 1995).
26- موزة غباش: التنمية البشرية فى دولة الإمارات (أبو ظبى: المجمع الثقافى، 1996).
27- ندوة تحسين أوضاع المعاقين: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الشارقة 12 فبراير 1990.
28- ندوة حقوق المعوقين: دائرة الثقافة والإعلام بالشارقة ومدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الشارقة: مايو 1993.
29- ندوة التطور التشريعى: جامعة الإمارات العربية المتحدة، العين: 15 ديسمبر 1996.
30- هاشم فرعون: قانون العمل فى ضوء تشريعات دولة الإمارات العربية المتحدة (دمشق: جامعة دمشق، 1989).
31- وزارة العمل والشؤون الاجتماعية: التشريعات الاجتماعية (دبى: صندوق التكافل الاجتماعى للعاملين بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية، 1995).

*** *** *** *** ***

المبحث الثانى

إسهام طريقة تنظيم المجتمع
فى تصميم برامج الرعاية الاجتماعية
للأطفال المصابين بالفشل الكلوى

دراسة مطبقة على بعض المستشفيات
بالمملكة العربية السعودية

إعداد : أستاذ دكتور / رشاد أحمد عبد اللطيف

إسهام طريقة تنظيم المجتمع فى تصميم برامج الرعاية الاجتماعية للأطفال المصابين بالفشل الكلوى

أولاً : الإطار النظرى للدراسة :

1) أهمية البحث :

أكدت منظمة الصحة العالمية W.H.O على أهمية العناية بالطفولة باعتبارها تشكل ما يقرب من 60% من مجموع سكان الدول النامية، وعلى أهمية رعايتها توفير الوسائل الكفيلة بحمايتها من أكثر الفئات القابلة للتعرض أو الإصابة بالمرض وخاصة فى السنوات الأولى سواء فى مرحلة ما قبل المدرسة أو مرحلة التعليم الابتدائى والمتوسط وذلك من خلال الاهتمام بهم ورعايتهم صحياً على أن يشمل ذلك التغذية، العلاج، التوعية الصحية[1].

كما أشارت جمعية حقوق الطفل إلى أهمية العناية بالأطفال واتخاذ كافة الإجراءات الملائمة لمواجهة الممارسات التقليدية التى تضر بصحة الأطفال بالإضافة إلى مكافحة الأمراض التى يتعرضون لها[2]. ومن الأمراض التى يصاب بها الأطفال "مرض الفشل الكلوى" والذى وصف بأنه من الأمراض الاجتماعية التى تؤثر على المريض جسمياً وتنعكس آثارها على أسرة المريض ودراسته وعمله وأوضاعه الاجتماعية، ويتطلب العمل مع مرض الفشل الكلوى معلومات نظرية تتصف بعلم وظائف الكلى وتدريب متخصص لتقديم خدمات فعالة للمرضى ومواجهة الإحباطات المختلفة التى يتعرضون لها وقد طورت الخدمة الاجتماعية من أساليبها المهنية حديثاً – بحيث أصبحت تتعامل مع هذه النوعية من الأمراض ويحاول الأخصائيون الاجتماعيون مساعدة الأفراد والجماعات لتحسين أحوالهم.

كما ويشمل عمل الأخصائيين الاجتماعيين وضع الخطط المناسبة، والعمل مع المؤسسات التى تقدم خدمات للأسرة، والمؤسسات العامة، مستهدفين من وراء ذلك مساعدة المريض على تخطى المشكلات المرتبطة بالمرض من خلال إتاحة كافة الفرص للحصول على المساعدات المناسبة والاستفادة من موارد المجتمع[3].

ويتمثل الإسهام الرئيسى للأخصائى الاجتماعى الكلوى فى نوعين من الأنشطة هى:

أ) تنمية الوعى والإدراك بالعوامل المؤدية إلى الإصابة بالفشل الكلوى وأساليب الوقاية والعلاج من هذا المرض.

ب) المشاركة فى أنشطة تدعم الخدمات التى تواجه الاحتياجات الاجتماعية للمرضى، سواء كان ذلك من خلال خدمات مباشرة أو العمل على تنمية برامج معينة أو وضع أسس لبرامج جديدة لمساعدة مرضى الفشل الكلوى[4].

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة التى أجريت على مرض الفشل الكلوى لوحظ أن معظمها كان يركز على المرضى الكبار سواء كانوا نساء أم رجال، وقد أوضحت هذه الدراسات أن للمرض تأثير على الوظائف الاجتماعية للمريض وفى إصابة بعضهم بأمراض نفسية ومشكلات اجتماعية وأسرية واقتصادية[5].

وأشارت هذه الدراسات إلى أهمية الوسط الاجتماعى الذى يعيش فيه المرضى سواء كانوا صغاراً أم كباراً، حيث أنه الأساس فى فهم شخصية المريض والمشكلات التى يعانى منها، وأوضحت أهمية العلاقات الاجتماعية بالنسبة للمرضى[6]. كما أشارت الدراسات إلى أهمية الاكتشاف المبكر للمرض واتخاذ كافة الإجراءات التى تساعد على مواجهته.

2) أهمية الكلية ووظائفها وأهم الأمراض التى يمكن أن تصاب بها:

الكلية هى أحد أعضاء الجهاز البولى فى جسم الإنسان، حيث يحتوى الجهاز البولى على كليتين وحالبين ومثانة ومجرى للبول وتوجد الكليتين فى جانب العمود الفقرى فى مستوى أعلى بقليل من الفقرات البطنية الأولى والثانية ويدخل كل كلية الشريان الكلوى ويخرج منه الوريد الكلوى والحالب الذى يصيب فى المثانة[7]، وأقل من ربع الكلية كاف لأداء الوظائف والباقى يكون الاحتياطى الذى يستخدم عند الضرورة[8] .

وأهم الوظائف التى بها الكلية هى تنقية الجسم من السموم ومن رواسب الإستقلاب الغذائى بالإضافة إلى حجم الدم وسوائل الجسم ثابتا وذلك لإخراج الماء الزائد فى شكل بول وإفراز الاحتراق الداخلى والضارة بالجسم كالبولينا وحمض البوليك والأحماض الأخرى، والتخلص منها فى البول. كما تعمل الكلية على اختفاظ بالمواد التى يحتاجها الجسم مثل الجلوكوز، والأحماض الأمينية والبروتين[9] .

الأمراض التى تصاب بها الكلية الفشل الكلوى Renal Falure والذى عرف بأنه قصور فى أداء الكلية لوظائفها الطبيعية نتيجة الإصابة بأى مرض من الأمراض مثل " الالتهابات التى تحدث بالكلى، ارتفاع ضغط الدم، البلهارسيا، الدرن، ..الخ " مما يؤدى إلى تراكم وتجميع السموم والفضلات فى الدم وينعكس بشكل سلبى على صحة الإنسان المصاب بالفشل الكلوى.

كما عرف الفشل الكلوى بأنه " توقف الكلية عن القيام بوظيفتها " وقد يكون الفشل حاداً أو مزمناً. وأهم المؤثرات الدالة عليه ارتفاع نسبة البولينا فى الدم "اليوريا" [11].

وفى غمار هذا البحث الفشل الكلوى بأنه " إصابة الطفل بأى مرض من الأمراض التى تؤثر على إحدى الكلى أو كلاهما لوظائفها وينتج عن ذلك تلف فى أنسجة الكلية أو الكليتين ويحتاج ذلك على إجراء عمليات، إجراء الغسيل

الكلوى الدموى أو البروتينى أو استبدال الكلية بكلية أخرى عن طريق عملية الزراعة ".

وهناك عدة مظاهر يمكن الاستدلال منها على إصابة الطفل بالفشل الكلوى، مثل: (كثرة التبول الليلى، الإرهاق الشديد وفقدان الشهية، نقص الوزن، الغثيان والقيئ، الأرق والقلق بالليل، ضعف الذاكرة، جفاف الجلد، الرجفان العضلى، الهذيان والهلوسة البلبلة، اضطراب الشخصية).

العوامل المؤدية للفشل الكلوى:

هناك عدو عوامل قد تساعد فى حدوث الفشل الكلوى لدى الأطفال يمكن أن نقسمها على ما يلى:

(1) أسباب تمهد للإصابة بالفشل الكلوى Prerental Causes: وتنتج عن السوائل فى حجم الطفل مثل هالات الإسهال الشديد التى يصاب بها البالغين وكذلك الإصابة بالجفاف والنزيف.. كما يؤدى الهبوط المفاجئ للقلب إلى ركود الدم داخل الأوعية الدموية مما يسبب بالتالى الفشل الكلوى. كذلك تؤدى الإصابة بالتسمم الدموى إلى اتساع شديد فى الأوعية الدموية بالجسم وبالتالى يحدث – أيضاً – ركود للدم داخل أوعية الكلية مما يؤدى إلى إصابتها بالفشل الكلوى.

(2) أسباب تتصل بالكلية نفسها Renal Causes : حيث تصاب الكلية بأى عطب يؤثر على تنقية الدم وترشيحه والتخلص من المواد السامة بالجسم وبالتالى يتعرض الطفل للإصابة بالفشل الكلوى.. ومن هذه الأسباب ما يتصل بالالتهابات التى تحدث بالكلية، ضمور الكلية، إخراج الكلى، سل الكلى، سرطان، هبوط الكلى عن وضعها الطبيعى، الأمراض الوراثية التى قد تصاب بها الكلية ..الخ.

(3) البلهارسيا: وهى كثيراً ما تصيب الأطفال وبصفة خاصة بالريف والذين يقدمون بالسباحة فى الترع والمصارف التى توجد بها قواقع المرض،

مما يؤدى بالتالى إلى حدوث مضاعفات فى الكلية، مما يؤدى على ضيق أو انسداد فى الحالبين وعنق المثانة بالإضافة على تكوين الحصى فى المسالك البولية والتى تسبب الفشل الكلوى.

(4) مرض الكياس فى الكليتين: حيث يولد الأطفال حاملين لهذا المرض وأهم مظاهره وجود أكياس متعددة فى الكليتين ويتسبب ذلك فى كبر حجم الكلية، وتؤدى هذه الأكياس إلى نقص فى وظائف الكلية، ومع مرور الوقت يؤدى إلى الأصابة بالفشل الكلوى.

(5) إلتهاب الكلى الحاد: أسبابه إلى وجود التهاب فيحى فى اللوز أو وجود بؤر قيح فى أماكن الجسم كالجيوب الأنفية أو خراجات الأسنان، بالإضافة إلى إصابات المتقدمة بالحمى القرمزية. وتظهر أعراض الإصابة بهذا النوع فيما يلى:

انتفاخ فى الوجه وعلى الأخص حول العينين، الشعور بالعطش، ارتفاع ضغط الدم، الصداع، تناقص كمية البول وتعكره، تلون البول بلون أحمر[12].

(6) بؤرات التهاب الكلى: وتنتشر لدى الأطفال الذين يصابون باستمرار باللوز ويتطلب ذلك سرعة العلاج والوعى من جانب الأسرة أولا بأول بمشكلات الطفل وسرعة العلاج الأمراض التى يتعرض لها مثل (اللوز، ارتفاع درجة الحرارة، الأسنان..الخ)[13].

المشكلات المترتبة على إصابة الأطفال بالفشل الكلوى:

هناك عدة مشكلات تنجم عن إصابة الطفل بالفشل الكلوى لا تنعكس آثارها عليه فقط، بل على الأسرة والمجتمع المحيط به ككل، ومن المشكلات:

أولاً : المشكلات الشخصية:

حيث أبرزت الدراسات العلمية أن تأثير على الجوانب الشخصية للطفل وأسرته نتيجة الإصابة بالمرض تبدأ فى البداية فى التشكك فى نتائج التشخيص الطبى للطفل، وعدم التصديق إلى التخبط فى عمليات العلاج.. وحين تتضح

الأمور للأسرة وتبدو عيها مشاعر الحزن، القلق، الألم، وتحتاج هنا إلى جهود الأخصائى الاجتماعى لمساعدة الأسرة والطفل على تخطى كارثة المرض.

ومن المشكلات التى يعانى منها الطفل: الاعتماد على الآخرين Dependency والاكتئاب Depression وبصفة خاصة بالنسبة للأطفال الذين ترتب على إصابتهم بالمرض ترك المدرسة أو الرسوب فى الامتحانات أو تدنى درجات أعمال السنة. كما يعانى الأطفال من شعور بالعزلة والصمت وعدم الحديث مع الأطباء والممرضات، مما يتطلب جهودا مهنية من الأخصائيين لأشراكهم فى أنشطة تساعدهم على التوافق مع المرض والآثار المترتبة عليه.

ثانياً – المشكلات الاجتماعية :

ونعنى بها ما نجم عن المرض من مشكلات ترتبط بالمجتمع المحيط بالطفل المريض سواء كان ذلك مرتبط بالأسرة او الأصدقاء أو أساليب شغل أوقات الفراغ. وقد أشار سبكت Specht إلى أن البيئة الاجتماعية هى حقيقة الوجود الإنسانى ومصدر لتعاسة أو سعادة[14].

ومن أهم المشكلات التى تعانى منها أسرة الطفل المريض بالفشل الكلوى ما يلى:

– توتر العلاقات بين الزوجين، إما بسبب القاء كل منها اللوم على الآخر وبأنه السبب فى المشكلة، أو نتيجة تفرغ أحد الوالدين للعناية بالطفل وإهمال شؤون الأسرة الأخرى.

– الانسحاب التدرجى للطفل من المسئوليات الأسرية ورفاق المدرسة والحى حيث لا تمكنه ظروف الغسيل من القيام بأى مسؤوليات أسرية أو المشاركة فى الأنشطة الدراسية أو الجلوس مع رفاقه من أبناء الحى.

كما أشارت دراسة فرديدمان Friedman على عينة من المصابين بالفشل الكلوى إلى أن بقاء المرضى فترة فى عملية الغسيل كان له تأثير سلبى على

أدائهم لواجباتهم سواء كانت متصلة بالعمل أو المدرسة وإلى الانسحاب التدريجى من الأنشطة الاجتماعية والرحلات وأنشطة وقت الفراغ المختلفة[15].

ثالثاً – المشكلات المدرسية :

وهى مرتبطة بالمشكلات السابقة حيث يعانى الطفل من بعض المشكلات المرتبة بالدراسة بسبب القيام بعملية الغسيل، ومن هذه المشكلات التغيب المستمر عن الدراسة وبالتالى الحرمان من دخول الامتحان، بالإضافة إلى انخفاض مستوى التحصيل الدراسى وتعرض الطفل للرسوب فى الامتحانات[16]. كما لا يستطيع الطفل المشاركة فى الأنشطة اللامدرسية (الاجتماعية، الثقافية، الرياضية) التى تقيمها المدرسة، وإذا شارك فيها فلن تكون هذه المشاركة مستمرة [17] . مما يوضح أهمية انتقاء الأخصائى لوسائل شغل وقت الفراغ المناسبة لحالات المرضى المصابين بالفشل الكلوى.

رابعاً – المشكلات الاقتصادية:

حيث تلعب هذه المشكلات دورا بارزا سواء عند الإصابة بالمرض أو فى اتباع طرق وأساليب العلاج المناسبة. وقد تبين من بعض الدراسات أن معظم حالات الفشل الكلوى كانت من مناطق فقيرة وذلك إما لعدم توفر الوعى الصحى لديهم أو تأخرهم فى الذهاب على الطبيب ومن أهم المشكلات الاقتصادية ما يلى:

أ – عدم القدرة على الإنفاق على وسائل الانتقال.

ب – عدم القدرة على شراء أنواع معينة من العلاج.

ج – غياب الوالد مع الطفل وتعرضه للخصم من الراتب.

د – انتقال الوالد من عمل إلى آخر تبعا لمصلحة الطفل.

خامساً – المشكلات الصحية:

حيث يترتب على الإصابة بالمرض بعض لمشكلات الصحية مثل (وجود القرح والجروح بالجسم، التأثير على الإبصار، الإجهاد والإرهاق الشديد،

التأكل العظمى، البول المدمم..الخ) والتى ينبغى للأسرة أن تلاحظ الطفل وتتابع حالته مع الطبيب والعمل على إجراء الفحوصات اللازمة[18] .

سادساً – مشكلات الغذاء والمواظبة على تعليمات الفريق المعالج :

أكد شندر أندرسون .Schntider, A على ضرورة تنظيم الغذاء بالنسبة لمريض الفشل الكلوى وخاصة ما يتعلق منها بالبروتين، أملاح الصوديم والبوتاسيوم، والسوائل والفيتامينات والمعادن بحيث تحسب الكميات المسموح بها للطفل المريض حسب احتياجاته الشخصية[19] .

ويتطلب ذلك توعية لأسرة المصاب بالفشل الكلوى، وللمريض نفسه حتى يكون لديهم إدراك بخطورة عدم الالتزام بنظام الغذاء المسموح به من قبل الطبيب..

كما أن تأثير الثقافات الفرعية وخاصة فى المناطق الريفية وبين غير المتعلمين كثيرا ما يتجاهل التعليمات الطبية المرتبطة بالغذاء.. وقد يؤدى ذلك إلى عواقب وخيمة بالنسبة للطفل المريض.

دور الأخصائى الاجتماعى :

وهنا يأتى الأعداد والتأهيل بالنسبة للأسرة والمريض حيث يمكن أن تشارك الأخصائى الاجتماعى فى عملية تعليم الطفل المصاب بالفشل الكلوى وأسرته كيفية تقبل النظام الغذائى الجديد والمعقد أحياناً وكيف يلتزم بالقيود المحيطة به، حتى يتم له الشفاء – بإذن الله تعالى – وقد يكون ذلك غير ماقبل نفسيا بالنسبة للأسرة وظروفها الاجتماعية والاقتصادية أو المريض نفسه، وهذا مرهون بقدرة الأخصائى الاجتماعى ومن يشارك معه فى خطة العلاج الاجتماعى على الإقناع وتوضيح الأمور بلين ورفق ومودة، على ان يقوم باستخدام كافة وسائل الإيضاح الممكنة داخل المستشفى أو يهتم بعقد الاجتماعات بين أسر الأطفال المصابين بالمرض منذ فترة كبيرة والأسرة التى لديها طفل مصاب بالمرض حديثاً.

(3) الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع مرضى الفشل الكلوى:

العمل فى الخدمة الاجتماعية بصفة عامة – بغض النظر عن طرقها – يتضمن إدراكا من الأخصائى الاجتماعى للمراحل التى يمر بها العمل فيما بينه وبين المريض لتحقيق الأهداف المرجوة. وقد حاول فرانسيس ترنر Francis Tumes تقسيم هذه المراحل على ثلاث هى:

1- المرحلة الأولية أو مرحلة التخطيط Planning Phase وتتضمن (الاستعداد Preparation، تكوين العلاقة (الارتباط) Engagement، الاكتشاف Exploration، تحديد المشكلة Problem Definition، تقدير الحاجات Assessment، وضع الأهداف Goal – Setting، التخطيط للخطوات التالية Planning Nezt Steps.

2_ المرحلة الثانية : مرحلة استمرارية العمل Ongoing Phase، وهى مرحلة تنفيذ الأنشطة والمهمات التى تم الاتفاق عليها بين الأخصائى الاجتماعى والمريض حيث يتركز دور الأخصائى الاجتماعى فى القيام بمايلى:

أ- المحافظة على الدافع لدى المريض من خلال ممارسة الأخصائى الاجتماعى لدوره كمحرك Patient Motivation Social Worker Role of Mobilizer.

ب- قيام الأخصائى الاجتماعى بدوره فى حل مشكلات المريض وممارسة دوره كمعلم ومدرب ووسيط – Steps of Problem solving and the S. W Roles as a Teacher, Mediator.

ج- التحكم فى مشاعر المريض المؤلمة والمرتبطة بالمرض ودور الأخصائى الاجتماعى كمساعد ومنظم Management of Painful Emotions and the **Social** Worker roles of enableer and Organizer.

د- التوجيه الشخصى للمريض ودور الأخصائى الاجتماعى كموجه Patient Self- Directedness and the Social Worker Role of Foulitator.

3- المرحلة الثالثة: وهى مرحلة اكتمال خطة العلاج وخروج المريض من المستشفى إذا كان منوما أو استكمال العلاج بالمنزل، كما هو فى الحالات الأطفال الذين يقومون بعمليات الغسيل البريتونى بالمنزل وتسمى Enging Fhase **وتشمل** (وضع خطة لخروج المريض من المستشفى، التقويم للعمل)[20].

وظائف الخدمة الاجتماعية مع المرضى وأسرهم:

تم الاستعانة فى تحديد هذه الوظائف بالدراسة التى أجريت بالولايات المتحدة الأمريكيةبواسطة Diane Elias Alperia بجامعة فلوريدا Florida (قسم الخدمة الاجتماعية) حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن الوظائف التى يمكن أن يمارسها الأخصائى الاجتماعى الطبى هى:

- القيام بعمليات التنسيق ما بين مؤسسات المجتمع.
- القيام بعمليات الاتصال وتدعيم العلاقات بين المؤسسات التى تحول إليها المرضى.
- تقديم المشورة التدعيمية لكل من المريض والأسرة.
- القيام بدوره كأحد أعضاء الفريق العلاجى.
- المشاركة فى توفير خدمات معينة للمريض وأسرته.
- القيام بدراسة شاملة للمرضى الجدد وأسرهم.
- القيام بواجبات إدارية لمساعدة الإدارة، والفريق المتصل مباشرة بالمريض.
- العمل على تنمية البرامج الخاصة بالرعاية الاجتماعية للمرضى.
- تصميم برامج لحث عمليات التطوع لخدمة المرضى.

- إعداد برامج التدريب وتعليم المتطوعين.
- توعية المجتمع بالمعلومات الضرورية بأمراض الفشل الكلوى وغيرها.
- الحصول على أجهزة يحتاجها المريض بالمستشفى.
- القيام بتدريب المرضى وأسرهم على استخدام الأجهزة اللازمة لعلاج المريض.
- الاتصال بالمسؤولين ونقل آراء المرضى إليهم.
- تشجيع المرضى وأسرهم على تقديم شكاوى للإدارة فى حالة وقوع أى نوع من الإهمال فى الرعاية الصحية[21] .

فى هذا الإطار يمكن أن نقول أن لمهنة الخدمة الاجتماعية دور حيوى وهام فى رعاية هؤلاء المرضى حيث أن كل من الأخصائى الاجتماعى والمريض يشتركون فى مفهوم واحد هو " الرعاية " والاهتمام بالمريض والعمل على راحته والتخفيف من حدة الانفعالات المرتبطة بالمرض بقدر الإمكان.

إن رؤية الخدمة الاجتماعية " للرعاية " مع هؤلاء المرضى أنها جزء أساسى فى علاج المريض وتحقيق الشفاء – بإذن الله تعالى – حيث يعطى هذا الاهتمام والرعاية للمريض الشعور بأنه إنسان وأن هناك من يسعى إلى مساعدته والعمل على راحته ويعتبر دور الأخصائى الاجتماعى مع الأسرة وقائى حيث يساعدها على التعامل مع ما يترتب على المرض من مشكلات جسمية أو نفسية أو اجتماعية، كما تسهم الخدمة الاجتماعية فى العمل مع البيئة المحيطة بالمريض والتى تتضمن مواجهة المتغيرات التى تحدث فى أداء المريض لوظائفه وأحداث التوافق ما بين المريض والمحيط به سواء فى العمل، المدرسة، الجامعة، الأسرة[22].

المفاهيم التى تعتمد عليها ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المرضى:

1- تعتمد الممارسة على ضرورة الاهتمام بكل من المريض كإنسان له طاقة يمكن المحافظة عليها وإحداث التوافق بينه وبين البيئة، وقد أشارت كارل

جيرمان Carel Germaine عام 1979م على عنصر البيئة وضرورة التعرف على: (شخصية المريض، البيئة التى يعيش فيها، الإجراءات وأسلوب الاتصال ما بين الإنسان والبيئة) باعتبار ان هذه الجوانب ضرورية فى التدخل المهنى للأخصائى الاجتماعى وتمكنه من خلالها أن يحدد أولويات التدخل المهنى وأحداث التوافق ما بين المريض والبيئة المحيطة به.

2- عن وحدات التعامل مع المرضى بأمراض مزمنة ومنها الفشل الكلوى يعتمد على (المريض، الأسرة الفريق المعالج، الخدمات المتكاملة) وهذا يتضمن معرفة الأخصائى الاجتماعى لما يلى:

أ- إجراءات حل المشكلة.

ب- توجيه مشاعر الحزن والألم.

ج- بث روح الأمل والتفاؤل.

د- وقاية وحماية ذات المريض وتمكينه من اتخاذ القرارات المناسبة بنفسه.

3- أن يدرك الأخصائيين الاجتماعيين أن المريض وما يعانيه من مشكلات إنما مرتبط بمكان معين ووقت معين وأن الإجراءات (أساليب الاتصال) ما بين الأشخاص المتفاعلين فى الموقف الذى يتعامل معه غير ثابتة وعلى الأخصائى الاجتماعى أن يكون قادرا على فهم أشكال التغيير التى تؤثر على الموقف والتى يؤثر بها المريض على من يحيطون به.

كما يدرك الممارسين (الأخصائيين الاجتماعيين) أن شخصية المريض ليست ثابتة أو ذات طبيعة ساكنة، ولكنها متغيرة ومتحركة وتحيط بها عمليات متعددة.

4- أن يكون الأخصائى الاجتماعى يقظا وواعيا وحساسا لكل شئ غير متوقع فى الموقف الذى يتعامل معه، وأن يكون دائما متوقع تغييرات حيوية وجوهرية فى السلوك، البيئة، التفاعل، وكل ما يتعلق بمرضى الفشل الكلوى[23] .

أدوار الأخصائى الاجتماعى والنتائج المترتبة عليه مع المرضى والظروف المحيطة بهم

أولاً – مع المريض :

الدور	الوظائف (الدور المتوقع من الأخصائى)	النتائج المترتبة على ممارسة الدور
المطالب	إعادة عرض الاهتمامات الخاصة بالمريض عندما يكون هناك ضعف فى عمليات الاتصال ما بين المريض وهيئة العلاج والأسرة	فتح قنوات الاتصال ما بين المريض وهيئة العلاج والأسرة بشكل فعال ومؤثر.
المستشار	استخدام مدخل حل المشكلة ومحاولة تخفيف الآلام والتوترات المترتبة على الإصابة بالمرض.	يحدث للمريض توافق قوى وتقدير للذات، وبداية الشعور بالأمل نتيجة هذا الجهد من جانب الأخصائى الاجتماعى.
المعلم	يقدم التعليمات والتوجيهات التى تعمل على توافق المريض أو المرضى ككل وقد تكون فى شكل مكتوب أو شفهى.	المقدرة على التعامل مع متطلبات العلاج، والغذاء، وتحريكها من وقت على آخر حسب ما يقوم به الأخصائى من توضيح وإقناع.
المساعد	يساعد المريض على كيفية الاستفادة من الموارد المختلفة والعلاج المناسب.	التعرف على الموارد المتاحة والعمل على الاستفادة منها.
المسهل (الميسر)	العمل على عرض الاختبارات المختلفة أمام المريض وترك الفرص له للاختيار.	المريض يصنع القرار من خلال ما تعرفه عليه من اختبارات، وعلاقات مختلفة.
الوسيط	يعمل ما بين المريض وفريق العلاج فى حالة وجود مشكلات حول العلاج أو الخروج.	الوصول إلى حالة من الاسترخاء ما بين الأطراف المختلفة فى الموقف.
المشارك	يشارك المريض فى التعريف بالمشكلة والتشخيص وإيجاد فرص الاختيار المناسبة والمختلفة للوصول على الحل.	يشارك المريض بنشاط وفاعلية فى رعاية نفسه.

ثانياً – دور الأخصائى فى الأسرة :

الدور	الوظائف (الدور المتوقع من الأخصائى)	النتائج المترتبة على ممارسة الدور
المطالب	إعادة عرض مطالب الأسرة عندما تكون هناك مشكلات أو نقص فى الخدمات بينها وبين الفريق المعالج فى المستشفى	تحقيق ما تتطلع إليه الأسرة وترجوه طالما يتوافق مع الحقوق المنصوص عليها.
المستشار	تقديم المشورة الفنية للأسرة للعمل على تهدئة الانفعالات المتربطة بالألم الناتج عن المرض والعمل على تكامل وظائفها بقدر الإمكان.	تعامل الأسرة مع المواقف المختلفة يكون أكثر إيجابية وكذلك مع مواقع الألم والحزن.
المعلم	يقدم التعليمات والتوجيهات اللازمة للأسرة سواء كانت مرتبطة بالمريض أو بنظام الغذاء وتناول الأدوية.	تتعامل الأسرة بفاعلية مع أوجه الرعاية المختلفة اللازمة للمريض ويتم حل المشكلات المرتبطة بالمريض أو الأسرة.
المساعد	تحديد قدرة الأسرة وإمكانياتها ومدى مسؤوليتها فى الرعاية الاجتماعية للمريض.	الأسرة تتخذ القرار المناسب.
المسهل (الميسر)	عرض الفرص المختلفة أمام الأسرة وإتاحة الفرصة لها لاختيار المناسبة منها.	الأسرة تتخذ القرارات من خلال إدراكها ومعرفتها بكافة العلاقات ما بين هذه الفرص أو الاختيارات.
الوسيط	القيام بدور الوسيط بين الأسرة وإدارة المستشفى أو الفريق المعالج فى حالة وجود نزاع او مشكلات.	رضى كافة الأطراف وإنجاز الأهداف.
الممكن	العمل على مساعدة الأسرة للاستفادة من الموارد المتاحة.	تتعرف الأسرة على الموارد وطرق الاستفادة منها.

ثالثاً – دور الأخصائى الاجتماعى مع فريق العلاج :

يتمتع العاملون مع المرضى المصابين بالفشل الكلوى من الأطباء والفنيين والممرضات وكل من له صلة بالمريض بدرجة كبيرة من المعروف والمهارات، كما أن لديهم القدرة على مزج هذه المعارف والمهارات مع طبيعة التدريب العملى الذى تم الحصول عليه أثناء الدراسة والمؤتمرات العلمية التى شاركوا فيها. كما تتطلب رعاية المرضى مواصلة الجهد يومياً،وفى كل لحظة من خلال متابعة المريض سواء أثناء تواجده على جهاز الغسيل أو غرفة الفحوصات أو الأنشطة أو متابعة ما يعبر عنه أو يتحدث عنه. إن المدخل البيئى التى ترتكز عليه مهنة الخدمة الاجتماعية فى تعاملها مع المريض والبيئة والوسائل التى يتم من خلالها إحداث التوافق بين المريض وما يحيط به من مؤثرات لها وضع خاص لدى المريض. وتعطى معنى لعملية المساعدة وتقدير الموقف، كما أنها تعمل على التنسيق ما بين مختلف العناصر التى تحيط بالمريض. وسوف يترتب عليها مزيد من الفهم للفريق المعالج بديناميات وأساليب الاتصال والتى تمكنهم من التعامل مع المواقف المعقدة سواء للمريض أ، الأسرة أو الاحتياجات العلاجية. وسوف تكون خطة العلاج منفذة بواسطة العمل المتكامل للفريق المعالج وبموافقة الأسرة وتعاون المريض.

دور الأخصائى الاجتماعى مع فريق العلاج

الدور	الوظائف (الدور المتوقع من الأخصائى)	النتائج المترتبة على ممارسة الدور
المطالب	العمل على إبراز اهتمامات الفريق المعالج فى حالة عدم وجود علاقات بين المشاركين فى خطة العلاج..	تحقيق الأهداف المرغوبة.
المتعاون	يشارك الفريق المعالج فى تعريف وتقدير وتنفيذ وتقييم الخطط الموضوعة للعلاج.	رعاية مطالب الفريق المعالج وتحقيق المهارات التى تم اكتسابها من التدريب الميدانى

المستشار	مساعدة الفريق المعالج على فهم النسق المعقد للأسرة والمريض.	يكون الفريق المعالج على وعى بالاحتياجات الخاصة بالأسرة والعلاقة بين المريض والأسرة فيما يتعلق بوضوح خطة العلاج.
المعلم	تقديم بعض الأمثلة حول طبيعة العلاقات والتفاعلات التى تحدث بين الناس والمرضى المصابين بالفشل الكلوى.	يستطيع الفريق المعالج أن يقدر مدى توافق المريض وأسرته أو أى شخص يتعامل مع المريض المصاب بالفشل الكلوى والتعرف على مدى تقدم هذا التوافق أم لا.
المتابع	يقوم باستمرار بإعطاء الفريق المعالج ما يدل على تدعيم الاتصالات والمحافظة على العلاج.	يدرك الفريق المعالج طبيعة العلاقات والاتصالات المحيطة بالمريض ومدى توافقه معها.
المدعم	يسهم فى تدعيم مشاعر الفريق المعالج والتخفيف عنهم بتحمل مسؤولية العمل الاجتماعى مع المرضى.	يشعر الفريق المعالج بإشباع كاف عند تنفيذ مسؤوليتهم تحت مواقف الإجهاد المختلفة.

رابعاً – دور الأخصائى الاجتماعى مع المجتمع الخارجى وتكامل الخدمات :

يعتبر العمل مع " نسيج الخدمات " أو الخدمات الموجود فى المجتمع من أحد العناصر الأساسية فى البيئة المحيطة بالمريض، كما أن تهيئة المريض، وأسرته، لما يتطلبه المرض من رعاية واهتمام يعتمد على مدى توفر المعارف، الإدراك، والقبول لدى المريض وأرسته للذهاب إلى المؤسسات الأخرى التى تهتم بطريقة أكثر فاعلية بالمريض، ومدى إدراكهم ووعيهم بالإجراءات والمستندات المطلوبة.

ومن مسؤولية الأخصائى الاجتماعى المشتغل بطريقة تنظيم المجتمع أن يكون لديه قدرة على ابحث والتعرف على المؤسسات الأخرى الموجودة فى المجتمع والتى يمكن أن يحول إليها المريض وأسرته للاستفادة من خدماتها. كما أن لديه الإلمام باحتياجات المريض وأسرته وكذلك مدى القصور فى الخدمات.

ومن خلال إدراكه لما هو متاح من الخدمات والخطوات اللازمة لاستفادة المرضى وأسرهم منها يمكن أن يوجههم إلى المؤسسات التى تقدم هذه المساعدة سواء كانت (مادية، معنوية، تأهيلية) وفيما يلى عرض لهذا الدور.

الدور	الوظائف (الدور المتوقع من الأخصائى)	النتائج المترتبة على ممارسة الدور
المستشار	مساعدة مصادر التمويل والمؤسسات التى تهتم برعاية مرضى الفشل الكلوى على تفهم مجال رعاية مرضى الفشل الكلوى والخدمات اللازمة لهم.	– تحويل المرضى على مصادر الخدمات. – توفير مجموعات جيدة من المؤسسات والمتبرعين. – توفير بيانات وثيقة عن الخدمات المتاحة.
المعلم	تقديم أمثلة عن رعاية مرضى الفشل الكلوى وأساليب رعايتهم.	حث المهنيين المشرفين على علاج مرضى الفشل الكلوى على استخدام كافة المهارات للعمل مع المرضى ومساعدتهم بأفضل وسيلة ممكنة.
المبتكر	العمل على ابتكار برامج جديدة لمقابلة احتياجات المرضى وأسرهم والمجتمع.	وضع أسس لتميم وتنفيذ البرامج الخاصة بالمرضى وأسرهم.
المنسق	العمل على إيجاد العلاقات والصلات ما بين مؤسسات الرعاية والمريض.	الاتصال أصبح ضرورة حيوية مع المريض.
المفاوض	العمل كمفاوض فى مواقف النزاع ما بين المؤسسات والمرضى سواء كانت مؤسسات العمل، الدراسة...إلخ.	إنهاء مواقف النزاع بين المريض والمنازعين له.
المنظم	العمل مع المؤسسات الخاصة برعاية مرضى الفشل الكلوى للاستجابة بفاعلية لرعاية المرضى.	حماية وتوفير الخدمات اللازمة للمريض وأسرته.

وبوجه عام يمكن القول أن وظيفة الخدمة الاجتماعية الطبية هى الاهتمام بمساعدة المرضى وأسرهم لجعلهم أكثر قدرة للتعامل مع المرضى من جانب

ومع احتياجاتهم ومشكلاتهم الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالمرض من جانب آخر. كما أنها تعمل على تحسين علاقة المريض وتوافقه مع البيئة، والعمل على تخفيف الضغوط النفسية والاجتماعية، والعمل على تعزيز الموارد والإمكانيات اللازمة لمواجهة متطلبات المرض وتمكين المريض وأسرته من مواجهة الضغوط المختلفة.

ثانياً : الإجراءات المنهجية للبحث والنتائج العامة :

أهداف البحث :

فى إطار ما سبق تبلورت أهداف البحث فيما يلى:

1- التعرف على المشكلات الشخصية للأطفال المصابين بالفشل الكلوى.

2- التعرف على المشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأطفال المصابين بالفشل الكلوى وأسرهم.

3- التعرف على المشكلات المدرسية ومدى تأثيرها على الأطفال وأسرهم.

4- إيضاح المناطق التى يمكن للأخصائى الاجتماعى التدخل فيها – وبصفة خاصة – أخصائى تنظيم المجتمع سواء مع الأسرة أو المؤسسات التى يمكن أن يستفيدوا منها.

5- المساهمة فى رسم سياسة عامة للرعاية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى من الأطفال " هدف بعيد " .

6- التوصل إلى أنسب البرامج الاجتماعية لمواجهة الاحتياجات الشخصية والاجتماعية للأطفال المصابين بالفشل الكلوى.

تساؤلات البحث وفرصه :

1- هناك علاقة بين إصابة الطفل بالفشل الكلوى وظهور بعض المشكلات الشخصية.

2- هناك علاقة بين إصابة الطفل بالفشل الكلوى وظهور بعض المشكلات الاجتماعية والاقتصادية.

3- هناك علاقة بين إصابة الطفل بالفشل الكلوى وظهور بعض المشكلاتالدراسية.

4- ما هو الدور الذى يمكن أن يمارسه الأخصائى الاجتماعى المشتغل بطريقة تنظيم المجتمع للإسهام فى مواجهة مشكلات الأطفال المصابين بالفشل الكلوى؟

5- ما هى أنسب البرامج الاجتماعية التى يمكن أن يسهم فى تصميمها الأخصائى الاجتماعى المشتغل بطريقة تنظيم المجتمع؟

6- ما هى مقترحات كل من الأطفال وأسرهم لمواجهة المشكلات المترتبة على الإصابة بالفشل الكلوى؟

نوع الدراسة :

الدراسة فى هذا البحث من نوع الوصفى التحليلى

المنهج المستخدم :

التزام الباحث بأساسيات المنهج العلمى للبحث مستخدما منهج المسح الاجتماعى بقصد تحديد المشكلة المدروسة وتحليل العوامل المؤثرة عليها بما يمكن من الإسهام فى إبراز أنسب البرامج والسياسات الخاصة بالرعاية الاجتماعية للأطفال المصابين بالفشل الكلوى.

الأدوات المستخدمة :

1- قام الباحث بتصميم استمارة لجمع البيانات تكونت من 42 سؤال وقد خضعت للإجراءات المنهجية للصدق والثبات من حيث عرضها على مجموعة من المتخصصين فى البحث العلمى وعينة من أساتذة الأقسام بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية والمسؤولين بالمركز الوطنى للكلى بمدينة الرياض بالمملكة السعودية، كما تم تطبيق الاستمارة على عدد (7) من المرضى وأسرهم وأعيد تطبيق الاستمارة مرة أخرى على نفس العينة حيث نتج عن هذه العملية

تعديل فى الاستمارة وحذف لبعض الأسئلة وطبقت فى صورتها النهائية.

2- قام الباحث بتصميم " استمارة مقابلة " شبه مقننة للأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات وكذلك الفريق العلاجى تحوى مجموعة من الأسئلة تدور حول نوعية المشكلات والحاجات الخاصة بالأطفال، ودور الخدمة الاجتماعية مع هؤلاء المرضى ومع الفريق المعالج.

المجال المكانى للدراسة :

1- مستشفى الأطفال بالرياض.

2- مستشفى الملك فيص التخصصى بالرياض.

3- المستشفى العسكرى بالرياض.

المجال البشرى للدراسة :

أ- جميع الأطفال الذين يقومون بالغسيل الدموى وعددهم (19) وهم بمستشفى الأطفال المركزى، المستشفى التخصصى بالرياض، المستشفى العسكرى بالرياض.

ب- عينة عشوائية من الأطفال الذين يقومون بالغسيل البريتونى وعددهم (13) وهم من مستشفى الرياض المركزى حيث أنه المستشفى الوحيد بالمملكة الذى يتولى علاج الأطفال المصابين بالفشل الكلوى ويعالجون بالغسيل البريتونى وذلك من مجموعة المرضى المترددين على العيادات الخارجية وعددهم (63) طفل أى بنسبة 49.2%.

ج- جميع الخصائيات اللاتى تعملن بوحدات الغسيل الكلوى بمستشفى الرياض المركزى وعددهن(3)،المستشفى التخصصى(1)،المستشفى العسكرى(3).

د- الفريق العلاجى ويتكون من (6)، أطباء و (6) ممرضات.

المجال الزمنى للبحث :

استغرق البحث ما يقرب من عام منذ بداية عام 1990 وحتى نهايته.

النتائج العامة للبحث :

أولاً – الخصائص العامة للأطفال المصابين بالفشل الكلوى :

1- تبين من الدراسة أن متوسط أعمار الأطفال المصابين بالفشل الكلوى 9 سنوات.

2- إن غالبية الأطفال من الذكور بنسبة 46% والإناث 36%.

3- إن معظم الأطفال المصابين بالفشل الكلوى سعودى الجنسية 86%، ونسبة 14% غير سعوديين (اليمن، باكستان، السودان، الهند.. الخ).

4- تبين من الدراسة أن الموطن الأصلى للأطفال المصابين بالفشل الكلوى وأسرهم هو خارج مدينة الرياض بنسبة 64% (جيزان، نجران، المدينة..الخ) يلى ذلك نسبة 22% من مدينة الرياض، 14% خارج المملكة العربية السعودية.

ثانياً – الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية للأطفال المصابين بالفشل الكلوى:

5- أبرزت الدراسة أن 88% من الأطفال المصابين بالفشل الكلوى كانوا ملتحقين بمراحل التعليم المختلفة (الابتدائية، المتوسطة) وأن نسبة 4% بالمرحلة التمهيدية، 8% لم يبلغوا سن التعليم.

6- أشارت الدراسة على أن معظم آباء الأطفال المصابين بالفشل الكلوى يعملون فى أعمال حرة بنسبة 42%، وأن 30% يعملون بالقطاع الخاص، 20% يعملون بالحكومة، 6% بدون عمل لأسباب صحية وكبر السن.

7- وعن عدد أفراد الأسرة تبين أن نسبة 60% من أسرار الأطفال المصابين بالفشل الكلوى يبلغ عدد أفراد أسرهم من 3 -6 أفراد، 18% أسرهم تتكون من 9 أفراد فأكثر، 22% أسرهم تتكون من أقل من ثلاث أفراد.

8- وعن الدخل الشهرى لأسر الأطفال المصابين بالفشل الكلوى أبرزت الدراسة أن الدخل الشهرى للأسر بلغ أقل من 2000 ريال وأشارت الأسرة بنسبة 82% أنه لا يكفى احتياجاتهم ولا يتوافق مع النفقات الخاصة بعلاج الطفل.

9- تبين من الدراسة أن معظم الأطفال المصابين بالفشل الكلوى (72%) يقيمون فى مناطق شعبية، يلى ذلك بنسبة 22% فى مناطق متوسطة، 6% فى مناطق راقية.

ثالثاً – كيفية إصابة الأطفال بمرض الفشل الكلوى وكيفية مواجهة الأسرة للمشكلة:

10- أبرزت الدراسة أن 64% من الأطفال المصابين بالفشل الكلوى كانت إصابتهم منذ 1 – 3 سنوات، وأن 18% أصيبوا بالمرض منذ 6 شهور، 8% منذ ثلاث شهور، 6% منذ شهر، 4% منذ أقل من شهر.

11- وعن كيفية معرفة الأسرة بمرض الطفل أبرزت الدراسة أن ذلك كان من خلال المستشفيات العامة بنسبة 48%، ومن خلال مراكز الرعاية الأولية بنسبة 26%، ومن خلال الصحة المدرسية بنسبة 14%، ومن خلال طبيب خاص بنسبة 12%.

12- كما أشارت الدراسة على أن الأطفال المصابين بالفشل الكلوى كانوا مصابين بأمراض أخرى وذلك بنسبة 84%، وأن هذه الأمراض هى: (التهاب اللوز، ارتفاع درجات الحرارة، الإصابة بالحصبة، روماتيزم القلب، التهاب المرارة، التهاب الثة، وجود حصوة بالكلى، إصابة فى حادث ضيق جزئى فى مجرى البول، اتساع الحالب.

13- وعن نوعية العلاج الذى استخدمته الأسرة عند ظهور المرض أشارت الدراسة إلى ما يلى:

أ- استخدم العلاج الطبى 24%.

ب- أخذ دواء بدون استشارة الطبيب16%.

ج- الذهاب على مستشفى خاص 10%.

د- الذهاب على مراكز الرعاية الأولية 18%.

هـ- الذهاب على مستوصف خاص 10%.

و- الذهاب إلى طبيب خاص 12%.

ويستلزم ذلك الإكثار من برامج التوعية التى توضح خطورة التأخير فى علاج الأطفال والنتائج المترتبة على استخدام العقاقير بدون عرض الطفل عل الطبيب.

رابعاً – العلاج المستخدم حاليا مع الأطفال المصابين بالفشل الكلوى:

14- أبرزت الدراسة أن 62% من الأطفال يعالجون بالغسيل البريتونى، حيث أنه مناسبا للأطفال وأسرهم حيث أن معظم الأسر تقيم فى مناطق خارج مدينة الرياض وتحصل على برنامج تدريبى للقيام بعملية الغسيل بالمنزل. وأن نسبة 38% من الحالات شديدة الإصابة بالمرض يعالجون بالغسيل (الدموى) الذى يستلزم حضور المريض ثلاث مرات أسبوعيا للغسيل ويستغرق الطفل ما بين 3 – 4 ساعات للقيام بالغسيل الدموى. بينما يستغرق الطفل الذى يقوم بعملية الغسيل البريتونى 6 ساعات وتتم العملية يوميا وتقوم الأم أو أحد أفراد الأسرة بتغيير كيس الغسيل أربعة مرات فى اليوم. ويستلزم ذلك عناية خاصة بنظام الطفل وعدم تعرضه لأى نوع من التلوث مما يستلزم توعية الأسرة بأهمية الحصول على البرنامج التدريبى لهذا النوع من الغسيل.

15- أبرزت الدراسة أن 44% من حالات الأطفال المصابين بالفشل الكلوى قد تحسنت بعد حصولهم على الغسل الدموى أو البريتونى، وأن نسبة 36% تحنت صحتهم إلى حد ما، ، وأن نسبة 20% لم تتحسن حالتهم ويحتاجون إلى زراعة للكلى.

16- وعن كيفية وصول الأطفال إلى وحدات الغسيل أشارت الدراسة أن 42% من الأطفال يقوم الأب بهذه المه8مة وأن 38% من الأطفال تقوم الأم بإحضارهم إلى وحدة الغسيل، وأن نسبة 10% يقوم الأخوة بذلك، 10% أحد الأقارب أو الأصدقاء أو الخادمة.

17- وعن مدى معرفة الأسر بالهيئات التى تتولى علاج الأطفال ورعايتهم أبرزت الدراسة أن 56% من أسر الأطفال يعرفون الهيئات والمستشفيات الخاصة برعاية الأطفال المصابين بالفشل الكلوى وأن هذه الهيئات هى: مستشفى الرياض، المستشفى التخصصى، المستشفى العسكرى، مستشفى قوى الأمن، المركز الوطنى للكى.

كما أبرزت الدراسة أن 44% من الأسر لا تعرف هذه الهيئات وأن السبب فى ذلك عدم معرفتهم بالمقصود بالفشل الكلوى ونوعية العلاج المستخدم وبعد مناطق سكنهم عن الوحدات المتخصصة فى علاج الفشل الكلوى.

خامساً – العلاقة بين الإصابة بالفشل الكلوى ونوعية المشكلات التى يعانى منها الأطفال:

18- مشكلات الغذاء (الأكل والسوائل) حيث أبرزت الدراسة أن الأطفال المصابين بالفشل الكلوى يعانون من بعض المشكلات المرتبطة بالغذاء مثل تناول كمية معينة من الطعام 54%، تناول نوعية معينة من السوائل 46%، وأن الأسرة غالبا ما تستجيب لرغبات الطفل تحت إلحاح البكاء المستمر أو بدافع الشفقة على الطفل ويترتب على ذلك أضرار بالغة بصحة الطفل فيما بعد.

19- العلاقة بين إصابة الأطفال بالفشل الكلوى ومشكلات اللعب وممارسة الأنشطة: أبرزت الدراسة أن الأطفال المصابين بالفشل الكلوى يعانون من بعض المشكلات المتصلة باللعب وممارسة الأنشطة مثل: عدم

القدرة على بذلك مجهود شاق أثناء اللعب 40%، الخوف من الإصابة أثناء اللعب 36%، عدم القدرة على ممارسة ألعاب معينة 24%.

وقد أبرزت المعاملات الإحصائية أن هناك علاقة بين إصابة الأطفال بالفشل الكلوى وظهور بعض المشكلات المرتبطة باللعب.

المتغيرات	كا^2 المحسوبة	كا^2 الجدولية	د.ح.	مستوى المعنوية	العلاقة
العلاقة بين عدد ساعات الغسيل واللعب	**15.5**	**13.277**	**4**	**0.01**	* توجد علاقة موجبة
العلاقة بين عدد مرات الغسيل واللعب	**15.9**	**13.277**	**4**	**0.01**	* توجد علاقة موجبة
العلاقة بين أوقات الغسيل واللعب	**17.00**	**13.277**	**4**	**0.01**	* توجد علاقة موجبة

د. ح. = درجات الحرية.

20- العلاقة بين إصابة الأطفال بالفشل الكلوى والمشكلات المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية:

أبرزت الدراسة أن نسبة 60% من الأطفال المصابين بالفشل الكلوى ليست لديهم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مستمرة مع أقاربهم.

- أن نسبة 20% من الأطفال لا يستطيعون المشاركة فى رحلات البر.
- أن نسبة 20% من الأطفال يشعرون أن الأطفال ينظرون إليهم بشفقة (نظرة دونية).

وقد أبرزت المعاملات الإحصائية أن هناك علاقة بين إصابة الأطفال بالفشل الكلوى وظهور مشكلات تتصل بالعلاقات الاجتماعية مع غيرهم من الأطفال:

المتغيرات	كا^2	كا^2	د.ح.	مستوى	العلاقة

	المحسوبة	الجدولية		المعنوية	
العلاقة بين عدد مرات الغسيل والعلاقات الاجتماعية مع الأطفال الآخرين	**19**	**13.277**	**4**	**0.01**	* توجد علاقة موجبة
العلاقة بين أوقات الغسيل والعلاقات الاجتماعية مع الأطفال الآخرين	**18.5**	**13.277**	**4**	**0.01**	* توجد علاقة موجبة
العلاقة بين عدد ساعات الغسيل والعلاقات الاجتماعية مع الأطفال الآخرين	**12.3**	**13.277**	**4**	**0.01**	* لا توجد علاقة موجبة

21- العلاقة بين إصابة الأطفال بالفشل الكلوى والمشكلات الشخصية لديهم:

حيث أبرزت الدراسة أن الأطفال المصابين بالفشل الكلوى يعانون من بعض المشكلات الشخصية مثل الغضب 26% العناء الشديد 20%، العزلة السلبية 14%ن الغيرة والحساسية 16%.

المتغيرات	كا^2 المحسوبة	كا^2 الجدولية	د.ح.	مستوى المعنوية	العلاقة
عدد مرات الغسيل والمشكلات الشخصية لدى الأطفال	**29.4**	**20.090**	**8**	**0.01**	** توجد علاقة
عدد ساعات الغسيل والمشكلات لدى الأطفال	**22.6**	**20.90**	**8**	**0.01**	** توجد علاقة
أوقات الغسيل وعلاقتها بالمشكلات الشخصية لدى الأطفال	**22.1**	**20.90**	**8**	**0.01**	** توجد علاقة

22- المشكلات التى يعانى منها الأطفال المصابين بالفشل الكلوى وترتبط بالأسرة: أبرزت الدراسة أن المشكلات التى تعانى منها الأسر الأطفال المصابين بالفشل الكلوى هى:

- إهمال الأم لشؤون الأبناء الآخرين بالأسرة 44%.
- تغيب الزوج عن العمل للذهاب بالطفل إلى المستشفى 46%.
- إهمال الزوج لأمور منزله 36%.

كثرة الخلافات بين الزوجين حول أسباب الإصابة بالمرض وكيفية رعاية الطفل – المريض 28%.

التفرقة فى معاملة الأبناء 20%.

وقد أبرزت المعاملات الإرتباطية أن هناك علاقة بين الإصابة بالفشل الكلوى لدى الأطفال وظهور بعض المشكلات الأسرية كما يوضحها الجدول التالى:

المتغيرات	كا^2 المحسوبة	كا^2 الجدولية	د.ح.	مستوى المعنوية	العلاقة
العلاقة بين فترات (أوقات) الغسيل والمشكلات الأسرية للزوجين	**15.62**	**13.277**	**4**	**0.01**	* ارتباط موجب (توجد علاقة)
العلاقة بين عدد مرات الغسيل والمشكلات الأسرية للزوجين	**17.7**	**13.277**	**4**	**0.01**	* ارتباط موجب (توجد علاقة)
العلاقة بين أوقات الغسيل والمشكلات الأسرية المرتبطة بالأبناء	**19.9**	**13.277**	**4**	**0.01**	* ارتباط موجب (توجد علاقة)

23- المشكلات المدرسية للأطفال المصابين بالفشل الكلوى: من خلال الدراسة أن هناك عدة مشكلات مدرسية يعانى منها الأطفال المصابين بالفشل الكلوى والملتحقين بالمدارس، وهذه المشكلات هى :

- عدم القدرة على المشاركة فى الأنشطة المدرسية 68%ز
- تدنى درجات أعمال السنة 60%.
- التغيب عن الدراسة 40%.
- عدم القدرة على التركيز أثناء الدراسة 40%.
- التأخر الدراسى فى بعض المواد 32%.
- الرسوب وترك المدرسة 28%.

كما أشارت الدراسة إلى أن هناك مشكلات متصلة بالاستذكار منها : ضعف الذاكرة 18%، قلة عدد الساعات المستغرقة فى الاستذكار 12%، الرغبة فى النوم 22%.

وأبرزت الدراسة أن نسبة 54% من الأطفال المصابين بالفشل الكلوى كانوا يتغيبون ثلاث أيام فى الأسبوع، ونسبة 27% يومان، و19% أربعة أيام.

كما أشارت الدراسة أن نسبة الأطفال الذين رسبوا فى الامتحان بسبب المرض كانت 72% رسبوا مرة واحدة 18% مرتان، 10% ثلاث مرات.

هذا وقد أشارت معاملات الارتباط على أنه توجد علاقة بين الإصابة بمرض الفشل الكلوى وظهور بعض المشكلات الدراسية كما يوضحها الشكل التالى:

المتغيرات	كـــا^2 المحسوبة	كـــا^2 الجدولية	د.ح.	مستوى المعنوية	العلاقة
العلاقة بين وقت الغسيل والمشكلات المدرسية.	**21.6**	**16.812**	**6**	**0.01**	** يوجد ارتباط
العلاقة بين عدد مرات الغسيل والمشكلات المدرسية.	**17.3**	**6.812**	**6**	**0.01**	** يوجد ارتباط
العلاقة بين ساعات الغسيل والمشكلات المدرسية.	**17.3**	**16.812**	**6**	**0.01**	** يوجد ارتباط

24- المشكلات المرتبطة بممارسة الأنشطة اللامدرسية : وقد أشارت معاملات الارتباط أن هناك علاقة بين إصابة الأطفال بالفشل الكلوى وعدم ممارسة الأنشطة كما يوضحها الجدول التالى:

المتغيرات	كـــا^2 المحسوبة	كـــا^2 الجدولية	د.ح	مستوى المعنوية	العلاقة
العلاقة بين عدد مرات الغسيل وعدم ممارسة الأنشطة.	**31.0**	**9.210**	**2**	**0.01**	** يوجد ارتباط
العلاقة بين ساعات الغسيل و وعدم ممارسة الأنشطة.	**20.8**	**9.210**	**2**	**0.01**	** يوجد ارتباط
العلاقة بين فترات الغسيل وعدم ممارسة الأنشطة.	**10.43**	**9.210**	**2**	**0.01**	** يوجد ارتباط

25 – المشكلات التى تعانى منها الأطفال المصابين بالفشل الكلوى وترتبط بالعلاج بالمستشفى:

أ- المشكلات المرتبطة بأجهزة الغسيل ونوعيته:

- الشعور بالضيق نتيجة طول فترة الغسيل (سواء للأطفال الذين يقومون بالغسيل.
- الدموى أو البريتونى 18%.
- الشعور بالتعب الإجهاد بعد كل عملية غسيل 18%.
- الخوف من توقف الجهاز أثناء الغسيل 14%.
- الشعور بالألم نتيجة الحقن المستمر 8%.

سادساً– آراء المرضى من الأطفال وأسرهم عن دور الأخصائى الاجتماعى معهم:

26- تبين من الدراسة أن نسبة 60% من المرضى وأسرهم لا تعرف الأخصائى الاجتماعى.

27- أشارت نتائج الدراسة أن النسبة التى تعرف الأخصائيين الاجتماعيين أوضحت أن دور الأخصائى يتمثل فى :

- الدراسة الاجتماعية لحالة الطفل المريض عند حضوره لوحة الغسيل 30%.
- تقديم مساعدة مادية تتراوح ما بين 300 – 500 ريال ولمرة واحدة 18%.
- تسهيل اتصال الأسرة بالمركز الطبى للحصول على تذاكر السفر 14% للحضور للمستشفى.
- الاتصال بالمدرسة لحل مشكلة الطفل مع الإدارة المدرسية 14%.
- تحويل أسرة الطفل إلى بعض الجمعيات الخيرية للحصول على سكن قريب من المستشفى12%.

- تسهيل انتقال الطفل فى سيارة المستشفى 10%.
- التدخل لحل بعض المشكلات الأسرية 8%.
- توعية أسرة الطفل بنوعية المرض والآثار المترتبة عليه 8%.
- توضيح كيفية الاستفادة من برامج التدريب على الغسيل البريتونى 8%.
- توزيع هدايا على الأطفال فى المناسبات 6%.

28- أما الأطفال وأسرهم الذين لم يستفيدوا من خدمات الأخصائية الاجتماعية فأشاروا على أن السبب يرجع على :
- عدم معرفة ما تقوم به الأخصائية من أدوار مهنية 22%.
- جلوس الأخصائية فى مكتبها وعدم تفاعلها مع المرضى 20%.
- عدم الحاجة إلى خدمات الأخصائية الاجتماعية 18%.
- التركيز على أهمية الاستفادة من العلاج الطبى فقط 14%.

29- كما أشار الأطفال المرضى وأسرهم على أنه يجب على الأخصائيين الاجتماعيين القيام بما يلى:
- شرح وتوضيح ما هو المقصود بالفشل الكلوى 80%.
- شرح وتعريف المرضى بنوعية الغسيل 76%.
- تعريف الأسر بالآثار المترتبة على مرض الطفل بالفشل الكلوى 74%.
- توعية المجتمع بمشكلات الأطفال والعمل على مساعدتهم 70%.
- تقديم مساعدة مادية مستمرة لمساعدة أسر الأطفال المصابين بالفشل الكلوى 70%.
- الجلوس مع المريض والتعرف على مشكلاته النفسية والاجتماعية 68%.
- إحضار بعض القصص للأطفال 40%.

- إحضار بعض شرائط الفيديو الخاصة بالأطفال 40%.
- توفير بعض الألعاب التى تمكن الأطفال من شغل وقت فراغهم 40%.
- أن تقوم بالتحدث إلى الأطفال وتقص لهم بعض القصص 36%.
- شرح تعليمات الطبيب والممرضات للأسر 34%.
- القيام بتعريف والد المريض بنوعية المرض ومشاكله 24%.

وعلى ما يبدو من هذه الآراء أن بعضها يركز على أنشطة يدخل معظمها فى نطاق العمل مع مجتمع الأسرة أو المجتمع المحلى المحيط بالمريض مع عدم إغفال الجوانب العلاجية لمشكلات الأطفال وأسرهم.

سابعاً – النتائج الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين :

30- بيانات معرفة بالأخصائيين :

أ- أبرزت نتائج الدراسة أن جميع الأخصائيين الاجتماعيين من النساء 100% وعددهم 7 أخصائيات.

ب- معظم الأخصائيات الاجتماعيات حاصلات على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية بنسبة 71.4% بينما الحاصلات على ليسانس الآداب 14.3%، ليسانس علم النفس 14.3%.

ج- لم تحصل معظم الأخصائيات الاجتماعية على دورات تدريبية تتعلق بالفشل الكلوى بنسبة 71.4% بينما بلغت نسبة الحاصلات على هذه الدورات 28.6% وكانت داخل المملكة بعضها داخل المستشفى والبعض الآخر بالمركز الوطنى للكلى بمدينة الرياض.

د- وعن مدة العمل بقسم الكلى كانت الغالبية من الأخصائيات لهن مدة خدمة (عامين – 3) بنسبة 71% وبلغت نسبة العاملين بالقسم فترة أقل من سنة 14.3% والذين لهم مدة عمل عام فقط 14%.

31- المشكلات التى يعانى منها الأطفال المصابين بالفشل الكلوى من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين:

أ- مشكلات متصلة بالمدرسة سواء كانت تأخر دراسى أو رسوب 85.7%.

ب- مشكلات أسرية تتصل بالإجهاد الذى يسببه الطفل للأسرة (للوالد والوالدة والأخوة) 58.7%، وقد تمثل ذلك فى :

- عدم رعاية الأم لأبنائها الآخرين.
- عدم القيام بالمسؤوليات الأسرية.
- عدم اهتمام الأب بالأمور المنزلية.
- تغيب الأب عن العمل لاصطحاب الطفل للمستشفى.
- تغيب الأخوة عن الدراسة أو العمل لمرافقة الطفل.

ج- مشكلات الغذاء والأدوية: 71.4%.

- رغبة الطفل فى تناول المياه.
- رغبة الطفل فى تناول الحلوى.
- رغبة الطفل فى تناول أطعمة ممنوع من تناولها.

د- مشكلات شخصية خاصة بالطفل : 71.4%.

- العناد الشديد.
- البكاء ورفض العلاج.
- الاكتئاب والعزلة.
- الخوف من أى شخص.

هـ- مشكلات اقتصادية للأسرة (وبصفة خاصة من هم خارج الرياض): 57.1%.

- التكاليف الباهظة فى الانتقال.
- انخفاض الدخل بشكل ملحوظ.

و- مشكلات مرتبطة بالغسيل الدموى : 57.1%.

- خوف الأطفال من ماكينة الغسيل.
- خوف الأطفال من منظر ولون والدم.
- بكاء الأطفال عند تركيب الوصلات.
- ضيق الأطفال من طول وقت الغسيل.

ز- مشكلات مرتبطة بالغسيل البريتونى:

- ضيق الطفل من كيس الغسيل الموضوع على بطنه.
- ضيق أسرة الطفل من الوقت الطويل جدا فى الغسيل البريتونى.
- انشغال الأم أحيانا فى أطفال آخرين وعدم تغيير الكيس فى موعده.
- المضاعفات الجانبية التى تحدث نتيجة إهمال النظافة.

32- المشكلات التى يوجهها جهاز التمريض والأطباء مع الأطفال المصابين بالفشل الكلوى وأسرهم (وعددهم 12) :

- عدم التزام المرضى بالنظام الغذائى والدوائى 83%.
- عدم الحضور فى الموعد المحدد للغسيل 75%.
- إهمال الطفل وعدم العناية بنظافته 50%.
- انخفاض مستوى لدى الأطفال بما يتعلق بالغسيل الكلوى وأهمية التعاون مع الفريق العلاجى 83.3%.
- مقاومة بعض الأطفال لعملية الغسيل 75.1%.

33- جهود الأخصائيين الاجتماعيين لمواجهة المشكلات وتصميم البرامج الاجتماعية:

أ- أبرزت الدراسة أن الأخصائيين الاجتماعيين قاموا بالجهود الآتية لمساعدة الأطفال المرضى وأسرهم.

- الاستعانة بالجمعيات الخيرية لتقديم مساعدة مادية للأطفال وأسرهم 57.1%.

- الاستعانة بخدمات المركز الوطنى للكلى للحصول على كروت التخفيض 42.9%.
- الاستعانة بمؤسسات الضمان الاجتماعى 57.1%.
- الاستعانة بأهل الخير لتقديم المساعدات المادية والعينية 57.1%.
- البحث عن سكن قريب من المستشفى لبعض الأسر المحتاجة 85.7%.
- الاستعانة بسيارة المستشفى لنقل المرضى الأطفال على وحدة الغسيل 85.7%.
- إحضار بعض الألعاب للأطفال 57.1%.
- إحضار بعض شرائط الفيديو للأطفال 57.1%.
- عمل معارض (سوق خيرى9 لصالح الأطفال المصابين بالفشل الكلوى 42.9%.
- مقابلة الوالدين وشرح أسباب المرض ومشاكله 85.7%.
- التدخل لحل المشكلات الأسرية 85.7%.
- إزالة الخوف لدى الأطفال من عملية الغسيل 71.4%.
- التعاون مع الطبيب عند طلبه المساعدة 58.7%.

يلاحظ أن معظم هذه الجهود يغلب عليها الطابع التقليدى فى أداء الخدمات حيث لم يستفيد الأخصائيات بالأساليب الحديثة لتنمية المجتمع الخاص بالمرضى وتعريفهم بأسس وقواعد التعامل مع المرض مثل (تهيئة الأسرة لتقبل الطفل المريض والتعرف على مشكلاته، الاهتمام بتقديم المشورة الفنية للأسر ككل من خلال اجتماعات مشتركة تنظم ويتم عقدها كل أسبوع أو أسبوعين).

ب- وعن البرامج الاجتماعية التى قام الأخصائيين الاجتماعيين بتقديمها للأطفال:

لم توضح الدراسة أن الأخصائيين الاجتماعيين كان لهم دور تصميم برنامج شامل لرعاية الأطفال المصابين بالفشل الكلوى وكلن توجد برامج بسيطة وتعتمد على الجهود الشخصية للأخصائى الاجتماعى بالتعاون مع إدارة المستشفى مثل:

أ- عمل صالة للألعاب وقضاء وقت الفراغ للأطفال.

ب- عمل صالة للألعاب مع لجنة أصدقاء المرضى لتقديم مساعدات مادية وعينية للأطفال وأسرهم.

34- الدور المقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية من وجهة نظر أسر الأطفال:

أ- المساعدة فى إتمام إجراءات تنويم الطفل للحصول على العلاج داخل المستشفى.

ب- إعداد بعض البرامج الترفيهية للأطفال أثناء عملية الغسيل.

ج- الاشتراك مع الطبيب عند إدخال الطفل إلى العلاج.

د- توضيح المرض وخطورته للأسرة حيث أنهم لا يعرفون المقصود بالفشل الكلوى؟ وكيفية رعاية الطفل المصاب به؟ أى تقديم المشورة الفنية؟.

هـ- تعريف المجتمع بمشكلات الأطفال المصابين بالفشل الكلوى وعمل تنسيق بين الجهود المبذولة لرعايتهم (أنشطة تنظيم المجتمع).

35- وقد اقترح الأطباء أن يكون دور الأخصائى الاجتماعى مقسماً على ثلاث مراحل هى:

مرحلة بداية المرض: وهى أصعب المراحل التى يحتاج فيها الطفل المريض وأسرته لجهود الأخصائى الاجتماعى وتكون مسؤوليته مايلى:

1- إزالة مشاعر الخوف المصاحبة المرتبطة بالمرض بالنسبة لكل من الأسرة والطفل.

2- شرح عملية الغسيل والإجراءات المتصلة به.

3- تقديم تقرير متكامل عن الجوانب الاجتماعية والنفسية للطفل المريض والأسرة.

مرحلة بداية العلاج : وفيه يقوم الأخصائى الاجتماعى بتهيئة المريض لعملية الغسيل الدمدمى وما يرتبط بها من إجراءات كما يشارك فى برنامج التدريب الذى يتم إعداده للأسرة التى سوف تقوم بعملية الغسيل البريتونى.

- متابعة الأسر عن طريق الهاتف للتأكد من استقرار الحالة الصحية للمريض.
- متابعة مدى التزام الأسرة بتعليمات الأطباء المتصلة بالغذاء والأدوية.
- الاتصال بالجهات المسؤولية لتوفير الكتب والقصص والمجلات للأطفال.
- دراسة أسباب المضاعفات التى حدثت للمريض وجاءت به إلى المستشفى طلبا للمساعدة والعلاج والتعرف على أسباب الإهمال فى الجوانب الصحية للطفل.
- تقديم تقرير دورى للهيئة الطبية بالمستشفى يتصل بالمريض وظروفه الاجتماعية.
- الاتصال بالمؤسسات الاقتصادية وتدبير مساعدة مادية مناسبة للطفل المريض وأسرته.
- المرور الدورى كل يوم على المرضى ومناقشتهم فى أمورهم.

مرحلة الأزمات النفسية الطارئة: حيث تنتاب الطفل مشاعر نفسية (شخصية) غير متوقعة كما تنتاب الأسرة نفس هذه المشاعر، وتؤثر

سلبيا على خطة العلاج، وهنا يجب على الأخصائى الاجتماعى أن يقوم بالآتى:

أ- أن تكون لديه حصيلة عملية عن مضاعفات المرض.

ب- إلمام كاف بالجوانب الشخصية للمريض بصفة عامة.

ج- تقديم المعونة النفسية للمريض وتحويله إلى القسم المتخصص سواء كان نفسى أو طبى.

إقتراحات الأخصائيين الاجتماعيين لزيادة فاعليتهم فى العمل مع الأطفال المصابين بالفشل الكلوى:

1- الاهتمام بتدريب الأخصائيات والأخصائيين الاجتماعيين على الأساليب الحديثة فى الخدمة الاجتماعية للتعامل مع المرضى وأسرهم.

2- أن تكون هناك منح دراسية متخصصة فى العمل مرضى الفشل الكلوى.

3- أن تعقد دورات مشتركة بين الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين حتى يتفهم كل منهم وظيفة الآخر ودوره فى خطة العلاج.

4- أن تكون هناك ميزانية مستقلة لقسم الخدمة الاجتماعية للإنفاق على برامج الرعاية الاجتماعية للمرضى.

36- وفى إطار ما تقدم يمكن للأخصائى فى تنظيم المجتمع أن يسهم فى تصميم البرامج التالية:

أ- برامج لتقدير الاحتياجات والمشكلات تشمل:

- دراسة احتياجات المرضى ومشكلاتهم.
- دراسة إمكانيات المستشفى الحالية.
- دراسة المؤسسات التى يتم الاستفادة من جهودها لمساعدة كل من المريض والمستشفى.

- التعرف على عدد المتبرعين للمرضى ومدى جديتهم فى الاستمرار فى تقديم الدعم المادى للمستشفى.
- عمل أولوية للمشروعات التى يمكن البدء بها لمواجهة حاجات المرضى أو مشكلاتهم.
- تصميم مجموعة من المسائل تساعد المؤسسة فى عمليات الدراسة مثل:
  * استمارة لتقويم حاجات المرضى.
  * استمارة لتقويم البرامج المتاحة حالياً.
  * استمارة لتقويم عمل الأخصائى الاجتماعى للمستشفى.
  * استمارة تساعد فى تحديد الأفضلية أو الأولوية لكل مشروع.

ب- برامج للتنسيق بين المؤسسات المهتمة برعاية الأطفال المصابين بالفشل الكلوى سواء كانت هذه المؤسسات :

طواعية :تؤدى خدمات معينة للأعضاء المنتسبين إليها.

حكومية : تؤدى خدمات معينة ولقطاع معين فى المجتمع.

والعمل على إرشاد أسر الأطفال إلى كيفية الاستفادة من الخدمات التى تقدمها هذه المؤسسات، وشرح أهدافها والإجراءات اللازمة للحصول على الخدمة.

برامج تستهدف تقديم وجهات النظر بين الفريق العلاجى حيث يمكن أن يسهم المنظم الاجتماعى فى عقد لقاءات أسبوعية أو شهرية بين الفريق العلاجى ككل، يتم من خلالها ما يلى :

* تعريف الفريق العلاجى بالأدوات التى يستخدمها الأخصائى الاجتماعى فى الدراسة الاجتماعية للحالة ومتابعتها.
* تعريف الفريق العلاجى بالمفاهيم المستخدمة فى إطار مهنة الخدمة الاجتماعية تتعلق بالمجال الطبى.

* تعريف الفريق العلاجى بنوعية البرامج الاجتماعية التى تهتم بها مهنة الخدمة الاجتماعية وكيفية الاستفادة منها.
* أن يقوم الفريق العلاجى بتعريف الأخصائيين الاجتماعيين بالأدوات التى يستخدمونها فى دراسة حالات المرضى ونماذج التحويل.
* أن يوضح للأخصائيين الاجتماعيين المفاهيم الطبية المستخدمة التى تصبح لغة مشتركة بينهم عند التعامل مع المريض على أن يعقب هذه الاجتماعات عمل تلخيص بسيط يكون قاعدة للاجتماع التالى.

ج- برامج تهيئة الأسرة للتعامل مع الجوانب المرضية المرتبطة بالمرض :

1- توعية الجهاز الإدارى للمستشفى بأهمية عقد اجتماع أسبوعى لكل الأسر التى لديها أطفال يقومون بالغسيل.
2- تحديد موضوع معين يدور حوله الحديث مثل : المقصود بالفشل الكلوى، المشاكل المرتبطة بالفشل الكلوى، النظام الغذائى والدوائى لمرضى الفشل الكلوى .. الخ.
3- يمكن لكل أسرة أن تسأل ما تشاء من الأسئلة يقوم الأخصائى الاجتماعى بالإجابة عليها أو بالاستعانة بالطبيب أو الممرضة.

د- برامج تقديم المشورة الفنية لأسر المرضى :

وهى برامج أكثر تخصصاً، ويمارس المنظم الاجتماعى دوره من خلالها كمساعد للأسرة فى الاستفادة من خدمات المجتمع المرتبطة بالسمات المرضية التى يعانى منها المريض، كذلك تقديم المشورة الفنية للوالدين فى كيفية التعارف فيما بينهم لرعاية الطفل، وفى كيفية الاستفادة المادية من المؤسسات الخيرية، وفى كيفية مساعدة الطفل

على مواصلة الدراسة، أو تأهيله لحرفة معينة تتناسب مع قدرتـــه أو التدريب على استخدام أكياس الغسيل البريتونى.

هـــ- برامج العلاج الجماعى لأسر المرضى والأطفال أنفسهم :

وهذه يمكن أن تشارك فيها المنظم الاجتماعى مع أخـــصائى خدمـــة الفرد من خلال قياس احتياجات هذه الأسر وأهم الموضوعات التـــى يمكن أن تطرح للمناقشة، والقيام بالاتصال بإدارة المؤسسة لإعـــداد مكان وتجهيزه للقيام بعملية العلاج، والمناقشة الجماعيـــة، ومتابعـــة ا'مال والقضايا التى يتوصل إليها من خلال هذه اللقاءات والمناقشات.

المقترحات الخاصة بالمرضى وأسرهم لمواجهة المشكلات الخاصـــة بالأطفال المصابين بالفشل الكلوى :

أشارت الدراسة إلى بعض المقترحات يمكن عرضها علـــى النحـــو التالى:

(1) مقترحات خاصة بالمستشفيات التى تعـــالج الأطفـــال المـــصابين بالفشل الكلوى:

أ- أن تعمل المستشفى على إنشاء صالة ملحة بوحدة الغسيل أو قريبة منها يمكن للأطفال الذين يحضرون مبكرا عن موعد عملية الغسيل الجلوس بها وممارسة بعض الألعاب البسيطة والمناســـبة لحـــالتهم الصحية وعمرهم المرضى.

ب- بالنسبة للأطفال القادمين من مناطق خـــارج الريـــاض يمكـــن للمستشفى أن تعمل على الاستعانة بإمكانات المؤسسات الاجتماعية الأخرى لاستضافة هؤلاء الأطفال وأسرهم أثنـــاء فتـــرة غـــسيل الأطفال (من 2- 3 يوم فى الأسبوع) بشرط أن تكون قريبة مـــن المستشفى ولا تحتاج إلى وسيلة مواصلات.

ج- أن تكون هناك أفلام تعليمية يمكن أن تذاع أو تشاهد بالنسبة للأسرة لتوعيتهم بالأخطار المحيطة بالمرض والعوامل المؤدية غليه وأنسب طرق العلاج وكيفية تعاون الأسرة مع المستشفى فى نجاح خطة علاج الطفل وعدم الإهمال فى إحضار الطفل فى موعده المناسب لعملية الغسيل.

د- أن تجرى لقاءات بين الأسر التى لديها طفل مصاب بالفشل الكلوى وبعض الأسر الأخرى التى لديها نفس الظروف سواء على مستوى الآباء أو الأمهات لتبادل الخيرات الخاصة بالمرض وطرق التعامل معه.

هـ- أن يكون هناك متخصص فى النواحى الاجتماعية (الأخصائى الاجتماعى) يساعد الطبيب فى دراسة النواحى المحيطة بالمرض وكذلك مساعدة المستشفى فى الاستفادة من إمكانات البيئة (مؤسسة، مستشفيات أخرى..الخ).

و- أن لا يقتصر عمل هذا المتخصص (الأخصائى الاجتماعى) على فترة الدوام الرسمى بل لابد من أن يكون هناك مناوبات بين الأخصائيين الاجتماعيين لمتابعة كل الحالات المنومة والتى تجرى عملية الغسيل.

ز- يمكن للمستشفى عمل " تليفون الخدمة المستمرة أو Hotline لاستقبال شكوى المرضى أو الإجابة على أسئلتهم اولا بأول وإرشادهم إلى الإجراءات المناسبة التى يمكن إتباعها مع الطفل المريض لحين عرضه على الطبيب المختص.

ح- أن ترسل المستشفيات الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بها فى دورات تدريبية أو منح دراسية لزيادة مهارتهم فى العمل مع مرضى الكلى.

(2) مقترحات خاصة بالأطفال الذين يدرسوا فى مراحل التعليم المختلفة:

أ- أن تكون هناك تعميم أو خطاب يوجه إلى المدارس باعتبار الطفل المصاب بالفشل الكلوى من المعوقين وتنطبق عليه نفس الشروط الخاصة بالمعوقين بالمدارس.

ب- إعفاء الطلاب الذين يقومون بعملية الغسيل من نسبة الغياب المقررة بالمدارس.

ج- متابعة سير الطالب الدراسى من خلال الأخصائى الاجتماعى وتقديم تقارير عن حالته الصحية أولا بأول إلى إدارة المدرسة.

د- أن لا تسرف المدرسين فى إظهار مشاعر الشفقة على الأطفال المصابين بالفشل الكلوى.

هـ- أن تجرى لقاءات توعية بين الجهات المختصة (المركز الوطنى للكلى) والمدارس ولتكن مرة كل شهر فى المدارس الابتدائية والمتوسطة لتوعية الطلاب والأطفال بالعوامل المؤدية إلى الإصابة بالفشل الكلوى وأهم الأعراض الخاصة بهذا المرض وكيفية العلاج.

و- أن يشجع المدرسين والأخصائى الاجتماعى وإدارة المدرسة هؤلاء الأطفال المصابين بالفشل الكلوى على ممارسة الأنشطة المدرسية والاستفادة من الخدمات المقدمة.

ز- أن تكون هناك علاقة مستمرة بين المدرسة وأسرة الطالب بالفشل الكلوى من خلال المنظم الاجتماعى.

ح- التفكير فى إنشاء وحدات للغسيل الكلوى تكون تابعة للصحة المدرسية وقريبة من أماكن سكن الطالب (إذا توفرت الإمكانات المادية، الفنية – اللازمين لذلك).

ط- الاهتمام بالكشف الدورى على التلاميذ بالمراحل المختلفة للتعليم (تمهيدى، ابتدائى، متوسط، ثانوى)، ويشمل ذلك المدارس الحكومية والخاصة لاكتشاف حالات الإصابة فى وقت مبكر والإسراع فى علاجها.

(3) مقترحات خاصة بالمركز الوطنى للكلى:

أ- أن يسهم المركز الوطنى للكلى فى عمليات التوعية بالمدارس.

ب- أن يسهم المركز الوطنى للكلى فى إعداد الأخصائى الاجتماعى الذين يعملون مع الأطفال بالمستشفيات.

ج- أن يسهم المركز الوطنى للكلى فى وسائل الانتقال من وإلى المستشفى.

د- أن يسهم المركز الوطنى للكلى فى تقديم المساعدات الاقتصادية للأسر المحتاجة إلى مساعدة.

هـ- أن تعمل على الإكثار من برامج التوعية بالتلفاز موضحا أهمية دور الأسرة والمدرسة والمجتمع فى الوقاية من هذا المرض.

و- أن تكون برامج التوعية مذاعة بأسلوب بسيط وواضح ومناسب لسن الأطفال والمستوى الثقافى لأسرهم ويمكن تنفيذ النصائح أو التعليمات المقدمة.

ر- أن توزع مطبوعات المركز الوطنى للكلى على كافة المؤسسات بالمجتمع (لتكوين ما يسمى) بأصدقاء مرضى الكلى.

ط- المساهمة فى عمل نادى للأطفال بالمستشفيات أو نادى مستقل لشغل أوقات الفراغ بالنسبة للأطفال.

ك- إجراء الدراسات المتخصصة عن الظروف المحيطة بـــالمرض ودعمها ماديا لتشجيع قضية البحث العلمى.

ل- أن يتبنى فكرة إنشاء وحـــدات صـــغيرة للغـــسيل الـــدموى أو البريتونى للمناطق النائية وذلك لتجنب حضور الأسر من مناطق بعيدة بالمملكة على الرياض على أن تخدم هذه الـــدورات عـــدة مناطق متقاربة.

*** *** *** *** ***

مراجع المبحث الثانى

1- W.H.O. (منظمة الصحة العالمية).

2- الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية بالتعاون مع اليونيسيف: الطفولة العربية (الكويت، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة،العدد17،1989) ص12،المادة12.

3- المركز الوطنى للكلى: نشاطاته وأهدافه (السعودية، الرياض: مطبوعات المركز الوطنى للكلى، 1410هـ) ص 18.3- عثمان الفريح : " زراعة الكلى "، مجلة العلوم والتقنية السعودية، الرياض، العدد 2، 1409هـ، ص 26.

4- عبد الله الخضر: " هبوط الكلى " : مجلة الفيصل (السعودية، الرياض، مجلة الفيصل، العدد 5، 1409هـ، ص 39.

5- المركز الوطنى للكلى : مرجع سبق ذكره، ص 20.

6- عبد الوهاب عبد الرحمن مظهر: الكلية الصناعية (السعودية: تهامة للنشر، 1982م)، ص 24.

7- أمين رويحه: أمراض الجهاز البولى (بيروت: دار العلم للملايين، 1972م) ص37.

8- أمين خليل بيبرس: دليل الرجل الطبى (بيروت: دار الآفاق الجديدة، 1984م) ص 51.

9- حامد عبد العزيز الفقى: دراسات فى سيكولوجية النمو (الكويت: دار القلم، 1983م) ص 258.

*** *** *** *** ***

المبحث الثالث

دراسة مسحية لمراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين (*)

إعداد

أستاذ دكتور/ مدحت محمد أبو النصر

أ/ راشد محمد راشد (وزارة العمل والشئون الاجتماعية – دبى)

(*) نموذج مقترح لاستمارة قد تساعد الباحثين فى إعداد دراسة مسحية لمراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين فى أى دولة عربية.

جميع بيانات هذا الاستبيان سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمى

الرقم

دراسة مسحية
لمراكز وجمعيات ومؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين

إعداد

د / مدحت محمد أبو النصر

راشد محمد راشد

استجابتك معنا فى ملء هذه الاستبيان هى العنصر الأساسى لنجاح هذه الدراسة لذا نأمل أن نحظى باهتمامك، راجين أن تتم تعبئتها بصدق ومن واقع السجلات فى مؤسستكم بما يساهم فى معرفة واقع مؤسسات رعاية المعاقين فى الإمارات.

شاكرين حسن تعاونكم،،،

تاريخ ملء الاستبيان :

اسم الباحث الميدانى :

1- اسم المراكز أو الجمعية أو المؤسسة :

2- تاريخ التأسيس : / / 19 رقم الإشهار : .....

3- العنوان :

الهاتف : فاكس :

4- التبعية:

أ- حكومي ( )

ب- أهلي ( )

ج- خاص ( )

د- أخرى : (تذكر) ( )

5- فى حالة التبعية الحكومية :

أ- وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ( )

ب- وزارة التربية والتعليم ( )

ج- وزارة الصحة ( )

د- وزارات أخرى (تذكر) .....

6- أهداف المركز أو الجمعية أو المؤسسة:

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

7- إجمالى عدد المعاقين فى المركز أو الجمعية أو المؤسسة (وقت تطبيق الدراسة):

( ) ذكور + ( ) إناث = ( ) إجمالى

8- توزيع المعاقين:

الجنس / الفئة	ذكور		إناث		إجمالى	
	عدد الفصول	عدد الطلاب	عدد الفصول	عدد الطلاب	عدد الفصول	عدد الطلاب
طلاب فصول التربية الخاصة						
طـــلاب التأهيـــل المهنى						
باقى الفئات						

9- عائدية المبنى :

( ) ملك ( ) استئجار ( ) تبرع/ هبة

10- نوع المبنى:

( ) شقة ( ) فيلا ( ) مبنى خاص

11- مدى ملاءمة المبنى :

( ) ملائم جدا ( ) ملائم ( ) غير ملائم( ) غير ملائم إطلاقا

12- الخدمات التى يقدمها المركز أو الجمعية أو المؤسسة:

1- خدمات طبية علاجية ( ) 2 - خدمات اجتماعية ( )

3- خدمات نفسية ( ) 4- خدمات تعليمية ( )

5- خدمات رياضية ( ) 6- خدمات تدريب وتأهيل ( )

7- خدمات توفيه وثقافة ( ) 8_ خدمات تشغيل ومتابعة ( )

9- خدمات رعاية أسر معوقين ( )10- مساعدات مالية ( )

11- خدمات توفير الأجهزة التعويضية ( )

12- خدمات أخرى تذكر ( )

13- الحرف التى يدرب عليها المعاق:

14- القدرة القصوى لاستيعاب المركز أو الجمعية أو المؤسسة:

15- عدد المستفيدين من المركز أو الجمعية أو المؤسسة منذ الافتتاح:

16- شروط الالتحاق والقبول:

-.....

-.....

-.....

17- أنواع الإعاقات وعددها:

الفئة	ذكور	إناث	إجمالى
إعاقة حسية			
إعاقة جسمية			
إعاقة عقلية			
إعاقة نفسية			
متعددالإعاقة			
الإجمالى			

18- هل يقبل المركز أو الجمعية أو المؤسسة معاقين لديهم إعاقات متعددة؟

19- هل يوجد لديكم قسم داخلى:

نعم ( ) لا ( )

20- هل يدفع المعاق أو أى مصاريف مقابل الخدمات التى تقدمونها؟

21- فى حالة الإجابة بنعم.. ما هو مقدار القسط الشهرى ( ) جنيه تقريبا.

22- ما هى الأدوات والاختبارات المستخدمة فى المركز أو الجمعية أو المؤسسة؟

1- استمارة الالتحاق ( ) 2- استمارة بحث اجتماعى للأسرة ( )

2- استمارة فحص طبى ( ) 4- اختبار ستانفورد بينيه للذكاء ( )

5- اختبار وكسلر بلفيو للراشدين ( )

6- اختبار وكسلر للأطفال ( )

7- اختبار رسم الرجل ( ) 8- متاهات بورتيوس ( )

9- الذكاء المصور ( ) 10- استمارة دراسة حالة شاملة ( )

11- مقياس السلوك التوافقى ( )12- استمارة دراسة حالة شاملة ( )

13- استمارة إحصاء شاملة ( )

14- أدوات أخرى تذكر ( )

.....

.....

23- ما هو الهدف من استخدامكم للأدوات والاختبارات فـــى المركـــز أو الجمعية أو المؤسسة؟

1- جمع بيانات عن المعوق ( )

2- جمع بيانات عن أسرة المعوق ( )

3- معرفة أسباب الإعاقة ( ) 4- تشخيص الإعاقة ( )

5- تصنيف حالات الإعاقة( ) 6- قياس ذكاء المعوق ( )

7- التوجيه المهنى ( ) 8- التأهيل المهنى ( )

9- الوجيه التعليمى ( ) 10- تحديد صعوبات التعليم ( )

11- تحديد المشكلات السلوكية ( )

12- تقويم برامج الرعاية والتأهيل( )

13- تقويم أداء المعاقين بعد البرنامج ( )

14- تحديد القدرات المتبقية عند المعاق ( )

15- أهداف أخرى تذكر: .....

24- العاملون فى المركز أو الجمعية أو المؤسسة (فى الوقت الحاضر)؟

العاملون	الجنس		الإجمالى	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
أخصائى اجتماعى				
أخصائى نفسى				
طبيب				
ممرض				
مدرس تربية خاصة				
مدرب أو مدرس حرفة/ مهنة				
أخصائى علاج نطق				
أخصائى رياضى				
أخصائى علاج طبيعى				
إحصائى				
أدارى				
عامل خدمات				
الإجمال				

25- العاملون فى المركز أو الجمعية او المؤسسة حسب المستوى التعليمى؟

المستوى التعليمى	الجنس		الإجمالى	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
فوق الجامعى				
جامعى				
ثانوى				

إعدادى				
ابتدائى				
أمى				
الإجمالى				

26- أذكر أوجه النقص فى بعض التجهيزات والمعدات اللازمة للقيام بعملكم بصورة جيدة؟

1- المبنى بصفة عامة ( )
2- قاعات التأهيل والتدريب ( )
3- قاعة الاختبارات النفسية ( )
4- الاختبارات النفسية المقننة محليا ( )
5- الاستمارات البحثية والإحصائية ( )
6- أجهزة العلاج الطبيعى والرياضى ( )
7- قاعات الاجتماعات ( )
8- ورش التدريب المهنى ( )
9- بعض الخامات للتدريب ( )
10- نظام داخلى للعمل ( )
11- أشياء أخرى تذكر ( )

27- ما هى مصادر تمويل برامج وأنشطة المركز أو الجمعية أو المؤسسة؟

1- الحكومة ( )
2- التبرعات والهبات ( )
3- الأوقاف ( )
4- الاستثمار ( )
5- الأقساط السنوية المستوفاة من المعاقين ( )

6- أخرى تذكر: ( )

28- ما هى المشكلات التى ترى أنها تعوق عمل المركز أو الجمعيـــة أو المؤسسة؟

1- عدم تعاون أسرة المعاق ( )

2- نقص الوعى عن الإعاقة والشخص المعاق ( )

3- عدم قدرة المركز أو الجمعية أو المؤسسة على اســـتيعاب جميـــع الحالات ( )

4- عدم توفر التعاون بين القطاعات المختلفة فى المجتمع مع المراكز أو الجمعية أو المؤسسة ( )

5- نقص الإعانات المادية والدعم المالى المقدم للمركز أو الجمعية أو المؤسسة ( )

6- معوقات أخرى تذكر:

29- ما هى مقترحات لتحسين وضع المعاقين وبرامج رعايتهم؟

1- عمل مسح إحصائى للمعاقين ( )

2- زيادة الإمكانات المادية والمالية ( )

3- توفير جميع الكوادر والتخصصات اللازمة ( )

4- التدريب الدورى لكل العاملين فى مجال رعاية المعاقين ( )

5- إرسال بعثات أكاديمية أو تدريبية فى مجال تخصص المعاقين ( )

6- تنظيم وتدعيم التعاون مع الوزارات والجهات المعنية ( )

7- تنظيم وتدعيم التعاون مع الجامعة ( )

8- تنظيم وتدعيم التعاون مع مراكز البحوث بالمجتمع ( )

9- توفير الأجهزة والمعدات والاختبارات اللازمة ( )

10- توفير المنشآت اللازمة ( )

11- إنشاء ورش محمية لتدريب وتشغيل المعاقين ( )

12- التوسع فى إنشاء جمعيات خيرية تساهم فى رعاية وحماية( )

13- ضرورة استيعاب المعاقين فى قوة العمل بالدولة ( )

14- التوسع فى إنشاء المراكز أو الجمعيات أو المؤسسات لرعاية المعاقين ( )

15- إنشاء مدارس للتربية الخاصة بالمناطق المختلفة ( )

16- ضرورة اهتمام وسائل الإعلام المختلفة بتقديم برامج خاصة عن المعاقين ( )

17- ضرورة الاستفادة من المؤسسات والهيئات العربية والإقليمية والدولية فى مجال رعاية المعاقين ( )

18- اقتراحات أخرى تذكر: ( )

19- أى بيانات أخرى تريدون إضافتها وترون أنها تفد الدراسة:

( )

يرجى تزويدنا بالتقارير والإحصاءات والنشرات أو المجلات وشعار المركز أو الجمعية أو المؤسسة

شكراً جزيلا على حسن تعاونكم مع الباحثين ،،،

ملحق رقم (1)

الوثيقة العربية لوضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق المعاقين

إن المشاركين فى الحلقة الحوارية حول حقوق المعاقين فى الوطن العربى من الدول العربية يؤكدون على مبادئ الإعلان العالمى لحقوق الإنسان والمبادئ الواردة فى القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعاقين الصادرة عن الأمم المتحدة فى عام 1993م والتى تشير إلى تعيين مقر الأمم المتحدة الخاص بالأشخاص المعاقين فى عام 1994م وإلى مطالبة الجمعية العمومية لمنظمة التأهيل الدولى الدول الأعضاء فى الأمم المتحدة بدعم صياغة معاهدة حول حقوق الأشخاص المعاقين فى سبتمبر/ أيلول 1999م، كما يؤكدون على توصيات مؤتمر القمة العالمية للمنظمات غير الحكومية الذى انعقد فى بكين والداعى إلى وضع معاهد دولية لحقوق الأشخاص المعاقين.

وتشير إلى موافقة الجمعية العامة الأمم المتحدة على القرار رقم (168/ 56) الذى يطالب بتشكيل لجنة خاصة للنظر فى الاقتراحات المقدمة من أجل إصدار معاهدة دولية لحقوق الإنسان تتعلق بالأشخاص المعاقين، وتشكر حكومة المكسيك على مبادرتها باستضافة اجتماع خبراء المناطق والأقاليم لمناقشة المعاهدة فى يونيو/ حزيران 2002م. وترحب بتوصيات الاجتماع الأول للجنة المخصصة والواردة فى مذكرة الأمين العام رقم (357/ 57/ A).

إن المجتمعين يدركون بأن نسبة 10% تقريبا من سكان العالم العربى والمقدرة بـ 25 مليون شخص يعانون من الإعاقة والمشكلات المصاحبة لها ويرون أنه يجب:

أولاً – وضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق المعاقين وكرامتهم.

ثانياً – مشاركة الحكومات و منظمات المجتمع المدنى العربية فى اجتماعات اللجنة المخصصة لوضع اتفاقية دولية وشاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق المعاقين وكرامتهم والتى ستعقد فى نيويورك فى الفترة الواقعة بين 16 – 27 يونيو / حزيران من عام 2003.

ثالثاً : تشجيع الحكومات العربية على إشراك الأشخاص المعاقين والخبراء من المنظمات غير الحكومية العاملة فى مجال الإعاقة فى هذه الاجتماعات.

رابعاً : أهمية الأخذ بعين الاعتبار المواضيع التالية فى الاتفاقية المقترحة:

وضع تشريعات وسياسات خاصة تستهدف ضمان حقوق المعاقين وتكافؤ الفرص والعمل على تفعيل التشريعات الحالية وتطبيقاتها من أجل تقديم أفضل الخدمات للمعاقين.

1- القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المعاقين بالاعتماد على مبدأ المساواة وتعزيز اعتماد المعاقين على ذواتهم واستقلاليتهم ومشاركتهم الكاملة فى جميع مجالات الحياة.
2- تشجيع الدول الأعضاء على إشراك المعاقين عند وضع الاستراتيجيات الوطنية والإجراءات النظامية.
3- تشجيع الدول الأعضاء على المساهمة فى إيجاد بيئة خالية من العوائق لدمج المعاقين بصورة طبيعية فى المجتمع، وذلك من أجل حرية التنقل واستخدام وسائل الاتصال المختلفة للحصول على المعلومات الحديثة والمناسبة.
4- تعترف الدول بحق المعاقين فى الحصول على تعليم مناسب وملائم لقدراتهم من أجل تحسين فرص نمائهم واستقلالهم ومشاركتهم وذلك عن طريق توفير بيئة ملائمة وشاملة تحتوى على المعينات والكوادر والوسائل التأهيلية المختلفة.

5- تشجيع الدول المشاركة على أهمية تقديم الخدمات الطبية والعلاجية والتاهيلية والعاية والصحية وخدمات إعادة التأهيل الصحى للمعاقين دون التزام (مادى أو معنوى) من قبل المعاقين وأسرهم.

6- حق المعاقين فى الحصول على الوسائل المعينة الحديثة المتطورة المساندة.

7- الاعتراف بحق المعاقين فى اختيار بيئة عمل مناسبة لقدراتهم وإمكانياتهم بحرية فى ظروف لائقة مع إيجاد التدريب المهنى الملائم وبرامج التشغيل.

8- العمل على إيجاد سبل مخصصة لتفاعل الأشخاص المعاقين فى ثقافة المجتمع فى شتى المجالات الرياضية والترويحية والدينة والاجتماعية والفنية.

9- الاهتمام بعلمية التوعية والإرشاد الأسرى والاجتماعى بهدف تغيير المفهوم السلبى السائد حول الإعاقة بما يضمن تحقيق التأهيل المجتمعى وتوظيف وسائل الإعلام بكافة أشكالها لتحقيق ذلك.

10- شمول برامج مكافحة الفقر للمعاقين وأسرهم وبخاصة فى البلدان الأقل يسراً نظرا لأن الأشخاص المعاقين يشكلوا جزءا من شريحة أفقر الفقراء فى العالم والعمل على توصيات الخدمات الضرورية ودعوة الدول الغنية من أجل تقديم الدعم للمعاقين فى الدول الفقيرة.

11- إعداد وتنفيذ أبحاث متخصصة فى مختلف المجالات ذات الصلة وإنشاء قواعد معلومات للاستفادة منها عند التخطيط لبرامج المعاقين.

12- آملين جمعيا أن يتم إقرار إصدار المعاهدة الدولية لحقوق المعاقين من أجل أن ينال المعاق حقه كاملا فى الحياة.

مملكة البحرين

8- 9 مارس 2003م

*** *** *** *** ***

مراجع البحث

1- W.H.O.: Chronical Primary Health Care for Children and Mother (U.S.A.), Vol 31, No. 2, 1977) pP. 11.

2- الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية مع اليونيسيف: الطفولة العربية (الكويت، الجمعية الكةيتية لتقدم الطفولة، العدد 17، 1989) ص12، المادة 12.

3- Carriel Fortner- Frazier: Social Work and Dialysis (California, University of California Press, 1981) P.1.

4- يرجع إلى دراسات كل من :

- Abram, H.S.: The Psychistrist, The Treatment of Chronic Renal Failure, and the Prolorgation of life (N.J. Prentice- Hall Co., 1972) P. 111.
- Norton, Charles: Attitudes toward Living and Dying in patient on Chronic bemodialysis (N.Y. Free Press. 1969) P. 71.
- Weich, A.: Reframing the Person in Environment Perspective Social Work (N.Y., Prentice- Hall Co., 1981) P.40.

5- Ibid: P.5.

6- Hartman, A.: The Family: A Central Focus for Practice Social Work, Vol. 26, (NASW, 1981), P.8.

7- المركز الوطنى للكلى: نشاطاته وأهدافه (السعودية، الرياض، مطبوعات المركز الوطنى للكلى، 1410 هـ) ص18.

8- عثمان الفريح " زراعة الكلى "، مجلة العلوم والتقنية السعودية، الرياض، العدد5، 1409 هـ، ص26.

9- عبد الله الخضر: " هبوط الكلى " مجلة الفيصل (السعودية، الرياض، مجلة الفيصل، العدد 5، 1409 هـ، ص39.

10- المركز الوطنى للكلى، مرجع سبق ذكره، ص20.

11- عبد الوهاب عبد الرحمن مظهر: الكلية الصناعية (السعودية، تهامة للنشر، 1982م)، ص24.

12- أمين رويحة: أمراض الجهاز البولى (بيروت، دار العلم للملايين، 1972م) ص37.

13- أمين خليل بيبرس: دليل الرجل الطبى (بيروت، دار الآفاق الجديدة، 1984م)، ص51.

14- Francis, Turner:Social Work Treatment (N.Y.: Free Press, 1979) P. 422.

15- Friedman, E.A., Godwen, N.S: Psychosocial Adjustment to Maintenance Hemodialysis (N.Y.: Prentice- Hall, 1970) P. 70.

16- حامد عبد العزيز الفقى: دراسات فى سيكولوجية النمو (الكويت، دار القلم، 1983م) ص258.

17-Friedman, E.A.: Op. Cit. P. 25.

18-Kaplan and Others: Personality Factors Infelenciny Vocational Rehabilitation (N.Y.: Free Press, 1975) P. 156.

19-Seneider, H., and Anderson E. (ed.) Nutritional Support of Medical Practice (N.Y., Harper and Row, 1977) P. 207.

20-Francis, Turner: Differential Diagnosis and Treatment, in Social Work (N.Y.: The Free Press, 3ed., 1983) P. 17.

21-Diane Elias Alperin: Hospital Social Work, Support for Generlist Training, Social Work in Health Care (N.Y.: The Hawarth Press, 1985) P. 121.

22-Betty Rusnack: Safe Paesage Social Work Roles and Functions in Hospital Care, Social Work in Health Care (N.Y.: The Howorth Care Press, 1988) P.3.

23- German, Carel, B.: Ecology and Social Work (N.Y., Columbia University, 1984) PP. 8- 11.

*** *** *** *** ***

السيرة الذاتية للمؤلف

- **الدكتور مدحت محمد أبو النصر.**
- أستاذ تنمية وتنظيم المجتمع بكلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان.
- دكتوراة من جامعة Wales ببريطانيا.
- أستاذ زائر بجامعة .C.W.R بالولايات المتحدة الأمريكية.
- أستاذ معار فى جامعة الإمارات العربية المتحدة (سابقاً).
- رئيس قسم العلوم الاجتماعية والإنسانية بكلية شرطة دبى (سابقاً).
- عضو تحرير مجلة المنال – مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية بالإمارات.
- عضو لجنة تحكيم بحوث ترقية الأساتذة والأساتذة المساعدين فى مهنة الخدمة الاجتماعية.
- المستشار العلمى للمجموعة العربية للتدريب والنشر.
- مراسل مصر لمجلة المنال (الإمارات)، ومجلة تنمية المجتمع (U.K).
- نشر العديد من المقالات والبحوث سواء باللغة العربية أو الإنجليزية فى مصر وخارجها.
- نشر العديد من الكتب العلمية عن الخدمة الإجتماعية والإدارة السلوكية وذلك فى كل من مصر والإمارات والولايات المتحدة الأمريكية.
- أشرف وناقش العديد من رسائل الماجستير والدكتوراة.
- مثل مصر فى المؤتمر الدولى للخدمة الاجتماعية بالسويد فى عام 1988م.
- الفوز فى المسابقة الدولية لشباب علماء علم الاجتماع فى إسبانيا عام 1990م.
- الحصول على منحة المجلس البريطانى فى عام 1991م.

- الحصول على منحة هيئة الفولبرايت الأمريكية فى عام 1993م.
- الحصول على منحة بحثية من جامعة الإمارات العربية المتحدة فى عام 1995م.
- الحصول على جائزة أفضل كتاب فى مجال العلوم الاجتماعية من وزارة الثقافة والإعلام فى دولة لإمارات فى عام 1996م عن كتاب الخدمة الاجتماعية الوقائية.
- **محكم فى المجلات العلمية التالية :**
  - مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان (مصر).
  - مجلة شئون اجتماعية (الإمارات).
  - مجلة كلية الآداب – جامعة حلوان (مصر).
  - مجلة المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة.
- **محكم فى المؤتمرات العلمية التالية :**
  - المؤتمر الدولى السنوى لكلية الخدمة الاجتماعية بجامعة حلوان.
  - المؤتمر الدولى السنوى لكلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الفيوم.
  - المؤتمر الدولى السنوى للمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة.
  - المؤتمر الدولى السنوى للمعهد العالى للخدمة الاجتماعية ببور سعيد.
- **أحدث الكتب للمؤلف :**
  - اكتشف شخصيتك وتعرف على مهاراتك فى الحياة والعمل.
  - قواعد ومراحل البحث العلمى.
  - تنمية القدرات الابتكارية.
  - الخدمة الاجتماعية الوقائية.
  - بناء وتدعيم الولاء المؤسسى.

- إدارة الجمعيات الأهلية.
- الوظيفة الاجتماعية للأحزاب السياسية.
- الإعاقة النفسية.
- الإعاقة الاجتماعية.
- الإعاقة الحسية.
- البرمجة اللغوية العصبية.
- لغة الجسم.
- إدارة اجتماعات العمل.
- إدارة منظمات المجتمع المدنى.
- مفهوم ومراحل وأخلاقيات مهنة التدريب فى المنظمات العربية.
- الإدارة بالحب والمرح.
- أساسيات علم ومهنة الإدارة.
- التحرر من أمريكا (مراجعة).
- إدارة الذات.
- تنمية الذكاء العاطفى الوجدانى.
- إدارة الوقت.
- إدارة الجودة الشاملة فى مجال الخدمات.
- التفكير الابتكارى والإبداعى.
- مهارات الاتصال الفعال مع الآخرين.
- أساسيات إدارة الجودة الشاملة.
- مراحل العملية التدريبية.
- بناء ونمو وإدارة فرق العمل.
- الوصول إلى ذروة الأداء الإدرى المتميز.
- استراتيجية العقل.