

برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام فى الخدمة الاجتماعية الأكلينيكية لتحسين إدارة الذات لدى مرضى الأمراض المزمنة

الباحث الرئيس

د. فوزية سبيت مسعد الزبير
أستاذ مشارك - كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

الباحث المشارك

د. حنان عبيد المسعود
أستاذ مساعد - كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

٢٠١٥ / ١٤٣٧ هـ / م

**برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام
فى الخدمة الاجتماعية الأكلينيكية لتحسين إدارة
الذات لدى مرضى الأمراض المزمنة**

د. فوزية سبيت مسعد الزبير
أستاذ مشارك - كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

٢٠١٥ / ١٤٣٧ هـ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المحتويات

الصفحة	الموضوع
٨ - ٨٥	الباب الأول: الإطار النظري للدراسة
٩ - ١٨	الفصل الأول المدخل إلى الدراسة
٩	أولاً: مشكلة الدراسة وأهميتها
١٤	ثانياً: أهداف الدراسة
١٥	ثالثاً: تساؤلات الدراسة
١٥	رابعاً: مفاهيم الدراسة
١٧	مراجع الفصل الأول
١٩ - ٣٩	الفصل الثاني الخدمة الاجتماعية ورعاية المرضى بأمراض مزمنة بين الحاضر والمستقبل
١٩	مقدمة
٢٠	المبحث الأول: حاضر الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية:
٢٠	أولاً: ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية
٢١	ثانياً: عناصر الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية
٢٤	المبحث الثاني: الرؤية المستقبلية للخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية:
٢٤	أولاً: أهمية الرؤية المستقبلية للخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية المرضى بأمراض مزمنة
٣٠	ثانياً: إطلالة عامة على الأمراض المزمنة
٣١	ثالثاً: التدخل المهني مع المرضى بأمراض مزمنة
٣٣	رابعاً: العوامل المؤثرة في صياغة السيناريوهات المستقبلية لتطوير التدخل المهني لطريقة خدمة الفرد مع المرضى بأمراض مزمنة
٣٧	مراجع الفصل الثاني
٤٠ - ٦٢	الفصل الثالث إدارة الذات كأسلوب حياة للمرضى بأمراض مزمنة
٤٠	المبحث الأول: أسلوب الحياة والمرض المزمن:
٤٠	المحور الأول: أسلوب الحياة
٤٨	المحور الثاني: المرض المزمن

تابع المحتويات

الصفحة	الموضوع
٥١	المبحث الثاني: إدارة الذات والمرضى المزمن:
٥١	أولاً: أهداف وأبعاد إدارة الذات
٥٥	ثانياً: أساليب إدارة الذات
٦١	مراجع الفصل الثالث
٧٨ - ٦٣	الفصل الرابع العلاج بالتقبل والالتزام نموذج للممارسة مع المرضى بأمراض مزمنة من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية
٦٣	المبحث الأول: مفاهيم أساسية:
٦٣	أولاً: مفهوم النموذج
٦٣	ثانياً: مفهوم الخدمة الاجتماعية العيادية (الإكلينيكية)
٧٠	المبحث الثاني: العلاج بالتقبل والالتزام :
٧٠	أولاً: التعريف والماهية
٧٤	ثانياً: الأهداف والعمليات
٧٨	مراجع الفصل الرابع
٨٣ - ٧٩	الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة
٧٩	أولاً: نوع الدراسة
٧٩	ثانياً: منهج الدراسة
٧٩	ثالثاً: مجالات الدراسة
٨٠	رابعاً: أدوات الدراسة
٨٣	خامساً: الأساليب الإحصائية
١٠٩ - ٨٤	الفصل السادس النتائج الميدانية للدراسة
١١٠	مراجع الدراسة
١١٧	ملاحق الدراسة

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١	يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المكون المعرفي وبين الدرجة الكلية للمكون	٨١
٢	يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المكون السلوكي وبين الدرجة الكلية للمكون	٨١
٣	يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المكون الوجداني وبين الدرجة الكلية للمكون	٨٢
٤	يبين قيم معاملات ارتباط كل مكون من مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة وبين الدرجة الكلية للمقياس ومستوى الدلالة الإحصائية	٨٢
٥	يبين حساب ثبات مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ ومعامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية	٨٣
٦	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع	٨٤
٧	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن	٨٤
٨	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة التعليمية	٨٥
٩	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضع الوظيفي	٨٥
١٠	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة ممن يعملون حسب مدة عملهم	٨٦
١١	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية	٨٦
١٢	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب محل الإقامة	٨٧
١٣	يبين التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن حول عبارات المكون المعرفي	٨٨
١٤	يبين الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون المعرفي (الدرجة القصوى ٧٥)	٩٠
١٥	يبين التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن حول عبارات المكون السلوكي	٩١
١٦	يبين الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون السلوكي (الدرجة القصوى ٧٥)	٩٣
١٧	يبين التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن حول عبارات المكون الوجداني	٩٤
١٨	يبين الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون الوجداني (الدرجة القصوى ٦٩)	٩٦
١٩	يبين الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي ترجع إلى اختلاف متغير النوع باستخدام اختبار T. test لعينتين مستقلتين	٩٧
٢٠	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير السن	٩٨
٢١	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير الحالة التعليمية	٩٨
٢٢	يبين نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق حول المكونين (المعرفي والسلوكي) والتي ترجع لاختلاف متغير الحالة التعليمية باستخدام اختبار سيداك	٩٩
٢٣	يبين الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي ترجع إلى اختلاف متغير الوضع الوظيفي باستخدام اختبار T. test لعينتين مستقلتين	٩٩
٢٤	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير مدة العمل	١٠٠
٢٥	يبين نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق حول المكون الوجداني والتي ترجع لاختلاف متغير مدة العمل باستخدام اختبار سيداك	١٠٠
٢٦	يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية	١٠١
٢٧	يبين نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق حول المكون السلوكي والتي ترجع لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية باستخدام اختبار سيداك	١٠١
٢٨	يبين الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي ترجع إلى اختلاف متغير محل الإقامة باستخدام اختبار T. test لعينتين مستقلتين	١٠٢

فهرس الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
٥٦	يوضح مكونات المراقبة الذاتية	١
٨٤	يبين النوع لأفراد عينة الدراسة	٢
٨٥	يبين السن لأفراد عينة الدراسة	٣
٨٥	يبين الحالة التعليمية لأفراد عينة الدراسة	٤
٨٦	يبين الوضع الوظيفي لأفراد عينة الدراسة	٥
٨٦	يبين مدة العمل لأفراد عينة الدراسة	٦
٨٧	يبين الحالة الاجتماعية عينة الدراسة	٧
٨٧	يبين محل الإقامة عينة الدراسة	٨
٩٧	يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أهمية المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات	٩

الباب الأول

الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول: المدخل إلى الدراسة

الفصل الثاني: الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ورعاية المرضى بأمراض مزمنة بين الحاضر والمستقبل

الفصل الثالث: إدارة الذات كأسلوب حياة للمرضى بأمراض مزمنة

الفصل الرابع: العلاج بالتقبل والالتزام مع المرضى بأمراض مزمنة

الفصل الأول

المدخل إلى الدراسة

أولاً: مشكلة الدراسة وأهميتها:

تؤكد منظمة الصحة العالمية في أحد تقاريرها أن أثر الأمراض المزمنة في كثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يتعاظم بإطراد، ومن الأهمية بمكان التحسب للأهمية المتزايدة التي تكتسبها الأمراض المزمنة وفهمها والعمل على التصدي لها، ويقتضي ذلك انتهاج أسلوب جديد لتعزيز الجهود المبذولة في مجال توقي ومكافحة الأمراض المزمنة، ويؤكد ذات التقرير أن الأمراض المزمنة أدت إلى حدوث ٣٥ مليون حالة وفاة، وأن نسبة ٨٠ % من الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وتحدث هذه الوفيات بأعداد متساوية بين الرجال والنساء، وأنه يوجد استمرار في زيادة أعداد الأفراد والأسر والمجتمعات التي تصاب بالأمراض المزمنة (١).

كما يؤكد " تحالف اوكسفورد الصحي The Ocford Health Aliance " أن الأمراض المزمنة لم تعد أمراض الأثرياء أو كبار السن الأثرياء فقط بل أصبحت الأمراض المزمنة وعوامل الخطر المرتبطة بها تصيب الكثير من الفقراء وأصحاب الدخل المتوسط، وأصبح لها تأثيرات وعواقب اقتصادية متعددة تظهر على الفرد والجماعات والأسر والمجتمع بصفة عامة، والتي منها تكلفة المرض، والتأثيرات السلبية على استهلاك وإدخارات المريض، وكذلك على سوق العمل، وتراكم رأس المال البشري، والحد من جهود التنمية الاقتصادية بصفة عامة (٢).

وإذا كان ما تقدم يعد توضيحاً لتأثير الأمراض المزمنة على المجتمع بصفة عامة، فالأمر يزداد وضوحاً من حيث الآثار السلبية للأمراض المزمنة على الأفراد، وخاصة فيما يتعلق بالتأثير السلبي على مكونات شخصية الفرد الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والنفسية.

فالأمراض المزمنة تؤثر تأثيراً سلبياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية في المجتمع وعلى أدائه الذي يقل عن الشخص العادي، فللمرض المزمن تأثير سلبي رئيسي وواضح على أداء الجسم وأداء الإنسان المريض لأدواره في الأسرة والمدرسة والعمل والمجتمع ككل (٣).

ومن أبرز سلبيات المرض المزمن على الفرد التأثير على النشاط اليومي، بحيث تصبح بعض الأعمال العادية صعبة، أو حتى مستحيلة. وتدور تلك التأثيرات في دورة سلوكية تبدأ بانحدار مستوى النشاط، وزيادة الألم وانحدار مستوى النشاط، فقدان القوة واللياقة البدنية، الانسحاب والعزلة، ويرافق تلك الدورة السلوكية تقلبات في المشاعر تدور بدورها في حلقة مفرغة تبدأ بالخوف والقلق، الآمال والوعود، الحنق والغضب، الشعور بالذنب، عودة الأمل ومن بعده الاكتئاب. لذلك تعد

الخطوة الأولى في العلاج النفسي والاجتماعي للمريض بمرض مزمن هو الاعتراف بوجود مشاعر سلبية لدى المريض خاصة إحساسه وشعوره بالخسارة؛ خسارة الشخص السليم الذي كان فيما مضى يتمتع ب الحرية، الخصوصية، الاكتفاء في العمل، الهوية الممتعة، الحميمية الجنسية، العلاقات الأسرية السوية، اللقاءات مع الأصدقاء، مشاعر القوة والثقة، الشعور بالسعادة (٤).

هذا من جانب ومن جانب آخر فالمرضى المصاب بالمرض المزمن يعاني من مشكلات اجتماعية ونفسية، وهذا ما أكدت عليه معظم الدراسات المرتبطة بالمرض المزمن للتخفيف والتعامل مع المشكلات المترتبة عليه، حيث جاءت دراسة (سعد، ١٩٩١م) (٥)، ودراسة (عبداللطيف، ١٩٩٨م) (٦)، ودراسة (الباز، ٢٠٠٠م) (٧)، لتؤكد طبيعة المشكلات التي يعاني منها المرضى المصابين بالأمراض المزمنة والتي من بينها مشكلات العلاقات الاجتماعية داخل وخارج الأسرة والمشكلات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية فضلاً عن الضغوط المترتبة على الإصابة بالأمراض المزمنة، والتي يفرضها على المريض من خلال نظام غذائي معين يلتزم به المريض، إضافة إلى المشكلات السلوكية أو المسؤوليات الشخصية ما بين الرغبة في الأنشطة وبين استقلال الذات والاعتماد على الآخرين وقصور المعلومات لدى الأسرة حول المرض وطبيعته والآثار التي تنتج عنه، الأمر الذي يؤكد الحاجة إلى برنامج لتحسين إدارة الذات لدى المصابين بأمراض مزمنة.

فالأمراض المزمنة من الأمراض التي تحتاج إلى أسلوب حياة يومي يتم من خلاله إدارة الذات بشكل يرتبط بالمعارف حول طبيعة المرض ومضاعفاته وأسلوب التغذية وممارسة الأنشطة الصحية والتعامل مع الضغوط إلى جانب تفعيل الذات والاستفادة من الموارد.

وعليه فإن هناك أهمية لتحسين إدارة الذات للمصاب بمرض مزمن في التعايش مع المرض من خلال زيادة معارفه وإكسابه مهارات ترتبط باستقلاله لذاته وممارسة أنشطة صحية هادفة ترتبط بطبيعة المرض وتحد من مضاعفاته، وكذلك التعامل مع الضغوط والاستفادة من الموارد بهدف فهم المريض والاستفادة من المعلومات والمعارف وممارسة السلوك الصحي الإيجابي كأهداف قريبة وبعيدة للتعايش مع المرض.

وفي ضوء ذلك تذهب بعض الدراسات لتؤكد أهمية إدارة الذات لدى مرضى الأمراض المزمنة كدراسة (توماس بوديتهينر **Thomas Bodenheimer, 2002**) (٨) لوضع برنامج إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة فيما يرتبط بمهارات حل المشكلة، فهم الذات، تحسين الجوانب الإكلينيكية المرتبطة بالمرض، وتوصلت الدراسة إلى فعالية برنامج إدارة الذات في تخفيف أعراض المرض وقلّة التكاليف والتحسين في الرعاية الأولية.

وهدفت دراسة (كارل بوثا **Karel Botha, 2002**) إلى تحديد الأبعاد البيولوجية الاجتماعية والنفسية لإدارة الذات في إطار التنوع الثقافي لدى مرضى الضغط في جنوب أفريقيا وبحث

المتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية ووصف أسلوب الحياة لدى العينات، حيث توصلت الدراسة إلى وجود فروق معنوية في مستوى اللغة والثقافة والاتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي وأثرها في إدارة الذات (٩).

وتوصلت دراسة (ماري جالينت Mary Gallant, 2003) إلى أهمية المساندة الاجتماعية في إدارة الذات وأهمية شبكة العلاقات لدى مرضى الأمراض المزمنة من حيث نوع المرض ونوع المساندة وتأثير البيئة الاجتماعية (١٠).

وهدفت دراسة (أسرا وأرسي Asra Warsi, 2004) إلى برنامج تعليمي لإدارة الذات لمرضى الأمراض المزمنة فيما يرتبط بالتعامل مع الأعراض للمرض والاستفادة من الموارد وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج مع مرضى السكر، والأزمات لمرض الربو ومرض الروماتويد (١١).

بينما جاءت دراسة (كاترين فاريل Kathleen Farrell, 2004) لتؤكد على تحسين إدارة الذات لدى عينة من الفقراء بالريف من خلال تنمية المعارف، حل المشكلات وزيادة مهارات الأطفال، وتوصلت الدراسة إلى أهمية الشراكة في تحسين الجوانب الصحية المرتبطة بالفقر والسكان الريفيين (١٢).

وركزت دراسة (ماري ثويسن Mary Thoesen, 2005) على أهمية دور طبيب الأسرة في تدعيم إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة من خلال تعليم المرضى المعارف الطبية، ومهارات حل المشكلة، فعالية الذات، وتوصلت الدراسة إلى تحديد أهم المعوقات المرتبطة بمستوى تقديم الخدمات ومهارات الفريق الطبي ونوعية العملاء في إدارة الذات لدى المرضى (١٣).

وأكدت دراسة (هارفي اديثا Harvey Idetha, 2007) على دور الاتجاه الروحي والقدرة على إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة بين المسنين من خلال التعامل الإيجابي مع المرضى من خلال محددات الإيمان بالله، التأمل، إقامة الشعائر، طبيعة العلاقات، وتوصلت الدراسة إلى أهمية الروحية في الجوانب الصحية لدى المرضى بأمراض مزمنة (١٤).

وبناء على ما تقدم يرى فريق البحث أنه يجب على فريق العمل في مجال الرعاية الصحية عامة ورعاية المرضى بأمراض مزمنة خاصة السعي إلى تحسين إدارة الذات لدى المرضى حتى يساعد ذلك بالتبعية على تحسين التوافق النفسي والاجتماعي، وكذلك القدرات الوظيفية لدى المريض بمرض مزمن.

هذا ويؤكد " جرين Green " على أن تحقيق الأهداف وجودة الخدمات في مجال الرعاية الصحية تقاد بواسطة الدور الفعال الذي يمارسه الأخصائيين الاجتماعيين في مساعدة المرضى

وأسرهم، وكذلك الدور الفعال مع أعضاء فريق الرعاية الصحية في مساعدتهم على تفهم مشاعر وسلوكيات المريض التي تؤثر في تفعيل العلاج الطبي^(١٥).

فإذا كان المرض يؤدي إلى مشكلات واختلالات نفسية تبدو على هيئة مشاعر سلبية مختلفة فهذه المشاعر تزداد مع طول مدة المرض وعدم التمكن من الشفاء ليصبح مرضاً مزمناً، وهنا يحتاج المريض في هذه الحالة إلى مساعدة مهنية فنية ترفع من مستوى قدراته الذاتية على مواجهة الحالة وأن يتقبل المرض وأن يتجاوب مع العلاج وفقاً لمقتضيات الاستشفاء، وتمشياً مع تلك المقتضيات أصبح للخدمة الاجتماعية دور ووظيفة في مجال الرعاية الصحية^(١٦).

وقد أجريت دراسات وبحوث ميدانية متعددة أكدت نتائجها على أهمية تحقيق أهداف وعائد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية عامة والخدمة الاجتماعية الإكلينيكية خاصة في تحسين المشاعر السلبية لدى العديد من المرضى بأمراض مزمنة، ولتحقيق تلك الأهداف تستند الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي على العديد من النماذج المهنية بما تتضمنه من أساليب علاجية تساعد على تحسين مشاعر المريض بمرض مزمن بصفة عامة وتحسين مشاعر التماسك لدى ذلك المريض بصفة خاصة.

ومن أحدث النماذج العلمية في الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي، والتي لها فاعلية في تحسين المشاعر، بالإضافة إلى السلوكيات والجوانب المعرفية هو نموذج " العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance & Commitment Therapy " كما أن لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) دور فعال في مجال رعاية المرضى بأمراض مزمنة.

حيث تؤكد " باترشيا روبينسون وآخرون Patricia Robinson & Other " على أن أعضاء فريق العمل في مجال الرعاية الصحية أصبحوا في حاجة إلى نموذج علاجي جديد يساعدهم على الحد من الآثار السلبية للأمراض المزمنة، وأن نموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) يعد هو ذلك النموذج الجديد الذي يساعد على الوقاية والعلاج للآثار السلبية المصاحبة للمرض المزمن، حيث أن التدخل المهني من خلال نموذج (ACT) يساعد على تحسين مشاعر الألم المزمن لدى فئات عمرية متعددة، ويحد من آثار المرض المزمن ويضعها تحت السيطرة والتحكم^(١٧).

كما يؤكد " هيبس وآخرون Hayes and Other " أن العلاج بالتقبل والالتزام يعد منهج علاجي ناشئ حديثاً ويهتم بتطوير الأداء الوظيفي النفسي من خلال تعزيز عامل المرونة النفسية لدى العميل، وأن هذا النموذج العلاجي (ACT) ملائم للممارسة من منظور الخدمة الاجتماعية من حيث القيم وعناصر الممارسة^(١٨).

وعلى الجانب الميداني التطبيقي توجد العديد من الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت اختبار فاعلية نموذج العلاج بالتقبل والالتزام مع الأمراض المزمنة بصفة خاصة ومع العملاء المضطربين بصفة عامة، نذكر منها ما يلي:

دراسة " بيرسون 2009 : Pearson " والتي أكدت نتائجها فاعلية نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الشعور بالرضا وتحسين اضطرابات الطعام لدى مجموعة من السيدات (١٩).

ودراسة " كوك 2009 : Cook " والتي أكدت نتائجها فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين المرونة النفسية وتحسين الشعور بالقيمة في الحياة، وذلك لدى فئة المراهقين (٢٠).

ودراسة " بانكي 2008 : Pankey " والتي أكدت نتائجها فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الأداء الوظيفي والحد من الاضطرابات النفسية لدى فئتين مصابين بازواج في الشخصية (٢١).

ودراسة " هيرمان 2008 : Hermann " والتي أكدت نتائجها فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين تأثير ضغوط العمل كأحد أشكال ضغوط الحياة (٢٢).

ودراسة " بيترسون 2008 : Peterson " والتي أوصت نتائجها على دعم ممارسة نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في مجال تحسين الميل والرغبة في تناول الطعام (٢٣).

ودراسة " سكوييتشينو 2008 : Schwetschenau " والتي أوضحت نتائجها فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تقليل الأعراض والآثار المرتبطة بضغط العمل وتحسين المرونة النفسية (٢٤).

ودراسة " سافيدرا 2008 : Soavesra " والتي أكدت نتائجها على فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في الحد من مشكلة الغضب الحاد والتحكم في الأفكار والمشاعر والمشاكل السلوكية المصاحبة للغضب (٢٥).

ودراسة " ليليس 2007 : Lillis " والتي أكدت نتائجها على فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في مشكلات السمعة من خلال التحكم في الوزن خاصة المرتبط منه بالأفكار والمشاعر والإحساس الجسدي (٢٦).

ودراسة " براكان 2007 : Braekkan " والتي أوضحت نتائجها تأثير العلاج بالتقبل والالتزام على تخفيف بعض الجوانب لاضطرابات الضغوط التالية للصدمات " PTSD " (٢٧).

ودراسة " توهيج 2007 : Twohig " التي أوضحت نتائجها فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في انخفاض حاد في اضطراب الوسواس القهري (٢٨).

ودراسة " بيترسن 2007 : Petersen " والتي قارنت بين أسلوب العلاج بالتقبل والالتزام وأسلوب العلاج المعتاد (ATU) في علاج الاكتئاب والاضطرابات لدى مدمني الكحوليات،

وأوضحت النتائج مدى احتياج من يتناولون العلاج بالتقبل والالتزام للقليل من العلاج حتى يخرجوا من المستشفى^(٢٩).

ودراسة " **بيلوى 2005 : Pellowe** " أوضحت نتائجها التأثير الفعال للتدخل العلاجي باستخدام العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف الشعور باليأس^(٣٠).

ودراسة " **دلريمبل 2005 : Dalrymple** " والتي أوضحت نتائجها فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف اضطراب القلق الاجتماعي^(٣١).

ودراسة " **جريج 2004 : Gregg** " أوضحت نتائجها فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين أسلوب إدارة الذات لدى المصابين بمرض السكر^(٣٢).

ومن الدراسات والبحوث السابقة نستخلص النقاط الآتية:

١. توجد فاعلية لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين العديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية (الشعور بالرضا، الحد من ضغوط العمل، السمعة الزائدة، الغضب، الضغوط التالية للصدمات، الوسواس القهري، الاكتئاب، القلق الاجتماعي، تحسين إدارة الذات).

٢. تم استخدام نموذج العلاج بالتقبل والالتزام مع فئات عمرية متعددة (مراهقين، بالغين) وكذلك مع أنواع مختلفة (ذكور، إناث).

٣. لا توجد في حدود علم فريق البحث - دراسة في المملكة العربية السعودية تناولت نموذج العلاج بالتقبل والالتزام.

٤. قدمت جميع الدراسات والبحوث السابقة برامج للتدخل المهني من منظور نموذج العلاج بالتقبل والالتزام وتساعد في تصميم برامج جديدة لنفس النموذج.

٥. على الرغم من تناول بعض الدراسات والبحوث السابقة لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام لتحسين أشكال متعددة من الاضطرابات المصاحبة للأمراض، إلا أنه في حدود علم الباحثات لم يتم ممارسة النموذج في تحسين إدارة الذات.

وبناء على ما تقدم من معطيات نظرية، ونتائج الدراسات والبحوث الميدانية السابقة فإن مشكلة الدراسة الحالية تتحدد في " التعرف على متطلبات وعناصر وضع برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لتحسين إدارة الذات. ثانياً: أهداف الدراسة:

تحدد أهداف الدراسة الحالية في الأهداف التالية:

١. الوقوف على مؤشرات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة (عينة الدراسة).
٢. التوصل إلى برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لتحسين أداء إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة.

٣. إثراء الجوانب النظرية والتطبيقية المرتبطة بممارسة العلاج بالتقبل والالتزام كأحد النماذج المعاصرة التي لم يتم تناولها في دراسات وبحوث الخدمة الاجتماعية وخدمة الفرد في المجتمع السعودي (في حدود علم الباحثات).

ثالثاً: تساؤلات الدراسة:

تقدم نتائج الدراسة الحالية الإجابة على التساؤلات التالية:

١. ما مستوى مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟

وتتم الإجابة على هذا التساؤل من خلال التساؤلات الفرعية الآتية:

أ. ما مستوى المكون المعرفي كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟

ب. ما مستوى المكون السلوكي كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟

ج. ما مستوى المكون الوجداني كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟

٢. ما البرنامج المقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لتحسين إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟

رابعاً: مفاهيم الدراسة:

▪ مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) **Acceptance and Commitment Therapy**

أ. يعرفه يحيى الرخاوي بأنه: هو "علاج أمبريقي (عملي خبراتي) يستعمل مبادئ الواقعية والإمبريقية في مداخلته التي تعتمد على البدء بقبول وإثراء العقل جنباً إلى جنب مع الالتزام، وذلك بهدف تدعيم المرونة النفسية أساساً" (٣٣).

ب. كما يعرفه " سبنسر سميث **Spences Smith**: على أنه: "هو فرع من العلاج المعرفي السلوكي، وهو نموذج للتدخل المهني، يستند على التقبل، واستراتيجيات الذهن، مع الالتزام، واستراتيجيات تغيير السلوك بهدف تحسين المرونة النفسية" (٣٤).

ج. وعرفه " ستيفن هاينز **Steven Hayes**: بأنه " هو أسلوب علاجي وظيفي، يركز على نظرية الإطار العلاقي (RFT) التي ترى أن السبب الرئيسي للموقف الإشكالي للعميل هو عدم المرونة النفسية والجمود النفسي، ويستهدف العلاج تقديم تدخلات علاجية لفظية غير مباشرة، من خلال التقبل، وتحسين الشعور بالتسامي بالذات، والتركيز على الحاضر والاهتمام بالقيم" (٣٥).

د. التعريف الإجرائي للعلاج بالتقبل والالتزام: هو "أسلوب للتدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة المستند على نظرية الإطار العلاقي، ويرتكز على السياق الوظيفي في تشخيص الموقف الإشكالي للمريض، ويهدف إلى تحسين

إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة، وذلك من خلال ممارسة عمليات رئيسية للعلاج، تقدم من خلالها الأساليب والرسائل العلاجية للمريض".

▪ مفهوم الأمراض المزمنة **Chronic illness**:

أ. عرف في قاموس ويبستر **Webster's** بأنه: "هو المرض الذي يستمر قائم لفترة طويلة من الزمن، وتكون ثلاثة شهور فأكثر" (٣٦).

ب. وعرف في قاموس موسبي **Mosby's** بأنه: "الأمراض التي تستمر على مدى فترة طويلة، وقد تكون تدريجية في آثارها فتؤدي إلى العجز الجزئي أو الكامل، أو تؤدي حتى إلى الموت" (٣٧).

ج. أما شيلي تايلور فقد عرفه بأنه: "الأمراض التي تستمر لفترة طويلة ولا تتوقف ولا يمكن الشفاء منها في العادة" (٣٨).

التعريف الإجرائي للأمراض المزمنة: تحدد الأمراض المزمنة في الدراسة الحالية تبعاً لتعريفها في منظمة الصحة العالمية بانها "الامراض التي تدوم فترة طويلة وتتطور بصورة بطيئة".

▪ مفهوم إدارة الذات **Self – Mangement**:

أ. تعرف إدارة الذات على أنها: " مساعدة المريض على اكتساب المهارات والتعلم الذاتي بمساعدة المهنيين واعتماده على نفسه بغرض التعامل اليومي مع المرض " (٣٩)، ويتم ذلك من خلال التعامل مع المرض من خلال الأبعاد الآتية: (الحصول على المعلومات الكافية عن المرض. ممارسة أنشطة ترتبط بالظروف المرتبطة بالمرض. القدرة على ممارسة الأداء الاجتماعي).

ب. كما تعرف إدارة الذات بأنها: " تعليم المهارات للمريض للتعامل بصورة طبيعية يومياً والتعامل مع العلاج لزيادة الأنشطة الحياتية ". ويتم ذلك عن طريق برنامج تعليمي قائم على إكساب المريض المهارات وممارسة الاستراتيجيات للتعامل مع المرض، وذلك من خلال (٤٠): (تعليم وتحسين نوعية الحياة للمرضى. التمكين للمريض. القيام بممارسة الاستراتيجيات لتحسين الجوانب السلوكية والاجتماعية والنفسية).

ج. ويعرف أسر وارسى وآخرون (Asra Wasi et, al, 2004) إدارة الذات على أنها " مساعدة المريض للتعامل مع الأعراض للمرض والاستفادة من الموارد المتاحة" (٤١).

د. التعريف الإجرائي لإدارة الذات: مساعدة المريض على اكتساب المهارات والتعلم الذاتي بمساعدة المهنيين واعتماده على نفسه بغرض التعامل اليومي مع المرض والتعامل مع العلاج لزيادة الأنشطة الحياتية عن طريق برنامج تعليمي قائم على إكساب المريض المهارات وممارسة الاستراتيجيات للتعامل مع المرض المزمن.

مراجع الفصل الأول

١. منظمة الصحة العالمية: توقي الأمراض المزمنة استثمار حيوي بالغ الأهمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، ٢٠٠٦م، ص ص ٢-٣ (بتصرف).
2. **Marc Suhrcke & Other** : Chronic Disease, an Economic Perspective, London, Oxford Health Alliance, 2006, PP. 8 – 9 .
٣. **أبو النصر، مدحت**: الإعاقة الجسمية، القاهرة، مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٥م، ص ١٢١.
٤. دايفيد سواتسون: الألم المزمن، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، بيروت، الدار العربية للعلوم، ٢٠٠٠م، ص ص ٣٩ – ٩٨، بتصرف.
٥. **متولي، ماجدة سعد**: المرض المزمن والتغيرات الاجتماعية والنفسية بالأسرة، دراسة ميدانية لأسر أطفال مرضى السكر، بحث منشور، المؤتمر العلمي الخاص، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الأول، ١٩٩١م، ص ص ٢٣١ – ٢٥٥.
٦. **عبد اللطيف، رشاد أحمد**: دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى المشرفين على الموت، مقارنة بين المنظورين الإسلامي والغربي، بحث منشور، المؤتمر الثاني للتوجيه الإسلامي للخدمة الاجتماعية، جامعة الأزهر، والمعهد العالمي للفكر الإسلامي، ١٩٩٣م، ص ص ٢٣٣ – ٢٧٣.
٧. **البياز، راشد سعد**: دور الخدمة الاجتماعية الطبية مع المصابين بأمراض مزمنة خطيرة، بحث منشور، المؤتمر الرابع للتوجيه الإسلامي للخدمة الاجتماعية، والمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ، والمعهد العالمي للفكر الإسلامي، ١٩٩٧م، ص ص ٦٢ – ١٠٦.
8. **Thomas Bodenheimer**: Patient Self – Management of Chronic disease in primary Care, Journal of American Medical Association, Vol (288), 2002 .
9. **Karel – Botha (et, al)**: Biopsychosocial Determinants of Self Management Culturally Diverse, South African Patients with Essential Hypertension, Journal of Health Psychology, Vol 7, No 5, 519 – 531, 2002 .
10. **Mary Gallant**: the Influence of Social Support on Chronic Illness Management: a Review and Directions for Research, Health Education and Behavior Vol 30, No2, 170 – 195, 2003 .
11. **Asra Warsi (et al)**: Self – Management Education Programs in Chronic disease, Arch intern Med, 2004, 164 – 1649 .
12. **Kathleen Farrel (et. Al)**: Chronic Disease Self – Management Improved with Self efficiency, Clinical nursing Research, Vol 113, 2004 .
13. **MaryThoesen**: Supporting Self – Management in Patients with Chronic Illnesses Journal of the American Family Physician, 2005 .
14. **Harvy Idethia**: The Role of Spirituality in the Self Management of Chronic Illness Among Older African and Whites, dis, abst, University of Illinois, 2007 .
15. **Shirley Oris – Green**: Health Care Social Work, in, Encyclopedia of Social Work, 20 The Edition, U. S. A, Washington, NASW Press, Vol 2, 2008, PP. 348 – 353 .
١٦. **غرابية، فيصل محمود**: الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ٢٩.
17. **Patricia Robinson & Other**: Act With Chronic Pain Patients, in Steven C. Hayes & Kirk D, Strosahl Guide to Acceptance and Commitment Therapy, New York, Springer, 2004, PP. 315 – 317.
18. **Hayes C., Steven & Other**: Acceptance and Commitment Therapy : An Experiential Approach to Behavior Change, Paperback Edition, New York, Guilford Press, 2003, PP. 29 – 31 .

19. **Pearson, Adria Nicole:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a Workshop Intervention For Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes, PHS, United States, Nevada, University of Nevada, 2009 .
20. **(ACT) For Adolescents** With Asperger Syndrome and / or Nonverbal Learning Disability, Psy, United States – California, The Wright Institute, 2009 .
21. **Pankey, Julieann:** Acceptance and Commitment Therapy With Dually Diajnosed Individuals, PHD, United States, Nevada, University of Nevada, 2008 .
22. **Hermann, Barbara A:** Dismantling an ACT – Based Intervention For Work Stress : do Values Really Matter ?, PHD, United States, Maine, The University of Maine, 2008 .
23. **Peterson, Rachel D:** Foos For Thought: The Relationship Btween Thought Suppression and Weight Control, PHD, United States, Florida, University of Central Florida, 2008 .
24. **Schwatschenau, Heather:** The Effectiveness of An Acceptance and Commitment Intervention For Work Stress, PHD, United States, Ohio, Bowiling Green State States – Colifornia, The Wright Institute, 2009 .
25. **Saavedra, Koke:** Toward New Acceptance and Commitent Therapy (ACT) Treatment of Probemol Anger For Low Income Minorltles in Substance Abuse Recovery: A randomized Controlled Experiment, PSY, United States, California, Wright Institute, 2008.
26. **Lillis, Jason:** Acceptance and Commitment Therapy For The Treatment of Obesity – Related Stigma and Weight Control, PHD, United States, Nevada University, 2007 .
27. **Beraekkan, Kathlyn Claire:** An Acceptance and Commitment Therapy Intervention For Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder Preliminary Outcomes of A Controlled Group Compatison, PSY. D, United States, Kentucky, Spalding University, 2007 .
28. **Twohig, Michoel P.:** A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Versus Progressive Relaxation Lrainina in The Treatment of Obsesslve Compulsive Disorder, PH. D, United States, Nevada University of Nevada, 2007 .
29. **Petrssen, Connie Lynn:** Treatment of Comorbid Depression and Alchol Use Disorders in an Inpatient Setting : Comparison of Acceptance and Commitment Therapy Versus Treatment as Usual, PHD, United States, Kansas Wichita State University 2007 .
30. **Pellowe, Maura E.:** Acceptance and Commitment Therapy as A Treatment For Dysphoria, PJ. D, United Ststes, Wyoming, University of Wyoming, 2006 .
31. **Dalrmples, Kristy L.:** Aceprance and Commitment Therapy For Generalized, PH. D, United States, Pennsylvania, Drexel University, 2005 .
32. **Gregg, Jennifer Ann:** A Rendomized Controlled Effectiveness Trial Comparing Patient Education With and Without Acceptance and Commitment Therapy For Type 2 Diabetes Self – Management, PHD, United States, Nevada, University of Nevada, 2004
٣٣. الرخاوي، يحيى: العلاج بالقبول والالتزام، ندوة في مستشفى دار المقطم للصحة النفسية، بتاريخ ٢٠٠٦/١٢/١م.
34. **Sencer Sinith & Steven C. Hayes:** Get Out of Your Mins and Into Your Life : The New Asseptance and Commitment Therapy, U. S. A, Oakland, New Harbinger Publications, 2005 .
35. **Steven C. Hayes & Other:** What is Acceptance and Commitment Therapy, Op. Xit, P. 29 .
36. **Mitzi Walta:** Webster's New World Misical Didionary, New Jersey, Wiley Rublishing, 3 ed, 2008 .
37. **Mosby's:** Mosby's Medical Dictionary, U. S. A, Mosby Publishing, 8 ed, 2008 .
٣٨. تايلور، شيلي: علم النفس الصحي، ترجمة: وسام درويش بريك، وفوزي شاكرا داود، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ٨٨١.

الفصل الثاني

الخدمة الاجتماعية ورعاية المرضى بأمراض مزمنة بين الحاضر والمستقبل

مقدمة:

يعد توافر الرعاية الصحية أحد العناصر الرئيسية للتنمية البشرية، وتشمل الرعاية الصحية تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية والحفاظ على الصحة العامة، وتعتمد كفاءة الرعاية الصحية على أسس محددة أهمها: توافرها للمواطن بالقرب من مكان معيشته وعمله، وجودتها المعيارية، وسهولة حصول المواطن عليها، وقدرته على تحمل تكاليفها. ولا شك أن حق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية المناسبة يجب أن يعتمد على احتياجاتهم وليس على قدرتهم على تسديد تكاليفها، فالرعاية الصحية تتوفر بطبيعة خاصة وهي أن الطلب عليها غالباً ما يكون مفاجئاً وغير متوقع من جانب المواطن وقد يأتي طلبها في ظروف مادية غير مناسبة للإنسان^(١). الرعاية بصفة عامة هي " الجهود التي تبذل لتحقيق الحاجات الأساسية للفرد والمجتمع من غذاء وتعليم وصحة وتأمين .. إلخ^(٢)، ولذلك نجد أن الحاجة إلى الرعاية الصحية تعد من حاجات الإنسان الأساسية، ولقد شارك جميع المتخصصين في مهن المساعدة الإنسانية كلاً حسب طبيعة دوره المهني في إشباع الحاجة إلى الرعاية الصحية، وذلك لتجنب ظهور المشكلات الصحية في المجتمعات البشرية بصفة عامة.

ومن جانبنا نرى أن التعاريف التي تصدر عن منظمة الصحة العالمية تصل إلى درجة القواعد واللوائح لما للمنظمة من مكانة دولية في مجال الرعاية الصحية، وقد اهتم التعريف بالتأكيد على ضرورة العمل الفريقي.

أما الرعاية الصحية كمصطلح يتضمن مجموعة الأنشطة التي تهدف إلى علاج المرض، والوقاية من الإصابة به والكشف عن الاضطرابات الجسمية والعقلية وتدعيم مستويات الصحة النفسية الجيدة لجميع أفراد المجتمع، ويتضمن ذلك المحاور الآتية^(٣):

- محور فريق العمل كالأطباء والمرضى والاختصاصيين الاجتماعيين.. إلخ.
 - ومحور المؤسسة بما يتضمنه من أجهزة وتسهيلات تمارس في مؤسسات صحية متعددة.
- وهي أيضاً مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها مثل الاهتمام بصحة البيئة من مسكن ومياه وغذاء، وتصريف الفضلات، وكذلك حملات التحصين والتطعيم التي تنظمها ضد الأمراض المعدية والخطيرة مثل شلل الأطفال والكزاز والسعال الديكي وغيرها^(٤).

من ناحية أخرى يرتبط تقدم الرعاية الصحية بتقدم المجتمع وتطوره وارتفاع مستوى معيشة أفرادهم وزيادة درجة الوعي الصحي وحماية البيئة من التلوث وغيرها. وتعد الرعاية الصحية تبعاً لذلك جانباً متأثراً بالحياة الاجتماعية سلباً وإيجابياً، فالفقر مثلاً يفرض على الإنسان أن يعيش في مسكن غير صحي وأن يحرم من الغذاء الجيد إن لم يحرمه من الحصول على الغذاء بشكل كامل،^(٥) وسنعرض في هذا الفصل لمبحثين تتناول الخدمة الاجتماعية ورعاية المرضى بأمراض مزمنة بين الحاضر والمستقبل.

المبحث الأول: حاضر الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية:

أولاً: ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية:

يقصد بالخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والصحي تلك الجهود المهنية التي يقوم الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية والصحية تجاه المستفيدين من خدمات تلك المؤسسات من المرضى، وما يقوم به أيضاً مع البيئات المختلفة لهؤلاء المرضى خارج المؤسسات الطبية والصحية، لكي تحقق للمرضى أقصى استفادة ممكنة من العلاج والتماثل للشفاء على يد الفريق الطبي الذي يتعامل معه، وبما يحقق بالتالي القدر الأوفر من الأداء الاجتماعي بأقصر وقت ممكن^(٦). ومن ناحية أخرى فعائد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية هو تحقيق هدف الممارسة المهنية، أي التغييرات الكيفية الإيجابية التي تحدث لدى العملاء نتيجة الممارسة المهنية في إطار العمل الفريقي بالمؤسسة، وفيما يتعلق بهدف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية فنقسمه من جانبنا إلى ما يلي:

١. **الهدف مع العملاء:** فيما يتعلق بالهدف مع العملاء فقد أكد " روث Ruth " على أنه يجب على الأخصائيين الاجتماعيين مساعدة المرضى على تعديل أسلوب حياتهم بما ينسب لمراحل نموهم وظروفهم^(٧). كما أكدت " سالي Salie " على أهمية دور الخدمة الاجتماعية بالمستشفيات في تغيير أسلوب حياة المرضى حتى يستطيع المريض أن يتوافق مع نفسه ومع البيئة المحيطة به^(٨). وعلى نفس المعنى أكد " دومان Doman " على ضرورة اهتمام الخدمة الاجتماعية في نسق الرعاية الصحية بتحسين أسلوب حياة المرضى، وعلى الخدمة الاجتماعية في هذا الصدد أن تراعي ما يلي (الاهتمام بالمشكلات البيئية، الاهتمام بالمخاطر الصحية، دراسة العلاقة بين أسلوب الحياة والصحة، وارتباط ذلك بالعناصر الثقافية والسياسية والاقتصادية)^(٩).

كما أكد " راشد الباز " على أنه لدى الأخصائيين الاجتماعيين إعداد مهني يساعدهم على الممارسة في مجال الرعاية الصحية بصفة عامة وعلى مساعدة المريض على الالتزام بالإرشادات

الطبية التي يقصد بها اتباع المريض للتعليمات والنصائح التي يوصى بها الطبيب سواء كان ذلك يتعلق باستخدام الدواء أو اتباع أسلوب الحياة للمرضى (١٠).

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

٢. **الهدف مع المؤسسة:** فيما يتعلق بهدف الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية مع المؤسسة نجد أنه يتمثل في مساعدة المؤسسة على تحقيق هدفها العام، وبذلك نجد أن المؤسسات التي تعمل في مجال الرعاية الصحية تتماثل أهدافها العامة مع الأهداف العامة للرعاية الصحية فنجد مؤسسات هدفها العام (الوقاية) مثل مراكز رعاية الأمومة والطفولة، والمراكز الصحية الحضرية، والوحدات الصحية الريفية، ونجد مؤسسات هدفها العام (العلاج) مثل المستشفيات بجميع أنواعها ومستوياتها، ونجد مؤسسات هدفها العام (التأهيل) مثل مراكز تأهيل المعوقين. وفي هذا الصدد نجد أن الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية تسعى إلى مساعدة المؤسسة على تحقيقها هدفها العام في إطار فريق عمل متعدد التخصصات المهنية.

ثانياً: عناصر الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية:

- قدم العديد من المتخصصين تعاريف للممارسة نذكر منها ما يلي:
- هي التطبيق العملي للافتراضات النظرية، وهي طريقة امتحان صحة أو خطأ تلك الافتراضات، والممارسة هي المقياس السليم لما هو ممكن ولما هو مستحيل وتقتضي الممارسة لتحقيق أهداف الفرد توفر الحرية والمسئولية (١١).
 - الممارسة تعني جهداً يقوم به الممارس، وهو جهد عقلي بالدرجة الأولى ويستند إلى قاعدة من القيم والمعارف في محاولة للفهم والتحديد والوصول إلى علاج ومواجهة المشكلة التي تتعامل معها الممارسة (١٢).
 - الممارسة هي تكرار حدوث استجابة معينة، أو عدة استجابات متزامنة مع مثير معين، وكلما زاد تكرار الحدوث زادت الفاعلية .. وتلعب الممارسة دوراً أساسياً في تحسين مستوى الأداء، وأفضل أنواع الممارسة هو ما أتبعه تعزيز للاستجابات الصحيحة، وأيضا ما كان موزعاً على فترات تسمح براحة الممارس (١٣).
 - أما الممارسة المهنية هي كل أشكال وأساليب التدخل المهني وما يترتب عليه من إجراءات وتدابير يتم من خلالها تحديد المشكلات والمواقف والعملاء ومهام العمل ومسئوليته سواء على المستوى الفردي أو الجمعي أو المجتمعي، وما يلزم لذلك من توافر بعض المتطلبات والموارد والامكانيات (١٤).

- كما يقصد بممارسة الخدمة الاجتماعية الانتقال بمعارف الخدمة الاجتماعية ومهاراتها في تقديم برامج الخدمة الاجتماعية بالأسلوب الذي يتفق مع قيم الخدمة الاجتماعية^(١٥).
من ناحية أخرى تعد الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية أحد المجالات النوعية للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، وهي بالتالي تتماثل في عناصرها مع العناصر المستمدة من المهنة الرئيسية وسوف نحاول تقديم تصور لعناصر الممارسة في مجال الرعاية الصحية يتضمن العناصر الآتية:

(أ) **القاعدة المعرفية:** للقاعدة المعرفية أهمية في الخدمة الاجتماعية ويرجع ذلك لأنها تمثل الأساس الذي تستند إليه المهنة في اكتساب صفة العلمية وأضفتها على أنشطتها وممارستها. وهي التي تميز الممارس عن رجل الشارع في تناوله للمشكلات التي يتعامل معها، والأساليب التي يستخدمها في السلوك الذي يتوصل إليه. كما أن المعرفة العلمية التي تستند إليها - ما هي إلا وسائل فعالة ترفع من كفاءة وفاعلية المهنة. وتحرص الخدمة الاجتماعية على أن تكون هذه المعارف متوفرة أمامها في المواقف الإنسانية وأن تتسق مع قيمها المهنية الأساسية. فمهارات التدخل المهني تتبع من الأساس المعرفي للمهنة ومن قدرة الأخصائي الاجتماعي على أن ينتقي بشكل تفصيلي ما يناسب العملاء الذين يتعامل معهم في ذلك المجال الواسع من المعارف المتوافرة أمامه^(١٦).

وفي مجال الرعاية الصحية على الأخصائي الاجتماعي أن يكون مستوعبا للمعارف العلمية المتعلقة بالصحة والمرض من جميع الجوانب ليست الاجتماعية فقط بل أيضا الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية، فضلا عن معارف متصلة بأعضاء فريق العمل مثل الطبيب، أخصائي التغذية .. إلخ، وتلك المعارف تقدم في مرحلة الإعداد (المرحلة الجامعية الأولى) وتستكمل من خلال التعليم المستمر إما بالدورات التدريبية، أو خلال الدراسات العليا.

(ب) **القيم:** الخدمة الاجتماعية منذ نشأتها قد تبنت مجموعة من القيم متمثلة في المبادئ التي تحكم ممارستها مثل حق تقرير المصير، القبول.. وغير ذلك، ومن ثم فالأخصائي الاجتماعي في ممارسته للمهنة عليه التزام أخلاقي نحو كل عملائه وزملائه في المهنة، والمنظمة التي يعمل فيها، المهنة ذاتها والمجتمع^(١٧)، يضاف إلى ذلك أهمية احترام حقوق المرضى والتي تتمثل فيما يلي^(١٨):
- حق المريض في الرعاية المتكاملة المعقولة والمحترمة والمستمرة حتى يتم شفائه بصرف النظر عن جنسه، لونه، معتقداته.

- حق المريض في الاستجابة الفورية له حين يطلب الرعاية.
- حق المريض في سرية المعلومات عنه وعن حالته الصحية وعدم مناقشتها أمام الآخرين.
- حق المريض في معرفة قواعد ولوائح وسياسة المستشفى المطبقة عليه والخاصة بحالته.

- حق المريض في شرح المعلومات الخاصة بالتشخيص والعلاج وفرصة الشفاء له أو لعائلته حسب الحاجة.
 - حق المريض في شرح علاقة المستشفى بالمراكز المتخصصة الأخرى التي ربما يحتاج إليها لتكملة علاجه.
 - حق المريض في احترام كرامته وقيمه وذاتيته وقبوله كما هو واحترام تفاصيلها له.
 - حق المريض في المحافظة عليه من الأخطار المختلفة كالوقوع - الإهمال والحرائق - العدوى.
 - حق المريض في رفض العلاج في حدود القانون مثل رفضه العملية أو فحوصات معينة هو أو ذويه.
 - حق المريض في تقديم النصح له أو للأب والأب في الموافقة على العلاج المناسب لحالته.
 - حق المريض في المعرفة مسبقاً إذا كانت المستشفى سوف تجري عليه أبحاث أو اختبارات أو تعليم للطلبة وحقه في الرفض أو القبول بالمشاركة هو أو ذويه.
 - حقه في زيارة أهله له في الأوقات المسموح بها حسب اللوائح المعمول بها المستشفى وحقه في إرسال خطابات.
 - حقه في تكملة دراسته عند انقطاعه عن المدرسة ودخوله الامتحانات وذلك بالتنسيق مع الأخصائية الاجتماعية والمدرسة.
 - حقه في أقل قدر من تحديد حركته عدم ربطه في السرير في حالة فقد الوعي.
- (ج) الأهداف: وقد سبق توضيح أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية.
- (د) التصديق المجتمعي: لقد منح المجتمع التصديق للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، ومن ثم طرقها الفرعية منذ البدء في إنشاء المعاهد العليا والكليات لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين، وإحاقهم بالعمل في مختلف المجالات والمؤسسات، ويجب على الأخصائيين الاجتماعيين في مجال الرعاية الصحية في ظل التقدم السريع للعلوم الطبية أن يسعوا إلى تعظيم عائد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية حتى يستمر التصديق المجتمعي للمهنة في ظل مجتمع يتجه إلى الاقتصاد الحر، والمنافسة لصالح العميل والرغبة في تحقيق مجتمع المعرفة.
- (هـ) الطريقة أو المنهج: بعد ما تقدم من عناصر يصبح من غير المنطقي أن يمارس الأخصائي الاجتماعي عمله، بشكل عشوائي أو تعتمد الممارسة على الاجتهاد الشخصي. لذا يجب أن تقوم الممارسة على نماذج علمية ثبت بالتجريب صحتها وتتضمن المؤلفات العديدة للخدمة الاجتماعية توضيح لممارسة النماذج حسب تقسيم الطرق المهنية الرئيسية (خدمة الفرد، خدمة الجماعة، تنظيم المجتمع).

المبحث الثاني: الرؤية المستقبلية للخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية

أولاً: أهمية الرؤية المستقبلية للخدمة الاجتماعية في مجال الأمراض المزمنة:

للأمراض بمختلف تصنيفاتها (*) آثار سلبية بدرجات متفاوتة ومتعددة على كل من الفرد والأسرة والمجتمع، وهو ما دفع منظمة الصحة العالمية إلى ترسيخ مفهوم العمل مع الأفراد والأسر والمجتمعات (*) كمفهوم رئيسي في تعزيز الصحة لقطاعات سكانية متعددة، فالمرض يؤثر على الفرد، وخاصة مكونات الشخصية (الجسمية، والعقلية، والنفسية، والاجتماعية)، وكذلك على الأسرة خاصة تماسكها وتفاعلها، وأيضاً على المجتمع عامة، وقد لا تظهر تلك الآثار السلبية عندما تكون دورة حياة المرض قصيرة مثل بعض حالات الزكام أو الألم الأسنان، أو الإسهال .. إلخ، وعلى العكس من ذلك عند الإصابة بأحد الأمراض المزمنة والتي تدوم لفترات طويلة وتلازم الفرد على مدار حياته لتظهر الآثار السلبية للمرض المزمن.

وفي هذا الصدد يرى "رشاد أحمد عبداللطيف" أن الأمراض المزمنة تعد أمراض اجتماعية لأنها ترتبط في أساليب المواجهة الخاصة بها بالجوانب الاجتماعية والثقافية للمريض وأسرته والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، وأن من أهم الآثار الاجتماعية والنفسية التي يعاني منها المصاب بالأمراض المزمنة ما يلي^(١٩): (المعيشة تحت قيود معينة. العزلة الاجتماعية. ضعف الثقة بالنفس. الاعتمادية).

هذا وتؤكد منظمة الصحة العالمية في أحد تقاريرها أن أثر الأمراض المزمنة في كثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يتعاظم بإطراد، ومن الأهمية بمكان التحسب للأهمية المتزايدة التي تكتسبها الأمراض المزمنة وفهمها والعمل على التصدي لها ، ويقنضي ذلك انتهاج أسلوب جديد لتعزيز الجهود المبذولة في مجال توقي ومكافحة الأمراض المزمنة، ويؤكد ذات التقرير أن الأمراض المزمنة أدت إلى حدوث ٣٥ مليون حالة وفاة، وأن نسبة ٨٠% من الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وتحدث هذه الوفيات بأعداد متساوية بين الرجال والنساء، وأنه يوجد استمرار في زيادة أعداد الأفراد والأسر والمجتمعات التي تصاب بالأمراض المزمنة^(٢٠).

كما يؤكد " تحالف اوكسفورد الصحي The Ocford Health Aliance " أن الأمراض المزمنة لم تعد أمراض الأثرياء، أو كبار السن الأثرياء فقط بل أصبحت الأمراض المزمنة وعوامل الخطر المرتبطة بها تصيب الكثير من الفقراء وأصحاب الدخل المتوسط، وأصبح لها تأثيرات وعواقب اقتصادية متعددة تظهر على الفرد والجماعات والأسر والمجتمع بصفة عامة، والتي منها تكلفة المرض، والتأثيرات السلبية على استهلاك وإدخارات المريض، وكذلك على سوق العمل، وتراكم رأس المال البشري، والحد من جهود التنمية الاقتصادية بصفة عامة^(٢١).

هذا ومن أبرز سلبيات المرض المزمن على الفرد التأثير على النشاط اليومي، بحيث تصبح بعض الأعمال العادية صعبة، أو حتى مستحيلة. وتدور تلك التأثيرات في 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 في المشاعر تدور بدورها في حلقة مفرغة تبدأ بالخوف والقلق، الآمال والوعود، الحنق والغضب، الشعور بالذنب، عودة الأمل ومن بعده الاكتئاب. لذلك تعد الخطوة الأولى في العلاج النفسي والاجتماعي للمريض بمرض مزمن هو الاعتراف بوجود مشاعر سلبية لدى المريض خاصة إحساسه وشعوره بالخسارة؛ خسارة الشخص السليم الذي كان فيما مضى يتمتع بحرية، الخصوصية، الاكتفاء في العمل، الهوية الممتعة، الحميمية الجنسية، العلاقات الأسرية السوية، اللقاءات مع الأصدقاء، مشاعر القوة والثقة، الشعور بالسعادة (٢٢).

بناءً على ما تقدم أصبح من الأهمية أن يتضمن فريق العمل في مجال الرعاية الصحية عامة ورعاية المرضى بأمراض مزمنة خاصة، الأخصائي الاجتماعي لما لديه من استعداد شخصي وإعداد مهني يساعده في أداء أدوار مهنية ضمن فريق العمل، والتي منها تحسين أسلوب حياة الأفراد والأسر في تمكينهم من السيطرة على عوامل الخطر واكتساب المعارف والمشاعر والسلوكيات التي تعزز من الصحة وتقي من الإصابة بالأمراض عامة والمزمن منها خاصة، ودور مهني آخر يرتبط بالمستوى العلاجي في الممارسة يدور حول مساعدة الأخصائي الاجتماعي للمريض بمرض مزمن على تقبل العلاج الطبي والالتزام بتعليمات وإرشادات الطبيب المعالج، ودور مهني ثالث يرتبط بالمستوى التأهيلي في الممارسة من خلال مساعدة المريض على إنماء قدراته الوظيفية والتوافق النفسي والاجتماعي للمريض بمرض مزمن.

ويرى هنا " **طلعت مصطفى السروجي** " أنه يمكن بلورة دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى بأمراض مزمنة في التدخل لمساعدة المريض والأنساق الأخرى مثل النسق الأسري في تقبل المريض لعدم عزله اجتماعياً، وتدعيم ثقة المريض في ذاته وقبل كل ذلك عليه الاكتشاف المبكر حتى يمكن التشخيص المبكر لحالات المرض المزمن ووضع خطة العلاج الطبي المناسبة، وكذا العلاج الاجتماعي (٢٣).

هذا ويؤكد " **جرين Green** " على أن تحقيق الأهداف وجودة الخدمات في مجال الرعاية الصحية تقاد بواسطة الدور الفعال الذي يمارسه الأخصائيين الاجتماعيين في مساعدة المرضى وأسرتهم، وكذلك الدور الفعال مع أعضاء فريق الرعاية الصحية في مساعدتهم على تفهم مشاعر وسلوكيات المريض التي تؤثر في تفعيل العلاج الطبي (٢٤).

فإذا كان المرض يؤدي إلى مشكلات واختلالات نفسية تبدو على هيئة مشاعر سلبية مختلفة فهذه المشاعر تزداد مع طول مدة المرض وعدم التمكن من الشفاء ليصبح مرضاً مزمنًا، وهنا يحتاج المريض في هذه الحالة إلى مساعدة مهنية فنية ترفع من مستوى قدراته الذاتية على مواجهة الحالة وأن يتقبل المرض وأن يتجاوب مع العلاج وفقاً لمقتضيات الاستشفاء، وتمشياً مع تلك المقتضيات أصبح للخدمة الاجتماعية دور ووظيفة في مجال الرعاية الصحية^(٢٥).

وقد دخلت الخدمة الاجتماعية بأدوارها الفعالة في المجال الطبي من خلال ممارسة طرقها المتعددة، والتي منها طريقة خدمة الفرد^(٢٦)، ويستند التدخل المهني لطريقة خدمة الفرد في مجال الرعاية الصحية عامة، ومجال الأمراض المزمنة خاصة على العديد من النظريات والنماذج المعاصرة للتعامل الفردي في مجال الرعاية الصحية، والتي يجب أن تتسم بالمرونة والديناميكية والسرعة والواقعية، وأن تراعي أولويات الحالات المختلفة، وتستند تلك النظريات في ممارستها على العمل الفردي، وأن يتم مراعاة المكان والزمان والفروق الفردية بين المرضى بأمراض مزمنة^(٢٧).

وقد شهدت برامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية تطوراً سريعاً خلال العقدين الماضيين، وبرزت ملامح هذا التطور في الانتقال من التركيز على عوامل نفسية لا شعورية بعيدة عن القياس والملاحظة إلى عوامل ومسببات إجرائية تخضع لجوانب القياس الإكلينيكي والملاحظة العلمية الدقيقة التي تقترب من الموضوعية وتبعد عن التحيز، وقد ساعد ظهور برامج التدخل المهني التي تعتمد على أصول وتغيرات نظرية ذات طابع تطبيقي على زيارة قدرة وفاعلية الممارسات الإكلينيكية للخدمة الاجتماعية^(٢٨).

ولضمان فعالية التدخل المهني في تحقيق أهدافه يلزم على الأخصائي الاجتماعي مراعاة عوامل واعتبارات متعددة منها: أن تبنى خطة التدخل المهني على أساس من المعرفة العلمية، والعلاقة المهنية الإيجابية، وأن تتواءم خطة التدخل المهني وعملياته مع دافعية العميل ومشاركته وكفاءة الأخصائي الاجتماعي، بالإضافة إلى تحديد مدة زمنية واستراتيجيات وتكنيكات التدخل المهني^(٢٩).

وقد يتصور البعض أن فاعلية التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي أصبحت من الثوابت العلمية التي لا تقبل الاختبار أو النقاش، ولكن الواقع يوضح التشكيك في فاعلية التدخل المهني سواء في الماضي، أو الحاضر، أو عند تحديد ووضع رؤية مستقبلية للتدخل المهني خاصة لطريقة خدمة الفرد مع المرضى بأمراض مزمنة.

وفي هذا الصدد يقدم " عبدالعزیز البريشن " أدلة وحقائق علمية مستخلصة من دراسات وبحوث عربية وأجنبية توضح أن منذ الستينيات من القرن الماضي وأنه توجد مناقشات علمية تطالب بالتأكد من فاعلية التدخل المهني، فالتشكيك في 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 يعني 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 يثبت فاعليتها، فزيادة فاعلية التدخل المهني مطلب علمي^(٣٠).

كما ترى " اليزابيث جي كلارك Elizabeth J. Clark " في مقالة لها بعنوان " مستقبل ممارسة الخدمة الاجتماعية **The Future of Social Work Practice** " إن من أهم التحديات التي تواجه الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المستقبل، بالإضافة إلى الصورة العامة للخدمة الاجتماعية، ومرتببات الأخصائيين الاجتماعيين .. إلخ، تحدي مستقبلي مرتبط بضرورة سعي الأخصائيين الاجتماعيين " الممارسين والباحثين " إلى تقديم الدلائل على فاعلية التدخل المهني، وتفعيل عائد الممارسة، خاصة مع تقدم مهن أخرى مثل الطب والتمريض في تقديم الدلائل على فاعلية تدخلهم المهني مع عملائهم^(٣١).

ويؤكد " طلعت مصطفى السروجي " أن الممارسة الفاعلة المستقبلية ستتطلب نموذجاً واحداً يتوافق مع الواقع العالمي الجديد بتداعياته المختلفة. وأن أي محاولة لتحديد مستقبل الخدمة الاجتماعية يتطلب قراءة الماضي والحاضر في إطار حركات تطور الخدمة الاجتماعية والظروف والأوضاع العالمية المتغيرة التي تعكس هذا التطور ومنطقيته^(٣٢).

تأسيساً على ما تقدم نتضح أهمية إجراء بحوث تطبيقية يكون من أهدافها تطوير التدخل المهني للخدمة الاجتماعية عامة، وخدمة الفرد في مجال رعاية المرضى بأمراض مزمنة خاصة، إذ تساعد نتائج تلك البحوث على إظهار وتوضيح الدلائل والحقائق العلمية التي تحدد درجة فاعلية التدخل المهني، كما انها سوف تساعد على تحديد رؤية مستقبلية لتطوير التدخل المهني لطريقة خدمة الفرد في مجال رعاية المرضى بأمراض مزمنة، الأمر الذي سوف يؤدي إلى اعتماد الأخصائيين الاجتماعيين في المستقبل على ممارسة مهنية تتصف بالكفاءة والفاعلية، وتستند على تصديق مجتمعي يدعم من المكانة الاجتماعية والمهنية للأخصائي الاجتماعي ضمن فريق العمل في مجال الرعاية الصحية بصفة عامة.

هذا وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث وأوراق العمل التي تناولت تحديد رؤية مستقبلية سواء للخدمة الاجتماعية في مجالاتها المختلفة، أو في مجال الرعاية الصحية والأمراض المزمنة، والتي منها ما يلي:

دراسة " محمد عويس وآخرون: ١٩٩٢م " بعنوان: " هوية الخدمة الاجتماعية في مصر رؤية تحليلية ونظرة مستقبلية " وهو البحث الرئيس للمؤتمر الدولي حول الخدمة الاجتماعية والمستقبل في البلاد النامية، وقد تناول البحث سبعة مباحث كل مبحث كان له فريق عمل تناول

بالبحث الميداني تحديد هوية الخدمة الاجتماعية في المجالات السبع (المجال: الطبي، تأهيل المعاقين، المدرسي، رعاية الشباب، تنمية المجتمع المحلي، الدفاع الاجتماعي، العمالي) وانتهى البحث بتحديد رؤية لمستقبل ممارسة الخدمة الاجتماعية في تلك المجالات، وبالنسبة للمجال الطبي فقد أوضحت النتائج السيناريوهات المستقبلية للخدمة الاجتماعية الطبية المستقبلية على النحو التالي^(٣٣):

- السيناريو الأول: تغيير مناهج الخدمة الاجتماعية الطبية.
- السيناريو الثاني: تحديث وتطوير التأهيل للأخصائي الاجتماعي الطبي.
- السيناريو الثالث: استحداث مجالات جديدة وقضايا مستقبلية.
- السيناريو الرابع: التركيز على الدور الوقائي.

دراسة " محمد عويس: ١٩٩٣م " بعنوان: " رؤية مستقبلية في تعليم الخدمة الاجتماعية " وهي دراسة ميدانية استهدفت الإجابة على تساؤل مؤداه " ما هي اتجاهات التطور المستقبلية لبرنامج تعليم الخدمة الاجتماعية بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة؟ " وانتهت نتائج الدراسة التي اعتمدت على آراء الطلاب وأعضاء هيئة التدريس ودراسة بعض الوثائق إلى تحديد رؤية مستقبلية لتطوير خطة التعليم بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة ترتبط بمكونات العملية التعليمية (الطالب، عضو هيئة التدريس، المنهج الدراسي وبرامجه ، الكتاب، المكتبة، التدريب العملي)^(٣٤) .

دراسة " إبراهيم مرعي: ١٩٩٦م " بعنوان: " رؤية مستقبلية لممارسة الخدمة الاجتماعية العمالية " وهي دراسة نظرية تم فيها مناقشة أربعة محاور، وفي المحور الرابع تم مناقشة الرؤية المستقبلية من خلال العناصر التالية: (أهداف الممارسة، مكانة المهنة، مجالات الممارسة، إعداد الأخصائي الاجتماعي، دور الأخصائي الاجتماعي، القوانين والتشريعات، نظريات ونماذج الممارسة)^(٣٥).

دراسة " عبدالفتاح عثمان، وعلي الدين السيد: ١٩٩٦م " بعنوان: " الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الواحد والعشرين، محاولة علمية لاستقراء المستقبل " وهي دراسة نظرية تم فيها مناقشة ثلاثة محاور، وفي المحور الثالث تم تحديد دور الخدمة الاجتماعية وواجباتها لمواجهة التحديات التي سوف تواجه الخدمة الاجتماعية في المستقبل^(٣٦).

دراسة " رشاد عبداللطيف: ١٩٩٨م " بعنوان: " الخدمة الاجتماعية مازق الحاضر وطموحات المستقبل " وهي دراسة نظرية تم فيها توضيح ملامح المازق الحالي للخدمة الاجتماعية، ثم تحديد آليات المواجهة من خلال توزيعها على العناصر التالية: (المهارات، الانفتاح على المجتمع الخارجي، المناهج والقرارات، الطلاب، الأستاذ)^(٣٧).

ودراسة " ماهر أبو المعاطي: ١٩٩٨م " بعنوان: " الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، رؤية مستقبلية " وهي دراسة نظرية تم من خلالها عرض ومناقشة ثلاثة محاور، وفي المحور الثالث تم عرض استراتيجية وآليات الخدمة الاجتماعية لمواجهة تحديات القرن الحادي والعشرين (٣٨).

ودراسة " احمد عبدالفتاح: ٢٠٠٠م " بعنوان: " الخدمة الاجتماعية المستقبل والتحديات " وهي دراسة ميدانية من أهدافها التوصل إلى تصور مستقبلي للخدمة الاجتماعية خلال القرن الواحد والعشرين من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس، وأوضحت النتائج التصور المستقبلي من خلال المستويات التالية: (المؤسسة، المهنة، المستوى الحكومي) (٣٩).

ودراسة " ماهر أبو المعاطي: ٢٠٠٨م " بعنوان: " الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية وتفعيل خدمات رعاية المسنين في الوطن العربي (رؤية مستقبلية) " وهي دراسة نظرية تم من خلالها عرض ومناقشة أربع محاور، ويتمثل المحور الرابع في خطوات التدخل المهني لتفعيل خدمات رعاية المسنين من منظور مستقبلي (٤٠).

ورقة عمل " رشاد عبداللطيف: ٢٠٠٨م " بعنوان: " أساليب تطوير الممارسة العامة لمهنة الخدمة الاجتماعية وتطوير الخدمات الطبية للمريض"، واستهدفت الورقة تحديد التغييرات التي حدثت في أساليب الممارسة كي تواكب التغيير الذي يحدث في المجال الطبي، وقد تضمنت الورقة طرح اثني عشر بُعد من أبعاد تطوير ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي بصفة عامة (٤١).

كما يجب الإشارة إلى توصيات أحدث مؤتمرات الخدمة الاجتماعية وهو " مؤتمر: الرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين (N A S W) National Association of Social Workers والذي عقد في واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية في الفترة من ٢٢ - ٢٣ أبريل ٢٠١٠م، وقد تضمنت تلك التوصيات حلول قدمها المؤتمر لتطوير مهارات الأخصائيين الاجتماعيين في المستقبل والتي يمكن إجمالها فيما يلي (٤٢):

١. استخدام التكنولوجيا لخدمة العملاء بطريقة أخلاقية وعملية.
٢. الحفاظ على تقديم الخدمات الاجتماعية.
٣. تحسين التوظيف.
٤. الاهتمام بالتدريب والتعليم المستمر.
٥. التوسع للممارسة في القطاعين العام والحكومي.
٦. تحديد الصفات الشخصية والمهنية للجيل الجديد المقبل من الأخصائيين الاجتماعيين.

من نتائج وتوصيات الدراسات والبحوث وأوراق العمل والمؤتمرات، بالإضافة إلى الاستدلال النظري السابق تستخلص الباحثات بعض الملاحظات التحليلية التالية:

١. لم نجد - في حدود علمنا - دراسة أو بحث تناول تحديد رؤية مستقبلية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المرضى بأمراض مزمنة، على الرغم مما قد اتضح سلفاً من أهمية مجال رعاية المرضى بأمراض مزمنة عامة ولطريقة خدمة الفرد خاصة، وما قد اتضح أيضاً من أهمية تحديد رؤية مستقبلية للتدخل المهني.

٢. توجد دراسة واحدة عملية "محمد عويس وآخرون: ١٩٩٢م" تناولت تحديد رؤية مستقبلية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، وقد تناولت دور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من منظور شمولي، بالإضافة إلى ورقة عمل "رشاد عبداللطيف: ٢٠٠٨م" تضمنت اثني عشر بُعد من أبعاد تطوير ممارسة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة في المجال الطبي.

٣. تناولت الدراسات والبحوث وأوراق العمل المجالات النوعية للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية (مجال تأهيل المعاقين، المجال المدرسي، مجال رعاية الشباب، مجال تنمية المجتمع المحلي، مجالات الدفاع الاجتماعي، مجال الخدمة الاجتماعية العمالية، مجال تعليم الخدمة الاجتماعية، مجال رعاية كبار السن)، وذلك بهدف تحديد رؤية مستقبلية للخدمة الاجتماعية.

٤. يمكن تقسيم ما تقدم إلى بحوث ميدانية / امبيريقية Field / Empirical وهي بحوث " محمد عويس وآخرون: ١٩٩٢م"، "محمد عويس: ١٩٩٣م"، "أحمد عبدالفتاح ناجي: ٢٠٠٠م"، والأخرى هي بحوث نظرية Theoretical لها أهداف وقراءة تحليلية نظرية فقط، وهي بحوث "إبراهيم مرعي: ١٩٩٦م"، "عبدالفتاح عثمان، وعلي الدين السيد: ١٩٩٦م"، "رشاد عبداللطيف: ١٩٩٨م"، "ماهر أبو المعاطي: ١٩٩٨م، ٢٠٠٨م".

٥. اعتمدت البحوث الميدانية السابقة في تحديد الرؤية المستقبلية للخدمة الاجتماعية على منهج تحليل المحتوى لاستقراء الحاضر والماضي بهدف الوصول إلى السيناريوهات المستقبلية للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

ثانياً: إطلالة عامة على الأمراض المزمنة:

على الرغم من أن الصحة والمرض يشكلان معاً ثنائية عرفت منذ قرون عديدة خلت، حينما انتشرت الأوبئة والأمراض التي حصدت آلاف بل وملايين الأرواح، في العديد من المجتمعات الإنسانية، إلا أنها حظيا في القرن الحالي باهتمام ملحوظ، سواء على المستوى الوطني أو على المستوى الدولي، نظراً لارتباطهما الوثيق بأسمى حقوق الإنسان، ألا وهو حق الإنسان في الحياة،

إذ يعد الاهتمام بحق الإنسان في الحياة والصحة أهم سبل تحقيق الأمن الإنساني في مفهومه الواسع^(٤٣).

وفيما يتعلق بالأمراض، فلعل بالإمكان تقسيمها إلى ثلاث مراحل زمنية من تاريخ المجتمعات البشرية، المرحلة الأولى وهي المرحلة التي تميزت بمعدلات مرتفعة من الوفيات، وذلك من خلال الإصابة بالأمراض المعدية، والمرحلة الثانية حدث بها انخفاض كبير ومباشر في تأثير كثير من الأمراض المعدية نتيجة التدابير المتعددة لحفظ الصحة، والمرحلة الثالثة من بداية القرن العشرين أصبح بها تحول رئيسي في مسببات الوفاة، وأصبح من الأسباب الرئيسية للوفاة في الوقت الحالي ما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة^(٤٤).

وإذا كانت أمراض العصر الحالي هي الأمراض المزمنة فيجب أن نعرف أنها قد أصبحت نتيجة تشيخ السكان والتحول في التعرض لعوامل الخطر المسبب للوفيات ولحالات العجز المبكرة، فقد كانت عدد حالات "السكري" عام ٢٠٠١م في 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 في معدلات انتشار كل من البدانة والسرطان وأمراض القلب، والأوعية وفقر ضغط الدم والأمراض النفسية، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن الأمراض المزمنة ستكون مسؤولة عن ثلثي العبء العالمي للأمراض بحلول عام ٢٠٢٠م^(٤٥)، وهو ما دفع ذات المنظمة إلى أن تحدد الغرض الاستراتيجي لها في عام ٢٠٠٨م بأنه توقي وتقليص المرض والعجز والوفاة المبكرة بسبب الأمراض غير السارية المزمنة والاضطرابات النفسية، والعنف والإصابات^(٤٦).

والأمراض المزمنة تضم مدى واسع يبدأ بالحالات البسيطة مثل فقدان السمع جزئياً، ويمتد ليصل إلى حالات خطيرة تهدد الحياة مثل أمراض السرطان والقلب والسكري، ومما لا شك فيه أن هناك العديد من الأمراض المزمنة التي تترك آثاراً بالغة في مختلف نواحي حياة المريض، فكثير ما يواجه المرضى بأمراض مزمنة حالة من عدم التوازن الجسمي والنفسي والاجتماعي، حيث يكتشفون أن أساليب حياتهم الاعتيادية في التوافق مع المرض ليست فعالة، ليبدأ المريض شيئاً فشيئاً يدرك كيف سيغير المرض المزمن أسلوب حياته^(٤٧)، كما أن المرض المزمن (الجسمي) يرتبط ارتباطاً جوهرياً بقلق الموت، إذ يزداد قلق الموت لدى من يعانون من أمراض جسمية مزمنة^(٤٨).

ثالثاً: التدخل المهني مع المرضى بأمراض مزمنة:

نظراً لما اتضح سلفاً من الآثار السلبية للمرض المزمن على الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية على المريض، أصبح لا يستطيع الأطباء والمرمضات وبقية أفراد الفريق الصحي إنقاذ المرضى من الأمراض والأزمات الصحية التي يعانون منها بصفة عامة دون وجود

الأخصائيين الاجتماعيين معهم، وذلك لأن المرضى لا يحتاجون إلى الرعاية الطبية التي تعالج أمراضهم البدنية فحسب، بل يحتاجون إلى الرعاية الاجتماعية والنفسية أيضاً، والتي يقدمها الأخصائيين الاجتماعيين الذين ينبغي استخدامهم في مؤسسات الرعاية الصحية لكي يتعاونوا مع أعضاء الفريق الصحي في إنقاذ المرضى من الأمراض عامة والمزمن منها خاصة (٤٩).

ومن الجدير بالذكر أن هناك بعض الأمراض يكون سببها العوامل الاجتماعية والذي يعود إلى نمط الثقافة السائدة في المجتمع لتتضح هنا أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية وجميع العوامل الاجتماعية والنفسية في خطة علاج المريض، كما يدرك الأخصائي الاجتماعي أهمية الظروف البيئية المصاحبة للمريض والتي لها أثر سلبي، كما يهدف الأخصائي الاجتماعي إلى ربط المؤسسة الطبية بالمجتمع الخارجي ومؤسساته، وذلك للاستفادة من الإمكانيات في استكمال خطة علاج المريض (٥٠). كل ذلك من منطلق مؤداه أن المريض وحدة نفسية جسمية اجتماعية متكاملة مترابطة، ويكون المريض من مسئولية الأخصائي الاجتماعي، ويكون المرض من مسئولية الطبيب، الأمر الذي يؤكد على أهمية وجود الأخصائي الاجتماعي ضمن فريق الرعاية الصحية (٥١).

وتاريخياً تعتبر إنجلترا وأمريكا من أوائل البلاد التي مهدت لدخول الخدمة الاجتماعية مجالات الرعاية الصحية، ويعود الفضل في إرساء دعائم الخدمة الاجتماعية الطبية للدكتور ريتشارد كابوت عام ١٩٠٥م في مستشفى مامساوشوستي العمومي، الذي كان له الفضل في ظهور الخدمة الاجتماعية الطبية كمهنة، وفي مصر دخلت الخدمة الاجتماعية الطبية إلى المستشفيات عام ١٩٤٥م، وبدأت التجربة بقسم الرمد بمستشفيات قصر العيني (٥٢).

وقد استمر عمل الأخصائيين الاجتماعيين في كافة مجالات الرعاية الصحية خاصة مع الأشخاص المصابين بأمراض القلب أو السكر أو فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، أو بعض الأمراض المزمنة الأخرى، ويلعب الأخصائيون الاجتماعيون أدوار متعددة مع المرضى المصابين بأمراض مزمنة خاصة فيما يتعلق بتحسين أسلوب حياة المريض بمرض مزمن (٥٣).

وبصفة عامة ترتبط الخدمة الاجتماعية بمجال الرعاية الصحية نظراً لما يمكن أن تساهم فيه من تحقيق أهداف الرعاية الصحية باعتبارها مهنة تمكن المريض من الاستفادة ببرامج العلاج وتذلل الصعوبات المختلفة التي تباعد بين المريض وبين رعايته صحياً علاجاً ووقاية، إلى جانب التعامل مع أسرة المريض حتى تكون خدماتها على قدر كاف من التكامل والكفاءة لتشمل خدمات علاجية ووقائية وإنشائية (٥٤).

والخدمة الاجتماعية تتصدى لهذه الحالات (المرضى بأمراض مزمنة، وغيرهم) بواسطة طرق ومناهج متعددة، والتي منها طريقة خدمة الفرد والتي تعتبر الأداة الأساسية للعمل مع الحالات الفردية التي فقدت التوافق والتوازن في أداء أدوارها الاجتماعية في المجتمع الذي يعيش فيه، وخدمة

الفرد ليست خدمة Service تقدم لمن يطلبها، ولكنها طريقة علمية Method بواسطتها تقدم الخدمة أو الرعاية^(٥٥).

وممارسة الأخصائي الاجتماعي لطريقة خدمة الفرد مع المرضى بأمراض مزمنة تقتضي التكامل المنهجي والتطبيقي في الربط بين عمليات المساعدة المهنية سواء العمليات التقليدية (الدراسة، والتشخيص والعلاج) أو العمليات في صورتها الشمولية (التقدير، التخطيط، التدخل المهني، التقويم) مع التأكيد على أن التدخل المهني يعد العملية الرئيسية التي تتم من خلالها المساعدة المهنية من خلال تقديم الأنشطة والخدمات والاتصال اللفظي وغير اللفظي بين الأخصائي الاجتماعي والعمل من أجل تحقيق الأهداف الوقائية والعلاجية والتأهيلية مع المرضى بأمراض مزمنة، وفي مجالات الرعاية الصحية عامة. هذا، ويعتبر مصطلح التدخل المهني Professional intervention من المفاهيم المعاصرة في الخدمة الاجتماعية، وخاصة في مجال العمل مع الأفراد والأسر، حيث بدأ في الظهور في كتابات الخدمة الاجتماعية في السبعينيات من القرن العشرين بديلاً لمصطلح العلاج Treatment. والتدخل المهني بمعناه الشامل هو الانتقال من مرحلة تحديد المشكلة إلى مرحلة حل المشكلة، وذلك من خلال تحديد أبعادها وما يجب عمله لمواجهتها، وكيفية ذلك وبواسطة من وما هي النتائج المراد الوصول إليها^(٥٦).

ومن أهم الاعتبارات عند التدخل المهني لطريقة خدمة الفرد مع المرضى بأمراض مزمنة، اختيار نظرية أو نموذج التدخل المهني، فهو أمر هام وضروري، ويجب عند الاختيار مراعاة المؤشرات والجوانب التالية^(٥٧):

١. توفير المعايير العلمية التي تقوم على الدلائل الإمبريقية التي اختبرت النظرية بشكل جيد.
 ٢. وجود دلائل إمبريقية على صحة النظرية أو النموذج.
- وبالإضافة إلى ما تقدم تضيف الباحثات من جانبها المؤشرات التالية:
١. وجود أصول تاريخية (بداية الاختبار) للنظرية أو النموذج في مجال الرعاية الصحية.
 ٢. توافر دلالات ميدانية لفعالية النظرية أو النموذج مع عملاء مجالات الرعاية الصحية العامة والمرضى بأمراض مزمنة خاصة.
 ٣. أن تساعد النظرية أو النموذج على قياس تكلفة وعائد التدخل المهني لطريقة خدمة الفرد مع المرضى بأمراض مزمنة.

رابعاً: العوامل المؤثرة في صياغة السيناريوهات المستقبلية لتطوير التدخل المهني مع المرضى
بأمراض مزمنة:

تدخل الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية من منظور طريقة خدمة الفرد الألفية الثالثة، ومطلع القرن الحادي والعشرين، وهي محاطة بالعديد من المتغيرات المحلية والإقليمية والدولية، والتي منها على سبيل المثال: البطالة، ثورة الاتصالات والمعلوماتية، المستقبل غير المحدود للتقدم العلمي والتكنولوجيا، تداعيات العولمة، والتحول الكبير لأغلب اقتصاديات العالم نحو التخصصية وآليات السوق، والأزمة المالية العالمية وانعكاساتها على سياسات الرعاية الاجتماعية .. في ضوء تلك المتغيرات وغيرها ظهر العديد من المفاهيم الجديدة والمتنوعة التي أثرت بشكل مباشر أو غير مباشر على الممارسة المهنية، والتي منها على سبيل المثال: ظهور منظور جديد للفقر والتفاوت، تخلي الأفراد والأسر عن بعض أدوارهم ومسئولياتهم، البعد عن بعض الأخلاق الفاضلة والأفعال الحميدة، اتساع مساحة الديمقراطية وحرية الرأي، زيادة الاهتمام برضاء العميل والسعي إلى تحقيق الأداء المتميز كآليات لتفعيل جودة الخدمات التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي بصفة عامة، واتجاه الممارسة المهنية إلى العالمية وزيادة الاهتمام بالخدمة الاجتماعية الدولية.

وفي ظل تلك المتغيرات وما أسفرت عنه من مفاهيم وقضايا، بدأ يتنامى الاتجاه في جميع المجالات النوعية للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع الأفراد والأسر إلى حتمية الاهتمام بالتحسين والتطوير للتدخل المهني للأخصائي الاجتماعي، واعتبار التكاليف في هذا الصدد استثمار له عائد على المدى القريب والبعيد، ويعد تحديد درجة التحسن والتطوير في التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي بمثابة التعرف على مدى استطاعة الأخصائي الاجتماعي تحقيق المهام المحددة له، وإلى أي مدى يتوافق الأخصائي الاجتماعي مع وظيفته، فإذا كان يؤدي وظيفته بالكامل بشكل ممتاز دل هذا على التوافق، وعلى جودة الحياة الوظيفية، أما إذا كان أدائه وتدخله سيئاً دل ذلك على سوء التوافق مع الوظيفة، ويعد ما تقدم هو تحديد مدى كفاءة التدخل المهني وهو هدف عملية تقييم عائد التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع الأفراد والأسر في مجال الرعاية الصحية بصفة عامة.

وقد يكون السؤال المنطقي هنا: في عصر التكنولوجيا والتغيرات السريعة أين ستجد الخدمة الاجتماعية نفسها، وكيف سنعمل في المرحلة التالية؟ سؤال يطرحه "طلعت السروجي" ويجب عليه من خلال تصورات وتخييلات وأفكار متطورة في مستقبل الخدمة الاجتماعية من خلال النظر بتأني للماضي والحاضر ومحاولة التنبؤ بالمستقبل في إطار الوقائع العالمية، وقد حددت الإجابة من خلال اثني عشر فكرة متطورة لمستقبل الخدمة الاجتماعية^(٥٨).

وهنا يجب التأكيد على ضرورة مراعاة بعض العوامل المؤثرة والحاكمة في صياغة السيناريوهات المستقبلية لتطوير التدخل المهني مع المرضى بأمراض مزمنة والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

١. يعتبر البحث العلمي عنصر أساسي وحاسم في بناء الممارسة الإكلينيكية الفعالة وتطورها بما يضمن استمرارها وتحقيقها لأهدافها في إطار المتغيرات الإنسانية المتجددة والمتطورة، وأهمية البحث العلمي في ممارسة الخدمة الاجتماعية بوجه عام، وخصوصيته في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية من خلال تركيزه أساساً على صياغة أساليب خطط وبرامج التدخل المهني للأخصائيين الاجتماعيين في إطار عملي^(٥٩).

٢. يركز التدخل المهني للخدمة الاجتماعية على التعرف على خصائص مكونات الإنسان والكيونة الإنسانية وماهيتها، والتي تعد من الأشياء شديدة التعقيد، ولتطوير التدخل المهني في المستقبل يجب على الأخصائيين الاجتماعيين ضرورة الاهتمام بدراسة العقيدة الدينية للعميل لما لها من تأثيرات في فهم خصائص كينونة العميل، ولما لها من دور فاعل في تحسين عائد التدخل المهني^(٦٠).

٣. الجديد في الدراسات المستقبلية المعاصرة أنها تتجاوز النظرة المطلقة لمستقبل البشرية بعيداً عن التفاؤل والتشاؤم، وتبحث في إمكانات المستقبل في ميادين بعينها، ومن ثم فهذه الدراسات هي دعوة إلى اتساع الرؤية للحاضر والتفكير من خلال ثقافة الزمن بأبعاده الثلاثة (الماضي والحاضر والمستقبل)^(٦١).

٤. أن تحديد رؤية ذات هدف يعد أحد آليات إحداث التغيير الفعال وهو ما يحسب للنخبة التي تسعى إلى الانتقال بالمجتمع من خلال تلك الرؤى إلى عالم أفضل، والرؤية المستقبلية الناجحة هي التي تستند على التفكير الابتكاري والإبداعي والشعور والإحساس، بالإضافة إلى التحليل الموضوعي للماضي والحاضر، كما يجب التأكيد على أن الرؤية الأحادية أمر مرفوض، إذ يجب أن يشارك الجميع (أكاديميين وممارسين) في صياغة الرؤية المستقبلية، ويجب أن تتصف الرؤية المستقبلية بالجاذبية، وإمكانية التحقيق بواقعية، وأن تتضمن آليات فعالة للتخطيط والتنفيذ، وأن تأخذ في الاعتبار تنمية العنصر البشري الذي يعد أحد المداخل الرئيسية لتحقيق الرؤية المستقبلية.

٥. وعلى مستوى مجالات الرعاية الصحية عالمياً وإقليمياً، فإن سياسات واستراتيجيات منظمة الصحة العالمية في توفير الصحة للجميع في إقليم شرق المتوسط خلال القرن الحادي والعشرين سوف تحكمها القيم المتأصلة في ثقافة الإقليم والتي منها ما يلي^(٦٢):

أ. الصحة حق أساسي.

ب. العدالة والإنصاف.

ج. الاعتبارات الأخلاقية والتراث الديني يصونان كرامة الإنسان ونزاهته.

د. التضامن هو مفتاح النجاح للجهود العالمية في ميدان الصحة.

هـ. مشاركة المجتمع تضمن الاستمرارية للرعاية الصحية والفعالية للمدخلات الصحية.

و. لا بد من وجود منظور يراعي الجنسين (الذكور، والإناث).

وكل هذه القيم يجب مراعاتها عند صياغة الرؤية المستقبلية الخاصة بالتدخل المهني لطريقة خدمة الفرد مع المرضى بأمراض مزمنة.

6. وعلى مستوى الخدمة الاجتماعية عامة، والتدخل المهني، فيعتبر الاهتمام بدراسات الرؤى المستقبلية افتراضاً بأن المهنة سوف تبقى وستحصل على مزيد من مؤشرات التصديق المجتمعي.

7. وعلى مستوى الرؤية المستقبلية لطريقة خدمة الفرد، يجب استيعاب ما هي عليه في زمنها الماضي والحاضر، والتطلع لما ستكون عليه مستقبلاً، وهو ما يمكن استقرائه من خلال تعريفات خدمة الفرد **Casework** والوصول إلى تعريف لطريقة خدمة الفرد للقرن الواحد والعشرين، " هي طريقة مهنية تتضمن عمليات إجرائية تتم بالمشاركة والتعاون والعطاء المتبادل بين الأخصائي الاجتماعي والعميل في اتخاذ القرارات ذات العلاقة بممارسة الحقوق وتأدية الواجبات وتحمل المسؤوليات وتنفيذها والوصول إلى نتائج بشأنها ومتابعتها، وذلك بإظهار الأفكار والمهارات بتوازن، وإبراز الحقيقة كما هي لا كما ينبغي أن تكون وتقديم الأشياء على فطرتها بسيادة الحوار والأسلوب الديمقراطي الاستيعابي الاستبصاري الواعي بما يحقق الإشباع المرضية للفرد، ويحقق شخصية ناضجة متفاعلة مدركة لمحيطها الخارجي متطلعة نحو المستقبل الأفضل لأجل التقدم" (٦٣).

8. وعلى مستوى الرؤية المستقبلية للأمراض المزمنة، تعتبر المفاهيم الخاطئة المتوطدة حول الأمراض المزمنة وانتشارها، والسكان المعرضين لعوامل الاختطار، وعوامل الاختطار نفسها، من أهم المعوقات التي تقف أمام إحراز التقدم في مكافحتها، وتوق تعجيل الرؤية المستقبلية في مجال الأمراض المزمنة والمتمثلة في خفض معدلات الوفيات وتحسين جودة الحياة (٦٤). مع الأخذ في الاعتبار أن الأمراض المزمنة **Chronic illness** هي الأمراض التي تستمر على مدى فترات طويلة، وتكون تدريجية في آثارها، فتؤدي إلى العجز الجزئي أو الكامل، أو تؤدي حتى إلى الموت (٦٥).

مراجع الفصل الثاني

١. محرم، إبراهيم: تقرير التنمية البشرية للقطيبية، جهاز بناء وتنمية القرية المصرية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٣م، ص ١٠٤.
٢. بدوي، أحمد زكي: معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية، القاهرة، دار الكتاب المصري، ١٩٧٧م، ص ٢٧٤.
3. **Robert L. Barker** : The Social Work Dictionary Washington, NASW Press, 2003 , P. 192 .
٤. الشاعر، عبدالمجيد، وآخرون: علم الاجتماع الطبي، ط ٢، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٣م، ص ٨٣.
٥. بييري، الوحيشي، و الدويبي، أحمد عبدالسلام بشير: مقدمة في علم الاجتماع الطبي، بنغازي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، ١٩٨٩م، ص ٩٧.
٦. غرابيه، فيصل محمود: الخدمة الاجتماعية في المجتمع العربي المعاصر، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤م، ص ١٦٠.
7. **Ruth L. Relan Knee** : Rights Patient, in Encyclopedia of Social Work, Vol. 3, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1995, PP. 1808 – 1909 .
8. **Salie Rossen** : Hospital Social Work, in Encyclopedia of Social Work, Vol. 2, U. S. N. A. S. W, Press, 1987, P. 816 .
9. **Doman Lun** : Health Service System, in Encyclopedia of Social Work, vol. 1, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1987, P. 70 .
١٠. الباز، راشد بن سعد: عوامل التزام المرضى بالارشادات الطبية، بحث منشور، الكويت، جامعة الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد رقم ٢٥، العدد الرابع، ١٩٩٧م، ص ١٢٦-١٤٠، بتصرف.
١١. بدوي، أحمد زكي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان، ١٩٨٦، ص ٣٢٣.
١٢. محروس محمود خليفة: ممارسة الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٩م، ص ٢٤٩.
١٣. طه، فرج عبدالقادر: مرجع سبق ذكره، ص ٧٦١.
١٤. محروس محمود خليفة: ممارسة الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٧م، ص ٧٧.
١٥. درويش، يحيى حسن: مرجع سبق ذكره، ص ١٥٦.
١٦. على إسماعيل علي: المهارات الأساسية في ممارسة خدمة الفرد، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٦م، ص ٣٠.
١٧. أغا، كمال: الأخصائي الاجتماعي في نسق رعاية الصحة، ورقة عمل، المؤتمر العلمي الخامس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، الجزء الأول، ١٩٩٢م، ص ١٧٥.
١٨. عوض، عائشة: دور الممرضة في حقوق المرضى، ورقة عمل، القاهرة، مستشفى الأطفال الجديد، جامعة القاهرة، الدورة التدريبية السابعة لإدارة التمريض، ١٩٩١م، ص ٣٩-٤٠.
- (*) لمزيد من التفاصيل يمكن مراجعة:
 - منظمة الصحة العالمية: التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة "المراجعة العاشرة"، تعريب: عصمت إبراهيم حمود، القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠١م.
 - (*) ومن القطاعات السكانية التي تم ترسيخ مفهوم العمل مع الأفراد والأسر والمجتمعات يمكن مراجعة ما يلي:
 - منظمة الصحة العالمية: العمل مع الأفراد والأسر والمجتمعات لتحسين الصحة الأمومية والوالدية، القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٧م.
١٩. تم الاعتماد على المراجع الآتية:
 - عبداللطيف، رشاد أحمد: الخدمة الاجتماعية مع المرضى بأمراض مزمنة، بحث منشور، ندوة التطورات الحديثة في الخدمة الاجتماعية الطبية، الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٠م.
 - عبداللطيف، رشاد أحمد: مهارات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار الوفاء لندنيا للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ٢٦٣ - ٢٦٧، بتصرف.
٢٠. منظمة الصحة العالمية: توقي الأمراض المزمنة استثمار حيوي بالغ الأهمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، ٢٠٠٦م، ص ٢ - ٣، بتصرف.

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

٢٢. سواتسون، دايفيد: الأمل المزمّن، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، بيروت، الدار العربية للعلوم، ٢٠٠٠م، ص ٣٩ - ٩٨، بتصرف.
٢٣. السروجي، طلعت مصطفى: الخدمة الاجتماعية أسس النظرية والممارسة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٩م، ص ٢٨٠.
24. **Shirley Oris – Green** : Health Care Social Work, in, Encyclopedia of Social Work, 20 The Edition, U. S. A, Washington, NASW Press, Vol. 2, 2008, PP. 348 – 353 .
٢٥. غرابية، فيصل محمود: الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ٢٩.
٢٦. غباري، محمد سلامة محمد: أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٣م، ص ١٣٣.
٢٧. القرني، محمد مسفر: الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل مع مرضى السرطان، الرياض، مكتبة الرشيد، ٢٠٠٨م، ص ص ١٠٢ - ١٠٦، بتصرف.
٢٨. منصور، حمدي محمد: الخدمة الاجتماعية المباشرة .. نظريات ومقاييس، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠١٠م، ص ٥.
٢٩. علي، ماهر أبو المعاطي: نماذج ومهارات التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية، الرياض، مكتبة الزهراء، ٢٠٠٩م، ص ص ٦٩ - ٧١، بتصرف.
٣٠. البريثن، عبدالعزيز عبدالله: مقالات في الخدمة الاجتماعية، عماني، دار الفكري، ٢٠١٠م، ص الفصل الثالث، بتصرف.
31. **Elizabeth J. Clark**: The Future of Social Work Practice, in, Encyclopedia of Social Work, 19 th Edition, Washington, NASW Press, Supplement, 2003, PP. 61 – 68 .
٣٢. السروجي، طلعت مصطفى: الخدمة الاجتماعية الدولية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠١٠م، ص ١٦٩.
٣٣. عويس، محمد محمود، وآخرون: هوية الخدمة الاجتماعية في مصر، رؤية تحليلية ونظرة مستقبلية، بحث منشور، المؤتمر الدولي للمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، ١٩٩٢م، المجلد الأول
٣٤. محمد محمود عويس: رؤية مستقبلية في تعليم الخدمة الاجتماعية، دراسة مطبقة بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، بحث منشور، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، العدد الرابع، ١٩٩٣م، ص ص ٤٤٥ - ٥٠١.
٣٥. مرعي، إبراهيم بيومي: رؤية مستقبلية لممارسة الخدمة الاجتماعية العمالية في مواجهة تحديات القرن الحادي والعشرين، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الأول، ١٩٩٦م، ص ص ٣١ - ٤٨.
٣٦. عثمان، عبدالفتاح، و السيد، علي الدين: الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الواحد والعشرين، محاولة علمية لاستقراء المستقبل، بحث منشور، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، العدد السابع، الجزء الأول، ١٩٩٦م، ١٩٩٦م، ص ص ٤٩ - ٧٩.
٣٧. عبداللطيف، رشاد أحمد: الخدمة الاجتماعية مآزق الحاضر وطموحات المستقبل، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العلمي الحادي عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الأول، ١٩٩٨م، ص ص ٣٥ - ٤٠.
٣٨. علي، ماهر أبو المعاطي: الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، رؤية مستقبلية، ورقة عمل، نفس المرجع السابق مباشرة، ص ص ٤١ - ٧٠.
٣٩. ناجي، أحمد عبدالفتاح: الخدمة الاجتماعية .. المستقبل والتحديات، بحث منشور، المؤتمر العلمي الحادي عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، الجزء الأول، ٢٠٠٠م، ص ص ٢٢٧ - ٣٠١.
٤٠. علي، ماهر أبو المعاطي: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية وتفعيل خدمات رعاية المسنين في الوطن العربي - رؤية مستقبلية - ورقة عمل مقدمة إلى، المؤتمر العلمي الثاني، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببيروت، سعيدي، ٢٠٠٨م.
٤١. عبداللطيف، رشاد أحمد: مهارات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص ص ٣١٥ - ٣٣٣.
42. <http://www.naswpress.org>.
٤٣. يحيى، عادل: الحماية الجنائية للحق في الصحة بين النظرية والتطبيق، القاهرة، دار النهضة العربية، ٢٠١٠م، ص ص ٧ - ١٢، بتصرف.
٤٤. الكندري، يعقوب يوسف: الثقافة، والصحة، والمرض .. رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ٢٠٠٣م، ص ص ٢٨٦ - ٢٨٧.

- ٤٥ . منظمة الصحة العالمية: توقي الأمراض المزمنة، مرجع سبق ذكره، ص ٨٣.
- ٤٦ . منظمة الصحة العالمية: التقرير السنوي لأعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ديسمبر، ٢٠٠٨م، ص ٤٣.
- ٤٧ . تايلور، شيلي: علم النفس الصحي، ترجمة: وسام درويش يريك، وفوزي شاكرا داود، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ص ٦١٩ - ٦٢٤، بتصرف.
- ٤٨ . عبد الخالق، أحمد محمد: سيكولوجية الموت والاحتضار، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ٢٠٠٥م، ص ٣٣٨.
- ٤٩ . الحسن، إحسان محمد: علم الاجتماع الطبي، دراسة تحليلية في طب المجتمع، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ٣٦٩.
- ٥٠ . الغرابية، فيصل، وفاكر الغرابية: مجالات العمل الاجتماعي وتطبيقاته، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩م، ص ٢٤١.
- ٥١ . غرابية، فيصل محمود: الخدمة الاجتماعية في المجتمع العربي المعاصر، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤م، ص ١٦٣.
- ٥٢ . سرحان، نظيمة أحمد محمود: الخدمة الاجتماعية المعاصرة، القاهرة، مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٥م، ص ص ٤٠٣ - ٤٠٤.
53. **Wendy AusL Ander & Stacey Freedenthal: Social Work and Chronic Disease**, in, Sarah Gehlert Teri Arthur Browne, Handbook of Health Social Work, John Wiley & Sons, Published, New Jersey, 2006, PP. 558 - 559 .
- ٥٤ . علي، ماهر أبو المعاطي: مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، الرياض، دار الزهراء، ط ٣، ٢٠٠٩م، ص ٣٦٩.
- ٥٥ . القريناني، المبروك محمد: الخدمة الاجتماعية وأساليبها النظرية والتطبيقية، سرت، مجلس الثقافة العام، ٢٠٠٨م، ص ٦٠.
- ٥٦ . سليمان، حسين حسن، وآخرون: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ٢٠٠٥م، ص ٢٢٦.
- ٥٧ . منصور، حمدي محمد: الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، الرياض، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع، ٢٠٠٣م، ص ص ١٧ - ١٩.
- ٥٨ . السروجي، طلعت مصطفى: الخدمة الاجتماعية الدولية، مرجع سبق ذكره، ص ١٥٦.
- ٥٩ . عبد المجيد، هشام سيد: البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٦م، ص ص ٢٧ - ٢٨، بتصرف.
60. **Robert Adams and Others: Social Work Futures Crossing Boundaries Transforming Practice**, Palgrave Macmillan, New York, 2005 .
- ٦١ . ليمان، أوليفر: مستقبل الفلسفة في القرن الواحد والعشرين، ترجمة: مصطفى محمود محمد، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، العدد (٣٠١)، مارس، ٢٠٠٤م، ص ١١.
- ٦٢ . مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية: الإدارة الصحية، بيروت، أكاديمية إنترناشيونال، القاهرة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ٢٠٠٧م، ص ص ٧٤ - ٧٥.
- ٦٣ . عقيل، عقيل حسين، والهادي، حيدة علي: خدمة الفرد قيم وحدائق، طرابلس، جامعة الفاتح، ٢٠٠٦م، ص ص ٦٣ - ٦٤.
- ٦٤ . منظمة الصحة العالمية: توقي الأمراض المزمنة، مرجع سبق ذكره، ص ص ٥٨ - ٦٠.
65. **Mosley's Mosby's Medical Dictionary**, U. S. A, Mosby Publishing, 8 ed, 2008 .

الفصل الثالث

إدارة الذات كأسلوب حياة للمرضى

بأمراض مزمنة

المبحث الأول: أسلوب الحياة والمرض المزمن:

المحور الأول: أسلوب الحياة:

بمراجعة أهداف الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بصفة عامة، وفي مجال الرعاية الصحية بصفة خاصة يتضح أن الهدف العام هو مساعدة الوحدات الصغرى (الأفراد - الأسر) على ممارسة أسلوب حياة ايجابي يساعدهم على تعزيز الصحة لديهم، وبالتالي يجب أن نبدأ في شرح مفهوم أسلوب الحياة كهدف عام للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية.

أولاً: تعريف أسلوب الحياة:

١. **تعريف ماجدة السيد حافظ:** هو كل العوامل الشخصية التي تؤثر بطريقة مباشرة وغير مباشرة على صحة ووجود الإنسان (١).

٢. **تعريف المكتب الإقليمي للتنظيم الصحي بالدانمارك ١٩٨٦م:** أسلوب الحياة هو " أنماط من الاختبارات السلوكية تتم من البدائل المتوفرة للناس طبقاً للظروف الاجتماعية والاقتصادية وبالسهولة التي يمكن بها اختيار أنواع معينة وترك الأخرى. وفي الاستراتيجية الإقليمية للمكتب فقد تم أخذ مصطلح أسلوب الحياة ليعني طريقة عامة للحياة على أساس التفاعل بين العوامل والأنماط الفردية للسلوك، والعوامل البيئية، كما أن البعض يستخدم مفهوم أسلوب الحياة لكي يرمز إلى عدد من الأنماط ذات الصلة بالصحة فيما يخص الاستهلاك، والحياة العامة، ولكنه يستخدم غالباً بطريقة أوسع وأعم في تتبع الحالة الصحية بينما يستخدم الآخرون أسلوب الحياة من مفهوم يستوجب أن الفرد قد أختار أنواعاً معينة من السلوك، والتي قد تكون خطيرة على الصحة، كما يعرف أحياناً أسلوب الحياة بأنه " العادات اليومية للأفراد ونماذج سلوكهم (٢).

٣. **تعريف خبراء منظمة الصحة العالمية ١٩٨٨م:** هو هيكل وسيط يعكس سلسلة كاملة من القيم والمواقف والأنشطة الاجتماعية (٣).

٤. **تعريف كمال دسوقي ١٩٩٠م:** مصطلح " أدلر " (١٩١٧) الهيئة التي بها يجاهد الفرد لبلوغ أهداف حياته، ولأن يتوافق مع مشكلات العمل والحب في جماعة، وليس أسلوب الحياة مثبتاً بالوراثة، غير أن المؤثرات الأسرية هي محدداته الرئيسية أثناء الحياة الباكرة (٤).

٥. تعريف عبدالمنعم الحفني ١٩٩٤م: اصطلاح مؤداه أن كل فرد ينمي لنفسه أسلوبا في الحياة منذ طفولته المبكرة "أي أن كل الصفات والعادات والدوافع تصبح لها سمات وصفات خاصة بها"^(٥).

٦. تعريف جدنس Giddens ١٩٩٥م: مجموعة من الممارسات التي تحيط بالفرد، وهو يرى أن مصطلح أسلوب الحياة يرقى إلى مستوى النظرية، ويستخدم لأغراض مختلفة ويعتمد في تفسيره على العلوم الاجتماعية والطبية^(٦).

ومن ناحية أخرى فأي أسلوب للحياة لا يهدف إلى تحقيق غايات اجتماعية مفيدة يكون أسلوبا خاطئا، ويرى " أدلر " أن هذه الأساليب الخاطئة تنشأ في الطفولة في نفس الوقت الذي تنشأ فيه الأساليب الصحيحة، كما يرى " أدلر " أن العيوب البدنية عند الطفل لها دور مركزي في النمو إما سلبا أو إيجابا، وقد تولد العيوب البدنية شعورا بالنقص لدى الطفل والتي قد تؤدي إلى أساليب حياة فاشلة Failure Life Styles. أما البعض الآخر فإنهم يعوضون بشكل ما عن عيوبهم البدنية ويعيشون أساليب حياة سوية^(٧).

وإذا اعتبر ما تقدم هو وجهة نظر علم النفس في أسلوب الحياة على المستوى الفردي للطفل واعتباره الموجه لسلوك الطفل في تحقيق أهدافه النموذجية، مرتبطة في ذلك بمحيط أسرة الطفل، إلا أن وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا تنظر إلى أسلوب الحياة بشكل أكثر عمومية من خلال الربط بين أسلوب الحياة وثقافة المجتمع.

فالثقافة هي أساليب السلوك النمطية التي يتعلمها الفرد من خلال عضويته في جماعة اجتماعية، والثقافة هي التي تجعل من الإنسان "إنسانا" وكل ثقافة تشجع أو تحبذ بعض أنماط السلوك الفردي وبعض أنماط الشخصية ولا تشجع البعض الآخر، ومن ناحية أخرى وعلى اعتبار أن الثقافة من الشروط التي تجعل الإنسان "إنسانا" فلا بد لهذا الإنسان أن يتعلم كيف يصبح إنسانا، والتعلم هنا يتم من خلال عمليات التربية باعتبار أن المقصود بالتربية عملية التعلم برمتها، والتربية عملية مستمرة في كل المجتمعات تبدأ مع ولادة الطفل لتكسبه شخصية خاصة به، وتشكل أسلوب حياته ويسهم في ذلك العديد من الجماعات الرسمية، وغير الرسمية منها الأسرة والأصدقاء، ووسائل الاتصال الجماهيري. وقد ربطت الكثير من الدراسات الأنثروبولوجية بين تعلم أسلوب الحياة عند الأطفال وثقافة المجتمع^(٨)، فعلى سبيل يقدم " مايكل زومسيون Michael Thompson and Others" وآخرون (توضيحا أنثروبولوجيا عن أسلوب الحياة من خلال طرح سؤال مؤداه: من أين تأتي التفضيلات؟)، بمعنى لماذا يريد الناس ما يريدون، وذلك التساؤل عن كيفية وأسباب تفضيل الناس لتلك الغاية على غيرها. تجيب عليه العديد من التخصصات. فقد أرجع ذلك إلى العديد من العوامل منها حاجات الإنسان، أو إلى أسباب اجتماعية، وإما إلى أسباب

شخصية وأسباب مجتمعية، أو إلى مفهوم الثقافة بصفة عامة - إلا أن أكثر أسلوب الحياة الذي يحكم تفضيلات الإنسان، واختيار الإنسان لكيفية العيش مع الآخرين^(٩).

فيرى الأنثروبولوجيين أن نظرة الإنسان وموقفه من حيث علاقته بالآخرين تتأثر بأسلوب الحياة الذي ينشأ مع الإنسان منذ الميلاد^(١٠).

يتضح مما تقدم أن دراسة الشخصية عند الأطفال ترتبط بالتعرف على أسلوب الحياة لما له من أهمية فهو يمثل اتجاهات الطفل في تحقيق أهدافه التي يسعى إليها، ويتشكل أسلوب الحياة منذ السنوات الأولى للطفولة، ويتأثر الطفل في تكوين أسلوب حياته ببعض الاتجاهات الوالدية على مستوى الأسرة، كما يتأثر أسلوب الحياة بثقافة المجتمع الذي يعيش فيه الطفل، لذا يصبح لكل طفل أسلوب حياته الذي يميزه عن غيره من الأطفال. فتقافة المجتمع عامة والاتجاهات الوالدية خاصة تجعل كل طفل منفردا عن غيره في أسلوب حياته. كما يتضح أيضا أن مفهوم أسلوب الحياة اهتم به العديد من التخصصات المختلفة. فقد اهتم المتخصصون في علم النفس بمفهوم أسلوب الحياة كمفهوم محوري لدراسة شخصية الإنسان، واهتم به علماء الاجتماع والأنثروبولوجيين كمفهوم محوري لدراسة الشخصية في إطار ثقافة المجتمع.

ثانيا: العلاقة بين أسلوب الحياة والصحة: يوجد العديد من الشواهد على أن بعض الأفراد في بعض المجتمعات تصل أعمارهم من (١٤٠ - ١٦٠) عاما فأعداد كبار السن في تزايد مستمر. وقد يرجع هذا لعوامل متعددة منها وفرة الخدمات الصحية، جينات سليمة، وبيئة صحية - إلا أن من أكثر العوامل المساعدة على زيادة عمر الإنسان هي اتباع الأفراد لأسلوب حياة يعزز الصحة. ومن أمثلة ذلك (الابتعاد عن ضغوط الحياة، استهلاك سرعات حرارية قليلة، اتباع نشاط بدني معتدل)^(١١).

فمن 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 في عمليات وظائف الجسم والتعرض لكائنات حية دقيقة مؤذية، إلا أن للعوامل النفسية والاجتماعية دورا أيضا، ذلك أن الأمراض تحدث للإنسان، والإنسان هو الذي يصبح مريضا، ويتضح ذلك في أسلوب حياة الفرد^(١٢).

وعلى المستوى المجتمعي فقد حققت بعض الدول المتقدمة والنامية مستوى صحيا جيدا لأفرادها من خلال الاهتمام بتعديل أساليب حياة الأفراد غير الصحية. فقد بدأت المشكلات المتعلقة بأساليب حياة الأفراد تحتل مكانا هاما في المنظومة الصحية^(١٣).

فالعديد من البلدان النامية تسعى إلى توفير برامج الرعاية الصحية، كما يسعى العديد من البلدان المتقدمة إلى توفير برامج الرفاهية الصحية، لجميع الفئات ويأتي أسلوب حياة الأفراد في جميع المجتمعات بما يتضمنه من مظاهر سلوكية إما أن تكون إيجابية فتساعد على تحقيق النجاح لتلك الجهود. وإما أن تكون سلبية فتعوق تحقيق العائد من تلك الجهود، وعلى فريق العمل في مجال الرعاية الصحية أن يساعدوا الأفراد على اختيار أسلوب الحياة الأكثر إيجابية، وأن يساعدوهم على تعديل أساليب الحياة السلبية كمسار صحيح يساعدهم في الوصول إلى مستوى أفضل من الصحة.

ومن هذه الأهمية لأسلوب الحياة، وارتباطا بالهدف العام لمنظمة الصحة العالمية W. H. O في توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠م حددت وحدة التعليم الصحي التابعة للمكتب الصحي لمنظمة الصحة العالمية بالدانمارك أسلوب الحياة كحل، وكمسار جديد للوصول إلى تحقيق هذا الهدف، واعتبار أسلوب الحياة سيناريو فنيا يشتمل على وصف للنمط المحتمل للتطور المستقبلي في حل بعض المشكلات الصحية، على أن يرتبط ذلك ببعض النظم " السيناريوهات " الصحية، والتي تحددت في ثلاثة أشكال على النحو التالي (١٤):

١. سيناريو تقليدي Traditional Scenario ويعتمد هذا النظام على زيادة اعتماد الأفراد على توفير الحكومات على الخدمات العلاجية والوقائية، وسوف نقل إيجابية الأفراد تجاه صحتهم الشخصية.

٢. سيناريو تكنولوجي Technological Scenario ويعتمد هذا النظام الصحي على الاستخدام الموسع للتكنولوجيا الطبية لحل المشاكل الصحية، فسوف يستخدم المتخصصون في الرعاية الصحية العقاقير الجديدة، والاعتماد على أجهزة الحاسب الآلي (الكمبيوتر) بما تضمنه من سجلات طبية تحتوي على بيانات عن السمات النفسية والاجتماعية والاقتصادية عن حياة كل فرد، وسوف يمكن ذلك من التعامل مع مشاكل المرضى بفعالية وسرعة.

٣. سيناريو بيئي Ecological Scenario ويعتمد هذا النظام على المفهوم الإيجابي للصحة ويرتكز على المسؤولية الشخصية للأفراد عن صحتهم فسوف يصبح الأفراد أكثر إيجابية من خلال نظم المساعدة الذاتية، والمساعدة المتبادلة، وسوف يزداد الاهتمام بالظواهر (السيكوسوماتية) The Psychosomatic Aspects. تلك هي النظم الصحية المتوقع لها زيادة الانتشار في المستقبل لمواجهة وحل المشاكل الصحية للأفراد والمجتمعات وهي نظم طبية لا بد وأن تسير مع أسلوب الحياة كمنظور اجتماعي جديد يساعد العاملين في مجال الرعاية الصحية على تحقيق مستوى أفضل من الصحة لجميع الفئات العمرية.

ويجمع العاملون في مجال الرعاية الصحية على أن أسلوب الحياة غير الصحي هو السبب الرئيسي لانتشار الأمراض الحديثة. فلا يستطيع أحد أن يكر أن التدخين، وتناول الكحوليات، وزيادة الوجبات، والتغذية الخاطئة، ونقص ممارسة الرياضة البدنية، وسوء استخدام العقاقير كل ذلك له تأثير سيئ على حالة الإنسان الصحية، وعند وضع خطة للتدخل لتعديل أساليب الحياة الخاطئة يجب أن تعتمد على المنظور الشامل طبيًا ونفسيًا واجتماعيًا، وتطرح برامج تعديل أساليب الحياة تساؤلًا رئيسيًا حول لماذا أصبحت أساليب الحياة غير الصحية شديدة الانتشار بين الناس؟ وقد حاول عالم الاجتماع " كاتز Katz "، " ولازارسفيلر Laszarsfeld " تفسير استمرارية ممارسة الفرد لأسلوب الحياة غير الصحي وأرجع ذلك لعوامل ذاتية مثل الفترات الانتقالية في دورة حياة الفرد، فأسلوب الحياة في فترة البلوغ قد يرتبط باتجاهات نحو التدخين، السلوك الجنسي، وبعض المشاهد الأخرى لأسلوب الحياة غير الصحي، كذلك الجماعات مثل الأصدقاء والأسرة وغيرها لها دور في تحديد مسار أسلوب حياة الفرد (١٥).

وثمة عامل آخر يمكن أن يسهم في ممارسة الأفراد الأساليب حياة غير صحية وهي ضغوط الحياة فأحداث الحياة اليومية تحمل بعض الضغوط الاجتماعية أو النفسية أو الاقتصادية والتي قد تدفع الأفراد إلى التدخين أو عدم الاهتمام بالمتابعة الصحية أو الإفراط في تناول الطعام خاصة الدهون والسكريات أو عدم تنظيم النشاط البدني، وتلك المظاهر قد تساعد على ظهور الأمراض، الأمر الذي يتطلب معه تحصين جميع الفئات العمرية اجتماعيا ونفسيا من خلال أساليب الحياة السوية لمواجهة تلك الضغوط، كما تشتمل الحياة العصرية على بعض الظواهر مثل وسائل المواصلات والاتصالات الحديثة، والمواد الكيميائية والنوية، مختلفة الإشعاعات، المبيدات بمختلف أنواعها واستخداماتها، وجميعها لها فوائدها المتعددة - إلا أن عدم اكتساب الإنسان أساليب الحياة الصحية لاستخدامها وتجنب آثارها السلبية يعرضه إلى مخاطر صحية يصعب علاجها.

وبصفة عامة يعد أسلوب الحياة في حد ذاته متغيرا قد يكون له انعكاسات سالبة أو موجبة على الصحة، ويتم تكوين أساليب الحياة أو تغييرها بناء على التفاعل بين العوامل الذاتية والبيئية معا ويجب أن توفر برامج التدخل لأساليب الحياة مجموعة من الاختيارات والبدائل وتوضح مزايا وعيوب كل اختيار، ولفاعلية برامج التدخل يجب أن يكتسب الأفراد مجموعة من المهارات المعرفية تساعد على ذلك الاختيار.

ثالثاً: الجوانب الأخلاقية في بحوث أساليب الحياة: توجد مجموعة من الجوانب الأخلاقية يجب أن يراعيها فريق العمل المشارك في بحوث وبرامج التدخل لأساليب الحياة يمكن إجمالها فيما يلي (١٦):

١. **العزلة Priuacy**: تتخطى بحوث وتدخلات أساليب الحياة العالم الخاص بالأفراد ، وهذا في حد ذاته قد يكون ضارا بالصحة وهو ما يتطلب عدم فرض تغييرات سلوكية دون رغبة من الأفراد.

٢. **القلق Anxiety**: قد يؤدي اكتشاف الناس أن أسلوب حياتهم يشكل مخاطر صحية إلى زيادة مستويات القلق لديهم، والذي قد يؤدي بدوره إلى الأضرار بالصحة.

٣. **السرية Confidentiality**: يجب توضيح سرية البيانات التي يتم الحصول عليها عن أساليب الحياة وإشعار الناس بالثقة حول بيانات حياتهم الخاصة.

٤. **الاختيارات Choices**: يجب طرح العديد من البدائل حول أساليب الحياة المعززة للصحة حتى يستطيع الأفراد الاختيار.

وأخيرا يجب أن يضع فريق العمل تلك المبادئ الأخلاقية نصب أعينهم حرصا على عدم وجود آثار جانبية لبرامج التدخل لتعديل أسلوب الحياة المعزز للصحة.

من ناحية أخرى أصبحت العلاقة بين أسلوب الحياة وصحة الفرد علاقة تأثيرية لجميع أشكال أسلوب الحياة تؤثر على صحة الفرد خلال مشوار حياته، وفي الولايات المتحدة الأمريكية أكدت مجموعة من المتخصصين في مجال الرعاية الصحية أنه يوجد عشرة أسباب رئيسية ترتبط بشكل أو بآخر بأسلوب حياة الفرد، وقد زادت تلك العلاقة إلى محاولة المتخصصين الاستفادة من تأثير أسلوب الحياة في وقاية وعلاج الأطفال في السن المدرسي ما بين (٦ - ١٢ سنة) على اعتبار أن في مرحلة الطفولة تبدأ أشكال أسلوب الحياة في التكوين خاصة في مرحلة الطفولة الوسطى وتزداد أهمية تأثير أسلوب حياة الأطفال في الوقاية والتأهيل للأمراض المزمنة مثل أمراض السرطان وأمراض القلب، والحوادث.

رابعاً: أشكال أسلوب الحياة: من أهم أشكال أسلوب الحياة ذات التأثير على الصحة الجسمية عامة، والأمراض المزمنة خاصة ما يلي^(١٧):

١. **ممارسة التمرينات الرياضية:** أصبح من الحقائق العلمية المؤكدة أن ممارسة التمرينات الرياضية من العوامل التي تساعد على تحسين صحة الفرد بصفة عامة، كما أنها تقلل من عوامل الخطورة المؤدية إلى تصلب شرايين القلب بصفة خاصة، فمن الأهمية تحسين أسلوب حياة الأطفال في ممارسة التمرينات الرياضية والتابع أسلوب حياة يتصف بنشاط بدني معتدل بصفة عامة يباعدهم وبين حياة الخمول والكسل.

٢. **العادات الغذائية:** يحتوي ثلث غذاء الأطفال الأقل من ثلاثة عشر عاما على الواجبات السريعة والأطعمة المجمدة أو المعلبة وتحتوي تلك الأطعمة على كيماويات حافظة، وعلى

نسب عالية من الدهون، وملح الطعام، وهذه الوجبات لها أضرار جانبية متعددة على صحة الأطفال، كما يرتبط تناول الطعام عند كثير من الأطفال بمشاهدة (التلفزيون) وما يقدمه من إعلانات عن منتجات غذائية تجذب الأطفال لتناولها على الرغم مما تحتويه تلك المنتجات من أضرار جانبية. ومن الأهمية تعديل أسلوب حياة الأطفال المرتبطة بالتغذية لتباعد بينهم وبين السمنة لما لها من أضرار على صحة الأطفال.

٣. **العادات الشخصية:** توجد عادات شخصية مثل التدخين وإدمان الكحوليات أو العقاقير المخدرة، وعلى الرغم من قلة عدد الأطفال في مرحلتها الطفولة المتوسطة والمتأخرة الممارسين لتلك العادات الشخصية إلا أنه من الأهمية أن يصبح هؤلاء الأطفال مستهدفين لبرامج الوقاية الأولية من خلال تعلمهم أساليب الحياة المعززة للصحة.

ومن أقوى التأكيدات على العلاقة التبادلية بين أسلوب الحياة "كمنظور جديد" والصحة إصدار إعلان عمان لتعزيز الصحة بإتباع أنماط الحياة الإسلامية. ومن الأمثلة أيضا ما ورد في أحد التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية في هذا الصدد " الصحة في الوقت ذاته نتيجة لأسلوب حياة الفرد وعامل في تحديد هذا الأسلوب (١٨).

خامساً: مكونات أسلوب الحياة: عند إجراء أي دراسة تستهدف تعديل أسلوب الحياة في علاقته بصحة الإنسان، يجب مراعاة السباب والعوامل التي تؤثر في تكوين أسلوب حياة الفرد بصفة عامة، فهناك أسباب كثيرة تجعل الناس يتصرفون على النحو الذي يتخذونه أسلوبا لحياتهم، ولمساعدة الناس على اتباع أساليب حياة معززة للصحة يجب التعرف على كل من الأفكار والمشاعر، والجماعات المرجعية للفرد، في إطار موارد وثقافة المجتمع، للوقوف على السباب والعوامل التي تحمل الناس على اتباع أسلوب الحياة الذي قد يسبب المرض، أو الذي قد بقي منه (١٩).

يستخلص مما تقدم أنه يمكن توضيح العوامل والمكونات التي تؤثر في اختيار الفرد لأسلوب حياته على النحو التالي:

١. **عوامل ذاتية:** وهي ترجع إلى الفرد ذاته، وهي أيضا تتأثر بالبيئة المحيطة وهي تتمثل فيما يلي:

(أ) **المكون المعرفي:**

يشير العامل المعرفي إلى العمليات العقلية التي ترتبط بنمطية التفكير عند الفرد، والمبنية على ما يعتقد فيه من نظام للقيم، وما يؤمن به من آراء ووجهات نظر اكتسبها من خبراته السابقة مع مثيرات هذا الموضوع، مما يسهم في إعدادته وتهيئته وتأهبه للاستجابة لها وتقويمها في المواقف والظروف المناسبة بنفس التفكير النمطي المبني على معرفته المسبقة لها (٢٠).

من ناحية أخرى يتعرض الفرد خلال حياته لمصادر المعلومات الصحية والتي ليس بالضرورة أن تتفق مع بعضها البعض، وبعض هذه المعلومات يأتي دون تنسيق وبعضها بقصد، وبعضها بطريق الصدفة، وبعضها يأتي من مصادر شرعية وموثوق بها، والبعض يأتي من مصادر فاسدة أو مضللة. والطفل يبدأ في اكتساب مجموعة كبيرة من المعارف عن المسائل الصحية قبل الذهاب إلى المدرسة، وتتابع المعلومات من مصادر متعددة لتستكمل في المدرسة^(٢١).

وتأسيسا عليه فالمكون المعرفي لأسلوب الحياة يرتبط بالمعرفة، فإذا كانت تلك المعرفة صحيحة ومن مصادر موثوق بها ساعد ذلك على اختيار الفرد لأساليب الحياة المعززة للصحة من بين مجموعة البدائل والاختيارات المطروحة أمامه في الحياة اليومية. والمعرفة تختلف في حجمها ونوعها من فرد لآخر تبعا لعوامل متعددة منها المرحلة العمرية وسمات نموها والبيئة المحيطة بكل مؤثراتها.

(ب) المكون الوجداني:

يشير العامل الوجداني إلى قوة الانفعالات التي ترتبط بوجدان الإنسان، حيث قد يتضمن مشاعر وأحاسيس إيجابية مثل: الاحترام، المحبة، المودة، التعاطف، التقبل، التأييد.. وما شابهها، أو قد يتضمن مشاعر وأحاسيس سلبية مثل: الاحتقار، والكراهية، والغضب، الحقد، الخوف، وما شابهها، مما يشكل الشحنة الانفعالية التي تصاحب تفكير الفرد النمطي^(٢٢).

والمشاعر قد تتطابق مع المعرفة، فقد يرفض الفرد التدخين كأسلوب حياة غير صحية لما تبديه من معرفة عن الأضرار الصحية للتدخين والرفض، هنا كمشاعر سلبية تتمشى مع معرفة الفرد. والعكس أيضا قائم، فيكون لدى الفرد معرفة عن أن تناول الدهون والسكريات الزائدة عن المعدل الطبيعي، وخاصة مع بعض الأمراض المزمنة له أضراره الصحية، والتي قد تؤدي إلى تدهور صحته - إلا أن أسلوب حياته في التغذية - يجعله يفضل ويرغب في تناول مثل هذه الأطعمة، فمشاعر الفرد هنا لا تسير مع ما لديه من معرفة.

(ج) المكون السلوكي:

يشير العامل السلوكي إلى الخطوات الإجرائية التي ترتبط بتصرفات الإنسان، لذلك يعتبر العامل السلوكي المحصلة النهائية والترجمة العملية لتفكير الإنسان وانفعالاته حول مثيرات هذا الموضوع بما يكفل الاستجابة لها على شكل خطوات إجرائية، لفظية كانت أو عضوية^(٢٣).

فالمظاهر السلوكية لأسلوب حياة الفرد هي الخطوات الإجرائية التي يمكن من خلالها الاستدلال على موقف الفرد من الصحة والمرض.

٢. عوامل بيئية:

كل العوامل والمكونات المحيطة بالفرد تؤثر وتوجه أسلوب حياة الفرد. فجماعة الأسرة أو الأصدقاء والجماعات المرجعية، وموارد المجتمع، وثقافة المجتمع بصفة عامة عوامل بيئية ذات تأثير على أسلوب حياة الفرد .

سادساً: أمراض القلب المزمنة (كمثال لأمراض المزمنة): منذ الميلاد وإلى الممات والإنسان يحتاج للرعاية الصحية بصورة أو بأخرى، فهو يحصد من الأمراض في مراحل العمرية ما يجعله في احتياج مستمر للرعاية الصحية، وتتعدد الأمراض بتتبع المراحل العمرية للإنسان، فمرحلة الطفولة أمراضها كما لكبار السن أمراضهم، كذلك تختلف الأمراض في درجة خطورتها، فنزلات البرد مثلا قد تشفى من نفسها. أما الأمراض المزمنة فتستمر مع الإنسان لفترات طويلة تهدد حياته، وخاصة إذا ما كانت الإصابة بالمرض المزمن في مرحلة الطفولة.

وقد كان الاعتقاد السائد أن الأمراض المزمنة تصيب كبار السن فقط، وذلك نتيجة للتغير في الهرمونات، أو في وسائل المناعة المصاحبة لتقدم السن، أو أنها تكون نتيجة للتعرض المستمر لعوامل البيئة أثناء حياة الفرد، ولكن وجد أن الأمراض المزمنة تصيب صغار السن أيضا (٢٤). وتعد الأمراض المزمنة من العوامل الرئيسية لحدوث الوفيات، فهي تؤثر على جانب كبير من حياة الإنسان وتظل فترة طويلة قبل أن تكتشف لأنه ليست هناك أعراض في المراحل المبكرة من المرض (٢٥).

وتعد أمراض القلب المزمنة من أكثر أمراض الطفولة خطورة وتسبب وفاة نسبة عالية من المرضى، والأمراض القلبية المزمنة تتزايد في جميع البلدان، ولا يقتصر وجود هذه الأمراض على العالم المتقدم وحده، وإنما هي مصدر قلق متزايد في البلدان النامية فهي تتسبب في حدوث ربع حالات الوفاة تقريبا في العالم (٢٦).

فقد أثبتت دراسات المعهد القومي للإحصائيات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٨٢ أن نسبة الوفيات نتيجة أمراض القلب تصل إلى (٣٨,٢%) (٢٧). ويدفع تلك الخطوة إلى زيادة الاهتمام بدراسات أمراض القلب المزمنة، ومما يؤكد على زيادة الاهتمام أيضا ما يتضمنه القلب تشريحيا من أعضاء تؤدي وظائف هامة لجسم الإنسان.

يوجد في مصر فروع للمؤسسات البحثية الدولية التي تستهدف رعاية الطفولة عامة والمرضى بأمراض مزمنة خاصة مثل (منظمة الأمم المتحدة للطفولة يونيسيف Unicef المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية).

المحور الثاني: المرض المزمن:

أولاً : تعريف المرض:

١. تعريف ليلى حسن بدر وآخرون: المرض هو الحالة التي يكون عليها الجسم نتيجة لحدوث قصور وخلل في عضو وأكثر من أعضاء الجسم، مما يعوقه عن القيام بوظيفته خير قيام وهناك عدة عوامل تتحكم في إصابة الفرد بالمرض من عدمه وهي^(٢٨):

أ. مدى التوازن بين قوى المريض - من حيث السن، الجنس، وعوامل الوراثة وقوى المناعة فيه - وبين المسببات النوعية للأمراض - من حيث عددها، وضراوتها، ونوعيتها.

ب. عوامل البيئة التي يعيش فيها الشخص، فمثلا تختلف أمراض المناطق الحارة عن أمراض المناطق الباردة، وتكثر الملاريا في تواجد البعوض، والبلهارسيا مع وجود القواقع، كذلك تتأثر الحالة الصحية للفرد بعادات وتقاليده المجتمع الذي يعيش فيه.

٢. تعريف إقبال محمد بشير: المرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام، كما يحدث المرض أيضا إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها^(٢٩).

٣. التصنيف الدولي للأمراض: قدمت منظمة الصحة العالمية تصنيف دولي للأمراض، يتضمن أنواع الأمراض، بالإضافة إلى توضيح العلامات والأعراض، وقد قدم المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع للمنظمة مراجعة عاشر لهذا التصنيف بحيث يضم حصر للأمراض في سبعة عشر قسما رئيسيا، طبقا لأعضاء الجسم المختلفة، وكل قسم رئيس يضم أقساما فرعية تحوي الحالات النوعية الخاصة، ويمكن عرض السبعة عشر قسما على النحو التالي^(٣٠):

- أمراض معدية.
- الأورام.
- مرض الدم وأعضاء تكوين الدم واضطرابات معينة تتضمن أجهزة المناعة.
- أمراض الغدد الصماء والتغذية والتمثيل الغذائي.
- الاضطرابات العقلية والسلوكية.
- أمراض الجهاز العصبي.
- أمراض العين وملحقاتها.
- الاضطرابات بالأذن والنتوء الخشائي.
- أمراض الجهاز الدوري.
- أمراض الجهاز التنفسي.
- أمراض الجهاز الهضمي.

- أمراض الجلد والنسيج الخلوى تحت الجلد.
- أمراض الجهاز العقلي الهيكلي والنسيج العام.
- أمراض الجهاز التناسلي البولي.
- الحمل والولادة والنفاس.
- حالات معينة تنشأ في الفترة حوالى الولادة.
- التشوهات والعاهات.

٤. **المفهوم الاجتماعي للمرض:** إن المرض كحالة اجتماعية يضمن تغييرا في السلوك وهو ظاهرة اجتماعية إنسانية تختلف باختلاف الثقافات، ففي حين أن المرض بمعناه البيولوجي يحدث مستقلا عن المعرفة والتقييم الإنساني الاجتماعي، فإن امراض كحالة ينشأ ويتطور عن طريق هذه المعرفة والتقييم الاجتماعي. فمثلا عندما يشخص الطبيب حالة حيوان معين كالبقرة مثلا بأنها (حالة مرض) فإن تشخيصه هذا لا يغير من سلوك البقرة. فالمرض بالنسبة لها لا يعني شىء أكثر من أنه حالة (فيزيقية) طبيعية. ولكن عندما يشخص الطبيب البشري حالة إنسان على أنها (حالة مرضية) فهو بذلك يكون سببا وعاملا في تغيير سلوك هذا الإنسان، إذ أن هذا الإنسان سيأخذ ما يسميه (تالكوت بارسونز) دور المريض، أو دور المرض، ويتصرف وفقا لهذا الدور. فقد أضيفت (حالة) اجتماعية للحالة الطبيعية الفيزيقية، وذلك بإضافة معنى المرض إلى حالة هذا الإنسان، وهي عدم الشعور بالراحة، لذلك يجب أن يكون الطبيب على علم بأن إعطاء صفة المرض لحالة شخص ما تؤثر على حالته النفسية وعلى تصرفه الاجتماعي وطريقة حياته وأداءه لأدواره الاجتماعية. إن للطب البيولوجي الاكلينيكي والنفسى كذلك القوة على أن يجعل تصرف الشخص وسلوكه كمريض، بأنه مريضا فعلا، أي أن مرضه شرعيا، ويحكم أنه القوة أو السلطة المعترف بها اجتماعيا للمرض من عدمه، فإنه بذلك يملك الإمكانيات التي يجعل بها إنسان يتصرف كمريض حتى ولو لم يكن مريضا فعلا وأن يقرر الشرعية لدوره كمريض^(٣١).

ومن ناحية أخرى يتضح من تعريف المرض ومن المفهوم الاجتماعي للمرض أن المرض ظاهرة اجتماعية يأتي نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل، وتلك العوامل إما أن تكون الصبغة الجسمية والصبغة المجتمعية، وبالتالي نستطيع أن نحدد أسباب المرض في ثلاث مجموعات هي (أسباب ذاتية، أسباب مجتمعية، أسباب مشتركة).

(أ) الأسباب الذاتية : وهي الأسباب التي ترجع إلى الفرد وتتمثل فيما يلي:

- **المقاومة والعوامل الوراثية:** والمقاومة إما أن تكون طبيعية غير نوعية وليست محددة لمرض معين وتوجد في الدم وجلد الإنسان أو تكون مقاومة نوعية، فهي مناعة ضد

أمراض معينة، وإما أن تكون طبيعية أو مكتسبة، أما العوامل الوراثية فهي صفات وراثية تنتقل عن طريق الوراثة من خلال الجينات.

- **الجوانب الذاتية لمكونات الشخصية:** مكونات شخصية الفرد (المكون الجسمي، المكون الوجداني، المكون العقلي، المكون الاجتماعي) وهي نتاج تفاعل عوامل ذاتية وعوامل بيئية، وبالتالي يصبح لكل مكون جانب ذاتي يؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان.

- **السن:** فلكل مرحلة عمرية أمراضها، فتوجد أمراض خاصة بالطفولة وأخرى خاصة بكبار السن، كما أن المرض الواحد يختلف في نوعه في كل مرحلة، فأمراض القلب المزمنة عند الأطفال تتمثل في أمراض صمامات القلب الروماتزمية، عيوب القلب الخلقية، اختلال ضربات القلب المزمن، أما أمراض القلب عند كبار السن فهي تصلب الشرايين، كما أن درجة مقارنة الأمراض تختلف حسب المرحلة العمرية فكسور عظام الأطفال تعالج سريعا نظرا لزيادة نسبة الماء في عظام الأطفال، كما أن الأطفال مرضى سرطان الدم يتقبلون العلاج الكيميائي بصورة أفضل من مثله عند كبار السن.

- **النوع:** توجد أمراض تنتشر أكثر عند الرجال، والعكس توجد أمراض تنتشر أكثر عند النساء، كما توجد أمراض خاصة بكل نوع بحيث لا توجد عند النوع أو الجنس الآخر.

(ب) **الأسباب المجتمعية:** وهي ترتبط بما يحيط بالفرد من متغيرات متعددة يمكن إجمالها فيما يلي:

- **متغيرات اقتصادية:** فمستوى الدخل الفردي وأنماط المهن والحرف السائدة لها تأثيرات متعددة في الصحة والمرض.

- **متغيرات سياسية:** فالنظم السياسية ونظم الحكم ومجموعة القوانين والتشريعات تؤثر على برامج الرعاية الصحية بصفة عامة.

- **متغيرات ثقافية:** يؤثر كل من العادات والتقاليد والمعتقدات، وكذلك مستوى التعليم على الصحة والمرض.

- **متغيرات بيئية:** للمكونات البيئية (الغلاف الحيوي، الهواء، المواد المشعة، والأرض، الإنسان) دور هام في الصحة والمرض.

(ج) **الأسباب المشتركة:** ويقصد بها الأسباب الناتجة عن تفاعل العوامل الذاتية والعوامل البيئية، وهذه الأسباب تتبلور في أسلوب حياة الفرد.

المبحث الثاني: إدارة الذات والمرض المزمن

أولاً: أهداف وإبعاد إدارة الذات: يشكل المرض المزمن على الأفراد وأسره بل على الدولة تحديات تضعف أدوارهم وتفاعلاتهم مع الأنساق المختلفة وتجعل الفرد المريض غير قادر على ممارسة

أسلوب حياته بفاعلية وتضعف قدرته على مواجهة التحديات والآثار الناتجة عن الإصابة بالمرض المزمن، مما يستدعي تعليمه مهارات للتعامل مع مشكلات المرض وتحسين فاعلية الذات لديه فيما يرتبط بأسلوب الحياة والتعامل مع الأعراض من خلال المساندة وزيادة الدافعية لديه وتغيير السلوك والتخطيط ووضع أهداف للتعامل مع المرض من خلال تعلم الفرد متطلبات السلوك، المراقبة الذاتية، التمكين، وكل ذلك يرتبط بإدارة الذات.

تهدف إدارة الذات إلى تدعيم المريض المزمن من خلال إمداده بالمعلومات وتعليمه مهارات وأساليب لتحسين الرعاية الذاتية Self Care والتفاعل مع الفريق الطبي لتحسين جودة الحياة لدى المريض.

وقد خلصت بعض الدراسات إلى أن هناك أهمية لإدارة الذات تتحدد في (٣٢):

- أ. المحاسبية في الخدمات المقدمة للمريض.
 - ب. تقلل من التكاليف في العلاج للمريض ومستوى النضج الاقتصادي.
 - ج. تحسن من معارف المريض.
 - د. تحديد العوامل الاقتصادية والاجتماعية Socio – Economic المؤثرة في الاستفادة من الموارد والتعامل مع الضغوط.
 - هـ. تحسن من رعاية الذات للمريض والجماعات المساندة Support groups في تحسن فاعلية الذات وزيادة مستويات الطاقة لدى المريض على المدى الطويل.
 - و. تحسن قدرات المريض ليكون ذا خبرة حول المرض وطبيعته وتحوله من مريض معتمد على الآخرين إلى (الخبير) بالمرض.
 - ز. تحسن من الجانب التعليمي والتمكين للمريض للتكيف مع الأدوار الجديدة للمرض.
 - ح. التأثير في أسلوب الحياة كجانب وقائي في مراحل التشخيص الأولي.
- وهناك معايير اقترحها "ماركويل وآخرون (Markwick et. Al, 2002) لتكون إدارة الذات ناجحة وفعالة من جانب القائم على تعليم إدارة الذات تتحدد في:
١. المعرفة والمعلومات الجيدة بطبيعة المرض ومضاعفاته.
 ٢. متابعة خطة العلاج للمريض مع الفريق الطبي.
 ٣. المشاركة في اتخاذ القرار مع الفريق الطبي حول المريض كما في حالات رفض الجراحة.
 ٤. تعليم المريض أساليب المراقبة الذاتية حول المرض والتعايش معه.
 ٥. التعامل والتعايش مع المرض وفق الأبعاد الجسدية، الانفعالية، الحياة الاجتماعية والأداء الاجتماعي Biopsychosocial.
 ٦. التكيف والتعايش مع المرض من خلال تعلم أسلوب الحياة.

فإدارة الذات للمريض المزمن تهدف إلى تدعيم المريض من خلال إمداده بالمعلومات وتعليمه مهارات وأساليبه لتسحين الرعاية الذاتية والتفاعل من خلال الاتصال الفعال مع الفريق الطبي لتسحين جودة الحياة.

١. استخدام أساليب للتعامل مع المشكلات: مثل مشكلات الإحباط، التعب والإجهاد Fatigue، الألم، الانعزال.

٢. ممارسة أنشطة صحة هادفة لتسحين الجانب الجسدى (تقويته) ، تتسم بالمرونة وفق كل مريض.

٣. التعامل الجيد مع العقاقير والأدوية.

٤. الاتصال بفعالية مع الأسرة، الأصدقاء، والفريق الطبي.

٥. التعايش مع المرض فيما يرتبط بأسلوب التغذية.

٦. تقويم طرق العلاج الجديدة من خلال التغذية المرتدة.

من ناحية أخرى إذا كانت إدارة الذات تهدف إلى تحسين قدرات المريض في التعامل مع المرض والتعايش معه فإن هناك أبعاد لتحقيق التكيف والتعايش مع المرض ترتبط جميعها بإدارة الذات، وتحدد تلك الأبعاد الأربعة في تحسين الجانب المعرفي، التعامل مع الضغوط، ممارسة أنشطة صحية هادفة، الاستفادة من الموارد، وفيما يلي توضيحاً لذلك:

١. تحسين الجانب المعرفي / المعلومات Information:

إن برامج تعليم المريض تعطي المعلومات عن طبيعة المرض والعلاج وكيفية التعامل مع المرض بفاعلية، والفهم الواضح لطبيعة المرض وخاصة المرض المزمن وأحياناً يرتبط ذلك ببعض القرارات التي يجب أن تتخذ.

كما أن المعلومات تساعد في التعايش مع المرض والحياة اليومية وخاصة نموذج ومدخل التركيز على المريض Patient Centered Approach حول المرض والتعريف ببعض المهارات (٣٣).

وتزويد نسق العميل بالمعلومات يختلف عن عطائه النصيحة Advice فالنصيحة تعني أن الأخصائي في موقف يجعله يدرك ما هو أكثر فائدة للعميل من العميل نفسه، وبالتالي يتوقع منه قبول النصيحة والعمل بها، أما في حالة إعطاء المعلومات فيظل العميل حراً في استخدام أو عدم استخدام هذه المعلومات والوسائل التي يستخدمها الأخصائي في قيامه بدور المعلم ومن بن تلك الوسائل، المحاضرات، الندوات، النمذجة Modeling (لتعليم العملاء أنماط سلوكية) جديدة، الشرح والتوضيح، النشرات والكتيبات (٣٤).

وتشكل معالجة المعلومات من خلال الاختيار والتفسير والتي تساعدنا في التقدم نحو مقابلة الاحتياجات وتحقيق الأهداف، ويتطلب ذلك معالجة المعلومات وفق الخبرات اليومية والتعامل اليومي لترتبط وفق النظرية المعرفية السلوكية، في إطار المعرفة والوجدان والبناء لطبيعة المعلومات لتصبح منهجاً يعالج المعلومات الداخلية والخارجية بطرق فعالة^(٣٥).

وهناك أربعة مستويات معلومات رئيسة يمكن أن يتناولها المعالج لتغيير فعالية المريض الذاتية^(٣٦):

(أ) إنجازات الأداء: التي تكون معلومات التوقع فيها مبنية على أداء المريض الفعلي مع المرض.
(ب) التجارب البديلة: أو التعلم بالملاحظة التي تكون معلومات التوقع فيها مبنية على أسلوب المريض في التعامل مع المرض وترتبط بالخبرات الهادفة غير المباشرة.
(ج) الإثارة الانفعالية: التي تكون معلومات التوقع فيها مبنية على إدراك المريض لحالاته الانفعالية.

(د) الإقناع وخبرة المعالج.

وكلما كانت مصادر المعلومات موثوق بها كلما زاد التغيير في إدراك المريض لذاته كإنسان قادر على حل المشكلات، وعليه فإن المعلومات المبنية على الأداء الاجتماعي الفعلي للمريض Actual Social Function من شأنها أن تكون أكثر تأثيراً للفعالية الذاتية من المعلومات القائمة على الإقناع.

وعليه فالمعرفة وتحديد الأسباب للمشكلات الصحية والاجتماعية تتم من خلال^(٣٧):

(أ) المعرفة من خلال الممارس الإكلينيكي.

(ب) المعرفة من خلال الخبرة.

وأن الحصول على المعلومات حول المرض والتعامل بصورة جيدة من خلال زيادة معارف المرضى وأسرهم والمحيطين بهم (كجماعات العمل مثلاً) ببعض القضايا المرتبطة بالمرض مثل أعراضه، الأدوار الاجتماعية، التعايش اليومي مع المرض، الآثار الجانبية للمرض والأدوية (وتختص بالمريض)، وذلك من خلال تنمية وعي المريض كجانب وقائي Prevention والتي تتضمن أسلوب التغذية، الأنشطة التي يجب أن يقوم بها المريض^(٣٨).

وترتبط المعلومات في إدارة الذات بما يلي:

- وصف المريض لمرضه (ما هي الأعراض؟).

- المعتقدات المرتبطة بمدة المرض (الاتجاهات).

- الأسباب (مسببات المرض، العوامل).

- الضبط والتحكم في الأعراض مع طبيعة المرض والقدرة على ضبط الذات وتوجيه الذات.
٢. مهارات التعامل مع الضغوط والتدريب عليها:

Coping Skills Training and Stress Management

يهدف التدريب على مهارات التعامل إلى منح الناس مهارات لزيادة الموارد لديهم لمساعدتهم للتعامل مع متطلبات المرض وزيادة التعامل مع الموارد تساعد في التقليل من مضاعفات المرض والتقليل من الضغوط الناشئة والشعور العام للتحكم في المرض وغالباً ما تتم مهارات التعامل مع المرض من خلال المواءمة ما بين الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية والتي تتضمن الاسترخاء Relaxation، والأنشطة وتكنيكات للتعامل مع الأعراض مثل التعامل، وعلى ذلك فإن إدارة الضغوط تركز على التعامل مع الانفعالات المرتبطة بالمرض^(٣٩).

ومن الآثار والنتائج البعيدة والمتربطة على الضغوط طويلة الأمد تقليل القدرات والوظائف المعرفية، تناقص القدرة على تحمل الإحباط Frustration العدوانية، العجز عن الإنجاز، الإنسحاب، الحساسية، صعوبات التوافق مستقبلاً، مرض ضغط الدم، أمراض القلب^(٤٠).

وتشكل المهارة في التعبير والكتابة عن المشاعر والأحداث الضاغطة من خلال إعادة البناء المعرفي للأفكار والتحكم في الانفعالات والمشاعر بغرض زيادة معدل الاستراتيجيات (أو الموارد) للتعامل ومداخل تفعيل الذات للتقليل من المشاعر السالبة والضغوط، وقد يكون التعامل مع الضغوط السالبة من قلق واكتئاب من خلال التعليم والتنظيم لفهم الأعراض وتفسير تلك الأعراض (كزيادة معدلات ضربات القلب تفسر كعلامة لتوقف القلب Heart Attack ويفيد الاسترخاء في التقليل من مشاعر القلق وأن استبدال المشاعر السالبة الناتجة عن الاكتئاب من خلال إعادة البناء المعرفي وإعطاء أفكار واقعية وممارسة أنشطة واستبدال حديث الذات السلبية Self Talk (من خلال إعادة البناء المعرفي)^(٤١).

وترتبط أساليب إدارة الضغوط من خلال تحسين الجوانب المعرفية والتدريب على أساليب التعامل معها وذلك من خلال^(٤٢):

- (أ) يعتمد في إجراءاته على الاسترخاء كاستراتيجية للمواجهة.
- (ب) أنه يهدف إلى إدارة الذات أو الضبط الذاتي الذي يتطلب أن يتحمل المريض القدر الأكبر من المسؤولية في حدوث التحسن على أن تكون متدرجة.
- (ج) أنه يستخدم الواجبات المنزلية والتي تعمل على تعزيز عملية التعميم في مواقف الحياة الفعلية.
- (د) يركز التدريب على العناصر المعرفية كجزء من ردود الفعل المتعلقة بالقلق.

ثانياً: أساليب إدارة الذات:

تعتمد إدارة الذات في تطبيقها وتعليمها للمريض على مجموعة من الأساليب تتحدد في:

١. المراقبة الذاتية Self Monitoring:

ويشارك إلى المراقبة الذاتية على أنها: " عملية تتطلب من الفرد ملاحظة سلوكه الخاص، والمواقف التي يظهر فيها هذا السلوك والأسباب التي تؤدي إلى ظهوره، كذلك تستلزم من ملاحظة نتائج سلوكه أو أهميته والآثار المترتبة على هذا السلوك، وكذلك ملاحظة الأحداث الخارجية التي تلقى قبلاً ذاتياً منه (٤٣). "

فقد أشار كل من " كرير وهولريد " Creer & Holroyd, 1997 " إلى أم المراقبة الذاتية بمنح أساساً لإدارة الذات بصورة نظامية ومرتبطة Systematic من خلال التسجيل للمعلومات حول الأعراض وزيادة مستوى الوعي لدى المرضى والتغيرات التي قد تطرأ من وقت لآخر، فهي تساعد المرضى على التعامل مع الظروف التي تؤثر على الاستمرار من خلال التغذية المرتدة المستمرة " Continual Feed Back "، فالمراقبة الذاتية تساعد المرضى على تحقيق الأهداف والتمكين لهم من أحداث التغيير الإيجابي (٤٤).

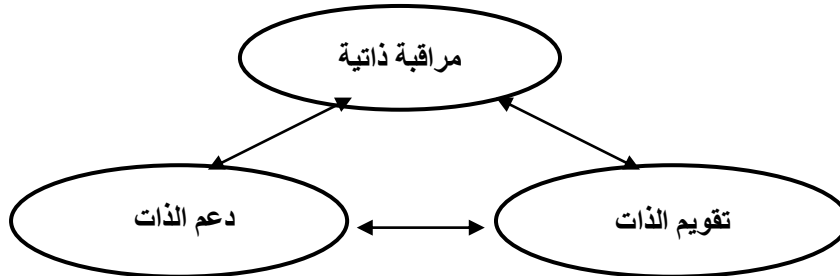
فالمراقبة الذاتية تبدأ في المراحل المبكرة من العلاج من خلال تشجيع العميل على التسجيل بصورة يومية عن المواقف الاجتماعية، صورة الجسم، الأفكار والمعتقدات وتأثير تلك الأفكار على السلوك والحالة المزاجية.

وتساعد المراقبة الذاتية والتسجيل في زيادة مستوى الوعي لدى العميل وخاصة في اضطراب صورة الجسم وتأثير الجسم على الانفعالات والسلوك (٤٥).

وتعد المراقبة الذاتية أحد ثلاثة مكونات في عملية التحكم الذاتي في السلوك Self Control، وهذه المكونات الفرعية هي (٤٦):

- المراقبة الذاتية.
- تقييم الذات.
- دعم الذات.

شكل رقم (١) يوضح مكونات المراقبة الذاتية



والمراقبة الذاتية ترتبط بالأفكار، السلوك، والمشاعر التي تسمح بإعادة تحديد المفاهيم لاكتساب الخبرات في تحقيق الأهداف والتقليل من المشاعر وردود الفعل السالبة، وقد يكون على مستوى فترات زمنية مختلفة قد تكون أسبوعاً أو شهراً أو قد تكون كتابية والتي تمنح تحديد العلاقة بين الممارس الإكلينيكي / الطبيب المعالج كمراقبة أسلوب التغذية والتي تفيد في الأبعاد المختلفة للعملية العلاجية والتعامل مع الأعراض والتي تتضمن الألم، المرض، القلق، الاكتئاب، الأعراض الجانبية والتي تفيد جميعها في الإرشاد للعملية العلاجية.

وتفيد المراقبة الذاتية للمعالجين في تسجيل الأنشطة المهنية فيما يلي^(٤٧):

- إمام المعالج بالطرق التي يقضي بها المريض وقته.
- أنها تعمل كخط أساسي للمعالجين يمكن مقارنته بتسجيلات في فترات متفرقة من العلاج.
- الحصول على تسجيلات لأحداث جيدة معينة وأحداث سيئة معينة ليتم مناقشتها في الجلسة التالية.

ويجب أن ترتبط المعلومات بطبيعة المشكلة الفردية كمكون قيمى Beliefs حول كيفية حدوث المشكلة؟ ومتى حدثت؟ ومدى تأثيرها على العميل؟ وذلك من خلال المراقبة للذات Self Monitoring في إطار التقدير السلوكي المعرفي Cognitive Behavioral assessments من خلال استخدام الذات في إطار ستة مناطق^(٤٨):

(أ) جوانب موقفية **Situational**: ما هي العوامل البيئية التي أثرت في المشكلة وأحدثتها؟

(ب) جوانب سلوكية **Behavioral**: ماذا يفعل الشخص؟

(ج) جوانب معرفية **Cognitive**: ما هي الأفكار التي حدثت في نفس الوقت؟

(د) جوانب عاطفية **Affective**: ما هي ردود الفعل الإنفعالية التي حدثت؟

(هـ) جوانب العلاقات الشخصية **Interpersonal**: من فقط السبب؟

(و) جوانب فسيولوجية **Physiological**: ما النتيجة لرد فعل الجسم؟

٢. التمكين **Empowerment**:

إذا كانت إدارة الذات هي قدرة الأفراد على التعامل مع الأعراض والعلاج والمتطلبات الاجتماعية وتغيير أسلوب الحياة المرتبطة بظروف المرض المزمن. عليه فإنه من بين الأهداف التي تحققها إدارة الذات لدى المرضى هو التمكين " Empowerment " لهم والتأثير في أدوارهم الأساسية.

فالتمكين عملية يتم من خلالها اكتساب الناس التحكم بصورة أكبر في قراراتهم وأعمالهم المؤثرة على صحتهم وقد تكون: اجتماعية، ثقافية، نفسية أو سياسات رعاية / من خلال الأفراد أو

الجماعات الاجتماعية للتعبير عن احتياجاتهم واهتماماتهم من خلال ممارسة استراتيجيات في صنع القرار ويتضمن تمكين المريض المدافعة عن الحقوق من خلال التمكين على المستوى الفردي وتعليم المريض ومشاركة وتقرير مصيره في العلاج لأخذ دوراً أكثر نشاطاً في تحسين صحته ومتطلباته الصحية والاجتماعية.

فالتمكن لا ينظر إليه على أنه تكتيكاً أو استراتيجية فقط بل رؤية لإرشاد المرضى والتي تحتاج إلى أدوار المهنيين والتكيف مع الأدوار الجديدة Adopt New Roles والاستفادة من المعلومات حول المرض وطبيعته ويكونوا قادرين على التعلم حول طبيعة المرض والمشكلات ليصبح المرض ذو معنى لهم للتعايش معه^(٤٩).

وعلى هذا النحو فالتمكين هو مساعدة المرضى في اكتشاف وتنمية قدراتهم في اكتساب القدرة على الضبط والتحكم في مرض السكر مثلاً من خلال تحمل المسؤولية من خلال المريض ذاته دون الفريق الطبي وخاصة فيما يرتبط بالاختيارات حول أسلوب التغذية، الأنشطة الجسدية، التعامل مع الضغوط وإدارتها، المراقبة واتخاذ القرارات لتحسين نوعية حياتهم ومستوى القبول والرفض.

فالتمكن في إدارة الذات يعتمد على التعامل مع الفريق الصحي كرؤية للتكيف مع الأدوار الجديدة ويختلف عن تعليم المريض الذي يرتبط بمنح المريض المعارف والمعلومات إلى تفعيل الذات واكتساب الثقة في مواجهة المرض والتعامل معه بصورة إيجابية. وهذا النموذج يمكن ممارسته في إطار إدارة الحالة في توصيل العملاء للموارد وفهم المواقف المختلفة للحصول على الخدمة بصورة سهلة. ويعتمد مدخل التمكين في تعظيم الجانب المعرفي، المهاري، الوعي الذاتي والإحساس بالاستقلالية للاختيار من بين البدائل التي تحقق الإنجاز للأهداف وتساعد في إدارة الذات والرعاية الذاتية. ولتمكين العميل في الخدمة الاجتماعية فإنه يتم من خلال^(٥٠):

- الشعور العام لإثراء الذات لدى العميل.
 - القدرة على التأثير في مجريات الحياة لدى العميل.
 - القدرة على استخدام ميكانيزمات للقرارات العامة التي تختص بالمرض.
- وقد يتم تمكين العميل من خلال المستويات التالية:
- أ. على المستوى الشخصي: (تغيير أنماط التفكير، المشاعر، ...).
 - ب. على المستوى التفاعلي: (إدارة العلاقات بفعالية).
 - ج. على المستوى السياسي: من خلال (التغيير على مستوى الأنساق الكبرى وسياسات الرعاية).

وفي الممارسة الإكلينيكية فإن التمكين على المستوى الشخصي يرتبط بالضبط والتحكم في الحياة الشخصية وفهم الظروف البيئية.

وذلك من خلال المساعدة على الاستقلال وإكساب المهارات في حل المشكلات. ويشير " عبد المنصف رشوان " لمدخل التمكين - بوصفه مدخل علاجي - لكي يتم تحقيقه لابد ان يتم من خلال العدالة الاجتماعية في الحصول على نفس الفرص والاستدامة من ضمان حصول الفرد على خدمات مستمرة والشمول من تعدد الجوانب الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والإطار للتمكين من خلال توفير وسائل تعليمية وثقافية ومادية للمشاركة في اتخاذ القرار والدمج الاجتماعي في إطار الارتباط بالمحيط الاجتماعي للحد من عزلة الفرد وانسحابه^(٥١).

٣. **المدافعة الذاتية Self advoeaey**: وتشير المدافعة إلى فهم عملية التدخل والتأثير في القرار والتغيير الاجتماعي وخاصة في القضايا الصحية والذي يتضمن المشاركة على كافة " المستويات الحكومية، جماعات الاهتمام المشترك Interest Groups، وسائل الإعلام، مراكو البحوث " ويجب فهم الأنساق المرتبطة بالخدمات، فهم النسق القيمي لتحديد الأولويات في الخدمات الصحية وسياساتها^(٥٢).

ويجب تعليم المريض المدافعة الذاتية والتدريب عليها ليس بغرض تقويته فقط وبناء تقدير الذات، بل للتقليل من الاعتمادية على الآخرين من خلال فهم الاحتياجات والحقوق، وكيفية الاستفادة من مساعدة الآخرين دون الاعتماد عليهم^(٥٣).

وتشكل المدافعة إطاراً للعمل مع الأفراد الذين يفتقروا إلى المهارات ويقوم الأخصائي الاجتماعي بالمدافعة من خلال التوجه نحو تغيير الأنساق التي تؤثر في صنع السياسة وتغييرها على مستوى المجتمع كالمدافعة حول خدمات التأهيل الاجتماعي وخدمات التأمين الصحي.

وتتم المدافعة لتحقيق مجموعة من الأهداف منها^(٥٤):

- تقديم الحماية للأفراد في المواقف المختلفة والمرتبطة بالخدمة.
- التمكين للأفراد في التوجه للموارد الاجتماعية وخدمات الرعاية الصحية.
- ونرى أن تمارس المدافعة الذاتية للمريض (المريض السكر مثلاً) في إطار الدراسة وفقاً لما يلي:
 - تعليم مريض السكر الحقوق والواجبات المرتبطة بالمرض.
 - تكوين جماعات المساعدة الذاتية في المطالبة بالحقوق كالحق في المشاركة في القرارات حول المرض والحق في المعلومات حول السياسات الصحية للمريض وتعليمه الحقوق القانونية والبدائل في الحصول على الخدمات.
 - الحصول على خدمات العلاج المجاني وبصورة كاملة في المطالبة بحقوقه داخل المؤسسة الطبية.
 - تعليم المريض التأثير في القرارات والمطالبة سواء من خلال الشكاوي أو الاتصال بمتخذ القرار أو العمل من خلال مؤسسة أهلية كجمعيات مرضى السكر.

- عمل الأخصائي الاجتماعي مع مريض السكر في إطار إدارة الحالة.

٤. **المساندة الاجتماعية Social Support**: تستخدم المساندة الاجتماعية بطرق متعددة منها ما يرتبط بمفهوم المرض لدى المحيطين بالمرضى والمساندة من جماعات المساعدة الذاتية على المستوى البيئي، وتبادل الخبرات المشتركة Share experiences مع الآخرين حول المرض بغرض التمكين وزيادة المعارف وزيادة مهارات الاتصال وخاصة مع الفريق الطبي للقضايا والمشكلات المرتبطة بالمرض بغرض تعزيز الإرشاد والنصح. وقد تتضمن المساندة الاجتماعية (الأزواج، الأصدقاء) والتي تساهم في المساعدة على تنمية شبكة المساندة Support Network والاستفادة من الموارد المجتمعية^(٥٥).

وتشكل المساندة الاجتماعية والشبكات الاجتماعية الإيجابية كوسيط للأفراد أو الأسر في التكيف بصورة إيجابية مع أحداث الحياة الضاغطة^(٥٦). وهناك أنماط من سلوكيات المساندة الاجتماعية كما حددها "هاوس House" وهي^(٥٧):

أ. المساندة الوجدانية: وتتمثل في الود والتعاطف.

ب. المساندة الآدائية أو الإجرائية: وتظهر في المساعدة في أداء العمل.

ج. المساندة المعرفية: وتتمثل في الإمداد بالمعلومات.

د. المساندة التقويمية: وتظهر في تزويد الفرد بالمعلومات التي تساعد في تقييم أدائه.

وتعتمد المساندة الاجتماعية وفق آراء كل من " روتر وكوينس 1996, Rutter, Quine's " على أن العوامل المعرفية، الاجتماعية، النفسية تؤثر في خبرات الناس في التعامل مع الضغوط الناتجة عن المرض، وأن المساندة الاجتماعية تخفف من تلك المشاعر السالبة لدى المريض بوصفها - أي المساندة الاجتماعية - تحد من المخاطر السلبية للنتائج المتوقعة عن المرض وخاصة الحقوق للمريض وعدم المساواة، وهناك مصادر للاستفادة من المساندة الاجتماعية في إطار إدارة الحالة:

أ. **المصادر الاجتماعية**: وهي تلك المصادر التي تتضمن العمل الاجتماعي مع الأنساق الاجتماعية وتدعيم تلك الأنساق.

ب. **مصادر المعلومات**: وهي التي ترتبط بالمصادر في المجالات المختلفة ومنها المجال الطبي والأمراض العقلية.

ج. **المصادر الطبيعية**: وهي تلك المصادر التي تشبع الاحتياجات الأساسية وقد يمارس أخصائي خدمة الفرد دور الوسيط كحلقة اتصال بين الفرد ونسق المصادر الرسمية، كذا المصادر غير الرسمية والخدمات التي تقدمها المؤسسات وسياساتها، وقد يكون ذلك على مستوى العميل أو على مستوى النسق الذي قد يرتبط بشبكة العلاقات الاجتماعية أو البيئة الاجتماعية^(٥٨).

مراجع الفصل الثالث

١. حافظ ، ماجدة السيد: محاضرات في علم الاجتماع الطبي، القاهرة، مكتبة سعيد رأفت، د. ت، ص ٧٤.
2. **The Health Education Unit: Life Styles & Health Journal of Science & Medicine**, Vol. Ume 22, Number 2, New York, Bergamon Press, 1986, P. 118 – 199.
٣. لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية: صحة الشباب من تحديات المجتمع، الاسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، سلسلة التقارير الفنية، تقرير رقم (٧٣١)، ١٩٨٨م، ص ٥٤.
٤. دسوقي، كمال: ذخيرة علوم النفس، المجلد الثاني، القاهرة، مؤسسة الأهرام، ١٩٩٠م، ص ٩٨٩.
٥. الحفني، عبدالمنعم: موسوعة علوم النفس والتحليل النفسي، ط ٤، القاهرة، مكتبة مدبولي، ١٩٩٤م، ص ٤٣٨.
6. **Marith Johanson & Others: Life Syle in Primary Health Care Discourse Journal of Social Science & Medicine**, Volume 40, Mmber 3, New York, Pergmon Press, 1995, P. 339.
٧. الشناوي، محمد محروس: مرجع سابق ذكره، ص ٤١١ – ٤١٣.
٨. الجوهري، محمد: الأنثروبولوجيا، أسس نظرية وتطبيقات عملية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٩م، ص ٩١ – ٩٤.
٩. روميسون، مايكل وآخرون: نظرية الثقافة، ترجمة: علي سيد الصاوي، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٢٣، ١٩٩٧م، ص ١١١-١١٤.
١٠. كاريذرس، مايكل: لماذا ينفرد الإنسان بالثقافة، ترجمة: شوقي جلال، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٢٩، ١٩٩٨م، ص ٢١.
11. Dcnnis P. Slevin: *The Wholc Manager* New York, American Management Assiation, 1989, P. 367.
١٢. عبدالخالق، أحمد محمد: أصول الصحة النفسية، ط ٤، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٣م، ص ٧١.
١٣. منظمة الصحة العالمية: تقييم استراتيجيات توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠م، جنيف، دائرة المنشورات بمنظمة الصحة العالمية، المجلد الأول، التقرير السابع، ١٩٨٧م، ص ١٢٠.
14. **The Health Education Unit: OP. Cit**, P. 119 .
15. **Bernhard Badura: Life - Style & Health Some Remarks on Different Viewpoints Journal of Sacial Science & Medical**, Vol. 19, No. York, Pergamon Press, 1984, PP. 341 – 342 .
16. **The Health Education Unit: Op. Cit**, . 123 .
17. **Lawrence B. Schaamberg: Child & Adolescent Development** New York, Macmilan Publishing Company, 1988, PP. 499 – 502 .
١٨. لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية: صحة الشباب من تحديات المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص ٥٤.
١٩. بريجر .و. ر . أوجدن هـ: التنقيف من أجل الصحة، الاسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩م، ص ٧.
٢٠. عمر، ماهر محمود: سيكولوجية العلاقات الاجتماعية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٢م، ص ١٦٧.
٢١. علام، محمد عبدالخالق، وعبدالمقصود، عصمت محمد: مرجع سبق ذكره، ص ٣٩ – ٤٤، بتصرف.
٢٢. عمر، ماهر محمود: مرجع سبق ذكره، ص ١٦٧.
٢٣. عمر، ماهر محمود: مرجع سبق ذكره، ص ١٦٨.
٢٤. منظمة الصحة العالمية: تقييم استراتيجيات توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠م، مرجع سبق ذكره.
25. **Toba Schwaber Kerson & Lawrence A. Kerson: OP. I. T**, P. 2 .
26. **Alosnclarke Stewart & Susan Friedman: Child Development : Infancy throught Adolesence** New York, Gohn Wileg Esons, 1987, P. 297 .
٢٧. بدر، ليلي حسن، وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص ٤٤٩.
٢٨. بدر، ليلي حسن، وآخرون: أصول التربية الصحية والصحة العامة، القاهرة، مطبعة العاصمة، ١٩٨٥م، ص ٨.
٢٩. بشير، إقبال، محمد وآخرون: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي والمجال النفسي، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٠م، ص ٤٩.
٣٠. منظمة الصحة العالمية: التصنيف الدولي للأمراض، ترجمة: عصمت إبراهيم حمود، المراجعة العاشرة، الاسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ١٩٩٦م.
٣١. بييري، الوحيشي، والديبي، أحمد عبدالسلام بشير: مرجع سبق ذكره، ص ٥٩ – ٦٠.

32. **Baher – Koler:** Self – Management of Chronic disease, Al Zheimer's disease, springer, Germany, 2009, P. 8 .
33. **Stan Newman:** chronic physical illness, self – Management and Behavior Intervention, op. Cit, P. 65 .
٣٤. **النوحى، عبدالعزيز:** الممارسة في الخدمة الاجتماعية، عملية حل المشكلة ضمن إطار نسق أيكولوجي، ب. ن، ٢٠٠٧م، ص ٢٩٢.
35. **Brucea thyer:** Hand book of Social Work and Social Welfare Human Behavior in Social Environment, vol (2), John Wiely & Sons, N. J, 2008, P. 100 .
٣٦. **غاودا، جورج وآخرون:** نظريات التعلم، دراسة مقارنة، سلسلة عالم المعرفة، ج ١، الكويت، العدد (١٠٨)، ١٩٨٦م، ص ص ١٩٣ – ١٩٤.
37. **Mark M. Fraser:** inervention research in social work, A basics for evidence based practice and practice guideelines. (In) Aaron rosen, eno lak. Proctor : developing practice guidelines for social work intervention, op. cit, N. Y. 2003, P. 48 .
38. **Baher Koler:** Self – Management of Chronic disease, Al Zheimer's disease, cit, PP. 101 – 102 .
39. **Stan New Man:** Chronic Physical illness, Self – Management and Behavior Intervention, Op. Cit, P. 71 .
٤٠. **النوحى، عبدالعزيز:** الممارسة في الخدمة الاجتماعية، عملية حل المشكلة ضمن إطار نسق أيكولوجي، مرجع سبق ذكره، ص ١٥٣.
41. **Stan New Man:** Chronic Physical illness, Self – Management and Behavior Intervention, Op. Cit, P. 71 .
٤٢. **محمد، عادل عبدالله:** العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة، ٢٠٠٠م، ص ص ٨٣ – ٨٤.
٤٣. **المغربي، إبراهيم:** مرض السكر والضغط النفسية، منشأة المعارف، الإسكندرية، ٢٠٠٧م، ص ٢٣٧.
44. **Stan New Man:** Chronic Physical illness, Self Management and Behavior Intervention, Op. Cit, P. 66 .
45. **Arthur Free Man, (ed – in – Chief):** Encyclopedia of Cognitive behavior therapy, Springer, 2005, P. 81.
٤٦. **المغربي، إبراهيم:** مرض السكر والضغط النفسية، مرجع سبق ذكره، ص ٢٣٥.
٤٧. **إبراهيم، زيزي:** العلاج المعرفي للاكتئاب، دار غريب، القاهرة، ٢٠٠٥م، ص ١٩٠.
48. **Lisa Miller:** Counseling Skills for Social Work, Sage Publications, London, 2006, P. 67
49. **Jim Novuo:** Chronic disease Management, Springer, N. Y, 2007, P. 14.
50. **Joseph Walsh:** Theories for direct Social Work Practice, Op. Cit, PP. 24 – 25.
٥١. **رشوان، عبدالمنصف:** نحو تصور مقترح لممارسة أسلوب العلاج بالتمكين في طريقة العمل مع الحالات الفردية مع مرضى الفشل الكلوي وأسره، المؤتمر العلمى الحادي والعشرون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٨م، ص ٩٧٦.
52. **Sally Guttmarcher (et. Al):** Community Based Health interventions, op. Cit, P. 62.
53. **Kennth Sharoff:** Coping Skills therapy for managing chronic and termainal illness, springer, N. y, 2004, PP. 91 – 92.
54. **Carol B. Cox:** Dementia and Social Work Practice, Research and Interventions Springer, N. Y, 2007, PP. 313 – 315 .
55. **Stan New Man:** Chronic Physical illness, Self Management and Behavior Intervention, Op. Cit, P. 72.
56. **Nick Coady, Peter Iehmann:** Theortical Presectves for direct Social Work Practice, Ageneratiom eclecticoc Approach, Op. Cit, P. 477.
٥٧. **علي، عبدالسلام علي:** المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا العملية، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة، ٢٠٠٥م، ص ص ٢٠ – ٢١.
٥٨. **همام، سامية:** المتغيرات المؤثرة على إدارة الحالة فى خدمة الفرد، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٩٧٨ – ١٩٧٩.

الفصل الرابع

العلاج بالتقبل والالتزام نموذج للممارسة مع المرضى بأمراض مزمنة من منظور الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

المبحث الأول مفاهيم أساسية:

أولاً: مفهوم النموذج Model:

١. النموذج عبارة عن تصور مقترح للممارسة المهنية في موقف إشكالي معين تم التأكد من صلاحيته من خلال الممارسة العملية الميدانية فأصبح صالحاً لتوجيه الممارسة في مواقف أخرى مشابهة (١).

٢. أما نموذج التدخل المهني مع الأفراد والأسر عبارة عن تطبيق لنظرية ما في مجال معين بما يتفق مع واقع معين وفي إطار مفاهيم مرتبطة بالنظرية النابع منها النموذج، وترجع أهمية النموذج إلى أنه يصف ما يحدث أثناء التدخل المهني من خلال تطبيقه على مواقف متعددة، ويحتوي النموذج على مبادئ معينة وأنشطة وأفعال يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لا تعد في أثناء التدخل المهني؛ ليتمكن من القيام بدوره في أثناء تقديم المساعدة بشكل مهني سليم (٢).

ثانياً: مفهوم الخدمة الاجتماعية العيادية: **Clinical Social work**

بالمراجعة التاريخية لأدبيات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية يتضح أن العلاج من منظور طريقة خدمة الفرد، قد مر بمراحل تاريخية بدأت بالاعتماد على الممارسة الاجتهادية التي استندت على الخبرات الشخصية، ثم توالى التطور لتصل الممارسة العلاجية للأخصائيين الاجتماعيين إلى الاعتماد على العديد من الاتجاهات العلاجية بما لها من أساليب تستند على إفتراضات وأسس علمية. أما الوضع الحالي فهو يتيح للأخصائيين الاجتماعيين، إما الاعتماد على أحد الاتجاهات العلاجية بما لها من أساليب علاجية محددة أو الاعتماد على الانتقاء والتنوع من بين الأساليب العلاجية التي تنتمي إلى العديد من تلك الاتجاهات العلاجية المتعددة وعدم الاقتصار على أساليب اتجاه علاجي محدد، فالانتقاء والتنوع يساعد على تفعيل الممارسة العلاجية للأخصائيين الاجتماعيين الأمر الذي يتطلب معه الاهتمام المستمر في أدبيات الممارسة بإثراء الجوانب النظرية والتطبيقية فيما يتعلق بالأساليب العلاجية للوقوف على مدى فاعلية تلك الأساليب العلاجية، وحدود استخدام الأخصائيين الاجتماعيين لها.

وبنظرة معاصرة تأخذ في الاعتبار التطورات المستقبلية يتضح أن مفهوم الخدمة الاجتماعية العيادية سوف يأخذ مكان الصدارة بديلاً لمفهوم طريقة خدمة الفرد، وسوف نعرض لتعاريف الخدمة الاجتماعية العيادية على أن نبدأ بتوضيح مصطلح عيادي على النحو التالي:

◀ **تعريف عيادي Clinical:** بداية نوضح أن مصطلح عيادي قد ورد في القواميس والمراجع بمعنى عيادي، علاجي، أو أكلينيكي. وقد شاع استخدامه في مهن الطب وعلوم النفس (علم النفس بفروعه، الصحة النفسية، الإرشاد النفسي).

- ما يتعلق أو يتصل بالعيادة Clinic ما يختص بدراسة الفرد ككل موحد، حيث نلاحظ أفعال سلوك معينة، وقد تستنتج سمات شخصية معينة، لكن يظل الهدف تفهم (ومساعدة) الفرد ذاته^(٣).
- أما الفحص الكلينيكي فهو اكتشاف أسباب معاناة الفرد وصعوبة توافقه الاجتماعي، وكيفية نشأة اضطرابات الشخصية والنفس التي أدت إلى زيارته للطبيب سائلاً المساعدة والمعونة والمهارة في استقطاب التاريخ المرضي ومعرفة العلامات والأعراض النفسية للوصول إلى تشخيص سليم حتى يتسنى العلاج الأمثل^(٤).

◀ **تعريف الخدمة الاجتماعية العيادية:**

(أ) **تعريف باركر 2003 Barker:** الخدمة الاجتماعية العيادية هي شكل أو مجال متخصص من ممارسة الخدمة الاجتماعية المباشرة مع الأشخاص والجماعات والأسر، ولقد عرفها المجلس الدولي للأخصائيين الاجتماعيين بالولايات المتحدة الأمريكية بأنها التطبيق المهني لنظرية الخدمة الاجتماعية وطرق المعالجة والوقاية للاختلال الوظيفي والعجز أو الضعف النفسي متضمناً الاضطرابات الذهنية والحسية. ولقد استخدم بعض الأخصائيين الاجتماعيين هذا المصطلح كمرادف لخدمة الفرد أو الخدمة الاجتماعية النفسية، على الرغم من تأكيد البعض على أن كلا منهما يحمل معنى مختلف عن الآخر^(٥).

(ب) **تعريف يحيى حسن درويش:** مجال تخصصي من مجالات الخدمة الاجتماعية تتعامل فيه مع الأفراد والجماعات والأسر ويستخدم بعض الأخصائيين هذا المصطلح لخدمة الفرد والخدمة الاجتماعية النفسية بالرغم من أن البعض يرى أن كل هذه المفاهيم تحمل معاني مختلفة^(٦).

(ج) **تعريف أحمد شفيق السكري:** شكل متخصص من التدخل المباشر للخدمة الاجتماعية مع الأفراد والجماعات والأسر التي تحتل الجزء الأكبر من عمل الأخصائيين الاجتماعيين في مكاتبهم^(٧).

(د) **تعريف كارول سوينسون Swenson:** تعني الخدمة الاجتماعية العيادية في المقام الأول الممارسة والعمل على مصلحة الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة، وذلك من خلال أخصائيين اجتماعيين مدربين على إحداث تغييراً اجتماعياً ونفسياً في نسق العميل، وزيادة سبل الوصول إلى المصادر الاجتماعية والاقتصادية مستخدمين وجهة نظرهم المميزة، والتي اكتسبوها من المعرفة المباشرة لخبرة العمل وتجربته^(٨).

(ه) تعريف مارجریت فرانك **Margaret Frank**: يمكن تعريف الخدمة الاجتماعية العيادية بأنها عملية علاجية تتضمن دعم وتشجيع الأفراد وزيادة قدراتهم الذاتية^(٩).

(و) تعريف عبدالفتاح عثمان، وعلي الدين السيد: هو المصطلح المعاصر لكافة الطرق الثلاثة: خدمة الفرد، وخدمة الجماعة، وتنظيم المجتمع - إذا ما كان هدفها هو علاج موقف معين، وقد ارتبطت في أمريكا بالكلينيكية والعيادية، إلا أنها عمليات تكثف الجهد والفحص في بؤرة إشكالية معينة ولحيزها المحدود أطلق على خدماتها: خدمة اجتماعية مصغرة **Micro Sociol Work**^(١٠).

ومن جانبنا نرى أن الخدمة الاجتماعية العيادية تمثل أسلوب الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي مع الأفراد والجماعات الصغيرة والأسرة عند حدوث الموقف الإشكالي، إذ يبدأ الأخصائي الاجتماعي في إطار العمل الفرقي في ممارسة خطوات التدخل المهني للخدمة الاجتماعية العيادية، والتي غالباً ما تتمثل تلك الخطوات فيما يلي:

١. تقدير الموقف الإشكالي.
٢. تحديد نسق العمل.
٣. تحديد نسق الهدف.
٤. التعاقد.
٥. ممارسة الاستراتيجيات والأساليب العلاجية مع نسق العمل لتحقيق نسق الهدف.
٦. التقويم.
٧. الإنهاء.

◀ المنظور التاريخي للخدمة الاجتماعية العيادية^(١١):

ترجع بدايات نشأة الخدمة الاجتماعية العيادية إلى عام ١٩٥٠م عندما حدث تأثير بين التطورات التي لحقت بالممارسة المهنية والتطورات التي لحقت بالنظريات، وقد ساعد على تلك النشأة جهود العديد من المؤسسات والهيئات التعليمية المتخصصة والتي منها الاتحاد الوطني للأخصائيين الاجتماعيين ١٩٥٥م **National Association of Social Workers**. ومن الأسباب الأخرى التي أدت إلى نشأة الخدمة الاجتماعية العيادية أن العديد من المؤسسات بدأت تطالب بتفعيل دور العميل في حل المشكلة، وبدأت تطالب بالتخصص الدقيق للأخصائيين الاجتماعيين، وبالتالي بدأت المؤسسات في البحث عن أخصائيين اجتماعيين أكثر تخصصاً وتدريباً.

وقد ساعدت عوامل أخرى على ظهور الخدمة الاجتماعية العيادية والتي منها زيادة اعتماد الممارسة على العديد من النظريات المستمدة من علم النفس الاجتماعي، وعلم الاجتماع مثل نظرية

الدور الاجتماعي وما تحمله من أفكار ترتبط بثقافة العميل، كما كان لظهور نظرية العلاج الأسري عام ١٩٥٠م، وكذلك نظرية الأنساق العامة، فقد مهدت تلك النظريات إلى عدة طرق جديدة للتفكير في التعامل مع المشكلات والإنسان بصفة عامة.

وقد تأثر ظهور الخدمة الاجتماعية العيادية بالانتقادات التي وجهت في فترة الستينيات إلى الممارسة المهنية مع العملاء في كونها لا تتصف بالعدالة والفهم الدقيق للمشكلات، الأمر الذي يؤدي إلى عدم التوافق بين العملاء والأخصائيين وعدم وضوح الدور المهني والمسئولية المشتركة في العلاج.

كل تلك العوامل والمتغيرات الفكرية والعملية والسياسية والتي بدأت في أواخر الستينيات ساعدت على ظهور مجموعة أطلقت على نفسها الأخصائيين الاجتماعيين العياديين، وقد كونوا في عام ١٩٧١م اتحاد خاص بهم، وقد استهدف الاتحاد إلى مساعدة الأخصائيين الاجتماعيين وتقديم النصيحة لهم.

وقد ساعد ظهور الخدمة الاجتماعية العيادية على تنظيم العلاقة بين لأخصائيين الاجتماعيين والمجتمع، وقد أخذ تنظيم العلاقة الأشكال التالية:

الشكل الأول: وهو خاص بالتنظيم في حد ذاته، ويتمثل في حق الحماية، أو بمعنى آخر وجود ترخيص لممارسة المهنة وكانت أول ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية تنظيم الممارسة من خلال ترخيص مزاوله المهنة هي ولاية كاليفورنيا، وقد انتشر هذا النظام في سبع ولايات أخرى، ثم أربعة عشر ولاية خلال فترة السبعينيات واليوم يوجد في جميع الولايات داخل الولايات المتحدة.

الشكل الثاني: هو نظام البيع أو ما يعرف بالاعتراف بالممارسة الخاصة للأخصائيين الاجتماعيين ذوي القدرات والخبرات المهنية المرتفعة، وقد أكد العياديون على أهمية الممارسة الخاصة من حيث المرونة والقدرة على تقدير العلاج.

محمل القول أصبح الأخصائيون الاجتماعيون يفضلوا ممارسة الخدمة الاجتماعية العيادية، والتي أصبحت تمارس في العديد من مجالات الممارسة المهنية في مجال رعاية مرض نقص المناعة المكتسبة (Aids) والعمل مع العاطلين والضعفاء من كبار السن، وحالات النزعات الزوجية، وكذلك من يتعاملون مع الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعليم، ويتعامل الأخصائيون الاجتماعيون العياديون أيضا مع مرتكبي جرائم العنف والمجرمين، وقد يلجأ الأخصائيون إلى استخدام العمل السياسي ووسائل الإعلام ومنظمات المجتمع المدني في العمل مع عملائهم.

وقد ساعد انتشار الخدمة الاجتماعية العيادية على زيادة إنتباه الأخصائيين الاجتماعيين

لمعرفة وجهة نظر العملاء في الموقف الاشكالي الخاص بهم، الأمر الذي يزيد من قوة العميل، كما اهتمت الممارسة بأنماط المشاكل الاجتماعية والسياسية، والاهتمام باستراتيجيات التفاعل بين البيئة والعملاء، وكذلك الاهتمام باستراتيجيات التفاوض خاص داخل المجتمعات الفقيرة وجماعات الأقليات.

◀ طبيعة الخدمة الاجتماعية العيادية (١٢):

إن ممارسة الخدمة الاجتماعية العيادية لا بد أن تكون مرتبطة بأهدافها والذي يتمثل في المحافظة على الوظيفة الاجتماعية والنفسية للأفراد والأسر والجماعات الصغيرة، وزيادة الأداء الاجتماعي في أداء تلك الوظائف، ومن ناحية أخرى لكي تؤدي عملية التقدير من منظور الخدمة الاجتماعية العيادية أغراضها على الأخصائي العيادي أن يمارس في ظل المبادئ التالية:

أ. أن عملية التقدير من المنظور العيادي تهتم بمختلف مكونات شخصية العميل مثل المكون الاجتماعي والعلاقات، وكذلك المكون النفسي، وما يتضمنه من توضيح للسمات، وكذلك المكون البيولوجي.

ب. ضرورة الاهتمام باختيار النظرية المناسبة للموقف الاشكالي.

ج. التقدير عملية مرنة يطرأ عليها تغير حسب تغير الهدف.

د. أهمية تقويم العائد من الممارسة بصورة دورية وعملية التقدير من منظور الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية العيادية تتضمن الاهتمام ببعض العناصر التي لا يمكن أن تتجزأ في تحديد دورها في الاختلال الوظيفي للعميل والتي يمكن رصدها فيما يلي:

١. **العنصر البيولوجي:** يجب الاهتمام بالعنصر البيولوجي للعميل من خلال الاهتمام بتوضيح

تأثير الحالة الصحية للعميل على سلوكه، وكذلك تأثير النواحي البيولوجية والطبيعية على النواحي النفسية، فالأخصائي الاجتماعي العيادي يحاول مساعدة العميل على استعادة التوازن وإعادة تأهيله. وعلى ذلك يجب على الأخصائي الاجتماعي الإلمام بالعلاقات البيولوجية ذات التأثير على الموقف الاشكالي للعميل.

٢. **العنصر النفسي:** هناك اتفاق عام في الرأي على أن الخدمة الاجتماعية العيادية تستهدف

التقييم المستمر للمصطلحات النفسية في شخصية العميل. وعلى الأخصائي الاجتماعي العيادي أن يستند في ذلك على إطار نظري يساعده على تفسير التغيرات الجوهرية التي تطرأ على الجوانب النفسية في شخصية العميل. ويجب أن يتم فهم سلوك الفرد في إطار السياق الشخصي (الحالة المزاجية للعميل) مع الاهتمام بالعمليات العقلية مثل الإدراك، ولكي يمكن للأخصائي الاجتماعي أن ينقل ويوصل الخدمة المباشرة للعميل لا بد وأن يدرك

ويفهم تلك السمات والجوانب النفسية في شخصية العميل والتي تساعده على إجراء تقييم نفسي جيد يساعده في توجيه خطط العلاج. ويعتمد التقييم النفسي للعميل على عدة عوامل رئيسية تتمثل فيما يلي:

- ◀ فهم السلوك يتم في إطار عمل.
 - ◀ فهم السلوك باعتباره انعكاس للأفكار والمشاعر داخل وخارج إدراك العميل.
 - ◀ فهم السلوك يكون في إطار المصطلحات الخاصة بالعميل.
 - ◀ يفهم السلوك في إطار الأحداث والانعكاسات المرتبطة بالتجارب السابقة.
 - ◀ يتم فهم السلوك في إطار المصطلحات الخاصة بالأهداف والأعراض في محاولات التغلب على المشكلات والتوافق معها.
- وبناء على ما تقدم نؤكد على أن كمية البيانات المطلوبة تختلف حسب الهدف من التقييم وحسب حالة العميل على أن ترتبط تلك البيانات بالحاضر ويفهم موقف العميل من الموقف الاشكالي.

٣. **العنصر الاجتماعي:** يستخدم الأخصائي الاجتماعي العيادي استراتيجية وصفية في ترتيب وتنظيم الكمية الهائلة من المعلومات الاجتماعية التي تساعد على تفسير وإدراك السلوك الإنساني. وتتضمن تلك المعلومات توضيح لعناصر البيئة الاجتماعية من عادات وتقاليده وأعراف ومعدلات البطالة، وكذلك التشريعات الاجتماعية التي تنظم حقوق الأفراد بالمجتمع، وتلك الحقائق والمعلومات تساعد الأخصائي على تفسير المناخ الاجتماعي للعميل.

◀ **تحديات تواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية في المستقبل:**

- تري " إيلزابيث كلارك Elizabeth Clark " في مقالة لها نشرت في دائرة معارف الخدمة الاجتماعية عام ٢٠٠٣م أن ممارسة الخدمة الاجتماعية في العديد من المجالات النوعية تواجه تحديات متعددة في المستقبل، ويمكن إجمال تلك التحديات على النحو التالي^(١٣):
- أ. يحتاج الأخصائيون الاجتماعيون إلى التأكيد على فاعلية ممارستهم بصورة مستمرة، وأن يكون لديهم القدرة على التعرف على احتياجات عملائهم وأن يكونوا على دراية ووعي بالقرارات والقوانين التي تنظم وتحدد أسلوب إشباع احتياجات العملاء.
 - ب. يجب توجيه الممارسة إلى الاهتمام بالعديد من الفئات التي سوف تظهر لديها العديد من الاحتياجات الشديدة مثل المراهقين والعنف داخل المدارس، كذلك كبار السن والتزايد في إعدادهم وتعدد احتياجاتهم يزيد من أهمية أدوار الأخصائيين الاجتماعيين والتحدي الذي أمامهم

في إشباع تلك الاحتياجات وإيجاد مداخل إبداعية جديدة للرعاية المنزلية والرعاية النهارية لدى كبار السن.

ج. تحتاج الخدمة الاجتماعية إلى إعادة مضاعفة الجهود لتفعيل التغطية الشاملة للتأمين الصحي والتساوي بين جميع الأفراد في الحصول على خدمات الرعاية الصحية على المستوى القومي.

د. تحدي آخر يواجه ممارسة الخدمة الاجتماعية وهو ضرورة توفير الاعتمادات المالية داخل مؤسسات الرعاية الاجتماعية خاصة تلك المؤسسات التي تعاني من ضعف الإنفاق الحكومي لها حتى يتسنى للأخصائيين الاجتماعيين توفير وتقديم الخدمات المطلوبة للعملاء، الأمر الذي يتطلب زيادة الجهود التطويرية للمؤسسات.

هـ. يعد التطور التكنولوجي واحد من التحديات المستقبلية الرئيسية التي تواجه الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، فاعتماد الأخصائيين الاجتماعيين في ممارستهم المهنية على التكنولوجيا واستخدام شبكة المعلومات الدولية "الإنترنت" أمر له مؤيدين وفريق آخر معارض، فالمؤيدين يرون أن التكنولوجيا يمكن أن يزيد من فاعلية الممارسة المهنية خاصة في جوانب مثل الزيارات المنزلية والاستشارة، والبحث، وأيضاً عملية المتابعة والتي يمكن أن تتم جميع خطواتها من خلال المتابعة الالكترونية، وفريق آخر معارض يرى أن استخدام الأخصائيين الاجتماعيين للتكنولوجيا سوف يبعدهم عن الممارسة الأخلاقية، ولكن الفريق المؤيد يؤكد على أهمية استخدام التكنولوجيا في عمليات التقدير والقياس النفسي والاجتماعي.

و. التأكيد على أهمية العمل الفريقي بين الأخصائيين الاجتماعيين والعديد من مهن المساعدة الإنسانية الأخرى خاصة في المجال المدرسي ومجال الرعاية الصحية، وذلك من خلال تحديد واضح للأدوار المهنية لكل عضو وإيجاد قنوات للاتصال بينهم، وإيجاد لغة مشتركة، وكذلك تحديد أهداف مشتركة، وتوفير فرص لاتخاذ مشترك للقرار والمسئولية المشتركة، بالإضافة إلى المناقشة المشتركة بين أعضاء فريق العمل حول المعايير الأخلاقية والنظم المهنية لكل تخصص مهني.

ز. يجب على الأخصائيين الاجتماعيين أن يعتمدوا على الممارسة المهنية التي تعتمد على البراهين (Evidence – Based Practice (EBP) فيجب على الخدمة الاجتماعية أن تكون قادرة على إقامة الدليل على فاعلية تدخلاتها المهنية وتحقيق العائد المطلوب، وعلى الرغم من أن الخدمة الاجتماعية قد أحرزت تقدماً في الممارسة التي تعتمد على الدليل، فقد تقدمت مهن أخرى مثل الطب والتمريض أكثر في هذا المجال.

ح. تواجه الخدمة الاجتماعية أزمة في التطوير الحالي لموارد البحث في الخدمة الاجتماعية، حيث أن قليل من البحوث تم إجراؤها لتحسين فاعلية خدمات الأخصائيين الاجتماعيين، الأمر الذي

يتطلب التقدم في البحث في الخدمة الاجتماعية وزيادة تطوير إمكانيات البحث في المهنة، وإقامة العديد من الجسور بين البحث والممارسة، وإعلام صناع السياسة بنتائج البحوث في الخدمة الاجتماعية.

ط. يجب على جميع العاملين في الخدمة الاجتماعية سواء في المؤسسات الخدمية أو مؤسسات الرعاية أو في المؤسسات الأكاديمية زيادة الاهتمام والاعتماد على تنفيذ البحث العلمي والممارسة التي تعتمد على البراهين والدليل كأسبقية أولية للخدمة الاجتماعية.

المبحث الثاني: العلاج بالتقبل والالتزام:

أولاً: التعريف والماهية:

حدث تطور وتحول واسع النطاق داخل العلاج المعرفي السلوكي، وخرج منه نموذج علاجي جديد كموجة ثالثة للتطور هو العلاج بالتقبل والالتزام ACT، إذ أن الموجة الأولى هي " العلاج السلوكي التقليدي Traditional Behavior Therapy " والتي يسعى فيها المعالج إلى استبدال السلوكيات السلبية بأخرى بناءة من خلال مبادئ التعلم، وتلى ذلك ظهور الموجة الثانية وهو " العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behaviour Therapy " والتي يسعى فيها المعالج إلى تغيير السلوكيات السلبية عن طريق تغيير الأفكار التي أدت إلى هذه السلوكيات، وتغيير حديث الذات أيضاً، وتلى ذلك ظهور الموجة الثالثة وهي العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) والتي أدت إلى إعادة تقييم الافتراضات التقليدية للعلاج السلوكي خاصة والعلاج النفسي عامة، وإعادة تشكيل الممارسات العلاجية العيادية.

وقد ظهر نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في النصف الأخير من تسعينيات القرن الماضي على يد " ستيفن هاينز Steven Hayes " " أستاذ علم النفس العيادي في جامعة نيفادا Foundation Professor Clinical Psychology, University of Nevada " ومجموعة من زملائه هم " كيرك ستروساهي Kirk Strosahi " و " سبنسر سميث Spencer Smith " وقد أكدت أبحاثهم على فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام مع العديد من المواقف الحياتية والظروف الإنسانية المؤلمة مثل الاكتئاب، وضغوط العمل، والألم المزمن.

وسرعان ما انتشر نموذج ACT ليصبح أكثر وأحدث التقنيات العلاجية المتاحة للمعالجين (الأطباء النفسيين، الأخصائيين الاجتماعيين) وسرعان ما أصبح نموذج ACT محور للعديد من المؤتمرات العلمية، والتي من أحدثها مؤتمر " جامعة مليونر Melleourne University " في نيوزيلندا "في الفترة من ١٣ إلى ١٥ نوفمبر ٢٠٠٩م، ومؤتمر رابطة العلاج المعرفي السلوكي Association For Behavioral and Cognitive Therapies في مدينة نيويورك في الفترة من ١٩ - ٢٢ نوفمبر ٢٠٠٩م، كما انتشرت المؤلفات العلمية والأبحاث والمنشورات

والمواقع الالكترونية حول نموذج ACT والتي من أهمها موقع رابطة سياقات العلوم السلوكية The Official Site For The Association For Contextual Behavioral Science وموقعها الرسمي في شبكة المعلومات الدولية " الإنترنت " هو www.contextualpsychology.org

◀ أولاً: تعريف العلاج بالتقبل والالتزام:

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

١. تعريف يحي الرخاوي: هو علاج أميريقي (عملي خبراتي) يستعمل مبادئ الواقعية والإمبيريقية في مداخلته التي تعتمد على البدء بقبول وإثراء العقل جنباً إلى جنب مع الالتزام، وذلك بهدف تدعيم المرونة النفسية أساساً^(١٤).

٢. تعريف " سبنسر سميث Spences Smith: هو فرع من العلاج المعرفي السلوكي، وهو نموذج للتدخل المهني، يستند على التقبل، واستراتيجيات الذهن، مع الالتزام، واستراتيجيات تغيير السلوك بهدف تحسين المرونة النفسية^(١٥).

٣. تعريف " ستيفن هاينز Steven Hayes ": هو أسلوب علاجي وظيفي، يرتكز على نظرية الإطار العلاقي (RFT) التي ترى أن السبب الرئيسي للموقف الإشكالي للعميل هو عدم المرونة النفسية والجمود النفسي، ويستهدف العلاج تقديم تدخلات علاجية لفظية غير مباشرة، من خلال التقبل، وتحسين الشعور بالتسامي بالذات، والتركيز على الحاضر والاهتمام بالقيم^(١٦).

٤. تعريف الباحثات للعلاج بالتقبل والالتزام: هو أسلوب للتدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة يستند إلى نظرية الإطار العلاقي، ويرتكز على السياق الوظيفي في تقدير الموقف الإشكالي للعميل، ويهدف إلى تحسين المرونة النفسية لدى العميل، وذلك من خلال ممارسة عمليات رئيسية للعلاج، تقدم من خلالها الأساليب والرسائل العلاجية للعميل.

◀ ثانياً: الماهية والتطور التاريخي للعلاج بالتقبل والالتزام (*):

(الانتقال من FEAR إلى ACT)

تستعين الكائنات البشرية باللغة في صياغتها لعالمها وهيكلته وفي إعطائه معنى ودلالة، وتقوم بتشكيل ما يصدر عنا من توضيحات، واللغة هي مصدر معظم الإنجازات البشرية لدرجة تجعلنا ننظر إليها بداية إذا أردنا التعرف على إحدى المشكلات وصياغة أحد الحلول، ولكن ولكون اللغة على هذه الدرجة من الفائدة فهي أيضاً قادرة على إظهار مشكلات لا حصر لها. فاللغة هي أداة التمكين للإنجازات البشرية وليس ذلك فحسب بل هي وراء قدرتنا على تجسيد مستقبل مليء بمظاهر

الخوف، وعلى مقارنة أنفسنا بقيم تخلو من الواقعية، فاللغة عامل مشترك ورئيسي في مشكلات الإنسان.

واللغة ليست مجرد أصوات أو رموز ولا نوع من الاستجابة، بل هي شكل من أشكال التجربة الإنسانية. وهذه الخاصية للغة هي سبب كون اللغة والتفكير قادران على أن يصبحا أحد مصادر الخطر، كما أن اللغة أحد العوامل التي تساعد الإنسان على ممارسة التحليلات السببية والتوصل إلى ماهية الصواب والخطأ في أفكارنا.

فالقدرات اللغوية الأساسية مثل تسمية الأشياء والتفرقة بينها، ثم التقييم لما حدث والتوصل لأسباب المشكلات تعد بمثابة مركز النباهة المتطور في اللغة الإنسانية. فبدون تلك القدرات يصبح التقدم البشري مستحيلًا. والعلاج بالتقبل والالتزام ACT^(*) يقوم على افتراض نظري مؤداه أن اللغة تعد عامل رئيسي في إحداث العديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية والمعاناة البشرية بشكل عام. فالعلاج بالتقبل والالتزام (أكت) نموذج للتدخل المهني جرى تصميمه بحيث يدخل اللغة في المعادلة العلاجية لتصبح أداة يجب استخدامها عند الإحساس بفائدتها بدلاً من كونها عملية غير مرئية. ويرتكز (أكت) إلى خط بحثي سلوكي أساسي عن لغة البشر والمعرفة يطلق عليه " نظرية الإطار العلاقي " Relational Frame Theory واختصارها هو (RFT)، وكلا من (أكت) و RFT مصدرهما تقليد فلسفي برجماتي يسمى السياق الوظيفي، وكلا من (أكت) و (RFT) يحكم الصفات والخصائص العلمية ليسا مجرد تكنولوجيا، فهما سوياً يشكلان أسلوباً متكامل يقوم على التحليل ومجموعة من المبادئ التي تتفاوت في التركيز ومستوى التحليل بدءاً من بديهان أساسية إلى ما يجري تطبيقه في الممارسة المهنية. و (أكت) ليس علاجاً معيناً لاضطراب ما، بل هو أسلوب عام قادر على تحفيز التوصل لبروتوكولات عديدة متركرة على مشكلات معينة وشرائح من العملاء أو مواقف علاجية.

ونرجو أن يقدم هذا الفصل الحالي التشجيع للأخصائيين الاجتماعيين على ممارستهم لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام، وذلك من خلال تقديم التوضيح والشرح لكيف أن هذا النموذج يتضمن مفاهيم وأساليب علاجية لها فاعليتها في الممارسة المهنية، وبالتالي يخرج الأخصائي الاجتماعي (بعد قراءة هذا الفصل) وقد تولد لديه إحساس أفضل بكيف يطبق (أكت) على المشكلات الإكلينيكية المتنوعة التي يصادفها في المجالات النوعية للممارسة سواء كان ذلك في مجال الصحة النفسية، أو برامج علاج الإدمان، أو برامج رعاية الأسرة، أو برامج المدارس، أو برامج الرعاية الصحية خاصة مع علاج الأمراض المزمنة، لذلك نرجو من الأخصائيين الاجتماعيين أن

(*) تنطق بكلمة واحدة (أكت) وليس بحروف أولى.

يروا في هذا النموذج (أكت) الخير لممارستهم ولعملائهم في تحقيق أفضل عائد من الممارسة المهنية.

١. نظرية (أكت) للتغيير: اكتساب المرونة السيكلوجية:

The ACT Theory of Change: A Cywsisition of

Psychological Flexibility:

رغم أن العديد من مشكلات العملاء (النفسية والاجتماعية) منشأها الفكر (العمليات العقلية) واللغة، فليس ممكناً ولا هو بالشئ الصحي أن نعيش دون لغة (وكما سبق وأوضحنا)، فاللغة تعمل إما كخادم أو كسيد لمعظم أشكال العلاج والتي تسعى لتغيير محتوى التفكير السلبي باعتباره سبب المشكلة، ويعد العلاج بالتقبل والتزام (أكت) من أفضل النماذج العلاجية التي تسعى لمساعدة العميل على إخضاع اللغة والفكر للسيطرة الملائمة من خلال استخدام لغة منطقية، والهدف من وراء ذلك هو تحقيق "المرونة السيكلوجية" أي القدرة على الاتصال باللحظة الراهنة بصورة كاملة ليصبح العميل في حالة من الوعي، ونظرية (أكت) تقترح أن التنظيم اللفظي المفرط الذي يستهدف الغايات الخاطئة هو الذي يوجد العثرات، وجميع تدخلات (أكت) تستهدف تحقيق مرونة أكبر في الاستجابة والحساسية الأوسع تجاه الفعل الموجود، ولأن جميع مكونات (أكت) تتمتع بنفس الهدف النهائي، فبالإمكان تقديمها في نظم متنوعة للغاية، لذلك يعد (أكت) أسلوب إكلينيكي عام وليس مجرد تكنولوجيا محددة لأن قضية المرونة السيكلوجية والجمود تبدو ظاهرة للعيان في كل مشكلة إنسانية تقريباً، ويفترض نموذج (أكت) أن إحداث تغييرات ملموسة وسريعة في سلوك العميل أمراً ممكناً، وسبب هذا الافتراض أن نموذج (أكت) يسعى لتغيير الوظيفة وليس الشكل لشبكة العلاقات الاجتماعية ويعتمد المعالج الممارس لنموذج (أكت) على استخدام شكل لاخطي نسبياً من اللغة من خلال الاعتماد على المتناقضات والتصوير البلاغي والقصصي والتمارين والمهام السلوكية والعمليات المهنية المستندة على تجارب، فالغاية ليست بناء نظام معتقدات جديدة بل إقامة أسلوب أكثر فعالية في الاقتراب من اللغة ذاتها، والعلاقة العلاجية ما هي إلا وسيلة أساسية لبناء هذه السلوكيات الجديدة، والعلاقة ذاتها تقوم على التقبل مع التركيز على القيم، حيث يسعى المعالج إلى ممارسة وتقديم نموذج وتشجيع ما يجري تعليمه، والعلاج هنا عبارة عن مجتمع لفظي / اجتماعي يحدث فيه الاندماج الذي يلقي الدعم مع استبعاد النفور / والدعم للتقبل والتركيز على اللحظة الراهنة وغيرها من السلوكيات المرتبطة (باكت).

٢. ما هو المقصود بعلاج التقبل والالتزام أو أكت؟ (الماهية):

(أكت) هو أسلوب علاجي يستخدم عمليتي التقبل والوعي والالتزام والتغيير السلوكي لكي يحدث مرونة سلوكية أكبر. وليس (أكت) "بروتوكول" محدد أو مجموعة مغلقة من الاستراتيجيات

العلاجية، وحتى داخل نطاق مشكلة محددة فإن " بروتوكولات " أكت المتعددة يستطيع المعالج أن يحددها بسهولة، وبشتمل أي برنامج للتدخل المهني من منظور (أكت) مجموعة متنوعة من الأساليب من التقبل، وتحسين الإحساس المتسامي بالذات والتواصل مع الذات والوعي وبناء أنماط أكبر من العقل الملتزم المتصل بتلك القيم. ويستند نموذج (أكت) على أساليب علاجية من نموذج العلاج السلوكي التقليدي، ونموذج العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج التجريبي، وعلاج الجشطالت. كل ذلك يتم صهره في إطار فلسفي وعلمي خاص بنموذج (أكت).

٣. أكت يعد الموجة الثالثة من العلاج السلوكي:

العلاج بالتقبل والالتزام هو جزء من تقاليد العلاج السلوكي من منظور أوسع، علماً أن العلاج السلوكي قد ظهر كأسلوب بديل للنماذج العلاجية الممتدة. فبدلاً من المفاهيم الإكلينيكية الغامضة التي صاحبت النماذج العلاجية السابقة، ركز المعالجون السلوكيون مباشرة على سلوكيات المشكلة الواضحة واستغلوا التوافقات المباشرة في محاولة لتقليل حدة أو التخلص من المشكلات السلوكية.

ثانياً: الأهداف والعمليات:

◀ **أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:** تؤدي ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام إلى مساعدة العميل على استخدام المهارات والعمليات العقلية بشكل إيجابي يساعد العميل على التعامل مع المشاعر المؤلمة التي تصاحب الموقف الإشكالي، والبعد عن المخاوف والشكوك، وبناء العديد من العلاقات الاجتماعية الجيدة، وإيجاد أهداف قصيرة وطويلة المدى لحياة العميل^(٤). ويهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى مساعدة العملاء على أن يدركوا أنفسهم باعتبارهم سياق خاص بالخبرات والتجارب المستمرة التي تشمل كل الأشياء التي تحدث داخل ذات الإنسان بما في ذلك الانفعالات، الأفكار، الذكريات، المشاعر، والأحاسيس، ويصبح الهدف تجنب الخبرات السلبية والتوجه قدماً نحو المسارات الحياتية ذات المغزى، ومساعدة العملاء الذين يتبعون طرق صارمة خاصة بالتفكير والسلوك تتصف بالجمود لكي يصبحوا أكثر مرونة من الناحية النفسية والسلوكية^(٥).

◀ **فلسفة العلاج بالتقبل والالتزام:** العلاج بالتقبل والالتزام ليس علاج سلوكي تقليدي ولا هو علاج سلوكي معرفي كلاسيكي بل هو علاج سلوكي يعتمد على فلسفة علمية ونظرية أساسية عن وظائف اللغة والإدراك وتغيير سلوكي ومجموعة أساسية من العمليات التي يمكن من خلالها تطوير بروتوكولات علاجية، فالفلسفة التي يستند عليها العلاج بالتقبل والالتزام هي أساس فلسفي يساعد على تحديد الخطوات التطبيقية ويرتكز هذا الأساس على ما يعرف بالسياق الوظيفي Functional Contextualism، والذي يساعد المعالج على تناول الموقف الإشكالي للعميل على أنه تفاعل بين أفراد وسياق بيئي يجب تحليله وتحديد الأهداف التي

تكمّن وراء هذا التفاعل، فالسياق الوظيفي كأساس فلسفي للعلاج بالتقبل والالتزام يعني التعلق بالهدف والسعي إلى التنبؤ والتأثير بدقة وعمق، أما النظرية الأساسية التي يرتكز عليها العلاج بالتقبل والالتزام فهي نظرية الإطار العلاقي Relational Frame Theory والتي ترى أن الأطر العلاجية عبارة عن عمليات سلوكية يتم تعلمها وهي بمثابة مبدأ تنظيمي للتجربة البشرية وأن العلاج النفسي الاجتماعي يستهدف تعديل وظائف الأطر العلاقية المتنوعة^(١٦).

◀ **عمليات العلاج الرئيسية والمبادئ والأساليب والاستراتيجيات للتدخل المهني من منظور العلاج بالتقبل والالتزام:** تعد العملية العلاجية من منظور العلاج بالتقبل والالتزام جهد مشترك بين العميل والقائم بالعلاج، وتستهدف إعداد نماذج سلوكية تسمح بالمزيد من الاختيارات والحرية الشخصية، ويتمثل الغرض الأولي للعملية العلاجية في تعزيز عامل المرونة النفسية، ولتحقيق هذه الغرض الأولي تتم العملية العلاجية من خلال العمليات العلاجية الفرعية الآتية:^(١٧)

أ. **الذات Self:** هل يعي العميل الإحساس المفرط بالذات؟ أو هل يرتبط العميل بالحس المحدود نسبياً الخاص بالذات، وذلك اعتماداً على الحالة النفسية.

ب. **كونك في اللحظة الحالية (الاهتمام بالحاضر) Being in The Present Moment هل** يتسم العميل بالاهتمام المرن الجاد في الوقت الحالي، أو أنه يمارس وظائفه، وهو في حالة من الاضطراب.

ج. **التقبل Acceptance هل** اتسمت سلوكيات العميل بتجنب الانفعالات والأفكار المؤلمة؟ هل يقبل العميل المحتوى النفسي المؤلم من أجل الحياة ذات القيمة الكبيرة.

د. **التهدئة Defusion هل** يلتزم العميل بصورة صارمة بأفكار وتقييمات محددة للذات وللعالم المحيط بها؟

هـ. **القيم Values هل** يستطيع العميل التحرك في اتجاهات ذات قيمة ما في إطار حياته؟

و. **الإجراءات الملزمة Committed action هل** يستطيع العميل القيام بإجراءات مقصودة تتسق مع قيمة؟

كما يوجد بعض المبادئ الهامة التي يلتزم بها المعالج أثناء ممارسته العمليات العلاجية الست من منظور العلاج بالتقبل والالتزام هي على النحو التالي^(١٨):

١. أنه لا يوجد ترتيب " صحيح " لممارسة هذه العمليات العلاجية الست.
٢. ليس جميع العملاء في حاجة إلى جميع العمليات العلاجية الست.
٣. تحتاج الممارسة لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام إلى بعض المهارات المهنية .

٤. العديد من أساليب واستراتيجيات التدخل المهني يمكن ممارستها لتحقيق عملية واحدة فقط من العمليات العلاجية الست.

وفيما يلي توضيح لكل عملية علاجية من العمليات الست بما تتضمنه العملية العلاجية من أساليب واستراتيجيات للتدخل المهني، وذلك على النحو التالي^(١٩):

١. تفرقة الذات المستخلصة للمفاهيم عن الذات كسياق:

Distinguishing The Conceptualized Self From Self –as– Context

وهي عملية علاجية رئيسية في ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام تهدف إلى مساعدة العميل على إدراك الفروق بين محتوى التجارب الخاصة الإنسانية، والسياق الذي تحدث فيه هذه التجارب، ويواجه معظم العملاء صعوبة في تحقيق هذا الانفصال لعدم امتلاكهم مهارات كافية في الاتصال بالذات، ويستخدم المعالج رسائل علاجية متعددة ومهام سلوكية لمساعدة العميل على امتلاك الوعي بهذه الفروق، ويمارس المعالج في هذه العملية العديد من الأساليب والاستراتيجيات للتدخل المهني يذكر منها على سبيل المثال (تمرين المراقبة، العلاقة العلاجية، الثقة في الشعور / مقابل الثقة في الفعل، تمرين المركزية التجريبية، ممارسة التقبل غير المشروط، الذات كموضوع التحليل..).

٢. التواصل مع اللحظة الراهنة: الذات كعملية:

Getting in Contact With The Present Moment: Self as Process

في هذه العملية يتم التركيز مع العميل على الحاضر والوعي بما يحدث الآن، ومزايا هذا التركيز يتم الشعور بها في العلاقة العلاجية وفي مرونة المعالج، والاهتمام باللحظة الراهنة يستوجب حساسية لمستويات متعددة من التحليل لدى التعامل مع أي جزئية بسيطة من سلوكيات العميل وبمحتوى ما يقوله العميل أو يفعله، ويتم التدخل المهني لزيادة الاتصال باللحظة الراهنة من خلال الأساليب والاستراتيجيات الآتية (تمرين الملاحظة، تمرينات الوعي واليقظة، البحث عن التجربة، التسجيل لردود الفعل المستمرة).

٣. التقبل والرغبة: إزالة هيمنة السيطرة التجريبية:

Acceptance and Willingness: Undermining The Dominance of Experiential Control

يهدف المعالج من هذه العملية العلاجية إلى مساعدة العميل على رؤية السيطرة التجريبية أو التجنب لتجربة مريرة على حقيقتها، ومساعدته على الانفتاح على إمكان تجربة البديل أي توافر الرغبة، وبالتالي يحدث تطوير للتقبل والرغبة، وذلك من خلال الأساليب والاستراتيجيات الآتية

تمرين الوقوع في حفرة، ملاحظة الصراع، إفسح الطريق للجديد بالتخلص من كل قديم، المتناقضات، وهم السيطرة، الخلاص من القيود، كيفية التعرف على الصدمة..).

٤. القضاء على الاندماج المعرفي **Undermining Cognitive Fusion**:

في هذه العملية يقصد بالاندماج هيمنة وظائف لفظية معينة على وظائف نفسية أخرى مباشرة أو غير مباشرة، وعندما يضاف إلى هذا الاندماج رسائل مدعومة ثقافياً لدرجة أن تصبح الأحداث الخاصة السلبية ذات تأثير سيئ وعلى العكس مما يتوقعه العميل هنا يصبح العميل في موقف إشكالي صعب، وهناك ثلاثة أشكال سلبية للاندماج على المعالج الحد منها وتعديلها (الاندماج بين التقييمات والأحداث المرتبطة بها، الاندماج مع علاقات عشوائية، الاندماج مع الأحداث الباعثة على الألم). ومن أهم الأساليب والاستراتيجيات العلاجية في هذه العملية (التقدير الذهني، تمرين التكرار، طرفي النقيض ..).

٥. **القيم Values**: هدف المعالج من خلال هذه العملية العلاجية هو مساعدة العميل على استرجاع الإحساس باتجاه الحياة وهو ما يتفق مع القيم التي يلتزم بها العميل ثم بدء التدخل المهني بطريقة متماشية مع هذه القيم، وذلك من خلال الأساليب والاستراتيجيات الآتية (القيم التي لديك مثالية، إيضاح القيم، اتخاذ موقف، الابتعاد عن الصدمات، ماذا لو لم يعرف أحد..).

٦. **بناء أنماط من الفعل الملزم Building Patterns of Committed**: هدف المعالج من خلال هذه العملية العلاجية هو مساعدة العميل على اكتشاف طبيعة المأزق الذي يجد العميل نفسه فيه من خلال وجود أنماط متشابهة للغاية من الفعل والتي لا تؤدي لأي شيء ماعدا المزيد والمزيد من التجنب السلوكي والعاطفي، وذلك من خلال الأساليب والاستراتيجيات الآتية (اختيار عدم الاختيار، المسؤولية واللوم، التسامح ..).

٧. **الأنشطة (الخطوات) التي يقوم بها من يمارس العلاج بالتقبل والالتزام**: تتطلب الممارسة المهنية للعلاج بالتقبل والالتزام (ACT) ممارسة المعالج لأنشطة (خطوات) تساعد على تحليل الموقف الإشكالي للعميل تتمثل فيما يلي^(٢٠):

أ. تحليل النطاق وطبيعة مشكلة العميل.

ب. تقييم العوامل التي تؤثر على مستوى الدافع للتغيير لدى العميل.

ج. تحليل العوامل التي تنتقص من المرونة النفسية للعميل.

د. تقييم العوامل التي تزيد من المرونة النفسية.

هـ. التوصل إلى هدف علاجي وتحديد التدخل المهني.

مراجع الفصل الرابع

١. عفيفي، عبد الخالق محمد: الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع، المنصورة، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧م، ص ١٣٥.
٢. متولي، ماجدة سعد وآخرون: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأفراد والعائلات، القاهرة، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، ٢٠٠٩م، ص ٩٣.
٣. دسوقي، كمال: ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة، الدار الدولية للنشر والتوزيع، ١٩٨٨م، ص ٢٥٣.
٤. عكاشة، أحمد: الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٨م، ص ٨٨.
5. **Barker. L. Robert:** The Social work dictionary, Washington, N. A. S. W, Press, 2003, P. 76 .
٦. درويش، يحيى حسن: مرجع سبق ذكره، ص ٢٧.
٧. السكري، أحمد شفيق: مرجع سبق ذكره، ص ٩١.
8. **Carol R. Swencon,** Clinical Social work, in Richard L. Edwards - ed – in – chiebd Encyclopedia of Social work, 19 th, ed vol, (1). Washington, de, N. A. S. W, 1995, PP. 502 – 512 .
9. **Margaret Gelaldston frank:** Clinical Social work, Past, Present, and Future Challenges and dilemmas, in Patricia. L. Ewalt, Toward a definition of clinical Social work, N. A. S. W, Washington, 1979, P. 14.
١٠. عثمان، عبدالفتاح، و السيد، علي الدين: الموقف النظري لخدمة الفرد المعاصرة، ط ٢، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٤م، ص ١٨.
11. **Carol R. Swancon, Op, Cit.** PP. 502 – 512 .
12. Jerone Cohen: Nature of Clinicol Social work, in Patrical. L. Ewalt, Toward a definition of Clinical Social work N.A.S.W, Washington, 1979, PP.23–32.
13. **Elzabeth J. Clark:** The Future of Social Work Practice, in, Encylopedia of Social Work, 19 Th Edition, Washington, NASW Press, Supplement, 2003, PP 61 – 63 .
١٤. الرخاوي، يحيى: العلاج بالقبول والالتزام، ندوة في مستشفى دار المقطم للصحة النفسية، بتاريخ ٢٠٠٦/١٢/١م.
15. **Sencer Sinith & Steven C. Hayes:** Getr Out of Your Mins and Into Your Life : The New Asseptance and Commitment Therapy, U. S. A, Oakland, New Harbinger Pub;ivations, 2005 .
١٦. (*) اعتمدنا في إعداد هذه الجزء على المراجع التالية:
17. **Steven C. Hayes & Kirk D. Strosahi:** A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy, New York, Sptinger, 2004 .
18. **Sencer Sinith & Steven C. Hayes:** Get out of youre Uins and into Yoyr Life: The New Asseptance and Commitment Therapy, U. S. A, Oakland New, Harbinger Publications, 2005.
19. **Steven C. Hayes & Other:** Acceptance and Commitment Therapy : Model Processes and Outcomes Beheivour, Journal of Research and Therapy, Vol. 44, No, 1.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: نوع الدراسة: تنتمي الدراسة الحالية إلى البحوث الوصفية التحليلية، إذ تقدم نتائج الدراسة وصفاً وتحليلاً لاسلوب الحياة بأمراض مزمنة (عينة الدراسة)، والذي سوف يساعد الباحثات على اقتراح برنامج للتدخل المهني مع المرضى بأمراض مزمنة من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في الخدمة الاجتماعية الاكلينيكية لتحسين اداء ادارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة.

ثانياً: منهج الدراسة: تعتمد الدراسة الحالية على منهج المسح الاجتماعي عن طريق العينة للمرضى بأمراض مزمنة من مرضى القسم الداخلي بالمستشفيات المحددة في المجال المكاني للدراسة (وذلك وفقاً لشروط وخصائص المجال البشري للدراسة الحالية).

ثالثاً: مجالات الدراسة:

- **المجال المكاني:** تم اختيار مجموعة من المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض لتمثل المجال المكاني للدراسة الحالية، ويرجع هذا الاختيار إلى الأسباب الآتية: (ان اغلب المستشفيات من أقدم المستشفيات بمدينة الرياض، الأمر الذي ينعكس على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. توافر المجال البشري بالمستشفيات. وجود قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفيات الحكومية لإجراء الدراسة الميدانية، مما يساعد على التعاون وتيسير الدراسة الحالية). وتم تحديد المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض التي ستطبق بها الدراسة في المستشفيات (مجمع الملك سعود الطبي. مستشفى الملك عبد العزيز الجامعي. مدينة الملك فهد الطبية).
- **المجال البشري:** بلغ عدد العينة من المرضى المصابين بامراض مزمنة في المستشفيات التي تم تحديدها في المجال المكاني (اقسام الامراض المزمنة) وقت تطبيق الدراسة، (٣٦١) مريض ومريضة. والمتوفر بهم الشروط والخصائص المطلوبة وهي (أن يكون المريض من الذكور والإناث السعوديين. وأن يكون التشخيص الطبي للمريض أنه مصاب بأحد الأمراض المزمنة المحددة في هذه الدراسة. أن لا يتضمن العلاج الطبي تدخل جراحي، ويرجع ذلك إلى التأثيرات المتعددة للعمليات الجراحية. أن يكون المريض من مرضى القسم الداخلي، ويرجع ذلك لتسهيل تعامل الباحثين معهم أثناء جمع البيانات. موافقة المريض على جمع البيانات منه. أن لا يزيد العمر الزمني للمريض عن خمسة وخمسون عاماً وأن لا يقل عن خمسة وعشرون عاماً).
- **المجال الزمني:** وهي التعاقد مع مركز البحوث الاجتماعية بجامعة الاميرة نورة لانجاز البحث والتي كانت من الفترة (شهر ذي الحجة - صفر) من العام ١٤٣٦/١٤٣٧هـ، وان كان العمل والاعداد للدراسة جاري قبل تسجيل العقد مما ساعد على الانتهاء في فترة مناسبة.

رابعاً: أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس ادارة الذات وهو من اعداد فريق البحث، ولقد اتبع فريق البحث الخطوات العلمية والمنهجية في اعداد المقاييس العلمية. وتأسيساً على المفاهيم الإجرائية للدراسة، وارتباطاً بمتطلبات القياس فى نموذج العلاج بالتقبل والالتزام، وكذلك بالتأصيل النظرى لمتغير ادارة الذات، وارتباطاً أيضاً بنوع ومنهج الدراسة استخدمت الباحثات مقياس ادارة الذات وهو من اعداد فريق البحث لجمع البيانات، وقد تم إعداد المقياس باتباع الدارس للخطوات الآتية:

◀ قامت الباحثات بمراجعة العديد من المقاييس ذات الصلة بمتغيرات الدراسة الحالية، وقد استغدن من تلك المراجعة والإطلاع في التصميم الفني للمقياس، وجمع العبارات للمقياس الحالي.

◀ تم تحديد عبارات المقياس (٨٠) عبارة تم حذف بعض العبارات من كل مكون للحفاظ على صدق الاتساق الداخلي حسب رأي الخبير الاحصائي للدراسة، فقد تبين وجود ارتباط دال إحصائياً بين معظم عبارات المكون المعرفي وبين الدرجة الكلية للمكون عند مستوى دلالة (٠,٠١) عدا الثلاث عبارات ذات الأرقام (١٣، ٣٨، ٤٣) فلا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين كل منها وبين الدرجة الكلية للمكون ولصغر قيم معاملات ارتباطها (٠,٠٦ - ٠,٠١) لذا رأت الباحثات حذف هذه العبارات الثلاث للحفاظ على صدق الاتساق الداخلي لهذا المكون وليصبح عدد عبارات المكون المعرفي (٢٥) عبارة. اما المكون السلوكي فقد تبين وجود ارتباط دال إحصائياً بين معظم عبارات المكون السلوكي وبين الدرجة الكلية للمكون عند مستوى دلالة (٠,٠١) عدا العبارتين ذات الرقمين (٦١، ٧٥) فلا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين كل منهما وبين الدرجة الكلية للمكون ولصغر قيم معاملات ارتباطها (٠,٠٥ - ٠,٠٨) لذا رأت الباحثات حذف هاتين العبارتين للحفاظ على صدق الاتساق الداخلي لهذا المكون وليصبح عدد عبارات المكون السلوكي (٢٥) عبارة، كما تبين وجود ارتباط دال إحصائياً بين معظم عبارات المكون الوجداني وبين الدرجة الكلية للمكون عند مستوى دلالة (٠,٠١) عدا العبارتين ذات الرقمين (٤٨، ٧٨) فلا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين كل منهما وبين الدرجة الكلية للمكون ولصغر قيم معاملات ارتباطها (٠,٠٥ - ٠,٠٨) لذا رأت الباحثة حذف هاتين العبارتين للحفاظ على صدق الاتساق الداخلي لهذا المكون وليصبح عدد عبارات المكون الوجداني (٢٣) عبارة. ليصبح للمقياس في صورته النهائية (٧٣) عبارة، بتدرج (ثلاثي) هي: نعم، الى حد ما، لا.

◀ تم صياغة عبارات المقياس في صورته المبدئية، وقد راعت الباحثات القواعد العلمية المتبعة في صياغة عبارات المقاييس العلمية، وتم وضع المقياس فى صورته المبدئية، وقد وصلت العبارات في هذه الصورة عدد (٨٠) عبارة.

◀ فيما يتعلق بتصحيح المقياس فهو يتكون من عبارات إجمالي عددها (٧٣) عبارة، موزعة على المكونات الثلاث للمقياس، مع مراعاة أن العبارات السلبية عند تصحيحها اعطيت درجات

عكس الدرجات الإيجابية وهي (٦ - ١١ - ١٤ - ٣٤ - ٣٥ - ٣٨ - ٤١ - ٤٢ - ٤٣ - ٤٧ - ٥٠ - ٥٤ - ٥٥ - ٥٧ - ٥٨ - ٥٩ - ٦٠ - ٦١ - ٦٢ - ٦٥ - ٦٦ - ٦٧ - ٦٨ - ٦٩ - ٧٠ - ٧١ - ٧٢ - ٧٣ - ٧٤ - ٧٥ - ٧٧ - ٧٨ - ٧٩ - ٨٠)، وقد تم إعطائه تدرج ثلاثي على النحو التالي:

- نعم = ٣ وهي تعني مرتفع.
- الى حد ما = ٢ وهي تعني متوسط.
- لا = ١ وهي تعني ضعيف.

أ. قامت الباحثات بالتأكد من صدق المقياس وثباته وكانت النتائج كما يلي:

الصدق Validity: وقد قامت الباحثة بحساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة على كامل أفراد العينة وذلك للتأكد من مدى ارتباط كل عبارة مع المكون التي تنتمي إليه من مكونات المقياس ومدى ارتباط الدرجة الكلية لكل مكون وبين الدرجة الكلية للمقياس، وقد تم استخدام برنامج (SPSS) لذلك وذلك يتبين من خلال الجداول الآتية:

جدول (١) يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المكون المعرفي وبين الدرجة الكلية للمكون

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمكون	مستوى الدلالة الإحصائية	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمكون	مستوى الدلالة الإحصائية
٥	٠,٣٧	**٠,٠٠	٣٩	٠,٣٥	**٠,٠٠
٩	٠,٣٤	**٠,٠٠	٤٣	٠,٠١	٠,٨٣٤
١١	٠,٣٣	**٠,٠٠	٤٤	٠,٣٤	**٠,٠٠
١٣	٠,٠٦	٠,٢٦٨	٤٥	٠,٤٤	**٠,٠٠
١٤	٠,٢٥	**٠,٠٠	٤٦	٠,٤٤	**٠,٠٠
١٩	٠,٤٣	**٠,٠٠	٥٠	٠,٢٩	**٠,٠٠
٢١	٠,٤٢	**٠,٠٠	٥٦	٠,٣٦	**٠,٠٠
٢٣	٠,٤٢	**٠,٠٠	٥٧	٠,٢٣	**٠,٠٠
٢٧	٠,٤٣	**٠,٠٠	٦٦	٠,٣	**٠,٠٠
٢٨	٠,٤٦	**٠,٠٠	٦٩	٠,٢٨	**٠,٠٠
٣١	٠,٤٤	**٠,٠٠	٧١	٠,٣٨	**٠,٠٠
٣٦	٠,٣٥	**٠,٠٠	٧٤	٠,٣٣	**٠,٠٠
٣٧	٠,٣٢	**٠,٠٠	٧٧	٠,٣١	**٠,٠٠
٣٨	٠,٠٤	٠,٤١٤	٨٠	٠,٤	**٠,٠٠

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتبين من الجدول السابق وجود ارتباط دال إحصائياً بين معظم عبارات المكون المعرفي وبين الدرجة الكلية للمكون عند مستوى دلالة (٠,٠١) عدا الثلاث عبارات ذات الأرقام (١٣، ٣٨، ٤٣) فلا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين كل منها وبين الدرجة الكلية للمكون ولصغر قيم معاملات ارتباطها (٠,٠١ - ٠,٠٦) لذا رأت الباحثات حذف هذه العبارات الثلاث للحفاظ على صدق الاتساق الداخلي لهذا المكون وليصبح عدد عبارات المكون المعرفي (٢٥) عبارة.

جدول (٢) يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المكون السلوكي وبين الدرجة الكلية للمكون

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمكون	مستوى الدلالة الإحصائية	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمكون	مستوى الدلالة الإحصائية
١	٠,٤٧	**٠,٠٠	٢٤	٠,٣١	**٠,٠٠
٢	٠,٤٨	**٠,٠٠	٢٥	٠,٣٤	**٠,٠٠
٣	٠,٤٨	**٠,٠٠	٢٦	٠,١٩	**٠,٠٠

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمكون	مستوى الدلالة الإحصائية	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمكون	مستوى الدلالة الإحصائية
٤	٠,٤٣	**٠,٠٠	٢٩	٠,٤٦	**٠,٠٠
٧	٠,٤٤	**٠,٠٠	٣٠	٠,٤٩	**٠,٠٠
٨	٠,٣٩	**٠,٠٠	٣٢	٠,٥٤	**٠,٠٠
١٠	٠,٢٩	**٠,٠٠	٣٣	٠,٤٢	**٠,٠٠
١٢	٠,٣١	**٠,٠٠	٤٠	٠,٢٢	**٠,٠٠
١٥	٠,٣٤	**٠,٠٠	٤٢	٠,١٨	**٠,٠٠
١٦	٠,٣٨	**٠,٠٠	٤٩	٠,٤٦	**٠,٠٠
١٧	٠,٣٥	**٠,٠٠	٥٣	٠,٣	**٠,٠٠
١٨	٠,٣٥	**٠,٠٠	٦١	٠,٠٥	٠,٣٢٩
٢٠	٠,٣٥	**٠,٠٠	٧٥	٠,٠٨	٠,١٤٦
٢٢	٠,٣٨	**٠,٠٠			

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتبين من الجدول السابق وجود ارتباط دال إحصائياً بين معظم عبارات المكون السلوكي وبين الدرجة الكلية للمكون عند مستوى دلالة (٠,٠١) عدا العبارتين ذات الرقمين (٦١، ٧٥) فلا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين كل منهما وبين الدرجة الكلية للمكون ولصغر قيم معاملات ارتباطها (٠,٠٨ - ٠,٠٥) لذا رأت الباحثة حذف هاتين العبارتين للحفاظ على صدق الاتساق الداخلي لهذا المكون وليصبح عدد عبارات المكون السلوكي (٢٥) عبارة.

جدول (٣) يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المكون الوجداني وبين الدرجة الكلية للمكون

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمكون	مستوى الدلالة الإحصائية	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمكون	مستوى الدلالة الإحصائية
٦	٠,٣٩	**٠,٠٠	٦٢	٠,٢١	**٠,٠٠
٣٤	٠,٤٥	**٠,٠٠	٦٣	٠,٢٢	**٠,٠٠
٣٥	٠,٤٥	**٠,٠٠	٦٤	٠,١٥	**٠,٠٠٥
٤١	٠,٣٧	**٠,٠٠	٦٥	٠,١٣	*٠,٠١٤
٤٧	٠,٣٤	**٠,٠٠	٦٧	٠,٣	**٠,٠٠
٤٨	٠,٠٢	٠,٦٩٤	٦٨	٠,٣٩	**٠,٠٠
٥١	٠,١٤	**٠,٠٠٧	٧٠	٠,٤٤	**٠,٠٠
٥٢	٠,١٩	**٠,٠٠	٧٢	٠,٣٩	**٠,٠٠
٥٤	٠,٥٤	**٠,٠٠	٧٣	٠,٣٧	**٠,٠٠
٥٥	٠,٥٥	**٠,٠٠	٧٦	٠,٠٣	٠,٥٥١
٥٨	٠,٥٨	**٠,٠٠	٧٨	٠,٤	**٠,٠٠
٥٩	٠,٥١	**٠,٠٠	٧٩	٠,٣٧	**٠,٠٠
٦٠	٠,٤٦	**٠,٠٠			

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتبين من الجدول السابق وجود ارتباط دال إحصائياً بين معظم عبارات المكون الوجداني وبين الدرجة الكلية للمكون عند مستوى دلالة (٠,٠١) عدا العبارتين ذات الرقمين (٤٨، ٧٨) فلا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين كل منهما وبين الدرجة الكلية للمكون ولصغر قيم معاملات ارتباطها (٠,٠٨ - ٠,٠٥) لذا رأت الباحثة حذف هاتين العبارتين للحفاظ على صدق الاتساق الداخلي لهذا المكون وليصبح عدد عبارات المكون الوجداني (٢٣) عبارة.

جدول (٤) يبين قيم معاملات ارتباط كل مكون من مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة وبين الدرجة الكلية للمقياس ومستوى الدلالة الإحصائية

م	المكون	معامل الارتباط	مستوى الدلالة الإحصائية
١	المعرفي	٠,٨	**٠
٢	السلوكي	٠,٦٩	**٠
٣	الوجداني	٠,٣٥	**٠

ويتضح من خلال الجدول السابق ارتباط جميع مكونات مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة بالدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة (0,01)، ومما سبق ولزيادة صدق المقياس يجب حذف العبارات المحددة في الجداول السابقة ومجموعها (7) عبارات ليصبح عدد عبارات المقياس (73) عبارة.

ثبات المقياس Reliability: المقصود بثبات المقياس أنه يعطي النتائج نفسها تقريباً لو تكرر تطبيقه أكثر من مرة على نفس الأشخاص في ظروف مماثلة (العساف، 2003م، ص 369). وقد تم حساب ثبات مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة على كامل عينة الدراسة وذلك باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha ومعامل ثبات التجزئة النصفية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (5) يبين حساب ثبات مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ ومعامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية

المكون	عدد العبارات	معامل ثبات ألفا كرونباخ	معامل ثبات التجزئة النصفية
المعرفي	25	0,73	0,79
السلوكي	25	0,75	0,89
الوجداني	23	0,71	0,89
إجمالي المقياس	73	0,73	0,87

يتضح من الجدول السابق قبول معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمكونات مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة حيث انحصرت بين (0,71، 0,75) وهي معاملات ثبات مقبولة، كما تبين قبول ثبات إجمالي المقياس باستخدام ألفا كرونباخ حيث بلغ (0,73)، كما تبين قبول معاملات ثبات بطريقة التجزئة النصفية لمكونات مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة حيث انحصرت بين (0,79، 0,89) وهي معاملات ثبات مرتفعة وقد بلغ معامل ثبات إجمالي المقياس باستخدام التجزئة النصفية (0,87) وهو معامل ثبات مرتفع مما يدل على ثبات مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة بشكل عام.

خامساً: الأساليب الإحصائية:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص أفراد العينة.
- المتوسط الحسابي "Mean" وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض مستوى أفراد الدراسة حول مكونات إدارة الذات.
- الإرباعيات.
- المتوسط الحسابي "Mean" وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض مستوى أفراد الدراسة حول مكونات إدارة الذات.
- الوزن النسبي (وهو النسبة المئوية للمتوسط الحسابي من الدرجة القوي للمكون) وذلك لترتيب مكونات إدارة الذات.
- معامل ارتباط "بيرسون" لقياس صدق الاستبانة.
- معامل ثبات "ألفا كرونباخ" ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات المقياس.

- اختبار (ت) T.test لعينتين مستقلتين ولذلك للوقوف على الفروق في درجات أفراد الدراسة من المرضى بمرض مزمن حول مكونات إدارة والتي ترجع إلى اختلاف كل من المتغيرات (النوع، الوضع الوظيفي، محل الإقامة).
- اختبار سيداك (Sidak) للمقارنات البعدية.
- تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق في درجات أفراد العينة حول مكونات إدارة والتي ترجع لاختلاف كل من المتغيرات (السن، الحالة التعليمية، مدة العمل، الحالة الاجتماعية). ولقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (٣٦١) مريض ومريضة بأمراض مزمنة. وتم تصحيح عبارات مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة وذلك تبعاً لمفتاح تصحيح المقياس.

الفصل السادس: النتائج الميدانية للدراسة

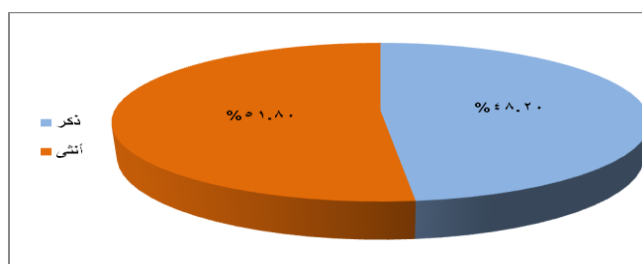
أولاً: الخصائص العامة لعينة الدراسة:

جدول (٦) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة المئوية
ذكر	١٧٤	%٤٨,٢٠
أنثى	١٨٧	%٥١,٨٠
الإجمالي	٣٦١	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق تقارب أعداد أفراد العينة من المرضى من الجنسين حيث بلغت النسبة المئوية للإناث (%٥١,٨٠)، يليهم أفراد العينة من الذكور بنسبة مئوية (%٤٨,٢٠).

شكل (٢) يبين النوع لأفراد عينة الدراسة



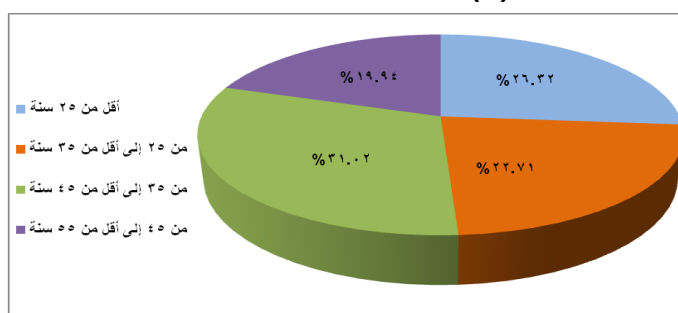
جدول (٧) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن

السن	العدد	النسبة المئوية
أقل من ٢٥ سنة	٩٥	%٢٦,٣٢
من ٢٥ إلى أقل من ٣٥ سنة	٨٢	%٢٢,٧١
من ٣٥ إلى أقل من ٤٥ سنة	١١٢	%٣١,٠٢
من ٤٥ إلى أقل من ٥٥ سنة	٧٢	%١٩,٩٤
الإجمالي	٣٦١	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أكثر أفراد العينة من المرضى كانت أعمارهم تقع في الفئة العمرية (من ٣٥ إلى أقل من ٤٥ سنة) حيث بلغت نسبتهم المئوية (%٣١,٠٢)، ثم يليهم من أعمارهم تقع في الفئة العمرية (أقل من ٢٥ سنة) وذلك بنسبة مئوية (%٢٦,٣٢)، ثم يليهم من أعمارهم تقع في الفئة العمرية (من ٢٥ إلى أقل من ٣٥ سنة) وذلك بنسبة مئوية (%٢٢,٧١)،

وأخيراً يأتي من أعمارهم في الفئة العمرية (من ٤٥ إلى أقل من ٥٥ سنة) وذلك بنسبة مئوية (١٩,٤٤%).

شكل (٣) يبين السن لأفراد عينة الدراسة

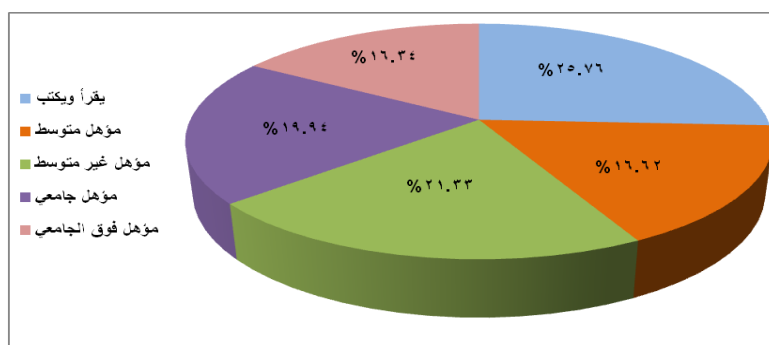


جدول (٨) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة التعليمية

الحالة التعليمية	العدد	النسبة المئوية (%)
يقراً ويكتب	٩٣	٢٥,٧٦%
مؤهل متوسط	٦٠	١٦,٦٢%
مؤهل غير متوسط	٧٧	٢١,٣٣%
مؤهل جامعي	٧٢	١٩,٩٤%
مؤهل فوق الجامعي	٥٩	١٦,٣٤%
الإجمالي	٣٦١	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن أكثر أفراد العينة من المرضى ممن يقرأون ويكتبون حيث بلغت نسبتهم المئوية (٢٥,٧٦%)، ثم يليهم أفراد العينة الحاصلين على (مؤهل غير متوسط) وذلك بنسبة مئوية (٢١,٣٣%)، يليهم الحاصلون على (مؤهل جامعي) وذلك بنسبة مئوية (١٩,٩٤%)، وأخيراً يأتي الحاصلون على كل من (مؤهل متوسط) أو (مؤهل فوق الجامعي) وذلك بنسبة مئوية (١٦,٦٢%، ١٦,٣٤%) على التوالي.

شكل (٤) يبين الحالة التعليمية لأفراد عينة الدراسة

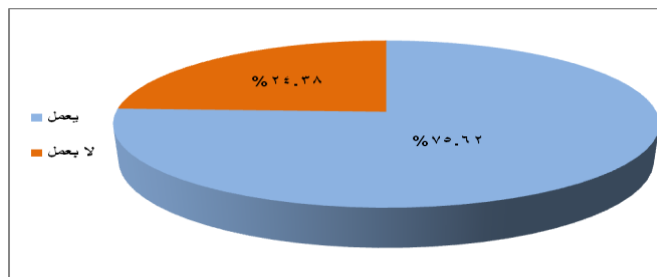


جدول (٩) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضع الوظيفي

الوضع الوظيفي	العدد	النسبة المئوية (%)
يعمل	٢٧٣	٧٥,٦٢%
لا يعمل	٨٨	٢٤,٣٨%
الإجمالي	٣٦١	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن معظم أفراد العينة ممن يعملون حيث بلغت نسبتهم المئوية (٧٥,٦٢%)، ثم يأتي ما يعملون وذلك بنسبة مئوية (٢٤,٣٨%)، والجدول التالي يوضح مدة العمل التي قضاها كل من أفراد العينة ممن يعملون.

شكل (٥) يبين الوضع الوظيفي لأفراد عينة الدراسة

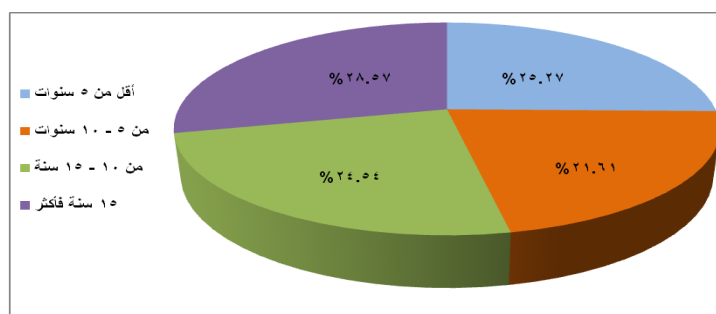


جدول (١٠) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة ممن يعملون حسب مدة عملهم

النسبة المئوية	العدد	مدة العمل
٢٥,٢٧%	٦٩	أقل من ٥ سنوات
٢١,٦١%	٥٩	من ٥ - ١٠ سنوات
٢٤,٥٤%	٦٧	من ١٠ - ١٥ سنة
٢٨,٥٧%	٧٨	١٥ سنة فأكثر
١٠٠%	٢٧٣	الإجمالي

يتضح من الجدول السابق أن أكثر أفراد العينة من المرضى ممن يعملون كانت مدة عملهم (١٥ سنة فأكثر) حيث بلغت نسبتهم المئوية (٢٨,٥٧%)، ثم يليهم من كانت مدة عملهم (أقل من ٥ سنوات) وذلك بنسبة مئوية (٢٥,٢٧%)، يليهم من كانت مدة عملهم (من ١٠ - ١٥ سنة) وذلك بنسبة مئوية (٢٤,٥٤%)، وأخيراً يأتي من كانت مدة عملهم (من ٥ - ١٠ سنوات) وذلك بنسبة مئوية (٢١,٦١%).

شكل (٦) يبين مدة العمل لأفراد عينة الدراسة

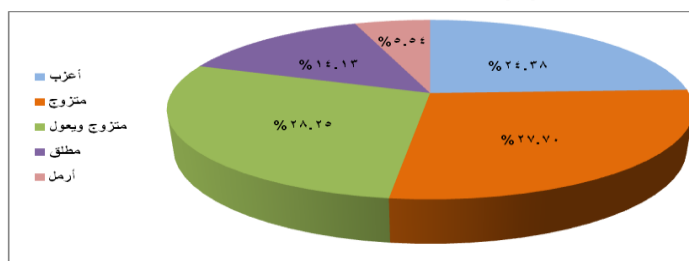


جدول (١١) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	العدد	الحالة الاجتماعية
٢٤,٣٨%	٨٨	أعزب
٢٧,٧٠%	١٠٠	متزوج
٢٨,٢٥%	١٠٢	متزوج ويعول
١٤,١٣%	٥١	مطلق
٥,٥٤%	٢٠	أرمل
١٠٠%	٣٦١	الإجمالي

يتضح من الجدول السابق أن أكثر أفراد العينة من المرضى ممن كل من (متزوج ويعول) أو (متزوج) حيث بلغت نسبتهم المئوية (٢٨,٢٥ ، ٢٧,٧٠%) على التوالي، ثم يليهم أفراد العينة من العزاب وذلك بنسبة مئوية (٢٤,٣٨%)، ثم يأتي أفراد العينة من المطلقين والمطلقات وذلك بنسبة مئوية (١٤,١٣%)، وأخيراً يأتي الأرمال بنسبة مئوية (٥,٥٤%).

شكل (٧) يبين الحالة الاجتماعية عينة الدراسة

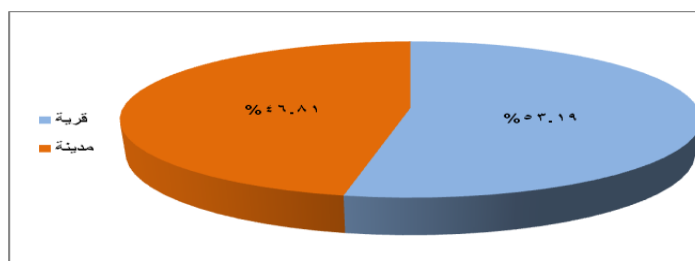


جدول (١٢) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب محل الإقامة

محل الإقامة	العدد	النسبة المئوية (%)
قرية	١٩٢	٥٣,١٩
مدينة	١٦٩	٤٦,٨١
الإجمالي	٣٦١	١٠٠

يتضح من الجدول السابق تقارب أعداد أفراد العينة من المرضى حسب محل إقامتهم حيث بلغت النسبة المئوية لمن محل إقامته (القرية) (٥٣,١٩%)، يليهم أفراد العينة ممن يقيمون في (المدينة) وذلك بنسبة مئوية (٤٦,٨١%).

شكل (٨) يبين محل الإقامة عينة الدراسة



ثانياً: الإجابة على تساؤلات الدراسة:

الإجابة على التساؤل الأول:

١. تتضح الإجابة على التساؤل الأول، والذي مؤداه: ما مستوى مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة "عينة الدراسة"؟ .. من خلال الإجابة على التساؤلات الفرعية الآتية:

أ. ما مستوى المكون المعرفي كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟

ب. ما مستوى المكون السلوكي كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟

ج. ما مستوى المكون الوجداني كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟

(أ) التساؤل الفرعي الأول: تتضح الإجابة على التساؤل الفرعي الأول، والذي مؤداه: ما مستوى

المكون المعرفي كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة "عينة الدراسة"؟ وذلك من

خلال نتائج الجداول الآتية: وللإجابة على هذا السؤال، ولمعرفة مستوى المكون المعرفي كأحد مكونات إدارة الذات لدى أفراد العينة من المرضى بأمراض مزمنة فقد تم حساب أولاً التكرارات والنسب المئوية للثلاث إجابات (نعم، إلى حد ما، لا) وترتيب العبارات حسب نسبة الإجابة (نعم)

وإذا تساوت النسب نرتبها حسب نسبة الإجابة (إلى حد ما) كما هو موضح في الجدول الآتي:
جدول رقم (١٣) يبين التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن حول عبارات المكون المعرفي

م	المكون المعرفي	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	الترتيب
١	أقرأ الكتب المتخصصة عن مرضي	١٧٩	٤٩,٥٨	١١٥	٣١,٨٦	٦٧	١٨,٥٦	٢
٢	اهتم بالحصول على معلومات جديدة من بعض المرضى عن المرض	١٤٠	٣٨,٧٨	١٣٥	٣٧,٤٠	٨٦	٢٣,٨٢	١٤
٣	كثيراً ما أفكر في الموت	٩٧	٢٦,٨٧	١٢١	٣٣,٥٢	١٤٣	٣٩,٦١	١٦
٤	لا أهتم بمعرفة الجديد حول المرض	٨٣	٢٢,٩٩	١٣١	٣٦,٢٩	١٤٧	٤٠,٧٢	١٧
٥	أهتم كثيراً بتفسير أسباب المرض وآثاره للأخريين	١٦٠	٤٤,٣٢	١٤٦	٤٠,٤٤	٥٥	١٥,٢٤	٤
٦	أهتم بالاستفادة من خبرات الآخرين في تعاملتي مع مشكلاتي	١٥٩	٤٤,٠٤	١٣٣	٣٦,٨٤	٦٩	١٩,١١	٦
٧	أقرأ كل ما يكتب عن مرضي في الصحف	١٧٢	٤٧,٦٥	١١٩	٣٢,٩٦	٧٠	١٩,٣٩	٣
٨	اهتم بالحصول على المعلومات الخاصة بالسلوك الصحي السليم مع مرضي	١٤٧	٤٠,٧٢	١٢٥	٣٤,٦٣	٨٩	٢٤,٦٥	١٠
٩	كثيراً ما أسأل الأطباء لمعرفة معلومات عن مرضي	١٣٩	٣٨,٥٠	١٦٠	٤٤,٣٢	٦٢	١٧,١٧	١٥
١٠	أحرص على معرفة مستوى السكر الطبيعي بالدم المناسب لسني وحالتي	١٤٠	٣٨,٧٨	١٤١	٣٩,٠٦	٨٠	٢٢,١٦	١٣
١١	تؤثر العادات والتقاليد على أسلوب تغذيتي	١٥٥	٤٢,٩٤	١٣٦	٣٧,٦٧	٧٠	١٩,٣٩	٩
١٢	أحرص على الحصول على النشرات الطبية الملائمة التي توفرها المستشفى	١٤٣	٣٩,٦١	١٥١	٤١,٨٣	٦٧	١٨,٥٦	١١
١٣	كثيراً ما أوضح لأسرتي أهمية الحفاظ على أسلوب التغذية المناسب لي	١٤٠	٣٨,٧٨	١٥٥	٤٢,٩٤	٦٦	١٨,٢٨	١٢
١٤	اتباع النصائح والإرشادات الصحية الخاصة بمرضتي من الفريق الطبي	١٥٨	٤٣,٧٧	١٤٣	٣٩,٦١	٦٠	١٦,٦٢	٧
١٥	أحرص على الحصول على كل جديد عن مرضي من الطبيب المعالج	١٥٧	٤٣,٤٩	١٣٩	٣٨,٥٠	٦٥	١٨,٠١	٨
١٦	أحرص على الحصول على معلومات حول الآثار الجانبية لمرضتي	١٦٠	٤٤,٣٢	١٤٠	٣٨,٧٨	٦١	١٦,٩٠	٥
١٧	اعتقد أنني غير مسيطر على مجريات حياتي	٦٣	١٧,٤٥	١١٤	٣١,٥٨	١٨٤	٥٠,٩٧	٢٢
١٨	أفكر في إيجاد هدف جديد لحياتي	١٨٣	٥٠,٦٩	١١٣	٣١,٣٠	٦٥	١٨,٠١	١
١٩	أفكر كثيراً بأن حالتي الصحية في تدهور بعد اصابتي بالمرض	٦٧	١٨,٥٦	١١٨	٣٢,٦٩	١٧٦	٤٨,٧٥	١٩
٢٠	لم يعد لدي القدرة على عمل أي شئ بعد اصابتي بالمرض	٦٣	١٧,٤٥	١٤٧	٤٠,٧٢	١٥١	٤١,٨٣	٢١
٢١	أفكر كثيراً أن الأيام تسير بلا تغير	٥٦	١٥,٥١	١٥٨	٤٣,٧٧	١٤٧	٤٠,٧٢	٢٣
٢٢	اعتقد لا توجد فائدة في الاستمرار في العلاج	٦٩	١٩,١١	١٥٣	٤٢,٣٨	١٣٩	٣٨,٥٠	١٨
٢٣	أفكر كثيراً أن الحياة عبارة عن شذائد ونكبات فقط	٦٤	١٧,٧٣	١٣٣	٣٦,٨٤	١٦٤	٤٥,٤٣	٢٠
٢٤	أفكر كثيراً أنني لم أنجز أهداف كثيرة في حياتي	٥٦	١٥,٥١	١٢٨	٣٥,٤٦	١٧٧	٤٩,٠٣	٢٤
٢٥	معرفة عن مرضي تزيد مخاوفي	٥١	١٤,١٣	٧٨	٢١,٦١	٢٣٢	٦٤,٢٧	٢٥
متوسط النسب المئوية		٣٣,٢٥	٣٦,٩٢	٢٩,٨٣				

يتضح من الجدول السابق ومن خلال متوسط النسب المئوية للثلاث إجابات على عبارات المكون المعرفي أنه جاء متوسط النسب المئوية للإجابة (إلى حد ما) أنها جاءت في المرتبة الأولى بنسبة مئوية (٣٦,٩٢%) يليها في المرتبة الثانية متوسط النسب المئوية للإجابة (نعم) بنسبة مئوية (٣٣,٢٥%)، وأخيراً يأتي متوسط النسب المئوية للإجابة (لا) حيث جاءت في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (٢٩,٨٣%). كما نجد

- أن النسب المئوية للإجابة (نعم) على مستوى عبارات المكون المعرفي انحصرت بين (١٤,١٣% - ٥٠,٦٩%) ويمكننا ترتيب العبارات تنازلياً حسب النسب المئوية للإجابة (نعم) كما يأتي:
- جاءت العبارة (أفكر في إيجاد هدف جديد لحياتي) في المرتبة الأولى بنسبة مئوية (٥٠,٦٩%).
 - جاءت العبارة (أقرأ الكتب المتخصصة عن مرضي) في المرتبة الثانية بنسبة مئوية (٤٩,٥٨%).
 - جاءت العبارة (أقرأ كل ما يكتب عن مرضي في الصحف) في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (٤٧,٦٥%).
 - جاءت العبارة (أهتم كثيراً بتفسير أسباب المرض وآثاره للآخرين) في المرتبة الرابعة بنسبة مئوية (٤٤,٣٢%) وبنسبة (٤٠,٤٤%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (أحرص على الحصول على معلومات حول الآثار الجانبية لمرضِي) في المرتبة الخامسة بنسبة مئوية (٤٤,٣٢%) وبنسبة (٣٨,٧٨%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (أهتم بالاستفادة من خبرات الآخرين في تعاملي مع مشكلاتي) في المرتبة السادسة بنسبة مئوية (٤٤,٠٤%).
 - جاءت العبارة (أتبع النصائح والإرشادات الصحية الخاصة بمرضِي من الفريق الطبي) في المرتبة السابعة بنسبة مئوية (٤٣,٧٧%).
 - جاءت العبارة (أحرص على الحصول على كل جديد عن مرضِي من الطبيب المعالج) في المرتبة الثامنة بنسبة مئوية (٤٣,٤٩%).
 - جاءت العبارة (تؤثر العادات والتقاليد على أسلوب تغذيتي) في المرتبة التاسعة بنسبة مئوية (٤٢,٩٤%).
 - جاءت العبارة (أهتم بالحصول على المعلومات الخاصة بالسلوك الصحي السليم مع مرضِي) في المرتبة العاشرة بنسبة مئوية (٤٠,٧٢%).
 - جاءت العبارة (أحرص على الحصول على النشرات الطبية الملائمة التي توفرها المستشفى) في المرتبة الحادية عشرة بنسبة مئوية (٣٩,٦١%).
 - جاءت العبارة (كثيراً ما أوضح لأسرتي أهمية الحفاظ على أسلوب التغذية المناسب لي) في المرتبة الثانية عشرة بنسبة مئوية (٣٨,٧٨%) وبنسبة (٤٢,٩٤%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (أحرص على معرفة مستوى السكر الطبيعي بالدم المناسب لسني وحالتي) في المرتبة الثالثة عشرة بنسبة مئوية (٣٨,٧٨%) وبنسبة (٣٩,٠٦%) للإجابة (إلى حد ما).

- جاءت العبارة (اهتم بالحصول على معلومات جديدة من بعض المرضى عن المرض) في المرتبة الرابعة عشرة بنسبة مئوية (٣٨,٧٨%) وبنسبة (٣٧,٤٠%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (كثيراً ما أسأل الأطباء لمعرفة معلومات عن مرضي) في المرتبة الخامسة عشرة بنسبة مئوية (٣٨,٥%).
- جاءت العبارة (كثيراً ما أفكر في الموت) في المرتبة السادسة عشرة بنسبة مئوية (٢٦,٨٧%).
- جاءت العبارة (لا أهتم بمعرفة الجديد حول المرض) في المرتبة السابعة عشرة بنسبة مئوية (٢٢,٩٩%).
- جاءت العبارة (أعتقد لا توجد فائدة في الاستمرار في العلاج) في المرتبة الثامنة عشرة بنسبة مئوية (١٩,١١%).
- جاءت العبارة (أفكر كثيراً بأن حالتي الصحية في تدهور بعد إصابتي بالمرض) في المرتبة التاسعة عشرة بنسبة مئوية (١٨,٥٦%).
- جاءت العبارة (أفكر كثيراً أن الحياة عبارة عن شذائذ ونكبات فقط) في المرتبة العشرين بنسبة مئوية (١٧,٧٣%).
- جاءت العبارة (لم يعد لدي القدرة على عمل أي شيء بعد إصابتي بالمرض) في المرتبة الحادية والعشرين بنسبة مئوية (١٧,٤٥%) وبنسبة (٤٠,٧٢%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (اعتقد أنني غير مسيطر على مجريات حياتي) في المرتبة الثانية والعشرين بنسبة مئوية (١٧,٤٥%) وبنسبة (٣١,٥٨%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (أفكر كثيراً أن الأيام تسير بلا تغيير) في المرتبة الثالثة والعشرين بنسبة مئوية (١٥,٥١%) وبنسبة (٤٣,٧٧%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (أفكر كثيراً أنني لم أنجز أهداف كثيرة في حياتي) في المرتبة الرابعة والعشرين بنسبة مئوية (١٥,٥١%) وبنسبة (٣٥,٤٦%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (معرفتي عن مرضي تزيد مخاوفي) في المرتبة الخامسة والعشرين والأخيرة بنسبة مئوية (١٤,١٣%).

ولمعرفة مستوى المكون المعرفي كأحد مكونات إدارة الذات لدى أفراد العينة من المرضى بأمراض مزمنة فقد تم حساب الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون المعرفي لدى أفراد العينة، وهذا ما يتضح من الجدول الآتي:

جدول رقم (١٤) يبين الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون المعرفي (الدرجة القصوى ٧٥)

النسبة المئوية	الدرجة الكلية لمقياس القلق	أقل درجة كلية للمكون المعرفي	أعلى درجة كلية للمكون المعرفي	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٢٥%	٤٨	٢٥	٧٥	٥٠,٨٦	٦٧,٨%
٥٠%	٥١				
٧٥%	٥٤				

يتضح من الجدول السابق أن (٥٠%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن كانت درجتهم الكلية للمكون المعرفي (٥١) درجة فيما فوق أي (٦٨,٠%) فما فوق من الدرجة القصوى للمكون المعرفي، وأن (٢٥%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن كانت درجتهم الكلية للمكون المعرفي (٥٤) فيما فوق أي (٧٢,٠%) فما فوق من الدرجة القصوى للمكون المعرفي، وكان المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن للمكون المعرفي (٥٠,٨٦)، مما يدل على ارتفاع مستوى المكون المعرفي لدى أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن.

(ب) **التساؤل الفرعي الثاني:** تتضح الإجابة على التساؤل الفرعي الثاني، والذي مؤداه: ما مستوى المكون السلوكي كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة "عينة الدراسة"؟ وذلك من خلال نتائج الجداول الآتية: وللإجابة على هذا السؤال، ولمعرفة مستوى المكون السلوكي كأحد مكونات إدارة الذات لدى أفراد العينة من المرضى بأمراض مزمنة فقد تم حساب أولاً التكرارات والنسب المئوية للثلاث إجابات (نعم، إلى حد ما، لا) وترتيب العبارات حسب نسبة الإجابة (نعم)

وإذا تساوت النسب نرتبها حسب نسبة الإجابة (إلى حد ما) كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (١٥) يبين التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن حول عبارات المكون السلوكي

م	المكون السلوكي	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	الترتيب
١	اهتم بمراقبه حالتي وملاحظه أعراض المرض.	٢١٠	٥٨,١٧	١١١	٣٠,٧٥	٤٠	١١,٠٨	٣
٢	أحافظ على أسلوب التغذية بعد إصابتي بالمرض.	١٩٨	٥٤,٨٥	١٣٢	٣٦,٥٧	٣١	٨,٥٩	٦
٣	أتبادل الزيارات مع زملائي وأصدقائي.	٢٠٣	٥٦,٢٣	١٢٢	٣٣,٨٠	٣٦	٩,٩٧	٤
٤	أحرص على طلب المساعدات المادية من بعض الجمعيات الأهلية.	١٩٩	٥٥,١٢	١٠٩	٣٠,١٩	٥٣	١٤,٦٨	٥
٥	أدخل على بعض المواقع الإلكترونية الطبية الخاصة بمرضي لمعرفة الجديد.	١٦٥	٤٥,٧١	١١٦	٣٢,١٣	٨٠	٢٢,١٦	١٠
٦	أمارس رياضة المشي بصفة منتظمة.	١٤٧	٤٠,٧٢	١٣١	٣٦,٢٩	٨٣	٢٢,٩٩	١٦
٧	أتعامل مع الأحداث بصبر وحكمة.	١٤٣	٣٩,٦١	١٣٧	٣٧,٩٥	٨١	٢٢,٤٤	٢١
٨	أتجنب بذل مجهود فوق طاقتي.	١٣٨	٣٨,٢٣	١٣١	٣٦,٢٩	٩٢	٢٥,٤٨	٢٣
٩	أحافظ على تناول الأدوية بصفة منتظمة.	١٥٣	٤٢,٣٨	١٣٧	٣٧,٩٥	٧١	١٩,٦٧	١٣
١٠	أتجنب زيادة وزني.	١٥٤	٤٢,٦٦	١٣٨	٣٨,٢٣	٦٩	١٩,١١	١٢
١١	أراقب تصرفاتي مع الآخرين.	١٤٦	٤٠,٤٤	١٥٥	٤٢,٩٤	٦٠	١٦,٦٢	١٧
١٢	أحرص على الحصول على بعض تكاليف علاجي من الجهة التي اعلم بها.	١٥٩	٤٤,٠٤	١٣٨	٣٨,٢٣	٦٤	١٧,٧٣	١١
١٣	أحرص على حل مشاكلي أولاً بأول.	١٤٥	٤٠,١٧	١٥١	٤١,٨٣	٦٥	١٨,٠١	٢٠
١٤	أحضر ندوات توعية عن مرضي وأضراره.	١٤٩	٤١,٢٧	١٤٥	٤٠,١٧	٦٧	١٨,٥٦	١٤
١٥	أتناول الوجبات حسب تعليمات الطبيب المعالج.	١٧٠	٤٧,٠٩	١٢٨	٣٥,٤٦	٦٣	١٧,٤٥	٩
١٦	أبتعد عن بعض المأكولات في المناسبات الاجتماعية التي تؤثر سلباً على صحتي.	١٨٧	٥١,٨٠	١١٦	٣٢,١٣	٥٨	١٦,٠٧	٧
١٧	أخطط لزيادة دخلي في المستقبل.	٢٣٤	٦٤,٨٢	٧٨	٢١,٦١	٤٩	١٣,٥٧	٢
١٨	أقوم بالزيارة الدورية للطبيب والمتابعة لحالتي أثناء وجودي خارج المستشفى.	١٤٨	٤١,٠٠	١٤٢	٣٩,٣٤	٧١	١٩,٦٧	١٥
١٩	أقوم بمخاطبة المسؤولين في حالة نقص الأدوية التي أحصل عليها.	١٤٦	٤٠,٤٤	١٤٠	٣٨,٧٨	٧٥	٢٠,٧٨	١٨
٢٠	أقوم بتحليلات الكولسترول بالدم دورياً.	١٤٠	٣٨,٧٨	١٣٣	٣٦,٨٤	٨٨	٢٤,٣٨	٢٢
٢١	امتنعت عن التدخين بصفة نهائية.	١٤٦	٤٠,٤٤	١٣٧	٣٧,٩٥	٧٨	٢١,٦١	١٩
٢٢	أرشد من دخلي لصالح العلاج.	١٣٠	٣٦,٠١	١٥٣	٤٢,٣٨	٧٨	٢١,٦١	٢٤
٢٣	أشاجر مع أسرتي بصفة مستمرة.	٦١	١٦,٩٠	١٦٥	٤٥,٧١	١٣٥	٣٧,٤٠	٢٥
٢٤	التزم بنصائح الطبيب المعالج.	١٧٢	٤٧,٦٥	١٣٠	٣٦,٠١	٥٩	١٦,٣٤	٨
٢٥	انتظم في عباداتي وصلاتي.	٣٠٣	٨٣,٩٣	٣٤	٩,٤٢	٢٤	٦,٦٥	١
	متوسط النسب المئوية	٤٥,٩٤		٣٥,٥٦		١٨,٥٠		

يتضح من الجدول السابق ومن خلال متوسط النسب المئوية للثلاث إجابات على عبارات المكون السلوكي أنه جاء متوسط النسب المئوية للإجابة (نعم) أنها جاءت في المرتبة الأولى بنسبة مئوية (٤٥,٩٤%) يليها في المرتبة الثانية متوسط النسب المئوية للإجابة (إلى حد ما) بنسبة مئوية (٣٥,٥٦%)، وأخيراً يأتي متوسط النسب المئوية للإجابة (لا) حيث جاءت في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (٦,٦٥%).

كما نجد أن النسب المئوية للإجابة (نعم) على مستوى عبارات المكون السلوكي انحصرت بين (١٦,٩٠% - ٨٣,٩٣%) ويمكننا ترتيب العبارات تنازلياً حسب النسب المئوية للإجابة (نعم) كما يأتي:

- جاءت العبارة (أنتظم في عباداتي وصلاتي) في المرتبة الأولى بنسبة مئوية (٨٣,٩٣%).
- جاءت العبارة (أخطط لزيادة دخلي في المستقبل) في المرتبة الثانية بنسبة مئوية (٦٤,٨٢%).
- جاءت العبارة (اهتم بمراقبه حالتي وملاحظه أعراض المرض) في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (٥٨,١٧%).
- جاءت العبارة (أبتادل الزيارات مع زملائي وأصدقائي) في المرتبة الرابعة بنسبة مئوية (٥٦,٢٣%).
- جاءت العبارة (أحرص على طلب المساعدات المادية من بعض الجمعيات الأهلية) في المرتبة الخامسة بنسبة مئوية (٥٥,١٢%).
- جاءت العبارة (أحافظ على أسلوب التغذية بعد إصابتي بالمرض) في المرتبة السادسة بنسبة مئوية (٥٤,٨٥%).
- جاءت العبارة (أبتعد عن بعض المأكولات في المناسبات الاجتماعية التي تؤثر سلباً على صحتي) في المرتبة السابعة بنسبة مئوية (٥١,٨٠%).
- جاءت العبارة (التزم بنصائح الطبيب المعالج) في المرتبة الثامنة بنسبة مئوية (٤٧,٦٥%).
- جاءت العبارة (أتناول الوجبات حسب تعليمات الطبيب المعالج) في المرتبة التاسعة بنسبة مئوية (٤٧,٠٩%).
- جاءت العبارة (أدخل على بعض المواقع الالكترونية الطبية الخاصة بمرضي لمعرفة الجديد) في المرتبة العاشرة بنسبة مئوية (٤٥,٧١%).
- جاءت العبارة (أحرص على الحصول على بعض تكاليف علاجي من الجهة التي اعمل بها) في المرتبة الحادية عشرة بنسبة مئوية (٤٤,٠٤%).
- جاءت العبارة (أتجنب زيادة وزني) في المرتبة الثانية عشرة بنسبة مئوية (٤٢,٦٦%).
- جاءت العبارة (أحافظ على تناول الأدوية بصفة منتظمة) في المرتبة الثالثة عشرة بنسبة مئوية (٤٢,٣٨%).
- جاءت العبارة (أحضر ندوات توعية عن مرضي وأضراره) في المرتبة الرابعة عشرة بنسبة مئوية (٤١,٢٧%).
- جاءت العبارة (أقوم بالزيارة الدورية للطبيب والمتابعة لحالتي أثناء وجودي خارج المستشفى) في المرتبة الخامسة عشرة بنسبة مئوية (٤١,٠%).
- جاءت العبارة (أمارس رياضة المشي بصفة منتظمة) في المرتبة السادسة عشرة بنسبة مئوية (٤٠,٧٢%).

- جاءت العبارة (أراقب تصرفاتي مع الآخرين) في المرتبة السابعة عشرة بنسبة مئوية (٤٠,٤٤%) وبنسبة (٤٢,٩٤%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (أقوم بمخاطبة المسؤولين في حالة نقص الأدوية التي أحصل عليها) في المرتبة الثامنة عشرة بنسبة مئوية (٤٠,٤٤%) وبنسبة (٣٨,٧٨%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (امتنعت عن التدخين بصفة نهائية) في المرتبة التاسعة عشرة بنسبة مئوية (٤٠,٤٤%) وبنسبة (٣٧,٩٥%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (أحرص على حل مشاكلي أولاً بأول) في المرتبة العشرين بنسبة مئوية (٤٠,١٧%).
 - جاءت العبارة (أتعامل مع الأحداث بصبر وحكمة) في المرتبة الحادية والعشرين بنسبة مئوية (٣٩,٦١%).
 - جاءت العبارة (أقوم بتحليلات الكوليسترول بالدم دورياً) في المرتبة الثانية والعشرين بنسبة مئوية (٣٨,٧٨%).
 - جاءت العبارة (أتجنب بذل مجهود فوق طاقتي) في المرتبة الثالثة والعشرين بنسبة مئوية (٣٨,٢٣%).
 - جاءت العبارة (أرشد من دخلي لصالح العلاج) في المرتبة الرابعة والعشرين بنسبة مئوية (٣٦,٠١%).
 - جاءت العبارة (أنتاجر مع أسرتي بصفة مستمرة) في المرتبة الخامسة والعشرين والأخيرة بنسبة مئوية (١٦,٩٠%).
- ولمعرفة مستوى المكون السلوكي كأحد مكونات إدارة الذات لدى أفراد العينة من المرضى بأمراض مزمنة فقد تم حساب الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون السلوكي لدى أفراد العينة، وهذا ما يتضح من الجدول الآتي:

جدول رقم (١٦) يبين الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون السلوكي (الدرجة القصوى ٧٥)

النسبة المئوية	الدرجة الكلية لمقياس القلق	أقل درجة كلية للمكون السلوكي	أعلى درجة كلية للمكون السلوكي	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٢٥%	٥٢	٣٤	٧٣	٥٦,٨٦	٧٥,٨%
٥٠%	٥٦				
٧٥%	٦٢				

يتضح من الجدول السابق أن (٥٠%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن كانت درجاتهم الكلية للمكون السلوكي (٥٦) درجة فيما فوق أي (٧٤,٧%) فما فوق من الدرجة القصوى للمكون السلوكي، وأن (٢٥%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن كانت درجاتهم الكلية للمكون السلوكي (٦٢) فيما فوق أي (٨٢,٧%) فما فوق من الدرجة القصوى للمكون السلوكي، وكان المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن للمكون السلوكي (٥٦,٨٦)، مما يدل على ارتفاع مستوى المكون السلوكي لدى أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن.

(ج) **التساؤل الفرعي الثالث:** تتضح الإجابة على التساؤل الفرعي الثالث، والذي مؤداه: ما مستوى المكون الوجداني كأحد مكونات إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة "عينة الدراسة"؟ وذلك من خلال نتائج الجداول الآتية: وللإجابة على هذا السؤال، ولمعرفة مستوى المكون الوجداني

كأحد مكونات إدارة الذات لدى أفراد العينة من المرضى بأمراض مزمنة فقد تم حساب أولاً التكرارات والنسب المئوية للثلاث إجابات (نعم، إلى حد ما، لا) وترتيب العبارات حسب نسبة الإجابة (نعم) وإذا تساوت النسب نرتبها حسب نسبة الإجابة (إلى حد ما) كما هو موضح في الجدول الآتي:
جدول رقم (١٧) يبين التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن حول عبارات المكون الوجداني

م	المكون الوجداني	نعم	%	إلى حد ما	%	لا	%	الترتيب
١	أشعر بالحرمان من بعض الأغذية التي أريها	٧١	١٩,٦٧	١١٦	٣٢,١٣	١٧٤	٤٨,٢٠	١١
٢	أتعامل مع المشكلات بانفعال	٧٢	١٩,٩٤	١٤٠	٣٨,٧٨	١٤٩	٤١,٢٧	٦
٣	أتجنب الآخرين كي لا يعرفوا حقيقة مرضي	٧١	١٩,٦٧	١٤٥	٤٠,١٧	١٤٥	٤٠,١٧	٧
٤	أرغب في أن تكون علاقتي محدودة بعد مرضي	٦٨	١٨,٨٤	١٦٢	٤٤,٨٨	١٣١	٣٦,٢٩	١٣
٥	لدي قلق نحو مستقبلتي بعد اصابتي بالمرض	٦٤	١٧,٧٣	١٢٨	٣٥,٤٦	١٦٩	٤٦,٨١	١٨
٦	لدي القدرة على السيطرة والتحكم في مشاعري	١٩٤	٥٣,٧٤	١٠٧	٢٩,٦٤	٦٠	١٦,٦٢	٢
٧	أتلقي مساندة اجتماعية من المحيطين	٢١٧	٦٠,١١	٨٨	٢٤,٣٨	٥٦	١٥,٥١	١
٨	نظرتي للحياة أصبحت متشائمة	٨٤	٢٣,٢٧	٩٨	٢٧,١٥	١٧٩	٤٩,٥٨	٥
٩	أتمنى الموت الآن	٦٠	١٦,٦٢	١٢٩	٣٥,٧٣	١٧٢	٤٧,٦٥	٢٢
١٠	كثيرا ما أشعر بضيق شديد	٧١	١٩,٦٧	١٢٦	٣٤,٩٠	١٦٤	٤٥,٤٣	١٠
١١	ينتابني شعور دائم بالصيق من أخذ الأدوية بصفة يومية	٧١	١٩,٦٧	١٢٧	٣٥,١٨	١٦٣	٤٥,١٥	٩
١٢	أشعر بالملل أغلب الوقت	٦٩	١٩,١١	١٢٨	٣٥,٤٦	١٦٤	٤٥,٤٣	١٢
١٣	مسئوليتي تجاه أسرتي أصبحت عبئا علي بعد مرضي	٧١	١٩,٦٧	١٢٨	٣٥,٤٦	١٦٢	٤٤,٨٨	٨
١٤	على استعداد لمواجهة صعوبات الحياة	١٦٤	٤٥,٤٣	١٣٣	٣٦,٨٤	٦٤	١٧,٧٣	٣
١٥	تغيرت نظرتي للأشياء التي أقوم بها أصبحت اراها الآن ذات معنى وأهمية	١٦٠	٤٤,٣٢	١٣٠	٣٦,٠١	٧١	١٩,٦٧	٤
١٦	ينتابني شعور دائم أن حياتي لن تكون مستقرة في المستقبل	٦٥	١٨,٠١	١٤٠	٣٨,٧٨	١٥٦	٤٣,٢١	١٧
١٧	أصبحت مشاعري في حالة غير مستقرة	٦٠	١٦,٦٢	١٥٧	٤٣,٤٩	١٤٤	٣٩,٨٩	٢٠
١٨	كثيرا ما أشعر بالرغبة في البكاء	٥٩	١٦,٣٤	١٥٦	٤٣,٢١	١٤٦	٤٠,٤٤	٢٣
١٩	أتساءل دائما بعد اصابتي بالمرض ما الهدف من بقائي في الحياة في المستقبل	٦٠	١٦,٦٢	١٥٤	٤٢,٦٦	١٤٧	٤٠,٧٢	٢١
٢٠	كثيرا ما أشعر أنني معرض للخطر	٦٢	١٧,١٧	١٦٠	٤٤,٣٢	١٣٩	٣٨,٥٠	١٩
٢١	تعبت من التفكير من شعوري الدائم بالعجز واليأس	٦٦	١٨,٢٨	١٤٧	٤٠,٧٢	١٤٨	٤١,٠٠	١٥
٢٢	أصبحت افضل العزلة والأنطواء والبعد عن الناس	٦٧	١٨,٥٦	١٢٠	٣٣,٢٤	١٧٤	٤٨,٢٠	١٤
٢٣	أصبح مزاجي سيئا بسبب القلق والتوتر	٦٦	١٨,٢٨	٩٨	٢٧,١٥	١٩٧	٥٤,٥٧	١٦
متوسط النسب المئوية		٢٤,٢٣	٣٦,٣٤	٣٩,٤٣				

يتضح من الجدول السابق ومن خلال متوسط النسب المئوية للثلاث إجابات على عبارات المكون الوجداني أنه جاء متوسط النسب المئوية للإجابة (لا) أنها جاءت في المرتبة الأولى بنسبة مئوية (٣٩,٤٣%) يليها في المرتبة الثانية متوسط النسب المئوية للإجابة (إلى حد ما) بنسبة مئوية (٣٦,٣٤%)، وأخيراً يأتي متوسط النسب المئوية للإجابة (نعم) حيث جاءت في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (٢٤,٢٣%). كما نجد أن النسب المئوية للإجابة (نعم) على مستوى عبارات المكون الوجداني انحصرت بين (١٦,٣٤% - ٦٠,١١%) ويمكننا ترتيب العبارات تنازلياً حسب النسب المئوية للإجابة (نعم) كما يأتي:

– جاءت العبارة (أتلقي مساندة اجتماعية من المحيطين) في المرتبة الأولى بنسبة مئوية (٦٠,١١%).

– جاءت العبارة (لدي القدرة على السيطرة والتحكم في مشاعري) في المرتبة الثانية بنسبة مئوية (٥٣,٧٤%).

- جاءت العبارة (على استعداد لمواجهة صعوبات الحياة) في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (٤٥,٤٣%).
- جاءت العبارة (تغيرت نظرتي للأشياء التي أقوم بها أصبحت اراها الآن ذات معنى وأهمية) في المرتبة الرابعة بنسبة مئوية (٤٤,٣٢%).
- جاءت العبارة (نظرتي للحياة أصبحت متشائمة) في المرتبة الخامسة بنسبة مئوية (٢٣,٢٧%).
- جاءت العبارة (أتعامل مع المشكلات بانفعال) في المرتبة السادسة بنسبة مئوية (١٩,٩٤%).
- جاءت العبارة (أتجنب الآخرين كي لا يعرفوا حقيقة مرضي) في المرتبة السابعة بنسبة مئوية (١٩,٦٧%) وبنسبة (٤٠,١٧%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (مسئوليتي تجاه أسرتي أصبحت عبئاً علي بعد مرضي) في المرتبة الثامنة بنسبة مئوية (١٩,٦٧%) وبنسبة (٣٥,٤٦%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (ينتابني شعور دائم بالضيق من أخذ الأدوية بصفة يومية) في المرتبة التاسعة بنسبة مئوية (١٩,٦٧%) وبنسبة (٣٥,١٨%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (كثيراً ما أشعر بضيق شديد) في المرتبة العاشرة بنسبة مئوية (١٩,٦٧%) وبنسبة (٣٤,٩٠%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (أشعر بالحرمان من بعض الأغذية التي أرغبها) في المرتبة الحادية عشرة بنسبة مئوية (١٩,٦٧%) وبنسبة (٣٢,١٣%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (أشعر بالملل أغلب الوقت) في المرتبة الثانية عشرة بنسبة مئوية (١٩,١١%).
- جاءت العبارة (أرغب في أن تكون علاقتي محدودة بعد مرضي) في المرتبة الثالثة عشرة بنسبة مئوية (١٨,٨٤%).
- جاءت العبارة (أصبحت أفضل العزلة والانطواء والبعد عن الناس) في المرتبة الرابعة عشرة بنسبة مئوية (١٨,٥٦%).
- جاءت العبارة (تعبت من التفكير من شعوري الدائم بالعجز واليأس) في المرتبة الخامسة عشرة بنسبة مئوية (١٨,٢٨%) وبنسبة (٤٠,٧٢%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (أصبح مزاجي سيئاً بسبب القلق والتوتر) في المرتبة السادسة عشرة بنسبة مئوية (١٨,٢٨%) وبنسبة (٢٧,١٥%) للإجابة (إلى حد ما).
- جاءت العبارة (ينتابني شعور دائم أن حياتي لن تكون مستقرة في المستقبل) في المرتبة السابعة عشرة بنسبة مئوية (١٨,٠١%).

- جاءت العبارة (لدي قلق نحو مستقبلي بعد إصابتي بالمرض) في المرتبة الثامنة عشرة بنسبة مئوية (١٧,٧٣%).
 - جاءت العبارة (كثيرا ما أشعر أنني معرض للخطر) في المرتبة التاسعة عشرة بنسبة مئوية (١٧,١٧%).
 - جاءت العبارة (أصبحت مشاعري في حالة غير مستقرة) في المرتبة العشرين بنسبة مئوية (١٦,٦٢%) وبنسبة (٤٣,٤٩%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (أتساءل دائما بعد اصابتي بالمرض ما الهدف من بقائي في الحياة في المستقبل) في المرتبة الحادية والعشرين بنسبة مئوية (١٦,٦٢%) وبنسبة (٤٢,٦٦%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (أتمنى الموت الآن) في المرتبة الثانية والعشرين بنسبة مئوية (١٦,٦٢%) وبنسبة (٣٥,٧٣%) للإجابة (إلى حد ما).
 - جاءت العبارة (كثيرا ما أشعر بالرغبة في البكاء) في المرتبة الثالثة والعشرين والأخيرة بنسبة مئوية (١٦,٣٤%).
- ولمعرفة مستوى المكون الوجداني كأحد مكونات إدارة الذات لدى أفراد العينة من المرضى بأمراض مزمنة فقد تم حساب الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون الوجداني لدى أفراد العينة، وهذا ما يتضح من الجدول الآتي:

جدول رقم (١٨) يبين الإرباعيات للدرجة الكلية للمكون الوجداني (الدرجة القصوى ٦٩)

النسبة المئوية	الدرجة الكلية لمقياس القلق	أقل درجة كلية للمكون الوجداني	أعلى درجة كلية للمكون الوجداني	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٢٥%	٣٨	٢٣	٦٨	٤٢,٥٠	٦١,٦%
٥٠%	٤٢				
٧٥%	٤٧				

يتضح من الجدول السابق أن (٥٠%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن كانت درجتهم الكلية للمكون الوجداني (٤٢) درجة فيما فوق أي (٦٠,٩%) فما فوق من الدرجة القصوى للمكون الوجداني، وأن (٢٥%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن كانت درجتهم الكلية للمكون الوجداني (٤٧) فيما فوق أي (٦٨,١%) فما فوق من الدرجة القصوى للمكون الوجداني، وكان المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن للمكون الوجداني (٤٢,٥٠)، مما يدل على قبول مستوى المكون الوجداني لدى أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن.

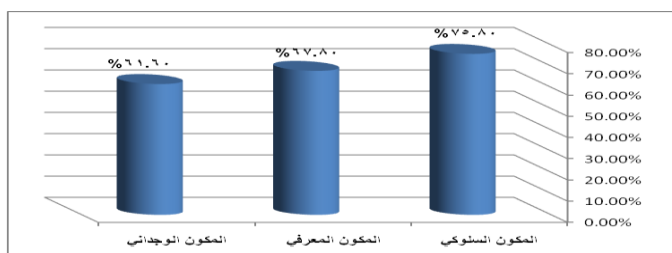
ومما سبق نستطيع ترتيب مستوى كل من المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات كما يأتي:

- جاء المكون السلوكي في المرتبة الأولى بوزن نسبي (٧٥,٨%).

- جاء المكون المعرفي في المرتبة الثانية بوزن نسبي (٦٧,٨%).
- جاء المكون الوجداني في المرتبة الثالثة بوزن نسبي (٦١,٦%).

شكل (٩)

يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أهمية المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات



ثالثاً: الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات:

وللوقوف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية حول مستوى كل من المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات (المكون المعرفي، المكون السلوكي، المكون الوجداني) لدى أفراد عينة الدراسة من المرضى بمرض مزمن تبعاً لاختلاف أي من المتغيرات الأولية (النوع، السن، الحالة التعليمية، الوضع الوظيفي، مدة العمل، الحالة الاجتماعية، محل الإقامة)، سنقوم بإجراء اختبار ت (T. test) لعينتين مستقلتين للوقوف على الفروق تبعاً للمتغيرين (النوع، الوضع الوظيفي، محل الإقامة)، كما سنقوم بإجراء اختبار التباين أحادي الاتجاه (One –way ANOVA) للوقوف على الفروق تبعاً للمتغيرات (السن، الحالة التعليمية، مدة العمل، الحالة الاجتماعية)، وهذا ما يتضح فيما يأتي:

أ- الفروق حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير النوع:

جدول (١٩) يبين الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي ترجع إلى اختلاف متغير النوع باستخدام اختبار T. test لعينتين مستقلتين

المكون	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
المكون المعرفي	ذكر	١٧٤	٥١,٣٨	٧,٠٣	٣٥٩	١,٤٠	٠,١٦٢
	أنثى	١٨٧	٥٠,٣٧	٦,٦٧			
المكون السلوكي	ذكر	١٧٤	٥٦,٠٧	٦,٦٦	٣٥٩	٢,٠٨	*٠,٠٣٨
	أنثى	١٨٧	٥٧,٥٩	٧,١٤			
المكون الوجداني	ذكر	١٧٤	٤٣,٥٧	٦,٠١	٣٥٩	٣,١٢	**٠,٠٠٢
	أنثى	١٨٧	٤١,٥١	٦,٥٣			

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول المكون المعرفي ترجع لاختلاف متغير النوع أي بين الذكور والإناث، بينما تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) حول المكون السلوكي ترجع لاختلاف متغير النوع لصالح مجموعة أفراد العينة من الإناث أي أن مستوى المكون السلوكي عند أفراد العينة من الإناث أعلى منه عند الذكور، كما تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) حول المكون الوجداني ترجع لاختلاف

متغير النوع لصالح مجموعة أفراد العينة من الذكور أي أن مستوى المكون الوجداني عند أفراد العينة من الذكور أعلى منه عند الإناث.

ب- الفروق حول محاور الاستبانة والتي تُعزى لاختلاف متغير السن:

جدول (٢٠) يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير السن

المكون	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المكون المعرفي	بين المجموعات	٤٨,٣	٣	١٦,١٠	٠,٣٤	٠,٧٩٦
	داخل المجموعات	١٦٨٧٦,٢	٣٥٧	٤٧,٢٧		
المكون السلوكي	بين المجموعات	٤٩,٩	٣	١٦,٦٤	٠,٣٤	٠,٧٩٤
	داخل المجموعات	١٧٣١٥,٩	٣٥٧	٤٨,٥٠		
المكون الوجداني	بين المجموعات	١٣٠,٣	٣	٤٣,٤٥	١,٠٧	٠,٣٦
	داخل المجموعات	١٤٤٤١,٩	٣٥٧	٤٠,٤٥		

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

ينضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أي مكون من المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات (معرفي، سلوكي، وجداني) ترجع لاختلاف أعمار أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن، أي أنه لا يوجد تأثير لمتغير السن النوع على أي مكون من مكونات مقياس إدارة الذات الثلاث.

ج- الفروق حول محاور الاستبانة والتي تُعزى لاختلاف متغير الحالة التعليمية:

جدول (٢١) يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير الحالة التعليمية

المكون	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المكون المعرفي	بين المجموعات	٥٦١,٣	٤	١٤٠,٣٢	٣,٠٥	*٠,٠١٧
	داخل المجموعات	١٦٣٦٣,٢	٣٥٦	٤٥,٩٦		
المكون السلوكي	بين المجموعات	٩٧٢,٢	٤	٢٤٣,٠٤	٥,٢٨	**٠,٠٠
	داخل المجموعات	١٦٣٩٣,٦	٣٥٦	٤٦,٠٥		
المكون الوجداني	بين المجموعات	٣١٦,٢	٤	٧٩,٠٦	١,٩٧	٠,٠٩٨
	داخل المجموعات	١٤٢٥٦,٠	٣٥٦	٤٠,٠٥		

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

ينضح من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستويي دلالة (٠,٠٥)، (٠,٠١) لدرجات أفراد عينة الدراسة من المرضى بمرض مزمن حول كل من المكونين (المعرفي والسلوكي) على الترتيب ترجع لاختلاف الحالة التعليمية، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول المكون الوجداني ترجع لاختلاف الحالة التعليمية، ولدراسة ومعرفة هذه الفروق حول كل من المكونين (المعرفي والسلوكي) والتي ترجع لاختلاف متغير الحالة التعليمية وبين أي مجموعة من مجموعات هذا المتغير (يقرأ ويكتب، مؤهل متوسط، مؤهل غير متوسط، مؤهل جامعي، مؤهل فوق الجامعي) سنجري اختبار سيداك (Sidak) كما هو موضح فيما يأتي:

جدول (٢٢) يبين نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق حول المكونين (المعرفي والسلوكي) والتي ترجع لاختلاف متغير الحالة التعليمية باستخدام اختبار سيداك

المكون	الحالة التعليمية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	يقرأ ويكتب	مؤهل متوسط	مؤهل غير متوسط	مؤهل جامعي
المكون المعرفي	يقرأ ويكتب	٩٣	٤٩,٣٩	٧,٠٣	-	-	-	-
	مؤهل متوسط	٦٠	٥٢,٠٣	٥,٧٦	٢,٦٥	-	-	-
	مؤهل غير متوسط	٧٧	٤٩,٨٤	٦,٤٠	٠,٤٦	٢,١٩	-	-
	مؤهل جامعي	٧٢	٥٢,٤٦	٧,٦٠	*٣,٠٧	٠,٤٣	٢,٦١	-
	مؤهل فوق الجامعي	٥٩	٥١,٣٤	٦,٧٥	١,٩٥	٠,٦٩	١,٤٩	١,١٢
المكون السلوكي	يقرأ ويكتب	٩٣	٥٥,٨٥	٧,٤٧	-	-	-	-
	مؤهل متوسط	٦٠	٥٦,٧٥	٦,٠٥	٠,٩٠	-	-	-
	مؤهل غير متوسط	٧٧	٥٥,٢١	٦,٢١	٠,٦٤	١,٥٤	-	-
	مؤهل جامعي	٧٢	٥٧,٢٩	٧,٠٧	١,٤٤	٠,٥٤	٢,٠٨	-
	مؤهل فوق الجامعي	٥٩	٦٠,١٩	٦,٧١	*٤,٣٤	٣,٤٤	*٤,٩٨	٢,٨٩

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) حول المكونين

(المعرفي والسلوكي) ترجع لاختلاف متغير الحالة التعليمية وكانت هذه الفروق كما يأتي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول محور المكون المعرفي وذلك بين مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن يقرأون ويكتبون وبين مجموعة أفراد العينة من الجامعيين وذلك لصالح المتوسط الحسابي لمجموعة أفراد العينة من الجامعيين، أي أن مستوى المكون المعرفي لدى مجموعة أفراد العينة من الجامعيين أعلى من مستوى المكون المعرفي لدى مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن يقرأون ويكتبون.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول محور المكون السلوكي وذلك بين مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن مؤهلهم فوق الجامعي من ناحية وبين مجموعتي أفراد العينة ممن يقرأون ويكتبون أو مؤهلهم غير المتوسط من ناحية أخرى وذلك لصالح المتوسط الحسابي لمجموعة أفراد عينة الدراسة ممن مؤهلهم فوق الجامعي، أي أن مستوى المكون السلوكي لدى مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن مؤهلهم فوق الجامعي أعلى من مستوى المكون السلوكي لدى من يقرأون ويكتبون أو مؤهلهم غير المتوسط.
- د- الفروق حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير الوضع

الوظيفي:

جدول (٢٣) يبين الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي ترجع إلى اختلاف متغير الوضع الوظيفي باستخدام اختبار T. test لعينتين مستقلتين

المكون	الوضع الوظيفي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
المكون المعرفي	يعمل	٢٧٣	٥١,٢٠	٦,٥٩	٣٥٩	١,٦٧	٠,٠٩٥
	لا يعمل	٨٨	٤٩,٨٠	٧,٥٥			
المكون السلوكي	يعمل	٢٧٣	٥٧,٧٠	٦,٩٧	٣٥٩	٤,٣٧	**٠,٠٠
	لا يعمل	٨٨	٥٤,٢٦	٦,٢٣			
المكون الوجداني	يعمل	٢٧٣	٤٢,٣٠	٦,٣١	٣٥٩	١,٠٥	٠,٢٩٣
	لا يعمل	٨٨	٤٣,١٣	٦,٥٢			

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أي من المكون المعرفي أو المكون الوجداني ترجع لاختلاف متغير الوضع الوظيفي أي بين من يعملون ومن لا يعملون، بينما تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) حول المكون السلوكي ترجع لاختلاف متغير الوضع الوظيفي لصالح مجموعة أفراد العينة ممن يعملون أي أن مستوى المكون السلوكي عند أفراد العينة ممن يعملون أعلى منه عند الذين لا يعملون.

هـ- الفروق حول محاور الاستبانة والتي تُعزى لاختلاف متغير مدة العمل:

جدول (٢٤) يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير مدة العمل

المكون	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المكون المعرفي	بين المجموعات	٣٩,٨	٣	١٣,٢٧	٠,٣٠	٠,٨٢٤
	داخل المجموعات	١١٧٩٤,٩	٢٦٩	٤٣,٨٥		
المكون السلوكي	بين المجموعات	١٠٩,٨	٣	٣٦,٦٠	٠,٧٥	٠,٥٢٣
	داخل المجموعات	١٣١٢٧,١	٢٦٩	٤٨,٨٠		
المكون الوجداني	بين المجموعات	٥٤٤,٧	٣	١٨١,٥٨	٤,٧٥	**,٠,٠٠٣
	داخل المجموعات	١٠٢٨٨,٢	٢٦٩	٣٨,٢٥		

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) لدرجات أفراد عينة الدراسة من المرضى بمرض مزمن حول المكون الوجداني ترجع لاختلاف مدة العمل، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أي من المكونين (المعرفي والسلوكي) ترجع لاختلاف مدة العمل، ولدراسة ومعرفة هذه الفروق حول المكون الوجداني والتي ترجع لاختلاف متغير مدة العمل وبين أي مجموعة من مجموعات هذا المتغير (أقل من ٥ سنوات، من ٥ - ١٠ سنوات، من ١٠ - ١٥ سنة، ١٥ سنة فأكثر) سنجري اختبار سيداك (Sidak) كما هو موضح فيما يأتي:

جدول (٢٥) يبين نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق حول المكون الوجداني والتي ترجع لاختلاف متغير مدة العمل باستخدام اختبار سيداك

مدة العمل	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	أقل من ٥ سنوات	من ٥ - ١٠ سنوات	من ١٠ - ١٥ سنة
أقل من ٥ سنوات	٦٩	٤٠,٢٢	٥,٨٦	-	-	-
من ٥ - ١٠ سنوات	٥٩	٤١,٦٨	٦,٥٣	١,٤٦	-	-
من ١٠ - ١٥ سنة	٦٧	٤٣,٦٠	٦,٥٩	*٣,٣٨	١,٩٢	-
١٥ سنة فأكثر	٧٨	٤٣,٤٩	٥,٨٣	*٣,٢٧	١,٨١	٠,١١

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) حول المكون الوجداني ترجع لاختلاف متغير مدة العمل وكانت هذه الفروق بين مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن كانت مدة عملهم (أقل من ٥ سنوات) من ناحية وبين مجموعتي أفراد العينة ممن مدة عملهم (من ١٠ - ١٥ سنة) أو (١٥ سنة فأكثر) من ناحية أخرى وذلك لصالح المتوسط الحسابي

لكل من مجموعتي أفراد عينة الدراسة ممن مدة عملهم (من ١٠ - ١٥ سنة) أو (١٥ سنة فأكثر)، أي أن مستوى المكون الوجداني لكل من مجموعتي أفراد عينة الدراسة ممن مدة عملهم (من ١٠ - ١٥ سنة) أو (١٥ سنة فأكثر) أعلى من مستوى المكون الوجداني لدى مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن كانت مدة عملهم (أقل من ٥ سنوات).

و- الفروق حول محاور الاستبانة والتي تُعزى لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية:

جدول (٢٦) يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية

المكون	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المكون المعرفي	بين المجموعات	٢٥٩,٦	٤	٦٤,٨٩	١,٣٩	٠,٢٣٨
	داخل المجموعات	١٦٦٦٤,٩	٣٥٦	٤٦,٨١		
المكون السلوكي	بين المجموعات	٤٩٣,٥	٤	١٢٣,٣٧	٢,٦٠	*٠,٠٣٦
	داخل المجموعات	١٦٨٧٢,٣	٣٥٦	٤٧,٣٩		
المكون الوجداني	بين المجموعات	١٢١,٨	٤	٣٠,٤٥	٠,٧٥	٠,٥٥٨
	داخل المجموعات	١٤٤٥٠,٤	٣٥٦	٤٠,٥٩		

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

ينتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) لدرجات أفراد عينة الدراسة من المرضى بمرض مزمن حول المكون السلوكي ترجع لاختلاف الحالة الاجتماعية، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أي من المكونين (المعرفي والوجداني) ترجع لاختلاف الحالة الاجتماعية، ولدراسة ومعرفة هذه الفروق حول المكون الوجداني والتي ترجع لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية وبين أي مجموعة من مجموعات هذا المتغير (أعزب، متزوج، متزوج ويعول، مطلق، أرمل) سنجري اختبار سيداك (Sidak) كما هو موضح فيما يأتي:

جدول (٢٧) يبين نتائج المقارنات البعدية لبيان الفروق حول المكون السلوكي والتي ترجع لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية باستخدام اختبار سيداك

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	أعزب	متزوج	متزوج ويعول	مطلق
أعزب	٨٨	٥٦,٣٤	٦,٨٦	-	-	-	-
متزوج	١٠٠	٥٦,٦٠	٦,٦٥	٠,٢٦	-	-	-
متزوج ويعول	١٠٢	٥٧,٢٨	٧,٢٧	٠,٩٤	٠,٦٨	-	-
مطلق	٥١	٥٥,٧١	٦,٨٧	٠,٦٤	٠,٨٩	١,٥٨	-
أرمل	٢٠	٦١,٢٠	٦,٠٧	*٤,٨٦	٤,٦	٣,٩٢	*٥,٤٩

* يعني مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** يعني مستوى الدلالة (٠,٠١)

ينتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) حول المكون السلوكي ترجع لاختلاف متغير الحالة الاجتماعية وكانت هذه الفروق بين مجموعة أفراد عينة الدراسة من المرضى الأرامل من ناحية وبين مجموعتي أفراد العينة من العزاب أو المطلقين من ناحية أخرى وذلك لصالح المتوسط الحسابي لكل من مجموعة أفراد عينة الدراسة من الأرامل، أي أن مستوى المكون السلوكي لدى مجموعة أفراد عينة الدراسة من الأرامل أعلى من مستوى المكون السلوكي لدى مجموعتي أفراد العينة من العزاب أو المطلقين.

ز- الفروق حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي تُعزى لاختلاف متغير محل الإقامة: جدول (٢٨) يبين الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات والتي ترجع إلى اختلاف متغير محل الإقامة باستخدام اختبار **T. test** لعينتين مستقلتين

المكون	محل الإقامة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
المكون المعرفي	قرية	١٩٢	٥٠,٨٨	٦,٧٣	٣٥٩	٠,٠٦	٠,٩٥٥
	مدينة	١٦٩	٥٠,٨٣	٧,٠٢			
المكون السلوكي	قرية	١٩٢	٥٧,١٣	٧,٠٢	٣٥٩	٠,٧٩	٠,٤٣
	مدينة	١٦٩	٥٦,٥٥	٦,٨٧			
المكون الوجداني	قرية	١٩٢	٤١,٨٤	٦,١٢	٣٥٩	٢,١١	*٠,٠٣٥
	مدينة	١٦٩	٤٣,٢٥	٦,٥٦			

* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠٥)، ** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أي من المكونين المعرفي والسلوكي ترجع لاختلاف متغير محل الإقامة أي بين القرية والمدينة، بينما تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) حول المكون الوجداني ترجع لاختلاف متغير محل الإقامة لصالح مجموعة أفراد العينة ممن أقامتهم في المدينة أي أن مستوى المكون السلوكي عند أفراد العينة ممن إقامتهم في المدينة أعلى ممن محل إقامتهم القرية.

خلاصة النتائج:

- مستوى المكون المعرفي عند (٥٠%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن (٥١) درجة فيما فوق أي (٦٨,٠%) فما فوق من الدرجة القصوى لهذا المكون، وقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة للمكون المعرفي (٥٠,٨٦).
- مستوى المكون السلوكي عند (٥٠%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن (٥٦) درجة فيما فوق أي (٧٤,٧%) فما فوق من الدرجة القصوى لهذا المكون، وقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة للمكون السلوكي (٥٦,٨٦).
- مستوى المكون الوجداني عند (٥٠%) من أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن (٤٢) درجة فيما فوق أي (٦٠,٩%) فما فوق من الدرجة القصوى لهذا المكون، وقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة للمكون الوجداني (٤٢,٥٠).
- جاء المكون السلوكي في المرتبة الأولى بوزن نسبي (٧٥,٨%)، يليه في المرتبة الثانية المكون المعرفي بوزن نسبي (٦٧,٨%)، وأخيراً جاء المكون الوجداني في المرتبة الثالثة بوزن نسبي (٦١,٦%).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) حول المكون السلوكي ترجع لاختلاف متغير النوع لصالح مجموعة أفراد العينة من الإناث، كما تبين أنه توجد فروق ذات دلالة

إحصائية عند مستوى (٠,٠١) حول المكون الوجداني ترجع لاختلاف متغير النوع لصالح مجموعة أفراد العينة من الذكور.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أي مكون من المكونات الثلاثة لمقياس إدارة الذات (معرفي، سلوكي، وجداني) ترجع لاختلاف أعمار أفراد العينة من المرضى بمرض مزمن، أي أنه لا يوجد تأثير لمتغير السن النوع على أي مكون من مكونات مقياس إدارة الذات الثلاث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستويي دلالة (٠,٠٥، ٠,٠١) لدرجات أفراد عينة الدراسة من المرضى بمرض مزمن حول كل من المكونين (المعرفي والسلوكي) على الترتيب ترجع لاختلاف الحالة التعليمية، وكانت هذه الفروق كما يأتي:

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول محور المكون المعرفي وذلك بين مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن يقرأون ويكتبون وبين مجموعة أفراد العينة من الجامعيين وذلك لصالح المتوسط الحسابي لمجموعة أفراد العينة من الجامعيين.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول محور المكون السلوكي وذلك بين مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن مؤهلهم فوق الجامعي من ناحية وبين مجموعتي أفراد العينة ممن يقرأون ويكتبون أو مؤهلهم غير المتوسط من ناحية أخرى وذلك لصالح المتوسط الحسابي لمجموعة أفراد عينة الدراسة ممن مؤهلهم فوق الجامعي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) حول المكون السلوكي ترجع لاختلاف متغير الوضع الوظيفي لصالح مجموعة أفراد العينة ممن يعملون.

■ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) لدرجات أفراد عينة الدراسة من المرضى بمرض مزمن حول المكون الوجداني ترجع لاختلاف مدة العمل، وكانت هذه الفروق بين مجموعة أفراد عينة الدراسة ممن كانت مدة عملهم (أقل من ٥ سنوات) من ناحية وبين مجموعتي أفراد العينة ممن مدة عملهم (من ١٠ - ١٥ سنة) أو (١٥ سنة فأكثر) من ناحية أخرى وذلك لصالح المتوسط الحسابي لكل من مجموعتي أفراد عينة الدراسة ممن مدة عملهم (من ١٠ - ١٥ سنة) أو (١٥ سنة فأكثر).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) لدرجات أفراد عينة الدراسة من المرضى بمرض مزمن حول المكون السلوكي ترجع لاختلاف الحالة الاجتماعية، وكانت هذه الفروق بين مجموعة أفراد عينة الدراسة من المرضى الأراامل من ناحية وبين مجموعتي أفراد العينة من العزاب أو المطلقين من ناحية أخرى وذلك لصالح المتوسط الحسابي لكل من مجموعة أفراد عينة الدراسة من الأراامل.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) حول المكون الوجداني ترجع لاختلاف متغير محل الإقامة لصالح مجموعة أفراد العينة ممن أقامتهم في المدينة.
الإجابة على التساؤل الثاني:

الإجابة على التساؤل الثاني والذي مؤداه " ما البرنامج المقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لتحسين إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة؟
تستند على المعطيات النظرية والميدانية المستمدة من المصادر الآتية:
أ. نتائج الدراسة والبحوث السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة والتي أوضحت فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام.

ب. نتائج الدراسة الحالية والتي قدمت وصف وتحليل لمستوى مكونات إدارة الذات في مكوناتها الثلاث (المعرفي - السلوكي - الوجداني) لدى المرضى بأمراض مزمنة
وبناء عليه يمكن عرض البرنامج المقترح في الجوانب الآتية:

(أ) أهمية وأهداف البرنامج: اتضح مما سبق مدى انخفاض درجة مستوى مكونات الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة عامة وعينة الدراسة الحالية خاصة، كما اتضح أيضاً مدى ملائمة نموذج العلاج بالتقبل والالتزام مع المرضى بأمراض مزمنة من منظور الخدمة الاجتماعية عامة وخدمة الفرد كطريقة للعمل مع الأفراد خاصة، الأمر الذي يدفع القائمين على الرعاية الصحية في المستشفيات وعلى درجة التحديد الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل (الطبيب، الممرضة، أخصائي العلاج الطبيعي .. إلخ) على ممارسة برامج علمية مخططة، والتي منها هذا البرنامج على سبيل المثال، والذي يتمثل أهدافه فيما يلي:

الهدف العام: مساعدة المريض بمرض مزمن على تحسين إدارة الذات لدى المصابين بأمراض مزمنة بمكوناتها الفرعية بما يساعد على تفعيل العلاج الطبي والحد من التأثيرات السلبية للمرض المزمن.

الأهداف الفرعية: اتفاقاً مع الهدف العام للبرنامج ومع الافتراضات النظرية التي يستند عليها نموذج العلاج بالتقبل والالتزام، تتحدد الأهداف الفرعية فيما يلي:

- مساعدة المريض على إدراك صلاحية أسلوب حياته الحالي في علاج المرض المزمن.
- مساعدة المريض على التعرف على طرق بديلة لمواجهة المرض المزمن.
- مساعدة المريض على رؤية أن إنهاء المرض المزمن هدف يستحيل تحقيقه، وأن البديل هو الحد من تأثيرات المرض المزمن.
- مساعدة المريض على رؤية العلاقة بين السيطرة والمعاناة.
- مساعدة المريض على الملاحظة الذاتية لأفكاره ومشاعره.

- مساعدة المريض على التعرف على أهداف الحياة ذات القيمة.
- مساعدة المريض على تكوين وتنفيذ خطط سلوكيات لتغيير الحياة.
- مساعدة المريض على توفير قوة دافعة قادرة على الحد من تأثيرات المرض.
- (ب) محتوى البرنامج:** يركز محتوى برنامج التدخل المهني على أسس علمية منها ما يلي:
 - تأثيرات المرض المزمن على مكونات شخصية المريض (الجسمية، النفسية، الاجتماعية، العقلية).
 - الطبيعة الخاصة للمرض المزمن والعلاج الطبي بحسب نوع المرض.
 - خصائص النمو للعملاء خاصة السمات النفسية المرتبطة بالمشاعر.
 - الإطار المرجعي للعملاء بما يتضمنه من عادات وقيم.
- كما يركز محتوى برنامج التدخل المهني على أسس تنظيمية إدارية للبرنامج يمكن إجمالها فيما يلي:**
 - عدد المقابلات: ١٦ ستة عشرة مقابلة.
 - تواتر المقابلات: مقابلتان في الأسبوع الواحد.
 - مدة البرنامج: شهران (وهي متوسط دورة السرير للمرضى بالمستشفى).
 - مدة كل مقابلة : ٢٥ دقيقة .
- ووفقاً للافتراضات النظرية لنموذج العلاج بالنقل والالتزام سوف يتضمن برنامج التدخل المهني المراحل العلاجية الآتية، وذلك من خلال الخطوات المهنية الآتية، والرسائل العلاجية المتضمنة في كل مرحلة، وذلك على النحو الموضح التالي:
 - مرحلة اليأس الإبداعي:** من خلال هذه المرحلة يقوم الأخصائي الاجتماعي بالخطوات المهنية التي يمكن إجمالها على النحو التالي:
 - سماع مشكلة المريض، وبدء التعاقد المهني.
 - تطبيق المقاييس لتحديد مشكلات المريض.
 - تحديد الأهداف العلاجية بالتعاون مع المريض.
 - التعرف على الأساس القيمي الذي يوجه أسلوب حياة المريض.
 - تقييم جهود المريض في إدارة الألم المزمن (تحديد الاستراتيجيات السلوكية التي مارسها المريض لمواجهة المرض المزمن).
 - تقييم قصة المريض بصفة عامة مع المرض المزمن، وتحديد البناء اللفظي ومسميات المخرجات المطلوب تحقيقها فيما يعرف بـ (أجندة التغيير).

ومن الأسئلة المفيدة التي يجب أن يطرحها الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة على العميل ما يلي:

- لو حدثت معجزة في حياتك (واختفى المرض المزمن لديك) فكيف ستكون حياتك مختلفة عما هي عليه الآن؟

- سؤال للأخصائي الاجتماعي للمريض بأن يصف ما يقوله عقله الآن؟

- وسؤال المريض (بصورة بلاغية) حول موقف الشخص الواقع في حفرة ومأزق لا مخرج منه؟

- مساعدة المريض على تدعيم الرغبة الصادقة لديه في الاستمرار في العلاج.

- مساعدة المريض على استخدام مراقبة الذات وممارسة بعض الواجبات المنزلية لتحسين وعي المريض بصراحة مع المرض المزمن، والصورة البلاغية هنا هي (لعبة شد الحبل) فالمرض المزمن لا ينتهي تأثيره بل يأتي ويذهب .. فالمرض المزمن يشد الحبل، والمريض هو الطرف الآخر في اللعبة.

كما أن هذه المرحلة تشتمل على العديد من الرسائل العلاجية التي يرسلها الأخصائي الاجتماعي للمريض والتي منها ما يلي:

- الرغبة الصادقة للمريض في أن يمارس التقبل كبديل للسيطرة العاطفية والصراع، والرغبة الصادقة هنا اختيار وليس قرار، وهي تتطلب الفعل وليس الاكتفاء بالفكر أو الشعور.

- مساعدة المريض على التركيز على ما يستطيع السيطرة عليه وتغييره (السلوك) وتقبل ما لا يستطيع تغييره أو السيطرة عليه.

مرحلة السيطرة هي المشكلة: من خلال هذه المرحلة يقوم الأخصائي الاجتماعي بالخطوات المهنية التي يمكن إجمالها على النحو التالي:

- أهم خطوة مهنية في هذه المرحلة تتمثل في قيام الأخصائي الاجتماعي بهز ثقة المريض في أجندة التغيير. فالهدف الرئيسي الذي يسعى إليه المريض هو السيطرة على الألم المزمن المصاحب للمرض المزمن، أما هدف الأخصائي الاجتماعي هنا هو مساعدة المريض على تقبل المرض على أنه مزمن، فالسيطرة على الألم تعد مشكلة والحل هو تقبل الألم.

- هنا يدخل المريض في مرحلة حزن شديد ويظهر ذلك في حديث المريض، وهنا يصبح المريض جاهز للانتقال إلى المرحلة التالية من العلاج.

وأهم الرسائل العلاجية في هذه المرحلة ما يلي:

- عقلك ليس صديقك ولا هو عدوك.

- على من تلقي بالمسئولية في هذا الموضوع؟ العقل أم الشخص؟

- أفكارك ومشاعرك ليست هي السبب في سلوكك.

- بماذا سوف تتق بعقلك أم تجربتك الفعلية؟
- هل الأكثر أهمية أن يتضح أنك على صواب أم أن تثبت فعاليتك؟
- مرحلة: فك الاندماج (نزع الفتيل) والذات كعملية متواصلة:** تعد أهم الخطوات المهنية التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي مع المريض ما يلي:
- مساعدة المريض على إدراك حقيقة تقديره لذاته، وأنها (أي الذات) لا تتضمن جوانب سلبية فقط بل يوجد ما هو إيجابي.
- ملاحظة الأخصائي الاجتماعي لحوار ولغة المريض.
- الاستماع إلى المريض للكشف عن ما في عقله من أفكار ومشاعر وتجارب، ويمكن أن يعيد الأخصائي الاجتماعي إلى المريض ما وصل إليه من (أفكار ومشاعر وسلوكيات) بشكل مكتوب لإعادة تأمل المريض له، وهنا يسأل المريض هل لديك أي ملاحظة على ذلك.
- مساعدة المريض على ممارسة تمارين الاسترخاء، وتمدد الحجاب الحاجز (خاصة مع المرضى عينة الدراسة الحالية).
- مساعدة المريض على ممارسة ما يعرف باستراتيجيات التقبل (BOSE) حيث (B) وهي الحرف الأول من تمرين التنفس على نحو فيه استرخاء، (O) ملاحظة النشاط الذهني، (S) استثارة النشاط الذهني والعاطفي لسحب أحد الأفكار، (E) تمسك واعتناق المريض بتجربته الخاصة.
- مساعدة المريض على ملاحظة المبررات التي يسوقها (يقدمها إلى الأخصائي الاجتماعي) ومساعدته على تقديم مبرر أو أكثر لكل ما يصدر عنه من نشاط، وهو ما يلقي الضوء على عملية ملاحظة إعطاء مبررات بلا توقف وهي ظاهرة موجودة في حياة المرضى بأمراض مزمنة.
- ومن أهم الرسائل العلاجية في هذه المرحلة ما يلي:
- الحياة ليست شيئاً ستحيها عند التخلص من مشكلاتك - الحياة مستمرة - وتحدث الآن.
- هناك الكثير الذي يحمله العيش في لحظة الألم تماماً مثلما يحمله العيش في لحظة المتعة.
- الأفكار والمشاعر غالباً ما تقدم نفسها على أنها تمس الماضي أو المستقبل ولكنها يتم معاشتها الآن ومن منظور الحاضر.
- مرحلة الذات كسياق:** تعد أهم الخطوات المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في هذه المرحلة ما يلي:
- مساعدة المريض على رؤية أنه يوجد موضع يكون ممكناً التعرض فيه للألم بكل سلبياته، ولكن بطريقة ليست مميتة.
- تنمية الرغبة لدى المريض في غرس تجارب يومية بشكل تلقائي خارج سياق العلاج.

- ومن أهم الرسائل العلاجية في هذه المرحلة ما يلي:
- أنت لست شيء جامد بلا حياة.
- أنت شيء مختلف تماماً عن أفكارك ومشاعرك وذكرياتك وأدوارك.
- لوحة الشطرنج (كصورة بلاغية) وهي أن للمريض أحداث خاصة منها ما هو جيد (أبيض) ومنها ما هو سلبي (أسود).
- مرحلة غرس القيم:** في بداية هذه المرحلة يجب التأكيد على بعض الحقائق التالية:
- أن التغيير السلوكي المدفوع بقيم هو الأكثر استدامة بمرور الوقت عن التغيير السلوكي المدفوع بأهداف، كما يجب التأكيد على أن الاختيار والقرار والمسئولية أمور مهمة في بناء القيم، وبصفة خاصة لدى المرضى بأمراض مزمنة.
- أن القيم يجري صياغتها بطريقة مختصرة في بداية العلاج ثم يتعمق في مرحلة تالية من العلاج، وغرس القيم يحدث بسرعة مع المرضى الجدد في الإصابة بالمرض المزمن، وببطء أكثر مع المرضى المتمرسين.
- يتحتم على المريض الاختيار بين الوقوع على سيف نموذجهم القائم على " سيطرة وتخلص من وضع المبرر في استراتيجية التأقلم"، أو المشاركة في شيء مختلف تماماً واعتناق قيم حياته هو الوسط المأمول في هذا التحول.
- وهنا على الأخصائي الاجتماعي أن يجري تقييم لنوعية القيم التي لدى المريض بمرض مزمن، ثم يبدأ في تحديد الأهداف، وتحديد العجز في المهارات، وهو ما سوف يتم في المرحلة الأخيرة.
- ومن أهم الرسائل العلاجية في هذه المرحلة ما يلي:
- ما الذي تريد لحياتك أن تتمثله؟ وهل تقوم بذلك الآن؟
- في عالم بوسعك فيه أن تختار اتجاه لحياتك ما الذي أخترتة؟
- هل لديك رغبة في القيام بما يتعين عمله للمضي قدماً وراء الأهداف القيمية؟
- مرحلة بناء أنماط الفعل الملتمزم:** من أهم الخطوات المهنية للأخصائي الاجتماعي مع المريض بمرض مزمن في هذه المرحلة ما يلي:
- مساعدة المريض على الرغبة في وجود تجربة الألم وتقبلها على ما هي عليه.
- مساعدة المريض على جعل التغييرات السلوكية ضرورية لإيجاد حياة ذات مغزى.
- مساعدة المريض على ممارسة شعار FEAR حيث (F) تشير إلى الاندماج مع الأفكار، (E) التقييم للتجربة، و (A) التجنب لتجربتك، و (R) هي طرح المبررات لما يصدر من سلوك.

- مساعدة المريض على ممارسة شعار ACT حيث (A) تشير إلى التقبل لردود الفعل والعيش في الحاضر، و (C) اختيار اتجاه يستند للقيم، و (T) أقدم على الفعل على مساعدة المرضى في بذل جهود وصولاً إلى التغيير السلوكي المنشود.

ومن أهم الرسائل العلاجية في هذه المرحلة ما يلي:

- التصرف بثقة يختلف عن الشعور بالثقة.
 - أنت قادر على إصدار رد الفعل.
 - لو حدث لك إخفاق لاحظ النمط الحاصل، وقم بالعودة إلى التزامك.
 - هل تستطيع الاستمرار في التحرك تجاه الأشياء التي تقدرها حتى لو ظهرت عوائق.
- ونظراً لحدثة نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع الأفراد والجماعات الصغيرة والأسر، وخاصة في المجتمع السعودي، ترى الباحثات ضرورة الاستمرار في بحوث حول هذا النموذج خاصة البحوث التي تستهدف قياس عائد التدخل المهني للعلاج بالتقبل والالتزام (ACT) ومن ناحية أخرى بعد مفهوم إدارة الذات من المفاهيم المحورية لدراسة ظواهر الصحة والمرض في مجال الرعاية الصحية، وبناء عليه تقترح الباحثات بعض البحوث المستقبلية على النحو التالي:
- أ. فاعلية ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام في مجالات: (الإدمان، الإقلاع عن التدخين، الاكتئاب، القلق، الضغوط الحياتية).
 - ب. فاعلية ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين فعالية الحياة لدى (كبار السن، المراهقين، الأيتام، الخارجين عن القانون).
 - ج. المحددات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر في إدارة الذات لدى (المراهقين، المرضى بأمراض نقص المناعة المكتسبة "الإيدز").

وتختتم الباحثات الدراسة الحالية بتأكيدات " بيث أنجيل Beth Angell " بأنه يوجد جيل جديد من النماذج العلاجية ظهر في الخدمة الاجتماعية يعتمد على التقبل الراديكالي في تقديم المساعدة المهنية، تتمثل في نموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) والذي يعد نموذج علاجي يتجنب نظريات المعالجات التي تركز على التحكم في السلوك من خلال التأثير العشوائي، ولكنه نموذج علاجي جديد يفضل الاختيار القائم على القيم والتقبل لردود الفعل والعيش في الحاضر وممارسة الفعل المساعد^(٨٩).

مراجع الدراسة

١. إبراهيم، زيزي: العلاج المعرفي للاكتئاب، دار غريب، القاهرة، ٢٠٠٥م، ص ١٩٠.
٢. أبو النصر، مدحت: الإعاقة الجسمية، القاهرة، مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٥م، ص ١٢١.
٣. أغا، كمال: الأخصائي الاجتماعي في نسق رعاية الصحة، ورقة عمل، المؤتمر العلمي الخامس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، الجزء الأول، ١٩٩٢م، ص ١٧٥.
٤. الباز، راشد بن سعد: عوامل التزام المرضى بالإرشادات الطبية، بحث منشور، الكويت، جامعة الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد رقم ٢٥، العدد الرابع، ١٩٩٧م، ص ١٢٦-١٤٠، بتصرف.
٥. الباز، راشد سعد: دور الخدمة الاجتماعية الطبية مع المصابين بأمراض مزمنة خطيرة، بحث منشور، المؤتمر الرابع للتوجيه الإسلامي للخدمة الاجتماعية، والمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ، والمعهد العالمي للفكر الإسلامي، ١٩٩٧م، ص ٦٢ - ١٠٦.
٦. البريثن، عبدالعزيز عبدالله: مقالات في الخدمة الاجتماعية، عماني، دار الفكري، ٢٠١٠م، ص الفصل الثالث، بتصرف.
٧. الجوهري، محمد: الأنثروبولوجيا، أسس نظرية وتطبيقات عملية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٩م، ص ٩١ - ٩٤.
٨. الحسن، إحسان محمد: علم الاجتماع الطبي، دراسة تحليلية في طب المجتمع، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ٣٦٩.
٩. الحفني، عبدالمنعم: موسوعة علوم النفس والتحليل النفسي، ط ٤، القاهرة، مكتبة مدبولي، ١٩٩٤م، ص ٤٣٨.
١٠. الرخاوي، يحيى: العلاج بالقبول والالتزام، ندوة في مستشفى دار المقطم للصحة النفسية، بتاريخ ٢٠٠٦/١٢/١م.
١١. السروجي، طلعت مصطفى: الخدمة الاجتماعية أسس النظرية والممارسة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٩م، ص ٢٨٠.
١٢. السروجي، طلعت مصطفى: الخدمة الاجتماعية الدولية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠١٠م، ص ١٦٩.
١٣. السروجي، طلعت مصطفى: الخدمة الاجتماعية الدولية، مرجع سبق ذكره، ص ١٥٦.
١٤. الشناوي، محمد محروس: مرجع سابق ذكره، ص ٤١١ - ٤١٣.
١٥. السكري، أحمد شفيق: مرجع سبق ذكره، ص ٩١.
١٦. الشاعر، عبدالمجيد، وآخرون: علم الاجتماع الطبي، ط ٢، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٣م، ص ٨٣.
١٧. الغرابية، فيصل، وفاكر الغرابية: مجالات العمل الاجتماعي وتطبيقاته، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩م، ص ٢٤١.
١٨. القرني، محمد مسفر: الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل مع مرضى السرطان، الرياض، مكتبة الرشد، ٢٠٠٨م، ص ١٠٢ - ١٠٦، بتصرف.
١٩. القرني، المبروك محمد: الخدمة الاجتماعية وأساليبها النظرية والتطبيقية، سرت، مجلس الثقافة العام، ٢٠٠٨م، ص ٦٠.
٢٠. الكندري، يعقوب يوسف: الثقافة، والصحة، والمرض .. رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ٢٠٠٣م، ص ٢٨٦ - ٢٨٧.
٢١. المغربي، إبراهيم: مرض السكر والضغط النفسية، منشأة المعارف، الإسكندرية، ٢٠٠٧م، ص ٢٣٧.
٢٢. النوحى، عبدالعزيز: الممارسة في الخدمة الاجتماعية، عملية حل المشكلة ضمن إطار نسق أيكولوجي، ب. ن، ٢٠٠٧م، ص ٢٩٢.
٢٣. بدر، ليلى حسن، وآخرون: أصول التربية الصحية والصحة العامة، القاهرة، مطبعة العاصمة، ١٩٨٥م، ص ٨.
٢٤. بشير، إقبال، محمد وآخرون: الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي والمجال النفسي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٠م، ص ٤٩.
٢٥. دايفيد سواتسون: الألم المزمن، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، بيروت، الدار العربية للعلوم، ٢٠٠٠م، ص ٣٩ - ٩٨، بتصرف.
٢٦. تيلور، شيلي: علم النفس الصحي، ترجمة: وسام درويش بريك، وفوزي شاكرا داود، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ٨٨١.

٢٧. محرم، إبراهيم: تقرير التنمية البشرية لليقوبية، جهاز بناء وتنمية القرية المصرية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٣م، ص ١٠٤.
٢٨. بدوي، أحمد زكي: معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية، القاهرة، دار الكتاب المصري، ١٩٧٧م، ص ٢٧٤.
٢٩. بدوي، أحمد زكي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان، ١٩٨٦، ص ٣٢٣.
٣٠. بريجر .و. ر. أوجدن هـ: التنقيف من أجل الصحة، الاسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٩م، ص ٧.
٣١. بيري، الوحيشي، و الدويبي، أحمد عبدالسلام بشير: مقدمة في علم الاجتماع الطبي، بنغازي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، ١٩٨٩م، ص ٩٧.
٣٢. تايور، شيلي: علم النفس الصحي، ترجمة: وسام درويش يريك، وفوزي شاكرا داود، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ص ٦١٩ - ٦٢٤، بتصرف.
٣٣. حافظ، ماجدة السيد: محاضرات في علم الاجتماع الطبي، القاهرة، مكتبة سعيد رأفت، د.ت، ص ٧٤.
٣٤. درويش، يحيى حسن، ٢٧- ١٥٦.
٣٥. دسوقي، كمال: ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة، الدار الدولية للنشر والتوزيع، ١٩٨٨م، ص ٢٥٣.
٣٦. دسوقي، كمال: ذخيرة علوم النفس، المجلد الثاني، القاهرة، مؤسسة الأهرام، ١٩٩٠م، ص ٩٨٩.
٣٧. رشوان، عبدالمنصف: نحو تصور مقترح لممارسة أسلوب العلاج بالتمكين في طريقة العمل مع الحالات الفردية مع مرضى الفشل الكلوي وأسره، المؤتمر العلمي الحادي والعشرون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٨م، ص ٩٧٦.
٣٨. روميسون، مايكل وآخرون: نظرية الثقافة، ترجمة: علي سيد الصاوي، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٢٣، ١٩٩٧م، ص ص ١١١ - ١١٤.
٣٩. سرحان، نظيمة أحمد محمود: الخدمة الاجتماعية المعاصرة، القاهرة، مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٥م، ص ص ٤٠٣ - ٤٠٤.
٤٠. سليمان، حسين حسن، وآخرون: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ٢٠٠٥م، ص ٢٢٦.
٤١. سواتسون، دايفيد: الألم المزمن، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، بيروت، الدار العربية للعلوم، ٢٠٠٠م، ص ص ٣٩ - ٩٨، بتصرف.
٤٢. طه، فرج عبدالقادر: مرجع سبق ذكره، ص ٧٦١.
٤٣. عبدالخالق، أحمد محمد: سيكولوجية الموت والاحتضار، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ٢٠٠٥م، ص ٣٣٨.
٤٤. عبدالخالق، أحمد محمد: أصول الصحة النفسية، ط ٤، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٣م، ص ٧١.
٤٥. عبداللطيف، رشاد أحمد: دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى المشرفين على الموت، مقارنة بين المنظورين الإسلامي والغربي، بحث منشور، المؤتمر الثاني للتوجيه الإسلامي للخدمة الاجتماعية، جامعة الأزهر، والمعهد العالمي للفكر الإسلامي، ١٩٩٣م، ص ص ٢٣٣ - ٢٧٣.
٤٦. عبداللطيف، رشاد أحمد: الخدمة الاجتماعية مع المرضى بأمراض مزمنة، بحث منشور، ندوة التطورات الحديثة في الخدمة الاجتماعية الطبية، الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٠م.
٤٧. عبداللطيف، رشاد أحمد: مهارات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ص ٢٦٣ - ٢٦٧، بتصرف.
٤٨. عبداللطيف، رشاد أحمد: الخدمة الاجتماعية مآزق الحاضر وطموحات المستقبل، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العلمي الحادي عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الأول، ١٩٩٨م، ص ص ٣٥ - ٤٠.
٤٩. عبداللطيف، رشاد أحمد: مهارات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص ص ٣١٥ - ٣٣٣.
٥٠. عبدالمجيد، هشام سيد: البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٦م، ص ص ٢٧ - ٢٨، بتصرف.
٥١. عثمان، عبدالفتاح، و السيد، علي الدين: الموقف النظري لخدمة الفرد المعاصرة، ط ٢، القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٤م، ص ١٨.

٥٢. عثمان، عبدالفتاح، و السيد، علي الدين: الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الواحد والعشرين، محاولة علمية لاستقراء المستقبل، بحث منشور، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، العدد السابع، الجزء الأول، ١٩٩٦م، ١٩٩٦م، ص ص ٤٩ - ٧٩.
٥٣. عفيفي، عبدالخالق محمد: الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع، المنصورة، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧م، ص ١٣٥.
٥٤. عقيل، عقيل حسين، والهادي، حيدة علي: خدمة الفرد قيم وحدثة، طرابلس، جامعة الفاتح، ٢٠٠٦م، ص ص ٦٣ - ٦٤.
٥٥. علام، محمد عبدالخالق، وعبدالمقصود، عصمت محمد: مرجع سبق ذكره، ص ص ٣٩ - ٤٤، بتصرف.
٥٦. على إسماعيل علي: المهارات الأساسية في ممارسة خدمة الفرد، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٦م، ص ٣٠.
٥٧. علي، عبدالسلام علي: المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا العملية، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة، ٢٠٠٥م، ص ص ٢٠ - ٢١.
٥٨. علي، ماهر أبو المعاطي: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية وتفعيل خدمات رعاية المسنين في الوطن العربي - رؤية مستقبلية - ورقة عمل مقدمة إلى، المؤتمر العلمي الثاني، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببور سعيد، ٢٠٠٨م.
٥٩. علي، ماهر أبو المعاطي: الخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، رؤية مستقبلية، ورقة عمل، نفس المرجع السابق مباشرة، ص ص ٤١ - ٧٠.
٦٠. علي، ماهر أبو المعاطي: مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، الرياض، دار الزهراء، ط ٣، ٢٠٠٩م، ص ٣٦٩.
٦١. علي، ماهر أبو المعاطي: نماذج ومهارات التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية، الرياض، مكتبة الزهراء، ٢٠٠٩م، ص ص ٦٩ - ٧١، بتصرفي.
٦٢. عمر، ماهر محمود: سيكولوجية العلاقات الاجتماعية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٢م، ص ١٦٧.
٦٣. عكاشة، أحمد: الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٨م، ص ٨٨.
٦٤. عوض، عائشة: دور الممرضة في حقوق المرضى، ورقة عمل، القاهرة، مستشفى الأطفال الجديد، جامعة القاهرة، الدورة التدريبية السابعة لإدارة التمريض، ١٩٩١م، ص ص ٣٩ - ٤٠.
٦٥. عويس، محمد محمود، وآخرون: هوية الخدمة الاجتماعية في مصر، رؤية تحليلية ونظرة مستقبلية، بحث منشور، المؤتمر الدولي للمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، ١٩٩٢م، المجلد الأول.
٦٦. غاودا، جورج وآخرون: نظريات التعلم، دراسة مقارنة، سلسلة عالم المعرفة، ج ١، الكويت، العدد (١٠٨)، ١٩٨٦م، ص ص ١٩٣ - ١٩٤.
٦٧. غباري، محمد سلامة محمد: أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٣م، ص ١٣٣.
٦٨. غرابيه، فيصل محمود: الخدمة الاجتماعية في المجتمع العربي المعاصر، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤م، ص ١٦٠.
٦٩. غرابيه، فيصل محمود: الخدمة الاجتماعية الطبية والعمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨م، ص ٢٩.
٧٠. كاريدرس، مايكل: لماذا ينفرد الإنسان بالثقافة، ترجمة: شوقي جلال، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٢٩، ٣٩٩٨، ص ٢١.
٧١. لجنة خبراء بمنظمة الصحة العالمية: صحة الشباب من تحديات المجتمع، الاسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، سلسلة التقارير الفنية، تقرير رقم (٧٣١)، ١٩٨٨م، ص ٥٤.
٧٢. ليمان، أوليفر: مستقبل الفلسفة في القرن الواحد والعشرين، ترجمة: مصطفى محمود محمد، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، العدد (٣٠١)، مارس، ٢٠٠٤م، ص ١١.
٧٣. متولي، ماجدة سعد: المرض المزمن والتغيرات الاجتماعية والنفسية بالأسرة، دراسة ميدانية لأسر أطفال مرضى السكر، بحث منشور، المؤتمر العلمي الخامس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الأول، ١٩٩١م، ص ص ٢٣١ - ٢٥٥.
٧٤. متولي، ماجدة سعد وآخرون: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأفراد والعائلات، القاهرة، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، ٢٠٠٩م، ص ٩٣.
٧٥. مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية: الإدارة الصحية، بيروت، أكاديمية إنترناشيونال، القاهرة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ٢٠٠٧م، ص ص ٧٤ - ٧٥.

٧٦. محروس محمود خليفة: ممارسة الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٧م، ص ٧٧.
٧٧. محروس محمود خليفة: ممارسة الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٩م، ص ٢٤٩.
٧٨. محمد، عادل عبدالله: العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات، دار الرشد، القاهرة، ٢٠٠٠م، ص ٨٣ - ٨٤.
٧٩. محمد محمود عويس: رؤية مستقبلية في تعليم الخدمة الاجتماعية، دراسة مطبقة بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، بحث منشور، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، العدد الرابع، ١٩٩٣م، ص ٤٤٥ - ٥٠١.
٨٠. منصور، حمدي محمد: الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، الرياض، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع، ٢٠٠٣م، ص ١٧ - ١٩.
٨١. منصور، حمدي محمد: الخدمة الاجتماعية المباشرة .. نظريات ومقاييس، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠١٠م، ص ٥.
٨٢. منظمة الصحة العالمية: التصنيف الدولي للأمراض، ترجمة: عصمت إبراهيم حمود، المراجعة العاشرة، الإسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ١٩٩٦م.
٨٣. منظمة الصحة العالمية: تقييم استراتيجية توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠م، جنيف، دائرة المنشورات بمنظمة الصحة العالمية، المجلد الأول، التقرير السابع، ١٩٨٧م، ص ١٢٠.
٨٤. منظمة الصحة العالمية: التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة "المراجعة العاشرة"، تعريب: عصمت إبراهيم حمود، القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠١م.
٨٥. منظمة الصحة العالمية: توقي الأمراض المزمنة استثمار حيوي بالغ الأهمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، ٢٠٠٦م، ص ٢ - ٣، بتصرف.
٨٦. منظمة الصحة العالمية: العمل مع الأفراد والأسر والمجتمعات لتحسين الصحة الأمومية والوالدية، القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٧م.
٨٧. منظمة الصحة العالمية: التقرير السنوي لأعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ديسمبر، ٢٠٠٨م، ص ٤٣.
٨٨. مرعي، إبراهيم بيومي: رؤية مستقبلية لممارسة الخدمة الاجتماعية العمالية في مواجهة تحديات القرن الحادي والعشرين، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الأول، ١٩٩٦م، ص ٣١ - ٤٨.
٨٩. ناجي، أحمد عبدالفتاح: الخدمة الاجتماعية .. المستقبل والتحديات، بحث منشور، المؤتمر العلمي الحادي عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، الجزء الأول، ٢٠٠٠م، ص ٢٢٧ - ٣٠١.
٩٠. همام، سامية: المتغيرات المؤثرة على إدارة الحالة في خدمة الفرد، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٧٨ - ١٩٧٩.

91. (مراجع على شبكة المعلومات الدولية "الانترنت") <http://www.naswpress.org>.
٩٢. يحيى، عادل: الحماية الجنائية للحق في الصحة بين النظرية والتطبيق، القاهرة، دار النهضة العربية، ٢٠١٠م، ص ٧ - ١٢، بتصرف.
93. **(ACT) For Adolescents With Asperger Syndrome and / or Nonverbal Learning Disability**, Psy, United States – California, The Wright Institute, 2009.
94. **Arthur Free Man, (ed – in – Chief):** Encyclopedia of Cognitive behavior therapy, Springer, 2005, P. 81.
95. **Asra Warsi (et al):** Self – Management Education Programs in Chronic disease, Arch intern Med, 2004, 164 – 1649.
96. **Alosonclarke Stewart & Susan Friedman:** Child Development: Infancy through Adolescence New York, Gohn Wileg Esons, 1987, P. 297.
97. **Bethangell :** Behavioral Theory, in Encyclopedia of Social Work, 20 th Edition, Volume 1, U.S.A, Washington, NASW Press, P. 191
98. **Beraekkan, Kathlyn Claire:** An Acceptance and Commitment Therapy Intervention For Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder Preliminary Outcomes of A Controlled Group Comparison, PSY. D, United States, Kentucky, Spalding University, 2007.

99. **Bernhard Badura:** Life - Style & Health Some Remarks on Different Viewpoints Journal of Social Science & Medical, Vol. 19, No. York, Pergamon Press, 1984, PP. 341 – 342.
100. **Brucea thyer:** Hand book of Social Work and Social Welfare Human Behavior in Social Environment, vol (2), John Wiely & Sons, N. J, 2008, P. 100.
101. **Barker. L. Robert:** The Social work dictionary, Washington, N. A. S. W, Press, 2003, P. 76.
102. **Baher – Koler:** Self – Management of Chronic disease, Al Zheimer's disease, springer, Germany, 2009, P. 8.
103. **Carol B. Cox:** Dementia and Social Work Practice, Research and Interventions Springer, N. Y, 2007, PP. 313 – 315.
104. **Carol R. Swencon,** Clinical Social work, in Richard L. Edwards - ed – in – chiebd Encyclopedia of Social work, 19 th, ed vol, (1). Washington, de, N. A. S. W, 1995, PP. 502 – 512.
105. **Dalruple, Kristy L.:** Aceprance and Commitment Therapy For Generalized, PH. D, United States, Pennsylvania, Drexel University, 2005.
106. Dcnnis P. Slevin: The Wholc Manager New York, American Management Association, 1989, P. 367.
107. **Doman Lun:** Health Service System, in Encylopedia of Social Work, vol. 1, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1987, P. 70.
108. **Elizabeth J. Clark:** The Future of Social Work Practice, in, Encylopedia of Social Work, 19 Th Edition, Washington, NASW Press, Supplement, 2003, PP 61 – 63.
109. **Gregg, Jennifer Ann:** A Rendomized Controlled Effectiveness Trial Comparing Patient Education With and Without Acceptance and Commitment Therapy For Type 2 Diabetes Self – Management, PHD, United States, Nevada, University of Nevada, 2004.
110. **Harvy Idethia:** The Role of Spirituality in the Self Management of Chronic Illness Among Older African and Whites, dis, abst, University of Illions, 2007.
111. **Hayes C., Steven & Other:** Acceptance and Commitment Therapy : An Experiential Approach to Behavior Change, Paperbach Esition, New York, Guilford Press, 2003, PP. 29 – 31.
112. **Hermann, Barbara A:** Dismanting an ACT – Based Intervention For Work Stress : do Values Really Matter ?, PHD, United States, Maine, The University of Maine, 2008.
113. Jerone Cohen: Nature of Clinicol Social work, in Patrical. L. Ewalt, Toward a definition of Clinical Social work N.A.S.W, Washington, 1979, PP.23–32.
114. **Jim Novuo:** Chronic disease Management, Springer, N. Y, 2007, P. 14.
115. **Joseph Walsh:** Theories for direct Social Work Practice, Op. Cit, PP. 24 – 25.
116. **Kathleen Farrel (et. Al):** Chronic Disease Sekf – Management Improved with Self efficiency, Clinical nursing Research, Vol 113, 2004.
117. **Karel–Botha (et, al):** Biopsychosocial Determinants of Self Management Culturally Diverse, South African Patients with Essential Hypertenension, Journal of Health Psychology, Vol 7, No 5, 519 – 531, 2002.
118. **Kennth Sharoff:** Coping Skills therapy for managing chronic and terminal illness, springer, N. y, 2004, PP. 91 – 92.
119. **Lawrence B. Schaamberg:** Child & Adolescent Development New York, Macmilan Publishing Company, 1988, PP. 499 – 502.
120. **Lillis, Jason:** Acceptance and Commitment Therapy For The Treatment of Obesity – Related Stigma and Weight Control, PHD, United States, Nevada University, 2007.

121. **Lisa Miller:** Counseling Skills for Social Work, Sage Publications, London, 2006, P. 67.
122. **Marc Suhrcke & Other:** Chronic Disease, an Economic Perspective, London, Oxford Health Alliance, 2006, PP. 8 – 9.
123. **Mary Gallant:** theInfluence of Social Support on Chronie Illnessanagement: a Review and Directions for Research, Health Education and behavior Vol 30, No2, 170 – 195, 2003.
124. **MaryThoesen:** Supporting Sekf – Management in Patients with Chronic Illneses Journal of the American Family Physician, 2005.
125. **Marc Suhrcke & Other:** Chronic Disease, an Economic Perspctive, London, Oxford Health Alliance, 2006, PP. 8 – 9.
126. **Margaret Gelaldston frank:** Clinical Social work, Past, Present, and Future Challenges and dilemmas, in Patricia. L. Ewalt, Toward adefinition of clinical Social work, N. A. S. W, Washington, 1979, P. 14.
127. **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.
128. **Mark M. Fraser:** inervention research in social work, A basics for evidence based practice and practice guideelines. (In) Aaron rosen, eno lak. Proctor : developing practice guidelines for social work intervention, op. cit, N. Y. 2003, P. 48.
129. **Mitzi Walta:** Webster's New World Misical Didionary, New Jersey, Wiley Rublishing, 3 ed, 2008.
130. **Mosley's Mosby's Medical Dictionary,** U. S. A, Mosby Publishing, 8 ed, 2008.
131. **Nick Coady, Peter Iehmann:** Theortical Presectves for direct Social Work Practice, Agenerationom eclectic Approach, Op. Cit, P. 477.
132. **Pankey, Julieann:** Acceptance and Commitment Therapy With Dually Diajnosd Individuals, PHD, United States, Nevada, University of Nevada, 2008.
133. **Patricia Robinson & Other:** Act With Chronic Pain Patients, in Steven C. Hayes & Kirk D, Strosahl Guide to Acceptance and Commitment Therapy, New York, Springer, 2004, PP. 315 – 317.
134. **Pearson, Adria Nicole:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a Workshop Intervention For Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes, PHS, United States, Nevada, University of Nevada, 2009.
135. **Pellowe, Maura E.:** Acceptance and Commitment Therapy as A Treatment For Dysphoria, PJ. D, United Ststes, Wyoming, University of Wyoming, 2006.
136. **Peterson, Rachel D:** Foos For Thought: The Relationship Btween Thought Suppression and Weight Control, PHD, United States, Florida, University of Central Florida, 2008.
137. **Petrson, Connie Lynn:** Treatment of Comorbid Depression and Alchol Use Disorders in an Inpatient Setting : Comparison of Acceptance and Commitment Therapy Versus Treatment as Usual, PHD, United States, Kansas Wichita State University 2007.
138. **Robert Adams and Others:** Social Work Futures Crossing Boundaries Trandforming Practice, Palgrave Macmillan, New York, 2005.
139. **Ruth L. Relan Knee:** Rights Patiemt, in Encyclopedia of Social Work, Vol. 3, U. S. A, N. A. S. W, Press, 1995, PP. 1808 – 1909.
140. **Robert L. Barker:** The Social Work Dictionary Washington, NASW Press, 2003 , P. 192.
141. **Saavedra, Koke:** Toward New Acceptance and Commitent Therapy (ACT) Treatment of Probemol Anger For Low Income Minorltles in Substance Abuse Recovery: A

- randomized Controlled Experiment, PSY, United States, California, Wright Institute, 2008.
142. **Salie Rossen:** Hospital Social Work, in Encyclopedia of Social Work, Vol. 2, U. S. N. A. S. W, Press, 1987, P. 816.
 143. **Sally Gutmarcher (et. Al):** Community Based Health interventions, op. Cit, P. 62.
 144. **Schwatschenau, Heather:** The Effectiveness of An Acceptance and Commitment Intervention For Work Stress, PHD, United States, Ohio, Bowling Green State States – Colifornia, The Wright Institute, 2009.
 145. **Sencer Sinith & Steven C. Hayes:** Get Out of Your Mins and Into Your Life : The New Asseptance and Commitment Therapy, U. S. A, Oakland, New Harbinger Publications, 2005.
 146. **Shirley Oris – Green:** Health Care Docial Work, in, Encyclopedia of Socil Work, 20 The Edition, U. S. A, Washington, NASW Press, Vol 2, 2008, PP. 348 – 353.
 147. **Steven C. Hayes & Other:** What is Acceptance and Commitment Therapy, Op. Xit, P. 29.
 148. **Stan Newman:** chronic physical illness, self – Management and Behavior Intervention, op. Cit.
 149. **Steven C. Hayes & Kirk D. Strosahi:** A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy, New York, Sptinger, 2004.
 150. **Steven C. Hayes & Other:** Acceptance and Commitment Therapy: Model Processes and Outcomes Beheivour, Journal of Research and Therapy, Vol. 44, No, 1.
 151. **The Health Education Unit:** Life Styas & Health Journal of Science & Medicine, Vol. Ume 22, Number 2, New York, Bergamon Press, 1986, P. 118 – 199.
 152. **Thomas Bodenheimer:** Patient Self – Management of Chronic disease in primary Care, Journal of American Medical Association, Vol (288), 2002.
 153. **Toba Schwaber Kerson & Lawrence A. Kerson:** OP. I. T, P. 2.
 154. **Twohig, Michoel P.:** A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Versus Progressive Relaxation Lrainina in The Treatment of Obsesslve Compulsive Disorder, PH. D, United States, Nevada University of Nevada, 2007.
 155. **Wendy AusL Ander & Stacey Freedenthal:** Social Work and Chronic Diseose, in, Sarah Gehlert Teri Arthur Browne, Handbook of Health Social Work, John Wiley & Sons, Published, New Jersey, 2006, PP. 558 – 559.

مقياس إدارة الذات للمرضى بأمراض مزمنة

البيانات سرية للغاية وتستخدم فقط في البحث العلمي

٢٠١٥ / ١٤٣٧ هـ

أخي العزيز / أختي العزيزة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... أما بعد،

أتقدم بخالص الدعاء والتمنيات بالشفاء العاجل، وأرجو أن تجد لديكم الوقت للإجابة على عبارات المقياس الذي بين أيديكم وهو سوف يساعد على تحسين دور الأخصائي الاجتماعي معكم بالمستشفى.

يهدف المقياس إلى التعرف على أسلوب حياتك في التعايش مع مرضك، وطريقة الإجابة تجد أمامك ثلاثة اختيارات (نعم) و (إلى حد ما) و (لا).

- إذا كنت موافق تماماً على العبارة ضع علامة (✓) تحت نعم.
- إذا كنت غير موافق نوعاً ما على العبارة ضع علامة (✓) تحت إلى حد ما.
- إذا كنت غير موافق تماماً على العبارة ضع علامة (✓) تحت لا.

رجاء:

- تجيب على جميع العبارات.
- لا تضع علامتين على عبارة واحدة.
- لا يوجد إجابات صحيحة وأخرى خطأ.
- البيانات سرية للغاية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

خالص تمنياتي ودعواتي لكم بالشفاء العاجل.

الباحثات

أولاً: البيانات الأولية:

١. الاسم (اختياري):
٢. النوع:
- () أنثى () ذكر (أ)
٣. السن :
- أ. ٢٥ - ()
- ب. ٣٥ - ()
- ج. ٤٥ - ()
- د. ٤٥ - ٥٥ سنة ()
٤. الحالة التعليمية:
- أ. يقرأ ويكتب ()
- ب. مؤهل متوسط ()
- ج. مؤهل فوق المتوسط ()
- د. مؤهل جامعي ()
- هـ. مؤهل فوق الجامعي ()
٥. الوضع الوظيفي:
- أ. يعمل ()
- ب. لا يعمل ()
٦. مدة العمل الحالية (لمن يعمل):
- أ. أقل من ٥ سنوات ()
- ب. ٥ - ١٠ ()
- ج. ١٠ - ١٥ ()
- د. ١٥ فأكثر ()
٧. الحالة الاجتماعية:
- أ. أعزب ()
- ب. متزوج ()
- ج. متزوج ويعول ()
- د. مطلق ()
- هـ. أرمل ()
٨. محل الإقامة:
- أ. قرية ()
- ب. مدينة ()

٩. أسلوب حياتك في التعايش مع مرضك:

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا
١	اهتم بمراقبة حالتي وزيادة أعراض المرض			
٢	أحافظ على أسلوب التغذية بعد إصابتي بالمرض			
٣	أتبادل الزيارات مع زملائي وأصدقائي			
٤	أحرص على طلب المساعدات المادية من بعض الجمعيات الأهلية			
٥	أهتم بشراء الكتب المتخصصة عن المرض			
٦	أشعر بالحرمان من بعض الأغذية التي أريها			
٧	أدخل على بعض المواقع الإلكترونية الطبية الخاصة بمرضي لمعرفة الجديد			
٨	أمارس رياضة المشي بصفة منتظمة			
٩	اهتم بالحصول على معلومات جديدة من بعض المرضى عن المرض			
١٠	أتعامل مع الأحداث بصبر وحكمة			
١١	كثيراً ما تتأبني مشاعر القلق من الموت			
١٢	أتجنب بذل مجهود فوق طاقتي			
١٣	أمارس الاسترخاء عند الضيق والانفعال			
١٤	لا أهتم بمعرفة الجديد حول المرض			
١٥	أحافظ على تناول الأدوية بصفة منتظمة			
١٦	أتجنب زيادة وزني			
١٧	أراقب تصرفاتي مع الآخرين			
١٨	أحرص على الحصول على بعض تكاليف علاجي من الجهة التي اعلم بها			
١٩	أهتم كثيراً بتفسير أسباب المرض وآثاره للآخرين			
٢٠	أحرص على حل مشاكلي أولاً بأول			
٢١	أهتم بالاستفادة من خبرات الآخرين في تعاملتي مع مشكلاتي			
٢٢	أحضر ندوات توعية عن مرضي وأضراره			
٢٣	أقرأ كل ما يكتب عن مرضي في الصحف			
٢٤	أتناول الوجبات حسب تعليمات الطبيب المعالج			
٢٥	أبتعد عن بعض المأكولات في المناسبات الاجتماعية التي تؤثر سلباً على صحتي			
٢٦	أخطط لزيادة دخلي في المستقبل			
٢٧	اهتم بالحصول على المعلومات الخاصة بالسلوك الصحي السليم مع مرضي			
٢٨	كثيراً ما أسأل الأطباء لمعرفة معلومات عن مرضي			
٢٩	أقوم بالزيارة الدورية للطبيب والمتابعة لحالتي أثناء وجودي خارج المستشفى			
٣٠	أقوم بمخاطبة المسؤولين في حالة نقص الأدوية التي أحصل عليها			
٣١	أحرص على معرفة مستوى السكر الطبيعي بالدم المناسب لسني وحالتي			
٣٢	أقوم بتحليلات الكوليسترول بالدم دورياً			
٣٣	أمتنعت عن التدخين بصفة نهائية			
٣٤	أتعامل مع المشكلات بانفعال			
٣٥	أتجنب الآخرين كي لا يعرفوا حقيقة مرضي			
٣٦	تؤثر العادات والتقاليد على أسلوب تغذيتي			
٣٧	أحرص على الحصول على النشرات الطبية الملائمة التي توفرها المستشفى			
٣٨	أصبحت غير قادر على مواجهة أي موقف			
٣٩	كثيراً ما أوضح لأسرتي أهمية الحفاظ على أسلوب التغذية المناسب لي			
٤٠	أرشد من دخلي لصالح العلاج			
٤١	أصبحت علاقاتي محدودة بعد مرضي			
٤٢	أتشاجر مع أسرتي بصفة مستمرة			
٤٣	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات المختلفة بعد مرضي			
٤٤	أتبع النصائح والإرشادات الصحية الخاصة بمرضي من الفريق الطبي			

٤٥	أحرص على الحصول على كل جديد عن مرضي من الطبيب المعالج
٤٦	أحرص على الحصول على معلومات حول الآثار الجانبية لمرض
٤٧	لدي قلق نحو مستقبلي بعد اصابتي بالمرض
٤٨	لدي إيمان بأن المرض اختبار وابتلاء من الله عز وجل
٤٩	التزم بنصائح الطبيب المعالج
٥٠	أصبحت غير مسيطر على مجريات حياتي
٥١	لدي القدرة على السيطرة والتحكم في مشاعري
٥٢	ألتقي مساندة اجتماعية من المحيطين
٥٣	أنتظم في عباداتي وصلاتي
٥٤	نظرتي للحياة أصبحت متشائمة
٥٥	أتمنى الموت الآن
٥٦	أفكر في إيجاد هدف جديد لحياتي
٥٧	أفكر كثيرا بأن حالتي الصحية في تدهور بعد اصابتي بالمرض
٥٨	كثيرا ما أشعر بضيق شديد
٥٩	ينتابني شعور دائم بالضيق من أخذ الأدوية بصفة يومية
٦٠	أشعر بالملل أغلب الوقت
٦١	أصبحت أطلب المساعدة من الآخرين في الكثير من الامور
٦٢	مسئوليتي تجاه أسرتي أصبحت عبئا علي بعد مرضي
٦٣	على استعداد لمواجهة صعوبات الحياة
٦٤	تغيرت نظرتي للأشياء التي أقوم بها أصبحت اراها الآن ذات معنى وأهمية
٦٥	ينتابني شعور دائم أن حياتي لن تكون مستقرة في المستقبل
٦٦	لم يعد لدي القدرة على عمل أي شيء بعد اصابتي بالمرض
٦٧	أصبحت مشاعري في حالة غير مستقرة
٦٨	كثيرا ما أشعر بالرغبة في البكاء
٦٩	افكر كثيرا أن الأيام تسير بلا تغير
٧٠	أتساءل دائما بعد اصابتي بالمرض ما الهدف من بقائي في الحياة في المستقبل
٧١	أرى أنه لا توجد فائدة في الاستمرار في العلاج
٧٢	كثيرا ما أشعر أنني معرض للخطر
٧٣	تعبت من التفكير من شعوري الدائم بالعجز واليأس
٧٤	افكر كثيرا أن الحياة عبارة عن شذائد ونكبات فقط
٧٥	أجد صعوبة في الالتزام بالعلاج الطبي
٧٦	ينتابني شعور دائم بأنني لم أحقق شيئا لمستقبلي
٧٧	افكر كثيرا أنني لم أنجز أهداف كثيرة في حياتي
٧٨	أصبحت افضل العزلة والانطواء والبعد عن الناس
٧٩	أصبح مزاجي سيئا بسبب القلق والتوتر
٨٠	معرفة عن مرضي تزيد مخاوفي