جامعة المنصورة
كليـة الآداب

أسلوب الحياة الصحى والوقاية من الأمراض غير السارية من منظور الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية الطبية

إعـــداد
دكتور / خالد بن سعود الحارثي الشريف

أستاذ مشارك بقسم الخدمة الاجتماعية
ووكيل كلية العلوم الاجتماعية – جامعة أم القرى

مجـلة كلـــية الآداب – جامعـــة المنصـــورة
العدد الثامن و الخمسون – يناير ٢٠١٦

أسلوب الحياة الصحي والوقاية من الأمراض غير السارية

من منظور الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية الطبية

د/ خالد بن سعود الحارثي الشريف

ملخص البحث:

أكدت العديد من نتائج الدراسات والبحوث السابقة، والعديد من توصيات المؤتمرات العلمية على أهمية استناد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية عامة، وفى مجال رعاية المرضى بأمراض مزمنة خاصة على الأدلة والبراهين التي يتضح من خلالها فاعلية التدخل المهني في تحسين أسلوب الحياة للوقاية من الأمراض غير السارية.

وقد ظهر مفهوم الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية كأحد المفاهيم التي تؤكد على أهمية تمتع الممارسة المهنية بالكفاءة والفاعلية وأن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي القدرة المهنية على اتخذا قرارات التدخل المهني المناسبة بناء على دلائل موضوعية، للوصول الى عائد يتصف بالمصداقية وتقديم أفضل الخدمات للعملاء .

وتهدف هذه الدراسة من خلال تساؤلاتها الرئيسة إلى التعرف على النموذج الأكثر فعالية في تحسين أسلوب الحياة الصحي للوقاية من الأمراض غير السارية من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية ، ووضع مؤشرات لبرنامج مقترح للتدخل المهني للأخصائي الاجتماعي لتحسين أسلوب الحياة الصحي للوقاية من الأمراض غير السارية يقوم على ذلك النموذج.

ومن خلال استخدام منهج تحليل المحتوى والرجوع إلى الدراسات والبحوث السابقة تمت الإجابة على هذين التساؤلين وتوصلت الدراسة إلى أنه يمكن تحديد النموذج الأكثر فعالية في تحسين أسلوب الحياة الصحي للوقاية من الأمراض غير السارية من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية عن طريق البحث في مجموعة من المصادر المعنية بإيجاد هذه الأدلة، وكشفت أن أكثر تلك النماذج فعالية هو " النموذج الروحي The Spiritual Model ". كما توصلت الدراسة إلى وضع مؤشرات لبرنامج مقترح للتدخل المهني للأخصائي الاجتماعي لتحسين أسلوب الحياة الصحي للوقاية من الأمراض غير السارية موضحة أهدافه وخطوات تنفيذه وفقاً لخطوات التدخل المهني للنموذج الروحي.

الكلمات المفتاحية: *الممارسة المهنية ؛ الممارسة المبنية على الأدلة ؛ النموذج الروحي .*

Abstract:

Many research results and international conferences recommendations have emphasized the importance of following an evidence-based practice perspective in social work in general and in working with people suffering from chronic diseases in particular, in order to guarantee the efficacy of professional intervention in improving life-style for the protection from non-communicable diseases .

The concept of evidence-based practice has been used in social work to ensure proficiency and effectiveness of practice, and to provide the social worker with professional ability to make appropriate decisions based on objective verifications in order to reach realistic outcomes for the best quality of help for clients.

This study attempts to discover the most effective model in improving life-style for the protection from non-communicable diseases from the perspective of medical social work, and come out with guidelines for a proposed intervention program for the social worker to achieve that goal.

The study has answered its two main questions using content analysis and examining preceding studies results and found that the best model for improving life-style for the protection from non-communicable diseases could be reached through searching a group of sources that are concerned with providing such modes. Following such procedure, the study found that the most effective approach for protection from non-communicable diseases is the spiritual model. The study also came out with indicators for a professional intervention program for the social worker for that purpose and explained its objectives and processes according to the spiritual model.

Keywords:Professional practice ; evidence-based practice ; spiritual mode

أولاً : مشكلة البحث :

الأمراض غير السارية المعروفة أيضاً باسم الأمراض المزمنة هى أمراض تدوم لفترات طويلة، وتنقسم هذه الأمراض إلى أربعة أنماط رئيسية هى الأمراض القلبية الوعائية، والسرطانات، والأمراض التنفسية المزمنة، والسكرى، وتؤدى الأمراض غير السارية كل عام بحياة أكثر من (٣٦) مليون نسمة، ويحدث نحو ٨٠% من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية (٢٩) مليون حالة وفاة فى البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل ، وتوجد أربعة عوامل خطر مشتركة بين هذه الأمراض هى : تعاطى التبغ ، والخمول البدنى ، وتعاطى الكحول، والنظم الغذائية غير صحية[١] .

وتعد الأمراض المزمنة من الأمراض الاجتماعية لأنها ترتبط فى أساليب المواجهة الخاصة بها بالجوانب الاجتماعية والثقافية للمريض وأسرته والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ، و من أهم الآثار الاجتماعية والنفسية التى يعانى منها المصاب بالأمراض المزمنة، المعيشة تحت قيود معينة، العزلة الاجتماعية، ضعف الثقة بالنفس، والاعتمادية (٢) .

هذا وتؤكد منظمة الصحة العالمية فى أحد تقاريرها أن أثر الأمراض المزمنة فى كثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يتعاظم باطراد، ومن الأهمية بمكان التحسب للأهمية المتزايدة التى تكتسبها الأمراض المزمنة وفهمها والعمل على التصدي لها، ويقتضى ذلك انتهاج أسلوب جديد لتعزيز الجهود المبذولة فى مجال توقى ومكافحة هذه الأمراض (٣) .

كما يؤكد " تحالف اوكسفورد الصحى The Oxford Health Alliance" أن الأمراض المزمنة لم تعد أمراض الأثرياء ، أو كبار السن الأثرياء فقط ، بل أصبحت الأمراض المزمنة وعوامل الخطر المرتبطة بها تصيب الكثير من الفقــراء وأصحاب الدخل المتوسط ، وأصبح لها تأثيرات وعواقب اقتصادية متعددة تظهر على الفــرد والجماعات والأســر والمجتمع بصفة عامة ، والتى منها تكلفة المرض ، والتأثيرات السلبية على استهلاك وادخارات المريض ، وكذلك على سوق العمل، وتراكم رأس المال البشرى، والحد من جهود التنمية الاقتصادية بصفة عامة (٤) .

هذا ومن أبرز سلبيات المرض المزمن على الفرد التأثير على النشاط اليومى، بحيث تصبح بعض الأعمال العادية صعبة ، أو حتى مستحيلة . وتدور تلك التأثيرات فى دورة سلوكية تبدأ بانحدار مستوى النشاط ، تحسين مستوى النشاط ، زيادة الألم وانحدار مستوى النشاط ، فقدان القوة واللياقة البدنية، الانسحاب والعزلة، ويرافق تلك الدورة السلوكية تقلبات فى المشاعر تدور بدورها فى حلقة مفرغة تبدأ بالخوف والقلق ، الآمال والوعود، الحنق والغضب ، الشعور بالذنب، عودة الأمل ومن بعده الاكتئاب. لذلك تعد الخطوة الأولى فى العلاج النفسى والاجتماعى للمريض بمرض مزمن هو الاعتراف بوجود مشاعر سلبية لدى المريض خاصة إحساسه وشعوره بالخسارة؛ خسارة الشخص السليم الذى كان فيما مضى يتمتع بـــ الحرية ، الخصوصية ، الاكتفاء فى العمل، الهواية الممتعة، الحميمية الجنسية، العلاقات الأسرية السوية، اللقاءات مع الأصدقاء، مشاعر القوة والثقة ، الشعور بالسعادة (٥) .

مع نهاية القرن العشرين وزيادة الاهتمام بالوقاية من الأمراض المزمنة أصبح من الثابت تأثير السلوك الفردى وأساليب الحياة فيما يتعلق بالأمراض عامة والمزمنة خاصة، فقد أوضحت أدبيات العلوم الاجتماعية والصحة العامة أهمية الفهم الأوسع للتأثيرات الاجتماعية الاقتصادية والبيئية والثقافية على السلوك الفردى وعلى الوضع الصحي، وضرورة فهم الصحة فى إطار اجتماعى من خلال أساليب الحياة (٦) .

وعلى الرغم من أن أساليب الحياة الصحية كانت ولازالت عاملاً دائماً وهاماً فى حدوث الأمراض، إلا أن أهميتها لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض لم يبرأ إلا مؤخراً، عندما استطاعت الدول المتقدمة فى خفض معدلات الوفيات الناجمة من أمراض القــلب بإذن الله ثم بواسطة تغيير نمط الحياة وسلوكيات الأفراد [٧].

يعد أسلوب الحياة عامل فاعل فى الصحة والمرض عامة والأمراض المزمنة خاصة، وبمراجعة تعريف ومكونات أسلوب الحياة يتضح أن تغيير أسلوب الحياة للوقاية من الأمراض المزمنة يتطلب أن يتضمن فريق العمل أخصائى اجتماعى لديه الاستعداد الشخصى والإعداد المهنى الذى يساعد على تفعيل عائد التدخل المهنى الوقائى مع المرض بأمراض مزمنة، وذلك من خلال الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى مجال الرعاية الصحية والتى تعرف بالخدمة الاجتماعية الطبية.

فقد تم التأكيد من خلال بعض الدراسات على أنه يجب على الاخصائيين الاجتماعيين مساعدة المرضى على تعديل أسلوب حياتهم بما يناسب مرحلة نموهم وظروفهم [٨] ، فعلى سبيل المثال: أشارت " سالى روسين Salie Rossen"[٩] الى أهمية دور الخدمة الاجتماعية بالمستشفيات فى تغيير أسلوب حياة المرضى حتى يستطيع المريض أن يتوافق مع نفسه ، ومع البيئة المحيطة ، وعلى نفس المعنى أكد "دومان Doman" [١٠] على ضرورة اهتمام الخدمة الاجتماعية فى نسق الخدمة الصحية بتحسين أسلوب حياة المرضى .

كما أن على المريض بأحد الأمراض المزمنة الالتزام بالإرشادات الطبية التى يقصد بها اتباع المريض للتعليمات والنصائح التى يوصى بها الطبيب سواء كان ذلك يتعلق باستخدام الدواء أو اتباع أسلوب حياة معين ، ولدى الأخصائيين الاجتماعيين معارف مهنية وتدريب عملى يساعدهم على الممارسة فى مجال الرعاية الصحية بصفة عامة ، ومساعدة المرض على تعديل أسلوب حياتهم بصفة خاصة[١١] .

وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث الميدانية التى تناولت توضيح العلاقة بين أسلوب الحياة والمرض المزمن ، والتى منها على سبيل المثال ما يلى :

- دراسة "عبير عليوة : ٢٠١٤ "والتى أوضحت نتائجها فاعلية ممارسة خدمة الفرد من المنظور الإسلامى فى تعديل أسلوب الحياة لمرضى الفشل الكلوى[١٢]
- " إعلان الرياض : ٢٠١٢م" من خلال المؤتمر الدولى لأنماط الحياة الصحية والأمراض غير السارية فى العالم العربى والشرق الأوسط ، والمتضمن التأكيد على حق الفرد فى الوقاية من الأمراض غير السارية والحد من عوامل الخطورة من خلال تحسين أساليب الحياة الصحية [١٣] .
- دراسة " عبد الرحمن ، وزينب : ٢٠١٢م " والتى أوضحت نتائجها أن هناك العديد من

أنماط الحياة من ممارسات غذائية وممارسات صحية سيئة تساهم فى زيادة الإصابة بالأمراض المزمنة ، وأنه من المهم تنفيذ برامج لتحسين أنماط الحياة الصحية فى المجتمع البحرينى [١٤] .

- دراسة " عبد الرحيم بلال : ٢٠٠٧م " من خلال مراجعة الأدبيات الطبية والتجارب العالمية والإقليمية والعديد من الدراسات المجتمعية فى مجال مكافحة الأمراض المزمنة ، أثبتت تلك المراجعة أن التطور والزيادة فى الأمراض المزمنة يعزى إلى اعتماد أنماط حياتية غير صحية [١٥] .
- دراسة " كيلى سولنمن ٢٠٠٣م – Kelly S Solonmon " والتى أوضحت نتائجها أن أسلوب الحياة لمرضى السكر يمكن أن يكون فعالاً فى الوقاية وقد طرحت الدراسة برنامج لتعديل أسلوب الحياة [١٦] .
- دراسة " رأفت عبد الرحمن محمد: ١٩٩٩م " أوضحت نتائجها فاعلية ممارسة برنامج من منظور العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تعديل أسلوب الحياة للأطفال المرضى بأمراض القلب المزمنة [١٧] .
- دراسة " مارتا جوهاتسون ، وآخرون : ١٩٩٦م Marita Johonson & Others" " تم فيها تحليل مضمون السجلات الطبية ، وأثبتت النتائج وجود علاقة تأثيرية بين أسلوب الحياة الإيجابى والصحة الجيدة ، وأن لأسلوب الحياة جوانب اجتماعية وبيولوجية ذات تأثير فعال على صحة الأفراد [١٨] .

من الدراسات والبحوث الميدانية السابقة يستخلص البراهين والدلائل التالية :

- يعد أسلوب الحياة مفهوم محورى ورئيسى فى الوقاية أو العلاج أو التأهيل للمرضى بأمراض مزمنة .
- أسلوب الحياة متغير فاعل له أبعاد اجتماعية، ويتطلب تغييره أن يتضمن فريق الرعاية الصحية أخصائى اجتماعي (مساعد اجتماعى) .

هذا ويؤكد " جرين Green " على أن تحقيق الأهداف وجـــودة الخدمات فى مجال الرعاية الصحية تقـــاس بواسطة الدور الفعـــال الذى يمارســـه الأخصائيين الاجتماعيين فى مساعدة المرضى وأســـرهم ، وكذلك الدور الفعال مع أعضاء فريـــق الرعاية الصحية فى مساعدتهم على تفهم مشـــاعر وسلوكيات المريـــض التى تؤثـــر فى تفعيل العلاج الطبى[١٩] .

فإذا كان المرض يؤدى إلى مشكلات واختلالات نفسية تبدو على هيئة مشاعر سلبية مختلفة فهذه المشاعر تزداد مع طول مدة المرض وعـــدم التمكن من الشفاء ليصبح مرضاً مزمناً، وهنا يحتاج المريض فى هـــذه الحالة إلى مساعدة مهنية فنيـــة ترفـــع من مستوى قدراته الذاتية على مواجهة الحالـــة وأن يتقبل المرض وأن يتجاوب مع العلاج وفقاً لمقتضيات الاستشفاء، وتمشياً مع تلك

المقتضيات أصبح للخدمة الاجتماعية دور ووظيفة فى مجال الرعاية الصحية (٢٠) .

ويستند التدخل المهنى للخدمة الاجماعية فى مجال الرعاية الصحية عامة، ومجال الأمراض المزمنة خاصة على العديد من النظريات والنماذج المعاصرة للتعامل الفردى فى مجال الرعاية الصحية، والتى يجب أن تتسم بالمرونة والديناميكية والسرعة والواقعية، وأن تراعى أولويات الحالات المختلفة، وتستند تلك النظريات فـــى ممارستها على العمل الفريقى، وأن يتم مراعاة المكان والزمان والفـــروق الفرديـــة بين المرضى بأمراض مزمنـــة (٢١) .

وقد شهدت برامج التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية تطوراً سريعاً خلال العقدين الماضيين، وبرزت ملامح هذا التطور فى الانتقال من التركيز على عوامل نفسية لا شعورية بعيدة عن القياس والملاحظة إلى عوامل ومسببات إجرائية تخضع لجوانب القياس الإكلينيكى والملاحظة العلمية الدقيقة التى تقترب من الموضوعية وتبعد عن التحيز، وقد ساعد ظهور برامج التدخل المهنى التى تعتمد على أصول وتغيرات نظرية ذات طابع تطبيقى على زيارة قدرة وفاعلية الممارسات الإكلينيكية للخدمة الاجتماعية (٢٢) .

ولضمان فعالية التدخل المهنى فى تحقيق أهدافه يلزم على الأخصائى الاجتماعى مراعاة عوامل واعتبارات متعددة منها : أن تبنى خطة التدخل المهنى على أساس من المعرفة العلمية ، والعلاقة المهنية الإيجابية، وأن تتواءم خطة التدخل المهنى وعملياته مع دافعية العميل ومشاركته وكفاءة الأخصائى الاجتماعي، بالإضافة إلى تحديد مدة زمنية واستراتيجيات وتكنيكات التدخل المهنى (٢٣) .

وقد يتصور البعض أن فاعلية التدخل المهنى للأخصائى الاجتماعى أصبحت من الثوابت العلمية التى لا تقبل الاختبار أو النقاش، ولكن الواقع يوضح التشكيك فى فاعلية التدخل المهنى سواء فى الماضي، أو الحاضر، أو عند تحديد ووضع رؤية مستقبلية للتدخل المهنى مع المرضى بأمراض مزمنة .

وفى هذا الصدد يقدم " عبد العزيز البريثن " أدلة وحقائق علمية مستخلصة من دراسات وبحوث عربية وأجنبية توضح أنه منذ الستينيات من القرن الماضى توجد مناقشات علمية تطالب بالتأكد من فاعلية التدخل المهنى ، فالتشكيك فى فاعلية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية عامة يظهر بأنه بداية البحث عن الحقيقة، ومهما يكن من أمر فإن صعوبة المراهنة على حقيقة فاعلية الممارسة المهنية من عدمه لا يعنى ترك الموضوع جامداً، أو معلقاً ، فمن المفترض أن يستمر إجراء أبحاث ودراسات حول تقويم عائد الممارسة المهنية، والأخذ بقاعدة تنظر إلى الممارسة على أنها غير فعالة ما لم تثبت فاعليتها ، فزيادة فاعلية التدخل المهنى مطلب علمى (٢٤) .

كما ترى " اليزابيث جى كلارك Elizabeth J. Clark " فى مقالة لها بعنوان " مستقبل ممارسة الخدمة الاجتماعية The Future

of Social Work Practice " إن من أهم التحديات التى تواجه الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المستقبل ، بالإضافة إلى الصورة العامة للخدمة الاجتماعية، ومرتبات الأخصائيين الاجتماعيين .. إلخ ، تحدى مستقبلى مرتبط بضرورة سعى الأخصائيين الاجتماعيين " الممارسين والباحثين " إلى تقديم الدلائل على فاعلية التدخل المهني، وتفعيل عائد الممارسة، خاصة مع تقدم مهن أخرى مثل الطب والتمريض فى تقديم الدلائل على فاعلية تدخلهم المهنى مع عملائهم [٢٥] .

وتأسيساً على ما تقدم تتضح أهمية استناد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية عامة ، وفى مجال رعاية المرضى بأمراض مزمنة خاصة على الأدلة والبراهين التى يتضح من خلالها فاعلية التدخل المهنى فى تحسين أسلوب الحياة للوقاية من الأمراض غير السارية.

فقد ظهر مفهوم الممارسة المبنية على الأدلة فى الخدمة الاجتماعية كأحد المفاهيم التى تؤكد على أهمية تمتع الممارسة المهنية بالكفاءة والفاعلية وأن يكون لدى الأخصائى الاجتماعى القدرة المهنية على اتخذا قرارات التدخل المهنى المناسبة بناء على دلائل موضوعية، للوصول الى عائد يتصف بالمصداقية وتقديم أفضل الخدمات للعملاء [٢٦] .

وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث حول الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية المبنية على الأدلة ، والتى منها على سبيل المثال :

- دراسة " أحمد ثابت : ٢٠١٤م " التى استهدفت تحديد أكثر النماذج فاعلية للتقليل من العود للاعتماد على العقاقير المخدرة وفقاً للممارسة المبنية على الأدلة، وقد حددت النتائج نموذج الوقاية [٢٧] .
- دراســة "مجيدة الناجم : ٢٠٠٩م " التى أكدت نتائجهــا أن الممارسة المبنيــة على البراهــين استراتيجية حديثــة تؤدى إلى التغلب على الاشكاليات المتعلقــة بالفعالية والكفاءة [٢٨] .
- ودراسة " ثير يروش : ٢٠٠٨م Bruce A. Thyer " والتى أكدت على أن الممارسة المبنية على الأدلة فى الخدمة الاجتماعية سوف تساعد على الحد من الفجوة بين النظرية والممارسة ، وكذلك تعزيز الروابط بين الخدمة الاجتماعية ومختلف العلوم [٢٩].

ومن الدراسات والبحوث السابقة يتضح أن الأخصائى الاجتماعى حين يشارك فريق العمل فى مجال الرعاية الصحية بهدف مساعدة المرضى على الوقاية من الأمراض غير السارية عليه اختيار نماذج التدخل المهنى التى ثبت بالأدلة فعاليتها فى تحسين أسلوب الحياة .

وتأسيساً على الطرح السابق تتحدد مشكلة البحث الحالى فى قضية بحثية مؤداها الاستدلال على أنســب نموذج للممارسة المهنيــة للخدمة الاجتماعية الطبية للتدخل المهنى فى تحسين أسلوب الحياة الصحى فى الوقاية من الأمراض غير السارية فى إطار فريــق عمل من مختلف التخصصات فى مجال الرعاية الصحية .

ثانياً : أهمية البحث :

١ – الاهتمام بالممارسة المبنية على الأدلة من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية، والاهتمام بالممارسة المبنيـــة على الأدلـــة من منظور العلـــوم الطبية (الطـــب ، التمريض ، العـــلاج الطبيعى ، التغذية .. إلخ) يعد من أحدث نماذج التدخـــل التى تستند عليها الممارســـة الوقائيـــة للأمراض غير السارية ، والتى تساعد على تفعيل عائد الممارسة فى تحســـين أسلوب الحياة الصحى .

٢ – ندرة الدراسات العربية – فى حدود علم الباحث – التى تناولت الممارسة المبنية على الأدلة من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية يزيد من أهمية البحث الحالى فى مجال الصحة والمرض .

ثالثاً : أهداف البحث :

١ – تحديد أكثر النماذج فعالية فى تحسين أسلوب الحياة الصحي للوقاية من الأمراض غير السارية وفقاً للممارسة المبنية على الأدلة من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية.

٢ – طرح مؤشرات برنامج للخدمة الاجتماعية الطبية لتحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض غير السارية وفقاً للنموذج المختار تبعاً للممارسة المبنية على الأدلة .

رابعاً : تساؤلات البحث :

١ – ما النموذج الأكثر فعالية فى تحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض غير السارية من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية ؟

٢ – ما مؤشرات البرنامج المقترح للتدخل المهنى للأخصائى الاجتماعى لتحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض غير السارية ؟

خامساً : التوجهات النظرية :

التوجهات النظرية هى عنصر أو عدة عناصر من المتغيرات العامة ، والتى تستخلص من المفاهيم الأساسية للبحث ، والتى يمكن تحديدها فيما يلى :

المفهوم الأول : أسلوب الحياة Life Style :

١ – التعـــريف :

(أ) تعريف ماجدة السيد حافظ :

هو كل العوامل الشخصية التى تؤثر بطريقة مباشرة وغير مباشرة على صحة ووجود الإنسان (٣٠) .

(ب) تعريف المكتب الإقليمى للتنظيم الصحى بالدانمارك :

أسلوب الحياة هو " أنماط من الاختيارات السلوكية تتم من خلال البدائل المتوفرة للناس طبقاً للظروف الاجتماعية والاقتصادية وبالسهولة التى يمكن بها اختيار أنواع معينة وترك الأخرى، وفى الاستراتيجية الإقليمية للمكتب فقد تم أخذ مصطلح أسلوب الحياة ليعنى

طريقة عامة للحياة على أساس التفاعل بين العوامل والأنماط الفردية للسلوك، والعوامل البيئية، كما أن البعض يستخدم مفهوم أسلوب الحياة لكى يرمز إلى عدد من الأنماط ذات الصلة بالصحة فيما يخص الاستهلاك، والحياة العامة، ولكنه يستخدم غالباً بطريقة أوسع وأعم فى تتبع الحالة الصحية بينما يستخدم الآخرون أسلوب الحياة من مفهوم يستوجب أن الفرد قد أختار أنواعاً معينة من السلوك، والتى قد تكون خطرة على الصحة، كما يعرف أحياناً أسلوب الحياة بأنه " العادات اليومية للأفراد ونماذج سلوكهم " (٣١) .

(ج) تعريف خبراء منظمة الصحة العالمية :

هو هيكل وسيط يعكـــس سلسلة كاملة من القيـــم والمواقف والأنشطة الاجتماعية (٣٢) .

(د) تعريف كمال دسوقى :

مصطلح " أدلر " الهيئة التي بها يجاهد الفرد لبلوغ أهداف حياته، ولأن يتوافق مع مشكلات العمل والحب فى جماعة، وليس أسلوب الحياة مثبتاً بالوراثة، غير أن المؤثرات الأسرية هى محدداته الرئيسية أثناء الحياة الباكرة (٣٣) .

(هـــ) تعريف عبد المنعم الحفنى :

اصطلاح مؤداه أن كل فرد ينمى لنفسه أسلوباً فى الحياة منذ طفولتـــه المبكرة " أى أن كل الصفات والعـــادات والدوافع تصبح لهـــا سمات وصفـــات خاصة بها " (٣٤) .

(و) تعريف جدنس Giddend :

مجموعة من الممارسات التى تحيط بالفـــرد، وهو مصطلح يرقى إلى مستوى النظرية، ويستخدم لأغراض مختلفة ويعتمد فى تفسيره على العلوم الاجتماعية والطبية (٣٥) .

٢ – أسلوب الحياة والأمراض المزمنة :

من الملاحظ أن بعض الناس يمرضون بشكل متكرر أكثر من غيرهم ويشفون من مرضهم بمعدل أبطأ من بقية الناس، وهذه الفروق بين الناس يمكن أن تنشأ عن أسباب طبية حيوية كالاختلافات فى عمليات وظائف الجسم والتعرض لكائنات حية دقيقة مؤذية، إلا أن للعوامل النفسية والاجتماعية دوراً أيضاً، ذلك أن الأمراض تحدث للإنسان، والإنسان هو الذى يصبح مريضاً، ويتضح ذلك فى أسلوب حياة الفرد (٣٦) .

من ناحية أخرى يعد من الدلائل العلمية وجود علاقة تبادلية بين أسلوب الحياة، والإصابة بأمراض مزمنة، فقد تؤدى استمرارية ممارسة الفـــرد لبعض أساليب الحياة السلبية مثل (التدخين، تعاطى الكحوليات، تعاطى المواد المخدرة، الاضطرابات الانفعالية، زيادة معدل تناول الدهون والسكريات، وملح الطعام ، عدم تنظيم النشاط البدنى) كل هذا قد يساعد على الإصابة بأحد الأمراض المزمنة، وهنا تكون أساليب الحياة السلبية سبباً للإصابة بأحدها ، ومن ناحية أخرى قد تؤدى الإصابة بأحد الأمراض المزمنة إلى ممارسة المريض بعض أساليب الحياة السلبية التى قد تزيد من تدهور

حالته الصحية مثل (العزلة الاجتماعية ، الاعتمادية ، الاضطرابات النفسية). وهنا تكون أساليب الحياة السلبية نتيجة للإصابة بأحد الأمراض المزمنة . فالعلاقة إذاً بين أسلوب الحباة والمرض المزمن هى إما أسباب وإما نتائج .

وقد أوضح " كلايف وود Clive Wood " فى مقالة له بعنوان " الثقافة وأسلوب الحياة والأمراض المزمنة "، تأثير أسلوب الحياة فى كل من الوقاية والعلاج للأمراض المزمنة عامة، وأمراض القلب، وأمراض السرطان خاصة. فتعليم المريض كيف يتحكم فى انفعالاته المبالغ فيها يحد من تأثير الانفعالات السلبية فى إضعاف كفاءة المناعة الجسمية ، كذلك فإن معدل الوفيات بين المرضى ذوى الروابط الأسرية والأصدقاء أو الاهتمامات المشتركة مع الغير أقل من معدلات الوفيات بين المرضى ذوى الاتصالات الاجتماعية المحدودة ، كما قدم الكاتب أدلة علمية توضح تأثير الاستجابات الانفعالية للظروف الاجتماعية والاقتصادية فى إحداث تغيرات فسيولوجية وردود فعل باثولوجية [٣٧] .

من ناحية أخرى عند إجراء أى دراسة تستهدف تعديل أسلوب الحياة فى علاقته بصحة الإنسان، يجب مراعاة الشباب والعوامل التى تؤثر فى تكوين أسلوب حياة الفرد بصفة عامة ، فهناك أسباب كثيرة تجعل الناس يتصرفون على النحو الذى يتخذونه أسلوباً لحياتهم، ولمساعدة الناس على اتباع أساليب حياة معززة للصحة يجب التعرف على كل من الأفكار والمشاعر، والجماعات المرجعية للفرد، فى إطار موارد وثقافة المجتمع، للوقوف على الأسباب والعوامل التى تحمل الناس على اتباع أسلوب الحياة الذى قد يسبب المرض، أو الذى قد يقي منه [٣٨] .

المفهوم الثاني : الوقاية Preventive :

١ – التعريف :

- تعريف الوقاية لغوياً : " وقاه وقيا وواقية صانه، والوقاية ما وقيت به والتوقية الخفظ". والوقاية هى أيضاً السنن " النظام " الذى يهدف إلى إبعاد الأذى أو الضرر أو الأمراض[٣٩].
- التعريف العام للوقاية هى " أى عمل مخطط تقوم به لمنع ظهور مشكلة معينة (صحية أو اجتماعية) أو مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكلية أو الجزئية لظهور المشكلة أو المضاعفات أو كليهما [٤٠] .

٢ – الإجراءات الوقائية :

تحقيق الصحة للفرد أو المجتمع يمكن أن يتم من خلال إجراءات صحية عديدة جرى المفهوم الحديث على تسميتها إجراءات وقائية ، بمعنى أنها تعمل على الوقاية من المرض أو مضاعفاته الصحية أو المضاعفات الاجتماعية، وتقسم الإجراءات الوقائية فى مجال الرعاية الصحية إلى خمس مستويات تبعاً لترتيبها الوقائى على النحو التالى [٤١] :

(أ) إجراءات الوقاية العامة أو النوعية .

(ب) إجراءات الوقاية الخاصة أو النوعية .

(ج) الاكتشاف المبكر والعلاج الفورى للحالات المزمنة .

(د) علاج المرضى لاستعادة صحتهم .

(هـــ) التأهيل .

المفهوم الثالث: الأمراض المزمنة **Chronic illness**

١ – التعريف :

– تعريف قاموس ويبستر Webster's :

المرض المزمن هو المرض الذى يستمر قائم لفترة طويلة من الزمن ، وتكون ثلاثة شهر فأكثر (٤٢) .

– تعريف قاموس موسبى Mosby's :

الأمراض المزمنة هى الأمراض التى تستمر على مدى فترة طويلة ، وهى قد تكون تدريجية فى آثارها ، فتؤدى إلى العجز الجزئى أو الكامل ، أو تؤدى حتى إلى الموت (٤٣) .

– تعريف شيلى تايلور :

هى الأمراض التى تستمر لفترة طويلة ولا تتوقف ولا يمكن الشفاء منها فى العادة (٤٤).

٢ – إطلالة عامة على الأمراض المزمنة " الأمراض غير السارية " :

على الرغم من أن الصحة والمرض يشكلان معاً ثنائية عرفت منذ قرون عديدة خلت، حينما انتشرت الأوبئة والأمراض التى حصدت آلاف، بل وملايين الأرواح، فى العديد من المجتمعات الإنسانية، إلا أنهما حظيا فى القرن الحالى باهتمام ملحوظ، سواء على المستوى الوطني أو الإقليمي أو على المستوى الدولي ، نظراً لارتباطهما الوثيق بأسمى حقوق الإنسان ، ألا وهو حق الإنسان فى الحياة، إذ يعد الاهتمام بحق الإنسان فى الحياة والصحة أهـــم سُبل تحقيق الأمن الإنسانى فى مفهومه الواسع (٤٥) .

وفيما يتعلق بالأمراض، فلعل بالإمكان تقسيمها إلى ثلاث مراحل زمنية من تاريخ المجتمعات البشرية، المرحلة الأولى وهى المرحلة التى تميزت بمعدلات مرتفعة من الوفيات، وذلك من خلال الإصابة بالأمراض المعدية، والمرحلة الثانية حدث بها انخفاض كبير ومباشر فى تأثير كثير من الأمراض المعدية نتيجة التدابير المتعددة لحفظ الصحة، والمرحلة الثالثة من بداية القرن العشرين أصبح بها تحول رئيسى فى مسببات الوفاة، وأصبح من الأسباب الرئيسية للوفاة فى الوقت الحالى ما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة (٤٦) .

وإذا كانت أمراض العصر الحالى هى الأمراض المزمنة فيجب أن نعرف أنها قد أصبحت نتيجة تشيخ السكان والتحولات فى التعرض لعوامل الخطر المسبب للوفيات ولحالات العجز المبكرة، فقد كانت عدد حالات " السكرى " عام ٢٠٠١م فى جميع أرجاء العالم على سبيل المثال (١٥١) مليون حالة، ومن المتوقع أن يزداد هذا العدد ليصبح (٢٢١) مليون حالة عام ٢٠١٠م ، وهو ما يمثل زيادة مقدارها ٤٦%، ويترافق ذلك أيضاً بزيادة فى معدلات انتشار كل من البدانة والسرطان وأمراض القلب، والأوعية وفـــرط ضغط الـــدم والأمراض النفسية، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن الأمراض المزمنة ستكون مسئولة عن ثلثى

العبء العالمى للأمراض بحلول عام ٢٠٢٠م[٤٧]، وهو ما دفع ذات المنظمة إلى أن تحدد الغرض الاستراتيجى لها فى عام ٢٠٠٨م بأنه توقى وتقليص المرض والعجز والوفاة المبتسرة بسبب الأمراض غير السارية المزمنة والاضطرابات النفسية ، والعنف والإصابات[٤٨].

والأمراض المزمنة تضم مدى واسع يبدأ بالحالات البسيطة مثل فقدان السمع جزئياً ، ويمتد ليصل إلى حالات خطيرة تهدد الحياة مثل أمراض السرطان والقلب والسكرى، ومما لا شك فيه أن هناك العديد من الأمراض المزمنة التى تترك آثاراً بالغة فى مختلف نواحى حياة المريض ، فكثير ما يواجه المرضى بأمراض مزمنة حالة من عدم التوازن الجسمى والنفسى والاجتماعي، حيث يكتشفون أن أساليب حياتهم الاعتيادية فى التوافق مع المرض ليست فعالة، ليبدأ المريض شيئاً فشيئاً يدرك كيف سيغير المرض المزمن أسلوب حياته [٤٩] ، كما أن المرض المزمن (الجسمى) يرتبط ارتباطاً جوهرياً بقلق الموت، إذ يزاد قلق الموت لدى من يعانون من أمراض جسمية مزمنة [٥٠] .

المفهوم الرابع : الخدمة الاجتماعية الطبية Medical Social Work:

١ – التعريــف :

(أ) هي إحدى مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية لمساعدة الأنساق الفرعية بالمؤسسات الطبية على تحقيق أهداف وقائية وعلاجية وتأهيلية تتلاءم مع تكامل أساليب العلاج الطبى [٥١] .

(ب) وهى العمليات المهنية المتخصصة التى يمارسها الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى، لمساعدة المريض وأسرته والمجتمع من ناحية ، والطبيب وهيئة التمريض وإدارة المستشفى من ناحية أخرى لدراسة وتشخيص وعلاج الحالات الفردية والجماعية، فى إطار نظريات ومعارف ومبادئ ومهارات الخدمة الاجتماعية، لتحقيق أهداف وقائية وتنموية وعلاجية ، بما يتمشى مع طبيعة المشكلة المرضية ووظيفة المؤسسة الطبية وثقافة المجتمع[٥٢].

(ج) وهى مجال هام من مجالات الخدمة الاجتماعية يهدف إلى مساعدة المؤسسات الطبية لتحقيق أهدافها ليمارسها أخصائيون اجتماعيون معدون بصورة علمية ليستفيد المريض أكبر استفادة ممكنة من الخدمات العلاجية وبالتعاون مع الفريق الطبي، حتى يتم الشفاء، ويعود المريض إلى التوافق مع البيئة، قادراً على رفع أدائه الاجتماعى إلى أقصى حد ممكن [٥٣] .

٢ – هدف الخدمة الاجتماعية الطبية :

مهمة الأخصائى الاجتماعى هى خدمة كل الناس من أجل تحسين أسلوب حياتهم ومنذ عام ١٩٨٤ قرر مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية (C Council on Social work Education (S W E إدخال تعديلات تهدف إلى توسيع دور الخدمة الاجتماعية، فصار الهدف الأساسى للخدمة الاجتماعية ليس الاهتمام بالعلاقات بين الأفراد

والمواقف الاجتماعية، بل ينبغى أن يتسع إطارها ليشمل مجالات أخرى مثل العدالة الاجتماعية والاقتصادية، وإتاحة الفرصة لجميع الناس لكى يعيشوا بحرية وكرامة، ومن ثم ينبغى النظر إلى كافة فئات المجتمع دون تمييز بينهم (٥٤) .

وفيما يتعلق بالهدف مع العملاء فقد أكد " روث Ruth " على أنه يجب على الأخصائيين الاجتماعيين مســـاعدة المرضى على تعديل أسلوب حياتهـــم بما يناسب مراحل نموهم وظروفهم (٥٥). كما أكدت " سالى Salie " على أهميـــة دور الخدمة الاجتماعية بالمستشفيات فى تغيير أسلوب حيـــاة المرضى حتى يستطيع المريض أن يتوافـــق مع نفسه ومع البيئة المحيطة به (٥٦).

وعلى نفس المعنى أكـــد " دومان Doman " على ضرورة اهتمام الخدمـــة الاجتماعية فى نسق الرعايـــة الصحية بتحسين أســـلوب حياة المرضى، وعلى الخدمة الاجتماعية فى هذا الصدد أن تراعـــى ما يلى (الاهتمـــام بالمشكلات البيئيـــة، الاهتمام بالمخاطـــر الصحية، دراسة العلاقة بين أسلوب الحياة والصحة، وارتباط ذلك بالعناصر الثقافية والسياسية والاقتصادية) (٥٧) .

كما أكد " راشد الباز " على أنه لدى الأخصائيين الاجتماعيين إعداد مهنى يساعدهم على الممارسة فى مجال الرعاية الصحية بصفة عامة، وعلى مساعدة المريض على الالتزام بالإرشادات الطبية التى يقصد بها اتباع المريض للتعليمات والنصائح التى يوصى بها الطبيب سواء كان ذلك يتعلق باستخدام الدواء أو اتباع أسلوب الحياة للمرضى (٥٨) .

ومن خلال ما تقدم نستطيع أن نؤكد أن هدف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى مجال الرعاية الصحية مع العملاء (فرد، أو جماعة، أو مجتمع) هو اكتسابهم أسلوب الحياة الذى يعزز من صحتهم على مستوى الوقاية أو العلاج أو التأهيل .

المفهوم الخامس : الممارسة المبنية على الأدلة فى الخدمة الاجتماعية :

Evidence Based Social Work Practice (E B P)

١ – الممارسة المبنية على الأدلة فى الرعاية الصحية :

فى ظل المستجدات فى الأنظمة الصحية، حيث يزداد التركيز على تحديد النتائـــج الصحية وقياسها لجميع الإجراءات الصحية والمطالبة المتزايدة بالمسئولية العامة فيما يتعلـــق بالرعاية الصحية ومحاسبة المصروفات الصحية وازدياد توفر المعلومات لدى المنتفعين بخدمات الرعايـــة الصحية، فقد يكون من الخطورة بمكان تجاهـــل الممارسة المستندة إلى الأدلة فى الممارسة العامة، ولعل ما نحن بحاجة إليه فعلياً هـــو أن نستوعب مفاهيم الممارسة المبنية على الأدلـــة سريعاً ونبدأ بوضعها فـــى موضع التنفيذ حتى لا نتخلف عن الركب وحتى لا نحرم مرضانا من حقهم فـــى تلقى الرعاية

الصحية المستندة إلى أفضل الأدلة العلمية المتوفرة [٥٩] .

لقد أثارت مفاهيم الممارسة الطبية المبنية على أدلة علمية خلال العقد الماضى اهتماماً واسع المدى بين العاملين فى القطاع الصحى كإحدى القواعد الأساسية التى تدعم تنظيم خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها، وقد أشار البعض إلى أن الممارسة الطبية المستندة إلى أدلة علمية تمثل نموذجاً جديداً يحتذى، بينما يرى البعض الآخر أنها ليست أكثر من مجرد إعادة تجميع لمفاهيم قديمة وتغليفها بمصطلحات حديثة، وبصرف النظر عن هذه الآراء المتباينة، فليس هناك مجال للشك فى أن الأفكار التى تشتمل عليها الممارسة الطبية المرتكزة على الأدلة العلمية قد بدأت تؤثر فى معظم اتجاهات الرعاية الصحية وفروعها [٦٠] .

ويعرف الطب المبنى على البراهين بأنه " تكامل الخبرات الإكلينيكية الفردية مع أفضل البراهين السريرية (الإكلينيكية) المتوفر من البحث المنظم "، كما تم تعريف الطب المبنى على البراهين بأنه " الاستعمال الصادق والواضح والحكيم لأفضل البراهين الحالية فى صنع القرارات بشأن رعاية المرضى [٦١] .

ويعتمد الطب المستند على البراهين فى اتخاذ القرارات على أفضل برهان متوفر فى الدراسات الطبية، ويعرف أفضل برهان على أنه البرهان الذى يقدم رؤية غير منحازة عن الحقيقة، ويعرف الانحياز على أنه الفارق الموجود بين نتائج الدراسات الطبية والحقيقة [٦٢] .

٢ – الممارسة المبنية على الأدلة فى الخدمة الاجتماعية :

الممارسة المبنية على البراهين فى الخدمة الاجتماعية هى امتداد للطب المبنى على البراهين، لذا فإن فهم المغزى من هذه التقنية فى الطب والخدمة الاجتماعية على حد سواء، يتطلب الوصول إلى قرارات حول حالات العملاء الفردية، بحيث لا تكون قرارات اعتباطية ، وإنما تكون نتاج أفضل براهين آنية تم التوصل إليها، والتوصل إلى أفضل البراهين الآنية يتحقق بواسطة طرح التساؤلات ، ثم الحصول على بيانات ذات علاقة وتقييمها ، ومن ثم ربط هذه المعلومات فيما بينها فى صيغة تقديرية ثابتة، تتضح معها الجوانب الإيجابية (الفوائد) والجوانب السلبية (المضار) للممارسة اليومية فى الحقل الإكلينيكى [٦٣] .

وتعرف الممارسة المبنية على الأدلة فى الخدمة الاجتماعية بأنها استخدام أفضل المعارف العلمية المتاحة والمستمدة من نتائج الدراسات كإحدى قواعد التدخلات المهنية الإرشادية والعلاج المؤثرة متفقاً مع المستويات الأخلاقية المهنية والحكم الإكلينيكى والحكمة فى الممارسة[٦٤] .

وعن خطوات التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية باستخدام الممارسة المبنية على الأدلة يمكن إجمالها فيما يلى [٦٥] .

(أ) تحويل المعلومات المتعلقة بالقرار المعنى بالتدخل المهنى مع العميل إلى أسئلة يمكن الإجابة عليها بشكل جيد ومنظم .

(ب) محاولة التوصل بأقصى قدر من الكفاءة والبحث عن أفضل الأدلة للإجابة على هذه الأســئلة .

(ج) تقديم تقييم نقدى على صدق هذا الدليل وأهميته (تحديد حجم التأثير) أو مميزات التطبيق أو الاستخدام ، وأنه قابل للتطبيق (أى له فائدة من الناحية العملية) .

(د) تطبيق نتائج هذا التقييم النقدى للدليل الذى سبق الحصول عليه، وتحديد ما إذا كانت هذه الأدلة التى تم العثور عليها (إن وجد) تنطبق على حالة العميل مع مراعاة التكوين الشخصى للعميل .

(هـــ) تقويم كفاءة وفعالية هذا الدليل بعد تطبيقه والبحث عن سبيل لتحسين هذا الدليل فى المستقبل .

ومع تزايد الاهتمام باستخدام الممارسة المبنية على الأدلـــة ظهرت العديـــد من المنظمات والسجلات والكيانـــات التى أنشئت بهـــدف تقييم وتقديـــم أفضل الممارسات، وكذلك تقديـــم أفضل الأدلة التى تساعد الممارســـين فى التدخلات المهنية مع العمـــلاء كمحاولة من هـــذه الكيانات لمساعدة الباحثين والممارســـين فى إيجاد الدليل المناسب مستخدمة فـــى ذلك الخطوات الخمس السابقة لإيجاد هذا الدليل، ليتم اختزال تلك الخطوات بعـــد ذلك فى ثلاث خطوات هى [٦٦] .

(أ) استخراج الدليل المناسب كما توضحها الكيانات المعتمدة والمعنية بإيجاد الدليل

(ب) تطبيق الدليل مع مراعاة ظروف وقيم العميل .

(ج) تقييم نتائج التدخل المهنى باستخدام هذا الدليل .

سادساً : نوع ومنهج البحث :

ينتمى البحـــث الحالـــي من حـــيث النوع إلى البحوث البيليومترية (Bibliometrics)، وهذا النوع من البحوث والقياسات قد يكون الأمثل[٦٧]، إذ يساعد هذا النوع على تحقيق أهداف البحث الحالي خاصة فيما يتعلق بالحصر البيليوغرافي للإنتاج الفكري المرتبط بالأمراض المزمنة من الناحية العددية والنوعية لاستخلاص الدلائل لتحديد أكثر النماذج فعالية في تحسين أسلوب الحياة الصحي للوقاية من الأمراض غير السارية .

وبمراجعة نوع البحث وأهدافه وتساؤلاته يصبح أنسب منهج للبحث الحالي هو منهج تحليل المحتوى، إذ يساعد هذا المنهج فى فهم وتحليل الإنتاج الفكرى وتحديد خصائص كل نـــوع من أنواع الأوعية المعلوماتية، والتعبير عنها بشكل كمى [٦٨] ، وهو ما يساعد على استخلاص الدلائل لتحديد أكثر النماذج فعالية في موضوع البحث الحالي .

سابعاً : حدود البحث :

للبحث الحالى حدود موضوعية ونوعية وزمنية، وذلك وفقاً لامكانيات الباحث الفردية، وتتضح تلك الحدود على النحو التالى :

١ – الحدود الموضوعية :

الحدود الموضوعية للبحث الحالي تتمثل فيما يلى :

(أ) الخدمة الاجتماعية الطبية كأحد مجالات الخدمة الاجتماعية وهى إحدى العلوم الاجتماعية التى لها ممارسات وأدبيات فى مجال الرعاية الصحية للمرضى بأمراض مزمنة .

(ب) أسلوب الحياة للمرضى بأمراض مزمنة .

(ج) الممارسة المبنية على الأدلة .

٢ – الحدود النوعية :

وتتمثل في الإنتاج الفكري باللغة العربية للحدود الموضوعية للبحث، وذلك من خلال الأوعية المعلوماتية التالية :

(أ) المؤلفات العلمية (الكتب):

تعد الكتب أحد أهم أشكال الأوعية المعلوماتية، وأهم المصادر لاستخلاص الدلائل والبراهين، ويشترط فى اختيارها أن يكون لها ناشر معلوم ورقى أو اليكترونى، من إعداد أكاديمي أو ممارس مشهود له بالكفاءة .

(ب) الرسائل العلمية:

تعد الرسائل العملية " بمختلف الدرجات " مسلكاً أولياً لتحقيق مسائل العلوم، ويشترط فى اختيارها أن تكون من جامعة مشهود لها .

(ج) الأبحاث وأوراق العمل :

وهى الأوعية المعلوماتية المنشورة ورقياً أو اليكترونياً فى المؤتمرات أو الملتقيات أو الندوات أو ورش العمل .

٣ – الحدود الزمنية :

وتتحدد فى الفترة الزمنية من سبعينيات القرن الماضى ١٩٧٠م إلى الوقت الحالى نهاية عام ٢٠١٤م ، ويرجع تاريخ بدء الحدود الزمنية لظهور أول رسالة علمية فى الخدمة الاجتماعية الطبية فى الوطن العربى بجامعة حلوان بجمهورية مصر العربية الشقيقة .

ثامناً : خطوات البحث :

تحقيقاً لأهداف البحث الحالى والإجابة على تساؤلاته قام الباحث باتباع الخطوات المنهجية التالية :

١ – القيام بحصر الإنتاج الفكرى حسب حدود البحث (الموضوعية ، النوعية ، الزمنية).

٢ – إجراء تحليل محتوى للإنتاج الفكرى لاستخلاص بعض المؤشرات التحليلية، والدلائل التى تساعد على تحديد النموذج الأكثر فاعلية للخدمة الاجتماعية الطبية فى تحسين أسلوب الحياة للوقاية من الأمراض غير السارية .

٣ – تحديد النموذج الأكثر فاعلية، وطرح مؤشرات برنامج مقترح للتدخل المهنى وفق النموذج الذى تم تحديده .

تاسعاً : أدوات البحث :

فيما يتعلق بإجراء تحليل محتوى الإنتاج الفكرى – ضمن خطوات البحث الحالى – اعتمد الباحث على تصميم " دليل تحليل محتوى الإنتاج الفكري وفقاً لحدود البحث. وقد تم

تصميم تلك الأداة باتباع الخطوات المنهجية التالية :

١ – تحديد التوجهات النظرية للبحث الحالي .

٢ – اطلاع الباحث على العديد من استمارات تحليل المحتوى فى البحوث والدراسات السابقة، والتى استفاد منها الباحث فى التعرف على القواعد والإجراءات الموضوعية والشكلية لإعداد دليل تحليل المحتوى فى الدراسة الحالية .

٣ – قيـــام الباحث بتحديد وحـــدات تحليل المضمون فـــى وحدة الموضوع أو الفكرة[٥٢]، وهى بالتالى تتحدد فى مؤشرات أسلوب حياة المرضى بأمراض مزمنة وتكنيكات التعديل والتغيير .

٤ – قيام الباحث بتحديد فئات تحليل المضمون، وهى تنقسم إلى فئة الموضوع: ماذا قيل؟ وفئة الشكل الذى قيل به المضمون، كيف قيل [٧٠] ؟ والتى تتخذ إجرائياً فى الأدوار والمهام .

٥ – ثم قام الباحث بالتصميم المبدئى لدليل تحليـــل المحتوى، والذى تضمن جزءاً خاصاً منه ببيانات الإنتـــاج العلمي، والثانى خاص بتوصيـــف الأدوار والمهـــام، والثالث خاص بشكل عـــرض تلك الأدوار والمهام ، والرابـــع خـــاص بأهم المستخلصات والدلائل والبراهين .

٦ – قام الباحث بتطبيق إجراءات الصدق لدليل تحليل محتوى الإنتاج العلمي، وحرص الباحث على أن تتوافر شروط صدق الأداة[٧١]، من حيث اتباع الإجراءات المنهجية فى إعداد دليل التحليل، وقد استخدم الباحث صدق المحكمين كأحد أشكال صدق المحتوى، وذلك بعرض دليـــل تحليل المحتوى بعـــد إعداده بصورتـــه المبدئية على خمسة من المحكمين (تخصص خدمة اجتماعية)، واستشارتهم فيما يلى :

(أ) الحكم على الجوانب المنهجية فى تصميم وإعداد دليل تحليل المحتوى.

(ب) اختيار المتغيرات الأساسية فى الدليل وتعريفها (الوحدات ، الفئات).

(ج) مقترحات المحكمين .

وقد اتفق المحكمون بنسبة ٩٨% على صلاحية دليل تحليل المحتوى، ثم قام الباحث بصياغة الدليل بعد مراعاة مقترحات السادة المحكمين فى صورته النهائية .

٧ – قام الباحث بعد ذلك بعمـــل إجراءات ثبات دليـــل تحليل المحتوى، من خلال طريقة إعـــادة الاختبار، إذ قـــام الباحث بتحليل أحـــد أشـــكال الإنتاج العلمـــى وهى: (كتاب+بحث علمى+رسالة علمية) الخاضعة للتحليل، وبعد عشرة أيام، أعـــاد الباحث تحليل نفس الوحـــدات مستخدماً نفس دليل التحليل دون الرجـــوع للتحليل السابق، وبعد الانتهاء من التحليل الثانى تم تطبيـــق المعادلة التالية [٧٢] :

$$C.R = \frac{M_2}{N_1 + N_2}$$

حيث أن :

C. R تعنى معامل الثبات .

M_2 تعنى عدد الفئات التى اتفق الباحث مع نفسه في مرتي التحليل .

$N_1 + N_2$ وتعنى مجموع الفئات التى تم تحليلها

وقد أوضحت نتائج المعادلة أن نسبة الثبات = ٠.٩٧ وهى نسبة عالية تؤكد سلامة دليل التحليل وثباته، وتكفى لصلاحية الدليل، والباحث يؤكد ويتفق مع رأى بعض محكمي الدليل على أن تلك الإجراءات للصدق والثبات لدليل تحليل المحتوى هى لاختبار مدى ملاءمة الدليل لتحقيق أهدافه، أكثر من كونها أساليب صدق وثبات بالمفهوم المتعارف عليه فى المقاييس وأدوات جمع البيانات الأخرى .

عاشراً : عرض النتائج وتفسيرها :

تقدم نتائـــج البحث الحالى الإجابة على تساؤلين، وذلك من خلال خطوات البحث وحدوده، ويرى الباحـــث أنه قبل الإجابة على التساؤلات يجب أن يتم طرح تحليل محتوى الإنتاج الفكرى الذى يساعد على الوصول إلى الإجابـــة على التساؤلات، وذلك من خلال الحصر البيلوجرافى للإنتاج الفكري وفقـــاً لحدود البحث، والذى يتضح من خلال الجداول التالية :

١ – توصيف كتب الخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة :

جدول رقم (١):يوضح خصائص الكتب كأحد أشكال الإنتاج العلمى من حيث التطور الزمنى والاتجاهات العددية والنوعية وحدود المسئولية

م	سنة النشر للطبعة الأولى	بلد النشر		النوع		المسئولية الفكرية			جنسية المؤلفين		وظيفة المؤلف		عدد الصفحات	إجمالى عدد الفصول	الفصول والصفحات عن الأمراض المزمنة
		مصر	أخرى	مؤلف	مترجم	فردى	مشترك	هيئة	مصرى	أخرى	أكاديمى	ممارس			
١	١٩٧١	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	✓	٣٠٣	٥	١٢ صفحة
٢	١٩٨٠	✓	–	✓	–	–	✓	–	✓	–	✓	–	٤٧٦	١١	٤٨ صفحة
٣	١٩٨١	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	–	٢٥٦	١٦	–
٤	١٩٩١	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	–	٣٥١	٨	٤٣ صفحة
٥	١٩٩١	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	–	٣٤٨	٤	–
٦	١٩٩٩	✓	–	✓	–	-	✓	–	✓	–	✓	–	٣٤٨	١٢	فصلان ٦٢ صفحة
٧	٢٠٠٠	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	–	٣٩٥	١٢	فصل ٣٠ صفحة
٨	٢٠٠٠	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	–	٣٧٩	١٠	٢٦ صفحة
٩	٢٠٠٠	–	✓	✓	–	✓	-	–	✓	ليبى	✓	–	٤٠٤	١٢	٥ فصول ص ١٠٨
١٠	٢٠٠٢	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	–	٣٢٣	١٢	-
١١	٢٠٠٣	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	–	١٩٠	٨	فصل ص ٥٢
١٢	٢٠٠٤	✓	–	✓	–	-	✓	–	✓	–	✓	–	٢٢٩	١٠	–
١٣	٢٠٠٦	✓	–	✓	–	✓	-	–	✓	–	✓	-	٢٦٥	٨	–
١٤	٢٠٠٦	✓	–	✓	–	✓	–	–	–	كويتى	–	✓	٢٦٣	٧	فصل ٣٥
١٥	٢٠٠٧	✓	–	✓	–	✓	–	–	✓	–	✓	-	٢٠٦	٤٤ موضوع	١٤٧ صفحة
١٦	٢٠٠٨	-	✓	✓	–	✓	–	–	–	بخرينى	✓	–	٢٤٠	٤	٢٠ صفحة
١٧	٢٠٠٨	-	✓	✓	–	-	✓	–	–	سعودى	✓	✓	٤٣٩	١١	–
١٨	٢٠٠٩	–	✓	✓	–	-	✓	–	–	سعودى	–	✓	٣٦٩	١٢	سبع فصول
١٩	٢٠١٣	–	✓	✓	–	-	✓	–	✓	✓	✓	-	٣٦٨	٦	فصل واحد
٢٠	٢٠١٣	✓	–	✓	–	✓	-	–	–	✓	✓	-	١٥٩	٦	–
المجموع		١٥	٥	٢٠	–	١٤	٦	–	١٣	٧	١٨	٤	٦٤١١	١٧٧	٥٩١

قد يكون من المتوقع أن المؤلفات العلمية كأحد روافد الإطار النظرى للتدخل المهنى للخدمة الاجتماعية الطبية مع المريض بأمراض مزمنة تتضمن ما يساعد على تفعيل عائد التدخل المهني، ولكن الواقع يدل عكس ذلك، وهو ما يتضح من خلال مراجعة الجدول رقم (١) واستخلاص بعض الملاحظات التحليلية التالية :

- يتضح أن نسبة ٨٢% من المؤلفات العلمية من نصيب الأكاديميين والممارسين المصرين وهو أمر قد يكون طبيعي حيث يرجع إلى دخول الخدمة الاجتماعية عامة إلى مصر كأول دولة عربية سواء على مستوى التعليم أو الممارســـة، وعلى الرغم من ذلك يتضح عدم وجود أى مرجع (كتاب) تم ترجمته من الكتب الأجنبية، فقد تم الاكتفاء بالكتب المؤلفة فقط، كما يتضح أيضاً أنه لا توجد هيئـــة دولية أو إقليمية أو محلية مثل (منظمة الصحة العالمية، أو جامعة الدول العربيـــة، أو وزارة الصحة .. إلخ) قامت بتمويل وإعداد مرجع علمى حول الخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة. كما يتضح أن ثلاثة فقط ممن شاركوا فى تأليـــف الكتب من الممارسين أحدهم يحمل درجة الدكتوراه فى علم الاجتماع، وآخر يحمل درجة الدكتوراه فى الخدمة الاجتماعية، والكتاب الثالث شارك فيه أثنان من الأخصائيات الاجتماعيات ، بالإضافة إلى كتاب رابع وجميع المؤلفين هنا من الممارسين .
- يتضح أن نسبة ١٠% فقط من إجمالى ما تم كتابته فى الخدمة الاجتماعية الطبية هى التى تم تخصيصها حول الأمراض المزمنة وهى نسبة ضعيفة لا تناسب أهمية ما تم ذكره حول الأمراض المزمنة، كما يتضح أنه يوجد كتاب واحد فقط متخصص فى مرض مزمن وهو مرض السرطان(الكتاب رقم ١٧).
- كما يتضح أن زيادة الكتابة وعدد الصفحات عن الأمراض المزمنة قد بدأ بعد عام ٢٠٠٠م، وجميع الكتب كانت فى الحجم الطبيعى المعتاد للكتاب ٢٤×١٧ سم ولم يتم التنويع فى الشكل أو الحجم .
- فيما يتعلق بالكتاب رقم (١٩) الفصل الذى أشار إليه الباحث هو فصل خاص بممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية المستندة على الأدلة ويتم توضيح أهمية الأدلة ومقارنة ذلك بالطب المبنى على الأدلة .

٢ – توصيف الرسائل العلمية للخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة :

جدول رقم (٢)

يوضح خصائص الرسائل العلمية كأحد أشكال الإنتاج العلمى من حيث التطور الزمنى والاتجاهات العددية والتوعية

الفترة الزمنية	الجامعة	الدرجة العلمية		نوع الدراسة		نوع المرض المزمن										
		ماجستير	دكتوراه	تجريبى أو شبه تجريبى	أخرى	القلب	السرطان	السكر	الكبد	الكلى	الزهايمر	الدرن	البلهارسيا	الإيدز	الأنيميا	عام
من ١٩٧٠ إلى ٢٠١٤	حلوان	٩	٦	٨	٧	١	٥	١	١	١	١	٢	١	١	١	–
	الفيوم	٩	٤	٨	٥	٢	٣	١	٢	–	–	١	١	١	–	٢
	أسيوط	١	–	–	١	–	١	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	الأزهر	–	١	١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١	–
	الإسكندرية	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	٥	١٩	١٢	١٨	١٣	٣	٩	٢	٣	٢	١	٣	٢	٢	٢	٢

يتضح من الجدول رقم (٢) أن القراءة العددية للنتائج على النحو التالى :

- إجمالي عدد الرسائل العلمية للخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة (٣١) رسالة علمية منها (١٩) لدرجة الماجستير، (١٢) لدرجة الدكتوراه، وذلك منذ بدء الدراسات العليا في كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان (أقدم الكليات فى البدء فى الدراسات العليا فى الوطن العربى)، وبالتالى يوجد لدى ذات الكلية أكبر عدد رسائل (١٤) رسالة علمية، وفى الترتيب الثانى كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم بعدد (١٣) رسالة، ورسالة واحدة لكلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الأزهر، ورسالتان فى كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط، ولم يتم إجراء أى دراسة فى شعبة الخدمة الاجتماعية بمعهد العلوم الاجتماعية بكلية الآداب ، جامعة الإسكندرية منذ عام ١٩٤٢م ، على الرغم من تعدد الرسائل العلمية بهذا المعهد فى تخصص الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة عامة، وهو ما اتضح من مراجعة الباحث لسجل الرسائل العلمية بأجزائه الثلاثة منذ ١٩٤٢م إلى ٢٠١٠م .
- ومن هذا الإجمالي يوجد عدد (١٧) رسالة بنسبة ٥٨.٦% أجريت بهدف التدخل المهنى مع الأمراض المزمنة، أما العدد الباقى من الرسائل فقد تعدد نوع الدراسة به ما بين وصف وتحليل واستطلاع وتقويم .
- أكبر نوع من الأمراض المزمنة أجريت عليه الرسائل العلمية هى أمراض السرطان بأنواعها المختلفة، وفى الترتيب الثانى تأتى أمراض القلب والكبد والتصنيف العام (أى أكثر من مرض مزمن)، الأمر الذى يتطلب معه فى المستقبل إجراءا المزيد من الدراسات خاصة من منظور التدخل المهنى مع أنواع وأمراض أخرى مزمنة .

٣ – توصيف (الرسائل العلمية) فى التـــدخل المهنى للخدمة الاجتماعيـــة الطبيـــة مـــع المرضى بأمراض مزمنة.

جدول رقم (٣)

يوضح الخصائص العددية والنوعية للرسائل العلمية للتدخل المهنى للخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة

أهدف التدخل المهنى			التصميم التجريبى للتدخل المهنى			النماذج النظرية الموجهة للتدخل المهنى						نسق العميل			أدوات تقرير عائد التدخل المهنى				
الوقاية	العلاج	التأهيل	مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية	مجموعة واحدة	الحالة الواحدة	التحليلى	علاقى انفعالى	معرفى سلوكى	التركيز على المهام	الإسلامى	تكاملى	الأزمة	الأسرة	المريض والأسرة	مقياس	استبيان	دليل ملاحظة	تقارير ذاتية	أخرى
١	١٤	٣	٩	٧	٢	٣	٢	١	٤	٢	٥	١	٥	١٢	١٣	٥	٣	–	٦

من الجدول رقم (٣) يمكـــن اســـتخلاص ملاحظات تحليلية قد تساعد فى الوصـــول إلـــى الأدلة:

– جميع الرسائل العلمية لم تستهدف التـــدخل المهنى الوقائى سوى رسالة واحدة فقط، فقد تم إهمال الأهداف الوقائية للتدخل المهنى مع المرضى بأمراض مزمنة، وذلك على الرغم من أن الوقاية هدف أولـــى فـــى مجـــالات الرعاية الصـــحية عامـــة، ومـــن أهـــداف الأخصائى الاجتماعى ، كمـــا أن منظمـــة الصحة العالمية قد وضـــعت اســـتراتيجية للتدخل الوقائى مع الأمراض المزمنة، وفى المقابل يوجـــد عدد (١٤) رســـالة علميـــة بنسبة مئوية ٧٦% استهدفت التدخل المهنى العلاج ، وانخفض العدد فيما يتعلـــق بتأهيل المرضى بأمراض مزمنة ليصل إلـــى (٣) رسائل علمية فقط، والسؤال إلى أين يجـــب أن يتجه التدخل المهنى فى المستقبل ؟! وهل استخراج الأدلة يقف عند الهدف العلاجى ؟!

– فيما يتعلـــق بالتصميم التجريبى الذى يعـــد أحد الركائز الأســـاسية للتدخل المهنى سواء لدى الممارس أو الأكاديمى يتضح أن عـــدد (٩) تسع رسائل علمية اعتمدت على تصميم المجموعتين أحدهما ضابطة ، والأخـــــرى تجريبية ، وهنا يمكن الاشارة الى أنـــه قـــد يوجد معوقات تحـــول دون ممارسة هـــذا النوع من التصميم في واقـــع التدخل المهني ، إذ من الصعوبة بمكان أن يتدخل أخصائي اجتماعى مع مرضى الأقســـــام الداخليـــة خاصة المرضى بأمراض مزمنـــة ، ويمنع مجموعة مكونة من عشرة مرضى من تلقى التدخل المهني ؟! ولـــيس المقصـــود هنـــا الحديث عن جوانب أكاديمية، ولكن هذا هو دافع التدخل المهنى فى مجـــال المرضـــى بأمراض مزمنة، لذلك قد يكـــون التـــدخل المهني من منظور الحالـــة الواحـــدة هـــو الأفضل وهو ما يحدث فى الواقع الفعلى من جانب الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين .

- وفيما يتعلق بالتوجه النظرى للتدخل المهني فقد اعتمدت أربع رسائل علمية على نموذج التركيز على المهام ، وخمس أخرى اعتمدت على الممارسة المتكاملة، وفى الترتيب الثالث عدد ثلاث رسائل علمية استخدمت النموذج التحليلى أو سيكولوجية الذات، ولم تستخدم الانتقائية، أو الجمع بين أكثر من نموذج لتفعيل التدخل المهنى مع المرضى بأمراض مزمنة، ورسالتان استخدمتا النموذج والمدخل الروحي من منظور إسلامي .
- وعن نسق العميل فقد تم الاهتمام بالمريض فقط فى التدخل المهنى ، وذلك بنسبة ٦٢.٥% ، وفى الترتيب الثانى بنسبة ٣١.٣% تم التدخل المهنى مع أسرة المريض بمرض مزمن، ودراسة واحدة جمعت بين المريض والأسرة وهو ما يتم فى التدخل المهنى فى مؤسسات الرعاية الصحية، إذ أن التدخل مع نسق المريض ونسق الأسرة يمثلان نسق العميل الأولى للتدخل المهني، وربما كان الفصل بينهما بهدف البحث فقط ، ولكن ما يهم استجلائه هنا هو ضرورة توجيه التدخل المهنى إلى أسر المرضى بأمراض مزمنة .
- وعن أدوات تقدير عائد التدخل المهنى يتضح تعدد الأدوات فى الرسالة العلمية الواحدة ويتضح استخدام ثنتي عشر رسالة للمقاييس الورقية، ويتضح استخدام عدد ست مرات تحليل محتوى التسجيل المهنى، وأهم وأنسب أداة لتقدير العائد للتدخل المهنى مع المرضى بأمراض مزمنة (حسب وجهة نظر الباحث الشخصية) وهى دليل الملاحظة لم تستخدم غير ثلاث مرات، ولم يتم استخدام التقارير الذاتية فى أى رسالة علمية، والذى من أبسط أشكاله الشكوى المكتوبة من المريض إلى الأخصائى الاجتماعى يسرد فيها ويقص ما بداخله من مشاعر وأحاسيس حول المرض المزمن.

٤ – توصيف (الأبحاث وأوراق العمل) للخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة .

جدول رقم (٤)

يوضح خصائص الأبحاث وأوراق العمل التى تناولت الأمراض المزمنة

الإنتاج العلمى	م	الكليات / المعاهد العليا	نوع البحث			نوع المرض المزمن														
			تجريبى وشبه تجريبى	أخرى	نظرى	الزهايمر	القلب	السرطان	السكر	الكبد	الكلى	الجذام	الدرن	البلهارسيا	الإيدز	الأنيميا	عام	أخرى
المؤتمرات العلمية	١	كلية الخدمة الاجتماعية ج. حلوان	١٠	١١	١	١	–	٤	١	١	٣	–	١	–	٢	–	٥	٣
	٢	كلية الخدمة الاجتماعية ج. الفيوم	٣	١٠	–	–	–	٤	–	–	–	–	١	١	٢	١	٤	–
	٣	كلية الخدمة الاجتماعية ج. أسيوط	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	٤	المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	٥	المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ببورسعيد	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	٦	المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ببنها	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	٧	المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	٨	المؤتمر العلمى للتوجيه الإسلامى	–	–	٢	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	٢	–
	٩	مؤتمرات قطاع المعاهد	–	١	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	١	–
الدوريات العلمية	١	مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية	٥	٣	–	–	–	٣	١	٢	١	–	–	–	–	–	–	١
	٢	مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية	–	٤	١	–	–	٢	–	–	١	١	–	–	–	–	١	–
المجموع		(١١) مؤتمر ودورية	١٨	٢٩	٤	١	–	١٣	١	٣	٥	١	٢	١	٤	١	١٢	٤

من الجدول رقم (٤) يمكن استخلاص بعض الملاحظات التحليلية الآتية :

- يوجد عدد (٤٧) بحثا علميا فى تخصص الخدمة الاجتماعية الطبية فى مجال المرض المزمن، ثمانية عشرة منها (١٨) استهدفت التدخل المهني، وعدد (٢٩) بحثا ما بين استطلاع، ووصف وتحليل، وتقويم، وعدد ثلاثة فقط أبحاث نظرية .
- طبقت الأبحاث جميعها (٥٠) بحثا على أمراض مزمنة متعددة يأتى فى مقدمتها أمراض السرطان بمختلف أنواعها وبعدد (١٣) بحثا تم الأبحاث التي تم الجمع فيها بين أكثر من نوع ونمط من الأمراض المزمنة وعددها (١٢) بحثا، وفى الترتيب الثالث بعدد خمسة أبحاث حول أمراض الكلى، وعدد أربعة أبحاث متنوعة حول

أمراض (المحتضرين، " عدد بحثان "، التهاب المفاصل المزمن ، وضغط الدم المرتفع) وثلاثة أبحاث أخرى حول أمراض الكبد، وبحثان حول أمراض الدرن، وبحث واحد حول أمراض السكر، الجذام، البلهارسيا ، الأنيميا ، ولم يتم إجراء أي بحث حول أمراض القلب المزمنة .

- تجدر الإشارة هنا إلى عدم استمرار إقامة وتنظيم مؤتمرات علمية فى الخدمة الاجتماعية الطبية في الوطن العربي غير المؤتمر الأول للخدمة الاجتماعية الطبية عام ١٩٦٩م، والمؤتمر الثانى للخدمة الاجتماعية الطبية فى أبريل عام ١٩٧٨م، والمؤتمران من تنظيم وزارة الصحة المصرية [٥٦] ، وقد توقفت عند هذا التاريخ . وفى المقابل يوجد فى المملكة العربية السعودية من خلال إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية بمستشفى الملك فهد بمدينة جدة والتابع لوزارة الصحة، إقامة ثمانية برامج علمية، البرنامج العلمى الأول فى عام ١٤٢٨ هـ إلى البرنامج العلمى الثامن في عام ١٤٣٥هـ .

٥ - توصيف (الأبحاث وأوراق العمل) للخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة .

جدول رقم (٥)

يوضح الخصائص العددية والنوعية للأبحاث وأوراق العمل فى التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة

أهداف التدخل المهنى			التصميم التجريبى للتدخل المهنى			النماذج النظرية الموجهة للتدخل المهنى						نسق العميل			أدوات تقدير عائد التدخل المهنى				
الوقائية	العلاج	التأهيل	مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية	مجموعة واحدة	الحالة الواحدة	تكاملى	خدمة الفرد الجماعية	العلاج السرى	الروحى	الأزمة	أخرى	المريض	الأسرة	المريض والأسرة	مقياس	استبيان	دليل ملاحظة	تقارير ذاتية	أخرى
١	١٣	٤	١٠	٧	١	٣	٣	٢	٢	٢	٦	١٣	٤	١	١٣	٥	–	–	٤

من الجدول رقم (٥) يمكن استخلاص ما يلى :

- يوجد عدد (١٣) بحثا من أبحاث التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة استهدفت تحقيق أهداف علاجية، وفى الترتيب الثانى وبعدد (٤) أربعة أبحاث فقط استهدفت تحقيق أهداف تأهيلية، أما التدخل المهنى الوقائى لم يجرى فيه غير بحث واحد فقط، وذلك على الرغم من أهمية التدخل المهنى الوقائى مع المرضى بأمراض مزمنة .
- وعن التصميم التجريبى يوجد عدد عشرة أبحاث بنسبة ٥٥.٥% استخدمت تصميم تجريبى لمجموعة ضابطة، وأخرى تجريبية، وهذا التصميم كما أشير له آنفا قد

يكون له عيوب تظهر بوضوح عند التدخل المهنى مع الأمراض المزمنة. وفى المقابل يتضح أن التصميم الذى يعتمد على الحالة الواحدة والذى يناسب الأقسام الداخلية بالمستشفيات، أو مع الأمراض المزمنة بصفة عامة لم يستخدم سوى مرة واحدة، أما التصميم ذو المجموعة الواحدة والذى يتم له قياس متوسط الدرجات لجميع الحالات الفردية من المرضى بأمراض مزمنة تم استخدامه في سبعة أبحاث التدخل المهني .

- كما يتضح أن جميع البحوث (١٨) بحثا استندت في التدخل المهنى على نماذج علمية فمنها عدد ثلاثة أبحاث اعتمدت على الانتقائية والتكامل بين نماذج التدخل المهنى (الاختيار من عدة أساليب علاجية وتكوين نموذج وبرنامج خاص بالتدخل المهني)، وثلاثة أبحاث أخرى استخدمت خدمة الفرد الجماعية كنموذج للتدخل المهنى، وبواقع بحثان لكل نموذج من نماذج (العلاج الأسرى ، النموذج الروحى ، نموذج الأزمة) ويوجد عدد (٦) ستة أبحاث بواقع بحث واحد لكل نموذج من النماذج الآتية (نموذج الحياة، العلاج المتمركز حول العميل، التركيز على المهام ، نموذج حل المشكلة، العلاج السلوكي، نموذج عملية المساعدة) .
- والملاحظات التحليلية التى يمكن استخلاصها من الجدول السابق أن التدخل المهنى استهدف المريض بمرض مزمن فى الترتيب الأول بواقع (١٣) ثلاثة عشر بحثا، وذلك بنسبة ٧٢%، وعدد (٤) أربعة أبحاث فقط تم توجيه التدخل فيها إلى أسرة المريض بمرض مزمن، وبحث واحد فقط تم الجمع فى التدخل المهني بين المريض وأسرته .
- وعن أدوات تقدير عائد التدخل المهنى يتضح أن نسبة ٧٢% من أبحاث التدخل المهني بواقع (١٣) ثلاثة عشر بحثا استخدم فيها الباحثون مقاييس ورقية تقدم للمريض ليتم من خلالها تقدير عائد التدخل المهني، وعدد (٥) خمسة أبحاث اعتمدت على الاستبيان، بالإضافة إلى اعتماد الأبحاث فى أربعة مرات على استبيان منفصل خاص بالبيانات الأولية، ولم يتم استخدام التقارير الذاتية، أو دليل الملاحظة نهائياً فى أى بحث من بحوث التدخل المهني .

وبناء على ما تم تقديمه، يستطيع الباحث من خلال الاستناد على نتائج تحليل محتوى الإنتاج الفكرى للخدمة الاجتماعية الطبية، والمتمثل في أوعية معلوماتية مختلفة (الكتب، الرسائل العلمية، الأبحاث العلمية) أن يتم الإجابة على تساؤلات البحث الحالي للوصول إلى الدلائل والبراهين، وكذلك مؤشرات النموذج الذى تثبت الدلائل فاعليته فى تحسين أسلوب حياة المرضى بأمراض مزمنة وذلك على النحو التالي :

الإجابة على التساؤل الأول :

التساؤل الأول يتحدد فى صياغة مؤداها " **ما النموذج الأكثر فعالية فى تحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض غير السارية من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية**"؟

وقد اتضح فى التمهيد للإجابة على التساؤل الحالى أن الإنتاج الفكرى للخدمة الاجتماعية الطبية يتضمن العديد من الأوعية المعلوماتية التى يمكن اعتبارها جميعاً مصادر لطرح الأدلة . كما سبق واتضح أنه يمكن تحديد النموذج الأكثر فعالية فى تحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض غير السارية من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية من خلال ما يطلق عليه الطريقة المتقدمة والتى تتم عن طريق البحث فى مجموعة من المصادر المعنية بإيجاد هذه الأدلة، ويوضح الباحث أنه من خلال مراجعة هذه المصادر اتضح أن أكثر النماذج فعالية من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية لتحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض غير السارية هو " النموذج الروحي The Spiritual Model " وهو ذلك المدخل الذى يعتمد فى العلاج على فاعلية القيم الروحية والدينية فى تعديل مكونات أسلوب حياة المريض بمرض مزمن لتحقيق أعلى درجات الوقاية للمريض، مع التأكيد على أن الروحانية فى الخدمة الاجتماعية عامة مفهوم لا يقتصر على المعارف الدينية السماوية فقط ولا يركز على ديانة بعينها، ولكن الباحث يؤكد أن النموذج الروحى الذى له أدلة على فاعليته فى تحسين أسلوب حياة المرضى بأمراض مزمنة يستمد مسلماته وافتراضاته وأساليبه من التراث الإسلامي، ويشير الباحث إلى المصادر المعنية بهذا الدليل فى المصادر الآتية :

المصدر الأول : تقارير منظمة الصحة العالمية W. H. O

The World Health Organization (*)

هى إحدى وكالات الأمم المتحدة المختصة بالمجال الصحى والمسائل الصحية بصفة عامة، وتدعو المنظمة فى الفترة الأخيرة إلى الوقاية المبرهنة وتعزيز الصحة المرتكزة إلى الدليل وطرح البرامج المبرهنة، وتؤكد المنظمة أن بناء أسس البراهين من أجل الوقاية هو عملية متدربة متزايدة، وتطبق المعايير المختلفة للبراهين على الأنماط المختلفة من القرارات التى يجرى اتخاذها (٧٣) .

وقد طرحت المنظمة العديد من التقارير التى تتضمن برامج للوقاية من الأمراض المزمنة تستند على الأدلة والبراهين، ومن تلك التقارير التى راجعها الباحث ما يلى :

(*) رسخت منظمة الصحة العالمية مفهوم العمل مع الأفراد والأسر والمجتمعات وهى نفس المفاهيم والطرق التى تمارسها الخدمة الاجتماعية الطبية مع الأفراد والجماعات والمجتمعات فى مجال الرعاية الصحية ، وما يؤكد على ذلك أحد أهم المراجع " منظمة الصحة العالمية : العمل مع الأفراد والأسر والمجتمعات لتحسين الصحة الأمومية والوالدية ، القاهرة ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٧م.

- بيتاديتو سارسينو : الوقاية من الاضطرابات النفسية ، التدخـــلات الفعالـــة والخيارات السياسية ، القاهرة ، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط ، منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٥.
- منظمة الصحة العالمية : الرعاية المطلقة التدبير العلاجى للأعراض ورعاية المحتضرين، دلائل مؤقتة للعاملين الصحيين بمرافق الرعاية الأولية ، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥م .
- مجموعة دولية من الخبراء : النظام الغذائى والتغذية والوقاية من الأمراض المزمنة، سلسلة التقارير الفنية ، تقرير رقم (٩١٦)، جنيف ، منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٣م .
- منظمة الصحة العالمية : توقي الأمراض المزمنة استثمار حيوى بالغ الأهمية ، القاهرة، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط ، ٢٠٠٦م .
- منظمة الصحة العالمية : تقرير الوضع العالمى الخاص بالأمراض غير المعدية، جنيف، منظمة الصحة العالمية ، ٢٠١١م .

جميع تلك التقارير أكدت على الدلائل التى تستند عليها فاعلية ممارسة الرعاية الروحية وأهمية الدعم الروحى للمريض بمرض مزمن، وأن التدخل الروحى يفضل أن يتضمن محتوى معرفى أثناء التدخل المهنى من خلال عوامل (التنبيه المعرفى المبكر، معرفة القراءة والكتابة، مهارات حل المشكلة ، تقدير الذات) .

المصدر الثانى : رسائل وأبحاث علمية :

توجد رسائل علمية (ما جستير ، دكتوراه) وأبحاث علمية من خلالها استطاع الباحث اعتماد النموذج الروحى بمحتواه المعرفى وأسسه الإسلامية باعتباره النموذج الأكثر فاعلية فى تحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض المزمنة من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية ، ومن أمثلة هذه الرسائل والأبحاث نذكر ما يلى :

- موزة بنت ناصر الكعبي: ممارسة برنامج إسلامى مع حالات القلق النفسي، دراسة تطبيقية على عينة من المريضات المترددات على العيادات النفسية بمستشفى الملك فهد الجامعى ، بمحافظة الخبر، رسالة دكتوراه، غير منشورة، الرياض، كلية الخدمة الاجتماعية للبنات، الرئاسة العامة لتعليم البنات، المملكة العربية السعودية ، ١٩٩٦م.
- مصطفى محمد أحمد الفقى: التدخل المهنى لخدمة الفرد من المنظور الإسلامى فى تحسين التوافق الشخصى والاجتماعى للمسنين ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الأزهر ، ٢٠٠٦م .
- عبد الناصر عوض أحمد: الروحانية فى الخدمة الاجتماعية، بحث غير منشور، القاهرة، المجلس الأعلى للجامعات ، ٢٠٠٣م .
- خالد بن سعود الشريف : تأثير الدين وممارسة الشعائر الدينية على حياة المسنين بدور الرعاية الاجتماعية بالمملكة العربية

السعودية ، رسالة دكتوراه، غير منشورة ، جامعة وريك ببريطانيا ، ٢٠٠٥م.

- عاطف مفتاح أحمد عبد الجواد : العلاقة بين ممارسة المدخل الروحى فى خدمة الفرد والتخفيف من حدة مشكلات العلاقات الاجتماعية لدى المسنين ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٧م .
- عبير عليوة أحمد عبد النبي : العلاقة بين ممارسة خدمة الفرد من المنظور الإسلامى وتعديل أسلوب الحياة لمرضى الفشل الكلوي، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة أسيوط ، ٢٠١٤م .
- عاطف مفتاح أحمد بد الجواد [*] : تحليل مضمون دراسات وبحوث خدمة الفرد الروحية والدينية فى الفترة من (١٩٨٠ – ٢٠١٣) ، بحث منشور، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠١٣م .

ويؤكد الباحث أن كافة المصادر التى ذكرت قد اعتمدت على توصياتها بكون النموذج الروحى بمحتواه المعرفى وأسسه الإسلامية هو أكثر النماذج فاعلية فى تحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض المزمنة من منظور الخدمة الاجتماعية الطبية، وذلك لجميع فئات السكان وكبار السن خاصة .

الإجابة على التساؤل الثاني :

يتحدد التساؤل الثانى فى صياغة مؤداها " ما مؤشرات البرنامج المقترح للتدخل المهنى للأخصائى الاجتماعى لتحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض غير السارية ؟ " .

وفى ضوء تحليل محتوى الإنتاج الفكرى للخدمة الاجتماعية الطبية، وفى ضوء الإجابة على التساؤل الأول يستطيع الباحث الإجابة من خلال طرح مؤشرات برنامج مقترح للتدخل المهنى للأخصائى الاجتماعى من منظور النموذج الروحى لتحسين أسلوب الحياة الصحى للوقاية من الأمراض غير السارية، وذلك على النحو التالى :

الاستراتيجية العامة لبرنامج التدخل المهنى :

يقوم الأخصائى الاجتماعى بإدارة برنامج التدخل المهنى المقترح فى هذا البحث من خلال أدائه المهنى لمجموعة من المحاور التى تسعى إلى تحقيق الوقاية والحد من المضاعفات الاجتماعية والنفسية والعقلية والجسمية للمرض المزمن على أسلوب حياة المريض، وهي المحاور التالية :

المحور الأول : أهداف برنامج التدخل المهنى :

يتحدد الهدف العام للبرنامج المقترح فى تحسين أسلوب الحياة للمسن المريض بمرض مزمن من منظور النموذج الروحى فى الخدمة

[*] يتضمن هذا البحث عدد (٩١) وعاء معلوماتي عربي وأجنبي يؤكد دلائل فاعلية النموذج الروحي .

الاجتماعية الطبية، ويتفرع عن ذلك الهدف العام الأهداف الفرعية التالية :

١ – مساعدة المسن على تحسين المكون المعرفى لأسلوب حياته، وتعديل أفكاره اللاعقلانية المرتبطة بمرضه المزمن .

٢ – مساعدة المسن على تحسين المكون الوجدانى لأسلوب حياته، وتعديل مشاعر التماسك المرتبطة بمرضه المزمن .

٣ – مساعدة المسن على تحسين المكون السلوكى لأسلوب حياته، وتعديل المظاهر السلوكية الغير صحية المرتبطة بمرضه المزمن .

٤ – التعرف على مكونات أسلوب الحياة التى أدت إلى زيادة مضاعفات المرض المزمن وعلاقتها بالجوانب الروحية فى حياة المسن المريض .

المحور الثانى : خطوات تنفيذ البرنامج المقترح وفقاً لخطوات التدخل المهنى للنموذج الروحى :

١ – مرحلة التقدير :

وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد العوامل والأسباب التى تؤدى بالمريض إلى ممارسة أساليب حياة غير صحية ودور كل عامل فى مضاعفة المرض، وتحديد علاقة هذه العوامل والأسباب بالجوانب الروحية والدينية فى أسلول حياة المريض، وتحديد نقاط القوة التى يمكن الاستفادة منها فى تفعيل الوقايـــة، وتحديد معوقات أسلوب الحياة الصحى، ووضع مقترحات للحد من تلك المعوقات، وتستخدم أساليب علمية لتقدير أسلوب الحياة والتى منها على سبيل المثال :

(أ) دليل ملاحظة المظاهر السلوكية لأسلوب حياة المسن المريض بمرض مزمن.

(ب) مقياس مشاعر التماسك لأسلوب حياة للمسن المريض بمرض مزمن .

(ج) اختيار المكون المعرفى لأسلوب حياة المريض بمرض مزمن.

(د) تقرير الذات للمسن المريض بمرض مزمن.

٢ – مرحلة التخطيط للتدخل المهنى :

من خلال البيانات والمعلومات التى تـــم الحصول عليها فـــى مرحلة التقدير السابقة، يتـــم وضع خطـــة للتدخل المهنى متكاملة من خلال مجموعـــة من الخطوات الأساسية :

(أ) تحديد أهداف التدخل المهنى : (سبق وقد تم توضيحها) .

(ب) التعاقد : وقد يتم التعاقد بطريقة شفهية سواء مع المسن أو أسرته ويتم التأكيد لهم على سرية المعلومات والبيانات والمقابلات التى تتم خلال فترة تطبيق البرنامج، ويتم الاتفاق على بنود التعاقد التى أهمها (المدى الزمنى، المقابلات وعددها واماكن اقامتها والهدف من التعاقد ، النتائج المتوقعة من التدخل المهنى ودور كل منهم فى إتمام العلاج)

(ج) تحديد الأساليب العلاجية المناسبة: يتم استخدام مجموعـــة كبيرة من الأساليب العلاجية فى التعامل مع كبار الســـن حسب

طبيعة الموقف وظروف الحالة والتى من أهمها ما يلى :

* الأساليب الروحية والدينية :

- مساعدة العميل على النظر إلى الحياة نظرة واقعية بعيداً عن نظرة الكمال الخيالية .
- الإيحاء للعميل للاستعانة بالله تعالى عز وجل .
- التذكير بنعم الله تعالى وما ينبغي من شكره مهما كانت درجة المرض المزمن.
- مساعدة العميل على امتثال القيم الإيجابية في المواقف الحياتية .
- تشجيع العميل على الوصول لمستوى الارتقاء الروحي .
- مساعدة العميل على التحرر من عقدة الذنب والخطيئة والمرض .
- مساعدة العميل على الفهم الصحيح للمصائب والأحزان وتحمل الإحباطات والألم المزمن .
- استثارة الضمير الديني لدى العميل .

* الأساليب المرتبطة بالجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية فى حياة العملاء (وفقاً لمكونات أسلوب الحياة) :

- استخدام حديث الذات (الخواطر) لتكوين سلوك جديد أو تعديل سلوك قائم .
- تقديم النماذج السلوكية الحسنة .
- التفاعل العقلي .
- تحجيم أثر الضغوط النفسية.
- تقوية إرادة العميل من خلال دعوته إلى التأمل والتفكر.
- وقف الأفكار غير المنطقية وغير العقلانية.
- توليد البدائل الممكنة لحل المشكلة.
- تدريب العميل على ضبط العواطف والانفعالات والتخيل المنطقي .
- العلاج بالمعنى وتوظيف الإرادة .
- التنفيس عن مشاعر العميل .
- أسلوب النصيحة .

٣ – مرحلة التدخل المهنى :

يتم فى هذه المرحلة تنفيذ التدخل المهنى بشكل فردى كل مريض منفرداً كحالة فردية مع فريق عمل التدخل المهنى (الأخصائى الاجتماعى ، الطبيب ، المعالج ، الممرضة ..) وأيضاً بشكل جماعى من خلال استثمار الوسط الجمعى للمرضى خاصة المقيمين إقامة داخلية سواء بالمستشفيات أو دور رعاية كبار السن .

٤ – مرحلة الإنهاء والتتبع :

بعد الاطمئنان لوصول العملاء لقدر مقبول من التحسن وفقاً لإجراء القياسات وتحديد مؤشرات التحسن يتم إنهاء التدخل مع الحالات وتتابع الحالات للتأكد من استمرارية ذلك التحسن وأنه ليس تحسن طارئ أو عارض .

ويراعى ألا يكون الإنهاء مفاجئاً من خلال التمهيد له فى المقابلات وخاصة المقابلات الأخيرة والتباعد بين المقابلات الأخيرة ومناقشة النتائج التى تحققت مع أطراف المشكلة وتشجيعهم على المحافظة على هذا المستوى والسعى نحو مزيد من التحسن لأسلوب الحياة الصحى .

المراجـــــع

١ – **منظمة الصحة العالمية :** الأمراض غير السارية ، جنيف ، مركز وسائل الإعلام ، صحيفة وقائع رقم (٣٥٥) ، مارس ٢٠١٣م .

٢ – **اعتمد الباحث على المراجع الآتية :**

– **رشاد أحمد عبد اللطيف :** الخدمة الاجتماعية مع المرضى بأمراض مزمنـــة ، بحـــث منشور ، ندوة التطـــورات الحديثـــة فـــى الخدمة الاجتماعية الطبية ، الإدارة العامة للصحة النفســـية والاجتماعيـــة ، وزارة الصحة ، المملكة العربيـــة الســـعودية ، ١٩٩٠م .

– **رشاد أحمد عبد اللطيف :** مهارات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع ، ٢٠٠٨م، ص ص ٢٦٣ – ٢٦٧ ، بتصرف .

٣ – **منظمة الصحة العالمية :** توقى الأمراض المزمنة استثمار حيوى بـــالغ الأهميـــة، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط ، القاهرة ، ٢٠٠٦م ، ص ص ٢ – ٣ ، بتصرف .

4 – **Marc Suhrcke & Other :** Chronic Disease, an Economic Perspctive, London, Oxford Health Alliance, 2006, PP. 8 – 9 .

٥ – **دايفيد سواتسون :** الألم المزمن ، ترجمة مركز التعريب والبرمجة ، بيروت، الدار العربية للعلوم ، ٢٠٠٠م ، ص ص ٣٩ – ٩٨ ، بتصرف .

٦ – **انجيلا سكر أيفين، وسيبا ستيان جارمان :** الصحة العامـــة الإطـــار الاجتمـــاعى والتطبيق ، ترجمة بسمة ياسين ، القاهرة، مجموعة النيل العربية، ومؤسسة محمد بن راشد آل مكتوم ، ٢٠٠٩م ، ص ٢٣ .

٧ – **أمل عبد الرحمن الجودر :** أنماط الحيـــاة الصـــحية ، المنامـــة ، وزارة الصـــحة ، ٢٠٠٢م .

8 – **Ruth Irelan Knee Betsy S. Vourlekis :** Patient Righs, (in Encylopedia of Social Work, vol. 3, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1995) . PP. 1808 – 1909 .

9 – **Salie Rossen :** Hospital Social Work, (in Encylopedia of Social Work, vol. 2, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1987), P. 816 .

10- **Diman Lum :** Health Sevice System (in Encylopedia of Social Work, vol. 1, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1987), P. 730.

١١– **راشد بن سعد البـــاز :** عوامـــل التـــزام المرضى بالإرشـــادات الطبيـــة (بحـــث منشور ، الكويت، جامعة الكويت ، مجلة العلوم الاجتماعية ، مجلد رقم ٢٥ ، العدد الرابع ، ١٩٩٧) ، ص ص ١٢٦ –١٤٠.

١٢– **عبير عليوه أحمد عبد النبى :** العلاقة بين ممارسة خدمـــة الفـــرد مـــن المنظـــور الإسلامى وتعديل أسلوب الحياة لمرضـــى الفشل الكلوى ، رسالة دكتـــوراه ، غيـــر منشورة ، كليـــة الخدمـــة الاجتماعيـــة ، جامعة أسيوط، ٢٠١٤م .

13- **WWW.Iasportal.org**

١٣– **إعلان الرياض :** المؤتمر الدولى لأنمـــاط الحياة الصحية والأمراض غير الســـارية

فى العالم العربى والشرق الأوسط ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، ٩ – ١٢ سبتمبر ، ٢٠١٠م .

١٤- **عبد الرحمن مصبير ، وزينب حسين :** دراسة استطلاعية حول نمط الحياة الصحى عند البحرينيين ، بحث منشور ، وحدة الدراسات الغذائية والصحية ، جامعة البحرين ، ٢٠١٢م .

١٥- **عبد الرحيم متوكل جعفر بلال :** كيف يمكن أن تستجيب النظم الصحية لوباء الأمراض المزمنة ، بحث منشور ، مجلة السودان للصحة العامة ، العدد (٢) ، الجزء (٤) ، ٢٠٠٧م .

16- **S. Solonmon S. Keelly :** Lifestyle Modification Metform in Effective Prevention diabetes, Unpublished P H D, Journal of American Society of Nephrology, 2003 .

١٧- **رأفت عبد الرحمن محمد : العلاقة بين ممارسة الاتجاه المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد وتعديل أسلوب الحياة للأطفال المرضى بأمراض القلب المزمنة ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، ١٩٩٩م.**

18- **Marita Johanson & Others :** Addressing Life Style in Primary Health Care (Journal of Sicial S Cience & Medicine, Volume 43, Number 3, New York, Pergamon Press, 1996) PP. 389 – 400.

19- **Shirley Oris – Green :** Health Care Social Work, in Encyclopedia of Social Eork, 20 The Edition, U. S. A, Washington, NASW Press, vol. 2, 2008, PP. 353 – 353 .

٢٠- **فيصل محمود غرابية :** الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل الاجتماعى من أجل صحة الإنسان ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٨م ، ص ٢٩ .

٢١- **محمد مسفر القرنى:** الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل مع مرضى السرطان، الرياض ، مكتبة الرشد ، ٢٠٠٨م ، ص ص ١٠٢ – ١٠٦ بتصرف .

٢٢- **حمدى محمد منصور :** الخدمة الاجتماعية المباشرة ، نظريات ومقاييس ، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠١٠م ، ص ٥ .

٢٣- **ماهر أبو المعاطى على :** نماذج ومهارات التدخل المهنى فى الخدمة الاجتماعية ، الرياض ، مكتبة الزهراء ، ٢٠٠٩م ، ص ص ٦٩– ٧١ بتصرف .

٢٤- **عبد العزيز عبد الله البريثن :** مقالات فى الخدمة الاجتماعية ، عمان ، دار الفكر ، ٢٠١٠م ، ص الفصل الثالث ، بتصرف .

25- **Elzabeth J. Clark :** The Future of Social Work Practice, in Encylopedia of Social Work, 19 th Edition, Washington, NASW Press, Supplement, 2003, PP. 61-68 .

26- **Geffrey M. Jenson and Matthew. O. Howard :** Evidence – Based Practice in Encyclopedia of Social Work, 20 ed. Oxford N. A. S. W Press, 2008. PP. 158 – 159 .

٢٧- **أحمد ثابت هلال إبراهيم :** العلاقة بين الممارسة المبنية على الأدلة فى التدخل العلاجى والتقليل من العودة للاعتماد على

العقاقير المخدرة، رسالة دكتوراه ، غيـــر منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط ، ٢٠١٤م .

٢٨- **مجيدة محمد الناجم :** الممارسة المبنيـــة على البراهين فى الخدمـــة الاجتماعيـــة، بحث منشور ، مجلة كلية الآداب ، جامعة الملك سعود ، ٢٠٠٩م.

29- **Bruce A. Thyer :** The Quest for Evidence – Based Practice ? We Are All Positeivests! Jowrnal of Research on Social Work Practice, 2008, 18.4, pp. 339 – 345 .

٣٠- **ماجدة السيد حافظ :** محاضرات فى علم الاجتماع الطبى ، القاهرة ، مكتبة ســـعيد رأفت ، د. ت ، ص ٧٤ .

31- **The Health Education Unit :** Life Styes & Health Journal of Science & Medicine, Vol. Ume 22, Number 2, New York, Bergamon Press, 1986, PP. 118 – 199.

٣٢- **لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالميـــة :** صحة الشباب من تحـــديات المجتمـــع ، الإسكندرية ، المكتـــب الإقليمـــى لشـــرق البحث المتوسط ، سلسلة التقارير الفنية ، تقرير رقم (٧٣١) ، ١٩٨٨ ، ص ٥٤ .

٣٣- **كمال دسوقى :** ذخيرة علـــوم الـــنفس ، المجلد الثانى ، القاهرة ، مؤسسة الأهرام ، ١٩٩٠م، ص ٩٨٩ .

٣٤- **عبد المنعم الحفنـــى :** موســـوعة علـــوم النفس والتحليل النفسى ، ط ٤ ، القاهرة، مكتبة مدبولى ، ١٩٩٤ ، ص ٤٣٨ .

35- **Marith Johonson & Others :** Life Syle in Primary Health Care Discourse Journal of Social Science & Medicine, Volume 40, Mmber 3, New York, Pergmon Press, 1995, P. 339 .

٣٦- **أحمد محمد عبد الخالق :** أصول الصحة النفســـية ، الإســـكندرية ، دار المعرفـــة اجامعية ، ٢٠١١م ، ص ٧١ .

37- **Clive Woosd Culture, Life :** Style and Chronic Disease Wored Health Forum, Geneya, Wored Health Organijation, Vol, 3, No. 4, 1982, PP. 445 – 449 .

٣٨- **بريجرز و ، وأوجدن هـــ :** التثقيف مـــن أجل الصـــحة ، الإســـكندرية ، المكتـــب الإقليمى لشرق البحر المتوسط ، منظمـــة الصحة العالمية، ١٩٨٩م، ص ٧ .

39- **The New International Webster's :** Comprebencive Dictionary of The English Language, U. S. A, Chicago, Trident Press Jnternational, 1999, P. 1000.

٤٠- **لويس كامل مليكـــة، وآخـــرون :** دليـــل الأخصائى النفسى فى الوقاية والعلاج من الإدمان ، القـــاهرة ، صـــندوق مكافحـــة وعلاج الإدمان والتعاطى ، ١٩٩٩م ، ص ٦١ .

٤١- **فوزى على جاد الله :** الصـــحة العامـــة والرعاية الصحية ، ط ٥ ، الإســـكندرية، دار المعارف ، ١٩٨٥ ، ص ص ١١ – ١٤ ، بتصرف .

42- **Mitzi Wsltz :** Webster's New World Misical Disionary, New Jersey, Wiley Rublishing, 3 ed, 2008 .

43- **Mosby's :** mosby's Medical Dictionary, U. S. A. Mosby Publishing, 8 ed, 2008

٤٤- **شيلى تايلور :** علم الـــنفس الصـــحى ، ترجمة : وسام درويش بريك ، وفـــوزى

شاكر داود ، عمان ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٨م ، ص ٨٨١ .

٤٥- **عادلي يحيى :** الحماية الجنائية للحق فى الصحة بين النظرية والتطبيق ، القاهرة، دار النهضة العربية، ٢٠١٠م، ص ص٧- ١٢، بتصرف

٤٦- **يعقوب يوسف الكندرى :** الثقافة ، والصحة ، والمرض ... رؤية جديدة فى الأنثروبولوجيا المعاصرة ، الكويت ، مجلس النشر العلمى ، جامعة الكويت ، ٢٠٠٣م ، ص ص ٢٨٦ – ٢٨٧ .

٤٧- **منظمة الصحة العالمية :** توقى الأمراض المزمنة ، مرجع سبق ذكره ، ص ٨٣ .

٤٨- **منظمة الصحة العالمية :** التقرير السنوى لأعمال منظمة الصحة العالمية فى إقليم شرق المتوسط ، القاهرة ، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط ، ديسمبر ، ٢٠٠٨م ، ص ٤٣ .

٤٩- **شيلى تايلور :** مرجع سبق ذكره .

٥٠- **أحمد محمد عبد الخالق :** سيكولوجية الموت والاحتضار ، الكويت ، مجلس النشر العلمى، جامعة الكويت ، ٢٠٠٥ ، ص ٣٣٨ .

٥١- **ماهر أبو المعاطى على :** الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ورعاية المعاقين ، القاهرة ، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعى بجامعة حلوان ، ٢٠٠٠م ، ص ١٢٣ .

٥٢- **عبد الناصر عوض أحمد جبل:** ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى، ط ٣، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ٢٠٠٢م، ص.٣١

٥٣- **محمد سلامة محمد غبارى :** أدوار الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى ، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٣م ، ص ٢٠ .

٥٤- **محمد البدوى الصافى خليفة :** المهارات المهنية للأخصائى الاجتماعى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٥ ، ص ١٧ .

55- **Ruth L. Relan Knee :** Rights Patiemt, in Encylopedia of Social Work, Vol, 3, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1995, PP. 1808 – 1909 .

56- **Salie Rossen :** Hospital Social Work, in Encylopedia of Social Work, Vol. 2, U. S. N. A. W, Press, 1987, P. 816 .

57- **Doman Lun :** Health Service System, in Encylopedia of Social Work, Vol. 1, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1987, P. 70 .

٥٨- **راشد بن سعد الباز :** مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٢٦- ١٤٠ ، بتصرف.

٥٩- **لبنى عبد الرحمن الأنصارى:** الطب المبنى على البراهين رفاهية أم ضرورة، فى توفيق أحمد خوجة وآخرون : الممارسة المستندة إلى الأدلة مطلب اجتماعي، الرياض ، الجمعية السعودية للرعاية الصحية المبنية على البراهين ، ٢٠١٣م ، ص ٣٢ .

٦٠- **كـــريس ســـيلاجى ، وأنـــدرو هينـــز :** الممارسة المستندة إلى أدلة فى الرعايـــة الصحية الأولية، ترجمـــة : لبنـــى عبـــد الرحمن الطيب الأنصارى ، الريـــاض ، المجلس العلمى ، جامعة الملك ســـعود ، ٢٠٠٣م ، ص المقدمة .

٦١- **توفيق بن أحمد خوجة ، ونهى بنت أحمد دشاش :** لمحات عن الطب المبنى علـــى البراهين، الرياض ، المكتـــب التنفيـــذى لمجلس وزراء الصـــحة لـــدول مجلـــس التعاون ، ٢٠٠٤م ، ص ٤ .

٦٢- **سمير الحفار :** ما هى البراهين، ورقـــة عمل مقدمة إلى مؤتمر الرعاية الصـــحية المســـندة بـــالبراهين، دمشـــق، جامعـــة دمشق،٢١–٢٢ أبريل، ٢٠١١م .

٦٣- **عبد العزيز بن عبد الله البريثين :** مقالات فى الخدمة الاجتماعية ، عمان ، دار الفكر ناشـــرون وموزعـــون ، ٢٠١٠م ، ص ٢٠١.

64- Robert L. Barker : The Social Work Dictionary, 5 th edition, Washington, NASW Press, 2003, P. 149 .

65- Gambrill E. : Transparency as route to Evidence informed Professional Education. Paper Presented at the Meeting of The Improving the Teaching of Evidence Based Practice, Austin TX., 2006, P. 14 .

٦٦ - **أحمد ثابت هلال إبراهيم :** مرجع ســـبق ذكره ، ص ١٠٦ .

67- Kuhn, T. L, Hstorical Foundations of Academic Advising in V. N. Gordon, W. R. Habley and T. J. Grites, Academic Aduising : A Comprehensive Handbook (2 nd Edition) (Chapter 1) San Francisco : Jossey – Bass, 2008 .

٦٨- **رشدى أحمد طعيمة :** تحليل المحتوى فى العوم الإنسانية ، القـــاهرة ، دار الفكـــر العربى ، ٢٠٠٨م .

٦٩- **سمير محمد حسن :** دراسات فى مـــنهج البحث العلمى " بحوث الإعلام " ، القاهرة ، عالم الكتب ، ٢٠٠٦م ، ص ٢٦٠ .

٧٠- **سمير محمد حسين :** تحليل المضـــمون، القاهرة، عالم الكتب،١٩٩٦م، ص٨٨ .

٧١- **رشدى أحمد طعيمة :** مرجع سبق ذكره ، ص ٢١١ .

٧٢- **المرجع السابق مباشرة :** ص ٢٢٥ .

٧٣- **بينـــاديتو سارســـيتو :** الوقايـــة مـــن الاضطرابات النفسية ، التدخلات الفعالـــة والخيارات السياسية ، القاهرة ، المكـــتب الإقليمى لشرق المتوسط ، منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٢ .

ملحق رقم (١)

الكتب الخاصة بالخدمة الاجتماعية الطبية

مع المرضى بأمراض مزمنة

أولاً : الكتب التى خضعت لتحليل المحتوى :

١ – **محمد عبد المنعم نور :** الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، القاهرة ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧١م .

٢ – **إقبال محمد بشير ، وآخرون :** الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والمجال النفسى، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٠م.

٣ – **يحيى حسن درويش :** الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى الاجتماعى للمعوقين، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨١م .

٤ – **إقبال إبراهيم مخلوف :** الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١م .

٥ – **إبراهيم عبد الهادى المليجى :** الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩١م .

٦ – **عبد المحى محمود صالح ، والسيد رمضان :** أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٩م .

٧ – **ماهر أبو المعاطى على :** الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ورعاية المعوقين ، القاهرة ، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعى ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٠م .

٨ – **زينب معوض الباهى :** مفاهيم الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والنفسى ، الفيوم ، مكتب الرائد ، ٢٠٠٠م .

٩ – **أحمد فايز النماس :** الخدمة الاجتماعية الطبية ، بيروت ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع ، ٢٠٠٠م .

١٠– **عبد الناصر عوض أحمد جبل :** ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، ٢٠٠٢م .

١١– **محمد سلامة محمد غبارى :** أدوار الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى، الإسكندرية، المكتب الجامعة الحديث ، ٢٠٠٣م .

١٢– **إبراهيم عبد الهادى المليجى ، وآخرون :** الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٤م .

١٣- **عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب :** ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ، ٢٠٠٦م .

١٤- **صالح ليرى :** الحاسب الآلى ، الكمبيوتر فى مجال عمل الأخصائيين الاجتماعيين ، المجال الطبى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٦م .

١٥- **عبد المنصف حسن على رشوان :** الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٧م .

١٦- **فيصل محمود غرايبة :** الخدمة الاجتماعية الطبية ، العمل الاجتماعى من أجل صحة الإنسان، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٨م .

١٧- **محمد مسفر القرنى وآخرون :** الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل مع مرضى السرطان ، الرياض ، مكتبة الرشد ، ٢٠٠٨م .

١٨- **عادل عبد العزيز الجمعان وآخرون :** الأدوار المهنية للأخصائى الاجتماعى فى المؤسسات الطبية ، جدة ، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية ، ٢٠٠٩م .

١٩- **رشاد أحمد عبد اللطيف ، ونوال على المسيرى :** الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب الشرعى ، الرياض ، دار الهراء ، ٢٠١٣م .

٢٠- **على المبروك عون عبد الجليل :** الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، القاهرة ، مكتبة بورصة الكتب للنشر والتوزيع ، ٢٠١٣م .

ملحق رقم (٢)

الرسائل العلمية للخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة

والتى خضعت لتحليل المحتوى

أولاً : الرسائل العلمية فى كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان :

١ – **مجدى عبد الله عبد الحميد :** دراسة استطلاعية عن المشكلات الاجتماعية لمرضى السرطان كما يراها المرضى بمعهد السرطان وجمعية رعاية مرضى السرطان بالقاهرة ، رسالة ماجستير ، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٧٢م .

٢ – **هانم عطية عبد الرحمن البرعى :** وضع خطة للتغلب على العوامل الاجتماعية المسببة لانتشار البلهارسيا ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٧٦م .

٣ – **فاطمة عبد السميع محمد :** دراسة اجتماعية لمرضى روماتيزم القلب ، دراسة وصفية بجمعية أصدقاء مرضى روماتيزم القلب بالهرم ، رسالة ماجستير، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ١٩٧٧م .

٤ – **ماجدة سعد متولى :** خدمة الفرد وعملية التنشئة الاجتماعية ، دراسة لأطفال مرضى الدرن بمدينة تحسين الصحة بالهرم ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨١م.

٥ – **كوثر عبد الرحيم موسى :** دور خدمة الفرد فى التأهيل الاجتماعى للمعوقين جسمياً دراسة تجريبية على عينة من حالات الفشل الكلوى ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ١٩٨٢م .

٦ – **ماجدة سعد متولى :** العلاقة بين استخدام طريقة خدمة الفرد ودرجة التوافق النفسى والاجتماعى لمريضات سرطان الثدى ــ رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧م.

٧ – **حياة رضوان على صالح :** دراسة لمشكلات حالات مرضى سرطان المثانة بالمعهد القومى للأورام ، جامعة القاهرة ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٨م .

٨ – **حياة رضوان على صالح :** فعالية نموذج التركيز على المهام فى علاج المشكلات الاجتماعية لمرضى سرطان المثانة، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، ١٩٩٣م .

٩ – **عفاف راشد عبد الرحمن راشد :** فعالية العلاج العقلانـــى الانفعـــالى فـــى عـــلاج المشـــكلات الاجتماعية والنفسية لمريضات السكر ، دراسة تجريبية مطبقـــة علـــى عينـــة مـــن مريضات السكر بمعهد السكر القومى ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٨م .

١٠– **شعبان عبد الصادق عوض عزام :** دراسة وصفية لمشكلات مرضى الدرن الرئون وأســـــرهم وتصور مقـــترح لدور خدمة الفـــرد فى مواجهتهـــا ، رســـالة ماجســـتير ، غيـــر منشـــورة ، كليـــة الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٩م .

١١– **طارق محرم صدقى السيد عبد الله :** فعالية نموذج التركيز على المهام فى خدمة الفرد فى علاج مشكلات مرضى الكبد ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعيـــة ، جامعة حلوان ، ٢٠٠١م.

١٢– **منال مبروك عبد المتجلى :** دراسة مشكلات مرضى الإيدز وأسرهم وتصور مقترح لدور خدمة الفرد فى مواجهتها ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمـــة الاجتماعيـــة ، جامعة حلوان ، ٢٠٠١م .

١٣– **عاطف مفتاح أحمد عبد الجواد :** العلاقة بين ممارسة نموذج التركيز على المهام فـــى خدمـــة الفرد ومشكلة اضطراب العلاقات الاجتماعية لأسر الأطفال مرضـــى أنيميـــا البحـــر المتوسط ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٣م.

١٤– **أمانى سعدي فوزى عبد المقصود على :** استخدام العلاج العقلانى الانفعالى فى خدمـــة الفـــرد للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية النفسية لأمهات الأطفال مرضى سرطان الدم، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٤م.

١٥– **على محمد عبد المعطى الدياســـطى :** مشكلات العلاقات الاجتماعية لأسر مرضى الزهـــايمر ، دراسة مقارنة من منظور العلاج الأسرى ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كليـــة الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٩م .

ثانياً : الرسائل العلمية فى كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم :

١ – **صالح أحمد ليرى :** دور الخدمة الاجتماعية فى الوقاية والعلاج لمرضـــى الســـرطان فـــى دول مجلس التعاون الخليجى ، دراسة تطبيقية على كل من دولـــة الكويـــت والســـعودية والبحرين ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٨٨م .

٢ – **رأفت عبد الرحمن محمد محمد :** تقويم عائد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع الأطفال المرضى بمستشفى الأطفال جامعة القاهرة، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٩٤م .

٣ – **إيناس محمد زكى أحمد :** جدوى التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية فى تجنب العدوى للإصابة بالبلهارسيا بين التلاميذ القرويين بالمرحلة الأساسية ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٩٤م .

٤ – **فاتن محمد بيومى شكرى :** الدور المقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية فى مجال الوقاية من الإيدز ، دراسة استطلاعية مطبقة على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمديرية الشئون الصحية بمحافظة الإسكندرية ، رسالة ماجستير ، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٩٦م .

٥ – **خالد طه عثمان :** تقويم خدمات الجمعية المصرية لرعاية مرضى السكر ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٩٦م .

٦ – **رأفت عبد الرحمن محمد محمد :** العلاقة بين ممارسة الاتجاه المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد وتعديل أسلوب الحياة للأطفال المرضى بأمراض القلب المزمنة ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٩٩م .

٧ – **محمد عبد الحميد أحمد :** فعالية استخدام نموذج التركيز على المهام فى خدمة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية للأطفال المصابين بمرض روماتيزم القلب ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٩٩م .

٨ – **عطيات أحمد إبراهيم :** تدخل الخدمة الاجتماعية لتحقيق التكيف الاجتماعى للمرضى المحالين للمعاش المبكر بمحافظة الفيوم ، رسالة دكتوراه، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٩٩م .

٩ – **حمدى محمد على صالح :** نحو برنامج لزيادة فاعلية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية للمرضى المصابين بالفشل الكبدى ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم، ٢٠٠٠م .

١٠– **إحسان عب العزيز عثمان :** التدخل المهنى للخدمة الاجتماعية والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية الناتجة عن الإصابة بمرض الدرن الرئوى ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ٢٠٠٢م .

١١- **بدر محمد سيد :** استخدام نموذج التدخل فى الأزمات فى خدمة الفرد للتخفيف من أزمة مرضى الالتهاب الكبدى ، رسالة ماجستير ، غير منشـــورة ، كليـــة الخدمـــة الاجتماعيـــة ، جامعة الفيوم ، ٢٠٠٣م .

١٢- **محمد عبد الحميد أحمد :** ممارسة نموذج مواجهة صعوبات الحياة فى خدمة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية للأطفال المصابين بمرض سرطان الدم، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ٢٠٠٤م .

١٣- **شيماء حنفى محمد السيد أبو العنين :** المعوقات التى تواجه جمعيات رعاية الأطفال مرضـــى السرطان ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ٢٠٠٥م .

ثالثاً : الرسائل العلمية بكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة أسيوط :

١ – **رندا سيد محمد :** أدوار الوالدين نحو أخوة الطفل المصاب بسرطان الدم ودور خدمة الفرد فـــى تحسين أدوارهم ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعـــة أسيوط ، ٢٠٠٩م .

٢ – **عبير عليوة أحمد عبد النبى :** العلاقة بين ممارسة خدمة الفرد من المنظور الإسلامى وتعـــديل أسلوب الحياة لمرضى الفشل الكلوى ، رسالة دكتوراه ، غير نشورة ، كلية الخدمـــة الاجتماعية ــ جامعة أسيوط، ٢٠١٤ .

رابعاً : الرسائل العلمية بكلية التربية قسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع ، جامعة الأزهر :

١ – **علاء عبد العظيم سليمان محمد :** التدخل المهنى لطريقة خدمة افرد للتخفيف من حـــدة بعـــض المشكلات التى تعانى منها أسر الأطفال المصابين بأمراض مزمنة ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، قسم الخدمة الاجتماعية ، كلية التربية ، جامعة الأزهر ، ٢٠١٠م .

ملحق رقم (٣)

بيان بالأبحاث وأوراق العمل الخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة والتى خضعت لتحليل المحتوى

أولاً : المؤتمر السنوى العلمى لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان (من المؤتمر الأول فى الفترة من ٩ – ١٠ ديسمبر ١٩٨٧م إلى المؤتمر العلمى الدولى السادس والعشرين فى الفترة من ٦ – ٧ مارس ٢٠١٠م):

١ – **كوثر عبد الرحيم محمد :** الاضطرابات النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الأول ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٧م ، ص ص ٧٨ – ١٠٣ .

٢ – **ماجدة سعد متولى :** المرض المزمن والتغيرات الاجتماعية والنفسية بالأسرة ، دراسة ميدانية لأسر أطفال مرضى السكر ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الخامس ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، الجزء الأول ، ١٩٩١م ، ص ص ٢٣١– ٢٥٥ .

٣ – **ثريا عبد الرؤوف جبريل :** مفهوم الذات لدى مرضى الأمراض المزمنة ودور خدمة الفرد فى تعديله من منظور العلاج المتمركز على العميل ، دراسة ميدانية مطبقة على عينة من مرضى روماتيزم المفاصل ، بحث منشور، المؤتمر العلمى السادس ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، ١٩٩٦م ، ص ص ١٩٣ – ٢٤٠ .

٤ – **عبد المنعم يوسف السنهورى :** نحو ممارسة أكثر فاعلية لخدمة الفرد الجماعية ، دراسة مطبقة على المرضى بأمراض مزمنة ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى التاسع ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، ١٩٩٦م ، ص ص ٣٧٦ – ٤٠٢ .

٥ – **كوثر محمد الحسينى محمد :** التدخل المهنى باستخدام نموذج عملية المساعدة فى خدمة الفرد مع حالات مرضى الدرن الرئوى ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الثالث عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، المجلد الثالث ، ٢٠٠٠م ، ص ص ٣٥٥ – ٤٠٠.

٦ – **سالم صديق أحمد :** تخطيط خروج المرضى بأمراض مزمنة من المستشفى ، بحث منشور، المؤتمر العلمى الثالث عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، المجلد الثالث ، ٢٠٠٠م ، ص ص ٤٠١ – ٤٢٧ .

٧ – **حياة رضوان على صالح :** فعالية ممارسة خدمة الفرد الجماعية فى زيادة التوافق الزواجى لمريضات سرطان الثدى ، بحث منشور، المؤتمر العلمى الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، المجلد الثانى ، ٢٠٠١م ، ص ص ٤٨٣ – ٥٠٣ .

٨ – **فاطمة أمين أحمد** : استخدام نموذج العلاج المتمركز حول العميل فى خدمة الفرد لزيادة التوافق الشخصى والاجتماعى لمرضى الأمراض المزمنة ، دراسة مطبقة على عينة من مرضى الالتهاب الكبدى الوبائى، بحث منشور، المؤتمر العلمى الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، المجلد الأول ، ٢٠٠٢م ، ص ص ٧٨ – ١٠٣ .

٩- **عفاف راشد عبد الرحمن** : تصور مقترح من منظور خدمة الفرد لدور الأخصائى الاجتماعى الذى يعمل مع حالات المرضى المشرفين على الموت وأسرهم ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الخامس عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، المجلد الأول ، ٢٠٠٢م ، ص ص ٣٩٩ – ٤٢٧ .

١٠- **حياة رضوان على صالح** : دراسة لمشكلات مرضى ضغط الدم المرتفع وأسرهم وتصور مقترح لدور الممارس العام للخدمة الاجتماعية فى مواجهتها ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الخامس عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٢م ، ص ص ١٣٥ – ١٦٩ .

١١- **إسماعيل مصطفى سالم** : المساندة الاجتماعية فى خدمة الفرد وتخفيف حدة الشعور بالعزلة الاجتماعية للمريض بمرض مزمن ، بحث منشور، المؤتمر العلمى السابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، المجلد الثالث، ٢٠٠٤م، ص ص ١١٥٧– ١١٩٠ .

١٢- **حنان عبد الرحمن يحيى سعيد ، وفوزية سيبت الزبير** : فعالية العلاج القصير فى مواجهة المشكلات لدى المرضى من منظور طريقة خدمة الفرد ، دراسة ميدانية ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الثامن عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، المجلد الرابع ، ٢٠٠٥م ، ص ص ٧٨ – ١٠٣ .

١٣- **خالد صالح محمود** : دور الأخصائى الاجتماعى فى التوعية الصحية للكشف المبكر عن الأمراض ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى التاسع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، المجلد السادس ، ٢٠٠٦م ، ص ص ٢٧٦٥ – ٢٧٩٨ .

١٤- **بهجت محمد محمد رشوان** : العلاقة بين ممارسة أخصائى خدمة الفرد للمدخل الروحى وتعديل الاتجاهات الوالدية السالبة لوالدى الأطفال المرضى بالسرطان ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الحادى والعشرون ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، المجلد الأول ، ٢٠٠٨م ، ص ص ٧٨ – ١٠٣ .

١٥- **عبد المنصف حسن على رشوان** : نحو تصور مقترح لممارسة أسلوب العلاج بالتمكين فى طريقة العمل مع الحالات الفردية مع مرضى الفشل الكلوى وأسرهم ، بحث

منشـــور ، المؤتمر العلمـــى الحـــادى والعشرون ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، المجلـــد الثالث ، ٢٠٠٨م ، ص ص ٩٤٥ – ١٠٤٢ .

١٦- **حسين عمر لطفى الخزاعى :** الصعوبات التى تواجه الأخصائيين الاجتماعيين للعمل والتواصل مع مرضى الإيدز ، دراسة وصفية ميدانية ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الحـــادى والعشرون ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، المجلد الرابع عشر ، ٢٠٠٨م ، ص ص ٦٩٢٩ – ٦٩٦٧ .

١٧- **ابتسام رفعت محمد إدريـــس :** استخدام نموذج التركيز على المهام فى خدمـــة الفـــرد وزيـــادة المساندة الاجتماعية لمرضى الزهايمر ، بحث منشـــور، المـــؤتمر العلمـــى الثـــانى والعشرون ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، المجلد الســـابع ، ٢٠٠٩م ، ص ص ٣١٢٣ – ٣١٨١ .

١٨- **بهجت محمد محمد رشوان :** فعالية استخدام خدمة الفرد الجماعية لتحقيق المساندة الاجتماعيـــة لمريض الفشل الكلوى ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الثـــانى والعشـــرون ، كليـــة الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلـــوان، المجلـــد الرابـــع، ٢٠٠٩م ، ص ص٣٣٦٣ – ٣٤٣٤.

١٩- **منال مبروك عبد المتجلى :** ممارســـة نموذج حـــل المشكلة فى خدمـــة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية النفســـية لزوجات مرضى الإيدز ، بحث منشـــور، المـــؤتمر العلمى الثالث والعشـــرون، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٠م .

٢٠- **نادية عبد العزيز محمـــد :** الضغوط التى تعانى منها المرأة المصابة بسرطان الـــذى وتصـــور مقترح لمدخل العلاج الواقعى فى طريقة خدمة الجماعة لمواجهتها ، بحث منشـــور ، المؤتمر العلمى السادس والعشرون ، كلية الخدمة الاجتماعيـــة ، جامعـــة حلـــوان ، ٢٠١٣ .

ثانياً : المؤتمر السنوى العلمى لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم (من المؤتمر الثانى فـــى عام ١٩٨٩م إلى المؤتمر العلمى الحادى والعشرين فى الفترة من ٥ – ٦ مايو ٢٠١٠م) :

١ – **زينب حســـين أبو العـــلا :** المشكلات التى تواجـــه مرضى البلهارسيا ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها مع التركـــيز على خدمة الفرد ، بحث منشور، المؤتمر العلمى الثانى ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ١٩٩٠م ، ص ص ٣٥ – ١٧٩ .

٢ – **زينب حسبن أبو العـــلا :** نحو دور مقترح لأخصائى خدمة الفـــرد مـــع مـــريض الإيـــدز " نقـــص المناعة المكتســـبة " ، دراسة اســـتطلاعية ، بحـــث منشـــور ، المـــؤتمر

العلمـــى الثـــالث ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعـــة الفيـــوم ، ١٩٩٠م ، ص ص ١٥١ – ١٨٧ .

٣ – **جابـــر عوض ، خـــيرى الجميلى :** رؤيـــة تحليلية لمرضى الإيـــدز ودور الخدمـــة الاجتماعية فـــى الوقـــاية منه ، بحث منشـــور ، المؤتمر العلمـــى السادس ، كليـــة الخدمـــة الاجتماعيـــة ، جامعـــة الفيـــوم ، المجلد الأول ، ١٩٩٣م ، ص ص ٣٢٩ – ٣٥٠ .

٤ – **ماجدة سعد متولى :** الخدمة الاجتماعية ومواجهة الأنيميا لدى الأطفال " نحو تصـــور مقتـــرح، بحث منشور، المؤتمر العلمى السادس ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعـــة الفيـــوم ، المجلد الأول ، ١٩٩٣م ، ص ص ٣٢٩ – ٣٥٠ .

٥ – **سالم صديق أحمد :** نموذج انتقائى فى خدمة الفرد للتعامل مع أزمة المرضى، بحـــث منشـــور، المؤتمر العلمى الحادى عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم، المجلد الأول، ٢٠٠٠م ، ص ص ٤٥٩ – ٤٨٦ .

٦ – **فوزى محمد الهادى منصور شحاتة :** أزمة المرضى من المنظور البيئى وتصور لدور خدمـــة الفرد فى مواجهتها بالتطبيق على مرضى السرطان ، بحث منشور، المؤتمر العلمـــى الحادى عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيـــوم ، المجلد الأول ، ٢٠٠٠م ، ص ص ٥٢٥ – ٥٥٩ .

٧ – **حياة رضوان على صالح :** دراسة عن مدى فاعلية استخدام المدخل السلوكى لخدمة الفـــرد فـــى تخفيف مشكلة البكاء ورفض العلاج لدى الأطفال مرضى السرطان ، بحث منشـــور، المؤتمر العلمى الثانى عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، المجلد الأول، ٢٠٠١م ، ص ص ٥٨٩ – ٦٢١ .

٨ – **فوزى محمد الهادى منصور شحاتة :** المساندة الاجتماعية فى حالـــة أزمة الإصـــابة بـــالمرض المزمن ، بحث منشـــور، المؤتمر العلمـــى الرابع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، المجلد الثـــانى ، ٢٠٠٣م ، ص ص ٢٨٩ – ٣٣٠ .

٩ – **محمد السيد أبو المجد عامر :** أثر مرض السرطان على العلاقات الاجتماعية للمرضى وبيئـــتهم الاجتماعية ودور الخدمة اجتماعية فى التخفيف من حدتها ، بحث منشور، المـــؤتمر العلمى السادس عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيـــوم، المجلـــد الثالـــث، ٢٠٠٥م ، ص ص ١٥٥ – ٢١٠ .

١٠- **بهجت محمد محمد رشوان :** فعالية العلاج الأسرى فى التخفيف من حدة المشكلات الأسرية لمريض الدرن الرئوى ، بحث منشور، المؤتمر العلمى السابع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، المجلد الأول ، ٢٠٠٦م ، ص ص ١٥١ – ١٩٤ .

١١- **مصطفى محمد قاسم زيدان :** الضغوط الأسرية وعلاقتها بالإصابة بالأمراض المزمنة مع تصور مقترح للخدمة الاجتماعية فى التعامل معها ، بحث منشور، المؤتمر العلمى السابع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، المجلد الثانى ٢٠٠٦م ، ص ص ٢٢٩ – ٢٧٧ .

١٢- **محمد شحاتة مبروك شحاتة :** برنامج دعم جودة خدمات الرعاية الصحية لذوى الأمراض المزمنة من منظور خدمة الفرد ، بحث منشور، المؤتمر العلمى الثامن عشر، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم، الجزء الثالث ، ٢٠٠٧م ، ص ص ١ – ٣٨ .

١٣- **مصطفى محمد أحمد الفقى :** الرضا بالقضاء والقدر لدى مريضات سرطان الثدى وأثره فى توافقهن النفسى والاجتماعى وتصور مقترح للمدخل الإسلامى فى خدمة الفرد لتنميتها ، بحث منشور، المؤتمر العلمى التاسع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، المجلد الثالث ، ٢٠٠٨م ، ص ص ١ – ٥٢ .

ثالثاً : المؤتمرات العلمية للتوجيه الإسلامى للخدمة الاجتماعية :

١ – **رشاد أحمد عبد اللطيف :** دور الأخصائى الاجتماعى مع المرضى المشرفين على الموت، مقارنة بين المنظورين الإسلامى والغربى ، بحث منشور ، المؤتمر الثانى للتوجيه الإسلامى للخدمة الاجتماعية ، جامعة الأزهر ، والمعهد العالمى للفكر الإسلامى ، ١٩٩٣م ، ص ص ٢٣٣ – ٢٧٣ .

٢ – **راشد سعد الباز :** دور الخدمة الاجتماعية الطبية مع المصابين بأمراض مزمنة خطيرة ، بحث منشور ، المؤتمر الرابع للتوجيه الإسلامى للخدمة الاجتماعية ، والمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ ، والمعهد العالمى للفكر الإسلامى ، ١٩٩٧م ، ص ص ٦٢ – ١٠٦ .

رابعاً : المؤتمرات العلمية للجنة قطاع الخدمة الاجتماعية بوزارة التعليم العالى ، المؤتمر الأول فى الفترة من ١٨ – ١٩ نوفمبر ١٩٩٣م ، والثانى ٦ – ٨ أبريل ٢٠٠٥م :

١ – **زيزيت مصطفى نوفل :** معوقات ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة ، بحث منشور ، المؤتمر العلمى الأول لجنة قطاع الخدمة الاجتماعية ، والمعهد العالى للخدمة الاجتماعية ببور سعيد ، المجلد الثالث ، ٢٠٠٥م ، ص ص ٢٧٧ – ٣٤٩ .

خامساً : مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية تصدرها كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، من العدد الأول فى أكتوبر ١٩٩٦م إلـــى العـــدد الرابـــع والثلاثـــون إبريـــل ٢٠١٣م:

١ – **ماجدة سعد متولى :** العلاج الأسرى وتخفيف الضغوط الواقعة على الطفل المـــريض بمـــرض مزمن ، بحث منشور، فى مجلة دراسات فـــى الخدمـــــة الاجتماعيـــــة والعـــــلوم الإنسانية ، كليـــة الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد الثالث ، ١٩٩٧م ، ص ص ٢٣٥ – ٢٥٦ .

٢ – **عادل محمد موسى جوهر :** العلاقة بين ممارسة نظرية الأزمة فى خدمة الفرد وتحقيق التوافـــق الشخصى والاجتماعى لمرضى الفشل الكلوى ، بحث منشور، فى مجلة دراسات فـــى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد الثامن ، ٢٠٠٠م ، ص ص ٣٢٩ – ٣٥٦ .

٣ – **حياة رضوان على صالح :** دور مقترح من منظور خدمة الفرد للأخصائى الاجتماعى مع حالات الألم وأسرهم ، بحث منشور، فى مجلة دراسات فى الخدمـــة الاجتماعيـــة والعلـــوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد السادس عشـــر ، الجـــزء الأول ، ٢٠٠٤م ، ص ص ٣٣٩ – ٣٦٠ – ٣٥٦ .

٤ – **مرفت السيد خطيرى إبراهيـــم :** التدخل المهنى باستخدام نموذج الحيـــاة من منظور الممارســـة العامـــة للخدمة الاجتماعية وتمكـــين الأم من مواجهـــة الآثار السلبية المترتبة علـــى مرض طفلهـــا بالسرطان ، بحث منشـــور، فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلـــوم الإنسانية ، كليـــة الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العـــدد الثامن عشر، الجزء الأول ، ٢٠٠٥م ، ص ص ٣٨٩ – ٤١٥ .

٥ – **ابتسام رفعـــت محمد إدريس :** نموذج التدخل فى الأزمات فى خدمة الفـــرد وتحقيـــق التوافـــق الشخصى والاجتماعى لمرضى الكبد ، بحث منشور ، فى مجلة دراسات فى الخدمـــة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد الثانى والعشرين ، الجزء الثانى ، ٢٠٠٧م ، ص ص ٥٩٩ – ٦٢٣ .

٦ – **رضا رجب عبد القوى على :** العلاقة بين ممارسة المدخل الروحى فى خدمة الفرد والتخفيف من حدة قلق الموت لدى مرضى الفشل الكلوى المزمن ، بحث منشـــــور ، فـــى مجلـــة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعـــة حلوان، العدد السابع والعشرين ، الجزء الأول ، ٢٠٠٩م، ص ص ٢٢٥ – ٣٥٦ .

سادساً : مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ، يصدرها المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، من العدد الأول يناير ١٩٩٠م إلى آخر إصدار منشور العدد الحادى والعشرون ٢٠٠٩م :

١ – **السيد عبد الحميد عطية :** تلوث البيئة وعلاقته بمرض السرطان ، دراسة لتحديد دور الأخصائى الاجتماعى فى الوقاية والعلاج ، بحث منشور ، فى ، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، العدد الثالث، ١٩٩٢م، ص ص٣٨٠– ٤١٢.

٢ – **إبراهيم عبد الهادى محمد المليجى :** العوامل الاجتماعية المرتبطة بالإصابة بمرض السرطان ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها ، بحث منشور ، فى ، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، العدد الخامس ، الجزء الثانى ، ١٩٩٤م ، ص ص ١٢٣ – ١٤١ .

٣ – **كوثر عبد الرحيم محمد موسى :** نموذج مقترح لعلاج المشكلات المترتبة على زراعة الكلى من منظور خدمة الفرد ، بحث منشور ، فى ، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية، العدد السادس، الجزء الثانى، ١٩٩٥م، ص ص ٥٣٥ – ٥٨٦ .

٤ – **سمير حسن منصور :** فعالية الأدوار المهنية لفريق العمل فى تقديم أوجه الرعاية لمرضى الجذام ، بحث منشور، فى ، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، العدد الحادى والعشرين ، الجزء الثانى ، ٢٠٠٩م ، ص ص ٨٧٩ – ٩٨٤ .

٥ – **رأفت عبد الرحمن محمد :** رؤية مستقبلية رؤية مستقبلية لتطوير التدخل المهنى لخدمة الفرد مع المرضى بأمراض مزمنة ، بحث منشور ، العدد الثالث والعشرون ، الجزء الأول ، ٢٠١١م ، ص ص ١٧ – ١٢٣ .

ملحق رقم (٤)

دليل تحليل محتوى الإنتاج العلمى للخدمة الاجتماعية الطبية

مع المرضى بأمراض مزمنة

أولاً : بيانات الإنتاج العلمى :

١ – شكل الإنتاج العلمى :

(أ) كتاب ( )

(ب) قاموس ( )

(ج) رسالة علمية ( )

(د) بحث علمى ( )

(هـــ) ورقة عمل ( )

٢ – اسم المؤلف :

.....

٣ – جنسية المؤلف :

(أ) سعوي ( ) (ب) أخرى تذكر ( )

٤ – طبيعة عمل المؤلف :

(أ) أكاديمى ( ) (ب) ممارس مهنى ( )

٥ – تاريخ النشر :

.....

٦ – الدرجة العلمية للإنتاج العلمى (بالنسبة للرسائل العلمية) :

(أ) ماجستير ( ) (ب) دكتوراه ( )

٧ – جهة النشر :

.....

٨ – حجم الإنتاج العلمى :

(أ) عدد الصفحات يذكر ( )

(ب) الحجم (٢٤ × ١٧ سم) ( )

(ج) عدد الفصول ( )

(د) عدد الفصول أو الصفحات المخصص للأمراض المزمنة ( )

٩ – نوع الإنتاج العلمى :

(أ) مؤلف ( ) (ب) مترجم ( )

١٠ – المسئولية الفكرية :

(أ) فردى ( ) (ب) مشترك ( )

(ج) هيئة ( )

ثانياً : بيانات توصيف التدخل المهنى فى الإنتاج العلمى :

١ – نوع المنهج (بالنسبة للرسائل والبحوث العلمية) :

(أ) تجريبى ( )

(ب) شبه تجريبى ( )

(ج) أخرى تذكر :

.....

٢ – نوع المرض المزمن الموجه له التدخل المهنى :

(أ) القلب ( ) (ب) السرطان ( )

(ج) السكر ( ) (د) الكبد ( )

(هـ) الكلى ( ) (و) الزهايمر ( )

(ز) الدرن ( ) (ح) البلهارسيا ( )

(ط) الإيدز ( ) (ى) الأنيميا ( )

(ك) عام ( ) (ل) الجذام ( )

(م) أخرى تذكر :

.....

٣ – أهداف التدخل المهنى :

(أ) تدخل مهنى وقائى ( )

(ب) تدخل مهنى علاجى ( )

(ج) تدخل مهنى تأهيلى ( )

٤ – التصميم التجريبى للتدخل المهنى :

(أ) مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية ( )

(ب) مجموعة واحدة ( )

(ج) تصميم الحالة الواحدة ( )

(د) أخرى تذكر ( )

٥ – النماذج النظرية الموجه للتدخل المهنى :

(أ) النموذج التحليلى ( )

(ب) العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى ( )
(ج) العلاج المعرفى السلوكى ( )
(د) نموذج التركيز على المهام ( )
(هـــ) النموذج الإسلامى أو الروحى ( )
(و) نموذج الأزمة ( )
(ز) العلاج الأسرى ( )
(ح) خدمة الفرد الجماعية ( )
(ط) نموذج تكاملى أو الانتقائية ( )

٦ – نسق العميل المستفيد من التدخل المهنى :

(أ) المريض بمرض مزمن فقط ( )
(ب) أسرة المريض فقط ( )
(ج) الجمع بين المريض وأسرته ( )

٧ – أدوات تقدير عائد التدخل المهنى :

(أ) مقياس ( )
(ب) استبيان ( )
(ج) دليل ملاحظة ( )
(د) تقارير ذاتية ( )
(هـــ) أخرى تذكر : .....

ثالثاً : شكل عرض خطوات التدخل المهنى :

(أ) العرض تم بشكل صريح وظاهر ( )
(ب) العرض تم بشكل ضمنى ( )
(ج) لم يتم العرض مطلقاً ( )

رابعاً : أهم المستخلصات من الإنتاج العلمى :

(أ) بحوث مستقبلية ( )
(ب) توصيات ( )
(ج) مقترحات ( )
(د) رؤية مستقبلية ( )
(هـــ) أخرى تذكر : .....