بحث بعنوان

المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الامن الاجتماعي للأسر الاولى بالرعاية

Social support as an entry point to achieving social security for families in need of care

إعداد

أسماء سعد سعد المعناوي

دكتوراه الفلسفة في الخدمة الإجتماعية تخصص التخطيط الإجتماعي

مستخلص:

شكل الفقر عبر مراحل التاريخ المختلفة المشكلة ذات الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية، فالفقر مشكلة عالمية لا يخلو مجتمع منها حتى فى تلك الدول المتقدمة والتى تقدم أعلى برامج الرعاية حيث أن الفقر هو الحالة الاقتصادية التى يفتقد فيها الفرد الدخل الكافى للحصول على المستويات الدنيا من الرعاية الصحية والغذاء والملبس والتعليم وكل ما يُعد من الاحتياجات الفردية لتأمين مستوى لائق فى الحياة وتندرج هذه الدراسة تحت الدراسات الوصفية التحليلية، وتستهدف تلك الدراسة تحديد مستوى المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية والتوصل إلى تصور تخطيطي مقترح لتفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية. وقد إستخدمت تلك الدراسة منهج المسح الإجتماعي بنوعيه الشامل لجميع الأخصائين والعاملين بالمؤسسة محل الدراسة وعددهم (١١) وكذلك المسح الإجتماعي بالعينة لعدد من الأسر وعددهم (٨٠)، وقد توصلت الدراسة إلي النتائج التالية أن أهم مستويات المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي من وجهة نظر الأسر تمثلت فيما يلي: الخدمات النفسية المقدمة للأسر بنسبة (٧٥٪) ثم الاندماج المجتمعي للأسر بنسبة (٧١٪) ، ثم الدعم المادي المقدم للاسر وذلك بنسبة (٦٨٪) ، ثم الخدمات الصحية المقدمة للأسر وذلك بنسبة (٦٥٪)، بينما جاءت وجهة نظر الأخصائين الإجتماعين والعاملين مختلفة.

الكلمات المفتاحية: الأمن الاجتماعي ، المساندة الإجتماعية، الأسر الأولى بالرعاية .

Social support as an entry point to achieving social security for families in need of care

Abstract:

Throughout the various stages of history, poverty has been a problem with economic, social, cultural and political dimensions. Poverty is a global problem that no society is devoid of, even in those developed countries that provide the highest care programs, as poverty is the economic condition in which the individual lacks sufficient income to obtain the minimum levels of health care. Food, clothing, education, and all that is considered an individual need to secure a decent standard of life This study falls under descriptive analytical studies. This study aims to determine the level of social support as an entry point to achieving social security for families in need of care and to come up with a proposed planning vision for activating social support as an entry point to achieve social security for families in need of care. **This** study used a comprehensive social survey approach for all specialists and workers in the institution under study, numbering (11), as well as a sample social survey for a number of families, numbering (80). The study reached the following results that the most important levels of social support as an entry point to achieving social security from the point of view of families They were as follows: psychological services provided to families at a rate of (75%), then community integration for families at a rate of (71%), then financial support provided to families at a rate of (68%), then health services provided to families at a rate of (65%), while the destination Social workers and workers have a different view.

Keywords: Social security, social support, caring families.

مشكلة الدراسة:

ان الفئات الفقيرة هدف أساسى لتحديد طبيعة المشكلة وتحديد علاقتها بمستوى الخدمات لإشباع احتياجاتهم. (عدلي، ٢٠٠٧، ص.١٣)، وقد وصل عدد الفقراء فى العالم أكثر من خُمس سكان العالم يعيشون تحت خط الفقر المدقع فى نحو ١٣١ دولة حول العالم، وأن ٢٢٪ من سكان العالم يعيشون على ١.٢٥ دولار في اليوم أو أقل.(منظمة غالوب للبحوث الإحصائية، ٢٠١٥)، فالفقر باعتباره مشكلة عالمية يتميز بأبعاد متعددة وظاهرة لها أصول محلية ودولية ولذلك فهو يؤثر على كلا من الرجال والنساء والاسر بصفة عامة وتوجد هذه الظاهرة فى البناء الاجتماعى للمجتمع. (Pearce , 2007)

وأظهرت إحصائيات"البنك الدولى" أن ١٦٪ من سكان الشرق الأوسط و شمال إفريقيا يعيشون على ١.٢٥ دولار أو أقل فى اليوم، بينما يعيش ٢٨٪ من سكان المنطقة ذاتها على ٢ دولار أو أقل في اليوم) (البنك الدولي، ٢٠١٤)

وقد أعلن الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء على أن معدلات الفقر تصل الى نحو ٤٠٪ من إجمالي عدد السكان، فقد أظهر تقرير"بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك" الذي يصدره الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء المصري استمرار ارتفاع نسبة الفقر بمصر كل عام عن سابقه، حيث تمثل نسبة ٢٦.٣٪ في التقرير الأخير عام ٢٠١٢ – ٢٠١٣ زيادة ١.١٪ عن العام السابق، بينما بلغت نسبة"الفقر المدقع" ٤.٤٪ من السكان. (الجهاز المركزي للتعبئة والأحصاء، ٢٠١٤)

شكل الفقر عبر مراحل التاريخ المختلفة المشكلة ذات الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية، فالفقر مشكلة عالمية لا يخلو مجتمع منها حتى فى تلك الدول المتقدمة والتى تقدم أعلى برامج الرعاية (قيرة وآخرون، ٢٠٠٣، ص ١٧)

كما ان هناك ارتباط بين الفقر وإشباع الحاجات الأساسية المادية أو غير المادية فهناك اتفاق حول مفهوم الفقر على أنه حالة من الحرمان المادى الذى يترجم بانخفاض استهلاك الغذاء نوعاً وكماً وتدنى الوضع الصحى والمستوى التعليمى والوضع السكنى والحرمان من السلع المعمرة والأصول المادية الأخرى وفقدان الضمانات لمواجهة الحالات الصعبة كالمرض والإعاقة والبطالة والكوارث والأزمات.(عبدالسلام، ٢٠٠٢، ص ١٨)، وتتمثل أوجه أخرى للفقر كعدم الشعور بالأمان وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وممارسة حرية الاختيار ومواجهة الصدمات الخارجية والداخلية. (Savarase , 2003 , p3)،.

حيث أن الفقر هو الحالة الاقتصادية التى يفتقد فيها الفرد الدخل الكافى للحصول على المستويات الدنيا من الرعاية الصحية والغذاء والملبس والتعليم وكل ما يُعد من الاحتياجات الفردية لتأمين مستوى لائق فى الحياة. (العلمي، ٢٠٠٢، ص ١٣)، وهو انخفاض الاستهلاك

وانخفاض الإنجاز فى مجال التعليم والصحة وعدم تحقيق مستوى معيشة معين والذى يمثل الحد الأدنى المعقول والمقبول فى المجتمع. (عبدالقادر، ٢٠٠٨، ص ١٩) .

والفقراء هم الذين يعانون من التعرض للكثير من الأبعاد المتعددة للفقر، أولئك المعرضون للمعاناة من خط الفقر فى بلدان الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، وهم الأفراد والعائلات والمجموعات من السكان التى يمكن أن يطلق عليها أنها فقيرة، عندما تعانى من نقص الموارد للحصول على الغذاء والمشاركة فى الأنشطة.(البنك الدولي، ٢٠١٤)، وهم الذين يعيشون فى مستوى منخفض يعجزون عن إشباع احتياجاتهم الأساسية.(فرج،٢٠٠٠، ص ١٤٥)

والمساندة المجتمعية هى مصدر التأثير الاجتماعي الرئيسي التي تحدد علاقة الفرد مع شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، فهى من عوامل التغيير نتيجة لتأثير الأفراد مع بعضهم البعض كمصادر للمساندة ويتحقق ذلك خلال نمط المساندة المجتمعية غير الرسمية التي يحصلون عليها من كافة الجهات والمنظمات. (عيسى، ٢٠٠٨) .

والأمن الاجتماعي هو ضمان مستوى معين من المعيشة للمواطنين وحمايتهم من أنواع معينة من المخاطر الاجتماعية والاقتصادية من خلال نظام للضمان الاجتماعي ينطلق من أربع عناصر رئيسية هي المساعدة العامة، والتأمين الاجتماعي، وخدمات الرعاية الاجتماعية، والصحة العامة. (Misra,2009)

والأمن الاجتماعي يعني تأمين الخدمات الأساسية للإنسان فلا يشعر بالحاجة والعوز كما يتغلب على الفقر والجهل والمرض ويواجه الأحداث الطارئة على صحته وقدرته على العمل والإنتاج (عفيفي، ٢٠٠٩، ص ٤٧)

والخدمة الاجتماعية كمهنة تعتبر أن مساعدتها للأسر هي أحد وظائفها الرئيسية منذ بدايتها كمهنة حيث بدء الأخصائيون الاجتماعيون يتعاملن مع الأسرة كوحدة. (منصور، ٢٠٠٣، ص٣١)، وعلى ذلك تتدخل الخدمة الاجتماعية لمساعدة الأسرة إذا تعرضت لأي خطر يهدد بقائها واستمرارها فهي مصدر من مصادر الأمن الاجتماعي للأسرة وتعمل على تلبية حاجاتها المشروعة وخاصة في حالات الاحتياج إلى المساعدة في مواجهة المشكلات وبخاصة مشكلات الفقر. (حسين، ٢٠٠٧)

ومن خلال ذلك تساعد الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الأسر الاولى بالرعاية على تحسين مستواها اجتماعيًا ومعيشيًا وبيئيًا، وتهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على استثمار طاقاتهم، لإحداث تغيير إيجابي لصالح المجتمع وأفراده وجماعاته، من خلال تقديم المساعدة المطلوبة وإحداث التغيير المرغوب فيه، واكد تقرير التنمية البشرية أن الأسر الاولى

بالرعاية تحتاج إلى أكثر من مجرد دعم بسيط للدخل بل تحتاج إلى دعمًا متواصلاً للخدمات الاجتماعية بشكل فعال من خلال برامج تضامنية تكون السبيل إلى ضمان الحصول على الحقوق الاجتماعية للأسر المحاطة بنسيج من ضغوط الفقر المدقع، مع ربط تلك الأسر بالخدمات التي توفرها الدولة لهم. و نجاح مثل هذه البرامج فى تحقيق أهدافها يحتاج الى وجود أخصائيين اجتماعيين لتحقيق المساعدة الكاملة للأسر الفقيرة. (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة،٢٠٠٥)

فهي الأساس في دعم حياة الأفراد وزيادة قوتهم لمواجهة مشكلاتهم لتحقيق الدعم المجتمعي لهم. كما تعتبر مصدر من مصادر شعور الفرد بالأمن النفسي في بيئته التي يعيش فيها وخاصة عندما يواجه صعوبات أو أخطار تهديده ويدرك أنه لم يعد قادرًا على مواجهتها.

فهى تسعى إلى تخفيف المعاناة وتعزيز مصالح الفقراء وحماية البيئة وتوفير الخدمات الاجتماعية الأساسية لتنمية المجتمع . (Howell , Pearce , 2000)

من خلال المؤسسات الاجتماعية يقدم تلك الخدمات المتخصصون العاملون بالمؤسسات الاجتماعية ويمثل الأخصائي الاجتماعى احدى تلك التخصصات وتسعى تلك البرامج لإشباع الاحتياجات وحل المشكلات إلى جانب مساعدة الناس على تحقيق أهدافهم الحياتية والاعتماد على أنفسهم. (السكري ، ٢٠٠٠)

الدراسات السابقة

ونظراً لأهمية هذه الدراسة فقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث وقد ركزت هذه الدراسات على الفقر والأسر الأولى بالرعاية بينما البعض الآخر ركز على المساندة الاجتماعية والامن الاجتماعي أما البعض الثالث فقد ركز على دور الخدمة الاجتماعية .

(١) دراسات ركزت على الفقر والأسر الأولى بالرعاية :

أشارت دراسة (2002) Alana إلى أنه يوجد قصور في الخدمات الاجتماعية المقدمة للأسر الفقيرة وخاصة في المناطق الريفية وتوصلت الدراسة الى ان تلك الخدمات التي تقدم غير ملائمة لأوضاع الفقراء, وأن الفقراء وخاصة في المناطق الريفية يفرض عليهم فقرهم مزيداً من العزلة عن مجتمعهم.

دراسة حامد (٢٠٠٣) التي بينت أن تدني الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة الفقيرة دفعها إلى تشغيل أبنائها في سوق العمل في سن مبكرة .

دراسة Stevens (2004) استهدفت تحديد الأمراض التى يسببها الفقر وتوصلت الدراسة أن الفقر سبب رئيسى فى العديد من المشكلات الصحية التى أطلق عليها: الأمراض المهملة التى

تتعرض لها الفئات الفقيرة"قاطنى الطرقات" وتوصلت الدراسة فى نتائجها أن المساعدات المقدمة لهذه الفئات من قبل الدولة"مساعدات البطالة" ضئيلة ولا تكفى لسد الاحتياجات الأساسية (مأكل – ملبس – مشرب –... الخ) الأمر الذى يؤدى إلى إهمال الرعاية الصحية لهذه الفئات .

دراسة Heimer,(2007) التى استهدفت التعرف على المشكلات التى تعانى منها الأسر الفقيرة وتوصلت نتائج الدراسة الى ان الاسر الفقيرة تعانى من نقص الخدمات الصحية والاقتصادية والتعليمية وهذه الأسر تجد صعوبة دائما فى الحصول على تلك الخدمات .

ودراسة Adlares & Moro (2009) استهدفت التعرف على احتياجات ومشكلات الأسر الفقيرة ومؤسسات الدولة التى تقدم خدماتها لمساعدتهم، وتوصلت الدراسة أن الأسر الفقيرة تعانى من نقص الخدمات (الاقتصادية، الصحية والتعليمية) وهذه الأسر تجد صعوبة فى التوصل للمؤسسات والهيئات التى تقدم إعانات للأسر الفقيرة. هذا بالإضافة إلى المشكلات الصحية التى تواجه أطفال هذه الأسر.

واما دراسة Huang , et, al (2009) استهدفت تحسين نوعية حياة الأسر للمهاجرين الفقراء وتقديم المساعدة المالية لهم والخدمات الصحية وإتاحة فرص العمل لتحسين مستوى معيشتهم.

وأيضًا دراسة Carbonell (2010) التي دعت إلى تقديم الرعاية لأسر الفقراء ذات الدخل المنخفض الذي لا يكفي حاجتها الضرورية .

(٢) دراسات ركزت على المساندة الاجتماعية والامن الاجتماعي :

دراسة Puccetti , Kobasa ,(2002) والتي استهدفت التعرف على دور المساندة الاجتماعية كعامل وسيط في التخفيف من التأثير السلبي لناتج عن الضغوط الحياتية، وأوضحت الدراسة نتائج لدراسة أن المساندة تلعب دورًا وقائيًا وعلاجى للتخفيف من أثار الضغوط الحياتية، كما أنها لها دور إيجابي على الصحة النفسية للأفراد.

وايضا دراسة McClean et al, (2003) استهدفت توضيح أثر المساندة الاجتماعية للتخفيف من آثار الضغوط على الصحة النفسية للفرد، حيث أكدت على أن المساندة الاجتماعية ترتبط ارتباطًا سلبيًا بأعراض الاكتئاب، وتوصلت الدراسة الى أن المساندة الاجتماعية تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته وعن حياته.

دراسة عبدالواحد ، ٢٠٠٩ استهدفت تحديد اسهامات طريقة تنظيم المجتمع فى تحقيق المساندة المجتمعية للمرأة المعيلة بالريف فى الجوانب الوجدانية والمعرفية والإجرائية والتقيمية . وتوصلت الدراسة إلى إمكانية تحقيق المساندة المجتمعية للمرأة المعيلة بالريف من خلال اتباع عدد من الإجراءات أهمها: اشباع احتياجاتها، والأخذ بمشورتها، وتدعيم علاقاتها مع المحيطين بها مع أهمية توفير العمل المناسب . (عبدالواحد ، ٢٠٠٩)

كذلك دراسة Coyle 2010 التي دعت إلى تحسين نوعية حياة الأسرة التي تعولها نساء من خلال الاهتمام بالمساندة الاجتماعية والصحية وسد احتياجاتها الضرورية.

كما استهدفت دراسة العيسى ، ٢٠١٥ تحديد دور الخدمة الإجتماعية وآلياتها فى دعم المساندة المجتمعية للمرأة المعيلة، والصعوبات التى تواجه برامج المساندة المجتمعية، والمقترحات اللازمة للتغلب عليها وتوصلت إلى عدة إجراءات لتحقيق المساندة المجتمعية أهمها تسهيل الحصول على الخدمات، واختيار البرامج التدريبية المناسبة، وتوجيهها للمشروعات الإنتاجية، وحثها على المشاركة فى برامج الجمعيات كآلية لتحقيق المساندة المجتمعية فى ظل صعوبات قلة التمويل والبرامج التدريبية، وضعف مستوى الوعى الإجتماعى للمرأة المعيلة. (العيسى ، ٢٠١٥)

(٣) دراسات ركزت على دور الخدمة الاجتماعية :

دراسة Eunike, 2004 والتى استهدفت الدراسة التعرف على جوانب الإستفادة من الجمعيات الأهلية ومعوقات الإستفادة منها وأكدت الدراسة على أهمية الجمعيات الأهلية فى تقليص عدد الفقراء(Eunike, 2004)

اما دراسة Estes, 2004 استهدفت معرفة كيف تتدخل المنظمات غير الحكومية فى البلدان الفقيرة وتوصلت الدراسة أن المنظمات غير الحكومية تتدخل بالمجتمعات الفقيرة كمساعدة منها فى مساعدتها فى مواجهة مشكلات العوز والاحتياج من خلال تحديد فئات الفقراء بالمجتمع واحتياجاتهم والخدمات التى تناسب احتياجاتهم و أن معظم احتياجات الفقراء بهذه المجتمعات ترتبط بالاحتياجات المادية يليها الاحتياجات الصحية وأقل ترتيب فى الاحتياج الحاجات التعليمية. (Estes, 2004)

وأكدت دراسة Jerome , 2005 على قيام المنظمات غير الحكومية بالتخطيط للعديد من البرامج لمواجهة الفقر خاصة فى المناطق الريفية الفقيرة، وركزت برامج التنمية فى هذه المناطق على توفير الدعم المادى والعينى والمساعدة فى تشييد دور الرعاية الصحية والإجتماعية وتمكين الفقراء . (Jerome , 2005)

فى حين ركزت دراسة Patrick , 2006 على عمليات التمكين التى تجريها المنظمات غير الحكومية مع الفقراء فى البلدان النامية ومدى جدية البرامج والمشروعات المقدمة للجماعات المهمشة والفقيرة . (Patrick , 2006)

أما دراسة Jayasinghe, 2007 استهدفت تحديد الدور الأخلاقى للجمعيات الأهلية فى تقديم الرعاية الصحية للفقراء توصلت الدراسة أن الجمعيات كقيمة أخلاقية أقامها الأفراد لمساعدة

الأخرين تهتم بمساعدة الفقراء ماليًا وإيجاد فرص عمل لهم وخدمات صحية بعد عجز الدولة عن تقديم المساعدة لهم. (Jayasinghe, 2007)

كما هدفت دراسة أنور ٢٠٠٧ إلى تحديد الجهود الفعلية التى يبذلها الأخصائيون الإجتماعيون فى مشروع تحسين مستوى حياة الأسر الفقيرة التى تعولها النساء من وجهة نظر الأخصائيين الإجتماعين، وكذلك المستفيدات من المشروع، وتحديد المعوقات التى تحول دون تحقيق الأخصائيين الإجتماعيين لأهدافهم، ووضع رؤية مستقبلية لتفعيل دور الأخصائى الإجتماعى فى تحقيق أهداف المشروع وتوصلت الى إرتفاع مستوى الأداء المهنى للأخصائى الإجتماعى سواء مع نسق العميل أو نسق المنظمة أو نسق المجتمع المحلى، كما أن وجود فجوة بين الإعداد النظرى للأخصائى الإجتماعى وواقع الممارسة الميدانية والتى تعتبر من أهم المعوقات التى تحول دون تحقيق الأخصائى الإجتماعى لأهدافه، وكذلك غياب الحافز المادى، وعدم وجود دورات تدريبية تستهدف تنمية المرأة المعيلة .

دراسة يوسف (٢٠٠٧) والتي استهدفت قياس فعالية التدخل المهني مع مجموعة من الأسر الفقيرة التي تتلقى المساعدات بهدف تنمية وعيهم بوسائل تحسين مستوى معيشتهم، وتوصلت الى زيادة وعي الأسر الفقيرة بترشيد الاستهلاك والمشاركة في المشروعات متناهية الصغر كأصغر وسائل لتحسين مستوى المعيشة.

كما استهدفت دراسة عبد الرحيم ٢٠٠٧ تحديد احتياجات الفقراء، ومعوقات إشباع هذه الاحتياجات، والتعرف على الأساليب التى تستخدمها الجمعيات الأهلية لتحديد الأولويات لهذه الاحتياجات وفقا لموارد الجمعية وتوصلت الدراسة أن الجمعيات الأهلية تقدر أولويات احتياجات الفقراء من خلال العديد من الخدمات منها الخدمات العمرانية منها وجود وحدات إسكانية للفقراء وإنشاء شبكات صرف صحى و موصلات و مطافئ و الخدمات صحيةمنها عيادات صحية شاملة وتطعيم وإسعافات أولية والوقاية من الإدمان وصيدليات والخدمات اجتماعية منها رعاية ومساعدات فقراء و تدريب مهنى و أسر منتجة ورعاية مسنين و الخدمات تعليمية وثقافية منها مدارس و فصول محو أمية كما ان المعوقات تتمثل فى موارد الجمعية الضعيفة وافتقاد الجمعية القدرات التخطيطية والتنظيمية .

وكذلك دراسة رأفت (٢٠٠٧) استهدفت البحث عن اسباب الفقر والتعرف على السياسات التنموية, وتوصلت الدراسة إلى أن كلاً من المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية يمثلا آليات أساسية لمواجهة مشكلة الفقر.

ودراسة Coker, et, al (2009) استهدفت تحسين نوعية حياة الأسر الفقيرة الأولى بالرعاية والتي تعاني من تدني الوضع الصحي لها وفقدان الجوانب الإنسانية والعاطفية والتنموية والتي تتعرض للعنف وضرورة مساعدتها على إيجاد مسكن ملائم لها وتحسين مستوى دخلها.

ودراسة عبده ، ٢٠١١ استهدفت الدراسة تفعيل شراكة الفقراء من خلال منظمات المجتمع المدنى فى صنع سياسات الرعاية الإجتماعية الموجهه للفقراء، وتحسين نوعية حياتهم، ووضع مقترح لتفعيل إسهام منظمات المجتمع المدنى فى تحقيق تلك الشراكة، وتوصلت الى ضرورة مساهمة الفئات الفقيرة فى تحديد احتياجاتهم والتعريف برغباتهم من أجل صياغة سياسة للرعاية الإجتماعية تتفق مع تطلعاتهم الإجتماعية،وكذلك التوصل الى مقترحات لتفعيل تلك الشراكة . (عبده،٢٠١١)

بينما اكدت دراسة عبداللطيف ، ٢٠١٥ بتحديد دور الجمعيات الأهلية فى تمكين الأسر الأَوْلى بالرعاية على المستوى الإجتماعى، والإقتصادى، والتعليمى، والصحى، وتحديد المعوقات التى تحد من دور طريقة تنظيم المجتمع بالجمعيات الأهلية فى تمكين الأسر الأَوْلى بالرعاية، وتصور مقترح لمواجهتها . وتوصلت الدراسة الى إسهام الجمعيات الأهلية فى تحقيق التمكين الإجتماعى للأسر الأَوْلى بالرعاية وغياب الثقة بين الجمعيات الأهلية والأسر الأَوْلى بالرعاية وفقدان التواصل بينهما، ونقص تمويل الجمعيات الأهلية والتجهيزات اللازمة، وقلة عدد الأخصائيين الإجتماعيين. (عبداللطيف ، ٢٠١٥)

واستهدفت دراسة ابراهيم (٢٠١٨) تحديد المؤشرات التخطيطية لبرنامج تكافل وكرامة في توفير الحماية الاجتماعية للأسر الأولى بالرعاية وذلك من خلال التعرف على دور الدعم المقدم من برنامج تكافل وكرامة في توفير الاحتياجات (التعليمية، الصحية، المجتمعية) للأسر الأولى بالرعاية والتعرف على الصعوبات التي تواجه الأسر الأولى بالرعاية في الاستفادة من البرنامج والتوصل لمؤشرات تخطيطية للحد منها، وتوصلت الدراسة لبعض المؤشرات التخطيطية لدور برنامج تكافل وكلامة في توفير الحماية الاجتماعية للأسر الأولى بالرعاية

وكذلك دراسة عبدالحميد(٢٠١٨) تحديد مستوى استخدام الإدارة الالكترونية لتفعيل برنامج تكافل وكرامة للأسر الفقيرة بالإضافة لتحديد مستوى توفر متطلبات الإدارة الالكترونية وتحديد الصعوبات التي تحول دون تفعيلها والتوصل إلى تصور تخطيطي مقترح لكيفية تفعيل استخدام الإدارة الالكترونية وتوصلت الدراسة إلى اثبات صحة الفرض الاول من المتوقع ان يكون مستوى استخدام الإدارة الالكترونية لتفعيل برنامج تكافل وكرامة مرتفع.

أهداف الدراسة

١- تحديد مستوى المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية

٢- التوصل إلى تصور تخطيطي مقترح لتفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية.

أهمية الدراسة

١- أن معدلات الفقر تصل إلي نحو ٤٠٪ من إجمالي عدد السكان.

٢- المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الأفراد على مواجهة مشكلاتهم لتحقيق الاندماج المجتمعي للأسر الأولى بالرعاية.

٣- تدعيم المساندة الاجتماعية لتتقديم الدعم للأسر الأولى بالرعاية من كافة جوانب الحياة الاجتماعية والصحية والاقتصادية والنفسية.

تساؤلات الدراسة

التساؤل الرئيسي: ما مستوى المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية .

التساؤلات الفرعية:

١- ما مستوى المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الخدمات الصحية للأسر الأولى بالرعاية ؟

٢- ما مستوى المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الدعم المادي للأسر الأولى بالرعاية ؟

٣- ما مستوى المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الاندماج المجتمعي للأسر الأولى بالرعاية ؟

٤- ما مستوى المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الخدمات النفسية للأسر الأولى بالرعاية ؟

الإطار النظري للدراسة.

مفهوم الأسرة الأولى بالرعاية:

والأسر الأولى بالرعاية بأنها تلك الأسر التي لا يكفي دخلها للحصول على الضروريات الأساسية اللازمة للحفاظ على المستوى اللائق للحياة. (الضبع، ٢٠٠٩، ص ١٥٨).

والأسرة الأولى بالرعاية هي التي يقع مستوى دخولها أو إنفاقها تحت مستوى معين من الدخل أو الإنفاق إلى تحت خط الفقر(Jone , 2002 , p130).

وتعتبر الأسرة من أهم الجماعات الإنسانية وأعظمها تأثيراً في حياة الأفراد والجماعات فهي الوحدة البنائية الأساسية التي تنشأ عن طريق مختلف التجمعات وهي التي تقوم بالدور الرئيسي

في بناء صرح المجتمع أو تدعيم وحدته وتنظيم سلوك الأفراد بما يتلاءم مع الأدوار الاجتماعية المختلفة. (شفيق، ٢٠٠٥، ص ١١٩).

ويمكن تحديد الأسر الفقيرة الأولى بالرعاية من خلال المؤشرات الخاصة بامتلاك الأصول ومدى القدرة للوصول إلى الخدمات المختلفة ومنها ملكية الأصول وخصائص المسكن والوضع الاقتصادي للأسرة الفقيرة والظروف المعيشية. (Sheam ,2004 , p251).

والأسرة الأولى بالرعاية من وجهة نظر هذه الدراسة هي: التي تعيش في مستوى معيشي منخفض ولا تستطيع إشباع احتياجاتها الأساسية بإمكانياتها الذاتية ويتعرض أفرادها لمشكلات اجتماعية وتحتاج إلى مساعدات لمواجهة ظروفها المعيشية الصعبة.

مفهوم المساندة الاجتماعية:

هى مصدر من مصادر شعور الفرد بالأمن النفسي في البيئة الاجتماعية التي يعيش ، وخاصة عندما يواجه صعوبات لا يستطيع مواجهتها والتوافق معها ، فيشعر بأنها بحاجه الى من يسانده ويدعمه اجتماعياً ، فيصبح لأكثر قدرة على مواجهه الضغوط والتكيف معها . (النملة ، ٢٠١٥ ،ص ٢١)

والمساندة الاجتماعية هى تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد التي تتمثل في أشكال التشجيع أو التوجيه أو العون المادي (دياب، ٢٠٠٦، ص.١٠)

والمساندة الاجتماعية لها دورها في إعادة تقدير الفرد لذاته من خلال العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأفراد داخل الجماعات وهذه العلاقات تركز على الشعور بالانتماء والإحساس بالحب والقبول والأهمية من الآخرين. (عبدالسلام، ٢٠٠٥، ص.١١)

تعرف بأنها النظام الذي يتضمن مجموعه من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين ، تتسم بأنها طويلة المدى ، ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت احساس الفرد بالحاجة اليها لتمده بالسند العاطفي وهى مدى وجود او توافر الاشخاص الذين يمكن للفرد الثقة فيهم ، وهم أولئك الاشخاص الذين يتركون لدية انطباعاً بأنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويقدرونه ويحبونه . (الديراموني ، ٢٠٠٩ ، ص ١٠)

المساندة الاجتماعية هي العلاقات المتبادلة داخل الجماعات المختلفة في المجتمع وتهدف هذه التفاعلات إلى إشباع احتياجات الفرد النفسية والمعرفية والعاطفية والاجتماعية وتتشكل هذه الجماعات من عدد قليل من الأفراد يكونوا على اتصال مباشر ومنتظم وتسمى جماعات المساندة. (السكري، ٢٠٠٠، ص ٥٣)

وتعد المساندة الاجتماعية الحماية التي يحصل عليها الأفراد من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية بين الأفراد. (السلطان، ٢٠٠٩، ص.٥٤).

وهي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق أن هناك مجالين أساسين من المساندة الاجتماعية هما:

أ- تلقي المساندة وتشير إلى الاعتقاد في أن هذه السلوكيات المساعدة سوف يتم تقديمها عند الحاجة إليها.

ب- المساندة المدركة وتشير إلى الاعتقاد في أن هذه السلوكيات المساعدة سوف يتم تقديمها عند الحاجة إليها. (شحته، ٢٠٠٩، ص.١٤)

فالمساندة الاجتماعية لها دورين أساسين في حياة الفرد وعلاقاته الشخصية بالآخرين: الأول دور إنمائي يتمثل في أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية متبادلة من الآخرين ويدركون أن هذه العلاقات موضع ثقة يسير ارتقاؤهم في اتجاه السواء ويكونون أفضل في الصحة النفسية من الآخرين الذين يفتقدون لهذه العلاقات أما الدور الثاني فهو وقائي ويتمثل في أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة والتي يصاحبها تحسن في أساليب مواجهة الضغوط. (عبدالله، ٢٠٠١، ص.١٠٤).

أهداف المساندة الاجتماعية:

١- **الثقة في النفس:** وتعني القدرة وعدم الاعتماد على الآخرين وتمثل في المساندة الاجتماعية ثقة اجتماعية متبادلة ومتداخلة تؤثر على التحسن الكبير في الصحة النفسية وزيادة القدرة على التخفيف من وظائف الضغوط والكفاءة العالية في العلاقات الشخصية المتداخلة (Human development report , 2013 , p.41).

٢- **الدافعية:** حيث تهدف المساندة الاجتماعية إلى إثارة الوعي والمعرفة بالفعل أو الهدف غير الواضح وهذا يؤدي إلى إثارة رغبات التحدي الداخلية لمواجهة المشكلات وبالتالي حدوث الدافعية.

٣- المساندة الاجتماعية تحافظ على نظام التحكم في السلوك المكتسب والقائم على المرجعية البيئية وهي تفاعله مع الآخرين.(Forges, 2005, p.8)

٤- المساندة الاجتماعية تهدف إلى تقوية مفهوم الذات: حيث أن مفهوم الذات يكون نتاج التفاعلات الاجتماعية وردود الأفعال الاجتماعية.(Lifshity & et al , 2007, p.96)

ويمكن تحديد اساليب المساندة فيما يلى:

- أسلوب الاستهداف الجماعي ويعنى إتاحة المساندة الاجتماعية للجميع دون تمييز وتصل المساندة للجميع"فقراء وغير فقراء"، وبالتالي يفتقر هذا الأسلوب إلى العدالة الاجتماعية.

- أسلوب الاستهداف الضيق وهو أسلوب يستهدف جماعات بعينها طبقًا لمعايير وآليات معينة.

– أسلوب الاستهداف الذاتي وهو يقدم مساندة عامة بشكل يكون مناسبًا للفقراء وغير مناسب لغير الفقراء.

– أسلوب الاستهداف المجتمعي ويقصد بهذا الأسلوب"الاعتماد على منظمات المجتمع المدني والجمعيات الأهلية في تحديد الأفراد والأسر الذين هم في حاجة إلى المساندة الاجتماعية، وهي الجهة المسئولة عن تحديد الفقراء من خلال ما لديها من معلومات عن مستوى معيشة الأسر"ولنجاح هذا الاستهداف لا بد أن يتم هذا الأسلوب داخل مجتمع محدود لضمان معرفة القيادات بالجماعات والأسر المستهدفة واحتياجاتها، ويتميز هذا الأسلوب بانخفاض تكلفته".

– أسلوب الاستهداف الجغرافي وهو أسلوب يعتمد على استهداف مناطق جغرافية بعينها يرتفع فيها الفقر ويوجد بها فئات محرومة بالفعل ويستلزم تطبيقه وجود خريطة للمناطق الفقيرة Cody (, David , et.al , 2004,p.41).

وتركز بشكل كبير على الناحية الاقتصادية وتغفل في كثير من الأحيان الجانب الاجتماعي والإنساني والجماعات المتضررة، بل والمحرومة، وتكون النتيجة أن يصبح الأغنياء أكثر غنى، ويظل الفقراء مهمشين ومحدودي الدخل، وأحيانًا تكون هناك خطوات بشأن المساندة الاجتماعية للفقراء المتضررين من سياسات الإصلاح الاقتصادي، ولكن قد يكون اختيار"أسلوب الاستهداف" لا يتناسب مع واقع المجتمع الذي يطبق فيه أو العشوائية في تطبيق برامج المساندة الاجتماعية مما يؤدي إلى نتائج غير محمودة بسبب توجيه الموارد المخصصة في غير مسارها السليم، فمحور نجاح أي برنامج لمساندة الفقراء يتوقف على مدى دقة تحديد الفئة المستفيدة لكي تصل المساعدات إلى مستحقيها بشكل صحيح (السعدني، ٢٠٠١، ص ٦٥).

وأن المساندة تعبر عن شبكة العلاقات الاجتماعية التي تدخر أساسًا قاعديًا للفرد يمنحه الاهتمام والرعاية والتقبل والتواصل وعضوية الجماعة والمساعدة الواضحة وقت الحاجة والنصيحة لمواجهة المشكلات. وللمساندة الاجتماعية أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة فالأشخاص الذين يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر يحتاجون إلى العلاقات الودودة والمساندة حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كمًا ونوعًا وقد أصبح هذا التأثر معروفًا بنموذج الأثر الملطف للمساندة أو فرض التخفيف وربما يرجع هذا الأثر المخفف إلى ما يحدث من تحسن في أساليب المواجهة والتعامل مع الضغوط ومصادرها.(عبد الرحمن، ٢٠٠٠،ص ٣١٨).

وفي ضوء الدراسة الحالية المساندة الاجتماعية للاسر الاولى بالرعاية

هى مصدر من مصادر الدعم والاندماج المجتمعى وتدعيم الخدمات الصحيه والخدمات التعليمية للاسر الفقيرة الاولى بالرعاية لمساعدتهم في مواجهة مشكلاتهم لتحقيق التكيف والتوافق مع المجتمع.

مفهوم الأمن الاجتماعي:

تعرفه منظمة العمل الدولية على أنه الحماية التي يمنحها المجتمع للمواطنين في مواجهة الصعوبات الاقتصادية والاجتماعية. (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣)

ويعرف أيضاً بأنه نشاط حياتي يعبر عن حالة من الإحساس أو الشعور أو الاحتياج لمجموعة من الضمانات تحقق الأمن والأمان للإنسان في يومه وغده. (عفيفي،٢٠٠٢)

والأمن الاجتماعي يعني تأمين الخدمات الأساسية للإنسان فلا يشعر بالحاجة والعوز كما يتغلب على الفقر والجهل والمرض ويواجه الأحداث الطارئة على صحته وقدرته على العمل والإنتاج (عفيفي، ٢٠٠٩، ص ٤٧)

وينظر إلى المؤشرات التالية بوصفها تمثل محددات الأمن الاجتماعي: برامج إسكان الفقراء، رفع كفاءة سكان المناطق العشوائية، توفير المياه النظيفة ومرافق الصرف الصحي، تسهيل وصول المساعدات الاجتماعية للفقراء، العمل على استدامة الموارد المالية بالنسبة للفقراء. (Subbarao,2000, p.42)

ويعرف الأمن الاجتماعي بأنه ضمان مستوى معين من المعيشة للمواطنين وحمايتهم من أنواع معينة من المخاطر الاجتماعية والاقتصادية من خلال نظام للضمان الاجتماعي ينطلق من أربع عناصر رئيسية هي المساعدة العامة، والتأمين الاجتماعي، وخدمات الرعاية الاجتماعية، والصحة العامة. (Misra,2009)

ويعد الأمن الاجتماعي مجموعة من الاجراءات تهدف إلى حماية المجتمع من كافة المخاطر. (United Nation,2006)

مفهوم الأمن الاجتماعى إجرائياً:

مواجهة التهديدات نحو الحياة الاجتماعية للاسر الاولى بالرعاية داخل المجتمع وتحقيق الاستقرار وتهيئة الظروف التى تكفل الحياة المستقرة لها.

مقومات الأمن الاجتماعي:

يعتبر الأمن الاجتماعي الركيزة الأساسية لبناء المجتمعات الحديثة، وعاملاً رئيساً في حماية منجزاتها والسبيل إلى تقدمها، ذلك لأنه يوفر البيئة الملائمة والآمنة للعمل والبناء ويبعث الطمأنينة في النفوس، ويتحقق الأمن بالتوافق والإيمان بالثوابت الوطنية التي توحّد النسيج الاجتماعي والثقافي الذي يبرز الهوية الوطنية ويحدد ملامحها، حيث يكون من السهل توجيه

الطاقات للوصول إلى الأهداف والغايات التي تندرج في إطار القيم والمثل العليا لتعزيز الروح الوطنية وتحقيق العدل والمساواة وتكافؤ الفرص وتكامل الأدوار.. (العوامي، ٢٠١١، ص.٧٤)

أبعاد الأمن الاجتماعي:

– **البعد الاقتصادى:** الذى يرمى إلى توفير المناخ المناسب للوفاء باحتياجات الشعب وتوفير سبل التقدم والرفاهية له.

– **البعد الاجتماعى:** الذى يرمى إلى توفير الأمن للمواطنين بالقدر الذى يزيد من تنمية الشعور بالانتماء والولاء.

– **البعد المعنوى أو الأيديولوجى:** الذى يؤمن الفكر ويحافظ على العادات والتقاليد والقيم.

– **البعد البيئى:** الذى يوفر التأمين ضد أخطار البيئة خاصة التخلص من النفايات ومسببات التلوث حفاظاً على الأمن. (حسين ، ٢٠٠٧)

ويعتبر تحقيق الأمن الاجتماعي للمجتمع من الأهداف الرئيسية للخدمة الاجتماعية كما يعتبر مجال الأمن الاجتماعي وكل ما يحتويه من قضايا ترتبط بإشباع الحاجات الأساسية للإنسان ومساعدته لمواجهة المشكلات التي تحول دون قيامه بوظائفه المجتمعية من مجالات تعليم وممارسة الخدمة الاجتماعية. (عفيفي، ٢٠٠٨، ص ٥٤)

أهمية الأمن الاجتماعى:

– استحداث برامج ملائمة للحماية الاجتماعية للمجتمع بناء على قاعدة أساس للحماية الاجتماعية.

– برامج الأمن الاجتماعى تساهم فى تأمين مصادر دخل جديدة. (منظمة العمل الدولية، ٢٠١٠)

– الأمن الاجتماعى يؤدى إلى تحقيق العدالة الاجتماعية بين أفراد المجتمع.

– الأمن الاجتماعى يؤدى إلى التوازن بين طبقات المجتمع. (عبد السميع، ٢٠٠٩، ص.٥٥)

– الأمن الاجتماعى الركيزة الأساسية لبناء المجتمعات والسبيل إلى تقدمها. (العوامى، ٢٠١١، ص.٧٨)

ويقوم الأخصائيون الاجتماعيون بإجراء استطلاعات للرأي للخبراء والمهتمين من قيادات المجتمع لبحث آليات الأمن الاجتماعي ووضع تصورات حول متطلبات عملية الأمن الاجتماعي فضلا عن تحديد المشكلات المرتبطة بأداء شبكات الأمن الاجتماعي من خلال ما هو قائم وما يجب أن يكون مما يساعد على تحقيق الأمن الاجتماعي وفقاً لهذه الآليات. (المكاوي، ٢٠٠٤، ص.٥٥)

والخدمة الاجتماعية كمهنة تضع في أولويات أهدافها المساهمة في تحقيق الأمن الاجتماعي للمجتمع في إطار تضافر جهودها مع جهود مهن أخرى ترتبط أهدافها ارتباطاً وثيقاً بمجالات الأمن الاجتماعي. (الصادي، ٢٠٠٥،ص.٦٣)

كما أن الخدمة الاجتماعية هي من أكثر المهن تميزاً في تحقيق الأمن الاجتماعي على يد الصفوة من الممارسين لهذه المهنة ولذلك فقد أقرت حكومة الولايات المتحدة فعالية هذه المهنة في تحقيق الأمن الاجتماعي الذي تنشده (Karol And Donald:2010,p.75)

مدخل تحسين نوعية الحياة

ان حياة الفقراء أكثر حاجة من غيرهم لقياس نوعية الحياة لأهميتها في تطوير الرعاية والخدمات التي يمكن تقديمها لهم وخاصة التغيرات في الرعاية الصحية وإدارتها وتساهم في تقدير نوعية الرعاية. (السروجي ، ٢٠٠٤، ص ٣٢٩)

كما ان تحقيق التنمية القومية وتحسين نوعية الحياة يرتبط ارتباطا وثيقا بجانبين أساسيين يصعب الفصل بينهما, الأول يتمثل في ما هو معدود كالمال والخدمات المتاحة التعليمية, الصحية, الإسكانية, والثاني يتمثل في كيفية تعظيم الاستفادة من هذه الخدمات ودرجة الاستفادة ومدى الإشباع الحقيقي للفرد, وما يحقق هذا الإشباع من رضا وسعادة في الحياة (Olivera , et al , 2009 , p 19).

ونوعية الحياة هى فهم الأفراد مواقعهم في الحياة في سياق الأنظمة الثقافية والقيمية التي يعيشون فيها وترتبط بها أهدفهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم (Allison, 2000, 244)

وتعرف نوعية الحياة بأنها المؤشرات الكيفية والكمية بمدلولاتها علي الأوضاع والظروف الاجتماعية والصحية والاقتصادية والتفاعل بين هذه الظروف وانعكاساتها على درجة تقبل وروضا الأفراد والمجتمعات لهذه الظروف ودرجة إشباعها وأهدافهم في الحياة. (السروجي ، ٢٠٠٣ ، ص ٣٧)

و نوعية الحياة تهدف إلى تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية والسياسية والبيئية للحياة, فضلا عن إشباع الحاجات الإنسانية وتحسين مجالات الحياة المختلفة ويهدف المفهوم كذلك إلى أن يكون الشخص راضي عن الحياة (Brown , 2003,p97).

فنوعية الحياة هى حول حصول الفرد على دخل أعلى وحصوله على أفضل رعاية صحية, وحصوله على الأمن, وحصوله على معيشة في بيئة خالية من التلوث, إلا أن شراء تلك الأشياء لا يضمن نوعية الحياة الجيدة لأن الإنسان لا يستطيع شراء الخلو من كل الأمراض, ولا يستطيع شراء الأمن التام من الجريمة ولا يستطيع شراء بيئة خالية تماما من التلوث وبالتالي فإن الظروف غير المرغوب فيها تقلل نوعية الحياة الجيدة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر وبشكل عام

هناك ظروف عديدة في المجتمع تتعارض مع نوعية الحياة المرغوب فيها وبالتالي لتحسين نوعية الحياة من الضروري تحسين تلك الظروف (السنهوري ، ٢٠٠٧ ،ص٢٨٣)

ويختلف مفهوم نوعية الحياة للافراد فهو يعني للبعض حياة السعادة والبعض الآخر يربطها بالرضا بينما الاخرون الأهداف والأمال. (Michel, 2003,p 47)

ويعد تحسين نوعية الحياة من أحدث الاتجاهات العلمية التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون، فمن الناحية التقليدية فإن الخدمة الاجتماعية تزود الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، لمساعدة الناس علي المثابرة ومواصلة الحياة من حيث هم، فعملية الخدمة الاجتماعية لتحسين نوعية الحياة هي العملية التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون لمساعدة الناس وتحسين علاقاتهم بالآخرين لتحقيق مزيد من الرضا والإشاعات والمتع والبهجة في حياتهم. (السنهوري ، ٢٠٠١ ، ص ٢٦٦)

أهداف نوعية الحياة :

١) تحقيق الرفاهية المادية والاجتماعية والاقتصادية.

٢) تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية للحياة.

٣) أن يكون الشخص راضي عن الحياة.

٤) مقابلة الحاجات الإنسانية لأفراد المجتمع (Brown, 2003, p103)

٥) تقديم الخدمات, وتسهيل الاختيارات والفرص وتدعيم شبكات الآمان الاجتماعي وإشباع الاحتياجات خاصة لدى الفئات الفقيرة وذلك لتحقيق أهداف التنمية البشرية .(Coote,2009,p97)

وللخدمة الاجتماعية مساهمتها الفعالة من خلال دورها التنموي في تحسين نوعية الحياة وقياسه والارتقاء بمستوياته والارتقاء بمعدلات مؤشراته وقد يكون ذلك الهدف الأول لخدمة الاجتماعية، حيث يرتبط بتحسين نوعية الحياة بتحقيق الرفاهية الاجتماعية. (السروجي ، ٢٠٠٣، ص١٧٩)

المداخل الأساسية لدراسة نوعية الحياة:

أ- مدخل الحاجات الأساسية:

حيث يركز على تحديد مستويات الحاجات الأساسية ويهتم بالخدمات التي تقابل هذه الحاجات للإنسان في المجتمع والأهداف والغايات التي تحقق الوظيفة الإنسانية للإنسان في المجتمع (السروجي، ٢٠٠٤، ص ٣٨٣).

إن الهدف من مدخل الحاجات الأساسية هو الحياة الكريمة بالحد الأدنى ويعرف من ناحية مستويات الصحة والتغذية ومعرفة القراءة والكتابة ومن سلع وخدمات والحاجات الأساسية للغذاء والخدمات الصحية والماء وغيرها من الوسائل التي تحقق الحياة الكريمة. أي أن هذا المدخل يركز على إمداد الطبقات المحرومة بالسلع المادية والخدمات الأساسية. (عبد القادر، ٢٠٠٣،ص ١٨٠)

ب- مدخل التنمية البشرية:

يعتبر البشر الثروة الحقيقية للأمة وأهداف التنمية وتحسين العلاقات وبناء وتوجيه المصادر والموارد الاقتصادية وتنمية رأس المال الاجتماعي في المجتمع وتحسين الظروف البيئية والصحية ومستوى التعليم والحقوق الإنسانية للاعتماد على الذات. (السروجي، ٢٠٠٤، ٣٨٤)

وتعرف تحسين نوعية الحياة إجرائياً بأنها:

تطوير مستوى الخدمات الاجتماعية للأسر الاولى بالرعاية لتحقيق الامن الاجتماعى وتدعيم الخدمات الصحيه والدعم المادى والنفسى والاجتماعى لهم لمساعدتهم في مواجهة مشكلاتهم لتحقيق التكيف والتوافق مع المجتمع.بهدف تحقيق المساندة الاجتماعية لهم .

الإجراءات المنهجية للدراسة.

نوع الدراسة: تندرج هذه الدراسة تحت الدراسات الوصفية التحليلية، فالدراسة الوصفية تستهدف تقرير خصائص ظاهرة معينة أو موقف تغلب عليه صفة التحديد، وتعتمد على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها لإستخلاص دلالتها وتصل عن طريق ذلك إلى إصدار تعميمات بشأن الموقف أو الظاهرة التى يقوم الباحث بدراستها، وذلك لأنها تستهدف تحديد أليات تحقيق المساندة الإجتماعية للأسر الاولى بالرعاية .

المنهج المستخدم: يقصد بالمنهج أسلوب يسير على نهجة الباحث لكى يحقق الهدف من بحثه كأنه يجد إجابه مناسبة للسؤال الذى يطرحه أو يستطيع التحقق من الغرض الذى يبدأ به بحثه، كما أنه يمثل مجموعة من الأسس والقواعد والخطوط المنهجيه الذى يسعى بها الباحث في تنظيم النشاط، لذلك تستخدم هذه الدراسة المسح الاجتماعي بطريقة العينة للأسر الأولى بالرعاية الملتحقين بالمؤسسة وقد بلغ عددهم (٨٠ أسرة)

أدوات الدراسة:

١-استمارة استبار للأسر للتوصل إلى تحديد المساندة الاجتماعية للأسر الولى بالرعاية.

٢-استمارة استبيان لفريق العمل تم تطبيقها على الأخصائيين الاجتماعيين والعاملين بالمؤسسة.

وفيما يلي توضيح طريقة تصميم تلك الأدوات: قام الباحث بإعداد الأدوات على النحو التالي:

الأداة الأولى: استمارة استبار مطبقة مع الأسر الأولى بالرعاية .

١: مرحلة جمع العبارات: بعد الاطلاع على الجزء النظري الخاص بالدراسة والاطلاع على المقاييس المتشابهة قام الباحث بإعداد الاستمارة في صورتها الأولية كالآتي:

البعد الأول: الخدمات الصحية المقدمة للأسر الاولى بالرعاية وتضمن ١٣ عبارة.

البعد الثاني: الدعم المادي المقدم للأسر الاولى بالرعاية وتضمن ١٣عبارة.

البعد الثالث: الاندماج المجتمعي للأسر الاولى بالرعاية وتضمن ١٤ عبارة.

البعد الرابع: الخدمات النفسية المقدمة للأسر الاولى بالرعاية وتضمن ١١ عبارة.

٢: مرحلة التحكيم: بعد أن قام الباحث بإعداد الاستمارة في صورتها الأولية قام بعرضها على بعض المحكمين من السادة الأكاديميين المتخصصين في الخدمة الاجتماعية والبحث الاجتماعي وعددهم (١٠) وتم تحكيم الاستمارة من حيث: ارتباط كل عبارة بالبعد المراد قياسه، وسلامة صياغة العبارة، ووضوح العبارة، وحذف أي عبارة غير مناسبة أو مرتبطة بالمؤشر وإضافة بعض العبارات التي يرونها مناسبة، وقد قام الباحث نتيجة لهذا التحكيم بحذف العبارات التي لم يتفق عليها ٨٠٪ من المحكمين كما تم إضافة بعض العبارات الأخرى وإعادة صياغة بعض العبارات وبذلك أصبحت الاستمارة في صورتها النهائية كما يلي:

البعد الأول: الخدمات الصحية المقدمة للأسر الاولى بالرعاية وتضمن ١٠ عبارات.

البعد الثاني: الدعم المادي المقدم للأسر الاولى بالرعاية وتضمن ١١عبارة.

البعد الثالث: الاندماج المجتمعي للأسر الاولى بالرعاية وتضمن ١٢ عبارة.

البعد الرابع: الخدمات النفسية المقدمة للأسر الاولى بالرعاية وتضمن ٩ عبارة.

وقد وضع الباحث تدرجاً ثلاثياً لتصحيح الاستمارة وهي: نعم – إلي حد ما – لا بحيث تعطي ٣ درجات إلى نعم ودرجتان إلى حد ما ودرجة واحدة للا بالنسبة للعبارات الايجابية والعكس بالنسبة للعبارات السلبية.

٣: ثبات أدوات الاستمارة: تم إجراء ثبات الاستمارة باستخدام إعادة الاختبار على عدد (١٥) من الأسر خلال ١٥ يوم واستخدام معامل سيبرمان وتم حساب معامل ثبات أبعاد الاستمارة والاستمارة ككل كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (١)

يوضح معاملات ثبات وصدق أبعاد الاستمارة ككل

م	المعاملات الإحصائية / الأبعاد	معامل الثبات	معامل الصدق الإحصائي
١	البعد الأول	٠.٩٥	٠.٩٧
٢	البعد الثاني	٠.٩٣	٠.٩٦
٣	البعد الثالث	٠.٩١	٠.٩٥
٤	البعد الرابع	٠.٩٦	٠.٩٨
	الاستمارة ككل	٠.٩٤	٠.٩٧

– تم حساب معامل الصدق الإحصائي باستخدام الجذر التربيعي للثبات.

وتبين من الجدول السابق أن أبعاد الاستمارة والاستمارة ككل يتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات حيث بلغ معامل الثبات الكلي ٠.٩٤ ومعامل الصدق ٠.٩٧

الأداة الثانية: استمارة استبيان لفريق العمل تم تطبيقها على الأخصائيين الاجتماعيين والعاملين بالمؤسسة: قامت الباحثة باتباع نفس الخطوات السابقة وتم حساب ثبات وصدق الإستمارة وقد بلغ معامل الثبات الكلي ٠.٩٤ ومعامل الصدق ٠.٩٧

٤: المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة: تم استخدام اسلوبي الإحصاء الوصفي والإحصاء التحليلي من خلال المعاملات الإحصائية التالية:

– الوسط الحسابي للمتغيرات الكمية في وصف مجتمع الدراسة، حساب الأوزان ومتوسط الأوزان والقوى النسبية للعبارات والأبعاد الخاصة بأداة الدراسة.

مجالات الدراسة:

– **المجال المكاني:** مؤسسة مرسال الخيرية ، وقد تم اختيار هذه الجمعية **للأسباب الآتية:**

– أن الجمعية تقدم خدمات للأسر الأولى بالرعاية.

– موافقة الجمعية على إجراء الدراسة بها .

المجال البشري: تم إختيار عينة عشوائية للأسر المستفيدة من الجمعية بلغ عددهم (٨٠) أسرة وفقاً للشروط الاتية:

١– أن تكون ملتحقة بالجمعية.

٢– عدم حصول الأسرة على مساعدة شهرية.

٣– أن يكون لديها أطفال قي الفئة العمرية (٦:١٨ سنة) .

– مسح إجتماعي شامل لجميع الأخصائيين والعاملين بالمؤسسة بلغ عددهم (١١ مفردة).

المجال الزمني: فترة جمع البيانات في الفترة من / / إلى / /

نتائج الدراسة:

جدول (٢)

يوضح خصائص عينة البحث من الأخصائيين الاجتماعيين

الأخصائيين الاجتماعيين (ن=١١)		
المتغير	**عدد**	**%**
النوع		
ذكر	٦	٥٤ %
أنثى	٥	٤٦ %
الفئة العمرية		
٣٠ –	٥	٤٦ %
٤٠ –	٤	٣٦ %
٥٠ فأكثر	٢	١٨ %
الحالة التعليمية		
مؤهل عال	٩	٨٢ %
ماجستير	٢	١٨ %
مدة العمل		
٢–	٣	٢٧ %
٤–	٥	٤٦ %
٦ فأكثر	٣	٢٧ %
الحصول على دورات		
نعم	١١	١٠٠ %
لا	٠	٠

يتضح من الجدول السابق أن ٥٤٪ من عينة الدراسة ذكور ٤٦٪ إناث وأن نسبة ٤٦ % من عينة الدراسة تقع في الفئة العمرية ما بين ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة بينما جاء في الترتيب التالي الفئة العمرية من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة بنسبة ٣٦ % وأخيراً من من ٥٠ سنة فأكثر بنسبة ١٨ % بينما نسبة الحاصلين على مؤهل عال جاءت في الترتيب الأول بنسبة ٨٢ % ثم يأتي في الترتيب الثاني الحاصلين على الماجستير بنسبة ١٨ % كما أن مدة العمل من ٤ سنوات إلى أقل من ٦ سنوات بلغت نسبتهم ٤٦ % ومدة من سنتين إلى أقل من ٤ سنوات ومن ٦ سنوات فأكثر في الترتيب التالي بنسبة ٢٧ % لكليهما، وأتضح أن جميع عينة الدراسة حصلوا على دورات بنسبة بلغت ١٠٠ % بينما وجد أن نسبة الحاصلين على دورتين جاء في الترتيب

الأول بنسبة ٤٦ % وجاء الحاصلين على دورة واحدة في الترتيب التالي بنسبة ٣٦ % وأخيراً الحاصلين على ثلاث دورات فأكثر بنسبة ١٨ %.

جدول (٣)

يوضح خصائص عينة البحث من الأسر الأولى بالرعاية

الأسر الأولى (ن=٨٠)		
المتغير	**عدد**	**%**
الفئة العمرية		
أقل من ٢٥سنة	٤	٥ %
٢٥ –	٣٢	٤٠٪
٣٠ –	٢٤	٣٠٪
٣٥ فأكثر	٢٠	٢٥٪
الحالة الاجتماعية		
متزوجة	٤٠	٥٠ %
مطلقة	١٨	٢٢ %
أرملة	٢٢	٢٨ %
الحالة التعليمية		
أمي	٢٦	٣٢ %
تقرأ وتكتب	٢٤	٣٠ %
مؤهل متوسط	٢٢	٢٨ %
مؤهل فوق المتوسط	٨	١٠ %
الحالة الوظيفية		
تعمل	١٨	٢٢ %
لا تعمل	٦٢	٧٨ %
عدد أفراد الأسرة		
٣	١١	١٣ %
٤	٢٥	٣٢٪
٥	٣٥	٤٤ %
٦ فأكثر	٩	١١ %

يتضح من الجدول السابق أن نسبة ٤٠ % من عينة الدراسة تقع في الفئة العمرية ما بين ٢٥ إلى أقل من ٣٠ سنة بينما جاء في الترتيب التالي الفئة العمرية من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة بنسبة ٣٠٪ وفي الترتيب الثالث ٣٥ سنة فأكثر بنسبة ٢٥ % ثم يأتي بعدها الفئة العمرية أقل

من ٢٥ سنة بنسبة ٥ % وبالنسبة للحالة الاجتماعية لعينة الدراسة وجد أن نسبة ٥٠٪ متزوجة ثم أرملة بنسبة ٢٢٪ وأخيراً مطلقة بنسبة ١٨٪ أما الحالة التعليمية فجاءت النسبة الأكبر للأمية بنسبة ٣٢٪ ويليها تقرأ وتكتب بنسبة ٣٠٪ ثم الحاصلات على مؤهل متوسط بنسبة ٢٨٪ وأخيراً مؤهل فوق المتوسط بنسبة ١٠٪، أما بالنسبة للحالة الوظيفية فالأغلبية لا تعمل بنسبة ٧٨٪ بينما تعمل نسبتها ٢٢٪، ووجد أن ٤٤٪ من عينة الدراسة عدد أفراد أسرتها ٥ يليها عدد أفراد الأسرة ٤ بنسبة ٣٢٪ يليها عدد ٣ بنسبة ١٣٪ وأخيراً عدد أفراد الأسرة ٦ فأكثر بنسبة ١١٪.

من وجهة نظر الأسر الفقيرة:

جدول (٤)

يوضح الخدمات الصحية المقدمة للأسر

(ن=٨٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	توفير القوافل الطبية المتنقلة للأسر الأولى بالرعاية	٢٥	٣٠	٢٥	١٦٠	٢	٠.٦٦٧	٣
٢	توفير تأمين صحي يلبي احتياجات الأسرة	٢٠	٣٨	٢٢	١٥٨	١.٩٧	٠.٦٥٧	٤
٣	عمل ندوات للتوعية ضد الامراض	١٦	٣٨	٢٦	١٥٠	١.٨٧	٠.٦٢	٥
٤	المساعدة في عمل التحاليل والاشعات	١٨	٣٣	٢٩	١٤٩	١.٨٦	٠.٦١٦	٦
٥	المساهمة في الكشف الدوري الطبي للاسر	١٦	٣٨	٢٦	١٥٠	١.٨٧	٠.٦٢	٥
٦	توفير الخدمات الصحية للاسرة	٣٢	٣٣	١٥	١٧٧	٢.٢١	٠.٧٤٥	١
٧	التوعية بعدم الاعتماد على الوصفات الشعبية	١٥	٣٥	٣٠	١٤٥	١.٨١	٠.٥٩٧	٧
٨	المساهمة في تكاليف العلاج	١٨	٣٣	٢٩	١٤٩	١.٨٦	٠.٦١٦	٦
٩	التوعية ببرامج التغذية السليمة	٢٨	٣٢	٢٠	١٦٨	٢.١١	٠.٧٠٤	٢
١٠	التوعية بالتحصينات اللازمة ضد الامراض المعدية	٢٥	٣٠	٢٥	١٦٠	٢	٠.٦٦٧	٣
	المجموع	**٢١٣**	**٣٤٠**	**٢٤٧**	**١٥٦٦**		**٦.٥١**	
	المتوسط الحسابي	**٢١.٣**	**٣٤**	**٢٤.٧**	**١٥٦.٦**		**٠.٦٥**	
	النسبة (%)	**٢٦.٦**	**٤٢.٥**	**٣٠.٩**				
	القوة النسبية	**٦٥ %**						

يتضح من الجدول السابق (الخدمات الصحية المقدمة للأسر) ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى منخفض حيث بلغ المجموع الوزني (١٥٦٦) بمتوسط بلغ (١٥٦.٦) وبوزن مرجح (٦.٥١) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٦٥ %. وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٢١٣) مفردة يمثلون نسبة (٢٦.٦٪) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٣٤٠) مفردة بنسبة (٤٢.٥٪) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٢٤٧) مفردة يمثلون نسبة (٣٠.٩٪).

كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة" توفير الخدمات الصحية للاسرة " جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢١) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٤٥). وجاء في الترتيب الثاني عبارة" التوعية ببرامج التغذية السليمة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١١) وبوزن مرجح (٠.٧٠٤). أما الترتيب الثالث فكان للعبارة" توفير القوافل الطبية المتنقلة للأسر الأولى بالرعاية " و" التوعية بالتحصينات اللازمة ضد الامراض المعدية " بمتوسط مرجح (٢) وبوزن مرجح (٠.٦٦٧). وجاء في الترتيب الرابع عبارة" توفير تأمين صحي يلبي احتياجات الأسرة " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (١.٩٧) وبوزن مرجح (٠.٦٥٧). وبعد ذلك يأتي في الترتيب الخامس عبارة" عمل ندوات للتوعية ضد الامراض " و" المساهمة في الكشف الدوري الطبي للاسر " بمتوسط مرجح (١.٨٧) وبوزن نسبي (٠.٦٢). وجاء في الترتيب السادس عبارة" المساعدة في عمل التحاليل والاشعات " و" المساهمة في تكاليف العلاج " بمتوسط مرجح بلغ (١.٨٦) وبوزن مرجح بلغ (٠.٦١٦). أما الترتيب السابع فقد جاءت عبارة" التوعية بعدم الاعتماد على الوصفات الشعبية " بمتوسط مرجح (١.٨١) وبوزن مرجح (٠.٥٩٧).

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة heimer 2007 ودراسة steven 2004 ودراسة adlares & moro 2009 ودراسة coyle 2010 ودراسة coker at al 2009 ودراسة jerom 2008 ودراسة ابراهيم ٢٠١٨ ويتضح ذلك من خلال الارتباط بين الفقر وإشباع الحاجات الأساسية المادية وتقديم الرعاية لأسر الفقراء ذات الدخل المنخفض الذي لا يكفي حاجتها الضرورية للحصول على مستوى من الرعاية الصحية والغذاء والعمل على تحسين أوضاع الأسر من خلال تحسين الأوضاع الاقتصادية لها لمساعدتها على إشباع احتياجاتها ومواجهة مشكلاتهاوهذا ياتى من خلال المساندة الاجتماعية كعامل وسيط في التخفيف من التأثير السلبي لناتج عن الضغوط الحياتية لتحسين نوعية حياة الأسر الأولى بالرعاية والتي تعاني من تدني الوضع الصحي لها وتمكينها للحصول على الاحتياجات الصحية.

جدول (٥)

يوضح الدعم المادي المقدم للأسر

(ن=٨٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	توفير قروض للمشروعات الصغيرة للاسر	٢٩	٣٥	١٦	١٧٣	٢.١٨	٠.٧٢٧	٢
٢	تبصير الاسر باعانات الدولة الحكومية	٣١	٣٠	١٩	١٧٢	٢.١٧	٠.٧٢٣	٣
٣	المساهمة في تكاليف العلاج	٦٨	١٢	٠	٢٢٨	٢.٩٤	٠.٩٨	١
٤	تسهيل الحصول على الاحتياجات الاساسية للاسر	٢٥	٤٠	١٥	١٧٠	٢.١٤	٠.٧١٣	٤
٥	توفير مستوى معيشي مناسب	١٤	٣٧	٢٩	١٤٥	١.٧٩	٠.٥٩٧	٦
٦	المساهمة في المساعدات المالية الطارئة	١٢	٣٣	٣٥	١٣٧	١.٦٨	٠.٥٦	٨
٧	المساهمة في ملائمة الدخل لتلبية احتياجات الاسرة	١٣	٣٧	٣٠	١٤٦	١.٧٦	٠.٥٨٧	٧
٨	مساعدة الاسر على عدم الاستدانة من الاخرين	٢٩	٣٤	١٧	١٧٢	٢.١٧	٠.٧٢٣	٣
٩	المساهمة في تسوية ديون الاسرة	١٢	٣٣	٣٥	١٣٧	١.٦٨	٠.٥٦	٨
١٠	المساهمة في توفير مصاريف المدارس للابناء	١٧	٣٧	٢٦	١٥١	١.٨٨	٠.٦٢٧	٥
١١	توافر البرامج التدريبية للتأهيل لسوق العمل	٢٥	٤٠	١٥	١٧٠	٢.١٤	٠.٧١٣	٤
	المجموع	٢٧٥	٣٦٨	٢٣٧	١٨٠١		٧.٥١	
	المتوسط الحسابي	٢٥	٣٣.٥	٢١.٥	١٦٣.٧		٠.٦٨	
	النسبة (%)	٣١.٢	٤١.٨	٢٧				
	القوة النسبية	٦٨ %						

يتضح من الجدول السابق (الدعم المادي المقدم للأسر) ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى منخفض حيث بلغ المجموع الوزني (١٨٠١) بمتوسط (١٦٣.٧) وبوزن مرجح (٧.٥١) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٦٨٪. وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٢٧٥) مفردة يمثلون نسبة (٣١.٢٪) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٣٦٨) مفردة بنسبة (٤١.٨٪) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٢٣٧) مفردة يمثلون نسبة (٢٧٪).

كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة" المساهمة في تكاليف العلاج " جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (٢.٩٤) وبوزن مرجح بلغ (٠.٩٨). وجاء في الترتيب الثاني عبارة" توفير قروض للمشروعات الصغيرة للاسر " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٨) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٢٧).وفي الترتيب الثالث جاءت عبارة" تبصير الاسر باعانات الدولة الحكومية " وعبارة" مساعدة الاسر على عدم الاستدانة من الاخرين " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٧) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٢٣). وجاء في الترتيب الرابع عبارة" تسهيل الحصول على الاحتياجات الاساسية للاسر " و" توافر البرامج التدريبية للتأهيل لسوق العمل " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٤) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧١٣). كما جاءت عبارة" المساهمة في توفير مصاريف المدارس للابناء " في الترتيب الخامس بمتوسط مرجح بلغ (١.٨٨) وبوزن مرجح بلغ (٠.٦٢٧). بينما جاء في الترتيب السادس عبارة" توفير مستوى معيشي مناسب " بمتوسط مرجح بلغ (١.٧٩) وبوزن مرجح بلغ (٠.٥٩٧). وجاء في الترتيب السابع عبارة" المساهمة في ملائمة الدخل لتلبية احتياجات الاسرة " بمتوسط مرجح بلغ (١.٧٦) وبوزن مرجح بلغ (٠.٥٨٧). وجاء في الترتيب الثامن عبارة" المساهمة في المساعدات المالية الطارئة " و" المساهمة في تسوية ديون الاسرة " بمتوسط مرجح بلغ (١.٦٨) وبوزن مرجح بلغ (٠.٥٦).

وقد اتفقت نتائج تلك الدراسة مع دراسة حامد ٢٠٠٣ ودراسة يوسف ٢٠٠٧ ودراسة ابراهيم ٢٠١٨ ودراسة carbonell 2010 ودراسة huang et al 2009 ودراسة jerome2005 من حيث الارتباط بين الفقر وإشباع الحاجات الأساسية المادية وتقديم الرعاية للاسر الاولى بالرعاية ذات الدخل المنخفض الذي لا يكفي حاجتها الضرورية. لتحسين أوضاعها من خلال المساندة المجتمعية كعامل وسيط في التخفيف من التأثير السلبي لناتج عن الضغوط الحياتيةوتحسين نوعية الحياة عن طريق المساندة الاجتماعية وسد احتياجاتها الضرورية لتمكين الأسر الأولى بالرعاية بالاحتياجات الاقتصادية.

جدول (٦)

يوضح الاندماج الاجتماعي للأسر

(ن=٨٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	تطوير سياسات الرعاية الاجتماعية لتلاءم المتغيرات المجتمعية	٣٢	٢٨	٢٠	١٧٢	٢.١٧	٠.٧٢٣	٤
٢	المساعدة في حل المشكلات الاجتماعية	٢٩	٣١	٢٠	١٦٩	٢.١٣	٠.٧٠٨	٦
٣	توافر علاقات اجتماعية ايجابية مع المؤسسات في المجتمع	٢٤	٣٢	٢٤	١٨٠	٢.٢٨	٠.٧٦	٢
٤	المساعدة على التواصل مع الاخرين	٢٢	٣٨	٢٠	١٦٢	٢.٠٣	٠.٦٧٧	٧
٥	العمل على تنمية المهارات والقدرات الاجتماعية	٢٩	٣٣	١٨	١٧١	٢.١٥	٠.٧١٨	٥
٦	مساعدة الاسرة على تحقيق الاستقرار الاجتماعي	٢٩	٣١	٢٠	١٦٩	٢.١٣	٠.٧٠٨	٦
٧	المساهمة في تحسين العلاقات الاسرية	٢٢	٣٧	٢١	١٦١	٢.٠١	٠.٦٧١	٨
٨	تنمية القيم الايجابية تجاه المجتمع	٢٤	٤٧	٩	١٧٥	٢.٢١	٠.٧٣٦	٣
٩	المساهمة في تقليل الضغوط الاسرية نتيجة العوز	٣٥	٤٠	٥	١٩٠	٢.٤٢	٠.٨٠٦	١

١٠	الاستعانة بخبرة الاخرين في مواجهة المشكلات	٢٢	٣٨	٢٠	١٦٢	٢.٠٣	٠.٦٧٧	٧
١١	تزويد الاسر بالقدرة على ترتيب المشكلات حسب اهميتها	٢٢	٣٧	٢١	١٦١	٢.٠١	٠.٦٧١	٨
١٢	تنمية المهارات على اختيار اسرع حل للمشكلة	٢٢	٣٨	٢٠	١٦٢	٢.٠٣	٠.٦٧٧	٧
	المجموع	٣١٢	٤٣٠	٢١٨	٢٠٣٤		٨.٥٣	
	المتوسط الحسابي	٢٦	٣٥.٨	١٨.٢	١٦٩.٥		٠.٧١	
	النسبة (%)	٣٢.٥	٤٤.٨	٢٢.٧				
	القوة النسبية	٧١ %						

يتضح من الجدول السابق والخاص (الاندماج الاجتماعي للأسر) ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى متوسط حيث بلغ المجموع الوزني (٢٠٣٤) بمتوسط (١٦٩.٥) وبوزن مرجح (٨.٥٣) وبقوة نسبية بلغت ٧١ %. وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٣١٢) مفردة يمثلون نسبة (٣٢.٥٪) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٤٣٠) مفردة بنسبة (٤٤.٨٪) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٢١٨) مفردة يمثلون نسبة (٢٢.٧٪).

وأظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة" المساهمة في تقليل الضغوط الاسرية نتيجة العوز " احتلت الترتيب الأول بمتوسط مرجح (٢.٤٢) وبوزن مرجح (٠.٨٠٦). وجاء في الترتيب الثاني عبارة" توافر علاقات اجتماعية ايجابية مع المؤسسات في المجتمع " بمتوسط مرجح (٢.٢٨) وبوزن مرجح (٠.٧٦). أما في الترتيب الثالث جاءت عبارة" تنمية القيم الايجابية تجاه المجتمع " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢١) وبوزن مرجح (٠.٧٣٦). وجاء في الترتيب الرابع عبارة" يوفر البرنامج الخدمات الصحية للأسرة" بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٧) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٢٣). كما جاءت عبارة" العمل على تنمية المهارات والقدرات الاجتماعية " في الترتيب الخامس بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٥) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧١٨). بينما جاء في الترتيب السادس عبارة" مساعدة الاسرة على تحقيق الاستقرار الاجتماعي " و" المساعدة في حل المشكلات الاجتماعية " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٣) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٠٨). وجاء في الترتيب السابع عبارة" المساعدة على التواصل مع الاخرين " و " الاستعانة بخبرة الاخرين في مواجهة المشكلات " و " تنمية المهارات على اختيار اسرع حل للمشكلة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٠٣) وبوزن مرجح بلغ (٠.٦٧٧). وجاء في الترتيب الثامن عبارة" المساهمة في تحسين العلاقات الاسرية " و " تزويد الاسر بالقدرة على ترتيب المشكلات حسب اهميتها " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٠٣) وبوزن مرجح بلغ (٠.٦٧٧).

واتفقت تلك النتائج مع دراسة عبدالواحد ٢٠٠٩ ودراسة ابراهيم ٢٠١٨ ودراسة عبده ٢٠١١ ودراسة عبداللطيف ٢٠١٥ ودراسة Jerome 2005 من حيث ان المساندة الاجتماعية هي الأساس في دعم حياة الأفراد وزيادة قوتهم لمواجهة مشكلاتهم لتحقيق الدعم المجتمعي لهم التاكيد على تحسين أوضاع الأسر الاولى بالرعاية لمساعدتها على إشباع احتياجاتها ومواجهة مشكلاتها. بالمساندة المجتمعية التى تعتبر اهم مصادر التأثير الاجتماعي الرئيسية التي تحدد علاقة الفرد مع شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، فهى من عوامل التغيير نتيجة لتأثير الأفراد مع بعضهم البعض كمصادر لمساندة الأسر الاولى بالرعاية من خلال برامج تضامنية تكون السبيل إلى ضمان الحصول على الحقوق الاجتماعية للأسر المحاطة بنسيج من ضغوط الفقر المدقع، مع ربط تلك الأسر بالخدمات التي توفرها الدولة لهم.

جدول (٧)

يوضح الخدمات النفسية المقدمة للأسر

(ن=٨٠)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	تقليل الشعور بالخوف من المستقبل	٦٨	١٢	٠	٢٢٨	٢.٩٤	٠.٩٨	١
٢	المساعدة على الشعور بالامان في الحياة المستقبلية	٣٢	٢٨	٢٠	١٧٢	٢.١٧	٠.٧٢٣	٤
٣	تقليل الشعور بفقدان الثقة بالنفس	٢٥	٤٠	١٥	١٧٠	٢.١٤	٠.٧١٣	٥
٤	مساعدة الاسرة على الشعور بالقيمة في المجتمع	٢٤	٤٧	٩	١٧٥	٢.٢١	٠.٧٣٦	٣
٥	تقليل الشعور بالاكتئاب	٢٢	٣٨	٢٠	١٦٢	٢.٠٣	٠.٦٧٧	٧
٦	تحقيق الاستقرار في المجتمع	٣٢	٢٨	٢٠	١٧٢	٢.١٧	٠.٧٢٣	٤
٧	مساعدة الاسرة على عدم التردد في اتخاذ القرارات	٢٨	٣٢	٢٠	١٦٨	٢.١١	٠.٧٠٤	٦
٨	تقليق النظرة المتدنية من المجتمع	٢٤	٤٧	٩	١٧٥	٢.٢١	٠.٧٣٦	٣
٩	بناء الثقة بالنفس لاتخاذ القرار السليم	٣٢	٣٣	١٥	١٧٧	٢.٢٣	٠.٧٤٥	٢
	المجموع	٢٨٧	٣٠٥	١٢٨	١٥٩٩		٦.٧٣٧	
	المتوسط الحسابي	٢٦.١	٢٥.٩	١١.٦	١٦١.٧		٠.٧٤٨	
	النسبة (%)	٣٩.٩	٤٢.٣	١٧.٨				
	القوة النسبية	% ٧٥						

يتضح من الجدول السابق (الخدمات النفسية المقدمة للأسر) ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى متوسط حيث بلغ المجموع الوزني (١٥٩٩) بمتوسط (١٦١.٧) وبوزن مرجح (٦.٧٣٧) وبقوة نسبية بلغت ٧٥ %. وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٢٨٧) مفردة يمثلون نسبة (٣٩.٩٪) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٣٠٥) مفردة بنسبة ٤٢.٣٪ وبلغ عدد من أجابوا بلا (١٢٨) مفردة يمثلون نسبة (١٧.٨٪).

وأظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة" تقليل الشعور بالخوف من المستقبل " احتلت الترتيب الأول بمتوسط مرجح (٢.٩٤) وبوزن مرجح (٠.٩٨). وجاء في الترتيب الثاني عبارة" بناء الثقة بالنفس لاتخاذ القرار السليم " بمتوسط مرجح (٢.٢٣) وبوزن مرجح (٠.٧٤٥). أما في الترتيب الثالث جاءت عبارة" مساعدة الاسرة على الشعور بالقيمة في المجتمع " و" تقليق النظرة المتدنية من المجتمع " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٢١) وبوزن مرجح (٠.٧٣٦). وجاء في الترتيب الرابع عبارة" المساعدة على الشعور بالامان في الحياة المستقبلية " و" تحقيق الاستقرار في المجتمع " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٧) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٢٣). كما جاءت عبارة" تقليل الشعور بفقدان الثقة بالنفس " في الترتيب الخامس بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٤) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧١٣). بينما جاء في الترتيب السادس عبارة " مساعدة الاسرة على عدم التردد في اتخاذ القرارات " بمتوسط

مرجح بلغ (٢.١١) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٠٤). وجاء في الترتيب السابع عبارة" تقليل الشعور بالاكتئاب " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٠٣) وبوزن مرجح بلغ (٠.٦٧٧).

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة ابراهيم ٢٠١٨ ودراسة عبداللطيف ٢٠١٥ ودراسة mcclean et al 2003 من حيث ان هناك ارتباط بين الفقر وإشباع الحاجات الأساسية المادية لمساعدتها على إشباع احتياجاتها ومواجهة مشكلاتها. و تتطلب تحقيق التغيير المستدام باستخدام استراتيجيات طويلة الأجل لاستثمار قدرات الاسر الاولى بالرعاية وتعليمهم وتحقيق الاستدامة للحد من الفقر لاستثمار رأس المال الاجتماعي و تحسين نوعية حياة الأسر الأولى بالرعاية فى الاحتياجات النفسية.

من وجهة نظر الأخصائيين والعاملين:

جدول (٨)

يوضح الخدمات الصحية المقدمة للأسر

(ن=١١)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	توفير القوافل الطبية المتنقلة للأسر الأولى بالرعاية	٥	٤	٢	٢٥	٢.٢٧	٠.٧٥٨	٣
٢	توفير تأمين صحي يلبي احتياجات الأسرة	٦	٥	٠	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٥	٢
٣	عمل ندوات للتوعية ضد الامراض	٥	٤	٢	٢٥	٢.٢٧	٠.٧٥٨	٣
٤	المساعدة في عمل التحاليل والاشعات	٣	٧	١	٢٤	٢.١٨	٠.٧٢٧	٤
٥	المساهمة في الكشف الدوري الطبي للاسر	٢	٧	٢	٢٢	٢	٠.٦٦٧	٦
٦	توفير الخدمات الصحية للاسرة	٦	٥	٠	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٥	٢
٧	التوعية بعدم الاعتماد على الوصفات الشعبية	٧	٤	٠	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	١
٨	المساهمة في تكاليف العلاج	٢	٨	١	٢٣	٢.٠٩	٠.٦٩٧	٥
٩	التوعية ببرامج التغذية السليمة	٦	٥	٠	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٥	٢
١٠	التوعية بالتحصينات اللازمة ضد الامراض المعدية	٧	٤	٠	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	١
	المجموع	٤٩	٥٣	٨	٢٦١		٧.٩١	
	المتوسط الحسابي	٤.٩	٥.٣	٠.٨	٢٦.١		٠.٧٩	
	النسبة (%)	٤٤.٥	٤٨.٢	٧.٣				
	القوة النسبية	% ٧٩						

يتضح من الجدول السابق (يوضح الخدمات الصحية المقدمة للأسر) ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى متوسط حيث بلغ المجموع الوزني(٢٦١) بمتوسط بلغ (٢٦.١) وبوزن مرجح (٧.٩١) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٧٩ %. وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٤٩) مفردة يمثلون نسبة (٤٤.٥٪) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٥٣) مفردة بنسبة (٤٨.٢٪) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٨) مفردة يمثلون نسبة (٧.٣٪).

كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة" التوعية بعدم الاعتماد على الوصفات الشعبية " و" التوعية بالتحصينات اللازمة ضد الامراض المعدية " جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (٢.٦٤) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٧٩). وجاء في الترتيب الثاني عبارة" توفير تأمين صحي يلبي احتياجات الأسرة " و" توفير الخدمات الصحية للاسرة " و" التوعية ببرامج التغذية السليمة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٥٥) وبوزن مرجح (٠.٨٥). أما الترتيب الثالث فكان للعبارة" توفير القوافل الطبية المتنقلة للأسر الأولى بالرعاية " و" عمل ندوات للتوعية ضد الامراض " بمتوسط مرجح (٢.٢٧) وبوزن مرجح (٠.٧٥٨). وجاء في الترتيب الرابع عبارة" المساعدة في عمل التحاليل والاشعات " بمتوسط مرجح بلغ (٢.١٨) وبوزن مرجح بلغ (٠.٧٢٧). كما جاءت عبارة" المساهمة في تكاليف العلاج " في الترتيب الخامس بمتوسط مرجح بلغ (٢.٠٩) وبوزن مرجح بلغ (٠.٦٩٧). بينما جاء في الترتيب السادس عبارة" المساهمة في الكشف الدوري الطبي للاسر " بمتوسط مرجح بلغ (٢) وبوزن مرجح بلغ (٠.٦٦٧).

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة heimer 2007 ودراسة steven 2004 ودراسة adlares 2009 & moro ودراسة coyle 2010 ودراسة coker at al 2009 ودراسة jerom 2008 ودراسة ابراهيم ٢٠١٨ ويتضح ذلك من خلال الارتباط بين الفقر وإشباع الحاجات الأساسية المادية وتقديم الرعاية لأسر الفقراء ذات الدخل المنخفض الذي لا يكفي حاجتها الضرورية للحصول على مستوى من الرعاية الصحية والغذاء والعمل على تحسين أوضاع الأسر من خلال تحسين الأوضاع الاقتصادية لها لمساعدتها على إشباع احتياجاتها ومواجهة مشكلاتهاوهذا ياتى من خلال المساندة الاجتماعية كعامل وسيط في التخفيف من التأثير السلبي لناتج عن الضغوط الحياتية لتحسين نوعية حياة الأسر الأولى بالرعاية والتي تعاني من تدني الوضع الصحي لها وتمكينها للحصول على الاحتياجات الصحية.

ويلاحظ أن القوة النسبية من وجهة نظر الأسر الاولى بالرعاية ٦٥٪ بينما من وجهة نظر الأخصائيين والعاملين بلغت ٧٩٪.

جدول (٩)

يوضح الدعم المادي المقدم للأسر

(ن=١١)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	توفير قروض للمشروعات الصغيرة للاسر	١٠	١	٠	٣٢	٢.٩١	٠.٩٧	٢
٢	تبصير الاسر باعانات الدولة الحكومية	٩	٢	٠	٣١	٢.٨٢	٠.٩٣٩	٣
٣	المساهمة في تكاليف العلاج	٧	٣	١	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٤٨	٥
٤	تسهيل الحصول على الاحتياجات الاساسية للاسر	٧	٣	١	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٤٨	٥
٥	توفير مستوى معيشي مناسب	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٤
٦	المساهمة في المساعدات المالية الطارئة	١١	٠	٠	٣٣	٣	١	١
٧	المساهمة في ملائمة الدخل لتلبية احتياجات الاسرة	١٠	١	٠	٣٢	٢.٩١	٠.٩٧	٢
٨	مساعدة الاسر على عدم الاستدانة من الاخرين	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٤

٩	المساهمة في تسوية ديون الاسرة	١١	٠	٠	٣٣	٣	١	١
١٠	المساهمة في توفير مصاريف المدارس للابناء	٧	٣	١	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٤٨	٥
١١	توافر البرامج التدريبية للتأهيل لسوق العمل	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٤
	المجموع	٩٦	١٩	٦	٣٣٢		١٠.٠٦	
	المتوسط الحسابي	٨.٧	١.٧	٠.٦	٣٠.٢		٠.٩١٤	
	النسبة (%)	٧٩.٣	١٥.٧	٥				
	القوة النسبية	% ٩١						

يتضح من الجدول السابق (يوضح الدعم المادي المقدم للأسر) ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى مرتفع حيث بلغ المجموع الوزني (٣٣٢) بمتوسط (٣٠.٢) وبوزن مرجح (١٠.٠٦) وكذلك بقوة نسبية بلغت ٩١ %. وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٩٦) مفردة يمثلون نسبة (٧٩.٣٪) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (١٩) مفردة بنسبة (١٥.٧٪) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٦) مفردة يمثلون نسبة (٥٪).

كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة" المساهمة في المساعدات المالية الطارئة " و" المساهمة في تسوية ديون الاسرة " جاءت في الترتيب الأول بمتوسط مرجح بلغ (٣) وبوزن مرجح بلغ (١). وجاء في الترتيب الثاني عبارة" توفير قروض للمشروعات الصغيرة للاسر " و" المساهمة في ملائمة الدخل لتلبية احتياجات الاسرة " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٩١) وبوزن مرجح بلغ (٠.٩٧) وفي الترتيب الثالث جاءت عبارة" تبصير الاسر باعانات الدولة الحكومية " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٨٢) وبوزن مرجح بلغ (٠.٩٣٩). وجاء في الترتيب الرابع عبارة" توفير مستوى معيشي مناسب " و" مساعدة الاسر على عدم الاستدانة من الاخرين " و" توافر البرامج التدريبية للتأهيل لسوق العمل " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٦٤) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٧٩). كما جاءت عبارة" المساهمة في تكاليف العلاج " و تسهيل الحصول على الاحتياجات الاساسية للاسر " و" المساهمة في توفير مصاريف المدارس للابناء " في الترتيب الخامس بمتوسط مرجح بلغ (٢.٥٥) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٤٨).

وقد اتفقت نتائج تلك الدراسة مع دراسة حامد ٢٠٠٣ ودراسة يوسف ٢٠٠٧ ودراسة ابراهيم ٢٠١٨ ودراسة carbonell 2010 ودراسة huang et al 2009 ودراسة jerome2005 من حيث الارتباط بين الفقر وإشباع الحاجات الأساسية المادية وتقديم الرعاية للاسر الاولى بالرعاية ذات الدخل المنخفض الذي لا يكفي حاجتها الضرورية. لتحسين أوضاعها من خلال المساندة المجتمعية كعامل وسيط في التخفيف من التأثير السلبي لناتج عن الضغوط الحياتيةوتحسين نوعية الحياة عن طريق المساندة الاجتماعية وسد احتياجاتها الضرورية لتمكين الأسر الأولى بالرعاية بالاحتياجات الاقتصادية.

ويلاحظ أن القوة النسبية من وجهة نظر الأسر الاولى بالرعاية ٦٨٪ بينما من وجهة نظر الأخصائيين بلغت ٩١٪ أي أن هناك تفاوت بين النسبتين.

جدول (١٠)

يوضح الاندماج الاجتماعي للأسر

(ن=١١)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	تطوير سياسات الرعاية الاجتماعية لتلاءم المتغيرات المجتمعية	١٠	١	٠	٣٢	٢.٩١	٠.٩٧	٢
٢	المساعدة في حل المشكلات الاجتماعية	٩	٢	٠	٣١	٢.٨٢	٠.٩٣٩	٣
٣	توافر علاقات اجتماعية ايجابية مع المؤسسات في المجتمع	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٥
٤	المساعدة على التواصل مع الاخرين	٧	٢	٢	٢٧	٢.٤٥	٠.٨١٨	٧
٥	العمل على تنمية المهارات والقدرات الاجتماعية	٨	٣	٠	٣٠	٢.٧٣	٠.٩٠٩	٤
٦	مساعدة الاسرة على تحقيق الاستقرار الاجتماعي	١٠	١	٠	٣٢	٢.٩١	٠.٩٧	٢
٧	المساهمة في تحسين العلاقات الاسرية	١١	٠	٠	٣٣	٣	١	١
٨	تنمية القيم الايجابية تجاه المجتمع	٧	٣	١	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٤٨	٦
٩	المساهمة في تقليل الضغوط الاسرية نتيجة العوز	٧	٣	١	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٤٨	٦
١٠	الاستعانة بخبرة الاخرين في مواجهة المشكلات	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٥
١١	تزويد الاسر بالقدرة على ترتيب المشكلات حسب اهميتها	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٥
١٢	تنمية المهارات على اختيار اسرع حل للمشكلة	٨	٣	٠	٣٠	٢.٧٣	٠.٩٠٩	٤
	المجموع	١٠١	٢٤	٧	٣٥٨		١٠.٨٥	
	المتوسط الحسابي	٨.٤	٢	٠.٦	٢٩.٨		٠.٩١	
	النسبة (%)	٧٦.٥	١٨.٢	٥.٣				
	القوة النسبية	% ٩١						

يتضح من الجدول السابق (الاندماج الاجتماعي للأسر) ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى مرتفع حيث بلغ المجموع الوزني (٣٥٨) بمتوسط (٢٩.٨) وبوزن مرجح (١٠.٨٥) وبقوة نسبية بلغت ٩٠ %. وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (١٠١) مفردة يمثلون نسبة (٧٦.٥٪) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (٢٤) مفردة بنسبة (١٨.٢٪) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٧) مفردة يمثلون نسبة (٥.٣٪).

وأظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة" المساهمة في تحسين العلاقات الاسرية " احتلت الترتيب الأول بمتوسط مرجح (٣) وبوزن مرجح (١). وجاء في الترتيب الثاني عبارة" تطوير سياسات الرعاية الاجتماعية لتلاءم المتغيرات المجتمعية " و" مساعدة الاسرة على تحقيق الاستقرار الاجتماعي " بمتوسط مرجح (٢.٩١) وبوزن مرجح (٠.٩٧). أما في الترتيب الثالث جاءت عبارة" المساعدة في حل المشكلات الاجتماعية " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٨٢) وبوزن مرجح (٠.٩٣٩). وجاء في الترتيب الرابع عبارة" العمل على تنمية المهارات والقدرات

الاجتماعية " و " تنمية المهارات على اختيار اسرع حل للمشكلة " بمتوسط مرجح (٢.٧٣) وبوزن مرجح (٠.٩٠٩). كما جاءت عبارة" توافر علاقات اجتماعية ايجابية مع المؤسسات في المجتمع " و " الاستعانة بخبرة الاخرين في مواجهة المشكلات " و " تزويد الاسر بالقدرة على ترتيب المشكلات حسب اهميتها " في الترتيب الخامس بمتوسط مرجح بلغ (٢.٦٤) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٧٩). بينما جاء في الترتيب السادس عبارة" تنمية القيم الايجابية تجاه المجتمع " و" المساهمة في تقليل الضغوط الاسرية نتيجة العوز " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٥٥) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨٤٨). بينما جاء في الترتيب السابع عبارة" المساعدة على التواصل مع الاخرين " بمتوسط مرجح بلغ (٢.٤٥) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨١٨).

واتفقت تلك النتائج مع دراسة عبدالواحد ٢٠٠٩ ودراسة ابراهيم ٢٠١٨ ودراسة عبده ٢٠١١ ودراسة عبداللطيف ٢٠١٥ ودراسة Jerome 2005 من حيث ان المساندة الاجتماعية هي الأساس في دعم حياة الأفراد وزيادة قوتهم لمواجهة مشكلاتهم لتحقيق الدعم المجتمعي لهم التاكيد على تحسين أوضاع الأسر الاولى بالرعاية لمساعدتها على إشباع احتياجاتها ومواجهة مشكلاتها. بالمساندة المجتمعية التى تعتبر اهم مصادر التأثير الاجتماعي الرئيسية التي تحدد علاقة الفرد مع شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، فهى من عوامل التغيير نتيجة لتأثير الأفراد مع بعضهم البعض كمصادر لمساندة الأسر الاولى بالرعاية من خلال برامج تضامنية تكون السبيل إلى ضمان الحصول على الحقوق الاجتماعية للأسر المحاطة بنسيج من ضغوط الفقر المدقع، مع ربط تلك الأسر بالخدمات التي توفرها الدولة لهم.

ويلاحظ أن القوة النسبية من وجهة نظر الأسر الاولى بالرعاية ٧١٪ بينما من وجهة نظر الأخصائيين والعاملين بلغت ٩١٪ أي أن هناك تفاوت بين النسبتين.

جدول (١١)

يوضح الخدمات النفسية المقدمة للأسر

(ن=١١)

م	العبارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الوزن المرجح	الترتيب
١	تقليل الشعور بالخوف من المستقبل	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٣
٢	المساعدة على الشعور بالامان في الحياة المستقبلية	٧	٢	٢	٢٧	٢.٤٥	٠.٨١٨	٥
٣	تقليل الشعور بفقدان الثقة بالنفس	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٣
٤	مساعدة الاسرة على الشعور بالقيمة في المجتمع	٧	٣	١	٢٨	٢.٥٥	٠.٨٤٨	٤
٥	تقليل الشعور بالاكتئاب	١٠	١	٠	٣٢	٢.٩١	٠.٩٧	٢
٦	تحقيق الاستقرار في المجتمع	١٠	١	٠	٣٢	٢.٩١	٠.٩٧	٢
٧	مساعدة الاسرة على عدم التردد في اتخاذ القرارات	١١	٠	٠	٣٣	٣	١	١
٨	تقليق النظرة المتدنية من المجتمع	٨	٢	١	٢٩	٢.٦٤	٠.٨٧٩	٣
٩	بناء الثقة بالنفس لاتخاذ القرار السليم	١٠	١	٠	٣٢	٢.٩١	٠.٩٧	٢
	المجموع	٧٩	١٤	٦	٢٧١		٨.٢١٣	

	المتوسط الحسابي	٨.٨	١.٦	٠.٦	٣٠.١		٠.٩١٢
	النسبة (%)	٧٩.٨	١٤.١	٦.١			
	القوة النسبية	٩١ %					

يتضح من الجدول السابق (الخدمات النفسية المقدمة للأسر) ان استجابات عينة الدراسة جاءت بمستوى مرتفع حيث بلغ المجموع الوزني (٢٧١) بمتوسط (٣٠.١) وبوزن مرجح (٨.٢١٣) وبقوة نسبية بلغت ٩١ %. وبلغ عدد من أجابوا بنعم على عبارات هذا البعد (٧٩) مفردة يمثلون نسبة (٧٩.٨٪) وبلغ عدد من أجابوا إلى حد ما (١٤) مفردة بنسبة (١٤.١٪) وبلغ عدد من أجابوا بلا (٦) مفردة يمثلون نسبة (٦.١٪).

وأظهرت نتائج الجدول السابق أن عبارة" مساعدة الاسرة على عدم التردد في اتخاذ القرارات " احتلت الترتيب الأول بمتوسط مرجح (٣) وبوزن مرجح (١). وجاء في الترتيب الثاني عبارة" تقليل الشعور بالاكتئاب " و" تحقيق الاستقرار في المجتمع " و" بناء الثقة بالنفس لاتخاذ القرار السليم " بمتوسط مرجح (٢.٩١) وبوزن مرجح (٠.٩٧). أما في الترتيب الثالث جاءت عبارة" تقليل الشعور بالخوف من المستقبل " و" تقليل الشعور بفقدان الثقة بالنفس " و" تقليق النظرة المتدنية من المجتمع " وذلك بمتوسط مرجح بلغ (٢.٦٤) وبوزن مرجح (٠.٨٧٩). وجاء في الترتيب الرابع عبارة" مساعدة الاسرة على الشعور بالقيمة في المجتمع " بمتوسط مرجح (٢.٥٥) وبوزن مرجح (٠.٨٤٨). كما جاءت عبارة" المساعدة على الشعور بالامان في الحياة المستقبلية " في الترتيب الخامس بمتوسط مرجح بلغ (٢.٤٥) وبوزن مرجح بلغ (٠.٨١٨).

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة ابراهيم ٢٠١٨ ودراسة عبداللطيف ٢٠١٥ ودراسة mcclean et al 2003 من حيث ان هناك ارتباط بين الفقر وإشباع الحاجات الأساسية المادية لمساعدتها على إشباع احتياجاتها ومواجهة مشكلاتها. و تتطلب تحقيق التغيير المستدام باستخدام استراتيجيات طويلة الأجل لاستثمار قدرات الاسر الاولى بالرعاية وتعليمهم وتحقيق الاستدامة للحد من الفقر لاستثمار رأس المال الاجتماعي و تحسين نوعية حياة الأسر الأولى بالرعاية فى الاحتياجات النفسية.

ويلاحظ أن القوة النسبية من وجهة نظر الأسر الاولى بالرعاية ٧٥ % بينما من وجهة نظر الأخصائيين والعاملين بلغت ٩١ % أي أن هناك تفاوت بين النسبتين.

تصور تخطيطي مقترح لتفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية :

تحقيقاً للهدف الاستراتيجي للدراسة الراهنة وبناءاً على الإطار النظري للدراسة ونتائجها الميدانية توصل الباحث إلى تصور تخطيطي مقترح لتفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية .

أولاً : أهداف التصور :

يستهدف تفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية ويهدف إلى مساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم واشباع احتياجاتهم الناتجة عن الفقر.

ثانياً: أدوار المخطط الاجتماعى لتفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية:

ويمكن تحديد أدوار المخطط الاجتماعي لتفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية فيما يلي:

١- دور المخطط الاجتماعى كممكن:

وفى هذا الدور يقوم المخطط الاجتماعي بمساعدة الاسر الاولى بالرعاية لاكتشاف المصادر والقوى التي بداخلهم وتدعيمها وذلك لإحداث التغيرات لتفعيل المساندة الاجتماعية لهم .

يقوم المخطط الاجتماعى بما يلي :

- مساعدة الاسر على التخلص من المشاعر السلبية التي تنتج من عدم قدرتهم على تغيير واقعهم ومواجهة الضغوط المجتمعية عليهم .
- مساعدة الاسر على فهم دوافعهم واكتشاف قدراتهم وإمكانياتهم وكيفية استغلالها لصالحهم .
- مساعدة الاسر على اكتشاف الوسائل التي تساعدها علي التعامل مع هذا الموقف .

٢- دور المخطط الاجتماعى كتربوي :

وفي هذا الدور يقوم المخطط الاجتماعي بمساعدة الاسر علي التزود بالمعارف والمعلومات التي يحتاجها للتعامل مع حاجاته ومشكلاته أو الموقف الذي يواجهه .

ويقوم المخطط الاجتماعى بما يلي :

- مساعدة الاسر على اكتساب مهارات التكيف والتوافق مع المشكلة.
- تزويد الاسر بالمعارف والمعلومات عن الأسباب التي تدفع إلى المشكلة

٣- دور المخطط الاجتماعي كمقدم للتسهيلات :

ويهتم هذا الدور بمساعدة الاسر علي تعبئة وحشد قدراتهم وطاقاتهم وتعريفهم بمصادر الخدمات و كيفية الحصول عليها.

ويقوم المخطط الاجتماعي بما يلي :

- توضيح مصادر الخدمات المتاحة في المجتمع التي يمكن أن تستفيد منها الاسر .
- توضيح إجراءات الحصول على الخدمات من المؤسسات ومساعدة الاسر للحصول على الخدمات .

٤- دور المخطط الاجتماعي كمعالج :

ويستخدم المخطط هذا الدور عندما تواجه الاسر مشكلة ويقوم المخطط الاجتماعي في هذا الدور بالدراسة والتشخيص والعلاج.

ويقوم المخطط الاجتماعي بما يلي :

- مساعدة الاسر للتخلص من المشاعر السلبية .
- مساعدة الاسر على حل مشكلاتهم واشباع احتياجاتهم الناتجة عن الفقر

٥- دور المخطط الاجتماعي كوسيط :

يقوم المخطط الاجتماعى بتوفير الخدمات الإنسانية الملائمة والموارد الأخرى ويجب أن يحدد احتياجات المعاقين حركياً ويقدر دافعيتهم على استخدام الموارد ومساعدتهم على الوصول للموارد الملائمة.

و يقوم المخطط الاجتماعي بما يلي :

- إيجاد الروابط بين الاسر الاولى بالرعاية ومصادر الخدمات في المجتمع وكذلك الأجهزة والمؤسسات التي تقدمها.
- التأثير علي المسئولين ومتخذي القرار في المجتمع وفي المؤسسات التي تقدم الخدمات ليكونوا أكثر استجابة لاحتياجات الاسر الاولى بالرعاية.

٦- دور المخطط الاجتماعي كمطالب:

وفى هذا الدور يصبح المخطط الاجتماعي للدفاع عن مصالحهم ومناقشة قضاياهم عندما يكون ذلك مطلوباً لتحقيق الأهداف وتوجيه الجهود نحو ضمان تحقيق القواعد للعميل بطريقة شرعية .

و يقوم المخطط الاجتماعي بما يلي :

- إثارة الرأي العام لقضية الفقر وأضرارها .
- إجراء تغييرات وتعديلات على السياسات المنظمات والجمعيات المهتمة بالاسر الاولى بالرعاية.
- استثارة المجتمع وقيادته لإنشاء مؤسسات جديدة أو تقديم خدمات وبرامج جديدة للاسر الاولى بالرعاية.

٧- دور المخطط الاجتماعي كمخطط :

وفى هذا الدور يقوم المخطط الاجتماعي بمجموعة من الأنشطة والعمليات لمساعدة الاسر الاولى بالرعاية على تحقيق أهدافهم وأيضاً تحديد حاجاتهم ومشكلاتهم وتحديد أولوياتهم .

ويقوم المخطط الاجتماعي بما يلي :

- تحديد احتياجات الاسر الاولى بالرعاية ومشكلاتهم وترتيبها حسب أهميتها .
- حصر وتحديد الموارد والإمكانيات والمؤسسات الموجودة سواء كانت بشرية أو مالية أو مادية لاستخدمها في إشباع احتياجات الاسر الاولى بالرعاية وهذا الدور يتطلب مهارات في التخطيط وتحديد الأولويات وجمع المعلومات وتحليلها ووضع الخطط والبرامج ومهارات تحديد الاحتياجات .

ثالثاً : الاستراتيجيات المستخدمة الاجتماعى لتفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية:

١ – استراتيجية توليد الدخل:

وتعتمد استراتيجية توليد الدخل على توفير فرص عمل للأسر الأولى بالرعاية لتفعيل المساندة الاجتماعية كمدخل لتحقيق الأمن الاجتماعي للأسر الأولى بالرعاية .

كما أن المخطط الاجتماعي في إطار هذه الاستراتيجية يهتم بتحسين موارد الاسر من خلال تزويدهم بالمعارف والخبرات والتدريب كمصادر لزيادة دخولهم.

٢ – استراتيجية التمكين وبناء القدرات:

تهدف استراتيجية التمكين إلى بناء تنمية قدرات أفراد المجتمع في مواجهة مشكلات مجتمعهم، والاستفادة من الإمكانيات المتوفرة لديهم أفضل استفادة ممكنة.

وتركز الاستراتيجية على تنمية وبناء قدرات الاسر وتأهيلهم بتحمل المسئولية ورفع مستوى الوعي لديهم بحقيقة مشكلاتهم الاجتماعية و بناء قدرات المنظمات في مساندة الأسر الأولى بالرعاية.

٣ – استراتيجية المساعدات الاجتماعية:

في الاستراتيجيات السابقة كان يتم التركيز على ازدياد الدخل أو رأس المال البشري، وذلك لإعدادهم للحصول على فرصة أفضل في سوق العمل، ولكن هناك بعض افراد الاسرة لا يمكنهم العمل وبالتالي لا يمكن استهدافهم أو تقديم المساعدات المباشرة لهم، وبالتالي يجب أن تصمم لهم شبكة للضمان الاجتماعي

٤ –استراتيجيات الإقناع والتوضيح:

وتستهدف هذه الاستراتيجية أحداث تغيرات في افراد الاسر أنفسهم لإكسابهم معلومات ومعارف وخبرات ومهارات واتجاهات تساعدهم على الإدراك السليم لمشكلاتهم وحاجاتهم ومن ثم المساهمة في حل مشكلاتهم .

٥ – استراتيجية التدخل مع البيئة وتشمل :

أ– استخدام موارد المجتمع لتقديم الخدمات للأسر الأولى بالرعاية.

ب – حث وتوجيه المسئولين في المجتمع على التغيير سواء في السياسات والإجراءات في تقديم الخدمات وتقديم خدمات للأسر الأولى بالرعاية.

المراجع:

المراجع العربية:

ابراهيم، فاطمة عبدالسلام أحمد (٢٠١٨). مؤشرات تخطيطية لدور مشروع تكافل وكرامة في توفير الحماية الاجتماية للأسر الأولى بالرعاية، رسالة ماجستير، جامعة أسوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

أنور ، إيمان عبدالعزيز (٢٠٠٧) : تقييم دور الأخصائى الإجتماعى فى مشروع تحسين مستوى حياة الأسر الفقيرة التى تعولها النساء "دراسة مطبقة على محافظة البحيرة"، رسالة ماجستير ، جامعة حلوان، كلية الخدمة الإجتماعية، قسم مجالات الخدمة الإجتماعية .

برنامج الأمم المتحدة الانمائي: تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٣. أهداف التنمية للألفية تعاهذ بين الممم المتحدة لإنهاء الفاقة البشرية، بيروت، مطبعة كركي.

البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة (٢٠٠٥). تقرير التنمية البشرية، اختيار مستقبلنا نحو عقد اجتماعي جديد، مصر، القاهرة، معهد التخطيط القومي.

البنك الدولى: (٢٠١٤) تقرير التنمية البشرية.

تقرير منظمة غالوب للبحوث الإحصائية، ٢٠١٥/١١/٦ http://www.gallup.com/home.aspx

التقرير العالمى الأول لمنظمة العمل الدولية بشأن الأمن الاجتماعى ٢٠١٠.

حسين، عبد العزيز (٢٠٠٧). التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع لتنمية وعي الأسر الفقيرة بوسائل تحسين مستوى معيشتها في الريف المصري، المؤتمر العلمي السادس، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة.

الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء،(٢٠١٤) الكتاب السنوى.

الديداموني ، شيماء احمد محمد (٢٠٠٩) : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعه الزقازيق.

وتعرف بأنها عمليات المساعدة على اختلاف أشكالها وصورها التي يتلقاها الفرد من الاخرين أو يقدمها لهم عند الحاجة اليها .

رأفت، أسامة (٢٠٠٧). دور الدولة في مواجهة الفقر بين الاستمرار والتغير، المؤتمر العلمي السادس، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة.

السروجي ، طلعت مصطفى (٢٠٠٣) : ثلاثية التنمية ونوعية الحياة والتحديث كمدل لإستراتيجية وآلية التخطيط الاجتماعي، ورقة عمل، المؤتمر العلمي الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم .

السروجي ، طلعت مصطفى (٢٠٠٣) : الخدمة الاجتماعية والطريق الثالث، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (١٤)، الجزء الأول، كلية الخدمة الاجتماعية، حلوان .

السروجي ، طلعت مصطفى (٢٠٠٤) : السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، القاهرة، دار الفكر العربي، ط(١) .

السعدني، عوني عبد الحليم (٢٠٠١). النموذج البنائي لمصادر الإنهاك النفسي ومظاهره لدى معلمي المرحلة الثانوية العامة، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس التربوي، جامعة الزقازيق.

السكرى ، أحمد شفيق (٢٠٠٠) : قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .

السلطان، ابتسام محمود محمد سلطان (٢٠٠٩). المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى.

السنهوري ، أحمد محمد (٢٠٠٧) : منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية, القاهرة, دار النهضة العربية, ط٦, ج٦ .

السنهوري ، أحمد محمد (٢٠٠١) : الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرون، القاهرة، دار النهضة العربية، ط(٤) .

شحته، مروى محمد (٢٠٠٩). أشكال المساندة الاجتماعية للمسنين المتقاعدين عن العمل، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

الصادي، أحمد فوزي (١٩٩٣). الخدمة الاجتماعية والأمن الاجتماعي، ورقة عمل، المؤتمر العلمي السادس، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم.

الضبع، عبد الرؤوف (٢٠٠٩). المشكلات الاجتماعية، دراسة سوسيولوجية، القاهرة، الدار العالمية للنشر.

شفيق، محمد (٢٠٠٥). التشريعات والتأمينات الاجتماعية، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث.

عبدالحميد، دعاء أشرف محمد (٢٠١٨). الإدارة الالكترونية كآلية لتفعيل برنامج تكافل وكرامة للأسر الفقيرة، رسالة ماجستير، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

عبدالرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠). موسوعة الصحة النفسية (علم الأمراض النفسية والعقلية) الأسباب– الأعراض– التشخيص– العلاج. القاهرة: دار قباء.

عبد الرحيم ، محمد احمد محمود (٢٠٠٧) : تقدير حاجات الفقراء فى الخدمات المجتمعية للجمعيات الأهلية، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثالث والعشرين – الجزء الثالث .

عبدالسلام، مصطفى محمود (٢٠٠٢). الفقر والعنف فى المجتمع المصرى، رؤية شاملة، القاهرة.

عبدالقادر ، محمد علاء الدين (٢٠٠٣) : علم الاجتماع الريفي المعاصر والاتجاهات الحديثة في دراسة التنمية الريفية، الإسكندرية، دار المعارف .

عبدالقادر، أوزال (٢٠٠٨). ملاحظات الفقر حول العالم، الجزائر، كلية الاقتصاد، جامعة البليدة.

عبدالله، معتز سيد (٢٠٠١). الأبناء والثقة والمساندة الاجتماعية كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للانضمام للجامعة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد ٥٧.

عبداللطيف ، هبه احمد (٢٠١٥) : تصور مقترح لدور طريقة تنظيم المجتمع بالجمعيات الأهلية لتمكين الأسر الأولى بالرعاية، مجلة الخدمة الإجتماعية، القاهرة، الجمعية المصرية للأخصائيين الإجتماعيين، العدد الثالث والخمسون .

عبده ، طارق طاهر (٢٠١١) : شراكة الفقراء كمتغير فى صنع سياسات الرعاية الإجتماعية فى مصر، رسالة دكتوراة ، جامعة حلوان، كلية الخدمة الإجتماعية .

عبدالواحد ، محمد عرفات (٢٠٠٩) : إسهامات طريقة تنظيم المجتمع فى تحقيق المساندة المجتمعية للمرأة المعيلة بالريف، بحث منشور بالمؤتمر الدولى الثانى والعشرون للخدمة الإجتماعية ، القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الإجتماعية،المجلد الثامن .

عدلي، هويدا (٢٠٠٧). الفقر والسياسات العامة فى مصر ودراسة توثيقية تحليلية، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

عفيفي، عبدالخالق محمد (٢٠٠٢). الخدمة الاجتماعية ودورها المعاصر في تحقيق السلام والأمن الاجتماعي، المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

عفيفي، عبد الخالق محمد (٢٠٠٨). الرعاية الاجتماعية بين التنظير والتأريخ، المنصورة، المكتبة العصرية.

عفيفي، عبد الخالق محمد (٢٠٠٩). الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع وتوجهات القرن الحادي والعشرين، القاهرة، دار نور الإسلام.

العلمي، عبدالقادر (٢٠٠٢). الفقر أيه وسيلة لمواجهته، الرباط، مطبعة الرسالة.

العوامي، مستور حماد (٢٠١١). الأمن الاجتماعى، جامعة سبها، مجلة جامعة سبها للعلوم الإنسانية، مجلد ١٠ ع٢.

عيسى، عبد العزيز إبراهيم (٢٠٠٨). المساندة المجتمعية وتأهيل المعاقين اجتماعياً، بحث منشور بالمؤتمر العلمي الحادي والعشرون، المجلد الثالث، القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

العيسى ، سارة عيسى (٢٠١٥) : دور الخدمة الإجتماعية فى دعم المساندة المجتمعية للمراة المعيلة" دراسة مطبقة على الجمعيات الأهلية بالرياض"، مجلة دراسات فى الخدمة الإجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الإجتماعية، العدد الثامن والثلاثون، الجزء السادس عشر .

فرج، محمد سعيد (٢٠٠٠). المشكلات الاجتماعية فى المجتمع المصرى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

قيرة، إسماعيل وآخرون(٢٠٠٣). عولمة الفقر (المجتمع الآخر) مجتمع الفقراء أو المحرومين، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

المكاوي، عايده نبيه (٢٠٠٤). تأثير أنشطة الضمان الاجتماعي والأسر المنتجة للوحدات الاجتماعية على تحقيق الأمن الاجتماعي بالمجتمع المحلي، رسالة ماجستير، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

منصور، حمدي محمد (٢٠٠٣). الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، السعودية، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.

يوسف، عبد العزيز حسين (٢٠٠٧). التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع لتنمية وعي الأسر الفقيرة بوسائل تحسين مستوى معيشتها في الريف المصري، المؤتمر العلمي السادس، الفقر وحقوق الأسرة.

المراجع الأجنبية:

Allison , A. Smith (2000) : Quality of life (review) Education And Aging, Vol. 15.
Brown , Ivan (2003) : Quality of life and Disability: An approach for community practioners, Jassica, kingsley Publishers U.S.A
Carbonell, Olga Alica (2010). Marital Confliet Maternal care and preschoolers attachment security in Low - Mcome Mexican - Amercian families, USA, Journal of the sciences and Engineering, vol 70.
Coote , Anna (2009) : Social Work Practice and Quality of life ,Thomson, Brooks I cole, U.S.A .
Coyle, Susan (2010). Concers, Social support, and health- related quality of mothers, dissertation abstracta international, section B: t sciences and Engineering, Vol 71.
Coker, Tumaini R. et. al (2009). Prevalence, characteristics, and associated health and health care of family homelessness among fifth - grade student, American Journal of public health, vol. 99 (8).
Coady. David and et al (2004). Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Expreience, The World Bank, International Food Policy Research Institute (IFPRI) ,Washington, U. S. A.
Estes , Richard. J (2004) : NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (NGOs(, University of Pennsylvania,
Eunik , Suci (2004) : indias poverty and its solution .
Forges (2005). Social motivation, conscious and unconscious processes , university of Cambridge.
Heimer, Bern(2007). Impacts of Children with troubles on working poor families mixed –Method and experimental evidence, University of Mary land.
Huang, Z. Jennifer et al(2009). beyond medical insurance: delayed or forgone care among children in Chinese immigrant families, Chinese journal of helath care for the poor and underserved, vol. 20 (2).
Human development report (2013). Human progressin a diverse world the rise of the south , USA , New york.
Howell , Jude and Pearce , Jenny (2000): Development NGOS and Challenge of Change, Kumarian press,
Jayasinghe , Saroj (2007): Faith-based NGOs and healthcare in poor countries: a preliminary exploration of ethical issues, National Institutes of health, Bangladch,
Jerome , Goldstin (2005) : building an econegine in asouth pako at connty, in business .
Lifshity , Hefyila & et al (2007). Self concept adjustment to blindness and quality of friendship among adolescent and with visual impairments , journal visual impairment and blindness.
Michel , Alex (2003) : Social indicators Research , Klawer academic publishers .
Misra, Ranjan (2009). Security Systems in japan, Lessons for india reitaku international journal of Economic studies vol 17 No. 2
()Subbarao, K (2000). Namibias social safety net issues and options for reform, The world Bank poverty Reduction and Economic Management network poverty Division , USA.
Oliver, Joseph , et al (2009) : Quality of life and Mental Health services" Scand Edition, Routledge, London .
Patrick, Kilby (2006) :accountability for empowermen dilemma as facing NGOS world development.

Puccetti, Mark & Kobasa , Suzanne (2002). Persomality and Social Resource in Stress Resistance, Journal of Personality and Social Psychdogy 45; No.(4).
Pearce, Diana(2007). The feminization of poverty"Empowering Woman" N.Y. The National Portret press.
Stevens, Philip(2004). Diseases of poverty and the 10/90Gap, international policy, Bedford, London.
Savarase, Josephie(2003). Exploring the Intersections Between Woman's health and poverty (policy paper for prairie woman's health center of Excellence).
Valla Adlares & Charlis Moroee(2009). The strengths of poor families research brief publication reports research, Michigan University,
United Nation (2006). World summit for social development ,N.Y