

بناء نموذج لإدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال

بلا مأوى

Designing a model of case management for improving the
life quality of homeless children

إعداد

إيهاب حامد سالم على

مدرس خدمة الفرد

كلية الخدمة الإجتماعية

جامعة حلوان

٢٠٢٠م



بناء نموذج لإدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى
تاريخ استلام البحث ٢٠٢٠/٦/١ تاريخ نشر البحث ٢٠٢٠/٧/١ م

مستخلص:

تعتبر تلك الدراسة من الدراسات الوصفية التي تستهدف بناء نموذج لإدارة الحالة لتحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى، وكذلك تدريب الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال بلا مأوى على كيفية تطبيق النموذج لتحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى من خلال برنامج تدريبي، وتحديد بعض مؤشرات تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين لنموذج ادارة الحالة بعد تنفيذ البرنامج التدريبي، وقد توصلت الدراسة إلي الإجابة علي كافة تساؤلاتها.
الكلمات المفتاحية: نموذج إدارة الحالة، تحسين نوعية الحياة، أطفال بلا مأوى.

Abstract:

This study is considered one of the descriptive studies aimed at building a case management model to improve the quality of life of homeless children, as well as training social workers working with homeless children on how to apply the model to improve the quality of life of homeless children through a training program, and to identify some indicators of social workers' application of the model Case management after implementing the training program, and the study reached an answer to all its questions.

Key words: Case Management Model - Improving Quality of Life - Homeless Children

أولاً: مقدمة الدراسة:

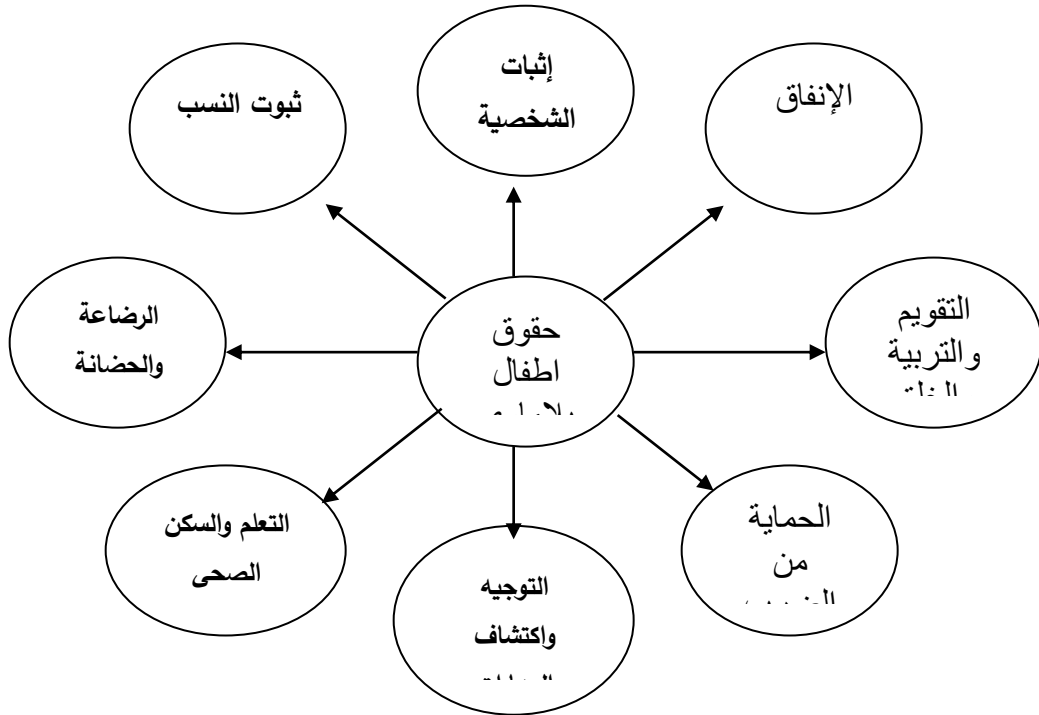
للأطفال أهمية كبرى في حياة كل مجتمع ، ويقاس تقدم المجتمع بما يقدمه من اهتمام ورعاية لأطفاله ، فهم نصف الحاضر وكل المستقبل فالاهتمام بالطفولة هو في الواقع اهتمام بمستقبل الأمة كلها ، ومرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان لما لها من تأثير يمتد طوال حياة الإنسان لأن في هذه المرحلة تتحدد وتتشكل ملامح شخصية الطفل .

قد يتعرض هؤلاء الأطفال إلى بعض الظروف السلبية سواء كانت أسرية متمثلة في (النزاعات الأسرية- الطلاق- هجر أحد الوالدين- اليتيم- سجن احد الوالدين أو كليهما) أو اقتصادية (عدم وجود دخل للأسرة- قلة الدخل- البطالة) أو تعليمية(التسرب من التعليم- الهروب من المدرسة- الأمية) يؤدي بهم إلى وجودهم ضمن فئة أطفال بلا مأوى .

وترتبط ظاهرة أطفال بلا مأوى - مثل اي ظاهرة اجتماعية - بالظروف الإجتماعية والإقتصادية والثقافية السائدة في المجتمعات في لحظة تاريخية معينة ، وتعتبر هذه الظاهرة عرضاً اجتماعياً لأسباب اجتماعية واقتصادية أعمق من هذا العرض ، لذلك فإن التصدى لها لايمكن ان يحقق أهدافه إلا إذا كان على أساس نظرة شمولية تحلل وتعالج الظاهرة وأسبابها الجذرية في الوقت نفسه ، كما يجب أيضاً النظر الى الظواهر الاجتماعية على أساس ترابط شبكة من العلاقات السببية المتداخلة (الورداني، ٢٠٠٤، ص ٨٣).

وتمثل ظاهرة أطفال بلا مأوى مؤشراً سلبياً* في المجتمعات وعنصراً سالباً في التنمية المستديمة التي تنشدها الحكومات لضمان القضاء عليها ومنع تكرارها .ويبين الشكل التالي حقوق طفل بلا مأوى في الرعاية الاجتماعية المتوازنة (النجار ٢٠٠٤، ص ١٠١) .

شكل (١) يوضح الرعاية الاجتماعية المتوازنة لأطفال بلا مأوى



* المقصود بمؤشراً سلبياً: أي أن وجود أطفال بلا مأوى في أي مجتمع يعكس ما يعانيه هذا المجتمع من مشكلات وما ينقصه من خدمات مما يعتبر مؤشراً سلبياً لاي مجتمع ويكون عائقاً لإحداث التنمية .

يوضح شكل رقم (١) ما يجب تقديمه من رعاية اجتماعية للطفل بلا مأوى وهي تعكس تعدد وتنوع الاحتياجات والمشكلات التي يواجهونها والتي تتطلب تضافر العديد من المؤسسات لإشباع الاحتياجات ومواجهة المشكلات . وتكتسب مشكلة أطفال بلا مأوى أهمية خاصة بوصفها تعكس خللاً واضحاً في مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي من المفترض أنها تهتم بالطفل وتعكس بكل واقعية وصدق مظاهر عدم التكيف الاجتماعي والنفسي ومشاكل الأسرة والبيئة وعواملها . اى أنها تعتبر انعكاساً لحالة المجتمع بمختلف مؤسساته وما وصلت إليه تلك المؤسسات من تدهور أو قصور فى القيام بأدوارها مما أدى إلى وجود مشكلة أطفال بلا مأوى، التي تضع مختلف أنظمتنا ومؤسساتنا الأسرية والاقتصادية والاجتماعية والتعليمية والتشريعية في تحدى مستمر من أجل مواجهتها .

وهذا ما أظهرته نتائج دراسة قام بها المجلس القومي للطفولة والأمومة حيث توصلت إلى عدم وجود سبب أو أسباب معينة لتواجد الطفل أو الطفلة في الشارع لان الطفل لا يترك أسرته فجأة وينزل إلى الشارع بطريقة فجائية؛ لذلك هناك العديد من العوامل والظروف المتداخلة أساسها الأسرة ويدعمها النظام التعليمي وثقافة المناطق العشوائية ، وهذه الظروف تهيى للطفل النزول إلى الشارع والتعرف عليه والتشبع بقيم ومهارات مجتمع الشارع ومن أهم هذه الظروف (غياب الأب وتفكك الأسرة - العنف الأسرى - الأعمال الهامشية من الأب أو الأم في الشارع - تواجد أخوة أو أخوات في الشارع - التسبب والإهمال) (تقرير المجلس القومي للطفولة والأمومة ، ٢٠٠٧، ص.٥٥).

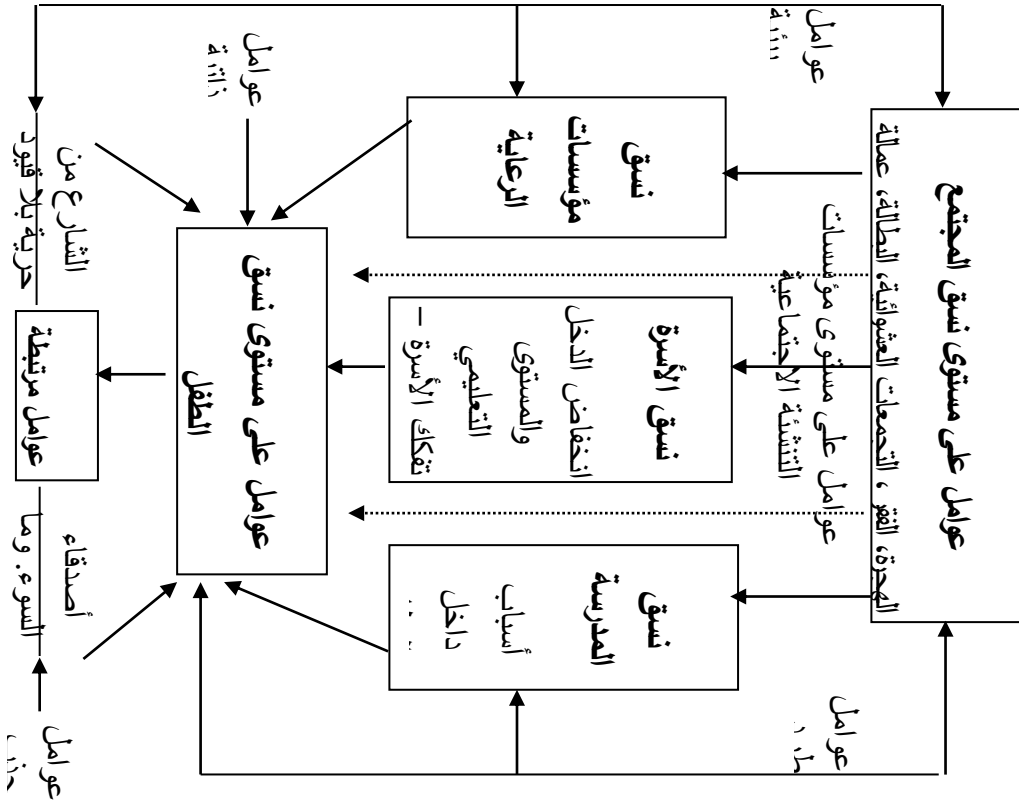
وكذلك أشار كلا من عبد الرحمن الصوفي و مدحت أبو النصر (٢٠٠٣) إلى أن عوامل وجود ظاهرة أطفال بلا مأوى هي عوامل مجتمعية وعوامل أسرية وعوامل ذاتية ترجع إلى الطفل ذاته (الصوفي، عبد الرحمن، أبو النصر، مدحت، ٢٠٠٣، ص ١٢٤٠).

وقد أشار سامي عصر (٢٠٠٠) إلى أهم أسباب ظاهرة أطفال بلا مأوى كالتالي (عصر، ٢٠٠٠، ص ص: ٤٩ - ٥٤).

- ١- أسباب مجتمعية:- التسرب من التعليم- الهجرة من الريف الى المدينة- انتشار العشوائيات- الفقر- الاعتماد على الأطفال وقيامهم ببعض الأعباء الأسرية.
- ٢- الأسباب الأسرية : اليتيم - الإقامة لدى الأقارب- التفكك الأسرى- القسوة - التمييز بين الأبناء- طبيعة عمل الأب والأم- الهجرة - الإنمان .
- ٣- أسباب خاصة بالأطفال أنفسهم : الميل إلى الحرية والهروب من الضغط والأوامر الأسرية - ضعف

الرقابة من خلال لامبالاة الأسرة أو الثقة الزائدة منها- المحاكاة في السلوك لحالات أخرى في الأسرة أو لأحد الأبوين- حب التملك- عدم القدرة على التكيف مع الظروف الأسرية غير الملائمة .

ويمكن القول بأن هناك العديد من العوامل التي تتفاعل مع بعضها بحيث تؤدي في النهاية الى خروج الطفل إلى الشارع، فلا يمكن النظر إلى هذه المشكلة من منظور أحادي بحيث نرجع خروج الطفل الى الشارع الى سبب واحد. فالمشكلة متعددة الأطراف والعوامل وترتبط هذه العوامل بالأنساق المختلفة بداية من نسق الطفل ومروراً بنسق الأسرة ونسق المدرسة ونسق الشارع ونسق المجتمع ككل.ويمكن توضيح تلك العوامل المتشابكة والتي تم تحديدها من خلال الرجوع إلى الكتابات والأبحاث التي اهتمت بتحديد أسباب وعوامل وجود ظاهرة أطفال بلا مأوى من خلال الشكل التالي (خليفة، ٢٠٠٤، ص ٩٩) .



شكل رقم (٢) يوضح تفاعل العوامل والأسباب

يتضح من شكل رقم (٢) تفاعل العوامل والأسباب التي أدت إلى وجود ظاهرة أطفال بلا مأوى ويتضح ان هناك العديد من الأنساق المختلفة التي ساهمت في وجود الظاهرة ومن هنا فإن

العمل مع تلك الظاهرة يتطلب التعامل مع تلك الأنساق ومشاركتها في خطة العمل مع الأطفال وهذا يبين ويعكس لنا أن الأخصائي الاجتماعي يحتاج الى نموذج عمل يتيح له العمل مع تلك الأنساق

وتوجد العديد من الاحتياجات الاجتماعية للأطفال بلا مأوى والتي يجب إشباعها نتيجة وجودهم في ظروف صعبة وقد أشارت نتائج دراسة محمد عبد الحميد (٢٠٠٤) الى أن أهم هذه الاحتياجات: الحاجة الى تكوين العلاقات الاجتماعية - الحاجة الى المشاركة في الحياة الجماعية - الحاجة الى التقدير الاجتماعي - الحاجة الى الأمن الاجتماعي - الحاجة الى المركز والمكانة الاجتماعية - الحاجة الى الانتماء - الحاجة الى اللعب والنشاط - الحاجة الى تعلم المعايير السلوكية (عبد الحميد، ٢٠٠٤، ص ص: ٢٥١-٢٦٠) .

كما يعاني أطفال بلا مأوى العديد من المشكلات مثل المشكلات الاجتماعية - الاقتصادية - الصحية - المشكلات الحرفية - وكذلك توجد مشكلات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية حيث لا يهتم الأخصائي الاجتماعي بتقوية العلاقة بين الأطفال والمنزل ، وعدم استنارته للأطفال لتعلم بعض المهن (داود، ٢٠٠٣، ص ص: ٦٢٠ - ٦٣٠) .

ويترتب على وجود مشكلة بحجم أطفال بلا مأوى إلى وجود العديد من التأثيرات السلبية التي تظهر على مستويين مستوى أطفال الشوارع استمرار المعاناة وتعرضهم لجميع أنواع المخاطر والمستوى الثاني هو المجتمع حيث يمثلون تهديداً لأمن المجتمع ويمثلون طاقة مهددة وقد يتحولون إلى مدمنين أو مجرمين(الصوفى، ابوالنصر، ٢٠٠٣، ص. ٤٥٦).

ويكتسب الطفل من وجوده في تلك الظروف بعض السمات العامة السلبية والتي منها الشغب والعناد والميول للعوانية والانفعال الشديد والغيرة الشديدة والتمثيل والتشتت العاطفي وعدم التركيز وحب التملك والمساواة مع الآخرين وليس لديه مبدأ الصواب والخطأ بالإضافة الى الممارسات الشاذة مثل شم (الكلية) والشذوذ الجنسي والاعتصاب (عبد الحميد، ٢٠٠٧، ص ص ٦٣- ٦٥)

ومن خلال العرض السابق لأهم العوامل المسببة لظاهرة أطفال بلا مأوى والآثار المترتبة عليها، واحتياجاتهم ومشكلاتهم وسماتهم العامة نجد أنهم يعيشون في ظروف صعبة لذا فإن نوعية الحياة التي يعيشونها تكون في أقل مستوياتها وأن تحسين نوعية حياتهم يمكن ان يحدث من خلال اشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم المتعددة من خلال تقديم الخدمات

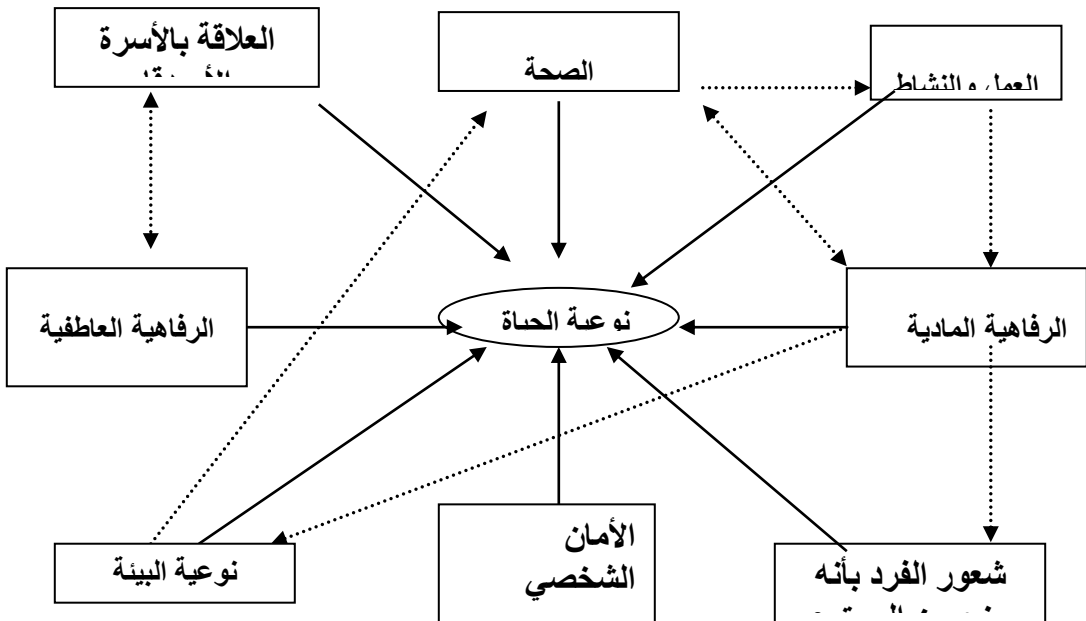
المختلفة لهم سواء كانت اجتماعية أو صحية أو تعليمية أو نفسية أو تاهيلية. ويعتبر تحسين نوعية الحياة من المفاهيم المعاصرة التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون في ممارساتهم لتحسين نوعية الحياة وزيادة قيمتها ، فتشمل المحاولات لمساعدة الناس على المثابرة ومواصلة الحياة، وذلك بإضافة خبرات إيجابية وقيم لحياتهم المعيشية، ولا تشمل عملية تحسين نوعية الحياة فقط على العمل مع المعاقين والمحرومين، ولكنها أيضا متاحة لجميع الناس، وذلك بالتسليم بأن قد يواجه الأفراد مشكلات في علاقاتهم الإنسانية، وأيضا لديهم المجال للنمو وتحسين قدراتهم وأنشطتهم في الحياة، فعملية الخدمة الاجتماعية لتحسين نوعية الحياة هي العملية التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون لمساعدة الناس لتحسين علاقاتهم بالآخرين لتحقيق مزيد من الرضا والإشباع في حياتهم (السنهوري، ٢٠٠١، ص ٢٦٦).

وللخدمة الاجتماعية مساهمتها الفاعلة من خلال دورها التنموي في تحسين نوعية الحياة وقياسه والإرتقاء بمستوياته والارتقاء بمعدلات مؤشراتته، وقد يكون ذلك الهدف الأول للخدمة الاجتماعية (السروجي، ، ٢٠٠٣، ص ١٧٩).

والشكل التالي يوضح مجالات نوعية الحياة Rahman, Tauhidur et. al.,2003, P

(10)

شكل (٣) يوضح مجالات نوعية الحياة



يوضح شكل رقم (٣) مجالات نوعية الحياة ، وإذا تم تطبيق تلك المجالات على أطفال بلا مأوى فنجد أنها تتسق مع احتياجاتهم وتتفق الى حد كبير مع الخدمات التي يجب أن يعمل الأخصائي الاجتماعي على توفيرها ويمكن تحديدها في الآتي:-

- ١- غرس قيمة الانتماء لدى الطفل بلا مأوى من خلال إحساسه بأنه جزء من المجتمع .
- ٢- توفير الأمان الشخصي للطفل بلا مأوى.
- ٣- تحسين علاقات الطفل بلا مأوى بأسرته وبأصدقائه.
- ٤- توفير توازن عاطفي للطفل بلا مأوى.
- ٥- توفير الخدمات الصحية للطفل بلا مأوى.

ولتحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى لابد من وجود أسلوب أو نموذج عمل يتيح للأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة العمل مع الأطفال بأسلوب علمي منظم ومتفق عليه خاصا وهو يعمل ضمن فريق عمل قد يتضمن (الأخصائي الاجتماعي - الأخصائي او الطبيب النفسي - المدرس - الطبيب البشري - مشرف الأنشطة)، وهذا ما يتفق مع ما توصلت إليه دراسة عماد حمدي (٢٠٠٣) والتي كان من أهم مقترحات الأخصائيين الاجتماعيين لتطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في العمل مع أطفال بلا مأوى هو وضع نظام يكفل للعاملين العمل كفريق متعاون (حمدي، ٢٠٠٣، ص ص ٦٢٠ - ٦٣٠) .

وبالتالي يمكن القول أن تحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى عن طريق الأخصائي الاجتماعي يتطلب وجود نظام عمل يكفل له القيام بوظائفه والتدخل مع العديد من الأنساق المرتبطة بالخدمات التي يجب ان تقدم للطفل ويمكن تحقيق ذلك من خلال إدارة الحالة.

فإدارة الحالة عملية أو طريقة لضمان تزويد العملاء بأي خدمات يحتاجونها بأسلوب منسق ذي كفاءة وفاعلية. وفي إدارة الحالة الإكلينيكية يمتلك مدير الحالة القدرات والمهارات اللازمة لبناء علاقة علاجية مع العميل لكي يقيم حاجات المريض العقلي المستمرة والمتغيرة بدقة، ومن خلالها يمكن التأكد من أن التدخلات العلاجية المستخدمة تتناسب مع تكلفة الخدمة، وتتضمن إدارة الحالة الإكلينيكية كل من العلاج النفسي والتدريب على الحياة اليومية والتدريب على المهارات والتوعية الأسرية والنفسية للمريض والتدخل المباشر في الأزمات (Simpson, 2003, P 473).

وقد استخدم مصطلح إدارة الحالة بشكل موسع لوصف الطريقة أو العملية التي يتم من خلالها تقديم الخدمات وذلك خلال مجموعة من الأدوار التي يقدمها مقدمو الخدمات الصحية والاجتماعية ومنهم الأخصائيون الاجتماعيون ضمن فريق عمل يضم مهنيين آخرين، ويعكس المصطلح الطريقة التي يتم من خلالها مساعدة العملاء على تحديد مناطق احتياجاتهم وتزويدهم بالموارد المتاحة ويجب على مدير الحالة أن يكفل حق تقديم الخدمة بفاعلية وكفاءة ، ووفقا لتعريف الجمعية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين فإن إدارة الحالة هي آلية لضمان وجود برنامج شامل يلبي حاجة الفرد للرعاية من خلال تنسيق وربط عناصر نظام تقديم الخدمات (Philipe & Leslie 2002, P 123) .

وقد عرفت إدارة الحالة في الخدمة الاجتماعية كوظيفة أساسية للخدمة الاجتماعية ، وأن هدفهما متماثلان حيث يهدفان إلى مساعدة الأفراد على زيادة مهارات حل المشكلة ومهارات التوافق ومساعدتهم على الحصول على الموارد وتسهيل التفاعل بين العملاء وبيئتهم، يجب الإشارة إلى أن العملاء لا يتم ادارتهم إنما الخدمات هي التي تدار، فمديرو الحالة يحتاجون إلى مهارات التدخل مع الأفراد والأسر والمؤسسات(K, Ashman2002, P 512)

وتوجد علاقة واضحة بين وظائف إدارة الحالة ووظائف أخصائي خدمة الفرد حيث نجد أن هناك العديد من الوظائف المتشابهة بينهما حيث نجد أن أخصائيي خدمة الفرد في القرن ١٩ اتجهوا إلى أن تتضمن أنشطتهم كل المظاهر للمساعدة في مقابلة احتياجات العملاء وهذا ما يسمى مدير الحالة اليوم ، حيث يقوم أخصائي خدمة الفرد بست وظائف تتشابه بما يقوم به مدير الحالة و هي التعليم- تنسيق الرعاية - استخدام الموارد - المراقبة - المدافعة - تنمية الموارد (A, James,2002, P 133)

ولإدارة الحالة في الخدمة الاجتماعية دوراً في العمل مع المسنين ويمكن توضيح ما تحتويه التدخلات المهنية من خلال إدارة الحالة في الآتي: (Liu, 2004, P 5175)

- التعرف على مشكلات المسنين وتطوير خطط الرعاية.
- الإشراف على تقديم الخدمة للمسنين.
- المراقبة وإعادة التقييم للمسنين عن طريق نظام الزيارة المنزلية .
- العلاج النفسي الاجتماعي والدعم العاطفي للمسنين.

• تنظيم جماعات الدعم المتبادلة للمسنين لكي تقوى شبكة العلاقات الاجتماعية وزيادة معارفهم ومهاراتهم .

وتستخدم إدارة الحالة أيضا لتقديم الرعاية للطفل المريض في المخ وإعادة تأهيله من

خلال (Paediatric nursing, 2008, PP 24,25) :-

- الدعم والنصيحة للطفل والأسرة .
- تزويد الطفل بالخدمات الضرورية.
- حضور اجتماعات فريق دراسة الجهاز العصبي الخاصة بالطفل.
- الاتصال بين المؤسسات المختلفة وتحديد إحتياجات الطفل.
- تنسيق الخدمات بين المؤسسات المختلفة.
- إيجاد الحلول المبتكرة.
- المراقبة المستمرة لتقديم الطفل والرعاية المقدمه له.

وتستخدم أيضا إدارة الحالة مع المرضى العقليين وهذا ما أظهرته نتائج دراسة جاك فرانكلان واخرين (١٩٨٧) , (FRANKLIN, 1987) بأن استخدام إدارة الحالة مع المرضى العقليين يودي الى تحسين نوعية حياتهم وحصولهم على خدمات أكثر وبتكلفة أقل من المرضى العقليين الذين لم يستخدم معهم إدارة الحالة . وقد تكونت العينة من ٤١٧ فردا فى مستشفى الصحة العقلية وتم تقسيمهم الى جماعة تجريبية عددها (٢١٣) مما تلقوا خدمات إدارة الحالة وجماعة ضابطة (٢٠٤) ممن تلقوا خدمات بدون استخدام إدارة الحالة. وقد تلقت الجماعة التجريبية خدمات أكثر بتكلفة اقل وتحسنت نوعية حياتهم وذلك لاستخدامهم إدارة الحالة على العكس من المجموعة الضابطة التى تلقت الخدمات بأسلوب غير إدارة الحالة (FRANKLIN,1987, P 664,).

وكذلك استهدفت دراسة(جاميس جودون واخرين) (Goodwin, 2003) تقويم فاعلية استخدام الممرضات لإدارة الحالة لتقديم الخدمات للمصابات بسرطان الثدي واستخدم المنهج التجريبى بإستخدام جماعتين أحدهما ضابطة وأخرى تجريبية أعمارهن ٦٥ سنة وتوصلت الدراسة إلى أن استخدام إدارة الحالة يكون أكثر كفاءة وفاعلية فى تقديم الخدمات وتوفير الموارد، وكانت النتائج لصالح المجموعة التجريبية التى استخدمت معها إدارة الحالة (Goodwin, 2003, PP 1251-1260)

واستخدمت إدارة الحالة أيضا مع الأطفال حيث استهدفت دراسة لارين جانسون واخرين Jansson, Lauren, et.al, 2003 التعرف على فاعلية برنامج لإدارة الحالة لتقديم الخدمات للأطفال الذين يعيشون مع أمهات يعتمدون على المخدر وكانت من أهم نتائج هذه الدراسة أن استخدام إدارة الحالة توفر الدعم الإكلينيكي والخدمات والكفاءة الاقتصادية للطفل.

كذلك استخدمت دراسة (Jansson, 2003, PP 1933-1952) إدارة الحالة مع حالات الغشيان (فقد الوعي الحظي) حيث أشارت إلى أن الخدمات المقدمة باستخدام إدارة الحالة أكثر كفاءة وفاعلية وتنسيقا من الخدمات التي كانت تقدم دون استخدام إدارة الحالة وذلك من خلال استخدام جماعتين أحدهما ضابطة (بدون استخدام إدارة الحالة) ، وأخرى تجريبية (باستخدام إدارة الحالة) وركزت أوجه المقارنة على طول مدة الإقامة في المستشفى - تكلفة كل حالة - وكانت النتائج لصالح الجماعة التجريبية

واستخدمت إستخدمت أيضا دراسة Bourdeaux, 2005 إدارة الحالة مع الأمهات المراهقات وأثبتت فاعليتها في تقديم خدمات أكثر كفاءة لهن (B, Bernadette 2005, PP 54-65).

وتستخدم إدارة الحالة في الخدمة الاجتماعية مع العديد من العملاء بما في ذلك (الأسر ، الأطفال ، المرضى العقليين ، المشردين ، مرضى الإيدز ومتعاطي المخدرات) (Compton, & Galaway, 1999, P 367).

وهناك العديد من العوامل التي تؤثر على إدارة الحالة وهذا ما أوضحته دراسة سامية همام (٢٠٠٥) ، حيث كان من أهدافها تحديد المتغيرات المؤثرة على إدارة الحالة في المجال الطبي وأشارت إلى أن هناك متغيرات مرتبطة بأخصائي خدمة الفرد (الإعداد المعرفي والالتزام المهني) ، ومتغيرات مرتبطة بالعميل (تعقد وتنوع المشكلة - مشاركة العميل - صراع الحاجات) ومتغيرات مرتبطة بالمؤسسة (سياسة المؤسسة - أهداف المؤسسة - فريق العمل وقيادة الخدمات) ومتغيرات مرتبطة بالبيئة (تعاون أسرة العميل - تعاون المنظمات الرسمية وغير الرسمية (همام، ٢٠٠٥، ص ص ١٩٧١ - ١٩٧٢) .

وإذا نظرنا إلى تلك المتغيرات نجد أنها قاسم مشترك تؤثر على فاعلية إدارة الحالة في أي مجال آخر للممارسة غير المجال الطبي ولهذا فإن الاخصائي الاجتماعي الذي يعمل

مع أطفال بلا مأوى مستخدماً إدارة الحالة قد تؤثر عليه تلك المتغيرات والتي تمثل أنساق يتعين التعامل معها لتحقيق أهداف إدارة الحالة من أجل مصلحة الطفل.

وهناك العديد من الجمعيات التي تعمل في مجال أطفال بلا مأوى ولا تهتم ببرامج وأنشطة الغالبية العظمى لهذه الجمعيات بالعمل على مستوى المجتمع، ولكن ينصب تركيزها على المدخل العلاجي بصورة أكبر من المدخل الوقائي والتموي، حيث تهتم بالعمل على مستوى نسق الطفل فقط مع إهتمام أقل بمستوى العمل مع أسرته ومحاولة مساعدتها حتى يمكن إعادة الطفل لأسرته الطبيعية كذلك يتركز اهتمامها بصورة أكبر على الخدمات الاجتماعية مع إهتمام أقل بالبرامج الصحية والحرفية (الصوفي، و أبو النصر، ٢٠٠٣، ص ١٢٢٧)

ومن الصعوبات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي عند العمل مع أطفال بلا مأوى هو عدم وجود النماذج المهنية التي توجه العمل مع الأطفال وكذلك عدم وجود التنسيق الكافي بين المؤسسة والمؤسسات الأخرى في المجتمع (محمد، ٢٠٠٥، ص ٦٤١).

ومن ثم يكون بناء نموذج لإدارة الحالة للتعامل مع أطفال بلا مأوى ذا أهمية في كونه سوف يعمل على مواجهة بعض الثغرات في أسلوب العمل المتبع في مؤسسات رعاية أطفال بلا مأوى من خلال ما يوفره من أسلوب عمل يساعد الأخصائي الاجتماعي على تقديم خدمات وإشباع احتياجات أطفال بلا مأوى بصورة متكاملة ومنسقة مما قد يساعد في تحسين نوعية حياة الأطفال .

وتتدر المحاولات العربية لبناء نموذج لإدارة الحالة في المجالات المختلفة ومنها محاولة قام بها أحمد خليفة لبناء نموذج لإدارة الحالة في مجال الإعاقة العقلية يستطيع الأخصائي الاجتماعي استخدامه بمؤسسات رعاية المعاقين عقلياً كقناة تحتاج إلى وجود نموذج إدارة الحالة في ضوء احتياجاتهم ومشكلاتهم (خليفة، ، ٢٠٠٩) .

ومن خلال العرض السابق نجد أن الأخصائي الاجتماعي الذي يتعامل مع أطفال بلا مأوى يكون في تحدٍ سواء للتعرف على العوامل والأسباب المؤدية الى تلك الظاهرة أو تقديم الخدمات المختلفة للطفل والتي قد تتعدد وتتنوع وفقاً لاحتياجات وفردية كل طفل وظروف المؤسسة التي يعمل بها التي تتطلب الاتصال بالعديد من المؤسسات المهمة بتقديم

الخدمات والرعاية الى الطفل سواء كانت (خدمات تعليمية - صحية - تدريبية - مهنية - نفسية - اجتماعية بالإضافة إلى عمله مع أسرته للعمل على عودة الطفل إلى أسرته مرة أخرى) .

ولهذا فان تفسير الظاهرة وكذلك التعامل معها يحتاج العمل مع العديد من الأنساق والتي تستلزم التنسيق والتفاوض والتعاون والمدافعة والتدخل مع مختلف تلك الأنساق من أجل مصلحة أطفال بلا مأوى وهذا ما تتطلبه إدارة الحالة بصفة عامة، لذا فإن الدراسة الحالية تعتمد على النظرية العامة للأنساق في فهم ظاهرة أطفال بلا مأوى وتفسيرها مما يساعد في بناء نموذج لإدارة الحالة يتمشى مع طبيعة وخصائص ومشكلات واحتياجات أطفال بلا مأوى .

وتزودنا نظرية الأنساق العامة بمجموعة من المفاهيم التي تساعد على تفهم وتحليل طبيعة التفاعل بين الفرد والأنساق المختلفة ، وكذلك في تحليل هذه الأنساق والتعرف على مكوناتها مما يؤدي إلى تحديد الخلل في هذه الأنساق وعملية التفاعل بين الأفراد والأنساق الأخرى (سليمان، ٢٠٠٥، ص ٢٢)

وتعتمد النظرية العامة للأنساق على ثلاث ركائز أساسية وهي (عثمان، عبد الفتاح وآخرون ، ٢٠٠٥ ، ص ٢٢٥) :-

١- ثمة علاقات تبادلية بين كافة الظواهر الإنسانية في إطار الحدود الخارجية للنسق. كما أن ثمة علاقات تحكم علاقة النسق نفسه بكافة الأنساق المحيطة بتزداد اتساقا بتقارب هذه الأنساق وتقل بتباعدتها.

٢- لا يمكن فهم أى ظاهرة جزئية إلا في إطار الكل الشمولي للنسق أو الأنساق التي ترتبط بها.

٣- لكل نسق نزعة تلقائية للتوازن الذاتي homeostasis .

ثانياً: مشكلة الدراسة

بناء على المعطيات السابقة يمكن القول :-

- يواجه أطفال بلا مأوى العديد من المشكلات والاحتياجات المتعددة سواء كانت (اجتماعية - صحية - نفسية - مهنية - تعليمية - اقتصادية).
- قد يؤدي إشباع تلك الاحتياجات إلى تحسين نوعية حياتهم.
- يتطلب تحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى مقابلة احتياجاتهم وتقديم الخدمات لهم وذلك يتطلب وجود أسلوب عمل منظم من خلال تدخل الأخصائي الاجتماعي مع العديد من الأنساق التي يتعامل معها عند العمل مع الطفل (نسق الطفل - نسق الأسرة - نسق المجتمع - نسق المدرسة - نسق المؤسسة - نسق الأصدقاء - نسق فريق العمل) ولذلك تنطلق الدراسة من النظرية العامة للأنساق.
- ونظراً لوجود بعض الثغرات في أسلوب العمل المتبع في إشباع تلك الاحتياجات وتوفير الخدمات وهذا ما أوضحت بعض الدراسات السابقة التي أكدت على ضرورة وجود نماذج علمية تحدد ما يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يتبعه في تقديم الخدمات وإشباع الاحتياجات ضمن فريق العمل.
- ونظراً لأن نموذج إدارة الحالة يتضمن مراحل وخطوات محددة للعمل مع العملاء وهذا ما تم توضيحه سابقاً فإن الباحث يحاول بناء نموذج لإدارة الحالة يساعد الأخصائي الاجتماعي كمدبر للحالة في تحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى.
- ومن خلال العرض السابق يمكن القول أن إشباع احتياجات الطفل وتقديم الخدمات التي يحتاجها من خلال نموذج لإدارة الحالة يستطيع الأخصائي الاجتماعي تنفيذه قد يؤدي إلى تحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى .

وفى ضوء ذلك تتحدد قضية الدراسة فى تساؤل رئيسي مؤداه ما نموذج إدارة

الحالة الذى يحسن نوعية حياة أطفال بلا مأوى؟

ثالثاً: أهمية الدراسة.

- ١- يمثل أطفال بلا مأوى طاقة مهددة تهدد استقرار وأمن المجتمع وما يسببونه من مخاطر على أنفسهم ومجتمعهم لذلك لابد من تضافر كل الجهود من أجل توفير حياة أكثر استقراراً لهم لأن القضاء على الظاهرة يحتاج الى سياسات واليات عمل تتضافر بها كل مؤسسات الدولة، حيث يقدر الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء عام (٢٠٠٧)

عدد الأطفال بلا مأوى حوالي (٢) مليون طفل وهذا ما تم تسجيله في مراكز رعاية الأطفال بلا مأوى (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٠٧، ص ٣).

٢- تتعرض الدراسة الحالية إلى مفهوميين جديدي التناول الى حد ما في تخصص خدمة الفرد وذلك في حدود علم الباحث وهما (إدارة الحالة - تحسين نوعية الحياة).

٣- إن الوصول إلى نموذج لإدارة الحالة للعمل مع أطفال بلا مأوى يستخدمه الأخصائي الاجتماعي بصفته مديرا للحالة مما يرسخ دور المهنة في العمل مع تلك الفئة وقد يواجه بعض الثغرات في أسلوب العمل المتبع مع تلك الفئة.

رابعاً: أهداف الدراسة.

١- بناء نموذج لإدارة الحالة لتحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى.

٢- تدريب الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال بلا مأوى على كيفية تطبيق النموذج لتحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى من خلال برنامج تدريبي.

٣- تحديد بعض مؤشرات تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين لنموذج ادارة الحالة بعد تنفيذ البرنامج التدريبي.

خامساً: مفاهيم الدراسة :

(١) مفهوم نموذج إدارة الحالة: يعرف النموذج العلمي بأنه نموذج لتنظيم أفكارنا حول موضوع ما، كي يتسنى لنا أن نجمع ، بطريقة منظمة معلومات ذات معنى حوله وأن نخطط طرقاً منطقية لحل المشكلات ذات الدلالة (النوحى، ١٩٩٢، ص ٧٣٨).

كما أنه إطار فرضي لعلاقات متداخلة بين ظواهر نظرية معينة ، ولكن في مجال محدود ولم تصل لمرحلة التجريد أو التعميم انطلاقاً من مفاهيم سبق الاعتماد ف صدقها في نظريات أخرى، أو بمعنى آخر هو إطار جزئي لتطبيق نظرية ما في مجال خاص وصولاً إلى أبعاد جديدة داخل النظرية الأم (عثمان، ١٩٩٧، ص ٣٥).

النموذج هو " الجانب التطبيقي للنظرية في إطار العمل مع أنماط السلوك أو المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي " فسواء اعتمد النموذج مباشرة على نظرية أو نظريات معينة أو أنه لا يعتمد على أي نظرية ، فإننا نحتاج إلى النظرية أو النظريات الموجهة لتفسير النتائج أو التغيرات التي ربما يحدثها النموذج في السلوك أو المشكلة مستهدفة التغيير (عبد المجيد، ٢٠٠٦، ص ٧٧).

مفهوم إدارة الحالة: عرف باركر Barker إدارة الحالة على أنها إجراء للتخطيط ومراقبة الخدمات بين مختلف المؤسسات الاجتماعية والعاملين من أجل مصلحة العميل، وعادة تتحمل مؤسسة واحدة المسؤولية تجاه العميل وتعين مديراً للحالة ينسق الخدمات ويدافع عن العملاء وفي بعض الأحيان يتحكم في الموارد وتلك الإجراءات يمكن أن يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون في المؤسسات الاجتماعية من خلال فريق العمل المهني **R. L, Barker, (1999, P 62).**

وإدارة الحالة عملية تعاونية تتضمن التقييم، التخطيط، التنفيذ، المراقبة، التنسيق، وتقييم الخيارات والخدمات المطلوبة لمقابلة الحاجات الصحية للأفراد واستخدام عمليات الاتصال والموارد المتاحة لرفع جودة وفعالية الخدمات وعرفت الجمعية الأمريكية للممرضات (١٩٩٨) بأنه نظام لتوصيل الرعاية الصحية صمم لتسهيل تحقيق النتائج المتوقعة لتكون ملائمة خلال فترة الإقامة، وأنه نموذج للممارسة يستخدم مدخل منهجي للتعريف المحدد للمرضى وإدارة رعاية المرضى ليضمن لهم نتائج مثالية (**fundamentals of tuberculosis case management, 2008, p 2**).

عرف (اتحاد المستشفيات الأمريكية) إدارة الحالة بأنها عملية تخطيط وتنظيم وتنسيق ومراقبة الخدمات والموارد المطلوبة للاستجابة لاحتياجات الرعاية الصحية والاجتماعية (**Compton, & Galaway 1999, P 367**).

فإدارة الحالة عبارة عن مجموعة من الخطوات والعمليات المنطقية التي تتفاعل ضمن شبكة من الخدمات تؤدي إلى تقديم الخدمات التي يحتاجها العميل لمساعدته بأسلوب كفاء وفعال (**Gursansky, 2003, P 67**) .

عرفت الجمعية الأمريكية إدارة الحالة:-

- في عام ١٩٨٦ بأنها عملية شاملة تتضمن التقييم، التخطيط، التنفيذ، التعاون، مراقبة الجودة، وتقييم الخدمة لتحديد مستوى رضا المريض بالرعاية الصحية المقدمة، ويجب أن ينفذ كل عنصر من عملية إدارة الحالة من خلال الاتصال والاعتماد على الموارد لتحقيق أعلى مستوى من جودة الرعاية وبأكثر فاعلية (**Chi-ChiLu, (2007, P 70**).

• وفى عام ٢٠٠٨ عرفت بأنها عملية تعاونية من التقييم، التخطيط، التسهيل ودعم الخيارات والخدمات لتلبية حاجات الفرد من خلال الاتصال بالموارد المتاحة لزيادة فاعلية وجودة الخدمة (De Man,2009,P 2).

وقد وصفت بأنها التخطيط والتنسيق لتسهيل الرعاية وتوجيه المرضى وأسرهـم خلال الرعاية (Weis 1999, P 254).

ويمكن تعريفها على أنها عملية تعاونية تتضمن التقدير - التخطيط - التسهيل والمدافعة لتوفير الخيارات والخدمات لمقابلة الاحتياجات المختلفة للعميل (Bourdeaux ,2005, P 141) .

وإدارة الحالة فى الخدمة الاجتماعية هى طريقة لتزويد الخدمات حيث يقوم الأخصائى الاجتماعى بالتعاون والتقييم لاحتياجات العميل وأسرتـه ، وتنظيم وتنسيق ومراقبة والتقييم والمدافعة عن الخدمات المتعددة لمقابلة الاحتياجات المعقدة للعميل Social Work (Best Practice Healthcare Case Management Standards ,2005, P 2)

وإدارة الحالة فى خدمة الفرد هى عبارة عن أسلوب مهنى أو مجموعة من الأساليب التى تختلف باختلاف الخدمات المهنية الاجتماعية أى أنها تساعد أخصائى خدمة الفرد فى تقدير احتياجات العملاء، كما أنها ترتبط بالعديد من المتغيرات على سبيل المثال المدى الزمنى، الترتيب، الإرشاد، التقييم وكذلك الخدمات المتعددة والمتنوعة وذلك لمقابلة احتياجات العميل فى خدمة الفرد، وتستخدم إدارة الحالة فى خدمة الفرد لكافة المستويات الميكرو والمكرو وكذلك تعتمد على العلاقة العلاجية مع العميل والتى تتطلب التعاون مع مختلف الأنساق التى يتعامل معها العميل (هام، ٢٠٠٥، ص ص ١٩٧٤، ١٩٧٥)

إدارة الحالة هى سلسلة من الأنشطة التى تهدف إلى ربط نسق الخدمة بالعميل وتنسيق مكونات النسق لتحقيق نتائج ناجحة (DFK Wong, 2009, P 12)

ومن خلال العرض السابق للمفاهيم المختلفة لإدارة الحالة يمكن أن يستخلص

الباحث مفهوم إدارة الحالة فى هذه الدراسة و يتلخص فى الأتى :-

• أسلوب عمل يتبعه الأخصائى الاجتماعى كمدبر للحالة وليس نموذج للتدخل.

- مجموعة من الخطوات التي تتضمن مجموعة من الأنشطة للتنظيم والتنسيق والمدافعة وتوصيل الخدمات للأطفال بلا مأوى بأقل تكلفة وبأعلى جودة من خلال إتباع مجموعة من الخطوات.
 - الأخصائي الاجتماعي هو مدير الحالة ضمن فريق عمل يقدم العديد من الخدمات ويلتزم بالعديد من القيم والمبادئ المهنية.
 - يستخدم مع العملاء الذين يحتاجون الى رعاية طويلة المدى ومنهم أطفال بلا مأوى .
 - هناك العديد من العوامل التي تؤثر على إدارة الحالة ومنها عوامل مرتبطة بمدير الحالة وبالمؤسسة وبالبيئة المحيطة وفريق العمل .
- ومن خلال العرض السابق لمفاهيم النموذج وخطوات بنائه وكذلك مفهوم إدارة الحالة وبما أن الباحث يهدف إلى بناء نموذج لإدارة الحالة لتحسين نوعية حياة أطفال بلا مأوى، فقد اعتمد الباحث على بعض الخطوات السابقة في بناء النموذج العلمي لإدارة الحالة ويقصد الباحث بنموذج إدارة الحالة في تلك الدراسة بما يلي:-
- نموذج يتبعه الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع أطفال بلا مأوى يستطيع من خلاله كمدير للحالة وبالتعاون مع فريق عمل يتضم (الأخصائي الاجتماعي- الطبيب البشري- الطبيب او الأخصائي النفسي- المدرس) أن يشبع احتياجات ويقدم خدمات ويمد بموارد مجتمعية تقابل مشكلات متنوعة للأطفال بلا مأوى بما يودي في نهاية إتباع خطوات النموذج إلى الوصول إلى درجة مقبولة من تحسين نوعية حياتهم.
 - يتكون هذا النموذج من مجموعة من المراحل والخطوات المتسلسلة .
 - يعتمد على فريق العمل (الأخصائي الاجتماعي- الطبيب او الأخصائي النفسي- الطبيب البشري- المدرس).
 - يقوم الأخصائي كمدير للحالة بمجموعة من الوظائف (التقدير- التخطيط- التنفيذ- التقويم- الانهاء- المتابعة) .
 - يعتمد تنفيذ النموذج على مهارات ومعارف الأخصائي الاجتماعي مثل (معارف خاصة بالطفل ومراحل نموه - بالموسسة ولوائحها- النظريات والنماذج المفسرة للسلوك الانساني بالإضافة الى مهارات عديدة منها مهارة الاتصال، التنسيق، المدافعة، اتخاذ القرار، التفاوض).

- يستخدم مجموعة من التكنيكات العلمية وفقا للنماذج العلمية التي قد يستخدمها الأخصائي الاجتماعي كمدير للحالة عندما يقوم بدور (المرشد - المعالج).
- ونظرا لعدم وجود مسمى وظيفي لمدير الحالة في مؤسسات رعاية أطفال بلا مأوى لذا فان الاخصائي الاجتماعي وفقا لهذا النموذج يقوم بدورين وهو دوره كمدير للحالة ودوره كأخصائي اجتماعي ضمن فريق العمل حتى يتسنى ويتم ايجاد مسمى وظيفي لمدير الحالة في مؤسسات رعاية أطفال بلا مأوى وعند اذن يكون الاخصائي الاجتماعي مديراً للحالة فقط ويوجد ضمن فريق العمل أخصائي اجتماعي آخر يقوم بدوره كأخصائي اجتماعي.

(٢) مفهوم : نوعية حياة أطفال بلا مأوى مفهوم أطفال بلا مأوى:

طفل بلا مأوى : كل طفل (ذكر أو أنثى) عمره أقل من ١٨ سنة يعيش وينام ويأكل ويلعب في الشارع بلا مأوى وبدون حماية ورعاية من الكبار، غالبا ما تصدعت أسرته أو تفككت وعلاقته بها إما متقطعة أو مقطوعة. ويقوم بالتسول أو يعمل أعمالا هامشية أو غير قانونية (الصوفي، عب ابو النصر، ، ٢٠٠٣ ، ص ١٢٢٣)

وتعرف منظمة الصحة العالمية **طفل بلا مأوى** بأنه أي شخص صغير يقضي معظم وقته أو (وقتها) في الشارع بدلاً من البيت أو الدراسة أو العمل أو اللعب أو مكان للعبادة يمكن اعتباره طفل شارع ويوجد في إحدى الصور الآتية, **1994, organization (world health P 21)-:**

- ١- من يعيشون في الشارع ومشغولين بسبل البقاء وإيجاد المأوى، وربما تخلت عنهم أسرهم، أو لا يوجد أعضاء من أسرهم على قيد الحياة.
- ٢- المنفصلين عن أسرهم ويتحركون من صديق لآخر أو يلجأون إلى المباني المهجورة أو بيوت الشباب أو الملاجئ.
- ٣- الأطفال الذين يبقون على اتصالهم بعائلاتهم ولكن يقضون معظم أيامهم وبعض لياليهم في الشارع بسبب الفقر أو ازدحام المنزل أو أي إيذاء جسدي أو جنسي بالمنزل.
- ٤- الذين يقيمون في مؤسسات للرعاية نتيجة تعرضهم للتشرد ويكونون في خطر العودة إلى حياة التشرد.

طفل بلا مأوى هو كل طفل من أسرة تصدعت وتكسرت ويعانى من ضغوط نفسية وجسمية واجتماعية ولم يستطع التكيف معها فأصبح الشارع مصيره ، حيث لا يتوافر اى سبل البقاء أو النمو أو الحماية الطبيعية وحيث يعانى كل انتهاكات حقوق الطفل المعترف بها دوليا (مرسى، ٢٠٠١، ص ٤٢).

يذهب بعض العاملين في حقل رعاية الطفولة إلى التمييز بين فئتين من أطفال بلا مأوى (صلاح، ٢٠٠٧، ص ٢).

الأولى : الأطفال الذين يعيشون في الشارع أي الذين يتصف وجودهم في الشارع بالاستمرارية وليست لهم علاقة بأسرهم إما لفقدانهم بالموت أو الطلاق أو لهجر أسرهم.

الثانية : الأطفال الذين يعيشون في الشارع الذين يمارسون مهن هامشية في الشارع ولكنهم في الوقت نفسه على اتصال بأسرهم ويقضون جزءاً من اليوم في سكن يجمعهم مع الأسرة، وأطفال اتصالاتهم ضعيف بأسرهم يذهبون إليهم كل حين.

وتعرف نوعية الحياة بأنها " مفهوم يعكس الظروف المعيشية الشخصية المرغوبة، ويتعلق بثمانية أبعاد رئيسية للحياة، هي: الحالة العاطفية، العلاقات الشخصية، الرفاهية المادية، التنمية الشخصية، الرفاهية الطبيعية، الاندماج الاجتماعي، والحقوق (Schalock, 2000, P 121) .

كما تعرف نوعية الحياة بأنها" مفهوم متعدد الأبعاد في التركيب(البناء) يشمل المكونات السلوكية والاجتماعية والعقلية والعاطفية والطبيعية" (Janse, 2004, P 654)

كما تعرف نوعية الحياة بأنها " مقياس لقدرة الأفراد على العمل جسديا، عاطفيا واجتماعيا داخل بيئاتهم في مستوى يتفق مع توقعاتهم(Church, 2004, P 15)

وتعرف نوعية الحياة أيضا بأنها" المؤشرات الكيفية والكمية بمدلولاتها للأوضاع والظروف الاجتماعية والصحية والاقتصادية والتفاعل بين هذه الظروف وانعكاساتها علي درجة إنتاجية الفرد ومشاركته الفاعلة، ودرجة تقبل ورضا الأفراد والمجتمعات لهذه الظروف ودرجة إشباعها لتوقعاتهم وأهدافهم في الحياة (السروجي ، ٢٠٠٣، ص ٩٠)

وهناك تعريفات تناولت تحسين نوعية الحياة ويمكن تحديدها في الاتي **Brown & (Browen 2003, P 101) :-**

١- هي الحالة الاجتماعية التي يتمتع بها الناس، الفئات ومجتمعهم.

- ٢- تتضمن كلا من الأبعاد الموضوعية والشخصية ، يتضمنان الحالة المادية ، الصحة ، معدل الإنتاج ، الألفة ، الأمان والحالة العاطفية.
 - ٣- مفهوم متعدد الأبعاد الذي يتضمن الحالة الشخصية والتركيز على العلاقات الاجتماعية، الحياة العائلية، الصداقات، مستوى المعيشة، العمل، حالة السكان والإسكان والتعليم والصحة.
 - ٤- عند مقابلة الحاجات الأساسية للفرد وعندما يتاح الفرصة أمام الأفراد للسعي وتحقيق الأهداف الأساسية في حياتهم.
 - ٥- عندما يكون الأفراد لديهم القدرة على مقابلة الحاجات الأساسية في حياتهم (العمل - المدرسة - البيت - المجتمع) التي يجب أن تشبع تطلعاتهم وتحقق لهم مستوى عالي من نوعية الحياة.
 - ٦- التأكيد على تشجيع التعبير عن المشاعر، وتوفير فرص للإنجاز والشعور بعلاقة اجتماعية إيجابية.
 - ٧- تمثل الدرجة التي يشبع بها الفرد حاجاته لكي يدعم ذات متوافقة مع نفسها ومع البيئة الاجتماعية.
- ويمكن تحديد العناصر الأساسية لتحسين نوعية الحياة للأطفال بلا مأوى في هذه الدراسة في ضوء مجالات نوعية الحياة وما يعانيه اطفال بلا مأوى من مشكلات واحتياجات في الأتي :
- ١- تحسين علاقات الطفل الاجتماعية مع أسرته وزملائه .
 - ٢- المساعدة في تسهيل توفير وتقديم الرعاية الصحية للطفل .
 - ٣- المساعدة في توفير فرص التعليم للطفل .
 - ٤- تحسين تقدير الطفل لذاته.

سادسا: النتائج العامة للدراسة:-

يود الباحث قبل عرض النتائج العامة للدراسة أن يشير إلى أن نتائج تلك الدراسة لا يمكن تعميمها لأن الدراسة قامت على عينة صغيرة الحجم من الأخصائيين الاجتماعيين حيث بلغ عددهم (١٤) اخصائياً اجتماعياً في مؤسسة محددة وتم تدريبهم دون غيرهم على نموذج ادارة الحالة ولهذا فان نتائج تلك الدراسة تخص تلك العينة في تلك المؤسسة .

وكان من أولى نتائج هذه الدراسة هو بناء نموذج لادارة الحالة لتحسين نوعية حياة

أطفال بلا مأوى حيث كانت محتويات النموذج كالأتي:

- الفرضيات المسبقة للنموذج - متطلبات النموذج - أهداف النموذج - خطوات النموذج
- أدوار مدير الحالة - مدة تطبيق النموذج - مؤشرات نجاح تطبيق النموذج - محتويات ملف إدارة الحالة .

أ : النتائج الخاصة بالفرض الرئيسي الاول للدراسة:

ينص الفرض الرئيسي الاول لهذه الدراسة على الأتي:

(توجد فروق دالة احصائياً بين درجات عينة الأخصائيين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي).

وتم التحقق من صحة هذا الفرض من خلال قياس زيادة معارف ومهارات عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بعد تطبيق البرنامج التدريبي المرتبطة بالابعاد الأتية :

- ١- بماهية إدارة الحالة.
- ٢- مرحلة التقدير في نموذج إدارة الحالة.
- ٣- مرحلة التخطيط للخدمة والعلاج في نموذج إدارة الحالة .
- ٤- مرحلة تنفيذ خطة العمل في نموذج إدارة الحالة .
- ٥- مرحلة التقييم المستمر وإعادة التقدير في نموذج إدارة الحالة.
- ٦- مرحلة إنهاء خدمات المؤسسة في نموذج إدارة الحالة .
- ٧- مرحلة المتابعة بعد الخروج من المؤسسة في نموذج إدارة الحالة
- ٨- التسجيل في ملف إدارة الحالة .

ويعتبر التحقق من صحة الفروض الفرعية اشارة الى التحقق من صحة الفرض الرئيسي الأول، وهذا وقد أمكن التحقق من صحة هذه الفروض الفرعية والرئيسي كالآتي:

١ - **الفرض الفرعي الأول:** توجد فروق دالة احصائياً بين درجات عينة الأخصائين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى في بعد معارف إدارة الحالة قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي ، حيث اتضح من جدول رقم (٢٠) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي في زيادة معارف عينة الدراسة من الأخصائين الاجتماعيين الخاصة بما هية بإدارة الحالة.

١- **الفرض الفرعي الثاني:**

توجد فروق دالة احصائياً بين درجات عينة الأخصائين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى في بعد معارف ومهارات مرحلة التقدير قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي، حيث اتضح من جدول رقم (٢١) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي في زيادة معارف ومهارات عينة الدراسة من الأخصائين الاجتماعيين الخاصة بمرحلة التقدير في إدارة الحالة.

٢- الفرض الفرعي الثالث

توجد فروق دالة احصائياً بين درجات عينة الأخصائين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى في بعد معارف ومهارات مرحلة التخطيط للخدمة والعلاج قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي ، حيث اتضح من جدول رقم (٢٢) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي في زيادة معارف ومهارات عينة الدراسة من الأخصائين الاجتماعيين الخاصة بمرحلة التخطيط للخدمة والعلاج في إدارة الحالة.

٣- الفرض الفرعى الرابع

توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات عينة الأخصائين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى فى بعد معارف ومهارات مرحلة تنفيذ خطة العمل قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى ، حيث اتضح من جدول رقم (٢٣) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبى في زيادة معارف ومهارات عينة الدراسة من الأخصائين الاجتماعيين الخاصة بمرحلة تنفيذ خطة العمل بإدارة الحالة.

٤- الفرض الفرعى الخامس

توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات عينة الأخصائين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى فى بعد معارف ومهارات مرحلة التقييم المستمر وإعادة التقدير قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى ، حيث أتضح من جدول رقم (٢٤) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبى في زيادة معارف ومهارات عينة الدراسة من الأخصائين الاجتماعيين الخاصة بمرحلة التقييم المستمر وإعادة التقدير في إدارة الحالة.

٥- الفرض الفرعى السادس

توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات عينة الأخصائين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى فى بعد معارف ومهارات مرحلة إنهاء خدمات المؤسسة قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبى ، حيث اتضح من جدول رقم (٢٥) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبى في زيادة معارف ومهارات عينة الدراسة من الأخصائين الاجتماعيين الخاصة بمرحلة إنهاء خدمات المؤسسة في إدارة الحالة.

٦- الفرض الفرعى السابع.

توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات عينة الأخصائين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى فى بعد

معارف ومهارات مرحلة المتابعة بعد الخروج من المؤسسة قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي ، حيث اتضح من جدول رقم (٢٦) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي في زيادة معارف ومهارات عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين الخاصة بمرحلة المتابعة بعد الخروج من المؤسسة في إدارة الحالة.

٧- الفرض الفرعي الثامن

توجد فروق دالة إحصائية بين درجات عينة الأخصائيين الاجتماعيين على اختبار معارف ومهارات نموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى في بعد معارف ومهارات التسجيل بملف ادارة الحالة قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي ، حيث اتضح من جدول رقم (٢٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى معنوية ٠,٠١ بين القياس القبلي والقياس البعدي وذلك لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي في زيادة معارف ومهارات عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين الخاصة بالتسجيل في إدارة الحالة

ب: النتائج المتعلقة بالفرض الثاني للدراسة من المتوقع زيادة معدل إنجاز الأخصائيين الاجتماعيين لنموذج إدارة الحالة لتحسين نوعية حياة الأطفال بلا مأوى بعد التعرض للبرنامج التدريبي على نموذج إدارة الحالة .

نتائج هذا الفرض اعتمدت على محكات أساسية وهي :

١. نتائج تقييم قدرة الأخصائيين الاجتماعيين على تطبيق الخطوات المهنية للنموذج إدارة الحالة وكان التقييم من جانب الأخصائيين الاجتماعيين انفسهم .
٢. تحليل تسجيلات الأخصائيين الاجتماعيين من خلال استخدامهم لملف إدارة الحالة وذلك في ضوء محتوى البرنامج التدريبي وبخطوات النموذج ومقارنة نتائج هذا التحليل بنتائج تقييمهم .
٣. الاستعانة بالمؤشرات التي ذكرها (النوحى، عبدالعزيز، ١٩٩٢، ص٧٤٠) للتعرف على نجاح النموذج والتي سبق ذكرها فى النموذج .

وقد كانت اهم نتائج هذا الفرض والذي يعكس مؤشرات تطبيق النموذج فى ضوء المحكات السابقة مايلى :-

- حيث اتضح من جدول رقم (٢٩) معدل انجاز الاخصائيين الاجتماعيين فى تطبيق مرحلة التقدير كأول مرحلة من مراحل نموذج ادارة الحالة الذى تم تدريبهم على كيفية تطبيقه من خلال البرنامج التدريبي حيث اتضح أن معدل إنجازهم كان متوسطاً بنسبة ١٠٠% فى كل من تحديد البيانات المطلوب جمعها عن الطفل ، تحديد مصادر وأساليب جمع البيانات، تحديد مشكلات الطفل وكان فى الترتيب الاول بوسط مرجح ٣,٠ . وفى الترتيب الثانى وبوسط مرجح ٢,٦ كان ترتيب أولويات مشكلات الطفل حيث كان معدل الانجاز متوسط بنسبة ٦٦,٧% وانجاز ضعيف بنسبة ٣٣,٣% . واخرها تحديد نقاط القوى لدى الطفل والأنساق المحيطة بوسط مرجح ٢,٣ حيث كان معدل الانجاز منخفضاً بنسبة ٦٦,٧% وبنسبة ٣٣,٣%

- حيث اتضح من جدول رقم (٣٠) معدل إنجاز الأخصائيين الاجتماعيين فى تطبيق مرحلة التخطيط للخدمة والعلاج حيث جاء فى الترتيب الأول للأنشطة التى قاموا بها بوسط مرجح ٤,٠ قيامهم باجراء تعاقد حيث كان معدل الأناجز تاماً بنسبة ١٠٠% ويلي ذلك قيامهم بتحديد الأنساق المشاركة فى تنفيذ الخطة ومسئولية كل نسق بوسط مرجح ٣,٣ حيث كان معدل الإنجاز متوسطاً بنسبة ٦٦,٧% وانجاز تام بنسبة ٣٣,٣% وجاء فى الترتيب الثالث كل من الأنشطة التالية تحويل المشكلات الى احتياجات، تحديد الهدف العام والاهداف الفرعية، تحديد الخدمات ومصادر الحصول عليها بوسط مرجح ٣,٠ حيث كان معدل الانجاز متوسط بنسبة ١٠٠% وجاء فى الترتيب الاخير قدرتهم على تحديد الاطر الزمنية لتقديم الخدمة بوسط مرجح ٢,٣ حيث كان معدل انجازهم ضعيف بنسبة ٦٦,٧% وبانجاز متوسط بنسبة ٣٣,٣%

- حيث اتضح من جدول رقم (٣١) معدل إنجاز الأخصائيين الاجتماعيين فى تقديم خدمات مباشرة للطفل والمقصود هو قيامهم بدور المعالج حيث ركز النموذج على (مشكلات العلاقات الاجتماعية- انخفاض تقدير الطفل لذاته) حيث كان معدل انجازهم فى تحسين علاقات الطفل بزملائه فى الترتيب الاول بوسط مرجح ١,٦ واتضح أن معدل انجازهم كان ضعيفاً بنسبة ٦٦,٧% وعدم الانجاز بنسبة ٣٣,٣% وجاء فى الترتيب الثانى كل من قدرتهم على تحسين تقدير الطفل لذاته و تحسين علاقات الطفل بأسرته.

- حيث اتضح من جدول رقم (٣٢) قدرة الأخصائيين الاجتماعيين على قيامهم بدور التنسيق والمتابعة مع المؤسسات المختلفة حيث كان معدل انجازهم في تنسيقهم مع كل من المؤسسات التعليمية والصحية في الترتيب الأول بوسط ٣,٠ حيث كان معدل انجازهم متوسطاً بنسبة ١٠٠,٠% ، بينما كان تنسيقهم مع المؤسسات النفسية في الترتيب الاخير بوسط ١,٣ حيث كان معدل انجازهم ضعيفاً بنسبة ٦٦,٧% وعدم الانجاز والقيام بهذا النشاط بنسبة ٣٣,٣%
- حيث اتضح من جدول رقم (٣٣) قدرة الأخصائيين الاجتماعيين على قيامه بتقديم الدعم للأسرة الطفل حيث جاء في الترتيب الأول بوسط مرجح ١,٦ اجراء مقابلات مع احد افراد الاسرة حيث كان معدل الانجاز ضعيفاً بنسبة ٦٦,٧%، وفي الترتيب الثاني تحسين علاقات الأسرة بالطفل بوسط مرجح ١,٣ وفي الترتيب الأخير كل من عدم قيامهم بتقديم المشورة للأسرة وتقديم خدمات مادية لها بوسط مرجح ١,٠ حيث كان معدل عدم الإنجاز بنسبة ١٠٠,٠%.
- حيث اتضح معدل إنجاز الأخصائيين الاجتماعيين في القيام بمراحل متابعة تنفيذ الخطة والتقييم والإنهاء ومتابعة الطفل بعد خروجه من المؤسسة، حيث يتضح من الجدول انهم قاموا في الترتيب الأول تحديد معوقات تنفيذ الخطة بوسط مرجح ١,٦ حيث كان معدل انجازهم متوسطاً بنسبة ٣٣,٣% وعدم قيامه بهذا النشاط بنسبة ٦٦,٧% ، اما باقى المراحل التقييم والإنهاء والمتابعة لم يتم إنجاز اى منهم بنسبة ١٠٠,٠% وذلك لان فترة تطبيقهم للنموذج والذي استغرق شهرين لا يتيح لهم فرصة القيام بتلك المراحل لان ذلك يستلزم استمرارهم في العمل مع الطفل لفترة زمنية اطول قد تمتد لسنوات.
- حيث اتضح من تعاون فريق العمل مع الأخصائي الاجتماعى حيث جاء في الترتيب الأول في درجة التعاون والتنسيق كل من المدرس والطبيب البشرى بوسط مرجح ٣,٠ حيث كان انجازهم متوسطاً بنسبة ١٠٠% وجاء في الترتيب الأخير الأخصائي النفسى بوسط مرجح ١,٣ حيث كان انجازه ضعيف بنسبة ٣٣,٣% وعدم تعاونه وتنسيقه مع الأخصائي الاجتماعى بنسبة ٦٦,٧% .
- حيث اتضح معدل إنجاز الأخصائيين الاجتماعيين في التسجيل باستخدام ملف ادارة الحالة حيث جاء في الترتيب الأول استخدام نموذج البيانات الأولية عن الطفل بوسط مرجح ٤,٠ حيث كان معدل الانجاز تاماً بنسبة ١٠٠,٠%، و يليه في الترتيب الثانى كل من استخدام

نماذج (تقدير موقف الطفل وأسرته، قائمة مشكلات الطفل، لتحديد المشكلات/ الاحتياجات/ الخدمات، التعاقد) بوسط مرجح ٣,٠ حيث كان الانجاز متوسطاً بنسبة ١٠٠% وجاء في الترتيب الاخير كل من استخدام نماذج (استمارة متابعة تنفيذ الخطة، التقييم النهائي، متابعة الطفل) بوسط مرجح ١,٠ حيث لم يتم استخدام تلك النماذج بنسبة ١٠٠% وذلك يتفق مع عدم قيامهم بانشطة مرحلة التقييم والانهاء والمتابعة.

- ترتيب معدلات إنجاز الأخصائيين الاجتماعيين في تطبيق خطوات نموذج إدارة الحالة من خلال قيامهم بالعديد من الأنشطة التي تحويها كل خطوة وكان ترتيب انجازهم للخطوات كالتالى:-

- انجازهم لانشطة مرحلة التخطيط للخدمة وتقديم العلاج
- إنجازهم للأنشطة مرحلة التقدير.
- أنشطة التعاون مع فريق العمل والتسجيل فى ملف إدارة الحالة
- تنفيذ الخطة خاصا فيما يتعلق بتقديم خدمات مباشرة للطفل والتنسيق بين مختلف المؤسسات.
- تقديم الدعم للأسرة الطفل .

تم تحليل تسجيلاتهم التى تعكس ما قاموا به من أنشطة خلال فترة زمنية استغرقت شهرين وكان تحليل تلك التسجيلات يأخذ فى الاعتبار الفترة الزمنية التى استغرقها الاخصائى الاجتماعى كمدير للحالة فى تطبيق بعض خطوات نموذج ادارة الحالة وتم التحليل فى ضوء محتويات البرنامج التدريبي وخطوات النموذج وقد تبين الأتى:

- ١- قيامهم ببعض الانشطة التى تتعلق بتقدير حالة الطفل ولكن عند التسجيل فى نموذج ادارة الحالة حدث تداخل خاصا فيما يتعلق بتقدير شخصية الطفل .
- ٢- اعتماده على بعض المصادر للحصول على البيانات والمعلومات الخاصة بالطفل.
- ٣- تحديدهم لبعده نقاط القوى فى شخصية الطفل .
- ٤- تقدير بعض الجوانب الأسرية .
- ٥- تحديد المؤسسات التى تقدم الخدمات بالإضافة الى المؤسسة نفسها .
- ٦- عدم صياغة بعض المشكلات التى يعانى منها الطفل صياغة مجردة
- ٧- كيفية تحويل المشكلة الى حاجة وتحديد الخدمات التى تشبع تلك الحاجة

- ٨- تحديد الأهداف العامة والأهداف الفرعية لخطة العمل.
 - ٩- اجراء تعاقد مكتوب فى صورة مبدئية.
 - ١٠- تقديمهم لبعض الخدمات وقيامهم ببعض الادوار مع الاطفال.
 - ١١- وجود فريق عمل متمثل فى (اخصائى اجتماعى - مدرس - طبيب بشرى - اخصائى نفسى) ولكن يحتاج الى زيادة وعيهم بدور مدير الحالة .
 - ١٢- تم استخدام ملف ادارة الحالة والتسجيل فيه بطريقة جيدة .
 - ١٣- وجود قصور فى تواجد الطبيب النفسى فى المؤسسة ولهذا يتم التعاقد مع اخصائى نفسى خارج المؤسسة.
 - ١٤- تم تحديد اولويات المشكلات من جانب الاخصائى الاجتماعى فقط وهى نقطة ضعف. وقد تم مقارنة تسجيلات الاخصائيين الاجتماعيين بملف ادارة الحالة وما يعكسه من خطوات لتطبيق نموذج ادارة الحالة وبين نتائج تقييم قدرتهم على تطبيق النموذج واتضح انهما متقاربين الى حد كبير .
- تم تطبيق احد مؤشرات نجاح النموذج كما حدده (النوحى، عبدالعزيز، ١٩٩٢، ص٧٤٠) للتعرف على مؤشر نجاح النموذج وهو اذا جاءت النتائج مطابقة للتوقعات او على الاقل متقاربة معها فمعنى هذا وجود مؤشر لصلاحية النموذج للتطبيق فجد انه فى ضوء النتائج السابقة يمكن القول بان نتائج تطبيق النموذج جاءت متقاربة الى النتائج المتوقعة من تطبيق النموذج .
- وفى ضوء ما سبق عرضه من نتائج عن معدلات انجاز الاخصائيين الاجتماعيين للنموذج يتضح ان للاخصائيين الاجتماعيين لديهم القدرة على القيام ببعض الأنشطة المرتبطة بخطوات النموذج واذا توفرت بعض العناصر سوف يكون معدلات انجازهم افضل ولكى يتم توفير هذه العناصر هناك بعض المقترحات للتغلب على بعض السلبيات التى واجهت التطبيق المبدئى للنموذج والتى من شأنها تساعد على تطبيق النموذج بالصورة الأمثل وهى:-
- اجراء التعديلات المؤسسية اللازمة للتطبيق النموذج كتعديل بعض لوائح وسياسات المؤسسة.
 - ايجاد مسمى وظيفى لمدير الحالة فى المؤسسة.

- ضرورة تفهم فريق العمل طبيعة دور مدير الحالة وهذا يتوقف على رغبة المؤسسة فى ايجاد مسمى وظيفى جديد لمدير الحالة.
- ضرورة وجود متابعة لتطبيق النموذج من جانب الباحث او اى شخص مهنى اخر تحدهه المؤسسة.
- ضرورة تحديد اختصاصات ومسئوليات كل عضو من أعضاء فريق العمل.
- ضرورة منح مدير الحالة بعض الصلاحيات التى تتيح له القيام بدوره
- ضرورة اجراء بعض ورش العمل للأخصائيين الاجتماعيين خاصة فى كيفية استخدام المقاييس العلمية لتقدير حالة الطفل وتقييم نتائج التدخل .
- ضرورة عقد دورات تدريبية لفريق العمل للتعرف على طبيعة ادارة الحالة مما يزيد من فاعلية النموذج .
- ضرورة الاهتمام بإدارة الحالة وازادتها ضمن مناهج إعداد الأخصائيين الاجتماعيين .
- أن توفر المؤسسة الامكانيات المادية والبشرية اللازمة للقيام بمختلف أنشطة النموذج .
- أن يتم التركيز على دور الأسرة فى مساعدة الطفل عند العمل بهذا النموذج .

مراجع الدراسة:

- ابو النصر، مدحت (٢٠٠٤). **الاعاقة الاجتماعية** المفهوم والانواع وبرامج الرعاية ، القاهرة ، مجموعة النيل العربية .
- ابو النصر، مدحت (٢٠٠٨). **مشكلة اطفال بلا ماوى** مجموعة دراسات، القاهرة، الدار العالمية .
- خاطر، أحمد مصطفى وأخرون (٢٠٠٣). **دليل إرشادى للعمل مع الأطفال بلا مأوى- الحماية- الوقاية- التأهيل- الإدماج**، الاسكندرية، الجمعية المصرية العامة للأطفال .
- داود، عماد حمدى (٢٠٠٣). **تقويم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بمراكز رعاية وتأهيل اطفال الشوارع**، بحث منشور فى **مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية**، كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان، العدد ١٤، الجزء ٢.
- زيدان، على حسين (٢٠٠١). **خدمة الفرد الاتجاه النفسى الاجتماعى**، القاهرة، نور الايمان.
- السروجي، طلعت مصطفى (٢٠٠٣). **أ الخدمة الاجتماعية والطريق الثالث**، بحث منشور فى **مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية**، العدد الرابع عشر، الجزء الأول، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان،.

- السروجي، طلعت مصطفى (٢٠٠٣). ب ثلاثية التنمية البشرية ونوعية الحياة والتحديث " كمدخل إستراتيجية واليه التخطيط الاجتماعي"، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العلمي الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة (فرع الفيوم).
- سليمان، حسين حسن (٢٠٠٥). السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية بين النظرية والتطبيق، بيروت: مجد ٢٢ .
- السنهوري، أحمد محمد (٢٠٠١). الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن إحدى والعشرين، ط٤، ج٢ القاهرة: دار النهضة العربية .
- الشوربجي، نبيلة (٢٠٠٧). السلوك العدوانى لأطفال الشوارع ، ط٢، القاهرة، دار النهضة المصرية .
- صديق، أحمد (١٩٩٥). خيرات مع اطفال الشوارع (مركز رعاية وتنمية الطفل وحقوقه) .
- صلاح، ليلي (٢٠٠٧).الاتجاهات الحديثة لوقاية الاطفال من التشرد وضمان النمو السليم لهم ودور منظمات المجتمع المدنى فى تحقيقها، اكااديمية الشرطة، مركز بحوث الشرطة .
- الصوفى، عبدالرحمن و ابوالنصر، مدحت (٢٠٠٣). مشكلة اطفال الشوارع فى مصر رصد الواقع وتقديم رؤية مستقبلية ، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، العدد ١٤ ، الجزء ١ .
- عبد الحميد، صلاح محمد (٢٠٠٧). اطفال الشوارع ، القاهرة ، دار الفكر المصرى .
- عبد الحميد، محمد (٢٠٠٤). تحديد الاحتياجات الاجتماعية للأطفال بلا مأوى فى اطار الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان .
- عبد المجيد، هشام سيد (٢٠٠٦). البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عثمان، عبد الفتاح (١٩٩٧). خدمة الفرد في إطار التعددية المعاصرة، القاهرة، مكتبة عين شمس.
- عثمان، عبد الفتاح وآخرون (٢٠٠٥). خدمة الفرد العربية بين التعددية العلمية المعاصرة، القاهرة: بل برنت للطباعة.
- عصر، سامى (٢٠٠٠). اطفال الشوارع (الظاهرة والأسباب)، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، معهد البحوث والدراسات العربية ؛ ط١ ، القاهرة .

على، عبدالحمفد مؤمء (٢٠٠٦). العنؤ ضد الاؤفال ، القاهرة ، مؤسسه طففة للؤبع والنشر .

فهفى، كلفر (٢٠٠٨). عمالة اؤفال الشوارع ضؤافا العنؤ ، القاهرة ، الانؤلو المصرففة .

فهفى، مؤمء سفء (٢٠٠٧). الاؤفال فى ظروف صعبة ، الاسؤنرففة ، دار الوفاء .

فهفى، نصفف (٢٠٠٩). أؤفالنا فى خطر (اؤفال بلا ماوى) ، الاسؤنرففة ، المؤكؤب العلمف الؤفء .

الؤرفء، مها (٢٠٠٢). الملامؤ النفسفة والاجؤماعفة لؤفل الشارع ،المؤلة الاجؤماعفة

القومفة : المؤرؤ القومف للؤؤوؤ الاجؤماعفة والؤنائفة ، مؤلء ، ٣٩ ، العدد ٢ .

المؤلس القومف للؤؤولة والامومة (٢٠٠٧). اؤفال ءارؤ اؤار الؤماففة (دراسة تعمقفة عن اؤفال الشوارع فى القاهرة الؤبرى).

مؤمء، مؤمء رشءى (٢٠٠٥). المعوقاؤ الؤفؤؤاؤه المؤسساؤ العاملة فى مؤال رعافة

اؤفال بلا ماؤى وؤصور مؤقراؤ لؤور ئؤظفم المؤؤمع فى مؤاؤهؤها، بؤؤ منشور بالمؤؤمر العلمف الأامن عشر ، كلية الؤءمة الاجؤماعفة ، مؤامعة ءلوان .

مؤؤار، مؤال (١٩٩٦). عمالة الاؤفال ، رؤفة نفسفة ، مؤلة علم النفس ، العدد ٤٠ .

مرفسى، أبوبؤر (٢٠٠١). ظاهرة اؤفال الشوارع ،؛ ط١، القاهرة ، النهضة العربفة.

مصفلؤى، ءالء منفر (٢٠٠٤). رؤفة مؤؤورة لؤماففة الاؤفال بلا ماؤى ، القاهرة ، مؤلة ئؤرفب والئؤمفة ، العدد العاشر .

النؤار، فرفء (٢٠٠٤). اؤفال الشوارع : اؤامفمفة مؤبارؤ للامن ،مؤلة كلية الؤراساؤ العلفا :العدد ١٤ .

النؤؤى، عبء العرفز فهفى (١٩٩٢). "ئماؤؤ رعافة مضطرفب العقول"، بؤؤ منشور فى المؤؤمر العلمف الؤامس للؤءمة الاجؤماعفة ، كلية الؤءمة الاجؤماعفة، مؤامعة الففوم .

النؤؤى، عبء العرفز فهفى (٢٠٠٧). الممارسة العامة فى الؤءمة الاجؤماعفة عملفة ءل المشؤلة ضمن إؤار نسقى / افكولوجف، القاهرة: ءقوق الؤبع مؤفوظة للمؤلف .

هامم، سامفة عبء الرؤمن (٢٠٠٥). "المؤؤفرفاؤ المؤؤرة على إءارة الؤالة فى ءءمة الفرد- دراسة مطبقة على المسؤشفاؤ العامة بمؤافظة القاهرة"، بؤؤ منشور بالمؤؤمر العلمف

الأامن عشر للؤءمة الاجؤماعفة ، كلية الؤءمة الاجؤماعفة، مؤامعة ءلوان .

الوردانى، نبيلة (٢٠٠٤). دراسة تقييمية لظاهرة اطفال الشوارع ومدى تاثيرها فى الاسرة الفقيرة، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربى للطفولة والتنمية ، العدد ١٥ ، مجلد ٤ .
يونس، أحمد خليفة أحمد (٢٠٠٤). تقويم عائد الممارسة المهنية لخدمة الفرد مع اطفال الشوارع فى مؤسسات الرعاية الاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان .
يونس، أحمد خليفة أحمد (٢٠٠٩). بناء نموذج لادارة الحالة فى مجال الاعاقة العقلية رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .

A, James, et al (2002). **(iowa case management: innovative social case work)**, NASW, Vol 47, No 2.

A, Simposn, et al (2003). **Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible**, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, No 10.

A, SIMPSON and L, BOWERS (2003). **Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible**, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10, 472–483.

Adams, Anne Thomas, et al (2008). **CASE MANAGEMENT A Resource Manual**, New York.

B, Bernadette, et al (2006). **First-Birth Outcomes and Timing of Second Births: A Statewide Case Management Program for Adolescent Mothers**: National Association of Social Worker's 31, No 1.

B, Janse, et al (2004). **Quality of Life: Patients and Doctors Don't Always Agree**, Clinical Epidemiology, Vol. 57, No. 7.

Better at home? **Benefits of case management for children with complex needs** (2008). Pediatric nursing, Vol 20, No 9.

Bigby, Christine, et al (2007). **Planning and Support for People with Intellectual Disabilities Issues for Case Managers and Other Professionals**, London, Jessica Kingsley Publishers.

Bill, House (2003). **Catastrophic Case Management Report to the Texas, Legislature**.

Bourdeaux, Lisa, et al (2005). **Comparative Study of Case Management Program for Patients with Syncope**, JOURNAL OF NURSING CARE QUALITY/APRIL-JUNE.

Carr, Alison, et al (2003). **Quality of Life**, London, BMJ Books.

Case management (2004). A critical review, 2004 mental health practice, Vol 7, No 8.

Chi-ChiLu, et al (2007). **A Pilot Study of a Case Management Program**, Journal of Nursing Research, Vol 15, No 2.

Clark, Marvel (2004). **The Conceptual and Operational Definition of Quality of Life** "A Systematic Review of The Literature": Submitted to the Office of Graduate Studies of Texas A&M University Texas A&M University in partial fulfillment of the requirements for the degree of MASTER OF SCIENCE.

Clarke, Tom, et al (2002). **Self-harm in adults: A randomized controlled trial of nurse-led case management versus routine care only**, Journal of Mental Health, Vol 2, No 11.

Compton, Beulah and Galaway, Burt (1999). **social work processes**, 16 ed, Boston, Brooks/cole publishing company.

De man, Henk (2009). **Case Management: A Review of Modeling Approaches**, January.

flynn, patrice, et al (2002). **sustainability & quality of life indicators: toward the integration of economic, social and environmental measures, indicators: the Journal of Social Health, Vol. 1, No. 4.**

Franklin, Jack, et al (1987). **An Evaluation of Case Management**, American Journal of Public Health, Vol. 77, No. 6.

Friedman, Myles (1997). **IMPROVING THE QUALITY OF LIFE A Holistic Scientific Strategy**, London, Praeger Publishers.

Galloway, Susan (2005). **Well- being and quality of life: measuring the benefits of culture and sport: A Literature Review in** (Scottish Executive Social Research.

Goodwin, James, et al (2003). **Effect of Nurse Case Management on the Treatment of Older Women with Breast Cancer**, clinical investigation, Vol. 51, No. 9.

Gursansky, DI, et al (2003). **Case management (policy, practice and profesional business)**, National Library of Australia.

H, Jannah and H, Grafton (2009). **Case management and child welfare, social workers desk reference**, 2nd ed, Oxford University Press.

H, Marke, and F, Philip (2007). **Towards a Typology of Case Management.**

Healey, Kerry Murphy (1999). **Case Management in the Criminal Justice System**, U.S. Department of Justice Office of Justice Programs- National Institute of Justice.

Health Care Policy / Community Supports & Services MR/DD TCM System Change Information, June 15, (2007).

James, Karls, et al (1992). **NASW Standards for Social Work Case Management**, Washington, DC: NASW Press.

Jansson, Lauren, et al (2003). **Effectiveness of Child Case Management Services for Offspring of Drug-Dependent Women**, SUBSTANCE USE & MISUSE, Vol. 38. No. 14.

K. K, Ashman and Jr. G. H, Hull (2002). **Understanding Generalist Practice**, 3rd ed, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Thomson Learning.

Liu, Chi-pun, et al (2004). **An experience of social work case management for frail elders in Hong Kong** (Geriatrics and Gerontology International).

M, Payen (2000). **The politics of case management and social work**, international journal of social work welfare, oxford, Blackwell publishers.

Maricopa County Case Management and Clinical Team.

Mathiti, Vuyisile (2006). **The quality of life of street children accommodated at three shelters in Pretoria: an exploratory study**, Early Child Development and Care, Vol. 176.

Monchick, Randy, et al (2006). **Drug Court Case Management Role, Function, and Utility**, National Drug Court Institute.

Monchick, Randy, et al (2006). **Drug Court Case Management: Role, Function, and Utility**, National Drug Court Institute, the education, research, and scholarship affiliate of the National Association of Drug Court Professionals.

Moore, Stephen (1990). **A social work practice model of case management: the case management grid**, NASW.

Murphy, Kerry (1999). **Case Management in the Criminal Justice System**, National Institute of Justice, U.S. Department of Justice Office of Justice Programs.

N, Summers (2001). **Fundamentals of Case Management Practice, Exercises and Readings**, Belmont, CA: Brooks/Cole Thomson.

O. W, Farley, et al (2006). **Introduction to Social Work**, 10th ed, Boston Pearson Education, Inc. **For Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)**, Journal of Nursing Research, Vol 15, No 2.

- P, Lichtenberg, et al (2008). **Clinical case management to frevolvingdoor Patients a semi-randomized study**, Journal Compilation Blackwell Munksgaard.
- Park, Jiyeon, et al (2002). **Impacts of Poverty on Quality of Life in Families of Children with Disabilities**, Vol. 68, No. 2.
- PARK, SUNG.BOK (2005). **CONCEPT OF THE QUALITY OF LIFE AND INDEXING**, International Review of Public Administration, Vol. 9, No. 2.
- Philipe, Popple and Leslie, Leighninger (2002). **Social Work, Social Welfare, and American Society**, 5th ed, Boston: Allyn and Bacon.
- Phillips, David (2003). **Quality of Life Concept, policy and practice**, london, Routledge, 2006.
- Pieper, Richard and Vaarama, Marja (2008). **Care-Related Quality of Life in Old Age Concepts, Models and Empirical Findings**, New York, Springer.
- R. I, Barker (1999). **The Social Work Dictionary**, 4th ed, Washington, DC: NASW Press.
- Rahman, Tauhidur, et al (2003). **Measuring the Quality of Life across Countries: A Sensitivity Analysis of Well-Being Indices**, The paper prepared for presentation at WIDER International conference on Inequality, Poverty and Human Well-Being, May 30-31, Helsinki, Finland.
- Rosen, Alan and Teesson, Maree (2001). **Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine**, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, No 35.
- Rosen, Alan and Teesson, Maree (2001). **Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine** Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.
- Rules of Conduct for Case Managers Serving People with Developmental Disabilities**, (Health Care Policy Community Supports & Services) (2003).
- S. M, Rose, and V. L, Moore (1995). "Case Management", **in Encyclopedia of Social Work**, 19th ed, Washington, DC: NASW Press, Vol 1.
- S. W, Boyle, et al (2006). **Direct Practice in Social Work**, Boston: Pearson Education, Inc.

- Schallock, Robert (2001). **'Three Decades of Quality of Life ' Focus on Autism & Other Developmental Disabilities** ،Vol. 15, No. 2.
- Services Plan (2001). Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services and Maricopa County Regional Behavioral Health Authority.
- Simpson, et al (2003). **Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible**, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
- Social Work Best Practice Healthcare Case Management Standards (2005).
- Soren, Ventegodt, et al (2003). **Quality of Life Theory. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept**. The Scientific World JOURNAL.
- Svirskis, Tanja, et al (2007). **Quality of life and functioning ability in subjects vulnerable to psychosis**, Comprehensive Psychiatry.
- T, Diana, et al (1996). **Case management: a review of the definition and practices**, journal of advanced nursing, No 29.
- T, Diana, et al (1996). **Case management: a review of the definition and practices**, journal of advanced nursing.
- T, Elizabeth, et al (2002). **The general method of social work practice**, Boston, Pearson Education.
- Tuberculosis case management for nurses** (2008). FUNDAMENTALS OF TUBERCULOSIS CASE MANAGEMENT, module 2.
- Vfantopoulos, J (2001). **Quality of life in the measurement of health**, qalys and the standard gamble.
- Weiss, Marianne (1999). **Case Management Transforming to Meet the Demands of an Evolving Healthcare System, Dis Manage Health Outcomes**, No 6.
- World health organization (1994). **Programme on substance abuse street children, substance use and health: training for street educators**
- Worrall, Linda and Holland, Audrey (2003). Special issue: **quality of life in aphasia**, psychology press, Vol 17, No 4.