

**معوقات دور الأخصائي الاجتماعي فى أقسام الرعاية
التلطيفية لمرضى السرطان وتصور مقترح لمواجهة هذه
المعوقات**

مقدم من

دكتورة / ناهد احمد محمد أحمد

أستاذ خدمة الفرد المساعد

كلية الخدمة الاجتماعية

جامعة حلوان

أولاً: تحديد مشكلة الدراسة:

على الرغم من التقدم العلمى فى شتى مجالات الطب بشكل عام إلا ان المريض لا يحتاج فقط إلى الخدمات الطبية و لكنه يحتاج بجانبها إلى أشكال أخرى من الخدمات الاجتماعية و النفسية و الاقتصادية .

لذلك تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية و ماتقدمه من رعاية للأفراد شكل من أشكال الخدمة الاجتماعية النابعة من الثقافة و الإنسانية التى يقاس من خلالها تقدم المجتمع الذى يكون من خلال المحافظة على كفاءة موارده .

فالعنصر البشرى الكفاء من أهم موارد المجتمع الذى يجب الاهتمام به و رعايته حتى يتمكن من أداء دوره فى الأنشطة التنموية فى المجتمع ،ومن ثم فإن نجاح التنمية فى تحقيق أهدافها يعتمد بالدرجة الأولى على السلامة الجسمية والعقلية والنفسية للإنسان^(١)، بإعتبار المحور الذى يدور حوله معنى التنمية و بإعتبار التنمية جهود تبذل من أجل المجتمع ورفاهيته وتسعى لتوفير كافة الخدمات الصحية والتعليمية والاقتصادية والثقافية... الخ^(٢).

وتعتبر الرعاية الصحية ضرورة أساسية وعنصراً لاغنى عنه لبقاء الانسان، وأيضاً لتحقيق التنمية والنمو وزيادة الإنتاجية والإستمتاع بالحياة^(٣)، فعن طريق التنمية فى صحة البشر يمكن حل المشكلات التى تواجه المجتمع فى المستقبل ورفع مستوى المعيشة لأبناء المجتمع وتهيئه مقومات وسبل الحياة الكريمة لهم و إتاحة الفرصه أمامهم للإنتفاع بالإمكانات والموارد المجتمعية المتاحة^(٤) .

حيث تمثل صحة الإنسان ومرضه معطيات إجتماعية تؤثر وتتأثر بعوامل طبية ونفسية، حيث أن صحة الإنسان ورفاهيته الصحية مهددة بالتدهور إذا ما تجاهل الطب النسق الاجتماعى للإنسان وبالتالي لعبت العوامل الطبيعية دوراً مهماً فى الإصابة بالمرض و أضاً" فى الإسهام فى كيفية علاجه مثل عوامل الأمية والتنشئة الإجتماعية - مشكلات العمل وظروفه - العادات والتقاليد - التلوث البيئى - التزاحم السكانى والفقير^(٥).

وهناك أنواع للمرض حيث يوجد المرض البسيط المؤقت الذى ينتهى بدون ترك أى أثر على شخصية المريض أو على المحيطين به وهناك المرض المزمن الذى يستمر مع المريض مدى الحياة

ويترك تأثيرات خطيرة على المريض وأسرته لذا وجب التعامل معه فى الإطار الاجتماعى والثقافى الذى يحيط به، والأمراض المزمنة تصيب الإنسان بصورة تدريجية ودون الشعور بالألم وعدم الإرتياح فى مراحلها الأولى لذا نجد ان اصحابها يتأخرون فى البحث عن المعونة الطبية وطلب الرعايه اللازمة لحماية أنفسهم، مما يؤدى إلى مد جذورها فى المرضى^(٦).

ومن الأمراض المزمنة التى تمثل خطوره على الحياة فى الوقت الحالى هو مرض السرطان حيث اصبح أحد مهددات الحياة فى العصر الحديث، ليس فقط فى خطورته وصعوبه الشفاء منه ولكن لزيادة الإصابه بمعدلات هذا المرض الخطير^(٧).

وهذا يتفق مع ما جاءت به دراسة **El-Lithy, Mohamed Atef Ahmed (٢٠١٣)** والتي أشارت إلى أن هناك انتشار متزايد من الأمراض المزمنة وزيادة الحاجة إلى الرعاية التلطيفية، لذلك يجب أن نركز على تحسين نوعية حياة المريض من خلال الرعاية التلطيفية عن طريق تحسين نوعية حياة المرضى وعائلاتهم التى تواجه المشكلة المرتبطة بالأمراض التى تهدد الحياة، من خلال منع وتخفيف المعاناة عن طريق الكشف المبكر، وتقييم وعلاج الألم وغيرها من المشاكل، المادى، النفسية والروحية. لذلك أوصت الدراسة بضرورة التركيز مع الجانب النفسى للمريض وتحسين علاقته بالبيئة المحيطة، ويتجلى هذا من خلال التمسك ببرامج الرعاية التلطيفية، وينبغي أن تكون الرعاية التلطيفية جزءاً أساسياً من الممارسة العامة^(٨).

حيث يعتبر مرض السرطان من الأمراض العصرية المستعصية التى يصعب الإستشفاء منها ، وغالباً ما تؤدى الإصابة به إلى الوفاه ، حتى إذا ما تماثل مريضه إلى الشفاء فإن إصابته تؤثر على وضعه الاجتماعى وعلاقته بالمحيطين ، كما أنه مرض مثير للقلق نظراً لإزدياد الإصابه به وهو يحدث تغيرات كثيره على المريض والأسرة فمن أبرزها صعوبه التأقلم مع الوضع المترتب على الإصابه فى ظل الشعور بفقدان الأمل والإكتئاب وإنخفاض تقدير الذات ، ومخاوف وهمية اخرى إلى جانب المعاناه والألم نتيجة لهذه الأحوال النفسية والاجتماعية^(٩). حيث أكد على ذلك دراسة دراسة **حسن شلبى الجندى (٢٠١٢)** والتي أوصت بإستخدام وتصميم البحوث الطولية التى تدرس العلاقة بين السبب والنتيجة، مع ضرورة الإهتمام بالجانب النفسى للمريض، وتلطيف العلاقة بينه وبين الأسرة والجيران والبيئة المحيطة، مع ضرورة إعداد وتدريب مقدمى الخدمات^(١٠).

لذلك لابد من تقديم خدمات رعاية إجتماعية شاملة

فأي خلل أو إضطراب قد يعاني منه الإنسان، خاصة إذا كان هذا الخلل يمثل مرضاً من الأمراض المزمنة التي لا يرجى الشفاء منها، قد يتوقف عليه النشاط الإقتصادي والإجتماعي والعلمي والترويحي وكل أنواع الأنشطة الحياتية والمجتمعية توقفاً جزئياً وكلياً^(١١)، ولا خلاف على أن أصعب وأخطر الأمراض المزمنة هو مرض السرطان نظراً لطول فتره المرض^(١٢).

حيث أكد على ذلك دراسة **Gilbert Crouse, et al (٢٠١٤)** في أن مؤشرات الوفاة والرعاية التلطيفية للفئات التي تعاني من أمراض مزمنة تتمثل في: الأمن الاقتصادي من خلال تدابير محددة، وأثر تلقي دعم الدواء على انخفاض معدل القلق، وتحقيق الأمن الغذائي، والأمن الوظيفي من خلال توظيف أفراد الأسرة القادرين على العمل مما يضمن الحصول على دخل كافي من العمل^(١٣).

مما يؤثر على حياة المريض العلمية والإقتصادية وذلك نتيجة إرتفاع تكلفة العلاج بالإضافة الى الأجهزة التعويضية والعمليات الجراحية في الوقت الذي تتعدم فيه القدرة على الإنتاج للمريض وتضعف للمحيطين نتيجة إنشغالهم به، كما أن مريض السرطان يحتاج لمرافق حيث كثرة الفحوصات والأشعة وكورسات العلاج مما يؤثر على الحياة الأسرية خاصة إذا كان هذا المرافق يعمل أو يدرس أو مسئول عن أسرة وغيره من المشكلات التي تصاحب الإصابة بالمرض^(١٤). و يتفق مع ذلك ما توصلت إليه نتائج دراسة **أشرف حامد نور ٢٠٠٥** من أن أطفال مرضى السرطان يعانون من العديد من المشكلات الأجتتماعية و النفسية و على رأسها إضطراب العلاقات ، و مشكلات متعلقة بدخولهم معهد الأورام ، و أخرى متعلقة بالعلاج الكيميائي و الأشعاعي بجانب المشكلات السلوكية و الأنفعالية ، بالإضافة إلى مشكلات تتعلق بالتعامل مع فريق العمل (١٥).

وقد أكدت إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن مرض السرطان هو أحد المشكلات الصحية الخطيرة في العالم حيث انه يتسبب في وفاة ٧.٨ مليون نسمة كل عام أي نحو ١٤% من مجموع الوفيات عام ٢٠١٣ منهم نحو ٧٠% من مجموع الوفيات في البلاد النامية والبلدان منخفضة الدخل ، أي حوالي ٥.٥ مليون حالة وفاة تحدث حول العالم النامي، وإذا لم يتم إتخاذ أي إجراء، فإن حالات الوفاة بسبب السرطان مرجحة للزيادة لتصل ٦.٧ مليون حالة وفاة في عام ٢٠١٥ و ٨.٩ مليون حالة

وفاة في عام ٢٠٣٠، بالمقابل فانه من المتوقع ان تبقى عدد الوفيات بسبب السرطان في البلدان الغنية مستقرة إلى حد ما خلال العشرين سنة القادمة^(١٦).

وعلى المستوى المحلى تؤكد الدراسات الاجتماعية أن هناك حوالى ١٠٠ ألف مريض جديد بالسرطان كل عام في مصر، حيث يستقبل معهد الأورام منهم حوالى ٣٠ ألف مريض جديد منهم ٦% أطفال، وهناك ما لا يقل عن مائة وخمسون الف حالة متراكمة من السنوات السابقة ومازالت تحت العلاج مما يتطلب معه جهود مكثفة ومصروفات باهظة لمواجهة أعداد المرضى المتزايدة^(١٧).

وعلى الرغم من إهتمام الدولة بهؤلاء المصابين بمرض السرطان وذلك من خلال المعهد القومى للأورام والمعاهد الأخرى، وما يتم تقديمه من خدمات طبية لهم وأيضاً مستشفى الأطفال، إلا أن الدولة لم تستطيع تقديم كافه أنواع الرعاية لهم وذلك لتكاليف المرض الباهظة وتزايد عدد المرضى المصابين به^(١٨).

فمهام الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى تتطابق مع أهداف مهنة الخدمة الاجتماعية والتي تتضمن تقديم المساعدة للعملاء لحل مشكلاتهم ومواجهة ضغوط الحياة، وربط توصيل الأفراد بالموارد والخدمات وكذلك الفرص وتعزيز فعالية أنساق الخدمات البشرية وتحسين السياسة الاجتماعية^(١٩)، وقد أكدت دراسة **Rabner lonieann 2001** على ضرورة تقدير الأخصائى الاجتماعى للنتائج الاجتماعية النفسية للأسر التى لديها مريض مصاب بالسرطان، وتوصلت نتائج الدراسة أن هناك مشكلات نفسية اجتماعية يحددها الأخصائى الاجتماعى ، بالإضافة إلى مشكلات أخرى تتضمن العمل والمشكلات المالية ورعاية الطفل وجميعها مشكلات ترتبط بمحاولة الأسرة إعادة الطفل لجو الأسرة^(٢٠).

فالخدمة الاجتماعية الطبية ميداناً له أهمية حيث تهتم بالمريض كإنسان له احتياجاته النفسية والاجتماعية التى يعمل على إشباعها حتى يستفيد من العلاج الطبى، يتطلب ذلك ضرورة النظر إليه نظرة كلية تكاملية، من خلال الأخصائى الاجتماعى وفريق العمل الذى يشترط فيه أكثر من متخصص فى العملية العلاجية حيث تنصهر هذه التخصصات فى وحدة واحدة تنتهى باتخاذ قرارات موحدة يتفق عليها الجميع بشأن علاج المريض وعلاقة نسق الخدمة الاجتماعية الطبية لا يقف عن حد علاقته بالمريض، بل يتعدى ذلك إلى العلاقة بأعضاء الفريق العلاجى^(٢١)، حيث أكدت دراسة

صفاء فضل هاشم شحاته ٢٠١٢ على أهمية فعالية دور الأخصائي الاجتماعي وفريق العمل في التخفيف من هذه المشكلات ،حيث توصلت نتائج الدراسة أن مؤشر دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المشكلات النفسية لمرضى سرطان الثدي جاء بقوة بنسبة (٧٧%)^(٢٢).

وتعمل خدمة الفرد على مساعدة المرضى في عمليات التعليم والتدريب والتوجيه المهني والتشغيل كما تعاونه في حل مشكلاته الذاتية والتكيف بوجه عام مع مقتضيات بيئته^(٢٣)، ويمارس أخصائي خدمة الفرد دوره من خلال نظريات متعددة مثل نظرية التركيز على المهام ونظرية الأزمة والنظرية المعرفية والنظرية السلوكية والنظرية التفاعلية ومن بين هذه النظريات نظرية النسق حيث تشير لرفع مستوى الأداء الاجتماعي للأفراد وتحسين مستوى أداء الأفراد لمسئوليات أدوارهم المختلفة^(٢٤).

لذلك يجب تقديم رعاية إجتماعية تلطيفية شاملة تضمن الخدمات الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والنفسية و ذلك للوصول إلى رفاهية الإنسان، حيث يعتبر هذا مقياس لتقدم الدول من خلال قياس التنمية بداخلها^(٢٥)، وهذا ماتناولته دراسة دراسة جيمس ميجل 1997 James Midgley حول ضرورة وجود اتجاه عام وشامل للرعاية الاجتماعية والتلطيفية على المستويين القومي والعالمى، من خلال تحديد إطار عام عالمي تمارس من خلاله الرعاية الاجتماعية و تبني استراتيجيات عامة ومبادئ متفقٍ عليها ذات طابع عالمي فى مجالات الرعاية المختلفة^(٢٦).

ويرجع نشأة مفهوم الرعاية التلطيفية إلى آدم سميث، حيث أشار إلى أنه يمكن أن يُحدد بطرق متعددة طالما أنه يستخدم بشكل واضح، حيث يمكن تقسيم الدراسات التي تناولت هذا المصطلح إلى مجموعتين: الدراسات التي تقيس الرعاية كمتغير موضوعي يشمل: التعليم والصحة والدخل والوظيفة، ويعتمد هذا النوع على النوعية المادية للحياة. والدراسات التي تقيس الرعاية كمتغير ذاتي يشمل: الرعاية النفسية، والخبرات الاجتماعية ونوعية الحياة والسعادة والصحة النفسية الجيدة، والرفاه الاجتماعي، ويعتمد هذا النوع على العناصر العاطفية أو الوجدانية والمكون المعرفي^(٢٧).

حيث تناولت دراسة علي ابراهيم محرم ٢٠٠٥ النظرة التكاملية والمتداخلة بين للمشكلات النفسية والاسرية والمدرسية التي يعانى منها مرضى السرطان ، حيث توصلت إلى أن أهم المشكلات التي يعانى منها الشخص الذى يعمل هو خوفه من فقدان العمل اما المشكلة النفسية تتمثل فى الخوف من الموت وعدم الانجاب واضطرابات النوم اما المشكلات الأسريه تتمثل فى الخلل فى أدوار الأسرة

نتيجة الاعتناء بشخص واحد، كما أكدت الدراسة أهمية الدور الذي يلعبه الأخصائي الاجتماعي مع تلك الفئة (٢٨).

فالرعاية الاجتماعية تمثل نسق من الخدمات والمؤسسات الاجتماعية يرمي إلى مساعدة الأفراد والجماعات للوصول إلى مستويات ملائمة للمعيشة والصحة، كما يسعى إلى القيام بعلاقات اجتماعية سوية بين الأفراد بتممية قدراتهم وتحسين الحياة الإنسانية بما يتفق وحاجات المجتمع (٢٩).

وتهدف الرعاية التلطيفية إلى حماية الأفراد والأسر المعيشية خلال الفترات التي لا يستطيعون القيام فيها بعمل مأجور أو الحصول على دخل كافٍ لتأمين سبل معيشتهم، بسبب البطالة أو المرض أو الاعتلال المزمن أو الإعاقة أو التقدم في السن أو مسؤوليات الرعاية التي تقع على عاتقهم، مما يتطلب ضرورة الحد من هذه الأمراض بإتباع مسار في النمو والتغيير الهيكلي يسهم في توليد فرص العمل المنتجة، وتحسين الدخل، وتعزيز الرفاه العام (٣٠)،

لذلك ينبغي أن تشمل الرعاية التلطيفية ترتيبات الرعاية الطويلة الأجل إجراءات تشجع على تغيير السلوك ونمط العيش لإبطاء نشوء المشاكل الصحية، منها على سبيل المثال الممارسات التغذوية الصحية واتباع نمط عيش نشط وتيسير تكلفة خدمات الرعاية الصحية، بما فيها إجراء الفحوص لكشف الأمراض ومعالجتها، ولا سيما تلك الأمراض الأكثر انتشاراً في صفوف المسنات. ويجب أيضاً أن تكفل السياسات الصحية استناد الرعاية الصحية المقدمة للمسنات، بمن فيهن ذوات الإعاقة، إلى الموافقة الحرة والمستنيرة للشخص المعني (٣١)،

واستنباط ما سبق تتبلور مشكلة الرئيسية للدراسة في التساؤل التالي :

ما هي المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان؟

وينبثق مجموعة من التساؤلات والقضايا التالية:

١. ما هي المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند التعامل مع فريق العمل؟
٢. ما هي المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند التعامل مع الإدارة؟
٣. ما هي المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند التعامل مع المريض وأسرته؟
٤. ما هي المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي التي قد ترجع لأسباب شخصية؟

ثالثاً: أهمية الدراسة:

١. الإهتمام العالمى بعلاج مرض السرطان و زيادة إنتشار مرضى السرطان فى الآونة الأخيرة بصورة كبيرة، وإنخفاض المستوى المعيشى والإقتصادى للأسر المرضى نتيجة ضعف خدمات الرعاية المقدمة، حيث تسبب فى وفاة ٧.٨ مليون نسمة كل عام أى نحو ١٤% من مجموع الوفيات عام ٢٠١٣ منهم نحو ٧٠% من مجموع الوفيات فى البلاد النامية^(٣٢).
٢. تعتبر الرعاية التلطيفية ضرورة أساسية وعنصراً لاغنى عنه لبقاء الانسان، وأيضاً لتحقيق التنمية والنمو وزيادة الإنتاجية والإستمتاع بالحياة.
٣. تدعيم دور مهنة الخدمة الإجتماعية فى التعامل مع مرضى السرطان من حيث إعداد وتأهيل الأخصائيين الإجتماعية، وتوفير خدمات الرعاية التلطيفية المقدمة لهم.
٤. الإهتمام بدور الأخصائي الاجتماعى فى المجال الطبى والذى يتطابق مع أهداف مهنة الخدمة الاجتماعية والتي تتضمن تقديم المساعدة للعملاء لحل مشكلاتهم ومواجهة ضغوط الحياة.

رابعاً: أهداف الدراسة:

١. تحديد المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى عند التعامل مع الإدارة.
٢. تحديد المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى عند التعامل مع فريق العمل.
٣. تحديد المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى التى قد ترجع لأسباب شخصية .
٤. تحديد المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى عند التعامل مع المريض.
٥. تحديد المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى عند التعامل مع أسرة المريض.
٦. تحديد المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى التى قد ترجع للمجتمع .
٧. تحديد المقترحات التى تساعد الأخصائي الاجتماعى على مواجهة هذه المعوقات.
٨. التوصل لتصور مقترح لمواجهة المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى فى أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان.

خامساً: تساؤلات الدراسة:

١. ما هى المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى عند التعامل مع الإدارة؟
٢. ما هى المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى عند التعامل مع فريق العمل؟
٣. ما هى المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى التى قد ترجع لأسباب شخصية ؟
٤. ما هى المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعى عند التعامل مع المريض ؟

٥. ما هي المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند التعامل مع أسرة المريض ؟
٦. ما هي المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي التي قد ترجع للمجتمع ؟
٧. ما هي المقترحات التي تساعد الأخصائي الاجتماعي على مواجهة هذه المعوقات؟
٨. ما هو التصور المقترح لمواجهة هذه المعوقات؟

سادساً: المنطلقات النظرية للدراسة :-

❖ إنطلقت الدراسة الحاليه من عدة منطلقات وموجهات نظريه وهي:-

١- نظريه النسق الاجتماعي :-

وهي من النظريات الشائع إستخدامها في البحوث الإجتماعية حيث أنها تركز على أهمية التكامل ما بين الوحدات وأهمية تكوين علاقات تبادلية من خلالها أداء وظائف وأنشطة المؤسسة^(٣٣). والنسق هو ذلك الكل الذي يتكون من أجزاء تسمى أنساقاً فرعية متكاملة بنائياً ومتساندة وظيفياً من أجل بقاء النسق وإستمرارة^(٣٤).

وينظر بارسونز للنسق كمجموعة من الأفعال الإجتماعية المتداخلة والمتكررة والتي تبرز في نفس الوقت مجموعة من الضرورات الوظيفية التي تحكم الأنساق الإجتماعية والتي تعبر عنها في نفس الوقت وتسمى بالشروط الضرورية لبقاء الأنساق ولوجود المجتمع وإستمرارة.

ويضع بارسونز مؤشرات للأنساق الإجتماعية^(٣٥) :-

- التكامل والتساند بين الوحدات وبعضها.
- إنجاز الهدف وإشباع متطلبات وحدات النسق.
- الإرتباط بالبيئة لتحقيق الأهداف.
- التوتر أو عدم تكامل الوحدات.

وتقوم نظرية النسق على إفتراض أساسي، هو أن كل المؤسسات والمنظمات بجميع أشكالها تعتبر أنساقاً إجتماعية تتألف من وحدات إجتماعية سواء أفراد أو جماعات، تمثل أنساقاً فرعية داخل النسق الكبير ويوجد علاقات وظيفية بينها^(٣٦).

حيث ترى نظرية النسق الاجتماعي^(٣٧):-

أن المؤسسات نسق كبير وأقسامها ومشاريعها المختلفة هي انساق فرعية ويوجد بين المؤسسة وأقسامها علاقات تفاعلية وبين مشاريعها تسعى نحو تحقيق أهدافها كنسق عام يساعد على تحقيق أهداف المجتمع وإشباع احتياجاته .

ويتألف النسق الاجتماعي من مجموعة من الأفراد يقومون بأفعال اجتماعية يتفاعلون مع بعضهم في موقف له حدود مادية أو تحيط به بيئة معينة، وتتوجه الدوافع بالأفعال الاجتماعية على نحو يؤدي إلى تحقيق أكبر قدر من إشباع حاجاتهم، ينبغي أن يكون للنسق الاجتماعي بناء حتى تتمكن من أداء وظائفها وهي متفاعلة مع بقية الأنساق الأخرى .

وينبغي أن يتلقى النسق الاجتماعي العون والمساعدة من الأنساق الأخرى حتى يسمح لها البقاء ينبغي على النسق الاجتماعي أن يواجه ويوفي قدر كبير من حاجات أعضائه .

كما ترى نظرية النسق الاجتماعي أن تحليل أي مؤسسة في ضوءها يتم من خلال مجموعة

من العناصر وهي :-

١- المدخلات **Inputs** . ٢- العمليات التحويلية **Through puts** .

٣- المخرجات **Out puts** . ٤- التغذية العكسية المرتدة **Feedback** .

ويعتبر أي خلل في أي جزء من هذه الأجزاء يؤثر سلبياً على الخدمات التي تقدمها المؤسسات .

حيث يمكن الاستفادة منها في الدراسة الحالية في:-

١- إن المستشفيات نسق عام كبير والبرامج والأنشطة والخدمات هي نسق فرعي جزء لا يتجزأ ، والذي إذا ما حقق أهدافه في رعاية مرضى السرطان، حقق المستشفى كنسق عام أهدافه بصفة عامة في خدمة ورعاية تلك الفئة وفي مواجهة مشاكلهم .

٢- وهذا يتكون النسق الفرعي من الأنشطة والبرامج والخدمات، ويتكون من مجموعة من الأفراد العاملين والقائمين عليه(وهم الأخصائيين الاجتماعيين وفريق العمل) وهدفهم إشباع احتياجات مرضى السرطان ومواجهة مشكلاتهم . .

٣- إن أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان نسق مفتوح على المجتمع المحلي المحيط به، من خلال ربط المريض بأسرته والبيئة المحيطة به، وبالتالي التغيرات التي تحدث في المجتمع والاحتياجات والمشكلات التي تظهر نتيجة لهذه التغيرات

٤- إن تحديد المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند العمل في أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان كنسق عام يتضمن مجموعة من المدخلات ، وكذلك مجموعة من المخرجات ، وأيضاً مجموعة من العمليات التحويلية من خلال البرامج والأنشطة التي تقدم بهدف توفير الخدمة للمرضى والتغذية العكسية والمتمثلة في نتائج الدراسة.

سابعاً: المفاهيم المرتبطة بالدراسة:

أ. مفهوم المعوق:

يعرف المعوق لغوياً: يقال عاقه عن كذا أى حبسه عنه وصدفه وعوائف الدرة: الشواغل عن أحداثه. والتعويق: أى التثبيط، والتعويق أى التثبيط^(٣٨).

والعائق: ما يعوق انتشار البذور والثمار أو النبات من عوامل حيوية وطبيعية^(٣٩)، كما تعرف المعوقات على أنها العقاقيل التى تحول دون تحقيق الهدف والتى تعترض العمل وتعوق التقدم فيه^(٤٠).

وتعرف المعوقات إجرائياً بأنها:

- القيود والعراقيل التى تقف حائلاً دون تحقيق الأهداف.
- حيث تؤثر على طبيعة العمل وأنماط العلاقات داخل أقسام الرعاية التلطيفية.
- ويترتب عليها ضعف الأداء الجيد فى العمل.

ب. مفهوم الدور:

يعرف الدور لغوياً بأنه أى وظيفة وهو مؤنث الدار وجمع القلة أدوار^(٤١).

ويعرف الدور فى قاموس الخدمة الاجتماعية بأنه نماذج محددة ثقافياً للسلوك وملزمة للفرد الذى يحتل مكانة محددة أو معيار اجتماعى مرتبط بوضع اجتماعى معين على علاقة تبادلية معينة.

فعلى سبيل المثال:

بالنسبة للشخص الذى يعمل أخصائياً اجتماعياً فإن توقعات العملاء والمشرفين وجمهور العامة هو أن يتصرف ويسلك الأساليب والطرق الملزمة لكل الإخصائيين الاجتماعيين^(٤٢).

ويعرف الدور فى قاموس علم الاجتماع بأنه عنصر فى التفاعل الاجتماعى ويشير لنمط متكرر من الأفعال المكتسبة التى يؤديها شخص فى موقف معين^(٤٣).

ويعرف فى معجم العلوم الاجتماعية: بأنه نماذج سلوكية متبادلة يكتسبها الفرد من خلال الاحتكاك بجماعات أخرى غير جماعته.

حيث إن دور جماعة معينة ينتظم طبقاً للأدوار الموجودة عند الجماعات الأخرى التى يحتك بها الفرد خلال الحياة اليومية والعملية^(٤٤).

والدور في الخدمة الاجتماعية يتضمن بالضرورة البعد الاجتماعي للسلوك بجانب الاعتبار الشخصي فنجد أن "كورول Carol" ينظر للدور باعتباره سلوك الفرد الواجب أخذه في الاعتبار^(٤٥).

كما يعرف الدور بأنه مجموعة الأفعال والواجبات التي يتوقعها المجتمع ممثلاً في هيئاته وأفراده فيمن يشغل وضعاً اجتماعياً معيناً في وقت ما يتوقعه المجتمع وأفراده من العضو في موقف معين^(٤٦).

ويقصد بمفهوم الدور المهني السلوك الذي يجب أن يلتزم به الأخصائي الاجتماعي أثناء قيامه بعمله، وفي علاقاته مع الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات المحلية، وهذا يعني أن سلوك الأخصائي الاجتماعي خلال أدائه لعمله هو سلوك واع مقصود يسترشد بمجموعة من المبادئ والمفاهيم المستمدة من العلوم الاجتماعية ومن الخبرات المهنية المتراكمة ويسعى لتحقيق أهداف معينة^(٤٧).

وفي ضوء هذا يتحدد المفهوم الإجرائي كالاتي:

- ١- المسؤوليات المكلف بها الأخصائي الاجتماعي.
- ٢- تمارس هذه المسؤوليات داخل أقسام الرعاية التلطيفية.
- ٣- ترتبط هذه المسؤوليات باللوائح والقوانين المنظمة للعمل.
- ٤- من المفترض ألا تتعارض هذه المسؤوليات مع الإطار القيمي والمهني لمهنة الخدمة الاجتماعية .

ج. الرعاية التلطيفية:

المفهوم اللغوي للرعاية: كما جاء في لسان العرب أن الراعي مصدر "رعي" ويرعي رعيًا وكل من ولي أمرًا للقوم فهو راعيهم وهم رعيته ويقول رعيته فلانا ورعاه وإذا رقبته وتأمّلت فعله وراعيته الأمر ورعيته من مراعاة الحقوق. وجاء في لسان العرب أيضا : رعي عهده أي حفظه^(٤٨)، ابن وجاء في المصباح المنير أنه قيل للحاكم راع لقيامه (بتدبير أمور الناس وسياساتهم والناس رعية)^(٤٩).

مصطلح اجتماعي "Social" عندما يتم تطبيقه على الانسان فهو يؤكد على تفاعل الافراد والجماعات بالآخرين سواء كانوا أفراداً أو جماعات أو تنظيمات أو مجتمعات محلية. في حين يؤكد مصطلح الرعاية "Welfare" على مسئولية (تهتم ب) سعادة الافراد.

والتعريف النافع والمفيد للرعاية الاجتماعية هو ترجمة لفلسفات سائدة للمجتمع وتحويل هذه الفلسفات إلى سياسات إجتماعية "Social Policies" من خلال منظومة من وكالات الخدمة الانسانية ويتم نقلها من خلال المهنيين فى مجال الخدمة الاجتماعية لمقابلة حاجات الافراد والاسر والجماعات والمجتمعات المحلية الاخرى من خلال برامج تقدم تدابير اجتماعية وخدمات شخصية واداء للعمل الاجتماعى^(٥٠).

وتعرف الرعاية التلطيفية بأنها: الرعاية الكاملة النشطة للشخص المصاب بالمرض ولا يستجيب للعلاج الشافى، وتعتبر إدارة الألم والأعراض الأخرى والمشكلات النفسية والاجتماعية والروحية أمر بالغ الأهمية. والغرض من الرعاية التلطيفية هو تحقيق أفضل مستوى معيشى للأشخاص ، إلى جانب تركيزها على الرعاية الشاملة للأفراد ، ومشاركتهم الفعالة فى القرارات الطبية، ويركز هذا المفهوم على مبادئ أساسية تتمثل فى^(٥١) :

- التركيز على مستوى المعيشة.
- إتباع منهج الشخص ككل مع الأخذ فى الإعتبار التجربة الماضية والوضع الحالى.
- إحترام إستقلالية المريض وإختياره.
- التركيز على التواصل المفتوح والحساس بين المصابين ومقدمى الرعاية.

والرعاية التلطيفية هى: مفهوم معقد والذى يهدف إلى تعزيز الناحيتين المادية والنفسية للرفاهية فى اواخر حياة الإنسان، وهى جزءاً حيوى لا يتجزأ من جميع الممارسات السريرية مهما كان المرض أو مرحلة تطوره^(٥٢).

وعرفت منظمة الصحة العالمية الرعاية التلطيفية بانها : الرعاية التى تهدف إلى منع حدوث وتخفيف المعاناة وتقديم المعونة والدعم للحصول على أقصى درجة من الحياة الجيدة والمريحة للمرضى الذين يعانون من أمراض مستعصية كالأورام، مهما كانت مرحلة المرض أو تقدمة، ويهدف للوصول إلى حياة صحية أفضل بالمعانى التى تهم المرضى وذويهم^(٥٣).

ويمكن تعريف الرعاية التلطيفية بأنها: مجموعة الجهود المقدمة من فريق متعدد الخبرات للمرضى الذين يواجهون أمراضاً مزمنة، بهدف تحسين نوعية الحياة ورفع المعاناة عنهم وعن عائلاتهم، مع الأخذ فى الإعتبار الحاجت البدنية والنفسية والاجتماعية والروحانية^(٥٤).

ويمكن تعريف الرعاية التلطيفية إجرائياً بأنها:

- مجموعة الجهود المقدمة من فريق متعدد الخبرات للمرضى الذين يواجهون أمراضاً مزمنة
- تركز على الرعاية الشاملة للأفراد.
- تهدف إلى تحقيق أفضل مستوى معيشى للأشخاص .
- تهتم بالجانب النفسى والاجتماعى للمرضى.

د. مرضى السرطان: Cancer Patients.

يعرف السرطان بأنه ورم خبيث ونمو غير مسيطر عليه لخلايا غير عادية، على عكس الخلايا العادية الحجم، والخلايا السرطانية لا يتوقف نموها عندما تفصل بالخلايا الأخرى، لذلك فإنها يمكن أن تنتشر في الجسم ، والخلايا السرطانية تنتشر إما عن طريق احتياح الجسم لنسيج الجسم المحيط بها أو الانثياب والتحرك عن طريق الدم أو الجهاز اللمفاوى إلى أجهزة الجسم الأخرى أو أنسجته والخلايا السرطانية تتنافس في أنسجة الجسم العادية على المواد الغذائية والتي تنتهي بفصل الخلايا الطبيعية عن طريق حرمانها من احتياجاتها الغذائية مسببة أعراض محددة بالاتجاه الذي سوف يتخذه المرض والعلاج يتنوع تنوعات كثيرة^(٥٥) .

كما يعرف بأنه عبارة عن نمو غير طبيعى للخلايا ولا يمكن السيطرة عليه. ويحدث تغيرات جذرية فى النواة، وله قدرة على غزو الخلايا المحيطيه، ويحدث لأى شخص فى أى مكان فى الجسم فى أى وقت^(٥٦) .

وهو عبارة عن مرض ينشأ عن نمو غير متحكم فيه لخلية مفردة. وينشأ هذا النمو بسبب طفرات؛ أى تغيرات فى حمض ال(DNA) الذى يؤثر بشكل محدد فى الجينات التى تتبه النمو الخلوى غير المحدود. وفى الخلية العادية، حيث تقوم دوائر جينية قوية بتنظيم إنقسام الخلية ووفاتها وفى خلية السرطان، تتفكك هذه الدوائر بما يؤدى إلى إطلاق خلية لايمكنها التوقف عن النمو^(٥٧).

السرطان هو مرض يصيب بعض خلايا الجسم، الخلايا السليمة التى تكون الأنسجة تنمو وتتقسم وفق نظام معين، إلا أنه فى بعض الأحيان تفتقد هذه الخلايا القدرة على التحكم فى نموها، فيبدأ الإنقسام العشوائى بدون ضوابط ونتيجة لذلك تزداد كميات النسيج ويتكون الورم واما أن يكون الورم حميداً أو خبيثاً فالأورام الحميدة لا تعتبر سرطاناً لأنها لاتمتد إلى أجزاء أخرى من الجسم ونادراً أما تهدد حياة الإنسان اما الأورام الخبيثة السرطانية قادرة على تدمير الأنسجة المجاورة كما تستطيع

الانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم لذلك فعلى الطبيب أن يحدد وبسرعة ما إذا كان الورم خبيثاً وأن يبدأ بالعلاج فور تشخيص المرض^(٥٨).

ثامناً: لإجراءات المنهجية ومناقشه نتائج الدراسة

أولاً: نوع الدراسة:

تعتبر الدراسة الحالية من الدراسات الوصفية التحليلية حيث أنها تهتم بوصف وتحليل المعوقات التي تعوق أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره في أقسام الرعاية التلطيفية وتهدف إلى الوصول إلى تصور مقترح للحد من معوقات هذا الدور.

ثانياً: المنهج المستخدم للدراسة:

ارتباطاً بنوع الدراسة فإن المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو منهج المسح الاجتماعي الشامل. لجمع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في المستشفيات محل الدراسة وبلغ عددهم (٥٠) أخصائي اجتماعي.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على استخدام الأدوات التالية:

١- استمارة استبيان للأخصائيين الاجتماعيين عن معوقات أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره في

أقسام الرعاية التلطيفية وتصور مقترح لمواجهتها.

وتم حساب ثبات وصدق القياس عن طريق إعادة الاختيار Test- retest حيث تم تطبيق القياس على (١٠) مفردات ، وبعد فاصل زمني مدته خمسة عشر يوماً تم تطبيق نفس القياس على نفس العينة مرة أخرى بحساب معامل الثبات كان = ٠.٩٧. كما تم اختبار صدق القياس بعرضه على مجموعة من المحكمين الذين ينتمون إلى تخصصات مختلفة اجتماع- خدمة اجتماعية.

وكان عدد المحكمين (١٠) بهدف التأكد من صلاحية الاستبيان للموضوع المراد قياسه وقدرته على الإجابة على تساؤلات الدراسة.

وكذلك لتحديد مدى اتفاق المحكمين حول صياغة العبارات ومدى ارتباطها بالموضوع ومتغيراته وفى ضوء الملاحظات التى وردت تم إجراء التعديل اللازم باستبعاد وإضافة وإعادة صياغة بعض الأسئلة والعبارات .

وتم حساب الصدق عن طريق الصدق الظاهري: من خلال عرض الاستبيان على (١٠) محكمين ينتمون إلى تخصصات مختلفة.

المعاملات الإحصائية:

١- التكرارات والنسب.

٢- اختبارات (T-Test)

٣- المدى ويتم حسابه من خلال الفرق بين أكبر قيمة وأقل قيمة

٤- معامل الارتباط

٥- المتوسط الحسابي: للحكم على المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعي عند القيام بدوره المهني فى أقسام الرعاية التلطيفية، بحيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (٣ - ١ = ٢)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (٣/٢ = ٠.٦٧) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهى الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول رقم (١)

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين ١ - ١.٦٧
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ١.٦٧ - ٢.٣٥
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد بين أكثر من ٢.٣٥ : ٣

رابعاً: حدود الدراسة:

أ- المجال المكاني : ويقصد به المكان الذى سيتم إجراء البحث فيه ويتحدد فى هذه الدراسة فى المستشفيات التى تعالج مرضى السرطان بمحافظة القاهرة وعددها (٣) مستشفيات كالتالى:

١. مستشفى ٥٧٣٥٧ .

٢. المعهد القومي للأورام.

أسباب اختيار المجال المكانى:

- تتميز هذه المستشفيات بوجود أقسام طبية متعددة وتنوع تخصصاتها.
- وجود هيكل إدارى وتنظيمى لأقسام الرعاية التلطيفية بها.
- قبول هذه المستشفيات تطبيق دراسته بها.

ب- المجال البشرى، ويتحدد المجال البشرى لهذه الدراسة فى :

جميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات محل الدراسة الحالية وعددهم (٥٠) أخصائى اجتماعى.

ج- المجال الزمنى للدراسة فى :

استغرقت فترة جمع البيانات من ٢٠١٦ / ٧ / ١ حتى ٢٠١٦ / ٨ / ١ .

خامساً: تحليل وتفسير نتائج الدراسة:

١. وصف المسئولين مجتمع الدراسة:

جدول (٢) وصف المسئولين مجتمع الدراسة

(ن=٥٠)

م	المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف
١	السن	٣٦	٦
٢	عدد سنوات الخبرة	٤	٢
م	النوع	ك	النسبة
١	ذكر	٣٥	%٧٠
٢	أنثى	١٥	%٣٠
	المجموع	٥٠	%١٠٠
م	المؤهل العلمي	ك	النسبة

مجلة الخدمة الاجتماعية

مؤهل فوق متوسط	٨	١٦%
مؤهل جامعي	٣٠	٦٠%
مؤهل فوق الجامعي	١٢	٢٤%
المجموع	٥٠	١٠٠%

يوضح الجدول السابق أن:

- متوسط سن المسؤولين (٣٦) سنة، وبانحراف معياري (٦) سنوات.
- متوسط عدد سنوات خبرة المسؤولين (٤) سنوات، وبانحراف معياري سنتان.
- أكبر نسبة من المسؤولين ذكور بنسبة (٧٠%)، بينما نسبة الإناث (٣٠%).
- أكبر نسبة من المسؤولين حاصلين علي مؤهل جامعي بنسبة (٦٠%)، ثم حاصلين علي مؤهل فوق جامعي بنسبة (٢٤%)، يليها الحاصلين علي مؤهل فوق متوسط بنسبة (١٦%).

٢. المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي:

جدول (٣) المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند التعامل مع إدارة المستشفى:

(ن=٥٠)

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	النسبة	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	تعقد اللوائح والقوانين المنظمة لعمل الأخصائي الاجتماعي في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية	٣٧	٨	٥	١٣٢	٢.٦٤	٨٨%	٣
٢	فرض الإدارة مهام معينة على الأخصائي الاجتماعي	٢٤	١٠	١٦	١٠٨	٢.١٦	٧٢%	٦
٣	نقص الموارد المالية اللازمة لخدمات الرعاية التلطيفية لعلاج مرضى السرطان	٤٢	٨	-	١٤٢	٢.٨٤	٩٤%	٢
٤	نقص الإمكانيات البشرية المؤهلة للتعامل مع مرضى السرطان	٤٥	٥	-	١٤٥	٢.٩	٩٦.٦٦%	١
٥	ضعف اتصال إدارة المستشفى	٢٨	١٢	١٠	١١٨	٢.٣٦	٧٨.٦٦%	٤

الترتيب	النسبة	المتوسط الحسابي	مجموع الأوزان	الاستجابات			العبارات	م
				لا	إلى حد ما	نعم		
							بمتخذى القرار بالوزارة	
٥	٧٦.٦٦ %	٢.٣	١١٥	١٣	١٧	٢١	قلة التنسيق بين الادارات المسؤلة عن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان	٦
مستوى متوسط		٢.٣٥		متوسط البعد ككل				

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

معوقات تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان من قبل إدارة المستشفى من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي بمستوى متوسط، بمتوسط (٢.٣٥)، حيث جاء في الترتيب الاول نقص الامكانيات البشرية المؤهلة للتعامل مع مرضى السرطان بمتوسط (٢.٩) بنسبة ٩٦.٦٦%، وجاء في الترتيب الثانى نقص الموارد المالية اللازمة خدمات الرعاية التلطيفية لعلاج مرضى السرطان بمتوسط (٢.٨٤) بنسبة ٩٤%، حيث تناولت دراسة **جيمس ميجل James Midgley 1997** ضرورة إعداد العاملين فى المنظمات والهيئات التى تقدم الرعاية الإجتماعية، وذلك من خلال توفير البيئة المالية اللازمة والملائمة لكافة الظروف والتغيرات.

وجاء فى الترتيب الثالث تعقد اللوائح والقوانين المنظمة لعمل الأخصائي الاجتماعي فى تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بمتوسط (٢.٦٤) بنسبة ٨٨% حيث يرجع ذلك لغياب المشاركة والتفاعل بين الأخصائي الاجتماعي والجهات الإدارية فى صياغة لوائح تتناسب مع متطلبات العمل، وجاء فى الترتيب الرابع ضعف اتصال إدارة المستشفى بمتخذى القرار بالوزارة بمتوسط (٢.٣٦) بنسبة ٧٨.٦٦% ، وهذا يتفق مع النتيجة السابقة فنتيجة لعدم وجود إتصال يتم صياغة لوائح وقوانين مغايرة لطبيعة وأنماط العمل، وجاء فى الترتيب الخامس قلة التنسيق بين الادارات المسؤلة عن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان بمتوسط (٢.٣) بنسبة ٧٦.٦٦% ، وجاء فى المرتبة الاخيرة فرض الادارة مهام معينة على الأخصائي الاجتماعي بمتوسط (٢.١٦) بنسبة ٧٢%، حيث يؤدى ذلك إلى عدم قدرة الأخصائي الاجتماعي على الوفاء بالاحتياجات الأساسية عند التعامل مع مريض السرطان.

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول (٤) المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند التعامل مع فريق العمل

(ن=٥٠)

الترتيب	النسبة	المتوسط الحسابي	مجموع الأوزان	الاستجابات			العبارات	م
				لا	إلى حد ما	نعم		
٥	%٧٣.٣	٢.٢	١١٠	١٢	١٦	٢٢	إهمال فريق العمل لدور الأخصائي الاجتماعي في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضى	١
٣	%٨٢.٦٦	٢.٤٨	١٢٤	٧	١٢	٣١	ضعف التعاون بين أعضاء فريق العمل على تقديم خدمات الرعاية التلطيفية	٢
٦	%٧٢.٦٦	٢.١٨	١٠٩	٧	٢٧	١٦	تدخل أعضاء فريق العمل في مهام الأخصائي الاجتماعي	٣
٤	%٨١.٣٣	٢.٤٤	١٢٢	٦	١٦	٢٨	قله إدراك فريق العمل لدور الأخصائي الاجتماعي مع مرضى السرطان	٤
٢	%٨٤	٢.٥٢	١٢٦	٧	٧	٣٥	قله إهتمام أعضاء فريق العمل بمتابعة حالات مرضى السرطان	٥
١	%٨٩.٣٣	٢.٦٨	١٣٤	٤	٨	٣٨	عدم إدراك أعضاء فريق العمل بالمهام والمسئوليات المسندة اليهم	٦
مستوى مرتفع		٢.٤٢		متوسط البعد ككل				

يتضح من بيانات الجدول السابق أن :

معوقات تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان من قبل فريق العمل من وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي بمستوى مرتفع بمتوسط (٢.٤٢) حيث جاء فى المرتبة الاولى عدم إدراك أعضاء فريق العمل بالمهام والمسئوليات المسندة اليهم بمتوسط (٢.٦٨) وبنسبة ٨٩.٣٣%، حيث أكد على ذلك دراسة دراسة أشرف حامد نور ٢٠٠٥ والتي أشارت إلى وجود مشكلات تتعلق بإدارة فريق العمل، من حيث توزيع الدور والمهام بينهم، وجاء فى الترتيب الثانى قله إهتمام أعضاء فريق العمل بمتابعة حالات مرضى السرطان بمتوسط (٢.٥٢) بنسبة ٨٤%، وجاء فى الترتيب الثالث ضعف التعاون بين أعضاء فريق العمل على تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بمتوسط (٢.٤٨) وبنسبة ٨٢.٦٦%، وجاء فى الترتيب الرابع قله إدراك فريق العمل لدور الأخصائي الاجتماعي مع مرضى السرطان بمتوسط (٢.٤٤) وبنسبة ٨١.٣٣% وجاء فى الترتيب الخامس إهمال فريق العمل لدور الأخصائي الاجتماعي فى تقديم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضى بمتوسط (٢.٢) وبنسبة ٧٣.٣% ، وجاء فى المرتبة الأخيرة تدخل أعضاء فريق العمل فى مهام الأخصائي الاجتماعي بمتوسط (٢.١٨) وبنسبة ٧٢.٦٦%، ويعتبر هذا البعد دلالة على أنماط الفكر والثقافة التى يؤمن بها الأفراد فى المجتمعات النامية، من حيث الإتجاه نحو العمل الفردى الذاتى ، وإغفال الجانب التعاونى التضامنى الذى يساعد على تحقيق أهداف العمل .

جدول (٥) المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي التي قد ترجع لأسباب شخصية:

(ن=٥٠)

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	النسبة	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	نقص المعارف اللازمه حول طبيعة العمل المهني	٢٧	١٥	٨	١١٩	٢.٣٨	٧٩.٣٣ %	٥
٢	نقص المهارات اللازمة للتعامل مع مرضى السرطان وتقديم خدمات الرعاية التلطيفية لهم	٣٢	١٤	٤	١٢٨	٢.٥٦	٨٥.٣٣ %	٤
٣	عدم تعاون الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل لتقديم الرعاية للمرضى	١٦	٢٧	٧	١٠٩	٢.١٨	٧٢.٦٦ %	٦
٤	عدم التزام الأخصائي الاجتماعي بالمبادئ المهنية أثناء التعامل مع المرضى	٣٨	٥	٧	١٣١	٢.٦٢	٨٧.٣٣ %	٢
٥	انشغال الأخصائي الاجتماعي بالأعمال الإدارية	٣٤	١١	٥	١٢٩	٢.٥٨	٨٦ %	٣
٦	نقص الخبرات التدريبية اللازمه للعمل المهني	٤٢	٧	١	١٤١	٢.٨٢	٩٤ %	١
مستوى مرتفع	متوسط البعد ككل					٢.٥٢		

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

معوقات تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان من قبل الأخصائي الاجتماعي نفسها بمستوى مرتفع بمتوسط (٢.٥٢) حيث جاء في الترتيب الاول نقص الخبرات التدريبية اللازمه للعمل المهني بمتوسط (٢.٨٢) وبنسبة ٩٤ % وهذا ما تناولته دراسة دراسة جيمس ميغل 1997

James Midgley ، والتي أكدت على أن أغلب المشكلات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي تتعلق بضعف المهارات والإمكانيات المهنية، وجاء في الترتيب الثاني عدم التزام الأخصائي الاجتماعي بالمبادئ المهنية أثناء التعامل مع المرضى بمتوسط (٢.٦٢) ونسبة ٨٧.٣٣% وجاء في الترتيب الثالث انشغال الأخصائي الاجتماعي بالأعمال الإدارية بمتوسط (٢.٥٨) ونسبة ٨٦% ، وهذا يتفق مع الجدول رقم (٣) في أن عدم وضوح الأدوار المهنية للاخصائي الاجتماعي مع وجود أعمال تفرض عليه خارج مهامه الوظيفية تمثل أحد المعوقات الأساسية التي تواجهه، ، وجاء في الترتيب الرابع نقص المهارات اللازمة للتعامل مع مرضى السرطان وتقديم خدمات الرعاية التلطيفية لهم بمتوسط (٢.٥٦) ونسبة ٨٥.٣٣%، وجاء في الترتيب الخامس نقص المعارف اللازمة حول طبيعة العمل المهني بمتوسط (٢.٣٨) ونسبة ٧٩.٣٣% وجاء في المرتبة الأخيرة عدم تعاون الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل لتقديم الرعاية للمرضى بمتوسط (٢.١٨) ونسبة ٧٢.٦٦%.

جدول (٦) المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند التعامل مع المريض

(ن=٥٠)

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	النسبة	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	عدم تقبل المريض للعلاج	١٨	٢٠	١٢	١٠٦	٢.١٦	٧٠.٦٦%	٦
٢	الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض	٢٦	١٣	١١	١١٥	٢.٣	٧٦.٦٦%	٤
٣	القلق الزائد عند المريض	٣٢	١٥	٣	١٢٩	٢.٥٨	٨٦%	١
٤	رفض المريض التعامل مع الأخصائي الاجتماعي	١٢	١٨	٢٠	٩٢	١.٨٤	٦١.٣٣%	٧
٥	عدم شعور المريض بالتقدير الذاتي	٢٤	١٦	١٥	١١٩	٢.٣٨	٧٩.٣٣%	٣
٦	عدم تكيف المريض مع المرض	٢٦	١٩	٥	١٢١	٢.٤٢	٨٠.٦٦%	٢
٧	عدم حصول المريض على الرعاية الصحية اللازمة	١٣	٣٤	٣	١١٠	٢.٢	٧٣.٣٣%	٥
متوسط البعد ككل						٢.٢٧		مستوى متوسط

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

معوقات تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان من قبل المريض ومن وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي بمستوى متوسط بقيمة (٢.٢٧) حيث جاء في المرتبة الاولى القلق الزائد عند المريض بمتوسط (٢.٥٨) وبنسبة ٨٦% وهذا ما تناولته دراسة **El-Lithy, Mohamed Atef Ahmed** ٢٠١٣ في أن المرضى بأمراض مزمنة يعانون من ضغط شديد وقلق بسبب طبيعة هذه الأمراض، وجاء في الترتيب الثانى عدم تكيف المريض مع المرض بمتوسط (٢.٤٢) وبنسبة ٨٠.٦٦%، وقد يرجع ذلك إلى نظرة المجتمع له وتصدير شعور له بأنه غير مرغوب فى المجتمع ، وجاء فى الترتيب الثالث عدم شعور المريض بالتقدير الذاتى بمتوسط (٢.٣٨) وبنسبة ٧٩.٣٣% ، وجاء فى الترتيب الرابع الاضطراب النفسى الذى يعانى منه المريض بمتوسط (٢.٣) وبنسبة ٧٦.٦٦% ، وجاء فى الترتيب الخامس عدم حصول المريض على الرعاية الصحية اللازمة بمتوسط (٢.٢) وبنسبة ٧٣.٣٣%، حيث تعتبر هذه العبارة نتيجة لكل الأبعاد فى الجدول رقم (٣) والجدول رقم (٤)، وجاء فى الترتيب السادس عدم تقبل المريض للعلاج بمتوسط (٢.١٦) وبنسبة ٧٠.٦٦%، وجاء فى الترتيب الاخير رفض المريض التعامل مع الأخصائي الاجتماعي بمتوسط (١.٨٤) وبنسبة ٦١.٣٣%، وقد يرجع ذلك إلى ضعف إعداد الأخصائي الاجتماعي وبالتالي لا يمتلك مهارات التعامل مع الحالات الفردية.

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول (٧) المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند التعامل مع أسرة المريض

(ن=٥٠)

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	النسبة	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	عدم إدراك الأسرة لطبيعة المرض	١٨	٢٠	٨	١٠٢	٢.٠٤	٦٨%	٧
٢	نقص وعى الأسرة بدور الأخصائي الاجتماعي مع مرضى السرطان	٢٨	١٧	٧	١١٩	٢.٣٨	٧٩.٣٣%	٤
٣	قلة المتابعة الدورية من جانب الأسرة مع المستشفى	١٤	٢٨	٨	١٠٦	٢.١٢	٧٠.٦٦%	٦
٤	ضعف المستوى التعليمي للأسرة	٣٢	١١	٧	١٢٥	٢.٥	٨٣.٣٣%	٢
٥	ضعف المستوى الثقافي للأسرة	٢١	٢٣	٦	١١٥	٢.٣	٧٦.٦٦%	٥
٦	الانشغال بالظروف المعيشية وترك المريض	٢٥	٢٠	٥	١٢٠	٢.٤	٨٠%	٣
٧	انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة	٣٣	١٤	٣	١٣٠	٢.٦	٨٦.٦٦%	١
متوسط البعد ككل						٢.٣٣		مستوى متوسط

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

معوقات تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان من قبل الأسرة ومن وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي جاء بمستوى متوسط بقيمة (٢.٣٣)، حيث جاء في الترتيب الأول انخفاض

المستوى الاقتصادي للأسرة بمتوسط (٢.٦) وبنسبة ٨٦.٦٦%، حيث أكدت على ذلك دراسة Gilbert Crouse, et al ٢٠١٤ على أن مرضى الأمراض المزمنة يعانون من نقص في الموارد المالية بسبب تكاليف التحاليل والعلاج اللازمة لهم، وجاء في الترتيب الثاني ضعف المستوى التعليمي للأسرة بمتوسط (٢.٥) وبنسبة ٨٣.٣٣%، وجاء في الترتيب الثالث الانشغال بالظروف المعيشية وترك المريض بمتوسط (٢.٤) وبنسبة ٨٠%، وهذا ما أكدت عليه دراسة نشوى محمد عبد الخالق ١٩٩٩ والتي تناولت المشكلات الإجتماعية التي يعاني منها مريض السرطان وأسرته من ضعف علاقات إجتماعية ومشاركة وتفاعل وتضامن وتعاون، وجاء في الترتيب الرابع نقص وعى الأسرة بدور الأخصائي الاجتماعي مع مرضى السرطان في الترتيب الخامس متوسط (٢.٣٨) وبنسبة ٧٩.٣٣% وجاء ضعف المستوى الثقافي للأسرة بمتوسط (٢.٣) وبنسبة ٧٦.٦٦% وجاء في الترتيب السادس قلة المتابعة الدورية من جانب الأسرة مع المستشفى بمتوسط (٢.١٢) وبنسبة ٧٠.٦٦% وجاء في الترتيب الأخير عدم إدراك الأسرة لطبيعة المرض بمتوسط (٢.٠٤) وبنسبة ٦٨%، حيث يعكس ذلك نقص الإهتمام بالجانب التوعوي والتثقيفي من جانب أجهزة الدولة والمجتمع المحيط.

جدول (٨) المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي التي قد ترجع للمجتمع

(ن=٥٠)

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	النسبة	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	ضعف الوعي المجتمعي تجاه التعامل مع مرضى السرطان	٢٨	١٣	٩	١١٩	٢.٣٨	٧٩.٣٣%	٥
٢	نقص التوعية بمخاطر الإصابة بمرضى السرطان	٣٧	١٠	٣	١٣٤	٢.٦٨	٨٩.٣٣%	٤
٣	قصور الاجراءات اللازمة للتعامل مع مرضى السرطان	١٨	١٧	١٥	١٠٣	٢.٠٦	٦٨.٦٦%	٦
٤	نقص التوعية بطرق التعامل مع مرضى السرطان	٤١	٨	١	١٤٠	٢.٨	٩٣.٣٣%	٣
٥	ارتفاع أسعار الادويه يعوق حصول المريض على الدواء اللازم	٤٥	٥	-	١٤٥	٢.٩	٩٦.٦٦%	١
٦	تعقد الاجراءات اللازمة لحصول المرضى على الادوية والعقاقير اللازمة	٤٤	٦	-	١٤٤	٢.٨٨	٩٦%	٢
مستوى مرتفع		متوسط البعد ككل				٢.٦٢		

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

معوقات تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان من جانب المجتمع ومن وجهة نظر الأخصائي الاجتماعي جاء بمستوى مرتفع بقيمة (٢.٦٢) حيث جاء فى الترتيب الاول ارتفاع أسعار الادويه يعوق حصول المريض على الدواء اللازم بمتوسط (٢.٩) وبنسبة ٩٦.٦٦%، وهذا ما تناولته دراسته مريم ثروت اسحاق ٢٠٠٠ حول الظروف الإقتصادية وأثرها على مريض السرطان، وجاء فى الترتيب الثانى تعقد الاجراءات اللازمة لحصول المرضى على الادوية والعقاقير اللازمة بمتوسط (٢.٨٨) وبنسبة ٩٦% ، وجاء فى الترتيب الثالث نقص التوعية بطرق التعامل مع مرضى

السرطان بمتوسط (٢.٨) وبنسبة ٩٣.٣٣%، وجاء في الترتيب الرابع نقص التوعية بمخاطر الإصابة بمرضى السرطان بمتوسط (٢.٦٨) وبنسبة ٨٩.٣٣% ، وجاء في الترتيب الخامس ضعف الوعي المجتمعي تجاه التعامل مع مرضى السرطان بمتوسط (٢.٣٨) وبنسبة ٧٩.٣٣% ، وجاء في الترتيب الاخير قصور الاجراءات اللازمة للتعامل مع مرضى السرطان بمتوسط (٢.٠٦) وبنسبة ٦٨.٦٦%، حيث تناولت دراسة صفاء فضل هاشم شحاته ٢٠١٢ ضرورة توفير الدولة والأجهزة المعنية للوسائل والأساليب التثقيفية لسكان المجتمع بكيفية التعامل مع مرضى السرطان وربطهم بالبيئة المحيطة.

ثانياً: المقترحات التي تساعد الأخصائي الاجتماعي على مواجهة المعوقات التي تؤثر على أداء عمله:

جدول (٩) مقترحات راجعة الى التعامل مع إدارة المستشفى:

(ن=٥٠)

الترتيب	النسبة	المتوسط الحسابي	مجموع الأوزان	الاستجابات			العبارات	م
				لا	إلى حد ما	نعم		
٤	٩٤%	٢.٨٢	١٤١	١	٧	٤٢	مرونة اللوائح والقوانين المنظمة لعمل الأخصائي الاجتماعي فى تقديم خدمات الرعاية التلطيفية	١
٣	٩٧.٣٣%	٢.٩٢	١٤٦	-	٤	٤٦	توزيع الادارة مهام معينة على الأخصائي الاجتماعي بأسس عادلة	٢
٥	٨٩.٣٣%	٢.٦٨	١٣٤	٥	٦	٣٩	زيادة الموارد المالية اللازمة خدمات الرعاية التلطيفية لعلاج مرضى السرطان	٣
٢	٩٨%	٢.٩٤	١٤٧	-	٣	٤٧	إعداد الكوادر البشرية المؤهلة للتعامل مع مرضى السرطان	٤
٦	٨٦.٦٦%	٢.٦	١٣٠	٦	٨	٣٦	تفعيل وسائل الاتصال بين إدارة المستشفى ومتخذي القرار بالوزارة	٥
١	٩٩.٣٣%	٢.٩٨	١٤٩	-	١	٤٩	التنسيق بين الادارات المسؤولة عن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان	٦
مستوى مرتفع		٢.٨٢		متوسط البعد ككل				

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

المقترح الذى يرجع الى إدارة المستشفى جاء بمستوى مرتفع بمتوسط ٢.٨ حيث جاء فى الترتيب الاول المقترح الذى يرتبط بالتنسيق بين الادارات المسؤولة عن تقديم خدمات الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان بمتوسط ٢.٩٨ وبنسبة ٩٩.٣٣% حيث يعتبر هذا نتيجة فعلية للجدول رقم

() ، وجاء فى الترتيب الثانى إعداد الكوادر البشرية المؤهلة للتعامل مع مرضى السرطان بمتوسط ٢.٩٤ وبنسبة ٩٨%، وهذا ما اكدت عليه دراسة **جيمس ميجل James Midgley 1997** حول ضرورة إعداد الكوادر البشرية بما يتناسب مع التغيرات المجتمعية، وجاء فى الترتيب الثالث توزيع الادارة مهام معينة على الأخصائي الاجتماعى بأسس عادلة بمتوسط ٢.٩٢ وبنسبة ٩٧.٣٣%، وجاء فى الترتيب الرابع مرونة اللوائح والقوانين المنظمة لعمل الأخصائي الاجتماعى فى تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بمتوسط ٢.٨٢ وبنسبة ٩٤%، وجاء فى الترتيب الخامس زيادة الموارد المالية اللازمة خدمات الرعاية التلطيفية لعلاج مرضى السرطان بمتوسط ٢.٦٨ وبنسبة ٨٩.٣٣%، وجاء فى الترتيب الاخير تفعيل وسائل الاتصال بين إدارة المستشفى ومتخذى القرار بالوزارة بمتوسط ٢.٦ وبنسبة ٨٦.٦٦%.

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول (١٠) مقترحات راجعه الى فريق العمل:

(ن=٥٠)

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	النسبة	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	إدراك فريق العمل لدور الأخصائي الاجتماعي فى تقديم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضى	٤٤	٥	١	١٤٣	٢.٨٦	٩٥.٣٣ %	٣
٢	التعاون بين أعضاء فريق العمل على تقديم خدمات الرعاية التلطيفية	٤٧	٣	١	١٤٨	٢.٩٦	٩٨.٦٦ %	١
٣	فهم أعضاء فريق العمل مهام الأخصائي الاجتماعي	٤٢	٨	-	١٤٢	٢.٨٤	٩٤.٦٦ %	٥
٤	زيادة إدراك فريق العمل لدور الأخصائي الاجتماعي مع مرضى السرطان	٤٥	٥	-	١٤٥	٢.٩	٩٦.٦٦ %	٢
٥	إهتمام أعضاء فريق العمل بمتابعة حالات مرضى السرطان	٤١	٧	٢	١٣٩	٢.٧٨	٩٢.٦٦ %	٦
٦	إدراك أعضاء فريق العمل بالمهام والمسئوليات المسندة اليهم	٤٣	٦	١	١٤٢	٢.٨٤	٩٤.٦٦ %	٤
متوسط البعد ككل						٢.٨		مستوى مرتفع

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

المقترح المرتبط بفريق العمل جاء بمستوى مرتفع بمتوسط ٢.٨٦ ، حيث جاء فى المقترح الاول التعاون بين أعضاء فريق العمل على تقديم خدمات الرعاية التلطيفية بمتوسط ٢.٩٦ وبنسبة ٩٨.٦٦% وذلك للتعامل مع كافة المشكلات المتغيرة والمتداخلة التى يعانى بها مريض السرطان سواء كانت إقتصادية أو إجتماعية ، وجاء فى المقترح الثانى زيادة إدراك فريق العمل لدور

الأخصائي الاجتماعي مع مرضى السرطان بمتوسط ٢.٩ وبنسبة ٩٦.٦٦% ، وجاء في المقترح الثالث إدراك فريق العمل لدور الأخصائي الاجتماعي في تقديم خدمات الرعاية التلطيفية للمرضى بمتوسط ٢.٨٦ وبنسبة ٩٥.٣٣% وجاء في المقترح الرابع إدراك أعضاء فريق العمل بالمهام والمسئوليات المسندة اليهم بمتوسط ٢.٨٤ وبنسبة ٩٤.٦٦% وجاء في المقترح الخامس فهم أعضاء فريق العمل مهام الأخصائي الاجتماعي بمتوسط ٢.٨٤ وبنسبة ٩٤.٦٦%، وجاء في المقترح الاخير إهتمام أعضاء فريق العمل بمتابعة حالات مرضى السرطان بمتوسط ٢.٧٨ وبنسبة ٩٢.٦٦%.

مجلة الخدمة الاجتماعية

جدول (١١) مقترحات راجعه الى الاخصائي نفسه:

(ن=٥٠)

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط الحسابي	النسبة	الترتيب
		نعم	إلى حد ما	لا				
١	زيادة المعارف اللازمه حول طبيعة العمل المهني	٤٧	٣	-	١٤٧	٢.٩٤	٩٨%	٤
٢	زيادة المهارات اللازمة للتعامل مع مرضى السرطان وتقديم خدمات الرعاية التلطيفية لهم	٤٥	٤	١	١٤٤	٢.٨٨	٩٦%	٥
٣	تعاون الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل لتقديم الرعاية للمرضى	٤٤	٣	٣	١٤١	٢.٨٢	٩٤%	٦
٤	التزام الأخصائي الاجتماعي بالمبادئ المهنية أثناء التعامل مع المرضى	٤٨	٢	-	١٤٨	٢.٩٦	٩٨.٦% ٦%	٣
٥	عدم انشغال الأخصائي الاجتماعي بالأعمال الإدارية	٤٩	١	-	١٤٩	٢.٩٨	٩٩.٣% ٣%	٢
٦	عمل نماذج محاكاة فى مختلف المؤسسات المهنية العاملة مع مرضى السرطان	٥٠	-	-	١٥٠	٣	١٠٠%	١
متوسط البعد ككل						٢.٩٣		مستوى مرتفع

يتضح من بيانات الجدول السابق أن:

المقترح المرتبط بالأخصائي الاجتماعي جاء بمستوى مرتفع وبمتوسط ٢.٩٣، حيث جاء فى الترتيب الاول المقترح عمل نماذج محاكاة فى مختلف المؤسسات المهنية العاملة مع مرضى السرطان بمتوسط ٣ وبنسبة ١٠٠% وذلك للإطلاع على مختلف الأساليب والأدوات المستخدمة عند التعامل مع مرضى السرطان ، وجاء فى الترتيب الثانى المقترح عدم انشغال الأخصائي الاجتماعي

مجلة الخدمة الاجتماعية

بالاعمال الادارية بمتوسط ٢.٩٨ وبنسبة ٩٩.٣٣%، وجاء فى الترتيب الثالث المقترح التزام الأخصائى الاجتماعى بالمبادئ المهنية أثناء التعامل مع المرضى بمتوسط ٢.٩٦ وبنسبة ٩٨.٦٦%، وجاء فى الترتيب الرابع المقترح زيادة المعارف اللازمه حول طبيعة العمل المهنى بمتوسط ٢.٩٤ وبنسبة ٩٨%، وجاء فى الترتيب الخامس

زيادة المهارات اللازمة للتعامل مع مرضى السرطان وتقديم خدمات الرعاية التلطيفية لهم بمتوسط ٢.٨٨ وبنسبة ٩٦%، وجاء فى الترتيب الاخير المقترح تعاون الأخصائى الاجتماعى مع فريق العمل لتقديم الرعاية للمرضى بمتوسط ٢.٨٢ وبنسبة ٩٤%.

جدول (١٢) مقترحات راجعه الى المريض:

(ن=٥٠)

الترتيب	النسبة	المتوسط الحسابي	مجموع الأوزان	الاستجابات			العبارات	م
				لا	إلى حد ما	نعم		
٣	٩٩.٣٣ %	٢.٩٨	١٤٩	-	١	٤٩	تقبل المريض للعلاج	١
٧	٩٦.٦٦ %	٢.٩	١٤٥	١	٣	٤٦	تقليل الاضطراب النفسى الذى يعانى منه المريض	٢
٤	٩٨.٦٦ %	٢.٩٦	١٤٨	-	٢	٤٨	تقليل القلق الزائد عند المريض	٣
٦	٩٦.٦٦ %	٢.٩	١٤٥	-	٥	٤٥	وعى المريض بالتعامل مع الأخصائى الاجتماعى	٤
٢	١٠٠%	٣	١٥٠	-	-	٥٠	شعور المريض بالتقدير الذاتى	٥
٥	٩٧.٣٣ %	٢.٩٢	١٤٦	-	٤	٤٦	تكيف المريض مع المرض	٦
١	١٠٠%	٣.	١٥٠	-	-	٥٠	حصول المريض على الرعاية الصحية اللازمة	٧
مستوى مرتفع		٢.٩٥		متوسط البعد ككل				

يتضح من بيانات الجدول السابق بان المقترح الذى يرجع الى المريض جاء بمستوى مرتفع بمتوسط ٢.٩٥، حيث جاء فى الترتيب الاول المقترح حصول المريض على الرعاية الصحية اللازمة بمتوسط ٣ وبنسبة ١٠٠%، وجاء فى الترتيب الثانى المقترح شعور المريض بالتقدير الذاتى بمتوسط ٣ وبنسبة ١٠٠%، وجاء فى الترتيب الرابع المقترح تقليل القلق الزائد عند المريض بمتوسط ٣.٩٦ وبنسبة ٩٨.٦٦٥%، وجاء فى الترتيب الخامس المقترح تكيف المريض مع المرض بمتوسط ٢.٩٢ وبنسبة ٩٧.٣٣%، وجاء فى الترتيب السادس المقترح وعى المريض بالتعامل مع الأخصائي الاجتماعى بمتوسط ٢.٩ وبنسبة ٩٦.٦٦٥%، وجاء فى الترتيب الاخير المقترح تقليل الاضطراب النفسى الذى يعانى منه المريض بمتوسط ٢.٩ وبنسبة ٩٦.٦٦%.

جدول (١٣) مقترحات راجعه الى الاسرة:

(ن=٥٠)

الترتيب	النسبة	المتوسط الحسابي	مجموع الأوزان	الاستجابات			العبارات	م
				لا	إلى حد ما	نعم		
٦	٩٤.٦٦ %	٢.٨٤	١٤٢	-	٨	٤٢	إدراك الاسرة لطبيعة المرض	١
٧	٨٦%	٢.٥٨	١٢٩	٨	٥	٣٧	زيادة وعى الاسرة بدور الأخصائي الاجتماعى مع مرضى السرطان	٢
٢	٩٨.٦٦ %	٢.٩٦	١٤٨	-	٢	٤٨	المتابعة الدورية من جانب الاسرة مع المستشفى	٣
٣	٩٧.٣٣ %	٢.٩٢	١٤٦	١	٣	٤٦	رفع المستوى التعليمى للاسرة	٤
٤	٩٧.٣٣ %	٢.٩٢	١٤٦	-	٤	٤٦	رفع المستوى الثقافى للاسرة	٥
٥	٩٥.٣٣ %	٢.٨٦	١٤٣	١	٥	٤٤	الاهتمام بالظروف المعيشية والمريض	٦
١	٩٩%	٢.٩٨	١٤٩	-	١	٤٩	زيادة المستوى الاقتصادى للاسرة	٧
مستوى مرتفع		٢.٨٦		متوسط البعد ككل				

يتضح من بيانات الجدول السابق بان:

المقترح الذى يرجع الى الاسرة جاء بمستوى مرتفع وبمتوسط ٢.٨٦ ، حيث جاء فى الترتيب الاول المقترح زيادة المستوى الاقتصادى للاسرة بمتوسط ٢.٩٨ وبنسبة ٩٩%، وجاء فى الترتيب الثانى المقترح المتابعة الدورية من جانب الاسرة مع المستشفى بمتوسط ٢.٩٦ وبنسبة ٩٨.٦٦%، وجاء فى الترتيب الثالث المقترح رفع المستوى التعليمى للاسرة بمتوسط ٢.٩٢ وبنسبة ٩٧.٣٣% ، وجاء فى الترتيب الرابع المقترح رفع المستوى الثقافى للاسرة بمتوسط ٢.٩٢ وبنسبة ٩٧.٣٣%، وجاء فى الترتيب الخامس المقترح الاهتمام بالظروف المعيشية والمريض بمتوسط ٢.٨٦ وبنسبة ٩٥.٣٣%، وجاء فى الترتيب السادس إدراك الاسرة لطبيعة المرض بمتوسط ٢.٨٤ وبنسبة ٩٤.٦٦% وجاء فى الترتيب الاخير المقترح زيادة وعى الاسرة بدور الأخصائى الاجتماعى مع مرضى السرطان بمتوسط ٢.٥٨ وبنسبة ٨٦%.

جدول (١٤) مقترحات راجعه الى المجتمع:

(ن=٥٠)

الترتيب	النسبة	المتوسط الحسابي	مجموع الأوزان	الاستجابات			العبارات	م
				لا	إلى حد ما	نعم		
٦	٩٤%	٢.٨٢	١٤١	٢	٥	٤٣	الوعى المجتمعى تجاة التعامل مع مرضى السرطان	١
٤	٩٨%	٢.٩٤	١٤٧	-	٣	٤٧	التوعية بمخاطر الإصابة بمرضى السرطان	٢
٥	٩٦.٦٦%	٢.٩	١٤٥	١	٣	٤٦	تيسير الاجراءات اللازمة للتعامل مع مرضى السرطان	٣
٢	١٠٠%	٣	١٥٠	-	-	٥٠	التوعية بمخاطر الإصابة بمرض السرطان	٤
١	١٠٠%	٣	١٥٠	-	-	٥٠	خفض أسعار الادويه حتى لايعوق حصول المريض على الدواء اللازم	٥
٣	٩٨.٦٦%	٢.٩٦	١٤٨	-	٢	٤٨	سهولة الاجراءات اللازمة لحصول المرضى على الادوية والعقاقير اللازمة	٦
مستوى مرتفع		٢.٩٤					متوسط البعد ككل	

يتضح من بيانات الجدول أن:

المقترح المرتبط بالمجتمع جاء بمستوى مرتفع ومتوسط ٢.٩٤ ، حيث جاء في الترتيب الاول المقترح خفض أسعار الادويه يعوق حصول المريض على الدواء اللازم بمتوسط ٣ ونسبة ١٠٠%، وجاء في الترتيب الثانى المقترح التوعية بمخاطر الاصابة بمرض السرطان بمتوسط ٣ ونسبة ١٠٠%، وجاء في الترتيب الثالث المقترح سهولة الاجراءات اللازمة لحصول المرضى على الادوية والعقاقير اللازمة بمتوسط ٢.٩٦ ونسبة ٩٨.٦٦٥ ، وجاء في الترتيب الرابع المقترح التوعية بمخاطر الاصابة بمرضى السرطان بمتوسط ٢.٩٤ ونسبة ٩٨% ، وجاء في الترتيب الخامس تيسير الاجراءات اللازمة للتعامل مع مرضى السرطان بمتوسط ٢.٩ ونسبة ٩٦.٦٦% ، وجاء في الترتيب الاخير المقترح الوعى المجتمعى تجاة التعامل مع مرضى السرطان بمتوسط ٢.٨٢ ونسبة ٩٤%.

تاسعاً: التصور المقترح للحد من المعوقات التى تواجه الأخصائى الاجتماعى فى أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان :

بناءً على الاطار النظرى الذى تم الإطلاع عليه، تم التوصل الى العديد من التوصيات والتى نحاول رصدها والاستناد اليها وذلك للوصول الى تصور مقترح بشأن مواجهة المعوقات التى تواجه الأخصائى الاجتماعى فى أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان ، وذلك من خلال الاستناد الى ما انطوت عليه الأسس النظرية للخدمة الإجتماعية من معطيات نظرية ومداخل واتجاهات ونماذج علميه .

وتأسيساً على ذلك برزت مداخل متعدده لمعالجه المعوقات التى تواجه الأخصائى الاجتماعى ، ومن ثم تم وضع تصور مقترح لمواجهه المعوقات التى تواجه الأخصائى الاجتماعى فى أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان.

و يتضمن هذا التصور النقاط الرئيسية التالية :

١. الأسس التى يقوم عليها التصور المقترح .
٢. الأهداف الأساسيه للتصور المقترح .
٣. أساليب و اجراءات تحقيق أهداف هذا التصور المقترح.
٤. الاستراتيجيات المستخدمه فى التصور المقترح .
٥. الأدوار المهنية للأخصائى الاجتماعى كمارس عام.
٦. عوامل نجاح التصور المقترح .

١. الأسس التي يقوم عليها التصور المقترح:

- تحليل الدراسات الاطار النظرى .
- الاستفادة من نتائج البحوث والدراسات السابقة .
- اولئك لابد من توافر مجموعه من الوسائل المهنية التي يجب أن يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كـ
ممارس عام لتطبيق التصور المقترح منها مايلى :
- عقد العديد من الندوات العلمية المعنية بأدوار الرعاية التلطيفية بمستشفيات السرطان.
- الاجتماعات .
- ورش عمل .
- المناقشات الجماعية .
- وسائل الاعلام المختلفة .
- النشرات الدورية التي توضح أهميه وأهداف دور الأخصائي الاجتماعي فى أقسام الرعاية التلطيفية.

٢. الأهداف الأساسية للتصور المقترح:

- تتمثل فى الحد من المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي فى أقسام الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان:
- تقبل الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبى لأدوارهم المهنية .
 - توفير الامكانيات المادية لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية .
 - توفير الامكانيات التخطيطية والتنظيمية لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية.
 - توفير القوى البشرية والتنظيمية اللازمه لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية .
 - توفير الدورات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين والفريق الطبى فى هذا المجال لتنمية مهاراتهم العمليه فى بدايه عملهم .
 - اقتراح أساليب مهنية تساهم فى الحد من المعوقات التي تعوق عمل الأخصائي الاجتماعي فى أقسام الرعاية التلطيفية.

٣. أساليب وإجراءات تحقيق أهداف التصور المقترح :

- ضرورة اعداد برامج تدريبية متخصصة للأخصائيين الاجتماعيين والفريق الطبي بحيث تتضمن هذه البرامج طرق وأساليب تقديم الخدمات، وكيفية إيجاد تنسيق وتعاون بين الوحدات والأجهزة المختلفة مع الاستعانة بالخبراء والمتخصصين .

- زياده التعاون الايجابي والتنسيق فى الأدوار المهنية وذلك للتخفيف من أعباء العمل الادارى.

* و يمكن التغلب على الصعوبات الماليه كما يلى :

- زياده عدد الأخصائيين الاجتماعيين فى المستشفى.

- مرونة اللوائح والقوانين الخاصه بالصرف.

- زياده المخصصات الماليه لتنفيذ وتقديم الخدمات .

- توافر وسائل للتحفيز المادى لفريق العمل.

- وجود بنود مالية مخصصة للرعاية التلطيفية.

- الاستثمار الأمثل للموارد الماليه .

- وجود مصادر أخرى للتمويل مثل التبرعات.

* و التغلب على الصعوبات التى ترجع الى الأخصائيين الاجتماعيين :

- تزويد الأخصائيين الاجتماعيين بالمهارات.

- اهتمام بعض الأخصائيين الاجتماعيين بتكوين علاقة مهنية طيبة مع الفريق الطبي.

- إطلاع الأخصائي الاجتماعي على كل ما هو جديد.

- اطلاع الأخصائي الاجتماعي على برامج مماثلة لبرامج تقديم الرعاية التلطيفية من الدول المختلفة.

- تدريب الأخصائي الاجتماعي علي استثمار الامكانيات المتاحة.

* و التغلب على الصعوبات التى ترجع الى الفريق الطبي :

- الحث على تكوين علاقه مهنيه مع الأخصائي الاجتماعي.

- اهتمام الفريق الطبي بحضور الندوات.

- حث الفريق الطبي على الاطلاع على كل ما هو حديث.

- حث الفريق الطبي على الإطلاع على برامج مماثلة.

* و التغلب على الصعوبات متعلقه بالقوى البشرية :

- توافر الأعداد الكافيه من الأخصائيين الاجتماعيين والفريق الطبي .

- ايجاد روح العمل الفريقي.
- توافر الكوادر البشرية المؤهلة.
- الحث على الاستثمار الأمثل لجهود القوى العاملة بالمستشفى.
- ٤. الاستراتيجيات المستخدمة في تطبيق هذا التصور :
- ٣. استراتيجيه الاقناع : ويستند الأخصائي الاجتماعي في استخدامه لهذه الاستراتيجيه على اقناع العاملين بالمستشفيات بضروره الحد من المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي في أقسام الرعاية التلطيفية .
- ٤. استراتيجيه تعليم المواطنين : السلوكيات الايجابيه لتدعيم الخدمات النفسية والإجتماعية المقدمة.
- استراتيجيه تغيير السلوك : ويستند الأخصائي الاجتماعي في استخدامه لهذه الاستراتيجيه لتعديل سلوكيات العاملين بالمستشفيات عن الأفكار الخاطئه عن المرض.
- استراتيجيه التنسيق : تهدف هذه الاستراتيجيه التنسيق بين فريق العمل الطبي والأخصائيين الاجتماعيين للحد من معوقات أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره في أقسام الرعاية التلطيفية.
- ١. التكنيكات المستخدمة في تطبيق هذا التصور :
- ٢. التعاون : ويتم تكنيك التعاون بين الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي .
- ٣. العمل المشترك.
- ٤. التعليم .
- ٥. حل المشكله .
- ٦. الاتصالات الممنوحة بين الفريق الطبي والاصصائيين الاجتماعيين في المستشفى .
- ٥. الأدوار المهنيه التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي للحد من معوقات أداء الأخصائي الاجتماعي لدوره في أقسام الرعاية التلطيفية :
- دور الممكن : تمكين العاملين بالمستشفيات على مواجهه الصعوبات والمعوقات.
- دور المرشد : وذلك من خلال ارشاد العاملين بالمستشفى بأهميه أساليب وطرق علمية وفنية في التعامل مع المرضى .

- دور الوسيط : حيث يعمل الأخصائي الاجتماعي كمارس عام كوسيط بين الفريق الطبي والمستشفى، وذلك لمساعدتها للاستفادة من برامج الرعاية المقدمة .
 - دور المنمى : حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي كمارس عام بدوره كمنمى قدرات وامكانيات العاملين بالمستشفى من خلال توعيتهم بطبيعية هذه الفئة وكيفية التعامل معها.
 - دور المخطط: حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بدوره مخطط لبرامج الرعاية التلطيفية من خلال تحديد أسس علميه واضحه، وربطها بأهداف المستشفيات .
- سادسا:"عوامل نجاح التصور المقترح :
- توفير الموارد والامكانيات المادية والبشرية اللازمة.
 - تنفيذ برامج تدريبية متخصصة تساهم فى كفيه تطبيق وتقديم الرعاية التلطيفية.
 - تنفيذ العديد من ورش العمل لفهم مضمون هذه الرعاية.
 - التعرف على انجازات الخطط والبرامج ومدى ماحققته من أهداف .
 - التعرف على الايجابيات والسلبيات "لدمع الايجابى و تقويم السلبى" .
 - قياس كفاءه وفعالية القائمين على تنفيذ برامج الرعاية التلطيفية، وقدراتهم على تحمل أعباء تنفيذ أهداف الخطط من خلال ترجمة الخطط الى اجراءات تنفيذية على مرحله زمنية فى اطار الموارد المتاحة.

سابعاً: مراجع الدراسة:

١. نصر خليل عمران: تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهةها، مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٩، ص ٢٠٣.
٢. هناء حافظ بدوي: التنمية الاجتماعية "رؤية واقعية لمنظور الخدمة الاجتماعية"، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠، ص ٢٣٩.
٣. عبد المحي محمود حسن: الصحة العامة وصحة المجتمع "الأبعاد الاجتماعية والثقافية"، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠١، ص ١.
٤. مركز البحوث والدراسات السياسية بالأهرام: مصر وتحديات المستقبل، المؤتمر العلمي الثالث للبحوث السياسية، القاهرة، ١٩٩١، ص ١٥٤.
٥. مريم إبراهيم حنا : الرعاية الاجتماعية والنفسية للفئات الخاصة والمعاقين، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠١٠، ص ١٤٢.
٦. رشاد أحمد عبد اللطيف: الخدمة الاجتماعية الطبية مع المرضى بأمراض مزمنة، الرياض، وزارة الصحة السعودية، الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٠، ص ٢.
٧. إبراهيم عبد الهادي المليجي: الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٩٥، ص ٢٠.
8. El-Lithy, Mohamed Atef Ahmed: **Palliative Care Provided by Family Physician to Elderly People**, Faculty of Medicine -family medicine.2013
٩. فيصل محمود غرايبه: الخدمة الاجتماعية الطبية "العمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان"، ط١، القاهرة، داروائل للنشر ، ٢٠٠٨ ، ص ٢١٠.
١٠. حسن شلبي الجندي: تأثير الحياة الروحية الجيدة على يأس نهاية الحياة لمرضى السرطان نوى الرعاية التلطيفية، رسالة ماجستير، كلية الطب جامعه قناه السويس، ٢٠١٢.

11. Bicus taft, A Guide To Treatment Australia, **Aids Health sciences** : ,Diabetes (N.Y: Mellitus macmillan. press),1985,p1.
12. Sarah Gehlert and Teri Arthur Brown: **Hand book of health social work**. Canda: John Wiley Press.2006,p515.
13. Gilbert Crouse, et al: **Welfare Indicators and Risk Factors and Palliative care** , Washington, D.C, Office of Human Services Policy, U.S. Department of Health and Human Services, Thirteenth Report to Congress, 2014

١٤. سلوى محمد هاني : العوامل النفسية والاجتماعية المصاحبة للإصابة بمرض السرطان" دراسة تطبيقية على مرضى قسم علاج الأورام بالأشعاع والطب النووي بمستشفى طب عين شمس"، رسالة ماجستير غير منشورة ،معهدالدراسات والبحوث الإنسانية - قسم العلوم الإنسانية، جامعة عين شمس، ٢٠٠٧، ص٨.

١٥. أشرف حامد :

١٦. إحصاءات منظمات الصحة العالمية

العالمية http://www.who.int/mediacentre/events/official_days/a ٢٠١٣

١٧. إحصاءات المعهد القومي للأورام، ٢٠١٣. <http://www.nci.cu.edu.eg> /

١٨. لبنى محمد عبد المجيد :إسهامات تنظيم المجتمع فى دراسة الجمعيات الأهلية فى مصر، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الأول، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية، بنها، ١٩٩٦، ص٦٢١.

١٩. أحمد محمد البسيونى : تنمية الموارد البشرية بالأندية الاجتماعية والثقافية بحث منشور فى المؤتمر (١٢) ابريل حلوان، لكلية الخدمة الاجتماعية ، ١٩٩٩، ص٤٥١.

20. Rabner lonieann: **Study of social workers assessment of psyche social issues**, University california stat university, long beach, 2001.

٢١. إبراهيم عبد الهادى وآخرون: الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٠، ص٨٩.

٢٢. صفاء فضل هاشم شحاته : برنامج مقترح من منظور الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية لزيادة فعالية أداء الأخصائيين الاجتماعيين فى التخفيف من المشكلات الاجتماعية والنفسية لمرضى سرطان الثدي : دراسة مطبقة على معهد جنوب مصر

- لأورام السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسيوط، ٢٠١٢ .
٢٣. عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون: الرعاية الاجتماعية للمعوقين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٦٩، ص ٢٢٨.
٢٤. على حسين زيدان: نظريات وتطبيقات معاصرة في خدمة الفرد، القاهرة: دار المهندس للنشر، ٢٠٠٥، ص ١٢٥.
25. Tata Robert &Schultz Ronald; **World Variation in Human Welfare: A New Index of Development Status** , Annals of the Association of American Geographers, Vol. 78, No. 4, 1988,p235.
26. Games Midgley, **Social Welfare and Social Development in Global System**, Barkeley , USA , 1997.
27. Andre´s Rodri´guez-Pose, Vassilis Tselios: **Toward Inclusive Growth - Is There Regional Convergence in Social Welfare?** (London, International Regional Science Review, Vol. 38, 2013,p185.
٢٨. علي ابراهيم محرم : المشكلات التي تواجه جماعات مرضى السرطان وأعضائها ودور خدمة الجماعة في التخفيف منها، المؤتمر العلمي الثامن عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٥.
٢٩. جامعة الدول العربية: معجم مصطلحات التنمية الاجتماعية والعلوم المتصلة به (القاهرة، الأمانة العامة لجامعة الدول العربية، سلسلة وثائق ودراسات التنمية الاجتماعية، ١٩٨٣، ص ٩٢
٣٠. معهد الأمم المتحدة لبحوث التنمية الاجتماعية، مكافحة الفقر وعدم المساواة - التغيير الهيكلي والسياسة الاجتماعية والسياسة العامة، ٢٠١٠.
٣١. هيئة الأمم المتحدة: اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، ٢٠١٠.
٣٢. إحصاءات منظمة الصحة العالمية ٢٠١٣
- http://www.who.int/mediacentre/events/official_days/ar
٣٣. رشاد أحمد عبد اللطيف: إدارة المؤسسات الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية، مرجع سبق ذكره، ص ٢٦٩.

٣٤. عبد العزيز حسين محمد يوسف: طريقة إدارة المنظمات الإجتماعية فى الخدمة الإجتماعية، بورسعيد، مطبعة العشرى، ٢٠١٢، ص ١١١.

٣٥. رشاد أحمد عبد اللطيف: نماذج ومهارات طريقة تنظيم المجتمع فى الخدمة الإجتماعية "مدخل متكامل"، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٩٩، ص ١٦١:١٦٢.

36. Benyamin, Chetkow-Yanoov, Dsw: **Social Work Practice "A system Approach"**, London, The Haworth Press, 1992, p23.

٣٧. رشاد أحمد عبد اللطيف: إدارة وتنمية المؤسسات الاجتماعية، الاسكندرية، مطبعة العمرانيه، ٢٠٠٠، ص ٣٣١.

٣٨. أبو بكر الرازى: مختار الصحاح (القاهرة، دار المعارف، بدون سنة نشر)، ص: ٧٤١

٣٩. عطية صقر: الأسرة تحت رعاية الإسلام (القاهرة، الدار المصرية للكتاب، ١٩٩٠)، ص ٣٨٧.

40. Longman Dictionary of Contemporary English (typo Press 1990) p: 768..

٤١. أبو بكر الرازى: مرجع سبق ذكره، ص ٩٠.
٤٢. أحمد شفيق السكرى: مرجع سبق ذكره، ص ٤٥١.
٤٣. محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، القاهرة: الهيئة المصرية العامة، ١٩٧٩، ص ٣٩١.

٤٤. فريدريك معتوق: مرجع سبق ذكره، ص ٢٨٦.
٤٥. إحسان زكى عبد الغفار وآخرون: خدمة الفرد نظريات وتطبيقات، القاهرة، مكتبة الشروق، ١٩٨٥، ص ١٢.

٤٦. خيرى خليل الجميلى: نظريات فى خدمة الفرد، الإسكندرية، المكتب العلمى للكمبيوتر، ١٩٩٦، ص ٢٤.

٤٧. إبراهيم رجب وآخرون: نماذج ونظريات تنظيم المجتمع، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ١٩٨٢، ص ١٦.

٤٨. منظور: لسان العرب، القاهرة، دار المعارف، ١٩٧٦، ص ٣.

٤٩. الفيومى: المصباح المنير، ط-١، ١٩٨٦، ص ٣٥٤.

50. Bradford W. Sheaforet et al, **Socail Work, Aprofession Of Many Faces**, Pearson Education, 2010, (12 th ed), P16.

٥١. الإتحاد الدولي لمرضى التصلب العصبي المتعدد: الشيخوخة في مرض التصلب العصبي، ٢٠١٣، ص ١٩.
٥٢. المرجع السابق: ص ٢١.
٥٣. أريج بنت غازي مطر: الرعاية التلطيفية، الرياض، جامعة الملك عبد العزيز، ٢٠٠٢، ص ٨.
٥٤. محمد أكرم بشتاق: رسائل في العلاج التلطيفي: فلسطين، مؤسسة السبيل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، ٢٠١٠، ص ٥.
٥٥. أحمد شفيق السكري : قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، القاهرة، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠، ص ٦٧.
- 56.AH Suryakantha :Community Medicine "With Recent Advances" India : Jaypee Brothers Medical Publishers, 2009, p499.**
٥٧. سيدهارتا موخيرجي: إمبراطورية الأمراض " السرطان سيرة ذاتية"، ترجمة طارق راشد عليان، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، ٢٠١٣، ص ٢٨.
٥٨. جمعية أصدقاء المريض الخيرية: السرطان حقائق وتوصيات، القدس، ٢٠٠٨، ص ٨، <http://www.pfsjer.org>.