

## فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية

### Effectiveness of Life Model Program in Case Work and Achieving Self-Care for Aged in Social Welfare Homes

إعداد

د/ أحمد محمد محمد محمد حبي

مدرس بقسم خدمة الفرد

بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة



## الملخص العربي:

تُعد الرعاية الذاتية لكبار السن ضرورة حتمية تحتاج إليها هذه الفئة؛ لأنها أحد أسباب وعوامل الرغبة في الاستمرار في الحياة والتمتع بها والشعور بالقبول من جانب الآخرين، ولذا تهدف الدراسة الحالية إلى إختبار فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق أبعاد الرعاية الذاتية لكبار السن المتمثلة في (الجانب البدني - الجانب النفسي - الجانب الاجتماعي - الجانب الروحي)، واعتمد الباحث على المنهج التجريبي عن طريق التجربة القبلية البعدية لجماعة واحدة، كما تحددت أدوات الدراسة في مقياس الرعاية الذاتية وطبقت الدراسة بدار الأمل للمسنين بالمنصورة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

**كلمات مفتاحية:** نموذج الحياة - الرعاية الذاتية.

## Abstract:

The self-care for aged is considered unavoidable necessity which these category need. It represents one of the main causes and factors to desire in continuing in life and enjoying it as well as feeling acceptance from others. Accordingly, the current study seeks to the effectiveness of life model program in case work and achieving the dimensions of self-welfare for aged represented in (physical aspect - psychological aspect - social aspect - spiritual aspect). The researcher depended on the experimental method by using pre-post experiment for one group. The tools of study was determined in self-welfare measure. The study was implemented in Dar Al-Amal for aged in Mansoura. The study resulted demonstrated that there are statistical significance differences between pre-post and post measure for post-measure.

**Key words:** life model - self-care.

## أولاً: مشكلة الدراسة:

تُعد رعاية المسنين في الوقت الحالي ضرورة حتمية تفرضها طبيعة هذا العصر الذي يتميز بارتفاع متوسط الأعمار وتزايد فئة المسنين من السكان في كثير من المجتمعات، ويرجع ذلك إلى عدة أسباب أولها التقدم الطبي ونمو الوعي الصحي للمسنين، وبالتالي يتطلب ذلك التقدم توافره داخل دار المسنين والالتزام بالشروط الصحية للحفاظ على صحة المسن (عويضة، ٢٠٠٣، ص ٣٤).

ولقد تأثرت هذه الفئة كثيراً من كل النواحي لأن العالم يشهد تغيرات ديموغرافية واجتماعية واقتصادية تعم آثارها على كل سكان العالم بكل فئاته العمرية وخاصة كبار السن الذين سيصبحون في عام ٢٠٢٥ حوالي مليار ومئة مليون نسمة، حيث إن قطاع السكان من المسنين هو الأسرع في النمو كما تشير إحصائيات الأمم المتحدة، ولذا فهم يتعرضون لكثير من المشكلات الاجتماعية والصحية والنفسية (الزباد، ٢٠٠٣، ص ١٢٥).

ومن ثم تحظى قضايا المسنين واحتياجاتهم باهتمام مختلف دول العالم، ولقد أكدت الدراسات العلمية في مجال رعاية المسنين على ضرورة الاهتمام بالجوانب المختلفة لهم متمثلة في (الاحتياجات الصحية، والنفسية، والأسرية، والاقتصادية)، وينظر المجتمع المعاصر لاحتياجات المسنين على أنهم جزء أساسي من المجتمع، حتى لو تركوا الحياة العملية، فهذا لا يُعد دليلاً على عجزهم لأن الخبرة والحكمة التي تشكلت لديهم من خلال العمل الطويل تجعل لمشورتهم ثقلاً ووزناً يُعتد بها، ونتيجة التطور الذي نعيشه فقد تغير شكل المجتمع فلم تعد العلاقات الإنسانية علاقات مباشرة غير أولية كما كانت، بل أصبحت معقدة حيث إنه لا يجد كبير السن متفرغاً من أفراد الأسرة من يخدمه أو يسهر على راحته (بركات، ٢٠٠٩، ص ٢٣).

وكبار السن هم أولئك الذين بلغت أعمارهم (٦٠) عاماً أو أكثر، يقدمون مساهمات هامة في المجتمع كأعضاء أسرة ومتطوعين، ومشاركين فاعلين في القوى العاملة، وعلى الرغم من أن معظم كبار السن يتمتعون بصحة نفسية جيدة، إلا أن العديد منهم معرضون لخطر الإصابة باضطرابات نفسية أو اضطرابات عصبية أو مشاكل تعاطي المخدرات، فضلاً عن علل صحية أخرى مثل السكري وضعف السمع والفصال العظمي، علاوة على ذلك كلما ازدادت أعمار الناس كلما أصبوا عرضة لأعراض صحية مختلفة في نفس الوقت (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٧، ص ١٩).

ويعرف المسن على أنه: شخص مُعال من الغير، بحاجة ماسة لأشكال مختلفة من الرعاية والدعم (ناجي، ٢٠١٤، ص ٢٧٢). كما يعرف المسنين بأنهم: الأفراد الذين تخطوا العمر

الرسمى للإحالة للمعاش وهو (٦٠ - ٦٥) عاماً (السكرى, ٢٠٠٠, ص٣٤٩). فى حين يعرف المسنين بأنهم: كبار السن الذين تتجه قوتهم وحيويتهم إلى الإنخفاض مع ازدياد تعرضهم للإصابة بالأمراض التى يتزايد معها الشعور بالحاجة والعناية والرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية (أحمد, ٢٠٠٩, ص١٠٣).

ومن ثم فان تعديل سلوك المسن فى بيئته الطبيعية والاجتماعية, وتقبل ما لا يمكن تعديله فيها ليحقق التوازن النسبى بينه وبين نفسه وبينه وبين البيئة المحيطة به وذلك لإشباع حاجاته البيولوجية والنفسية والاجتماعية, مما يؤدي إلى تغييب الأمراض النفسية والتوترات والصراعات وهو ما يعرف بالتوافق (محمد, ٢٠٢١, ص٧٣٧).

وتؤكد العديد من الدراسات على أن التوافق أمر نسبى يختلف باختلاف المكان والزمان, فقد يكون الفرد متوافقاً فى مجتمع ولا يكون متوافقاً فى مجتمع آخر, وتضيف الدراسات أن التوافق يدل على الصحة النفسية إذا كانت أهداف الفرد تتفق مع معايير وقيم المجتمع وإشباعها بسلوك مقبول, ويدل على ضعف الصحة النفسية إذا لم يبارك المجتمع أهدافه أو كانت سلوكياته تثير سخط الناس, ويعنى توافق الفرد مع نفسه رضاه عنها وعن ماضيها وحاضرها ومستقبلها, وتقبله لقدراتها وصفاتها وحاجاتها وطموحاتها وسعيه إلى تنميتها, أما توافق الفرد مع المجتمع فيقصد به رضاه عن الناس الذين يعيش معهم وعن عاداتهم وتقاليدهم وشعوره بالتقبل والحب والتعاون معهم ورضاهم فى الالتزام بقواعد السلوك السائدة (الحكىمى وآخرون, ٢٠٠٣, ص٨٥).

ويحتل المسنون فى مصر منزلة رفيعة المستوى نتيجة التعاليم الدينية والغرض التربوى الذى تضطلع به دور العبادة والأسرة, ولما بذلوه من جهد متواصل خلال مراحل عمرهم مع الأبناء ودفعاً بالحياة إلى الأمام (أبو النصر, ٢٠١٧, ص٣١).

وتتطلب هذه المرحلة ضرورة وضع خطط تسمح بالاستفادة من جهود وخبرات المسنين وتوفير أوجه الرعاية التى تكفل لهم حياة كريمة مستقرة والعمل على دمجهم فى المجتمع للمساهمة فى تحقيق أهدافه (برنامج الأمم المتحدة الإنمائى, ٢٠١٤, ص٢٣٦).

وتأتى الرعاية الذاتية للمسنين كأهم الموضوعات التى يحتاج إليها المسنين لأنها أحد أسباب عوامل الرغبة فى الاستمرار فى الحياة والتمتع بها والشعور بالقبول من جانب الآخرين, فالرعاية الذاتية تتطلب أن يعطى المسنين وقت مخصص فى الحياة أى أن يعودوا أنفسهم كل يوم مثلاً على وجود وقت مخصص لهم ثابت ضمن برنامجهم اليومي, ويجب أن يحددوا ساعات محددة للنوم وعليهم أن يسعوا لتحقيق الرعاية الذاتية لأنفسهم فهي لا تحتاج إلى أموال, كالنوم, والأكل, والرياضة وغيرها موجودة بشكل مجاني, والرعاية الذاتية متاحة للجميع وليست فقط

للفئات الغنية والذين لا يعانون من مشكلات بل أيضاً للفئات المهمشة التي تعاني من مشكلات في حياتها (هام، ٢٠٢١، ص ٦١٣).

والرعاية الذاتية تعني الاهتمام بالذات، حيث يرى الشخص من خلالها أين هو موجود مع كل الصعوبات التي تحدث وكيف يهتم بذاته نفسياً، جسدياً، روحياً، وعقلياً حتى يستطيع استكمال حياته بطريقة مريحة، فإذا لم نهتم بمسألة الرعاية الذاتية ولم نهتم بأنفسنا سوف نصل إلى مكان خطر، نصبح فيه عرضة للاضطرابات والأمراض النفسية والجسدية نتيجة عدم اهتمامنا بأنفسنا، فنحن يجب أن نحب أنفسنا فبإمكاننا القول أن نكون أنانيين قليلاً مع أنفسنا، وذلك بأن نعطي القليل من الوقت لذاتنا كما نعطي وقت للآخر حتى نستطيع الاستمرار والعطاء للآخرين. (ElKady, 2019, p.78)

ومن ثم يرى الباحث أن الرعاية الذاتية للمسنين تعلمهم كيف يهتموا بأنفسهم وبالأخرين، ويقوموا بالمسؤوليات التي عليهم على أكمل وجه.

وتعتبر مهنة الخدمة الاجتماعية إحدى المهن التي تهدف إلى مساعدة وتقديم الخدمات للمسنين بهدف أن يقوموا بأدوارهم ووظائفهم بشكل أفضل، حيث أن خصائص الناس والبيئة المحيطة بهم وطبيعة مشكلاتهم هي التي تحدد أهداف عملية المساعدة التي ستقوم بها المهنة لهؤلاء (أبو النصر، ٢٠١٧، ص ٢٧).

وهذا ما أكده (William) على ضرورة الاهتمام بقضايا المسنين في المجتمع وذلك لزيادة الوعي بهذه القضايا في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية وأيضاً لزيادة الوعي بين طلاب الخدمة الاجتماعية لتفهم مرحلة الشيخوخة، بالإضافة إلى ضرورة مشاركة مؤسسات المجتمع المحلي التي تقدم خدمات للمسنين الذين يواجهون احتياجات متنوعة، والعمل على زيادة إدراك هذه المؤسسات بكيفية إشباع احتياجات المسنين، ويستخدم الأخصائيون الاجتماعيون العديد من المبادئ والمهارات والتكتيكات المختلفة التي تتوافق مع متطلبات الممارسة المهنية داخل مؤسسات رعاية المسنين (William, 2008, P.335).

وتستطيع الخدمة الاجتماعية فعل ذلك من خلال طرقها المختلفة ومنها طريقة خدمة الفرد التي تسعى الي مساعدة الأفراد علي المواجهة الفعالة مع مشكلاتهم المختلفة مما يساعدهم علي تحقيق التكيف الاجتماعي لهم، ويمكن لطريقة خدمة الفرد أن تستخدم مجموعة من النماذج العلاجية لتحقيق الرعاية الذاتية للمسنين بدور الإيواء، ومن أهم هذه النماذج هو نموذج الحياة.

لذا يُعد نموذج الحياة من النماذج المعاصرة في طريقة خدمة الفرد التي تعتمد على العلاج القصير ويساعد على تقوية ذات الأفراد ودفعهم داخلياً نحو النمو المستمر وإدراك إمكانياتهم وكذلك مساعدتهم على تحسين أدائهم الاجتماعي، وتحقيق مستوى ملائم من التوافق

النفسي والاجتماعي وتحقيق مستوى بيئي ملائم للأفراد والأسر والجماعات الصغيرة (السيسي, ٢٠٠٦, ص ١٦٤٣).

كما يُعد أحد نماذج الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية والذي يستخدم من قبل الأخصائيين الاجتماعيين بغرض تحسين مستوى ونوعية الحياة للعملاء من خلال الموازنة بين الأفراد وبيئاتهم (Turner, 2017, p.299).

ومن ثم يُعد أحد نماذج الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد والذي يستخدم مع المسنين من أجل مساعدتهم على الاستمتاع بحياتهم وشعورهم بالقبول من جانب الآخرين من خلال الاعتناء بالناحية البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية, وهذا يؤدي بدوره إلى تحقيق الرعاية الذاتية لهم.

**ويمكن الاستفادة من نموذج الحياة في تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين كالتالي (مدبولي, ٢٠١٤, ص ٢٨٣):**

- تحسين قدرات المسنين على التعامل مع الضغوط من خلال تقييمات موقفية وشخصية فعالة ومهارات سلوكية تهدف إلى تحريك دوافعهم نحو مشاركتهم في الرعاية الذاتية لأنفسهم.
  - التأثير في البيئات الطبيعية والاجتماعية للمسنين لتكون أكثر استجابة لحاجات الأفراد والجماعات وتحسين كفاءة التبادلات بين الأفراد وبيئاتهم وهذا هو لب عملية التوافق.
  - تحرير الطاقات الداخلية للمسنين وإعطائهم القوة للعمل والاستمرار في الحياة والاستفادة من خبراتهم, وتدعيم مجهوداتهم بالثناء أو التكريم.
  - حماية المسنين والمحافظة عليهم على اعتبار أنهم أهم ما في البيئة الاجتماعية.
  - تدعيم قوة شخصية المسنين وتحسين شبكة علاقاتهم الاجتماعية بالأنساق البيئية الرسمية وغير الرسمية والعمل على إكسابهم بعض المهارات اللازمة في الحياة.
- هذا بالإضافة إلى المميزات الخاصة بنموذج الحياة ومنها (حنا, ٢٠٠١, ص ٣٧):**
- مرونة النموذج حيث يسمح للأخصائي الاجتماعي باستخدام استراتيجيات وتكنيكات وأساليب علاجية مختلفة مع المسنين فهو نموذج حر.

- يُعد النموذج مدخلاً تكاملياً فى استخدامه فى إطار المفاهيم النظرية المرتبطة به والأساليب العلاجية العديدة التى يمكن استخدامها فى الممارسة المهنية.
- يهتم النموذج ويركز على الجوانب الذاتية والبيئية للعمل معاً، وعلاقته بالبيئة الاجتماعية المحيطة.
- واقعية النموذج من خلال تركيزه على الجوانب الأيكولوجية.
- اهتمام النموذج بالأداء الاجتماعى وتدعيم قوة الشخصية لدى العملاء وتدعيم الكفاءة وتقدير الذات والتوجيه الذاتى (السيد، ٢٠٢٠، ص ١٤٨).

ومما يؤكد ما سبق وجود مجموعة من الدراسات السابقة التى تناولت الأبعاد المختلفة لموضوع الدراسة، باستعراض الباحث - وفى حدود علمه - لما سبق من بحوث ودراسات فقد وجد أن معظم الدراسات التى أجريت حول متغيرات البحث الحالى تدور حول ثلاثة محاور أساسية من حيث أهداف هذه الدراسة تتضح فى التالى:

#### (أ) دراسات مرتبطة بدور الخدمة الاجتماعية مع المسنين:

١ - دراسة زيسبرى وآخرون **Zisbery et, al (٢٠٠٩)** حيث هدفت إلى معرفة مدى الترابط بين السمات المعرفية والعملية والروتين (الرتابة) وبعض العوامل الديموغرافية للمسنين، وأظهرت النتائج وجود علاقة قوية بين الحالة الوظيفية والروتين أو حب الروتين، كما أظهرت وجود علاقة دالة بين العمر والتعليم والروتين، أما المعرفة فليس لها علاقة بالروتين.

٢ - دراسة وينج وايرل **Wong and Earl (٢٠٠٩)** سعت الدراسة إلى معرفة أثر كل من العوامل الفردية (الديموغرافية والصحية) والعوامل النفسية والاجتماعية (مركزية العمل) والعوامل التنظيمية، وشروط خروج القوى العاملة على التوافق النفسى للمسنين، ومدى تكيفهم مع هذه المرحلة، كما هدفت إلى معرفة أثر مركزية العمل على مستويات النشاط بعد التقاعد فى مرحلة ما بعد التقاعد، وأظهرت أن تحسن المستوى الصحى، وارتفاع الدخل والزواج يؤدي إلى توافق نفسى أفضل، أما مركزية العمل ومستويات النشاط بعد التقاعد فهى ليست ذات صلة بالتوافق النفسى مع التقاعد.

٣ - دراسة أحمد (٢٠١٤) حيث هدفت إلى التعرف على العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسى لدى المسنين، وتسلط الضوء على العلاقة من خلال تواجدهم فى دور الرعاية الاجتماعية المتواجدة فى بعض المناطق بدولة الجزائر، وأثبتت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً



بين تقدير الذات والتوافق النفسى حسب متغير السن, وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين تقدير الذات والتوافق النفسى تبعاً لمدة الإقامة, كما أوصت بضرورة وضع استراتيجية هادفة لرعاية المسنين وتمثل فى تقديم برامج إرشادية لهم.

٤- **دراسة عبد الرزاق (٢٠١٦)** أكدت على دور الخدمة الاجتماعية فى التخفيف من حدة مشكلة العلاقات الاجتماعية للمسنين من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال رعاية المسنين, والكشف عن دور الخدمة الاجتماعية باختلاف: (العمر, مكان السكن, الحالة الاجتماعية, المؤهل العلمى وسنوات الخبرة), وأظهرت نتائج الدراسة أن للخدمة الاجتماعية دوراً فعالاً فى التخفيف من حدة مشكلة العلاقات الاجتماعية للمسنين, وأكدت على ضرورة توعية الأسرة بأهمية دورها فى مساندة المسنين وإعطائهم ما يحتاجون من الدعم.

٥- **دراسة أحمد (٢٠١٨)** ألقى الضوء على آليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين, وتوصلت إلى تقديم رؤية مستقبلية لتطوير آليات ممارسة خدمة الفرد مع المسنين موضحاً أهدافها, وآليات تطبيقها التى تشمل أهم الاستراتيجيات والتقنيات المستخدمة فيها.

٦- **دراسة براون (٢٠١٩)** حيث اشارت إلى الضغوط النفسية التى تنتج عن تفاعل الفرد مع بيئته وتبرز سواء كانت هذه البيئة داخلية أو خارجية عندما يكون هناك تعارض بين حاجات الفرد وقدراته على تلبية هذه الحاجات.

٧- **دراسة مصطفى (٢٠٢٠)** هدفت إلى تحديد دور الجمعيات الأهلية فى تحقيق الحماية الصحية والاقتصادية, وتحديد المعوقات التى تحد من دور الجمعيات الأهلية فى تحقيق الحماية الاجتماعية للمسنين, وكان من أهم نتائجها ضرورة تطوير أوجه التنسيق بين هيئات ومنظمات المجتمع المدنى وتضافر جهودها وامكانياتها من أجل تفعيل دورها فى عمليات التنمية المستدامة ومكافحة الفقر وحماية المسنين, وسن القوانين والتشريعات التى تنظم عمل هيئات ومنظمات المجتمع المدنى والحد من القيود المفروضة على عملها بما يضمن مشاركة شعبية أوسع فى عملية صنع القرار مع التقيد بمبدأى الشفافية والمساءلة بما يعود بالنفع على حياة المسنين.

٨- **دراسة زين الدين (٢٠٢٢)** هدفت الدراسة إلى التعرف على حجم الرعاية الاقتصادية والاجتماعية المقدمة للمسنين من خلال عمل دراسة مقارنة اشتملت على ثلاثة محاور محور خاص بالتطور الديموجرافي لحجم المسنين, والمحور الثانى أهم التشريعات والقوانين المتعلقة بالمسنين, والمحور الثالث أهم احتياجات المسنين ومشكلاتهم, وتوصلت نتائج الدراسة إلى ضرورة استخدام التخطيط الاستراتيجي فى العمل على حل مشكلات المسنين واشباع احتياجاتهم.

٩- **دراسة نصحي (٢٠٢٣)** حيث أشارت إلى التعرف على دور مؤسسات رعاية المسنين فى بناء قدرات المسنات المقيمت فى مواجهة مشكلاتهن, من خلال التعرف على المشكلات التى

تواجه المسنات والتعرف علي دور المؤسسات في بناء قدرات المسنات، وأيضاً التعرف علي الصعوبات التي تواجه المؤسسات، وتوصلت نتائج الدراسة إلي وضع مجموعة من المقترحات والتوصيات التي يمكن أن تساهم في زيادة دور مؤسسات رعاية المسنين في بناء قدرات المسنات المقيمت في مواجهة مشكلاتهن.

### (ب) الدراسات التي تناولت نموذج الحياة :

١- دراسة أولجا (Olga, 2001) ألفت الضوء على اختبار فعالية برنامج للتدخل المهني وهو برنامج مشترك للخدمات القانونية والخدمة الاجتماعية في مساعدة المرأة العاملة بعد الطلاق على التكيف مع المتغيرات الانفعالية والشخصية والمالية والوظيفية وأوضحت النتائج نجاح برنامج التدخل المهني في تحقيق أهدافه حيث أدى إلى زيادة احترام المطلقات العاملات لأنفسهن من خلال تلقيهن للدعم والمساندة الاجتماعية.

٢- دراسة هرمان (Hermann, 2002) حيث أشارت نتائجها إلى قدرة نموذج الحياة على التخفيف من مستويات وحدة الاكتئاب المرتفع وكذلك تعديل البيئة الاجتماعية والأسرية وأيضاً الاستفادة من المؤسسات في تقديم الخدمات الصحية والاقتصادية.

٣- دراسة همام (٢٠٠٣) أكدت الدراسة على فاعلية نموذج الحياة في خدمة الفرد في مواجهة وعلاج مشكلات المرأة المعيلة من خلال قدرة النموذج على حل مشكلات المرأة المعيلة المتعلقة بالقدرة على اتخاذ القرار، وبينت قدرة النموذج على علاج مشكلات المرأة المعيلة المتعلقة بالجوانب الصحية لها، وبشبكة العلاقات الاجتماعية مع الأبناء، وبالقدرة على تحقيق الذات، وبالبيئة الخارجية، وبالحالة الاقتصادية.

٤- دراسة مدبولي (٢٠٠٤) حيث أشارت الدراسة إلى فاعلية نموذج الحياة في الخدمة الاجتماعية على التخفيف من مشكلات الاغتراب الزوجي، وذلك عن طريق مساهمة نموذج الحياة في التخفيف من المشاعر السلبية بين الزوجين، ومساهمة النموذج في تنمية الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية لدى كلا من الزوجين.

٥- دراسة الميرز (٢٠٠٨) هدفت الدراسة إلى التوصل إلى تصور مقترح لممارسة نموذج الحياة في تحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأيتام، وذلك من خلال مساهمة نموذج الحياة في التخفيف من حدة المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه أمهات الأيتام.

٦- دراسة مبروك (٢٠١١) أكدت الدراسة على فاعلية نموذج الحياة في خدمة الفرد في التخفيف من الضغوط الأسرية المصاحبة لحالات الاكتئاب، وذلك من خلال قدرة النموذج على تخفيف الضغوط النفسية لمريضات الاكتئاب، وكذلك قدرته أيضاً على تخفيف الضغوط الاقتصادية لمريضات الاكتئاب.

٧- دراسة حامد (٢٠١٦) أكدت الدراسة على فاعلية نموذج الحياة في خدمة الفرد لتحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال مجهولي النسب بدور الرعاية الاجتماعية، حيث أوضحت الدراسة قدرة نموذج الحياة في خدمة الفرد على تحقيق المساندة المعلوماتية والمساندة الانفعالية والمساندة الإجرائية والمساندة التقييمية للأطفال مجهولي النسب بمؤسسات الرعاية الاجتماعية.

٨- دراسة حجاج وآخرون (٢٠٢٢) استهدفت الدراسة التعرف على واقع نوعية حياة المسنين بلا مأوى، وتوصلت النتائج إلى أن نوعية حياة المسنين بلا مأوى على البعد الموضوعي يشمل نوعية الحياة الصحية والاجتماعية والنفسية والترفيهية والثقافية والدينية بدرجة متوسطة، وكذلك نوعية الحياة على البعد الذاتي تشمل الرضا العام عن الحياة والتكيف الاجتماعي وتقدير الذات بدرجة متوسطة.

٩- دراسة سيف (٢٠٢٣) هدفت الدراسة إلى استخدام نموذج الحياة في الخدمة الاجتماعية لتحقيق التوافق الاجتماعي للسيدات العقيمات، وهي من الدراسات التجريبية وتم تطبيقها باستخدام مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة كل مجموعة (١٥) مفردة، وأثبتت نتائج الدراسة وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية فيما يتعلق بالتوافق الشخصي والتوافق الأسري والتوافق مع المجتمع الخارجي، مما يؤكد نجاح نموذج الحياة في تحقيق التوافق الاجتماعي للسيدات العقيمات.

١٠- دراسة السيد (٢٠٢٣) سعت الدراسة إلى وضع تصور مقترح لإستخدام الأخصائي الاجتماعي نموذج الحياة في تنمية المهارات الحياتية لجماعات الطلاب الجامعيين ذوي الإعاقة الحركية فيما يتعلق بكل من (الوعي بالذات، والاتصال الفعال، والتعايش مع الضغوط) وهي من الدراسات الوصفية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وضع تصور مقترح للأخصائي الاجتماعي يساهم في تنمية المهارات الحياتية لجماعات الطلاب الجامعيين ذوي الإعاقة الحركية.

#### (ج) الدراسات المرتبطة برعاية الذات:

١ - دراسة "ساركر، فيشر، وشيلنجر" (Sarkar, Fisher & Schillinger, 2008) قامت لتبحث متغيرين وهما إدارة الذات وفعالية الذات وتمخضت الدراسة عن عدة نتائج مفادها وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين إدارة الذات وفاعلية الذات.

٢ - دراسة "ناجيبال، كامر، كاك، باهتيا" (Nagpal, Kumar, Kakar & Bhartia, 2010) هدفت إلى استكشاف العلاقات بين المتغيرات بما في ذلك العوامل الديموغرافية، وخصائص المسنين، وسلوك الرعاية الذاتية وجودة الحياة، وكذلك تحديد العوامل التفسيرية الهامة لجودة الحياة لدى المسنين الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني، أشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية ذات دلالة بين الضيق الانفعالي وجودة الحياة، كذلك وجود علاقة إيجابية

دالة بين تصور التمكين وسلوك الرعاية الذاتية من جهة والرضا عن الحياة من جهة أخرى، فضلاً أن الضيق الانفعالي كان أهم عامل تفسيري للتنبؤ بجودة الحياة، حيث يفسر (٢٨.٧٪ - ٥٣.٨٪) من التباين الكلي.

٣ - دراسة "أوزلاندر، ستيرزنج، زايا، ووايت" (Auslander, Sterzing, Zayas & White, 2010) أشارت إلى أن مصادر الدعم لارتفاع الإدارة الذاتية لدى العينة التي بلغت (١٠) مرافقين من مرضى السكري كان دور الأم كأهم مصدر داعم لإدارة الذات وكذا فعالية الذات.

٤ - دراسة موز وآخرون (Muze, Hailu, Woldmichael & Fekecha, 2014) سعت إلى بيان العلاقة بين جودة الحياة والعوامل المرتبطة بها لدى المسنين ممن يحرصون على متابعة حالتهم في عيادات السكري في مستشفى جامعة "جيما" التخصصي، جيما، جنوب غرب إثيوبيا، وأشارت النتائج إلى وجود أعلى النسب المئوية (٥٧٪) لجودة الحياة ذات الصلة بالصحة في الصحة العامة تليها الدور البدني (٣٦٪) حيث وجد أن (٨٨٪) من المشاركين لديهم درجات مرتفعة في متغير جودة الحياة، كذلك لم تكن هناك فروقاً بين الذكور والإناث في جودة الحياة باستثناء جودة الحياة البدنية.

٥ - دراسة "كويسترنجيتير" وآخرون (Koetsenruijter et al, 2016) هدفت إلى استيضاح العلاقة بين المساندة الاجتماعية والإدارة الذاتية، وذلك على عينة قوامها (١٦٩٢) مسناً، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية بأنواعها (المعرفية، الانفعالية) بالإدارة الذاتية.

٦ - دراسة عسران (٢٠١٩) أكدت الدراسة على معرفة مدي فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال مرضي اضطراب التوحد، وهي من الدراسات التجريبية التي اعتمدت علي استخدام مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وتوصلت نتائج الدراسة إلي وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي علي مقياس مهارات العناية الذاتية لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يدل علي فعالية البرنامج وقوة تأثيره.

٧ - دراسة "جاو" وآخرون (Guo, Whitemore, Jeon, Grey, Zhou, He, & Luo, 2020) حيث سعت إلي بحث إدارة الذات والأعراض الاكتئابية وضبط عملية التمثيل الغذائي والرضا عن نوعية الحياة في دراسة طولية تتبعية لمدة تراوحت من (٦ : ١٢) شهراً، وأسفرت النتائج عن انخفاض إدارة الذات مع مرور الوقت وتبين وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين إدارة الذات وضبط التمثيل الغذائي، وسلبية بين الأعراض الاكتئابية والرضا عن الحياة، كما

أكدت الدراسة أن إدارة الذات وخفض الأعراض الاكتئابية تساعد وبشكل دال على قدرة الفرد على التوافق مع مرض السكرى.

٨- دراسة الدخيل وآخرون (٢٠٢١) سعت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج تدريبي قائم على استخدام النمذجة بالفيديو فى تنمية مهارات العناية بالذات لعينة من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد فى محافظة المجمع، وأظهرت نتائج الدراسة ارتفاع مستوى فاعلية البرنامج التدريبي القائم على استخدام النمذجة بالفيديو فى تنمية مهارات العناية بالذات، كما بينت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس مهارات العناية بالذات لصالح القياس البعدى، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات العينة فى القياس البعدى والتتبعى المؤجل، لذلك توصى الدراسة بتصميم برامج تعليمية محلية للأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال الاستفادة من البرامج العالمية كمرجعية فى عملية البناء والتنفيذ، وتدريب المعلمين والأخصائيين فى مجال التوحد على كيفية توظيف النمذجة باختلاف أساليبها فى تعليم وتدريب الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، كما توصى الدراسة بأهمية إجراء دراسات أخرى مشابهة على عينات أكبر لقياس فاعلية النمذجة فى تحسين المهارات لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد.

٩- دراسة محمد (٢٠٢٢) هدفت إلى التعرف على التفكير الإيجابي والكثافة العاطفية وعلاقتها بالرعاية الذاتية لدى تدريسي الجامعة وهي من الدراسات الوصفية وتم تطبيقها علي عينة قدرها (٢٣٢) من تدريسي الجامعة ، وتوصلت نتائج الدراسة إلي وجود تفكير تكاملي لدي تدريسي الجامعة ، ووجود كثافة عاطفية لدي تدريسي الجامعة، ووجود رعاية ذاتية يقظة لدي تدريسي الجامعة، وكذلك وجود علاقة دالة احصائياً بين التفكير التكاملي والرعاية الذاتية.

١٠- دراسة البراغيثي وآخرون (٢٠٢٢) أشارت إلى التعرف على الأساس الفلسفى للرعاية الذاتية فى تحسين التوافق النفسى للطلبة، والكشف عن الفوائد الناتجة عن مهارات الرعاية الذاتية فى العملية التعليمية للطلبة، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات منها دمج أنشطة الرعاية الذاتية فى الحياة الدراسية اليومية للطلبة من خلال اللقاءات الإرشادية الجماعية والفردية، وبناء شخصية الطلبة بالمرحلة الثانوية وتعد حجر الأساس لأن بناء شخصيته من أصعب المهام بحكم أنه لا يستطيع التعبير عما يجول بنفسه من مشاعر وأحاسيس لأسباب عديدة بسبب الخجل والضغوط النفسية والتعليمية والقلق من المستقبل.

١١- دراسة العشرى (٢٠٢٢) أكدت الدراسة على إيضاح دور كل من إدارة الرعاية الذاتية والضيق الانفعالى وفعالية الذات فى التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة وكل من متغيرات الإدارة الذاتية لمرضى السكر

والكفاءة الذاتية، بينما كانت العلاقة سلبية مع الضيق الانفعالي، كذلك لم تتوصل الدراسة إلى وجود فروق بين الجنسين في المتغيرات باستثناء اثنين من الدرجات الفرعية على مقياسي الإدارة الذاتية، وأخيراً استطاعت متغيرات الإدارة الذاتية، الضيق الإنفعالي، فعالية الذات أن تتنبأ بجودة الحياة الصحية بنسب إسهام بلغت (٣٢%)، (٢٩%)، (١٧%) على التوالي من التباين الكلي.

١٢- **دراسة الشمري وآخرون (٢٠٢٣)** هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الرعاية الذاتية للأخصائي الاجتماعي الطبي من خلال تحديد مستوى الرعاية الذاتية الجسدية والعاطفية والروحية والمهنية والاجتماعية للأخصائي الاجتماعي الطبي، وتحديد مستوى الضغوط المهنية، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: أن مستوى الرعاية الذاتية للأخصائي الاجتماعي الطبي جاء مرتفعاً، وأن أعلى مستوى للرعاية الذاتية للأخصائي الاجتماعي الطبي كان في بعد الرعاية الذاتية الاجتماعية بدرجة مرتفعة، يليه بعد الرعاية الذاتية المهنية بدرجة مرتفعة، ثم بعد الرعاية الذاتية العاطفية بدرجة مرتفعة، يليه بعد الرعاية الذاتية الروحية بدرجة مرتفعة، وأخيراً بعد الرعاية الذاتية الجسدية بدرجة متوسطة، وأظهرت النتائج أن مستوى الضغوط المهنية على الأخصائي الاجتماعي الطبي جاء متوسطاً، وأن أعلى مستوى من الضغوط المهنية كان في بعد ضعف المشاركة في صنع القرار بدرجة متوسطة، يليه بعد الضغوط المرتبطة بعبء العمل بدرجة متوسطة، وأخيراً بعد الضغوط المرتبطة بعلاقات العمل بدرجة متوسطة.

١٣- **دراسة شقذار وآخرون (٢٠٢٣)** أشارت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج لتدريب العاملات على مهارات العناية بالذات لنزيلات طيف التوحد بمركز التأهيل الشامل بمكة المكرمة، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مستوى أداء العاملات باستراتيجيات التدريب على مهارات العناية بالذات في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

### موقف الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

١- تناولت الدراسات السابقة العديد من المشكلات والموضوعات من أهمها السمات المعرفية للمسنين وعلاقتها بالروتين، والتوافق النفسي للمسنين، وتقدير الذات للمسنين، ودور الخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدة العلاقات الاجتماعية للمسنين، ودور الجمعيات الأهلية في تحقيق الحماية الصحية والاقتصادية للمسنين، وحجم الرعاية الصحية للمسنين، بالإضافة إلى ممارسة نموذج الحياة في حل بعض المشكلات مثل الاكتئاب والاعتراب الزوجي ورعاية الأيتام وتخفيف الضغوط الأسرية ومساعدة الأطفال بلامأوي وتحقيق التوافق

- الاجتماعي للسيدات، وكذلك جودة الحياة للمسنين ومهارات العناية الذاتية، بينما تتناول الدراسة الحالية تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين.
- ٢- تعددت وتنوعت المفاهيم التي استخدمتها الدراسات السابقة متمثلة في مفهوم المسنين والتوافق النفسي والضغوط الأسرية والأيتام وتقدير الذات وغيرها بينما ركزت الدراسة الحالية علي مفهوم الرعاية الذاتية ومفهوم برنامج نموذج الحياة.
- ٣- تنوعت أنواع الدراسات السابقة ما بين الدراسات الوصفية والتقييمية والتجريبية لدراسة العديد من مشكلات المسنين، وتعتبر الدراسة الحالية من الدراسات التجريبية التي تتناول تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين بإستخدام برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد.
- ٤- استخدمت الدراسات السابقة العديد من المناهج البحثية مثل المنهج الوصفي ومنهج المسح الاجتماعي الشامل أو بالعينة أو المنهج التجريبي، وتعتمد هذه الدراسة علي المنهج التجريبي بإستخدام مجموعة تجريبية واحدة عن طريق المسح الاجتماعي الشامل لجميع المسنين بدار الأمل للمسنين بالمنصورة.
- ٥- تعددت أدوات الدراسة التي استعانت بها الدراسات السابقة ما بين المقابلات أو دليل الملاحظة أو تحليل المحتوى أو استمارة الاستبيان أو المقاييس، وتعتمد الدراسة الحالية علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين الذي أعده الباحث وكذلك استخدام المقابلات الفردية والجماعية من خلال برنامج التدخل المهني بإستخدام برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد.
- ٦- اختلفت عينة الدراسة في الدراسات السابقة ما بين (١٠) حالات إلي (٢٤٦) حالة علي حسب نوع الدراسة ومنهجها، وفي هذه الدراسة تتكون العينة من جميع المسنين بدار الأمل للمسنين بالمنصورة وعددهم (١٥) حالة.
- ٧- توصلت نتائج الدراسات السابقة إلي وجود العديد من المشكلات التي يعاني منها المسنين وإلي نجاح نموذج الحياة في التخفيف من حدة الكثير من المشكلات، مما دفع الباحث إلي اختبار فعالية برنامج نموذج الحياة في تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين.
- ٨- اتفقت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة على ضرورة الاهتمام بفئة المسنين وتلبية احتياجاتهم، وركزت جميعها على معرفة احتياجات ومشكلات المسنين.



٩- اتفقت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة على أهمية التوافق الاجتماعي والنفسي والروحي والبدني للمسنين وانعكاس ذلك على تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين.

١٠- اتفقت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة على أهمية دور مهنة الخدمة الاجتماعية ومؤسساتها في تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين على اختلاف أنواعها.

١١- اتفقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في ضرورة الاهتمام بالرعاية الذاتية لكل الفئات وخصوصاً فئة المسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.

١٢- اتفقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في أن نموذج الحياة أحد النماذج العلاجية لطريقة خدمة الفرد والذي يساعد في تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين.

**وقد اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أن الدراسة الحالية استخدمت برنامج نموذج الحياة في تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين من خلال المساعدة في تحقيق الجوانب التالية ( الجانب البدني - الجانب النفسي والانفعالي - الجانب الاجتماعي - الجانب الروحي).**

**وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تحديد وصياغة مشكلة الدراسة، وتحديد مفاهيم الدراسة، وصياغة فروض الدراسة، وإجراء الدراسة الميدانية، وصياغة نتائج الدراسة. وتأسيساً على ما سبق وفي ضوء الدراسات السابقة يمكن صياغة مشكلة الدراسة على النحو التالي:**

**"فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية"**

### **ثانياً: أهمية الدراسة:**

١ - أهمية الموضوع الذي تتناوله الدراسة إذ أنه يمكن القول أن قضية تحقيق الرعاية الذاتية أصبحت موضوع العصر نظراً لتعدد الحياة وازدياد الضغوط والتوترات خاصة بالنسبة لفئة المسنين.

٢- اهتمام الدراسة الحالية بمحاولة المساهمة في تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين من خلال الأبعاد التالية الاهتمام بالجانب البدني (الشخصي)، الاهتمام بالجانب النفسي (الانفعالي)، الاهتمام بالجانب الاجتماعي، الاهتمام بالجانب الروحي.

٣- أهمية هذه الدراسة في إثراء الجانب النظري والمهني للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين بصفة عامة وطريقة خدمة الفرد بصفة خاصة.

٤- نموذج الحياة هو أحد النماذج المهنية لطريقة خدمة الفرد، والذي يعتمد على مجموعة من المراحل والخطوات المهنية التي تأخذ في الاعتبار الأبعاد المرتبطة بالرعاية الذاتية.



**ثالثا : أهداف الدراسة :**

- تتطلق هذه الدراسة من هدف رئيس يتحدد في: اختبار فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.
- وينبثق من هذا الهدف مجموعة من الأهداف الفرعية مؤداها:
- ١- اختبار فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الجانب البدني كأحد أبعاد الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.
  - ٢- اختبار فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الجانب النفسي كأحد أبعاد الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.
  - ٣- اختبار فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الجانب الاجتماعي كأحد أبعاد الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.
  - ٤- اختبار فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الجانب الروحي كأحد أبعاد الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.

**رابعا : فروض الدراسة:**

- تتطلق الدراسة من فرض رئيس يتمثل في: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية لصالح القياس البعدي، وينبثق من هذا الفرض مجموعة من الفروض الفرعية مؤداها:
- ١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين لصالح القياس البعدي علي بعد الجانب البدني للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.
  - ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين لصالح القياس البعدي علي بعد الجانب النفسي للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.
  - ٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين لصالح القياس البعدي علي بعد الجانب الاجتماعي للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين لصالح القياس البعدي علي بعد الجانب الروحي للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.

### خامساً : مفاهيم الدراسة:

#### ١ - مفهوم الرعاية الذاتية:

تُعرّف كلمة رعاية في معجم اللغة العربية المعاصرة بأنها: (رعاية مصدر رعي، والدولة الأكثر رعاية ذات الأفضلية في المعاملة، وتحت رعاية أي بمباركة وموافقة، ودار الرعاية هي مؤسسة خاصة توفر مكاناً للسكن والرعاية للمسنين وذوي الأمراض أو للأيتام) (مختار ، ٢٠٠٨، ص٤٧٩).

وتعرف الرعاية في علم النفس بأنها: أي نشاط من فرد أو أسرة أو مجتمع بنية تحسين الصحة واستعادتها أو معالجة المرض أو الوقاية منه. (زهران ، ٢٠٠٥ ، ص٢٣٧)

وتعرف الرعاية في الخدمة الاجتماعية بأنها: مساعدة يتلقاها بعض الأفراد في المجتمع ممن يفتقدون القدرة علي اشباع احتياجاتهم أو حل مشكلاتهم بأنفسهم نتيجة عجز أو نقص في تكويناتهم الخلقية أو ظروفهم البيئية. (السكري، ٢٠٠٠، ص٢١٩)

وتُعرّف منظمة الصحة العالمية الرعاية الذاتية على أنها: قدرة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية على تعزيز الصحة والوقاية من المرض والحفاظ على الصحة الجيدة والتدبير العلاجي للأمراض والإعاقة بدعم من عامل صحي أو من دونه، وتُعرف بالأفراد كعناصر فاعلة في إدارة الرعاية الصحية الخاصة بهم في المجالات التي تشمل تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض ومكافحتها، والعلاج الذاتي، وتقديم الرعاية للأشخاص المعتمدين عليها، والرعاية التأهيلية، بما يشمل الرعاية التطيفية. (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٠)

وتطور تعريف الرعاية الذاتية في الألفية الجديدة بشكل أكبر ليشمل إعادة التأهيل بالإضافة إلى الإشارة بوضوح إلى دور المتخصصين في مجال الرعاية الصحية الذين يستطيعون دعم الأفراد في الرعاية الذاتية. (الأمم المتحدة، ٢٠١١، ص٦٢)

كما تعرف الرعاية الذاتية على أنها: عملية تطويرية لتنمية المعرفة أو الوعي الذاتي من خلال تعلم سلوكيات تساعد في التعايش بشكل آمن وتتضمن مهارات مراقبة وتوجيه وتقييم وتعزيز الذات فضلاً عن إدارة الوقت والانفعالات ( Shrivastava, Shrivastava & Ramasamy, 2013, 4).

وأيضاً تعرف علي أنها: اتزان المسن وتوأمته مع نفسه، ومقدرته على مواجهة مشكلاته وحسم ما ينشأ بداخله من صراعات وما يتعرض له من احباطات ومدى تحرره من القلق والتوتر، ونجاحه في التوفيق بين دوافعه وتوازنه وظروف إقامته بدور المسنين، وهو العلاقة الجيدة والانسجام الكلى بين المسن والعاملين والمقيمين، والتحرر من الميول المضادة للمجتمع والعلاقات الأسرية الطيبة والعلاقات في محيط البيئة المحلية واتباعه للمعايير والمستويات الاجتماعية التي اكتسبها في دور المسنين، وهو الدرجة التي يحصل عليها المسن على استبيان التوافق النفسى والاجتماعى من خلال توفير متطلبات الرعاية الذاتية (الشال، ٢٠١٢، ص ٣٢).

**ويعرفها الباحث نظرياً في هذه الدراسة علي النحو التالي هي:** السلوكيات اليومية التي يقوم بها المسنين والتي يمارسونها والخاصة بالاهتمام بالجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية.

١ - **الجوانب البدنية أو الجسدية:** يقصد بها حصول المسن علي قدر من الراحة الجسدية والنوم فترات كافية حتي يستعيد الجسم يقظته باستمرار.

٢ - **الجوانب العقلية والنفسية:** يقصد بها العمل علي تصفية ذهن المسن عن طريق التأمل والمشى التأملي لأن ذلك يجعل المسن أكثر وعياً وإدراكاً ويخلق توازن بين حياته وحياة الآخرين.

٣ - **الجوانب الاجتماعية:** يقصد بها مساعدة المسن علي الفرح والاستمتاع بحياته وتكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.

٤ - **الجوانب الروحية:** يقصد بها تشجيع المسن على الصلاة والتواصل والحديث مع الخالق والحث علي أداء العبادات بطريقة ملتزمة.

**وتعرف اجرائياً في هذه الدراسة بأنها:** مجموع الدرجات التي يحصل عليها المسن وفقاً لإجاباته علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين المعد لهذه الدراسة.

## ٢ - مفهوم برنامج نموذج الحياة:

يعرف البرنامج في المعجم الوسيط بأنه: (الورقة الجامعة للحساب، أو التي يرسم فيها ما يحمل من بلد إلي بلد من أمتعة التجار وسلعهم، والبرنامج هو الخطة المرسومة لعمل ما والجمع برامج، وهو خطة عمل لإنجاز واجبات معينة خلال فترة محددة وفق ميزانية مرسومة. (الزيات وآخرون، ٢٠١١، ص ٤٥٣)

كما يعرف البرنامج بأنه: مجالات للنشاط والخبرات والعلاقات وردود الأفعال والإستفادة بخبرات الأفراد والجماعات، وهو إذن وسيلة لتحقيق غرض أسمى من مزولة الأنشطة واتقانها، ولا شك أن الأساس الذي يبني عليه أي برنامج يختلف باختلاف الهدف الذي ينبغي تحقيقه من وراء هذا البرنامج. (السروجي وآخرون، ٢٠٠٨، ص ٤١٤)

ويعرف (David) البرنامج بأنه: هو مجموعة الأنشطة المنظمة والتي تهدف إلي الوصول إلي أهداف معينة ومحددة. (David, 2001, P.5)

وتؤكد (Gisela konopka) أن البرنامج هو: العمل المباشر داخل الجماعة مستهدفاً تحقيق قدر من التكيف المستمر للأعضاء بإختلاف مشاعرهم وميولهم واتجاهاتهم. ( Gisela konopka, 1972, P.191)

في حين يعرف البرنامج في علم النفس بأنه: مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع الأفراد بهدف مساعدتهم علي تحقيق أهدافهم. (زهران ، ٢٠٠٥ ، ص٤٩٨)

وأيضاً يعرف البرنامج في الخدمة الاجتماعية بأنه: المفهوم المدرك أو الفكرة المجردة التي تحتوي علي أوجه النشاط المختلفة والعلاقات والتفاعلات والخبرات للفرد والجماعة التي توضع وتنفذ بمساعدة الأخصائي لمقابلة حاجاتهم واشباع رغباتهم، وأن عملية التفاعل هي العامل الأساسي لنمو الأعضاء. (السكري ، ٢٠٠٠ ، ص٢٨٩)

وقد اقترح هذا النموذج كل من (كارل، واليكس جيتيرمان) نموذج الحياة ليصلح للممارسة مع الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة والمنظمات، كما تم التوسع فيه ليشمل المجتمعات المحلية والمشاركة في المطالبة السياسية، ونموذج الحياة يرى الناس في علاقة متبادلة مع العديد من الجوانب المختلفة لبيئتهم، وكلاهما يؤثر علي الآخر، فالناس يتغيرون بتأثير بيئتهم ( السنهوري ، ٢٠٠٦ ، ص٢٤٩).

ويعرف بأنه: أسلوب يستخدم المنظور الايكولوجي كتعبير للتركيز على المواجهة بين العميل والبيئة، والأخصائي الاجتماعي الذي يستخدم هذا الأسلوب، حيث يركز على المشاكل في الحياة وهي التحولات في الحياة، والتفاعلات بين الأفراد، والمعوقات البيئية ( السكري ، ٢٠٠٠ ، ص١١٨).

ويعرف أيضا على أنه: أحد المداخل العلاجية التي تهتم بالتركيز على التفاعل المتبادل بين الإنسان والبيئة، ويهتم بحياة الإنسان ومراحل نموه والحاجات المطلوب إشباعها في كل مرحلة، والمشكلات التي قد تواجه الإنسان عندما ينتقل من مرحلة إلى أخرى ( السروجي، وأبو النصر، ٢٠٠٨ ، ص٥٨).

ونموذج الحياة يرى أن العملاء يمكنهم التكيف باستمرار من خلال التفاعل مع العديد من الجوانب المختلفة لبيئتهم وكلاهما يؤثر في الآخر، ومن ثم فإن أي خلل يؤثر على تفاعلاتهم الأمر الذي يزيد من الضغوط الحياتية، ولذلك يؤثر هذا النموذج على ضرورة الحد من التأثيرات الناتجة عن هذه الضغوط (همام، ٢٠٠٣، ص٩٨).

ومما سبق يرى الباحث أن نموذج الحياة: أحد النماذج العلاجية في طريقة خدمة الفرد في الخدمة الاجتماعية، والذي يساعد في تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين بدور الرعاية الاجتماعية من خلال الاهتمام بالجانب البدني والنفسي والاجتماعي والروحي.

ويعرف الباحث برنامج نموذج الحياة في هذه الدراسة بأنه: مجموعة الأنشطة المتنوعة والاجراءات المباشرة وغير المباشرة المخطط لها والتي سوف يقوم بها الباحث مع المسنين بهدف تحقيق الرعاية الذاتية لهم في الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية والروحية مستعيناً بتكنيكات واستراتيجيات نموذج الحياة في خدمة الفرد.

### سادساً: الإطار النظري:

#### (١) نموذج الحياة The Life Model:

ظهر هذا النموذج في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٦٠م ثم تطور في بريطانيا عام ١٩٨٠، ويعد باندلر Bandler أول من استخدم مصطلح نموذج الحياة، عندما كان يعمل في مجال الصحة النفسية في مدينة بوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية، وذلك أثناء مناقشته للخدمات الفردية المدعمة للذات، ويفترض أن الإطار المرجعي لهذا النموذج يجب أن يكون الحياة نفسها، وقدم أفكاره وتصوره في شكل مفاهيم مشتقة من المدخل الإيكولوجي، يركز على التفاعلات بين الأفراد السلبية والإيجابية على أن يتم ذلك داخل الأنساق البيئية المختلفة، فهو يتعامل مع مشكلات متنوعة منها مشكلات ضغوط الحياة ومشكلات صعوبات البيئة الاجتماعية والأزمات التي تواجه الفرد في أي مرحلة من مراحل حياته (شومان، ٢٠٠٤، ص ٥٦٦).

ويستند نموذج الحياة إلى استخدام القوى الإيجابية في العمل والبيئة كمحاولة لإزالة الصعوبات البيئية والعمل على تغيير التفاعلات السلبية باستخدام عمليات المشاركة والاستكشاف والتعاقد والتغيير والتقويم فهو يركز على تحويلات الحياة والاستجابة السلبية للبيئة وإحداث الأزمات وصعوبة خلق العلاقات، وما يجب الإشارة إليه أن النموذج يختار من الأساليب العلاجية بغض النظر عن النظريات التي ينتمي إليها ما يؤدي إلى تقدير الذات وإكساب مهارة التغلب على المشكلات فهو يستخدم في الأساس للتخفيف من المشكلات الناتجة عن العجز في الأداء الوظيفي الاجتماعي (سيف، ٢٠١٨، ص ٤٨).

ويهدف نموذج الحياة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف تتحدد في: (شليبي، ٢٠٠٨،

ص ٨)

أ- العمل على الحد من تعرض العملاء للمخاطر من خلال تقديم المقترحات

والإرشادات للتأثير في القيم والاتجاهات.

ب- العمل على تحسين شبكة العلاقات الاجتماعية بين العملاء والأنساق البيئية المختلفة.

ج- توفير الاحتياجات المرغوبة للعميل الواحد من نقص الموارد المادية له.

د- التخفيف من حدة الضغوط البيئية التي تؤدي إلى ضعف الأداء ومن خلال إزالة بعض المعوقات البيئية وتحرير الطاقة الداخلية للعميل.

هـ- العمل على تقديم المساعدة للأنساق المختلفة التي ينتمي ويتعامل معها المسن.

ويتميز نموذج الحياة بأن ممارسته تتطلب مهارات مهنية معينة حيث أن له إجراءات تتم ممارستها في سياق إيكولوجي عن طريق التعليم والخبرة لدى الأخصائي الاجتماعي، ومن المهارات التي تستخدم في نطاق هذا النموذج والتي تتضح علي النحو التالي ( الميرز، ٢٠٠٨، ص١٧٩ )

١- المهارة في بقاء التقدير والوعي بالذات.

٢- إكساب مهارة حل المشكلة وخاصة فيما يرتبط بالضغوط المرتبطة بها.

٣- المهارة في تدعيم شبكات العلاقات.

٤- المهارة في الحصول على الخدمات التنظيمية.

٥- المهارة في المعرفة بالمعلومات ومد العميل بها.

٦- المهارة في التحليل واتخاذ القرار.

٧- المهارة في إقامة علاقات اجتماعية جديدة.

## ويرتكز نموذج الحياة على ثلاثة مفاهيم وهي:

## ١- التوافق بين الشخص والبيئة :

يعتبر مفهوم الشخص في بيئة من أهم المفاهيم التي يتضمنها نموذج الحياة، حيث يعكس طبيعة التفاعلات بينهما، فعندما لا تلبى البيئة احتياجات الفرد، أو تساعد على تحقيق أهدافه فسوف يعاني من سوء توظيف طاقاته، مما يؤدي إلى الخلل في نمو الفرد الاجتماعي والنفسي، وقد يترتب على ذلك العديد من الآثار السلبية التي تؤثر على البيئة، وهذا ما يعرف بسوء التوافق بين الفرد والبيئة، أما التوافق فيعني: حالة التفاعل الإيجابي البناء بين كل من أهداف وحاجات وقدرات وحقوق وواجبات ووحدة التدخل المهني (الفرد . الأسرة . الجماعة الصغيرة) من جانب، وخصائص ومكونات ومتغيرات البيئة المادية والاجتماعية المحيطة بوحدة التدخل المهني من جانب آخر. (ابو النصر، ٢٠١٧، ص ١٦١)

## ٢- التوافق Adaptation:

يرتبط مفهوم التوافق بعملية التفاعل بين الشخص وبيئته، وبين التغيير الذي يحدث كنتيجة حتمية لهذا التفاعل، ويشير المفهوم إلى: الجهود التي تبذل من أجل التغيير في الشخصية أو البيئة أو كلاهما لتحسين مستوى العلاقة بينهما، وبمعنى آخر يشير التوافق إلى: ما يقوم به الناس من جهود لرفع مستوى التوافق بينهم وبين البيئة. ولكي يتحقق ذلك فقد يغيرون من أنفسهم استجابة لما قد يحدث في البيئة من تغيرات، أو قد يغيرون من بعض عناصر البيئة، أو في البيئة كلية، مثل الهجرة إلى بيئة أخرى، ويقوم الناس من أجل التغيير بعمليات معرفية تتضمن إدراكاً وإحساساً وتصوراً وسلوكاً (غباري، ٢٠١٨، ص ٢٢).

## ٣- ضغوط الحياة Life stresses:

يؤدي التفاعل بين الإنسان وبيئته إلى بعض التوترات اليومية، فالمواقف التي يمر بها الفرد في حياته، قد يتصور أنها تفوق إمكانياته وموارده الشخصية والبيئية اللازمة للتعامل معها، ولاسيما يعتره شعور بالقلق أو الخوف أو عدم القدرة على السيطرة، وتتضمن ضغوط الحياة نوعين من الضغوط: ضغوط خارجية نتيجة للتفاعلات السلبية بين الإنسان وبيئته مثل: فقدان أحد الوالدين أو التحول في الأدوار، أو نقص موارد البيئة، وضغوط داخلية نتيجة للتفاعلات السلبية بين نسق الفرد ككل وباقي أجزاء نسقه مثل: اضطراب الجهاز الهضمي، أو الإصابة بالأمراض المزمنة. (أبو النصر، ٢٠١٧، ص ١٦٢)

الأدوار المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي مع المسنين من خلال استخدام نموذج الحياة هي (الدریس، ٢٠٠٨، ص٥١٦)

- يساعد علي تقوية دافعية المسن ومساعدته على إدارة الذات، أو التحكم فيها.
- بث الأمل وتقليل التناقض والمقاومة، والإمداد بمكافآت لجهود المواجهة وتجزئة المشكلة والمحافظة على التركيز علي المسن.
- اكساب مهارات حل المشكلة، وتوضيح المدركات، وتقديم المعلومات المناسبة باستخدام نماذج سلوكية مرغوبة. كما يقدم النصح والمقترحات وتحديد البدائل والنتائج المحتملة.
- إيجاد الوقت والمكان لاجتماع التكيف وممارسة الكفاءة، حيث يستخدم مهاراته المهنية لإمداد المسن بأساليب الرعاية الذاتية الحديثة.
- يقوم بتعريف المهام وتوضيح وحشد المدعمات البيئية للمسنين.

ولكي يستطيع المسنين رعاية ذاتهم، يجب أن يكون لديهم قدر من الراحة النفسية، والقدرة على التحكم في تأثيرات التهديد مثل: الحزن، الغضب، اليأس، وتتضمن الراحة النفسية قدر من تقدير الذات والثقة بالنفس وبالآخرين، وهذا يتطلب أمل ودافعية للمواجهة.

## (٢) الرعاية الذاتية :

تأتي رعاية الإنسان لذاته من التنشئة الاجتماعية فعندما يتربى على حب وخدمة الآخر ومنع قول لا للآخرين وعيب أن يطلب منا طلب ولا نلبيه، فهنا يجب أن نوجه رسالة للأهل حتى يشجعوا أطفالهم على حب أنفسهم والاهتمام بأنفسهم ثم أن يهتموا بالآخرين. وهذا لا يعني أن الطفل يصبح جشع وطماع، بل كما يحب لنفسه يحب للآخرين، لكن في المقابل هو يهتم بنفسه ويفكر كيف يكون قوي، وهنا تزرع ثقة في نفسه وعندما يكبر يستطيع الاهتمام بنفسه ويفكر بشكل إيجابي تجاه ذاته ويكبر على هذا النمط. فإذا اعتقد الطفل أنه أناني وطماع ويستحق ما يحصل له، وأنه يجب أن يلبي طلبات الآخرين سوف يكبت الكثير من مشاعره، حتى ينفجر فينتج العصبية وشرب الخمر والمخدرات في المراهقة، لأنه لا يستطيع التعبير عن الضيق العاطفي الذي لديه، فيلجأ إلى واحدة من هذه الطرق. لذلك من المهم تعويد الطفل على التعبير عن مشاعره ومشاركة الضغوط والاهتمام بنفسه. (منصة حاكيني، ٢٠٢٢)



ويذكر (Chambers et al) في بحثهم عن الخدمة الذاتية للعملاء في الرعاية الصحية الأولية أن الرعاية الذاتية تشمل: جميع القارات الخاصة بصحة الناس أنفسهم وأسرههم للتأكد من أنها بدنياً وذهنياً مناسبة من حيث أنها تشمل ممارسات للحفاظ علي اللياقة البدنية وتعزيز الصحة النفسية ، فضلاً عن تناول الطعام بشكل جيد ، وممارسة النظافة الجيدة وتجنب المخاطر الصحية لمنع اعتلال الصحة ( Chambers et al., 2006, 101).

فالرعاية الذاتية تعني: محافظة الفرد علي صحته ووقايتها من الأمراض وتشمل الرعاية الذاتية كل القرارات الصحيحة التي يتخذها الناس لأنفسهم أو لأسرههم للحصول علي صحة سليمة جسدياً وعقلياً مثل ممارسة الرياضة للحفاظ علي اللياقة البدنية وسلامة العقل ، والأكل جيداً والمداومة والمحافظة علي النظافة الشخصية وتجنب المخاطر ، كما أن للخبراء والمتخصصين دور في دعم الرعاية الذاتية لتمكين الأفراد من تعزيزها .( Mertig, 2012: 18).

أ - فوائد الرعاية الذاتية (العشرى, ٢٠٢٢, ص٢٤٨):

١. تقوي علاقة الشخص مع ذاته ومع الآخرين، ما يجعله يحب نفسه ويحب الآخرين، ويفهم نفسه ويفهم الآخرين.

٢. تجعل الشخص أكثر إنتاجاً وفاعلية في المجتمع الذي يعيش فيه.

٣. الرعاية الذاتية تمنع الإرهاق والتعب والتوترات العصبية.

ب - أهمية الرعاية الذاتية (العشرى, ٢٠٢٢, ص٢٥٦):

١. تجعل الإنسان يدرك أن حب نفسه هو جزء من حب الآخرين. إذا لم يهتم الشخص بنفسه ويحب نفسه فكيف يمكنه أن يحب الآخرين! هذا الشيء لن يحدث. كلما كان من الممكن للشخص أن يحب نفسه ويقدرها سوف يتمكن من حب الآخرين، فمن الصعب على الشخص أن يهتم بغيره وهو لا يهتم بنفسه.

٢. تعلم الإنسان أن يوازن بين ما يريد وبين ما تريده البيئة. فيجب أن يكون هناك توازن بين ما يريده الشخص وما تريده البيئة من حوله، فيمكنك أن تعمل وفي نفس الوقت أن تهتم بنفسك، فالمشكلة تكمن في الأشخاص الذين يعملون دون أن يهتموا بأنفسهم.

٣. تمكن الإنسان من الوعي بذاته وما يحتاجها. ومن المهم أيضاً أن يكون لدى الإنسان وعي بذاته بما يسعده ويحزنه، ومن الأشخاص الذين يحزنوه ويسحبون طاقته ومن

يعطيه طاقة إيجابية. هذه الأسئلة تخلق وعي لدى الشخص. وكلما كان لدي وعي أكثر كلما كان لدي رعاية ذاتية أكثر، فإذا كان الشخص غير واعي بما يريده ويفرحه ويزعجه سوف يبقى ضائع ويفعل الأمور بطريقة روتينية، مما يجعله يكتب بداخله ما لا يريده ويخرج من اللاوعي بعد فترة في لحظة غضب، والبعض قد يلجأ للانتحار وايداء النفس لأنهم لم يهتموا بأنفسهم.

٤. تخلص الإنسان من أية تراكمات سلبية في نفسه لا يصلح مرة واحدة أن تقرر بأن تعنتي بذاتك أو أن تكون شيء مؤقت فالرعاية الذاتية هي أمر مستمر ومتتابع، لأن هناك تراكمات سلبية كان يفعلها فكما اهتم الشخص بنفسه كلما أصبح أفضل فدمغ الإنسان مرن ما تخزنه فيه يتصرفه فإذا عودته على الاهتمام بذاته سوف يفعل هذه الأمور كل يوم مثل الرياضة عند البدء بها يشعر الإنسان بتعب لكن عندما يعتاد عليها يصبح يمارسها بشكل يومي ويتذكرها بشكل يومي وذات الشيء فيما يتعلق بالرعاية الذاتية فيجب أن تعود نفسك وسيكون أول أسبوعين صعبين ثم يصبح شيء روتيني وأساسي في الحياة فالعناية الذاتية تحتاج إلى تدريب وصبر ومثابرة.

ج - مهارات الرعاية الذاتية (البراغيثي، الوحيدى، ٢٠٢٢، ص ٥٣):

حتى نحقق الرعاية الذاتية لابد من توافر أمرين أساسيين هما:

• الاستعداد النفسي.

• الخبرة والتدريب.

فإذا كان لدي استعداد نفسي سوف يكون في المقابل لدي تدريب وأعود جسدي، نفسي، وعقليتي حتى تصبح جزء لا يتجزء من حياتي. فإذا لم أملك استعداد نفسي تلقائياً سوف أفشل لأن الاستعداد النفسي هو: ما يرفع الدافعية في الحياة، ومع التدريب تعطي أداء وإنجاز صحيح. أما إذا لم أملك الاستعداد النفسي سوف تقل دافعتي وفي المقابل سوف أفشل .

د - عناصر الرعاية الذاتية : ( Self-Care forum, 2018 )

١- الصحة البدنية أو الجسدية.

يجب أن يأخذ الجسد قسط من الراحة فكل خمسون دقيقة يجب أن ترتاح عشرة دقائق، بغض النظر عن المهنة او الفئة العمرية حتى لا يتم ارهاق الجسد. ومن المهم أن ينام الإنسان من

سبع إلى ثماني ساعات كل يوم على الأقل فالإنسان ينام خمسة دورات أي في نفس اليوم يمر في خمسة دورات من النوم، وهذه الخمس دورات هي التي يحدث بها الأحلام والكوابيس ويرتاح بها الجسد ويستعد الجسد لليقظة. والعمليات التي يمر بها الجسد إذا لم يكمل السبعة ساعات لن يمر في الخمس دورات، سوف يستيقظ متعب ومرهق لأن عقله لم ينم كما يجب.

## ٢- الصحة العقلية والنفسية والانفعالية .

العقل مربوط في الجسد فإذا تعب الجسد سوف يتعب العقل فيجب تصفية الذهن عن طريق التأمل، والمشي التأملي الذي يتعلق في الحواس الخمس ، وهذا يجعل الفرد أكثر قدرة على التعبير عن مشاعره، فكثرة مشاغل الحياة تجعله ينسى لكن عندما يدون ويكتب يصبح أكثر إدراكاً ووعياً، ويخلق توازن بين حياته وحياته الآخرين.

## ٣- الصحة الاجتماعية

إن الفرح حتى على أبسط الأمور والاستمتاع على أبسط الأمور حتى لو مكالمة مع صديق أو زراعة الورود. هذا الاستمتاع يجعل عواطف الأفراد تهدأ وتجعلهم يشعرون بالسعادة، مع الرغبة في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.

## ٤- الصحة الروحية.

تشجيع الناس على الصلاة والتواصل مع الخالق والحديث مع الخالق وهو موجود في كل الأديان، وقد اثبتت الدراسات بأن المناجاة والتواصل مع الخالق والطقوس والممارسات الدينية تساعدك وتريحك. ومساعدة الفئات المهمشة واعطائهم أمور بسيطة يحتاجونها هذا العطاء يجعلك روحانياً أفضل، ويمكنك أيضاً أن تدون على ورقة عشرة أمور تشكر الله لأنها موجودة بك مثل الصحة، الأصدقاء، العائلة... وغيرها .

## هـ - آليات دعم الرعاية الذاتية:

- يمكن أن يتضمن دعم الرعاية الذاتية ما يلي (Mertig, Rita G., 2012, p.183):
- معلومات الرعاية الذاتية عن الصحة وأجهزة جسم الإنسان ونمط الحياة والأنشطة البدنية والنظام الغذائي الصحي.
- دعم تدوين ملاحظات أو أخذ ملاحظات عن الحياة (ODLS) وإدارتها وتفسيرها وكتابة تقرير عنها، وكذلك تتبع الطرق الجديدة واستخدام هذه المعلومات كأدلة لعملية اتخاذ القرار ورعاية الذات.

- احتواء الصفات الطبية على معلومات تخص الفرد بعينه وتعليمات كفيلة برعاية ذاته والتحكم بها.
- أجهزة الرقابة والرعاية الذاتية والتكنولوجيا المساعدة.
- برامج ودورات للتدريب على مهارات الحياة والرعاية الذاتية.
- توفير المساعدة من الناحية الروحانية أو الدينية.
- نصائح من المعالجين المهنيين والصيادلة وأخصائيين العلاج الطبيعي والتكميلي.
- عمل شبكات لدعم الرعاية الذاتية والتي يمكن أن تكون وجهاً لوجه أو افتراضية، تتكون من الأقران أو الناس الذين يرغبون في مساعدة الآخرين أو تلقي معلومات ومساندة من الآخرين، متضمنة الرعاية الذاتية الأساسية لتقارب المزودين والمستهلكين.

#### و - طرق الرعاية الذاتية:

تتضمن الرعاية الذاتية موضوعات مثل ( Health in Everyday Living Robert ) (Wood, 2016):

- ١- الصحة العامة والنظافة الشخصية وتدريبات اللياقة البدنية.
- ٢- إطالة الحياة واكتساب المهارات الحياتية.
- ٣- الأدوية الذكية التي تقوى الذاكرة أو الذكاء أو القدرات المعرفية والفيتامينات.
- ٤- التغذية والنوم.
- ٥- إدارة الضغوط.

#### ز - وسائل لتعزيز مفهوم الرعاية الذاتية للمسنين (Diwan, 2007, p.198):

- تدريب المسنين على الاهتمام بأنفسهم وليس بالآخرين.
- تدريب المسنين على التعبير عن مشاعرهم.
- تدريب المسنين على تناول الأطعمة الصحية وضبط تناولهم للأطعمة غير الصحية.

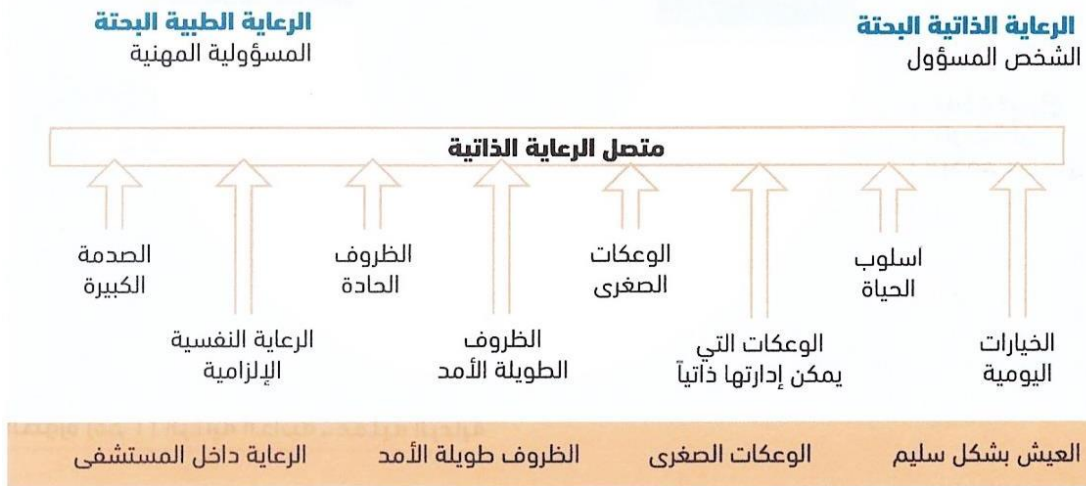
-تنظيم نوم المسنين بساعات محددة .

-جعله يمارس هوايات هو يحبها.

-تدريب المسنين على إقامة العلاقات مع الآخرين وكيف يصبحوا أصدقاء مع الأشخاص الجيدين، وأن يبتعدوا عن الذين يعطوهم طاقة سلبية.

### ح- متصل الرعاية الذاتية:

من أجل فهم أفضل لمفهوم الرعاية الذاتية من المفيد النظر إلى الرعاية الذاتية باعتبارها تسلسل مستمر للرعاية، يتم تنفيذ الرعاية الذاتية لتلبية الاحتياجات الأساسية اليومية، ومنع المرض، والحفاظ على الصحة والصحة النفسية والرفاهية، يمكن تنفيذ أنشطة الرعاية الذاتية من قبل الأشخاص والعائلات والمجتمعات، لأنفسهم أو لدعم الآخرين، على طول هذه السلسلة، قد يتم أو لا يتم التعاون مع المتخصصين في مجال الرعاية الصحية، بالإضافة إلى ذلك، في مكان ما على طول هذه السلسلة، قد يعاني الأفراد من مرض أو إصابات تستلزم زيادة أو تغيير في أنشطة الرعاية الذاتية الخاصة بهم وقد يتطلب أيضاً مساعدة من المتخصصين من أجل التعامل مع الوضع. كما يوضحها الشكل التالي :



شكل رقم (١) يوضح متصل الرعاية الذاتية<sup>١</sup>

حيث يوضح هذا المتصل مقياس الرعاية الذاتية، ويبدأ بالمسؤولية الفردية وخيارات نمط الحياة اليومية التي يتخذها الناس، مثل الأكل الصحي والنشاط البدني، وكما هو موضح في

<sup>1</sup> [Http://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people](http://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people)

المتصل فإن الرعاية الذاتية تعتنى بأمراض بسيطة أو وعكات أو ظروف صعبة طويلة الأمد، أو صحة الفرد ورفاهيته بعد الخروج من الرعاية الصحية الثانوية أو الثلاثية، يمكن للأفراد إدارة أعراضهم الثانوية أو ظروفهم على المدى الطويل دون اللجوء إلى التدخلات المتخصصة، ويمكن لمختصات الرعاية الصحية أيضاً توجيه ودعم الأفراد وتدريبهم أثناء مشاركتهم في الرعاية الذاتية، على مدى السلسلة، يمكن أن تتحول المسؤولية نحو رعاية أكثر تخصصاً في ظل وجود ظروف رئيسية قد يعود هذا التحول مرة أخرى إلى المسؤولية الفردية عند بداية مرحلة التعافى، ولكن حتى مع المساعدة المتخصصة لا تزال فعالية الرعاية تعمل من خلال الشخص المسئول عن تحديد الرعاية واستيعاب النفوذ، وتتراوح الرعاية الذاتية بين الخيارات اليومية للفرد إلى التدخلات من أجل إدارة الظروف طويلة الأمد، كما هو موضع في سلسلة الرعاية الذاتية.

**ط- الجوانب الأساسية الثلاث للرعاية الذاتية (مجالات وأدوات الرعاية الذاتية) ( Diwan, ) (2007, p.201):**

١. **الوعي:** للاحتياجات الخاصة بك، والحدود، والعواطف، والموارد، لممارسة الوعي الذاتي ابحث عن العلامات المبكرة للإرهاق، والإجهاد العاطفي، والصدمة الثانوية أو غير المباشرة، والتفاعل المفرط بحيث تركز على الرعاية الذاتية لمنع المزيد من المشاكل المستقبلية، تطوير عادة الاطمئنان على نفسك.

٢. **التوازن:** بين أنشطتك ومهامك: العمل والأسرة والحياة الاجتماعية والراحة والترفيه، ذكر نفسك بأنك تستحق أن يكون لديك حياة ذات معنى وممتعة خارج العمل.

٣. **التواصل مع العلاقات الداعمة:** إقامة علاقات إيجابية مع الزملاء في العمل، والأصدقاء، والعائلة للحصول على الدعم وتجنب العزلة.

### سابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

١ **نوع الدراسة:** تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات التجريبية، حيث تستهدف الوقوف على طبيعة العلاقة بين متغيرين أحدهما مستقل وهو (ممارسة برنامج نموذج الحياة في طريقة خدمة الفرد) على متغير تابع وهو (تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين بدور الرعاية الاجتماعية).

٢ - **المنهج المستخدم:** تمشياً مع نوع الدراسة فإن المنهج المستخدم هو المنهج التجريبي عن طريق التجربة القبلية البعدية لجماعة واحدة، حيث يتم القياس القبلي لحالة المجموعة ثم

إدخال المتغير التجريبي (ممارسة برنامج نموذج الحياة فى طريقة خدمة الفرد) على المجموعة التجريبية وبعد إجراء التجربة يتم القياس البعدي للمجموعة، ثم يتم إجراء المقارنة وحساب الفروق بين القياسين (القبلي والبعدي) للمجموعة.

### ٣ - أدوات الدراسة:

تتحدد أدوات الدراسة وفق طبيعة الدراسة التي يتم تناولها والمنهج الذي يتبعه الباحث، ومن ثم فقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين بدور الرعاية الاجتماعية من اعداد الباحث، بالإضافة إلي المقابلات بجميع أنواعها الفردية والجماعية مع أعضاء المجموعة التجريبية، وكذلك سجلات المسنين الموجودة داخل المؤسسة.

### أ - اعداد المقياس:

قام الباحث بتحديد موضوع المقياس في ضوء المتغير التابع الذي يسعى الباحث لمعرفة التغير الذي حدث فيه نتيجة لقياس أثر المتغير المستقل (ممارسة برنامج نموذج الحياة فى طريقة خدمة الفرد) علي المتغير التابع (تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين بدور الرعاية الاجتماعية).

وقد قام الباحث بالاطلاع والتحليل للكتابات والدراسات والأبحاث المرتبطة بمفهوم ومبادئ وأهداف وأبعاد الرعاية الذاتية للمسنين، والإطار النظري لطريقة خدمة الفرد، والإطار النظري لنموذج الحياة فى خدمة الفرد، كما قام الباحث بالرجوع إلى بعض الخبراء والمتخصصين في مجال التربية والآداب والخدمة الاجتماعية، وذلك لتحديد أهم أبعاد المقياس الذى يمكن من خلاله تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين بدور الرعاية الاجتماعية، وفي ضوء ذلك فقد تم تحديد أبعاد المقياس في (الجانب البدني- الجانب النفسي- الجانب الاجتماعي - الجانب الروحي)، وقد اشتمل المقياس علي (٦٠) عبارة بواقع (١٥) عبارة لكل بُعد.

استخدم الباحث التدرج الثلاثي للاستجابات وهي (أوافق، أوافق إلى حد ما، لا أوافق) ودرجاتها (٣ ، ٢ ، ١) مع مراعاة العبارات الموجبة والسالبة.

### ب - صدق المقياس:

قام الباحث بعرض المقياس في صورته المبدئية على عدد من السادة المحكمين في التخصصات التالية (اساتذة كليات التربية والآداب والخدمة الاجتماعية بجامعة المنصورة) بلغ عددهم (١٢) محكماً بدرجة أستاذ دكتور موزعين بواقع (٤) أساتذة من كلية التربية تخصص علم النفس والصحة النفسية و(٤) أساتذة من كلية الآداب تخصص علم الاجتماع و(٤) أساتذة من الخدمة الاجتماعية تخصص خدمة الفرد وذلك للتأكد من (مدى ارتباط مضمون العبارات

بأبعاد المقياس، ومدى سلامة صياغتها اللغوية، وترتيب العبارات وسهولتها مع حذف أو إضافة بعض العبارات إن أمكن ذلك)، حيث تفضل كل منهم بإجراء التعديلات المناسبة على المقياس ليكون صالحاً لقياس ما وضع من أجله.

وفي ضوء الإجابات التي وردت من السادة المحكمين وفي ضوء ملاحظاتهم، قام الباحث بحساب نسبة الاتفاق على مدى ارتباط العبارات بأبعاد المقياس ومؤشراته، وذلك باستخدام معادلة الاتفاق حيث تم إجراء التعديلات المتعلقة بالصياغة اللغوية للعبارات، واستبعاد العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق تقل عن (٨٥ ٪)، كما تم حذف العبارات المتكررة. وقد قام الباحث في ضوء التعديلات السابقة بصياغة المقياس في شكله النهائي، حيث تضمن كل بُعد من أبعاد المقياس (١٥ عبارة) بحيث أصبح العدد الكلي لعبارات المقياس (٦٠ عبارة).

#### ج - ثبات المقياس :

وقد اعتمد الباحث على طريقة إعادة الاختبار للتأكد من ثبات القياسين، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة قوامها (١٠) من المسنين نزلاء دار الأمل للمسنين بالمنصورة في مقابلة جماعية استغرقت ساعتين، ثم قام الباحث بإعادة تطبيق المقياس بعد (١٥) يوماً على نفس العينة واستخدم الباحث معامل ارتباط (سبيرمان) لتحديد معامل الثبات وفق ما يلي:

### جدول (١)

#### يوضح نتائج معامل الثبات لأبعاد الرئيسية

المتغير	معامل الارتباط (سبيرمان)	الدلالة الإحصائية
أبعاد المقياس		
الجانب البدني	٠.٩٥	دالة
الجانب النفسي	٠.٩٣	دالة
الجانب الاجتماعي	٠,٨٨	دالة
الجانب الروحي	٠.٩٢	دالة

حيث يتضح من الجدول رقم (١) أن المقياس بأبعاده الرئيسية ذو درجة ثبات مرتفعة، حيث أن الارتباط بين القياس الأول والثاني مرتفع. وتشير درجات المقياس إلي مستوى الرعاية الذاتية للمسنين علي النحو التالي:



- من ١ إلى ٦٠  
مستوي رعاية ذاتية منخفضة.
- من ٦١ إلى ١٢٠  
مستوي رعاية ذاتية متوسط.
- من ١٢١ إلى ١٨٠  
مستوي رعاية ذاتية مرتفع.

#### ٤- مجالات الدراسة :

- أ - **المجال المكاني:** تم تطبيق الدراسة علي دار الأمل للمسنين بالمنصورة - محافظة الدقهلية وذلك للأسباب التالية :
- يوجد تدريب ميداني لطلاب الفرقة الرابعة بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة .
- يشرف الباحث علي طلاب التدريب بهذه الدار .
- العلاقة الطيبة التي تربط كلا من مجلس ادارة الدار وادارة المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة.
- ب - **المجال البشري :** تم تطبيق الدراسة علي جميع النزلاء من المسنين بدار الأمل للمسنين بالمنصورة وقدر عددهم ب(١٥) من النزلاء.
- ج - **المجال الزمني :** يقدر المجال الزمني ب ٤ اشهر من ١ /٥/٢٠٢٣ ، حتى ١/٩/٢٠٢٣

#### تاسعا: برنامج التدخل المهني :

##### أ - أهداف برنامج التدخل المهني :

يهدف برنامج التدخل المهني لتحقيق الهدف من البحث والخاص باختبار فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية، ويتم ذلك من خلال الآتي :

##### ب - أدوات التدخل المهني:

تتحدد أدوات التدخل المهني على المسنين أعضاء المجموعة التجريبية من خلال

الآتي:

- ١- المحاضرات التي سوف يعقدها الباحث بمشاركة المتخصصين مع المسنين أعضاء المجموعة التجريبية.
- ٢- الندوات التي سوف يعقدها الباحث بمشاركة المتخصصين مع المسنين أعضاء ٣- المجموعة التجريبية.
- ٤- ورش العمل التي سوف ينفذها الباحث مع المسنين أعضاء المجموعة التجريبية.
- ٥- الرحلات التي سوف ينفذها الباحث مع المسنين أعضاء المجموعة التجريبية.
- ٦- المناقشات الجماعية مع المسنين أعضاء المجموعة التجريبية.
- ٧- الزيارات التي سوف ينفذها الباحث مع المسنين أعضاء المجموعة التجريبية, وذلك كما هو موضح بجدول رقم (٢).

### ج - محتويات البرنامج :

#### جدول رقم (٢)

#### يوضح محتوى برنامج التدخل المهني.

التاريخ	النشاط	الهدف	الاستراتيجية
الاسبوع الاول	تكوين المجموعة التجريبية	تحديد الهيكل التنظيمي للمجموعة التجريبية طبقا للشروط الخاصة لتنفيذ التجربة الخاصة ببرنامج التدخل المهني	المساعدة - توفير المعلومات
الاسبوع الثاني	التعرف علي اعضاء المجموعة التجريبية	وذلك بهدف : - توطيد العلاقة بين الاعضاء والباحث. - الوقوف علي مستوى مهاراتهم ومعلوماتهم الخاصة . - التعرف علي انطباعاتهم الاولية نحو برنامج التدخل المهني.	التعلم
الاسبوع الثالث	اجراء القياس القبلي للمجموعة التجريبية	رصد وقياس فعالية برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق الرعاية الذاتية للمسنين .	
الاسبوع الرابع	عرض برنامج التدخل المهني علي اعضاء المجموعة التجريبية	- توضيح خطة العمل مع المجموعة التجريبية - توضيح الهدف من تنفيذ برنامج التدخل المهني.	- المساعدة . - توفير المعلومات - التعلم
الاسبوع الخامس	تنفيذ ندوة عن كيفية الاعتناء بالجسد	- حث المسنين للاهتمام بالحانب البدني (الشخصي) - (الجسمي) وكيفية القيام بالاعتناء بالصحة الجسدية.	- التعلم - الاقناع

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- توضيح الآثار الناتجة عن الاهتمام بالجسد.</li> <li>- تنمية رغبة المسنين بالحرص علي الاهتمام بالجسد والنظافة الشخصية ودورها في الوقاية من الأمراض .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>والتدريب علي كيفية القيام بتنظيف الجسد</li> </ul>	
الاسبوع السادس	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حث المسنين للاهتمام بالحانب النفسي والاهتمام بالصحة النفسية وكيفية التمتع بصحة نفسية جيدة .</li> <li>- توضيح الآثار الناتجة عن الاهتمام بالجسد.</li> <li>- تنمية رغبة المسنين في التحلي بروح معنوية عالية والاحساس بالثقة بالنفس والتمتع بالحياة .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تنفيذ محاضرة عن كيفية الاعتناء بالجانب النفسي للمسنين والتدريب علي كيفية القيام بالحفاظ علي صحة نفسية جيدة لديهم</li> </ul>	
الاسبوع السابع	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حث المسنين للاهتمام بالحانب الاجتماعي.</li> <li>- توضيح الآثار الناتجة عن الاهتمام بالجانب الاجتماعي للمسنين .</li> <li>- تنمية رغبة المسنين في التحلي بعلاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين والتمتع بالحياة والرغبة فيها .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تنفيذ ندوة عن كيفية الاعتناء بالجانب الاجتماعي للمسنين والتدريب علي كيفية القيام بتكوين علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين</li> </ul>	
الاسبوع الثامن	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حث المسنين للاهتمام بالحانب الروحي والاهتمام بتنمية القيم الدينية لديهم وكيفية التمتع بالحياة والحفاظ علي اداء الفروض الشرعية في أوقاتها وتنمية الثقافة الدينية.</li> <li>- توضيح الآثار الناتجة عن الاهتمام بالجانب الروحي.</li> <li>- تنمية رغبة المسنين في الرضا بقضاء الله والامتثال له.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تنفيذ محاضرة عن كيفية الاعتناء بالجانب الروحي للمسنين والتدريب علي كيفية الايمان والرضا لقضاء الله والقيام بالحفاظ علي الفروض الشرعية</li> </ul>	
الاسبوع التاسع	<ul style="list-style-type: none"> <li>- عقد سلسلة لقاءات مع علماء الخدمة الاجتماعية والنفس والاجتماع.</li> <li>- قياس مدى تفاعل المسنين مع هذه اللقاءات وتحليل هذه التفاعلات وانعكاساتها علي مدى اقبال المسنين علي الحياة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>وضع مجموعة من التمرينات والتدريبات المرتبطة بالتمتع بالحياة لدى المسنين</li> </ul>	
الاسبوع العاشر	<ul style="list-style-type: none"> <li>- عقد سلسلة لقاءات مع متخصصي العلاج الطبيعي والبدني والرياضي للمسنين.</li> <li>- قياس مدى تفاعل المسنين مع هذه اللقاءات وتحليل هذه التفاعلات وانعكاساتها علي الحالة الصحية لهم .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>وضع مجموعة من التمرينات والتدريبات المرتبطة برفع اللياقة البدنية للمسنين</li> </ul>	

- التقييم - التعلم - الاقناع	- عقد سلسلة لقاءات مع اخصائي التأهيل النفسي - قياس مدى تفاعل المسنين مع هذه اللقاءات وتحليل هذه التفاعلات وانعكاساتها علي الروح المعنوية للمسنين .	وضع مجموعة من التمرينات والتدريبات المرتبطة بتنمية الثقة بالنفس والرغبة في الحياة	الاسبوع الحادي عشر
- التعلم - التقييم	- تنظيم يوم ترفيهي للمسنين في احد الاماكن العامة والمفتوحة للاستمتاع بالحياة وتحسين نوعيتها لديهم - قياس مدى تفاعل المسنين مع هذا اليوم وتحليل هذه التفاعلات وانعكاساتها علي الروح المعنوية للمسنين .	وضع مجموعة من التمرينات والتدريبات المرتبطة بكيفية اداء بعض الانشطة الترويحية للمسنين .	الاسبوع الثاني عشر

#### د - مراحل التدخل المهني:

##### المرحلة التمهيديّة:

هي المرحلة التي بدأت منذ تحديد إطار المعاينة واختيار عينة الدراسة "المجموعة التجريبية" من المسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية، وتحديد خصائصهم، ومهاراتهم التكنولوجية والمعرفية، وتحديد مستوى طموحهم، والتعرف على الأنشطة التي يمارسها أعضاء المجموعة التجريبية.

- تحديد أهداف التدخل المهني واستراتيجياته ووسائله التي يمكن عن طريقها تنفيذ برنامج التدخل المهني.

- الحصول على موافقة أمن إدارة الدار على إجراء برنامج التدخل وتوضيح الهدف منه.

- تحديد الامكانيات والموارد التي يمكن استخدامها في برنامج التدخل المهني.

- تكوين المجموعة التجريبية.

- القيام بالقياس القبلي للمجموعة التجريبية قبل بدء التدخل المهني باستخدام مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية.

##### مرحلة التنفيذ:

هي المرحلة التي يتم فيها تنفيذ برنامج التدخل المهني مع المجموعة التجريبية والتفاعل بشكل ديناميكي بين أعضاء الجماعة التجريبية، حيث ركز الباحث على توجيه ذلك التفاعل لتنمية المهارات المعرفية والشخصية لتحقيق الرعاية الذاتية لديهم.

- التدريب الفعلي على المشاركة في الحلقات النقاشية التي يكونها الباحث لتنفيذ برنامج التدخل المهني.
- حث المسنين علي الدخول علي مواقع التواصل الاجتماعي والاطلاع علي ما يعرض عليها واستخدام ذلك في الاعتناء بالجانب البدني والنفسي والاجتماعي والروحي لهم.
- مطالبة الأعضاء بالاشتراك في الحلقات النقاشية ومجموعات العصف الذهني التي تعقد علي المجموعات التجريبية.

### الإستراتيجيات التي اعتمد عليها برنامج التدخل المهني فى إطار برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد:

- اعتمد الباحث فى تصميمه لبرنامج التدخل المهني على عدد من الإستراتيجيات العلاجية التي تتناسب وتحقيق الرعاية الذاتية للمسنين انطلاقا من أن نموذج الحياة يتيح الفرصة للباحث فى أن يستعين بالعديد من الاستراتيجيات العلاجية, وتحددت تلك الاستراتيجيات فى:-
- أ- **استراتيجية البناء المعرفي:** عن طريق امداد المسنين ببعض المعارف والمعلومات عن المواقف الحياتية التي يجهلون الأسلوب الأمثل للتعامل معها، وتعديل بعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة لديهم عن الرعاية الذاتية والعمل علي تعديل السلوكيات السلبية الناتجة عن تلك الأفكار والمعتقدات الخاطئة مما يسهم في زيادة الوعي بالرعاية الذاتية لديهم.
- ب- **استراتيجية الاتصال:** تمثلت في عملية تسهيل الاتصال بين المسنين ببعضهم البعض من جانب وبينهم وبين الباحث من جانب أخر لإتاحة الفرصة لنقل محتوى الرسائل الاتصالية بينهم وبين الباحث من أجل مساعدتهم علي تدعيم شخصياتهم وتحسين شبكة علاقاتهم الاجتماعية والعمل علي اكسابهم المهارات الحياتية التي توفر لهم قدر كبير من الرعاية الذاتية.
- ج- **استراتيجية التوضيح:** من خلال هذه الاستراتيجية تم توضيح أهمية الرعاية الذاتية للمسنين في كافة الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية من خلال توضيح الأدوار والمسئوليات التي يجب أن يقوموا بها لتحقيق الرعاية الذاتية لأنفسهم.
- د- **استراتيجية الاقناع:** من خلال اقناع المسؤولين عن دور رعاية المسنين بضرورة وضع مجموعة من البرامج التي توفر الامكانيات المادية اللازمة لتسهيل ممارسة الرعاية الذاتية

للمسنين عن طريق ممارسة بعض الأنشطة و إتاحة الفرصة لهم للتعبير عن آرائهم ومتطلباتهم مما يسهم في تنمية الرعاية الذاتية لديهم.

هـ- **استراتيجية التعاون:** حيث يقوم الباحث بالعمل علي اكتشاف قدرات المسنين وامكانياتهم ومساعدتهم علي استثمارها بشكل بناء وامدادهم بالمعلومات والبيانات المرتبطة بالرعاية الذاتية ليكونوا أكثر وعياً في اشباع احتياجاتهم وحل مشكلاتهم.

**التكنيكات المستخدمة في إطار برنامج نموذج الحياة في خدمة الفرد:**

أ- **المناقشة الجماعية:** تم الاعتماد عليها في جميع عمليات ممارسة الأنشطة الجماعية بين المسنين لبث روح المشاركة والتعاون بين الأعضاء حيث تتيح الفرصة للحوار والمناقشة الفاعلة التي تمكن من تخطيط وتنفيذ البرامج التي تهدف إلي تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين.

ب- **العصف الذهني:** يستخدمه الباحث لتهيئة المناخ المناسب لزيادة التفاعل بين المسنين لمساعدتهم علي توليد الأفكار والمقترحات حول الأنشطة التي يرغبون في ممارستها لتنمية الرعاية الذاتية لديهم.

ج- **ورش العمل:** يقوم الباحث بتنظيم ورش العمل حول الأفكار الابداعية للبرامج والأنشطة المتعلقة بتنمية الرعاية الذاتية، وتنمية القدرة علي العمل التعاوني المشترك بينهم من خلال تقسيمهم إلي مجموعات صغيرة كل مجموعة ثلاثة مسنين تختص كل مجموعة بمناقشة أليات تنمية الرعاية الذاتية للمسنين والتعرف علي الصعوبات واقتراح حلول لمواجهة هذه الصعوبات.

د- **المحاضرات والندوات:** لتوعية المسنين بالمشكلات الناتجة عن نقص القدرة علي الرعاية الذاتية لأنفسهم ومحاولة حل هذه المشكلات من خلال الموارد والامكانيات المتوفرة لدي المسنين وداخل الدار.

هـ- **الأنشطة الدينية:** يشكل الخطاب الديني تكتيكاً هاماً يستخدمه الباحث مع المسنين لما له من واقع الحديث عن قدرة الله سبحانه وتعالى ومسه للجانب الروحي للمسنين وزيادة مشاعر الرضا والتقبل لذاتهم والتعايش مع الضغوط التي يتعرضون لها.

و- **التدعيم الايجابي:** استخدم فيه الباحث عبارات الثناء والتقدير وإبداء الاستحسان مع المسنين عند نجاحهم في انجاز المهام المكلفين بها وتشجيعهم على بذل المزيد من الجهد والتقدم في

انجاز باقى المهام, واستهدف هذا الأسلوب تقوية وزيادة السلوكيات والمشاعر والأفكار الايجابية المرتبطة بتمية الرعاية الذاتية لديهم.

ز- **التفسير:** استهدف استخدام هذا الأسلوب مساعدة المسنين الجدد لتحقيق الفهم والإدراك الصحيح لموقفهم, وحاجتهم إلى تدعيم علاقتهم بزملائهم ومشرفيهم لأهمية الحصول على دعمهم ومن ثم الشعور بالقيمة والأهمية وتمية الرعاية الذاتية لديهم.

#### الأدوار المستخدمة فى إطار برنامج نموذج الحياة فى خدمة الفرد:

أ- **دور المعالج:** يقوم الباحث بمساعدة المسنين على إحداث تغييرات فى أنفسهم وفى علاقاتهم مع الآخرين أثناء ممارستهم للبرامج والأنشطة من خلال إثراء التفاعلات الايجابية والحد من التفاعلات السلبية بينهم والعمل على تعديل أفكارهم غير الصحيحة حول الرعاية الذاتية بما يسهم فى تعديل أفكارهم غير الصحيحة وسلوكياتهم غير المرغوبة ويساهم فى تنمية الرعاية الذاتية لديهم.

ب- **دور الممكن:** من خلال العمل على تحفيز دوافع المسنين للتعامل مع الضغوط الحياتية التي تواجههم ومساعدتهم على التحكم فى مشاعرهم وتوجيهها ايجابياً بما يسهم فى تنمية الرعاية الذاتية لديهم.

ج- **دور التربوي:** من خلال امداد المسنين بالمعلومات والمعارف والخبرات المتعلقة بالنماذج والسلوكيات الايجابية حول الرعاية الذاتية وطرق تعديل السلوكيات السلبية لديهم واستبدال الأفكار غير المنطقية عن أنفسهم بأفكار منطقية، وتعليمهم كيفية التعامل مع الضغوط الناتجة عن تحولات الحياة واكسابهم المهارات اللازمة لذلك مما يسهم فى تنمية الرعاية الذاتية لديهم.

د- **دور المساعد:** يقوم الباحث بمساعدة المسنين على التعرف على مدي نمو الوعي لديهم بالرعاية الذاتية وأثرها فى تنمية الجانب الجسمي والنفسي والاجتماعي والروحي لديهم.

#### مرحلة الإنهاء والتقييم:

هي المرحلة التي يقوم فيها الباحث بالبداية فى إنهاء برنامج التدخل المهني مع المجموعة التجريبية، وتم فيها ما يلي:

- قام الباحث خلال تلك المرحلة بمتابعة أعضاء المجموعة التجريبية والتركيز على دور كل عضو ومدى مشاركته في البرنامج.
- مناقشة الباحث لأعضاء المجموعة التجريبية حول ما اكتسبوه من معارف وخبرات جماعية وأثر ذلك على تحقيق الرعاية الذاتية لديهم.
- التعرف على نتائج التدخل المهني مع أعضاء المجموعة التجريبية ومدى تحقيقه لأهدافه.



## عاشراً: اختبار فروض الدراسة :

## جدول رقم ( ٣ )

يوضح قيمة اختبار (ت) للبعد الأول (مدى اهتمام المسنين بالجانب البدني والشخصي لهم) علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلأ دور الرعاية الاجتماعية. ن = ( ١٥ )

م	المتوسط الحسابي		ن	درجات الحرية	t	الدلالة
	قبلي	بعدي				
الاهتمام بالجانب البدني	١٧،١٣٥	٢٨،١٩	١٥	١٤	١٥،٨	٠،٠٠٠

باستقراء الجدول رقم (٣) نجد أن هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لصالح القياس البعدي عند مستوى معنوية (٠،٠٠٥) ودرجات حرية (١٤)، وكانت مستوى الدلالة (٠،٠٠٠١) وهي دالة مما يوضح الأثر الإيجابي لبرنامج التدخل المهني في تحقيق الاهتمام بالجانب البدني والشخصي لدى المسنين، وهذا ظهر في الاهتمام بالصحة الجسدية والاعتناء بالعادات الصحية السليمة للاهتمام بالجسد من جانب المسنين، وحرصهم علي أخذ الأدوية في مواعيدها المحددة، مما يؤكد علي اهتمام المسنين بضرورة الحفاظ علي الجسد باعتباره أحد أبعاد الرعاية الذاتية لهم، وهذا يتفق مع الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ومنها دراسة مصطفى (٢٠٢٠) التي أكدت على ضرورة أن تقوم مؤسسات رعاية المسنين بتوفير كافة خدمات الرعاية الصحية والاقتصادية للمسنين، وهذا بدوره يساعد في تنمية قدرة المسنين علي الاهتمام بالجسد كأحد أبعاد الرعاية الجسدية لهم، وكذلك دراسة موز وآخرون (Muze, et at, 2014) والتي اكدت أهمية جودة الحياة ذات الصلة بالصحة العامة وضرورة الاهتمام بالجانب البدني.

## جدول رقم (٤)

يوضح قيمة اختبار ( ت ) للبعد الثاني (مدى اهتمام المسنين بالجانب النفسي لهم) علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلأ دور الرعاية الاجتماعية. ن = ( ١٥ )

م	المتوسط الحسابي		ن	درجات الحرية	T	الدلالة
	قبلي	بعدي				
الاهتمام بالجانب النفسي	١٩،٣١	٢٩،٣	١٥	١٤	١٥،٢	٠،٠٠٠

باستقراء الجدول رقم (٤) نجد أن هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لصالح القياس البعدي عند مستوى معنوية ( ٠،٠٠٥ ) ودرجات حرية (١٤)، وكانت مستوى الدلالة (٠،٠٠٠١) وهي دالة

مما يوضح الأثر الإيجابي لبرنامج التدخل المهني في تحقيق الاهتمام بالجانب النفسي لدى المسنين، وهذا ظهر في الاهتمام بالصحة النفسية وضرورة الحفاظ علي صحة نفسية جيدة من خلال ارتفاع معدلات الثقة بالنفس والانفتاح علي الحياة، وحرصهم علي بقائهم في حالة نفسية جيدة، مما يؤكد علي اهتمام المسنين بضرورة الحفاظ علي مستوى مرتفع من الروح المعنوية وحب الحياة والإقبال عليها باعتبار ذلك أحد أبعاد الرعاية الذاتية لهم، وهذا يتفق مع الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ومنها دراسة وينج وايرل (Wong and Earl, 2009) والتي أكدت علي أهمية الاعتناء بالجانب النفسي والانفعالي كأحد أبعاد الرعاية الذاتية، ودراسة هرمان (Hermann, 2002) والتي أكدت علي قدرة نموذج الحياة أحد النماذج العلاجية في خدمة الفرد علي تنمية الجانب النفسي للمسنين كأحد أبعاد الرعاية الذاتية ودراسة الميرز (2008) والتي أكدت علي أهمية فعالية نموذج الحياة في التخفيف من حدة المشكلات النفسية التي تواجه أمهات الأيتام.

#### جدول رقم (٥)

يوضح قيمة اختبار (ت) للبعد الثالث (مدى اهتمام المسنين بالجانب الاجتماعي لهم) علي

مقياس

الرعاية الذاتية للمسنين نزلأ دور الرعاية الاجتماعية. ن = (١٥)

الدالة	T	درجات الحرية	ن	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		م
				قبلي	بعدي	قبلي	بعدي	
٠,٠٠٠	١٦,٤	١٤	١٥	٣,٢	٢,٦	٢٨,٦	١٧,٢٥	الاهتمام بالجانب الاجتماعي

باستقراء الجدول رقم (٥) نجد أن هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لصالح القياس البعدي عند مستوى معنوية (٠,٠٠٥) ودرجات حرية (١٤)، وكانت مستوى الدلالة (٠,٠٠١) وهي دالة مما يوضح الأثر الإيجابي لبرنامج التدخل المهني في تحقيق الاهتمام بالجانب الاجتماعي لدى المسنين، وهذا ظهر في الرغبة في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وضرورة الحفاظ علي الاشتراك مع الآخرين وقراءة الكتب ومشاهدة التلفاز ومتابعة المسلسلات والأفلام الاجتماعية والانفتاح علي الحياة، وحرصهم علي بقائهم في حالة اجتماعية جيدة، مما يؤكد علي اهتمام المسنين بضرورة الحفاظ علي مستوى مرتفع من الروح المعنوية وحب الحياة والإقبال عليها باعتبار ذلك أحد أبعاد الرعاية الذاتية لهم، وهذا يتفق مع الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ومنها دراسة عبد الرازق (2016) والتي أكدت على أهمية دور الخدمة الاجتماعية في تنمية العلاقات الاجتماعية للمسنين فيما بينهم وأيضاً فيما بينهم وبين الأخصائيين الاجتماعيين

بدور الرعاية الاجتماعية، كما أكدت دراسة همام (٢٠٠٣) علي أهمية نموذج الحياة في تفعيل شبكة العلاقات الاجتماعية للمسنين بدور الرعاية الاجتماعية، وكذلك أكدت دراسة سيف (٢٠٢٣) علي أهمية توافر البيئة الاجتماعية المناسبة لتحقيق التوافق الاجتماعي للسيدات العقيمات.

### جدول رقم (٦)

يوضح قيم اختبار ( ت ) للبعد الرابع ( مدى اهتمام المسنين بالجانب الروحي لهم) علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلأ دور الرعاية الاجتماعية. ن = (١٥)

م	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري		ن	درجات الحرية	T	الدالة
	قبلي	بعدي	قبلي	بعدي				
الاهتمام بالجانب الروحي	١٨،٦٩	٢٧،٨	٣،٤	٢،٥	١٥	١٤	١٥،٩	٠،٠٠

باستقراء الجدول رقم (٦) نجد أن هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لصالح القياس البعدي عند مستوى معنوية (٠،٠٥) ودرجات حرية (١٤)، وكانت مستوى الدلالة (٠،٠٠١) وهي دالة مما يوضح الأثر الإيجابي لبرنامج التدخل المهني في تحقيق الاهتمام بالجانب الروحي لدى المسنين، وهذا ظهر في زيادة الرغبة في أداء الفرائض الشرعية بانتظام وبدقة وفي أوقاتها المحددة، والإيمان بالقضاء والقدر والامتثال لأمر الله أياً كان نوعه وزيادة الرغبة في التقرب من الله وفي أداء الأعمال الصالحة، مما يؤكد علي اهتمام المسنين بضرورة الحفاظ علي مستوى مرتفع من درجات الإيمان باعتبار ذلك أحد أبعاد الرعاية الذاتية لهم، وهذا يتفق مع الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ومنها دراسة أحمد (٢٠١٨) حيث ألفت الضوء على آليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين، وتوصلت إلى تقديم رؤية مستقبلية لتطوير آليات ممارسة خدمة الفرد مع المسنين موضحاً أهدافها، وآليات تطبيقها التي تشمل أهم الإستراتيجيات والتكنيكات المستخدمة فيها، كما أكدت دراسة مبروك (٢٠١١) علي أهمية نموذج الحياة في تنمية مهارات المسنين بالقدر الذي يسمح بتنمية الرعاية الذاتية لهم، ودراسة "كويسترجيتر" وآخرون (Koetsenruijter et al, 2016) التي أكدت علي ضرورة الاهتمام بالجوانب الحياتية للمسنين وخصوصاً الجانب الروحي الذي يمثل أحد الجوانب الحياتية للمسنين وهذا يؤدي بدوره إلي تحقيق الرعاية الذاتية لهم.

## جدول رقم (٧)

يوضح قيمة اختبار (ت) للمقياس ككل (الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية

الاجتماعية) ن = (١٥)

الدالة	t	درجات الحرية	ن	الانحراف المعياري		المتوسط الحسابي		م
				قبلي	بعدي	قبلي	بعدي	
٠,٠٠١	١٨,٦	١٤	١٥	٩,٤	١٥,٣	١٠,٢,٣	٦٠,٩	تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين

باستقراء الجدول رقم (٧) نجد أن هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لصالح القياس البعدي عند مستوى معنوية (٠,٠٠٥) ودرجات حرية (١٤)، وكانت مستوى الدلالة (٠,٠٠٠١) وهي دالة مما يوضح الأثر الإيجابي لبرنامج التدخل المهني في تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية، وذلك من خلال الاهتمام بالجانب البدني والشخصي، وكذلك الاهتمام بالجانب النفسي، وأيضاً الاهتمام بالجانب الاجتماعي، ومن ثم الاهتمام بالجانب الروحي، مما يؤكد علي تحقيق الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية، وهذا يتفق مع الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ومنها دراسة وينج وايرل Wong and Earl (٢٠٠٩) والتي اهتمت بتتمة المهارات الحياتية للمسنين من خلال الاهتمام بخصائصهم الديموغرافية والتي تسهم في تنمية مهارات رعاية الذات، كما أكدت دراسة الميرز (٢٠٠٨) علي قدرة نموذج الحياة في تحقيق المساندة الاجتماعية للمسنين بما يساهم في تحقيق الرعاية الذاتية لهم، كما سعت دراسة موز وآخرون (Muze, Hailu, Woldmichael & Fekecha, 2014) إلى بيان العلاقة بين جودة الحياة والعوامل المرتبطة بها لدى المسنين وتنمية مهارات الرعاية الذاتية لهم.

## النتائج العامة للدراسة :

أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق إحصائية ذات دلالة معنوية بين القياسات القبليّة والبعديّة، ويتضح ذلك علي النحو التالي:

١. أوضحت الدراسة صحة الفرض الرئيس، حيث أوضحت أن الفروق الإحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية لصالح القياس البعدي، وذلك لأن قيمة "ت" المحسوبة تقدر ب (١٨,٦)، وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند مستوى معنوية (٠,٠٠٥)، مما يؤكد علي ارتفاع معدلات الاهتمام بأبعاد الرعاية الذاتية لهم والمتمثلة في الاهتمام بالبعد البدني والنفسي والاجتماعي والروحي.

٢. أكدت الدراسة صحة الفرض الفرعي الأول والخاص بالاهتمام بالبعد البدني والشخصي، حيث أوضحت أن الفروق الإحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية لصالح القياس البعدي، وذلك لأن قيمة "ت" المحسوبة تقدر بـ (١٥،٨)، وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند مستوى معنوية (٠،٠٥)، مما يؤكد علي ارتفاع معدلات الاهتمام بالجانب البدني.
٣. أكدت الدراسة صحة الفرض الفرعي الثاني والخاص بالاهتمام بالبعد النفسي والمعنوي، حيث أوضحت أن الفروق الإحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية لصالح القياس البعدي، وذلك لأن قيمة "ت" المحسوبة تقدر بـ (١٥،٢)، وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند مستوى معنوية (٠،٠٥)، مما يؤكد علي ارتفاع معدلات الاهتمام بالجانب النفسي والمعنوي.
٤. أكدت الدراسة صحة الفرض الفرعي الثالث والخاص بالاهتمام بالبعد الاجتماعي، حيث أوضحت أن الفروق الإحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية لصالح القياس البعدي، وذلك لان قيمة "ت" المحسوبة تقدر بـ (١٦،٤)، وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند مستوى معنوية (٠،٠٥)، مما يؤكد علي ارتفاع معدلات الاهتمام بالجانب الاجتماعي.
٥. أكدت الدراسة صحة الفرض الفرعي الرابع والخاص بالاهتمام بالبعد الروحي، حيث أوضحت أن الفروق الإحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي علي مقياس الرعاية الذاتية للمسنين نزلاء دور الرعاية الاجتماعية لصالح القياس البعدي، وذلك لأن قيمة "ت" المحسوبة تقدر بـ (١٥،٩)، وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند مستوى معنوية (٠،٠٥)، مما يؤكد علي ارتفاع معدلات الاهتمام بالجانب الروحي.

## مراجع البحث:

## أولاً: المراجع العربية:

١. أبو النصر، مدحت محمد (٢٠١٧): الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين من منظور الممارسة العامة، المكتبة العصرية، القاهرة.
٢. أبو النصر، مدحت محمد (٢٠١٧): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية (نظرة متكاملة)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة.
٣. أحمد، إيمان شعبان (٢٠٠٩): مشكلات التقاعد لدى المسنين وأثرها بالرضا عن الحياة، بحث منشور بمجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة.
٤. أحمد، إيمان محمد إبراهيم (٢٠١٨): آليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين، دراسة في تحليل مضمون بحوث خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العدد ٦٠، القاهرة.
٥. أحمد، سلمى (٢٠١٤): تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن، دراسة ميدانية على عينة من المسنين بمركز رعاية الشيخوخة بالجزائر، رسالة ماجستير، جامعة وهران، كلية العلوم الاجتماعية، البستانى، محيط المحيط، ط٣، بيروت.
٦. إدريس، ابتسام رفعت محمد (٢٠٠٨): استخدام نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة لكبار المسن المساء إليهم، بحث منشور، المؤتمر العلمي الثاني "المسنون في الأسرة العربية بين الثوابت الإقليمية والمتغيرات العالمية"، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببورسعيد.
٧. الأمم المتحدة (٢٠١١): اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوى الإعاقة، فبراير، هونج كونج، الصين.
٨. البراغيثى، محمود؛ والوحيدى، ساره جميل (٢٠٢٢): مهارات الرعاية الذاتية فى تعزيز الرفاه والصمود النفسى لطلبة الثانوية العامة فى قطاع غزة، بحث منشور، مجلة المنارة العلمية، العدد الرابع، مايو، كلية التربية، جامعة بنى غازى، ليبيا.
٩. براون، حسبية (٢٠١٩): الضغوط النفسية والاضطرابات العضوية، كنوز الحكمة، الجزائر.
١٠. بركات، وجدى محمد (٢٠٠٩): ممارسة الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المسنين، جامعة حلوان، القاهرة.
١١. برنامج الأمم المتحدة الإنمائى (٢٠١٤): متاح على: <https://www.undp.org>
١٢. حامد، احمد قناوي (٢٠١٦): فاعلية نموذج الحياة في خدمة الفرد وتحقيق المساندة الاجتماعية للأطفال مجهولي النسب بدور الرعاية الاجتماعية، بحث منشور بمجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للخدمة الاجتماعية، ٥٥٤، القاهرة.
١٣. حجاج، إبراهيم عبد المحسن وآخرون (٢٠٢٢): تصور مقترح من نموذج الحياة فى خدمة الفرد لتحسين نوعية حياة المسنين بلا مأوى، مجلة التربية، كلية التربية، جامعة الأزهر، إبريل.

١٤. الحكيمى, وجدان وآخرون (٢٠٠٣): الصحة النفسية للطفل والمراهق, مكتبة الرشيد, الرياض.
١٥. حنا, مريم إبراهيم (٢٠٠١): استخدام نموذج الحياة في خدمة الفرد الأسرية, المجلس الأعلى للجامعات, القاهرة.
١٦. الدخيل, على بن فهد وآخرون (٢٠٢١): فاعلية برنامج تدريبي قائم على استخدام النمذجة بالفيديو في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد, بحث منشور, مجلة العلوم التربوية, جامعة الأمير سطاتم بن عبد العزيز, مج (٧), ع(٢), يوليو.
١٧. الزراد, فيصل محمد (٢٠٠٣): الرعاية الأسرية للمسنين, مركز الإمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية, الإمارات.
١٨. الزيانت, أحمد وآخرون (٢٠١١): المعجم الوسيط, مجمع اللغة العربية, ط٥, القاهرة.
١٩. زهران, حامد عبد السلام (٢٠٠٥): قاموس علم النفس, دار المعرفة الجامعية, الاسكندرية.
٢٠. زين الدين, صلاح (٢٠٢٢): الرعاية الاقتصادية والاجتماعية للمسنين, بحث منشور, المؤتمر العلمي, كلية الحقوق, جامعة طنطا, حقوق المسنين بين الواقع والمأمول.
٢١. السروجي, طلعت؛ وأبو النصر, مدحت (٢٠٠٨): نماذج الممارسة الحديثة في الخدمة الاجتماعية رؤية توضيحية مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية, ع ٢٣, ج ١.
٢٢. السروجي, طلعت وآخرون (٢٠٠٨): التخطيط الاجتماعي, أسس وتطبيقات, مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي, جامعة حلوان.
٢٣. السكرى, أحمد شفيق (٢٠٠٠): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية, دار المعرفة الجامعية, الإسكندرية.
٢٤. السنهورى, أحمد محمد (٢٠٠٦): موسوعة منهج الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية, دار النهضة العربية, القاهرة.
٢٥. السيد, عاشور عبد المنعم (٢٠٢٣): تصور مقترح لإستخدام الأخصائي الاجتماعي نموذج الحياة في تنمية المهارات الحياتية لجماعات الطلاب الجامعيين ذوي الاعاقة الحركية, بحث منشور, مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان, العدد ٦٢, الجزء الثاني.
٢٦. السيسى, محمود (٢٠٠٦): ممارسة نموذج الحياة فى خدمة الفرد وتخفيف حدة المشكلات الناتجة عن الضغوط الحياتية لدى الشباب الجامعي, بحث منشور, المؤتمر العلمى التاسع عشر, المجلد ٣, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.
٢٧. سيف, أمنية محمد عبد العزيز (٢٠١٨): استخدام نموذج الحياة للتخفيف من المشكلات المترتبة على سوء التوافق الاجتماعى لليتيمات المراهقات, رسالة دكتوراه, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة أسيوط.

٢٨. سيف، امينة محمد عبد العزيز (٢٠٢٣): استخدام نموذج الحياة في الخدمة الاجتماعية لتحقيق التوافق الاجتماعي للسيدات العقيمات، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٦٣، الجزء الثاني
٢٩. الشال، أحمد محمد إبراهيم (٢٠١٢): المشكلات التي تواجه كبار المسنين في إحدى قرى محافظة القليوبية، بحث منشور، مجلة كلية الآداب، جامعة المنصورة، العدد ٧.
٣٠. شقدار، عفت محمد محمود وآخرون (٢٠٢٣): ذوى اضطراب طيف التوحد ومهارات العناية بالذات: برنامج تدريبي للعاملات بمركز التأهيل الشامل بمكة المكرمة، بحث منشور، المجلة السعودية للتربية الخاصة، الجمعية السعودية للتربية الخاصة، جامعة الملك سعود، ع (٢٧)، أبريل.
٣١. الشمري، ريم بشير محمد وآخرون (٢٠٢٣): الرعاية الذاتية وعلاقتها بالضغوط المهنية لدى الأخصائى الاجتماعى الطبى فى مدينة الرياض، دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة فى مدينة الرياض، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
٣٢. شومان، عبد الناصف يوسف (٢٠٠٤): فعالية نموذج الحياة في خدمة الفرد في التخفيف من حدة الضغوط الحياتية لدى المسن، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع ١٧٤، ج ٢، كلية الخدمة الاجتماعية، القاهرة.
٣٣. عبد الرازق، خليل إبراهيم (٢٠١٦): دور الخدمة الاجتماعية فى التخفيف من حدة مشكلة العلاقات الاجتماعية من وجهة نظر الأخصائين الاجتماعيين العاملين فى مجال المسنين، جامعة القدس المفتوحة، مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية).
٣٤. عسران، كريم منصور (٢٠١٩) : فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات العناية الذاتية لدي الأطفال ذوى اضطراب التوحد ، بحث منشور ، مجلة التربية الخاصة ، العدد ٢٩ ، المجلد ٨.
٣٥. العشرى، حسن عبد السلام حسن (٢٠٢٢): إسهام إدارة الرعاية الذاتية والضيق الانفعالي وفعالية الذات فى التنبؤ بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكرى، بحث منشور، مجلة كلية الآداب، جامعة بورسعيد، العدد (٢٢)، ج ٢، أكتوبر.
٣٦. العشرى، حسن عبد السلام حسن (٢٠٢٢): إسهام إدارة الرعاية الذاتية والضيق الانفعالي وفعالية الذات فى التنبؤ بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكرى، بحث منشور، مجلة كلية الآداب، جامعة بورسعيد، العدد (٢٢)، ج ٢، أكتوبر.
٣٧. عويضة، سلطان موسى (٢٠٠٣): المقارنة بين المتقاعدين وغير المتقاعدين فى قلق الموت وسيمة القلق، بحث منشور، مجلة علم النفس المعاصر، العدد ٤، القاهرة.
٣٨. غبارى، محمد سلامة محمد (٢٠١٨): آليات استخدام نموذج الحياة لعلاج المدمنين، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية.
٣٩. مبروك، شحاتة محمد (٢٠١١): فاعلية نموذج الحياة في خدمة الفرد في التخفيف الضغوط الأسرية المصاحبة لحالات الاكتئاب، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع ٣١٤، ج ١٢، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة.



٤٠. محمد، اسحاق فيصل (٢٠٢٢): التفكير التكاملي والكثافة العاطفية وعلاقتها بالرعاية الذاتية لدي تدريسي الجامعة، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة ديالى، الجزائر.
٤١. محمد، هناء عارف أحمد (٢٠٢١): دراسة العوامل البيئية الاجتماعية من منظور خدمة الجماعة المرتبطة بتعزيز الشيوخة النشطة لدى جماعات المسنين - فى ضوء رؤية مصر ٢٠٣٠ للتنمية المستدامة، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية، العدد ٥٤، الجزء الرابع، إبريل، أسوان.
٤٢. مختار، أحمد عمر (٢٠٠٨): معجم اللغة العربية المعاصرة، عالم الكتب، القاهرة.
٤٣. مدبولى، صفاء عادل (٢٠٠٤): ممارسة نموذج الحياة فى التخفيف من حدة مشكلة الاغتراب الزوجي، بحث منشور فى مجلة الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع ١٦ ج، ٣، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة.
٤٤. مصطفى، أحمد عماد سعد (٢٠٢٠): دور الجمعيات الأهلية فى تحقيق الحماية الاجتماعية للمسنين، بحث منشور، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد ١٨.
٤٥. منصة حاكينى (٢٠٢٢): متاح على الرابط: <https://www.hakini.net/article>، تم الاطلاع ١١/٣٠ الساعة ٢٠٢٢/١٠/٣٠.
٤٦. منظمة الصحة العالمية (٢٠١٧): ص ١٩، متاح على: <https://www.who.int>
٤٧. منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠): متاح على: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>
٤٨. الميرز، هند عقيل (٢٠٠٨): تصور مقترح لممارسة نموذج الحياة فى تحقيق المساندة الاجتماعية للمهات الأيتام، بحث منشور فى مجلة دراسات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع ٢٥٤، ج ١، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة.
٤٩. ناجى، أحمد عبد الفتاح (٢٠١٤): تمكين الفئات المهمشة من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية.
٥٠. نصحي، كرستين جميل (٢٠٢٣): دور المسنين ودورها فى بناء قدرات المسنات المقيمت فى مواجهة مشكلاتهن، بحث منشور، مجلة بحوث فى الخدمة الاجتماعية التنموية، جامعة بني سويف، العدد ٢، المجلد ٤.
٥١. همام، هند على ثابت (٢٠٢١): المشكلات المترتبة على جانحة كورونا لدى عينة من كبار السن ودور مقترح من منظور نموذج التدخل فى الأزمات فى خدمة الفرد للتخفيف من حدتها، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد ٥٤، القاهرة.
٥٢. همام، سامية (٢٠٠٣): فاعلية نموذج الحياة فى خدمة الفرد فى علاج مشكلات المرأة المعيلة، بحث منشور فى المؤتمر العلمى السادس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

53. people, [Http://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people](http://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people)
54. Chambers, et al. (2006): Supporting Self Care in Primary Care. Oxford: Radcliffe Publishing , Vol. 15, Part. 2,.
55. David Rayes (2001): Programme Evaluation, Brooks, Thomson, U.S.A.
56. Dean Schillinger, et al. (2008): Seeing in 3-D: Examining the Reach of Diabetes Self-Management Support Strategies in a Public Health Care System, Health Education and Behavior Journal, Vol.35, No.5, Sage Publication, Inc.
57. Diwan, Sadna (2007): Aging Services or Services to the Aging, University of Washington Square, San Jose.
58. Elkady, A. A. M. (2019): Self-Care management, emotional distress and self-efficacy: relationships with health-related quality of life among patients with type 2 diabetes. Psycho-Educational Research Reviews.
59. Gisela Konopka (1972): Social Group Work a Helping Process, 2<sup>nd</sup> Ed, Prentice – Hall, Englewood, U.S.A.
60. Health in Everyday Living (2016): Robert Wood, Johnson Foundation Primer, June.
61. Hermann Timothy (2002): Depressive Symptoms in Order Adults, Journal of Mental Health, Vol.8.
62. [Http://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people](http://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people)
63. Jan Koetsenruijter, et al. (2016): Social Support and Self-Management Capabilities in Diabetes Patients: An International observational Study, Patient Education Counsel, April 2016, 99(4).
64. Jiabin Luo & Margaret Grey (2020): Parent-Child Relationship Quality as a Mediator of the Association between Perceived Stress and Diabetes Self-Management in Adolescents with Type 1 Diabetes, Journal of Family Nursing, Vol.27, Issue1, from: <http://doi.org/10.1177/1074840720971584>
65. Jitender Nagpal, et al. (2010): The Development of Quality of Life Instrument for Indian Diabetes Patients (QOLID): A Validation and

- Reliability Study in Middle and Higher Income Groups, Journal of Association Physicians, India, May, 58.
66. Merting Rita G. (2012): Nurses' Guide to Teaching Diabetes Self-Management, Springer Publishing Company.
  67. Mohammed Muze, et al. (2014): Health Related Quality of Life and its Associated Factors among Diabetic Patients Attending Diabetes Clinic in Jimma University Teaching Hospital, Journal of Diabetes and Metabolism, Ethiopia.
  68. Olga, Molina (2001): A Giant Lego Social Service Program Helps Working Woman through the Divorce Versus, Journal of Divorce and Remarriage, Vol.35.
  69. Self Care Forum (2018): What do we mean by self care and why is good for
  70. Shrivastava, S. R., et al. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. Journal of diabetes & Metabolic disorders, 12(1), 1-5.
  71. Turner Francis J. (2017): Social Work Treatment, Interlocking Theoretical Approaches, 6th Ed., London, Oxford University Press.
  72. Wendy F. Auslander, et al. (2010): Psychosocial Resources and Barriers to Self-Management in African American Adolescents with Type 2 Diabetes, A Qualitative Analysis, Diabetes Education Journal, Jul. – Aug., 36(4).
  73. Williams, J.; et al. (2008): The effects of fructo-oligosaccharides or whole wheat on the performance and digestive tract of broiler chickens. Br. Poult. Sci., 49 (3).
  74. Wong J. and Earl J. K (2009): Towards an Integrated Model of Individual, Psychosocial and Organizational Predictors of Retirement Adjustment, Journal of Vocational Behavior.
  75. Zisbery L., et al. (2009): Towards an Integrated Model of Individual, Psychosocial and Organizational Predictors of Retirement Adjustment, International Journal of Aging and Human Development.