

المشكلات الصحية التي تواجه المرضى المستفيدين من خدمات الجمعيات الأهلية ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها

إعداد الدكتورة

مروه صفوت قاسم خليل
دكتورة الفلسفة في الخدمة الاجتماعية
قسم مجالات الخدمة الاجتماعية
كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة الفيوم

ملخص البحث

الصحة الجيدة للعنصر البشري في النواحي الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية هي أساس نجاح برامج الرعاية الاجتماعية لتنمية المجتمع ولذا يجب على الدولة تشخيص جميع الأمراض التي قد تصيب الإنسان، والعمل على مواجهة هذه الأمراض التي تؤثر على أداء الأفراد؛ لذلك كانت الرعاية الصحية أحد المقومات الأساسية في المجتمع، وهي مطلب أساسي من مطالب الحياة ويفرض الوضع الراهن على الخدمة الاجتماعية الاهتمام في ممارستها المهنية بمشاركة المواطنين والمجتمعات حيث ظهرت المؤسسات الأهلية باعتبارها أكثر إحساساً بالاحتياجات وتعمل هذه المنظمات في مختلف جوانب الحياة، وتقوم بإشباع مختلف الاحتياجات الأساسية من خلال ما تقوم بإنتاجه من سلع وخدمات في كافة المجالات، ولهذا يمكن أن نسمي المجتمع المعاصر بالمجتمع التنظيمي أو على حد التعبير هو مجتمع المنظمات .

الكلمات المفتاحية : المشكلات - المرضى - الدور - الجمعيات الأهلية

Abstract

The good health of the human element in the physical, psychological, mental and social aspects is the basis for the success of social welfare programs for the development of society. Therefore, the state must diagnose all diseases that may affect humans, and work to confront these diseases that affect the performance of individuals. Therefore, health care was one of the basic foundations in society, and it is a basic requirement of life and the current situation imposes on social service interest in its professional practice with the participation of citizens and societies, as civil institutions emerged as more sensitive to the needs and these organizations work in various aspects of life, and satisfy various needs. Fundamental through what it produces in terms of goods and services in all fields, and that is why we can call contemporary society an organizational society or, as it is put, a society of organization .

Key words: problems - patients - role - Civil associations.

أولاً - مشكلة الدراسة:

تعتبر القوة البشرية في أي مجتمع من المجتمعات محور تقدمه وتطوره. وتواجه بلادنا تحدياً كبيراً يتمثل في كيفية تحويل العنصر البشري في مصر من عنصر يشكل عبئاً على التنمية إلى عنصر يكون دافعاً لعملية التنمية. وتجدر الإشارة، في هذا الصدد، إلى أن هناك علاقة واضحة بين الصحة والتنمية، فكلما ارتفع المستوى الصحي للعنصر البشري - أدى ذلك إلى زيادة الإنتاج، فجزء كبير من التقدم الصحي يعتمد اعتماداً كلياً على التقدم الاقتصادي والتعليمي. (عزيز، 1999)

فالصحة الجيدة للعنصر البشري في النواحي الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية هي أساس نجاح برامج الرعاية الاجتماعية لتنمية المجتمع. (فتحي ، 1993)

ولذا يجب على الدولة تشخيص جميع الأمراض التي قد تصيب الإنسان، والعمل على مواجهة هذه الأمراض التي تؤثر على أداء الأفراد؛ وبالتالي تؤثر على تأدية دوره داخل المجتمع؛ حيث يتعرض الإنسان إلى الإصابة بالعديد من الأمراض التي تؤثر فيه داخل المجتمع، وبالتالي تسبب هذه الأمراض مشكلات اقتصادية واجتماعية وأسرية ونفسية وتعليمية وصحية تفرض على المريض بعض الالتزامات التي تجعله يعوق أدائه الوظيفي داخل المجتمع، وأنه عندما يعاني المريض من المشكلات النفسية، تتولد لديه مشاعر الخوف والقلق والشعور بالذنب والشعور بالنقص والشعور بالوحدة؛ مما يؤثر على أدائه لعمله داخل المجتمع. (عبد الصادق ، 1999)

وإن الإصابة بمثل هذه الأمراض تسبب للمرضى وأسره عجزاً في أداء أدوارهم الاجتماعية، وقلة الدخل، وعدم القدرة على العمل (مبروك ، 2001)

ونظراً لأن المجتمع السليم هو عماد الدولة القوية، وأن سلامة المجتمع تكمن في سلامة أفرادها (عبد الهادي ، 2002) .

فقد اهتمت الدولة بتقديم كافة صور الرعاية الصحية لأفرادها، كما اهتمت بتقديمها إلى كافة قطاعات المجتمع، وإلى كثير من المجالات، منها الاهتمام بصحة الإنسان والأسرة، وذلك عن طريق السياسات والبرامج التي تنفذها مجموعة من المؤسسات المعنية بالأسرة والخدمات التي تقدمها تلك المؤسسات كالخدمات الصحية والمادية والتأهيلية، وغيرها من الخدمات، فضلاً عن التشريعات والقوانين التي تصدرها الدولة؛ للحفاظ على الأسرة، ودعم توازنها واستقرارها، والعمل على مواجهة الأمراض التي تصيب أفرادها أو الحد منها؛ ولذلك تعتبر الأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأساسية في المجتمع، وهي الخلية الأولى فيه وقوامه واللبنة الأساسية في صرح بناءه، وهي أقدم النظم الاجتماعية، وأكثرها دواماً واستمرارية. وتمثل الأسرة الكيانات الاجتماعية التي تشكل نسيج المجتمع، ومقوماته، وأنشطته، ومشكلاته، وتراثه الثقافي والاجتماعي كحاجته للوجود الإنساني. (عفيفي ، 2002)

وإنه كلما زاد الاهتمام من جانب الدولة بالأسرة في كافة الخدمات المقدمة- أدى ذلك إلى زيادة التماسك والترابط الأسري، فضلاً عن علاقات وضوابط اجتماعية سليمة بين أفرادها في تعاملهم داخل الأسرة ، نظراً لأنها المؤسسة التربوية الأولى في المجتمع التي ترعى أبناءها وتعمل على تنشئتهم اجتماعياً. (مؤمن ، 2004)

لذلك كانت الرعاية الصحية أحد المقومات الأساسية في المجتمع، وهي مطلب أساسي من مطالب الحياة ، وحق لكل فرد من أفراد المجتمع. كما أن صحة الفرد تعتبر ضرورة من ضروريات التنمية، حيث إن الإنسان القادر على العمل والإنتاج، هو الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمية تمكنه من المساهمة الإيجابية في تحقيق أهداف التنمية. وتعتبر الرعاية الاجتماعية للمرضى حاجة ملحة، وحقاً يجب أن توليه المجتمعات أهمية قصوى في رسم سياستها، ووضع برامجها الصحية على المستوى القومي والمحلي (نعمان، 2014).

ويفرض الوضع الراهن على الخدمة الاجتماعية الاهتمام في ممارستها المهنية بمشاركة المواطنين؛ حيث إن المشاركة تعبير عن

احتياجات المستفيدين من الخدمات، وتهدف إلى زيادة خبرات المشتركين والإسهام في زيادة نضجهم كأفراد. (رضا ، 2001)

وتعددت مجالات الخدمة الاجتماعية، ومن بين هذه المجالات تبرز الخدمة الاجتماعية الطبية، تلك التي تهدف إلى مساعدة النسق الطبي على تأدية دوره في المجتمع عن طريق الوصول بالمريض إلى أقصى استفادة ممكنة من العلاج الطبي، والتكيف مع بيئته الاجتماعية، والوقاية من الكثير من الأمراض، وتنمية الاتجاهات الصحية السليمة. (درويش، 1999)

ولهذا الأفراد والمجموعات ظهرت الجمعيات والمؤسسات الأهلية باعتبارها أكثر إحساساً باحتياجات المحلية . فهي تمثلهم وتقوم على خدمتهم بحكم تكوينها وتنظيمها؛ حيث تتكون من أعضاء يتطوعون بالعمل في هذه الجمعيات.

وتتميز هذه الجمعيات بالتححرر من سيطرة الحكومة المحلية أو المركزية، وبالمرونة والقدرة على خلق الروابط، والحد من العوائق بين المؤسسات المختلفة في المجتمع. كما أنها تقدم خدمات بأقل تكلفة ممكنة؛ لما لها من وسائل للضغط والتأثير، بما يساعدها في تحقيق أهدافها.

ويمثل ذلك دافعاً لظهور العديد من الجمعيات الأهلية التي ساهم فيها المواطنون بجهودهم الذاتية، ومنها الجمعيات الأهلية الصحية، والتي تقدم مختلف الخدمات التي تهدف إلى المساهمة في حل ما يواجه المجتمع من مشكلات صحية. (محمد ، 2005)

ومن هنا نجد أن الجمعيات والمنظمات الأهلية أصبحت ذات ضرورة ملحة بالنسبة للمجتمع، وأصبح لها دورها الملموس في كل جوانب الحياة الاجتماعية المعاصرة . (Richard 2003)

وبالتالي فإن الأفراد يميلون لتكوين الجمعيات الأهلية رغم ما تفرضه الحياة التنظيمية من قيود على حريتهم، ومرد ذلك أنهم يستطيعون من خلال هذه التنظيمات إنجاز ما لا يستطيعون إنجازه بمفردهم، بالإضافة إلى إشباع احتياجاتهم الاقتصادية والاجتماعية والنفسية وغيرها من الحاجات الضرورية اللازمة للإنسان

(pradip2000)

وإذا كان العمل التطوعي والمنظمات الغير حكومية أمراً مرغوباً في الماضي لدورها في حماية مصالح الفئات المختلفة والضعيفة من المواطنين- فإنه أصبح أمراً مطلوباً بل وملحاً في الوقت الحالي وفي المستقبل المنظور؛ فمصر - شأنها شأن غيرها من بلدان العالم الثالث، وكذلك

كثير من دول العالم المتقدم نفسه - بدأت تتسحب من ميادين العمل الإنتاجي والخدمي تاركة إياها للمبادرات والجهود والاجتهادات الأهلية . (اللجنة القومية، 2004)

وحرى بنا أن نؤكد على أنه بالرغم من وجود المؤسسات الحكومية واستمرارها في تقديم الكثير من الخدمات الاجتماعية للمواطنين، فإن المجال مازال وسيظل مفتوحاً أمام تزايد المنظمات الأهلية واستمرارها في إشباع الاحتياجات، وتقديم الخدمات الاجتماعية التي يشعر أبناء المجتمع المحلي أنهم في حاجة إليها.

وتؤكد الإحصائيات تزايد المنظمات والجمعيات الأهلية بصفة مستمرة؛ إذ تشير الإحصائيات المتوفرة بمديرية الشؤون الاجتماعية بالفيوم إلى تزايد الجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الاجتماعية والتنمية الاجتماعية؛ حيث وصل عدد هذه الجمعيات إلى 269 جمعية عام 1987 ، ثم ارتفع العدد إلى 278 جمعية عام 1988 ثم ارتفع العدد مرة أخرى إلى 286 جمعية في عام 1989 ، ثم ارتفع العدد بعد ذلك إلى 465 جمعية حتى عام 2009 .

وتتركز هذه الجمعيات في حضر الفيوم؛ إذ بلغت نسبتها 60.55 % من جملة الجمعيات الموجودة بمحافظة الفيوم، وتتركز معظم هذه الجمعيات في مدينة الفيوم بصفة خاصة؛ إذ تمثل نسبة الجمعيات الموجودة في مدينة الفيوم حوالي 2.33 % من إجمالي عدد الجمعيات المشهورة على مستوى محافظة الفيوم بشكل عام. (مديرية الشؤون الاجتماعية ، 2010)

وفي ضوء ما سبق يتضح أن المنظمات الأهلية والتطوعية تلعب دوراً حيويّاً في حياة الإنسان المعاصر؛ حيث تعمل هذه المنظمات في

مختلف جوانب الحياة، وتقوم بإشباع مختلف الاحتياجات الأساسية من خلال ما تقوم بإنتاجه من سلع وخدمات في كافة المجالات، ولهذا يمكن أن نسمي المجتمع المعاصر بالمجتمع التنظيمي أو على حد التعبير هو مجتمع المنظمات (جلال ، 1993)

وبالتالي فإن هذه المنظمات أصبحت محل دراسة واهتمام مختلف العلوم الاجتماعية والإنسانية، كما أنها أصبحت - أيضاً - مجال عمل بكافة المهن المجتمعية والتي من ضمنها مهنة الخدمة الاجتماعية شأنها في ذلك شأن المهن

الأخرى التي تساهم في إحداث التغيير المقصود لصالح المجتمعات، وتطوير أجهزتها؛ حيث تعمل المهنة على إحداث التغيير المقصود على مستوى الأفراد والجماعات والمجتمعات خاصة من خلال المنظمات الأهلية التي لا تهدف إلى الربح؛ نظراً لما تمثله مثل هذه المنظمات من أهمية كبيرة بالنسبة للمواطنين والمجتمع بشكل عام. (عبد السلام ، 1998)

وبالتالي فإن المهنة تسعى جاهدة نحو مساعدة مثل هذه المنظمات على تحقيق الأهداف التي أنشئت من أجلها، ناهيك عن مساعدتها على مواكبة التغيرات السياسية والاجتماعية المتلاحقة التي ارتبطت بسياسة الإصلاح الاقتصادي، بالإضافة إلى مساعدتها في التغلب على المعوقات التي تؤثر على دورها التنموي في المجتمع .

ومن بين هذه الجمعيات جمعية أصدقاء المرضى بمحافظة الفيوم والمشهرة تحت رقم 27 لسنة 1966 تلك التي تعد إحدى الجهود الأهلية التي أنشئت لتحقيق مجموعة من الأهداف تنطوي في مجملها ضمن الأهداف الرئيسية لتلك التنظيمات؛ حيث نصت المادة الأولى من لائحة الجمعية على أن الجمعية أنشئت من أجل إشراقه أمل لكل مريض .

وتأسيساً على ما سبق فقد استشعرت الباحثة أن اهتمام الجمعية يركز إلى حد بعيد على تقديم المساعدات المالية، والتي تعد من الخدمات

المحسوسة ذات الأثر المباشر والتي قد يشعر المريض بعد الحصول عليها بقدر من الارتياح كونه وجد من يمد له يد العون والمساعدة، إلا أن هناك العديد من الخدمات التي يجب أن تقدمها تلك الجمعية تحقيقاً للعديد من أهدافها، والتي تمثل قدراً كبيراً من الأهمية.

وتأتي في مقدمة تلك الخدمات ما يتصل بالمشكلات غير المادية التي يواجهها المريض وأسرته والمتربة على المرض، والتي يجب أن ينصب اهتمام الجمعية عليها، حيث لا يمكن اختصار مشكلات المرضى في المشكلات المالية فحسب بل إن الأمر يتعدى ذلك بكثير فهناك: المشكلات الاقتصادية، والمشكلات الاجتماعية، والمشكلات النفسية، والمشكلات الصحية، إلخ، والتي يجب أن توجه جهود الجمعية إليها.

من ثم، فإن مثل هذه المشكلات تحتاج إلى تعاون الجهود الأهلية التطوعية مع الجهود الحكومية، وتستطيع الخدمة الاجتماعية القيام بدور فعال في المساعدة على تكامل كل من الجهود الأهلية والحكومية، وفي أمريكا كان الدافع لظهور الخدمة الاجتماعية كمهنة، هو تعقد الحياة الاجتماعية بعد الثورة الصناعية والحرب العالمية الأولى وبعد أن ثبت عدم جدوى الاقتصاد على جهود المتطوعين المنضمين للجمعيات، فالأخصائيون الاجتماعيون أصبحت مهمتهم الأساسية بوصفهم منظمين - تكمن في مساعدة سكان المجتمع على حل مشكلاته وإشباع احتياجاتهم. (وآخرون ، 1997)

ولاستجلاء مشكلة الدراسة بشكل أوضح، وأكثر تحديداً، واستخلاص أهدافها اطلعت الباحثة على مجموعة من الدراسات والبحوث السابقة، والتي قد ترتبط بهذه الدراسة بشكل مباشر وغير مباشر؛ حتى تستفيد منها الدراسة. ولتوضيح مشكلة الدراسة وأهدافها وتساؤلاتها بشكل أوضح، ونظراً لأهمية الدور الذي تقوم به الجمعيات الأهلية في مجالات الرعاية الصحية بصفة عامة، فقد تعددت الدراسات التي تناولت هذا الدور من وجهات النظر المختلفة.

ومن أبرز هذه الدراسات ما يلي:

- 1- دراسة إيرين فيكتوريا (2002) : والتي توضح دور الجمعيات الأهلية الصحية في إجراء عمليات التنمية الصحية في الفلبين والتتقيف الصحي، وتمكين أفراد المجتمع من المشاركة المحلية، وتوفير الموارد الكافية لأفراد المجتمع.
- 2- دراسة ليوناردو تشوي (2004) : والتي توضح فاعلية أدوار الجمعيات الأهلية الصحية في معالجة قضايا الصحة العامة في كوريا الشمالية؛ حيث وصفت هذه الدراسة دور الجمعيات الأهلية في تطوير التدخلات الصحية المجتمعية؛ حيث قامت بوصف العمل التي قامت به إحدى هذه الجمعيات في مجال القضاء على مرض السل، والوقاية من الالتهاب الكبدي الوبائي.
- 3- دراسة نانسي كليبورن (2004) : والتي أوضحت أن أعلى نسبة لشغل الوظائف داخل الجمعيات الأهلية الصحية يحتلها الأخصائيون الاجتماعيون، وإن هذه الجمعيات الأهلية تعتمد اعتمادا كبيرا على هؤلاء المهنيين، وعلى قدرة هذه الجمعيات الأهلية على تقديم الخدمات المباشرة للمرضى وأسرههم باستخدام خبرة العمل الاجتماعي.
- 4- دراسة ليلي سالم (2005) : والتي توضح أهمية الالتزام بالإجراءات التنظيمية التي تتخذها الجمعيات الأهلية الصحية في باكستان لتقديم الخدمات الصحية وخدمات التغذية والمساندة للنساء والمساندة الشخصية، والتي يتم تجاهلها عموماً في البلدان النامية؛ حيث إن تنظيم هذه الإجراءات، والالتزام بها يساعد في تفعيل الخدمات التي تقدمها الجمعيات الأهلية، وتحقيق أهدافها المطلوبة.
- 5- دراسة سا- بييل (2008) : والتي تبين العمل الذي تقوم به الجمعيات الأهلية الصحية في أوغندا؛ لتمكين شباب الريف والحد من مشاكل الصحة الجنسية، ودور هذه الجمعيات في الكشف عن أوجه القصور المهمة في برامج الصحة الجنسية للشباب في المناطق الريفية في أوغندا، وفاعلية الأدوار والجهود المبذولة التي تقدمها هذه الجمعيات لبناء التمكين الشخصي لدى الشباب.

- 6- دراسة سونيا بياترس دوس (2008) : والتي أكدت على فاعلية عمل الجمعيات الأهلية الصحية في مساعدة النساء السود البرازيليين على مواجهة مشكلات الصحة الجنسية والإنجابية لديهم، والقضاء على الظلم العنصري والمساواة بين الجنسين الأبيض والأسود والاهتمام بقضايا العدالة الاجتماعية.
- 7- دراسة إيريك جان (2009) : والتي توضح التحولات التي أجرتها الجمعيات الأهلية في مجال الصحة في آسيا الوسطى، ومدى توفيرها للرعاية الصحية للمواطنين، وذلك بعد مرحلة انهيار الاتحاد السوفيتي، وإجراء مقارنة بين أحوال المواطنين الصحية قبل وبعد مرحلة الانهيار السوفيتي.
- 8- دراسة لي جونسون (2009) : والتي تهدف إلى معرفة الإسهامات التي تقدمها الجمعيات الأهلية الصحية في الدول النامية، ومدى نجاح هذه الجمعيات في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، وتوفير كل سبل الرعاية الصحية لهم.
- 9- دراسة ألين جوليان (2011) : والتي توصلت إلى معرفة مدى فاعلية الخدمات التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي داخل الجمعيات الأهلية الصحية بولاية (نيو ساوث ويلز) الأسترالية لعلاج النساء من تعاطي المخدرات والوقاية من مخاطرها.
- 10- دراسة هايدي كونيالي (2012) : والتي ركزت على تحليل عمل الجمعيات الأهلية الصحية في ولاية (ميتشغان) في الولايات المتحدة الأمريكية، ومدى توفيرها للخدمات الصحية والدعوة للخدمات الاجتماعية، وتقديم المساعدات للأفراد ذوي الدخل المنخفض.
- 11- دراسة لورا ماينيا (2015) : والتي تبين أهمية الجمعيات الأهلية الصحية في تعزيز النظم الصحية في البلدان التي تعمل فيها وتقديم رعاية صحية عالية الجودة لبعض شرائح السكان، ودور الجمعيات الأهلية الصحية في تخفيف الأثر السلبي المحتمل على الأفراد أثناء

ممارستهم لعملهم.

وتأسيساً على ما تقدم تتحدد مشكلة الدراسة في التعرف على " المشكلات الصحية التي تواجه المرضى المستفيدين من خدمات الجمعيات الأهلية ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها "

ثانياً - أهمية الدراسة وأسباب اختيارها:

- 1- ازدياد معدلات الإصابة بالأمراض خاصة المزمنة فمنها مرض الفشل الكلوي والسرطان وفيروس سي وغيرها من الأمراض.
- 2- زيادة الأعباء الإقتصادية والإجتماعية المترتبة على الإصابة بالمرض على المريض وأسرته.
- 3- أهمية الجمعيات الأهلية، وفي مقدمتها جمعية أصدقاء المرضى بإعتبارها شريك مع الجهود الحكومية في تقديم الخدمات للمرضى أرباب الأسر.
- 4- أهمية دور الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي وفي جمعيات أصدقاء المرضى على وجه التحديد .

ثالثاً - أهداف الدراسة:

وبناء على ذلك فإن الهدف الرئيسي للدراسة يتحدد في:

- 1- تحديد المشكلات الصحية التي تواجه المرضى المستفيدين من خدمات الجمعيات الأهلية ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها .

رابعاً - تساؤلات الدراسة:

يتحدد التساؤل الرئيسي للدراسة فيما يلي:-

- 1- ما المشكلات الصحية التي تواجه المرضى المستفيدين من خدمات الجمعيات الأهلية ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها .

خامساً - مفاهيم الدراسة:

حيث تناولت الدراسة مجموعة من المفاهيم، وهي على النحو الآتي:

- 1- مفهوم المشكلة.
- 2- مفهوم المرض.
- 3- مفهوم المستفيدين.
- 4- مفهوم الخدمات.
- 5- مفهوم الجمعيات الأهلية.
- 6- مفهوم الدور.

1- مفهوم المشكلة:

المشكلة هي كلمة يثار حولها جدل كثير؛ حيث توظف وفقاً لمجال استخدامها وطبيعة المعارف أو المجتمعات التي يتم استخدامها فيه.

وتعرف المشكلة في اللغة الإنجليزية على أنها: "مسألة أو معضلة في السلوك البشري أو العلاقات الاجتماعية". (البلبكي ، 2002)

وهي ظاهرة تتكون من عدة أحداث ووقائع متشابكة وممتزجة مع بعضها البعض لفترة من الوقت، ويكتنفها الغموض واللبس تواجه الفرد أو الجماعة، ويصعب حلها قبل معرفة أسبابها والظروف المحيطة بها وتحليلها للوصول إلى اتخاذ قرار بشأنها . (بدوي ، 1993)

ويرى أرفنج تلمان وريس ما كجري المشكلة على أنها: موقف تشعر به جماعة كمصدر لعدم الرضا لأعضائها؛ وحيث تسلم هذه الجماعة بأن هناك تعديل مقفل يجب إجراؤه، ومن ثم تتحرك الجماعة أو الأفراد لإحداث التغيير؛ حيث تتحدد الظروف الاجتماعية المراد تعديلها، وقياس إلى أي مدى تتواجد هذه الظروف في مجتمع محدد. (السكري ، 2000)

وفي ضوء ما تقدم من مفاهيم نظرية فإن المشكلة في هذه الدراسة، وهي:

مجموعة من الصعوبات أو السلبيات أو المعوقات الصحية التي تواجه المرضى المستفيدين من خدمات جمعية أصدقاء المرضى.

2- مفهوم المستفيدين:

يعرف قاموس المعاني كلمة مستفيد بمعنى: استفاد / استفاد من يستفيد، وهو بمعنى استفاد مالا، أو علماً ونحوها اكتسبه، أو انفع به أو جنى منه نفعاً، أو حصل منه على فائدة أو استغله. (البغدادي، 2014)

ويعرفه معجم اللغة العربية بأنه: معنى مستفيد (فيد) في مختار الصحاح هي الفائدة ما استفدته من علم أو مال وفادت له فائدة من باب باع، وكذا فاد له مال أي ثبت وأفدت المال أعطيته (معجم اللغة العربية، 1990)

والمستفيدون، جمع كلمة مستفيد وهو ذلك الشخص الطبيعي أو الاعتباري المتلقي للمنفعة من جهة تمنحه ذلك لاعتبارات محدودة وفق اشتراطات معينة، ويعرف بأنه: جمهور المنظمة الإدارية الحكومية والعمل لدى منظمات إدارة الأعمال. (القحطاني، 2011)

المفهوم الإجرائي للمستفيدين:

- 1- هم أشخاص طبيعيين أو اعتباريون.
- 2- يترددون على جمعية أصدقاء المرضى.
- 3- للحصول على الخدمات التي تقدمها هذه الجمعية.
- 4- من خلال الموظف المختص بتقديم هذه الخدمة.
- 5- لإشباع الحاجات الخاصة بهم.

3- مفهوم الخدمات:

الخدمات واحدة من تلك المفاهيم المتداولة في قضايا الرعاية الاجتماعية، إلا أنه مفهوم يثير الكثير من الجدل والنقاش، فهناك العديد من الأنشطة والخدمات التي تندرج تحت هذا المفهوم ذات مردود اقتصادي أو سياسي أو طبي وهو في ذات الوقت اجتماعي. (خليفة، 2000)

والخدمات تتضمن مكونات اجتماعية واقتصادية وسياسية بل، وطبية أيضاً إلا أنه يمكن تحديدها باعتبارها مجموعة من الخدمات التي

يقدمها المجتمع لمساعدة الأفراد الذين هم في حاجة حقيقية لمثل هذه الخدمات، على ألا تقتصر هذه الاحتياجات الضرورية للأفراد على الاحتياج المادي فقط. (baugh 1988)

وقد استحوذ تحديد المقصود بالخدمات الاجتماعية إهتمام الأمم المتحدة منذ عام 1959 عندما عرفت في أحد المؤتمرات المعنية بالرعاية الاجتماعية والخدمات الاجتماعية على أنها: الأنشطة المنظمة التي تهدف للمساعدة على التوافق المتبادل للأفراد وبيئاتهم، ويتحقق هذا الهدف من خلال تصميم تكنولوجيات وطرق تساعد على مواجهة احتياجاتهم وحل مشاكل توافقهم وتكيفهم من خلال عمل جماعي تعاوني لتحسين أحوالهم الاقتصادية والاجتماعية. (السكري ، 2000)

المفهوم الإجرائي للخدمات:

هي مجموعة البرامج والأنشطة التي يقدمها الأخصائي الإجتماعي للمرضى أرباب الأسر المترددين على جمعية أصدقاء المرضى، والتي يمكن أن تشمل على خدمات مادية واجتماعية وترويقية ونفسية وغيرها من الخدمات.

4- مفهوم الجمعيات الأهلية:

يواجه مفهوم الجمعيات الأهلية عدم التدقيق التعبيري؛ حيث تعددت استخداماته في بناء الأطر النظرية فقد يطلق عليها: (عبد الفتاح ، 2006)

- المنظمات غير الحكومية.
- المنظمات غير الربحية.
- القطاع التطوعي.
- القطاع الخيري.
- القطاع المستقل.

حيث تعتبر الجمعيات الأهلية من أكثر المفاهيم انتشاراً وتداولاً في العديد من المجالات؛ حيث عرفت الجمعيات الأهلية لغوياً على أنها: طائفة تتألف من أعضاء لغرض خاص والتجمع يكون لفكرة مشتركة (الديب، 2003)

والتطوع هو العمل بدون عائد مادي أو بدون ربح مادي وخاصة لمساعدة الناس نتيجة لرغبة شخصية تامة دون إجبار من أي حد أي أنها مساهمات تطوعية.

المفهوم الإجرائي للجمعيات الأهلية :

- هي منظمة من منظمات المجتمع .
- تسير وفق لوائح وقوانين معينة .
- يقوم بقيادتها مجموعة من الأشخاص.
- لتحقيق أهداف معينة .
- يستفيد منها بعض الأشخاص.

تعريف جمعية أصدقاء المرضى:

تعتبر جمعية أصدقاء المرضى إحدى صور الجمعيات الأهلية في القطاع الصحي المشهورة طبقاً لقانون 32 لسنة 1964 بشأن الجمعيات والمؤسسات الخاصة والمشهرة برقم 27 لسنة 1966 بمديرية التضامن الاجتماعي بالفيوم والكائن مقرها بمحافظة الفيوم أعلى المركز الطبي بالحاذقة، وهي تعتبر من أكثر الجمعيات الأهلية

التي تخدم المرضى بمدن وقرى محافظة الفيوم، وتعتبر أكثر الجمعيات الأهلية التي يتردد عليها عدد كبير من المرضى المستقيدين من خدماتها، والتي تهدف إلى مجموعة من الأهداف الفعالة التي تخدم العديد من المرضى وأسراهم . (جمعية أصدقاء المرضى ، 1995)

مفهوم الدور:

يعرف قاموس علم الاجتماع الدور بمعاني مختلفة فينطلق كمظهر للبناء الاجتماعي على وضع اجتماعي معين يتميز بمجموعة من الصفات الشخصية والأنشطة، وتخطيط لتقييم معياري إلى حد ما من قبل أولئك الذين يكونون في الموقف ومن قبل الآخرين، ويرى أن الدور نموذج يتركز حول بعض الحقوق والواجبات، ويرتبط بوضع محدد للمكانة داخل جماعة أو موقف اجتماعي معين ويتحدد دور الشخص في أي موقف عن طريق مجموعة توقعات يعتقها الآخرون كما يعتقها

الشخص نفسه . (غيث ، 1988)

ويرى معجم العلوم الاجتماعية الدور باعتباره: وضع اجتماعي ترتبط به مجموعة من الخصائص الشخصية ومجموعة من دروب النشاط الذي يغزو اليها القائم بها والمجتمع معا، وأنه سياق مؤلف من مجموعة من الأفعال المكتسبة يؤديها شخص في موقف تفاعل اجتماعي . (مذكور ، 1957)

ويعرف معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية الدور بأنه : النمط الثقافي المحدد لسلوك الفرد الذي يشغل مكانة معينة، وهو أيضاً المعيار الاجتماعي الذي يتصف به مركز اجتماعي فالفرد الذي يشغل وظيفة يتوقع منه العملاء والمشرفون عليه وزملاؤه في المهنة وغيرهم بأن يسلك مسلكاً معيناً يتصف بصفات معينة يقرها جميع الأخصائيين الاجتماعيين . (درويش ، 1998 ،

المفهوم الإجرائي للدور:

- هو كل فرد يشغل مكانة أو وضع معين .
- حيث يمثل هذا الدور الجانب الديناميكي لتلك المكانة .
- إدراك الفرد لتلك المسؤولية التي يؤديها من خلال دوره وفي ضوء توقعات الآخرين لهذا الدور .

سادساً :- الإجراءات المنهجية للدراسة

1- نوع الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية التي تستهدف وصف وتحليل للمشكلات الصحية التي تواجه المرضى المستفيدين من خدمات جمعية أصدقاء المرضى بمحافظة الفيوم والتعرف على دور الخدمة الاجتماعية بها.

2- المنهج المستخدم:

اعتمدت هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي الشامل؛ حيث استخدمت الدراسة منهج المسح الاجتماعي عن طريق الحصر الشامل لكل المرضى المستفيدين من خدمات جمعية أصدقاء المرضى وعددهم (200) مريض.

3- أدوات الدراسة:

وهو استبيان للتعرف على المشكلات الصحية التي تواجه المرضى المستفيدين من جمعية أصدقاء المرضى بمحافظة الفيوم عينة الدراسة .

4 - مجالات الدراسة:

ويمكن تحديد مجالات الدراسة كما يلي :

(أ) المجال البشري :

أجريت الدراسة الحالية على عينة قوامها (200) مريض من المستفيدين من خدمات جمعية أصدقاء المرضى بمحافظة الفيوم من خلال منهج المسح الاجتماعي الشامل.

(ب) المجال المكاني :

تم تطبيق هذه الدراسة على جمعية أصدقاء المرضى بمحافظة الفيوم، والمشهرة برقم 27 لسنة 1966 بمديرية التضامن الاجتماعي بالفيوم، ويرجع اختيار الدراسة لهذه الجمعية للأسباب الآتية:

- كونها الجمعية الوحيدة التي تخدم المرضى بمرضى ومقرى محافظة الفيوم.
- كثرة عدد المترددين على الجمعية من المرضى للاستفادة من خدماتها نظراً للاعتبار السابق، وطبقاً لما حصلت عليه الدراسة من بيانات خلال زيارتها للجمعية.
- ندرة الدراسات العلمية التي طبقت على تلك الجمعية، ففي حد علم الدراسة، ومن خلال اطلاعها على الدراسات والبحوث العلمية بمكتبة

الكلية لم تحصل إلا على دراسة واحدة تمت لتقويم تلك الجمعية عام 1992 (الباهي ، 1992)

• ترحيب المسؤولين والعاملين بالجمعية بإجراء هذه الدراسة، وقد كان الترحيب خلال زيارة الدارسة للجمعية، ومناقشة فكرة هذه الدارسة معهم، وإبدائهم الرغبة في التعاون مع الدارسة والحصول على كافة المعلومات التي تفيد في إجراء الدارسة.

• (ج) المجال الزمني:

• فترة جمع البيانات من الميدان في الفترة من 2020/10/1 حتى 2020/12/10

5 - المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدارسة:

تساعد المعالجات الإحصائية في إبراز مدلول البحث، وتوضيح المقارنات وتحديد العلاقات الارتباطية بين المتغيرات، وقد استخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تتناسب مع نوع الدارسة الراهنة وهي كالتالي:

1- النسب المئوية.

2- المتوسط الحسابي.

3- الانحراف المعياري

سابعًا :- نتائج الرارسة

1- مناقشة وتحليل نتائج الدارسة الخاصة بوصف عينة الرارسة.

تقوم هذه الدارسة على عدد من المتغيرات المتعلقة بالخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد مجتمع الدارسة متمثلة في: النوع، والسن، ومحل الإقامة، والحالة الاجتماعية، والحالة التعليمية، والمهنة، ونوع العمل، والدخل، وعدد الأطفال، وسنوات التعامل مع الجمعية. وفي ضوء هذه المتغيرات يمكن تحديد خصائص أفراد مجتمع الدارسة كالتالي:

جدول (1)

توزيع مجتمع الدراسة تبعاً لمتغير النوع ن = (200)

النوع	ك	%
ذكر	115	57.5
أنثى	85	42.5
الإجمالي	200	100

يتضح من الجدول السابق أن توزيع أفراد مجتمع الدراسة، وفقاً لمتغير النوع تضمنت (115) مفردة من المرضى المستفيدين من خدمات الجمعية وبلغت نسبتهم 57.5% من الذكور فى حين أن الإناث بلغ عددهم (85) مفردة بنسبة 42.5%، وجاءت نسبة الذكور أكبر من الإناث، لما يقع على عاتقهم من مسئوليات وواجبات كثيرة تجاه أسرهم، والبحث عن حياة أفضل خالية من المشكلات.

جدول (2)

توزيع مجتمع الدراسة تبعاً لمتغير السن ن = (200)

السن	ك	%
20- أقل من 30	12	6.0
30 - أقل من 40	30	15.0
40- أقل من 50	67	33.5
50 سنة فأكثر	91	45.5
الإجمالي	200	100

يتبين من نتائج هذا الجدول أن أعلى نسبة بين المرضى أ المستفيدين من خدمات الجمعية تقع في الفئة العمرية من 50 سنة فأكثر؛ حيث بلغت نسبتهم 45.5%، ثم يليها في الترتيب الثاني الفئة العمرية من

40 أقل من 50 بنسبة 33.5 %، ويليهما في الترتيب الثالث الفئة العمرية من 30 أقل من 40 بنسبة 15.5 %، وجاء في الترتيب الأخير الفئة العمرية من 20 أقل من 30 بنسبة 6.0 %، وهذا يعني أن الفئة العمرية التي تزيد عن 50 سنة هي من أكثر الفئات العمرية عرضة للإصابة بالأمراض؛ نتيجة لضعف حالتهم الجسمية.

ولعل المتأمل لهذه النتائج يتبين له أنها تتفق مع ما جاءت به (دراسة أحمد محمد أحمد، 2011) حيث تناولت الدراسة فئة المسنين في المجتمع، والذين تزيد أعمارهم عن 50 سنة، والتي تحتاج إلى الاهتمام، وتوفير سبل الرعاية الملائمة خصوصاً المرضى منهم، ومن هؤلاء المرضى مرضى الشيخوخة الذين تتم رعايتهم بشكل أساسي في محيط أسرهم. (مرجع سابق)

جدول (3)

توزيع مجتمع الدراسة تبعاً لمتغير محل الإقامة ن = (200)

محل الإقامة	ك	%
قرية	156	78.0
مدينة	44	22.0
الإجمالي	200	100

ويتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة من المرضى المستفيدين من خدمات الجمعية يعيشون في القرى، والتي احتلت الترتيب الأول من إجمالي عدد مجتمع الدراسة، والتي بلغ عددهم (156) مفردة بنسبة 78.5 %، وجاء في الترتيب الثاني الذين يعيشون في المدينة وبلغ عددهم (44) مفردة بنسبة 22.0 %.

وتوضح هذه النتائج أن أعلى نسبة للإصابة بالأمراض تظهر بين سكان الريف نتيجة؛ لتجاهلهم لطرق الوقاية من الأمراض، وعدم وجود ثقافة صحية لديهم وعدم اهتمامهم أنفسهم، وكثرة انتقال العدوى فيما بينهم.

جدول (4)

توزيع مجتمع الدراسة تبعاً لمتغير الحالة التعليمية ن = (200)

الحالة التعليمية	ك	%
أمي	155	77.5
يقرأ ويكتب	28	14.0
حاصل على مؤهل متوسط	17	8.5
الإجمالي	200	100

ويتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة من المرضى مجتمع الدراسة أميون، وبلغ عددهم (155) مفردة بنسبة 77.5 % ، وجاء في الترتيب الثاني يقرأ ويكتب وبلغ عددهم (28) مفردة بنسبة 14.0 % وجاء في الترتيب الثالث حاصل على مؤهل متوسط وبلغ عددهم (17) مفردة بنسبة 8.5 %.

وتؤكد هذه النتائج تأثير الأمية والجهل على المرضى مجتمع الدراسة؛ مما يؤدي إلى كثرة إصابتهم بالأمراض والعدوى، وعدم معرفتهم لسبل الوقاية من الأمراض.

وتؤكد دراسة (برس ، 1985) هذه النتائج؛ حيث استهدفت هذه الدراسة التعرف على أوضاع الرعاية الصحية الشاملة (الوقائية والعلاجية والتأهيلية والبيئية) في إقليم الأسكا؛ حيث توصلت الدراسة إلى نتائج مهمة، وهي أن هناك مشاكل صحية متعددة في الإقليم، وهي انتشار الأمية وسوء الحالة الصحية للفقراء؛ حيث أظهرت الدراسة ضرورة توفير الاحتياجات الصحية للمرضى وأهمية البرامج الوقائية على عملية التأهيل.

جدول (5)

توزيع مجتمع الدراسة تبعاً لمتغير المهنة ن = (200)

المهنة	ك	%
يعمل	96	48.0
لا يعمل	104	52.0
الإجمالي	200	100

ويتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة من المرضى المستفيدين من خدمات الجمعية غير عاملين، والذين بلغ عددهم (104) مفردة من إجمالي عدد مجتمع الدراسة بنسبة 52.0%، وفي الترتيب الثاني العاملون وعددهم (96) مفردة بنسبة 48.0% .

وتوضح هذه النتائج أن النسبة الأكبر من إجمالي عدد مجتمع الدراسة لا يعملون نتيجة لإصابتهم بالمرض، وعدم قدرتهم على أداء وظائفهم، وتركهم لهذا العمل؛ وبالتالي عدم قدرتهم على إعالة أسرهم؛ مما يسبب لهم العديد من المشكلات، والبحث عن أي وسيلة من وسائل المساعدة، مما يجعلهم يلجأون لمثل هذه الجمعيات. وتؤكد (عبد المتجلي، 2011) هذه النتائج؛ حيث توصلت هذه الدراسة إلى معاناة أسر ومرضى الإيدز من عجز في أداء أدوارهم الاجتماعية، وقلّة الدخل وعدم القدرة على العمل.

جدول (6)

توزيع مجتمع الدراسة تبعاً لمتغير الدخل ن = 200

الدرج	ك	الدخل
4.5	9	أقل من 100 جنيه
13.0	26	100 - أقل من 300
70.0	140	300 - أقل من 600
12.5	25	600 فأكثر
100	200	الإجمالي

يتضح من الجدول السابق أن أعلى نسبة من عدد إجمالي المرضى المستفيدين من خدمات الجمعية مجتمع الدراسة يتراوح دخلهم ما بين 300 - أقل من 600 جنيه، وبلغ عددهم (140) مفردة بنسبة 70.0% ويحتل الترتيب الثاني المرضى الذين يتراوح دخلهم ما بين 100 - أقل من 300 جنيه وبلغ عددهم 26 مفردة بنسبة 13.0% ويحتل الترتيب الثالث المرضى الحاصلين على دخل شهري 600 فأكثر، وبلغ عددهم (25) مفردة بنسبة 12.5%، والترتيب الأخير للحاصلين على دخل أقل من 100 جنيه.

وتوضح هذه النتائج أن الحالة الاقتصادية للمرضى من أهم العوامل الرئيسية التي تسبب الإصابة بالأمراض، وعدم الوقاية منها نتيجة قلة الدخل، وعدم القدرة على الإنفاق على العلاج؛ مما يجعلهم يتوجهون لمثل هذه الجمعيات للاستفادة من المساعدات المالية التي تصرف للمرضى ذوي الدخل المنخفض.

وتؤكد هذه النتائج (دراسة هايدي كونيالي): حيث أوضحت تحليل عمل الجمعيات الأهلية الصحية في ولاية (ميتشغان) في الولايات المتحدة الأمريكية، ومدى توفيرها للخدمات الصحية والدعوة للخدمات الاجتماعية، وتقديم المساعدات للأفراد ذوي الدخل المنخفض.

جدول رقم (7)

يوضح المشكلات الصحية (يسمح للمبحوث باختيار أكثر من استجابة)

(ن = 200)

م	المشكلات الصحية	مجموع التكرارات	النسبة المئوية (%) من حجم مجتمع الدراسة (مجذ)	النسبة المئوية (%) من مجموع التكرارات (مجذ)	الترتيب
أ	إصابتي بمرض مزمن	182	%91.00	%40.53	2
ب	عدم القدرة على الإنفاق على العلاج	10	%5.00	%2.23	4
ج	احتياجي لأجهزة تعويضية	67	%33.50	%14.92	3
د	احتياجي لأدوية غالية ولا أستطيع شراءها	190	%95.00	%42.32	1
	المجموع	449	-	% 100	

يتضح من الجدول السابق أنه جاء في الترتيب الأول لأسباب المشكلات الصحية هو " احتياجي لأدوية غالية ولا أستطيع شراءها " حيث حصلت على نسبة موافقة (95%) من إجمالي حجم مجتمع الدراسة ، وجاءت نسبة الموافقة عليها من مجموع تكرارات الموافقة على الأسباب المطروحة (42.32%) .

وجاء في الترتيب الثاني " إصابتي بمرض مزمن "؛ حيث حصلت على نسبة موافقة (91%) من إجمالي حجم مجتمع الدراسة ، وجاءت نسبة الموافقة عليها من مجموع تكرارات الموافقة على الأسباب المطروحة (40.53%) .

وجاء في الترتيب الثالث " احتياجي لأجهزة تعويضية "؛ حيث حصلت على نسبة موافقة (33.5%) من إجمالي حجم مجتمع الدراسة ، وجاءت نسبة الموافقة عليها من مجموع تكرارات الموافقة على الأسباب المطروحة (14.92%) .

فى حين جاء فى الترتيب الأخير " عدم القدرة على الإنفاق على العلاج "؛ حيث حصلت على نسبة موافقة (5%) من إجمالى حجم مجتمع الدراسة ، وجاءت نسبة الموافقة عليها من مجموع تكرارات الموافقة على الأسباب المطروحة (2.23%). .

وتوضح هذه النتائج أن المرضى مجتمع الدراسة يعانون من مشكلات صحية، والتي كانت من أهم أسبابها احتياجهم لأدوية غالية لا يستطيعون شراءها نتيجة لإصابتهم بأمراض مزمنة واحتياجهم لأجهزة تعويضية في أمس الحاجة إليها، وعدم قدرتهم على الإنفاق على العلاج .

ثامناً:- المراجع العربية

- أحمد نعمان ، فاطمة (2014) : المشكلات الاجتماعية لأسر أطفال مرضى سرطان المخ ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم .
- إدارة الهيئات والمؤسسات الخاصة ، مديرية الشؤون الاجتماعية بالفيوم(2010) ، الدليل الإحصائي للجمعيات الأهلية المشهورة بمديرية الفيوم .
- البعلبكي، منير(2002) : قاموس المورد (إنجليزي ، عربي) ، دار العلم للملايين ، بيروت ، ط6 ، ص 725 .
- جلال ، رأفت (1993) : تحليل منظمات الرعاية الاجتماعية " دراسة تحليلية للتقارير السنوية لجمعية البر الخيرية ، بحث غير منشور ، في المؤتمر العلمي السادس ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، ص 669 .
- جمعية أصدقاء المرضى (1995) : اللائحة الداخلية للجمعية ، الفيوم ، ص 2.
- حسن درويش ، يحي (1999) : الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيل الاجتماعي للمعوقين، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، ص 12،13 .
- حسن درويش، يحي(1998) : معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية ، الشركة المصرية العالمية للنشر ، القاهرة ، ص 143.
- الديب ، غسان وآخرون(2003) : قاموس أطلس الموسوعي ، دار أطلس للنشر ، القاهرة ، ط2 ، ص 74 .
- ذكي بدوي ، أحمد(1993) : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت ، ص 327 .
- رضا عبد العال ، عبد الحليم (2001) : المشاركة في تنظيم المجتمع ، تنظيم المجتمع أسس ومبادئ ، توت للدعاية والنشر ، القاهرة ، ص 256 .
- رضا عبد العال، عبد الحليم ، وآخرون(1997) : نماذج ونظريات تنظيم المجتمع ، عمان للطباعة والنشر ، القاهرة ، ص 201 .

- شفيق السكري ، أحمد(2000) : قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ص 402 .
- شفيق السكري، أحمد(2000) :- المدخل في تخطيط الخدمات وتنمية المجتمعات المحلية الحضرية والريفية (مفاهيم - أساليب - أدوات - نماذج تطبيقية) ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ص 34.
- عاطف غيث، محمد(1988) : قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ص ص 390-391.
- عبد السلام عبد الحليم ، محمد (1998): دور الخدمة الاجتماعية في مساعدة الجمعيات النسائية لتحسين الصحة على تحقيق أهدافها ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، ص 10 .
- عبد الصادق عوض، شعبان(1999) : دراسة وصفية لمشكلات مرضى الدرن الرئوي وأسرههم وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- عبد الفتاح محمد، محمد(2006) : الجمعيات الأهلية النسائية وتنمية المجتمع ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، ص 18.
- عبد الهادي محمد، إبراهيم (2002) : الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، القاهرة ، ص 270.
- عبد الهادي محمد، إبراهيم(2000) : الخدمة الاجتماعية من منظور تنظيم المجتمع رؤية واقعية ، المكتب الجامعي الحديث ، إسكندرية ، ط1 ، ص 130.
- عزيز محمود صفاء(1999) : العوامل الاجتماعية المؤدية للإصابة بأمراض العيون ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها : رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، 1999.
- علي محمد، محمد(2005) : الطب والمجتمع " دراسات بحوث في علم الاجتماع الطبي " ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية، ص 65 .

- فتحي محمد محمود(1993): المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالحصول على الخدمات الصحية في قرية مصرية ، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم .
- اللجنة القومية للتنظيمات غير الحكومية (2004) : وثيقة الجمعية المصرية إلى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، القاهرة ، 5-13 سبتمبر ، ص ص 59-60.
- مبروك عبد المتجلي، منال (2001) : دراسة مشكلات مرضى الإيدز وأسرههم وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها ، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.
- مبروك عبد المتجلي، منال(2001) : دراسة مشكلات مرضى الإيدز وأسرههم وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- محمد أحمد، أحمد(2001) : دراسة مشكلات أسر المسنين مرضى عند الشيخوخة وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- محمد خليفة، محروس(2000) :السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ص 23
- محمد سعيد القحطاني، سعيد(2011) : تطبيقات الإدارة الإلكترونية وإنعكاساتها على المستفيدين من خدمات المديرية العامة للجوازات بمدينة جدة ، رسالة ماجستير منشورة ، الرياض ، ص 10.
- محمد عفيفي، عبد الخالق(2002) : الأسرة والطفولة ، دار الكتاب ، القاهرة ، ص 10.
- مذكور، ابراهيم (1957) : معجم العلوم الاجتماعية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة، ص 267.
- معجم اللغة العربية (قاموس عربي عربي) (1990): الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية ، ص 350.
- معوض النباهي، زينب(1992) : تقويم جمعية أصدقاء المرضى بالفيوم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم .
- مؤمن ، داليا (2004) : الأسرة والعلاج الأسري ، دار السحاب ، القاهرة ، 2004 ، ص

المراجع الأجنبية

- Edrs.Price, indian Health Service(1985) : **Comprehensive Health Care Program For- American Indian And Alaska Natives**, u.s.Mary Land Stute University.

- Heidi J. Connealy(2012): **Filling the cracks: An ethnography of health and social service advocacy at a neighborhood-based Michigan NGO** , Michigan State University, Michigan,U.S.A,p.213.

(1) Heidi J. Connealy, op . cit p . 213

- Irene Victoria Langran(2000) : **Empowerment and the limits of change: NGOs and health decentralization in the Philippines** , University of Toronto, Canada,U.S.A , ,p377.

- Laila Salim : **Organizational commitment in a health NGO in Pakistan**, University of Toronto,Canada,U.S.A , P.3037.

- Laura Miniea Hoemeke(2015) : **To help, or at least do no harm: The evolving roles of global health NGOs in health systems strengthening**, The University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina, U.S.A, p. 147

- Leonardo Choi Goe(2004): **The role of non-governmental organizations (NGOs) in public health practice in North Korea** , University of California, Berkeley, U.S.A ,P. 93.

- Nancy Claiborne(2004): **Presence of Social Workers in Nongovernment Organizations** , Peer Reviewed Journal,pp. 207-218.

- Pradip N.Rhandwalla(2000) : **TheDesign of Organization** , Harcourt Brace Jovanourch , Inc., New York , U.S.A.,P.67.

- Richard Scatt (2003): **Organization Rational – Natural and Open Systems** , U.S.A. Prenti Hall International , Inc., P2.

- S A Bell(2008) : **Exploring empowerment in rural Uganda: young people, sexual health and NGOs** , University of London, Royal Holloway College ,United Kingdom,England,P.90.

- Sonia Beatriz dos Santos(2008): **Brazilian Black women's NGOs and their struggles in the area of sexual and reproductive health: Experiences, resistance, and politics** ,The University of Texas at Austin, Texas,U.S.A, P. 481.

- W.E.Baugh(1988) : Introduction To The Social Services , London , Macmillan Press Ltd ,P.1.

