المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي ودور الخدمة الاجتماعية للتخفيف من معاناتهم
"دراسة حالة لمرضى الفشل الكلوي"

على المبروك عون عبد الجليل

المقدمــة:

تعد مهنة الخدمة الاجتماعية من الاتجاهات الحديثة والمتقدمة على مستوى العالم، حيث يهدف هذا الاتجاه إلى تزويد الدارسين والباحثين في الخدمة الاجتماعية بمجموعة من المهارات والمعارف والقيم التي تهدف إلى التعامل مع المشكلات الاجتماعية المعاصرة بمنظور شمولي يتضمن كافة أنساق العملاء بدءاً من مستوى الوحدات الصغرى Micro Level والتي تشمل (الفرد والأسرة) ثم مستوى الوحدات الوسطى Mezzo Level (الجماعة الصغيرة) وانتهاءاً بالوحدات الكبرى Major Level والتي تشمل (المنظمة والمجتمع) ويود الباحث أن يشير في هذا الصدد أن المجتمعات العربية في حاجة ماسة إلى مثل هذه الاتجاهات الحديثة التي تتعامل مع مشكلاتنا الاجتماعية المعقدة التي تتطلب اتجاه يتعامل مع مثل هذه المشكلات الصحية بدرجة من الشمولية تتناسب مع طبيعة هذه المشكلات وتعدد أبعادها.

والخدمة الاجتماعية من الاتجاهات التي تتعامل مع المشاكل الطبية نظراً لأنها تقدم منظوراً بواسطته يرى الأخصائي الاجتماعي موقف الممارسة بوجه عام، ويستخدم نظريات تركز على التفاعل بين الأنساق، أي تفاعل بين الشخص والبيئة، ويوفر معرفة واسعة وأساس مهاري متنوع بحيث يصبح الأخصائي الاجتماعي قادر على اختيار الأسلوب الملائم لخدمة المريض.

والخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، تركز على إقرار العدالة الاجتماعية وتؤكد على أن بؤرة اهتمام الأخصائي ينصب على المشكلات الاجتماعية والحاجات الإنسانية للتخفيف من حدة التوتر ومساندة المريض، وليس على تفضيل المؤسسة لتطبيق طريقة معينة للممارسة، ويؤكد هذا المنظور على عمل ما يحتاج أن يتم عمله لتحديد المشكلة، وعلى ذلك فإن الأخصائي الاجتماعي يختار التدخل العلاجي المناسب للوصول لتكوين علاقة إنسانية ناجحة مع المريض المحلي، والمجتمع العالمي أيضاً.

كما تشير الممارسة العامة على أنها الإطار الذي يوفر للأخصائي الاجتماعي أساساً نظرياً انتقالياً للممارسة المهنية، حيث يتناول كل مستوى من مستويات الممارسة (من الفرد حتى المجتمع) وتتمثل المسئولية الرئيسية للممارسة العامة في توجه وتنمية التغيير المخطط أو عملية حل المشكلة.

مشكلة الدراسة وأسباب اختيارها:

أصبح للخدمة الاجتماعية أهمية خاصة للإنسان والمجتمع تكمن هذه الأهمية في أنه عندما يكون الإنسان السليم لديه الصحة، وصحيح البنية، سيكون أكثر عطاءً، وأوفر إنتاجاً، لذا تبدو أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية، في مساعدة المرضى على سرعة التماثل للشفاء، ومن ثم يستمر عطاؤهم وإنتاجهم وبذلك تتحقق أهداف المجتمع، كذلك فإن تقدم المجتمعات يقاس بمدى صحة أفرادها؛ ولذا توفر المجتمعات الرعاية الصحية لأبنائها، وتعمل على وقايتهم من الإصابة بالأمراض أو العاهات. والخدمة الاجتماعية الطبية تساعد تلك المجتمعات على تحقيق أهدافها، إن الوقاية دائماً خير من العلاج، وللخدمة الاجتماعية الطبية دور هام في عمليات الوقاية عن طريق نشر الوعي الصحي، والثقافة الصحية للوقاية من الأمراض، وتجنباً للإصابة بالمرض أو انتكاسه أو انتشار العدوى بين أفراد الأسرة ومن ثم المجتمع، وهناك من الأمراض لا تستجيب للعلاج الطبي وحده كونها أمراض ذات صبغة اجتماعية، وأسبابها تكمن في الجوانب الاجتماعية والأنماط الثقافية البيئية، ومن هنا تبرز أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية

الطبية، للتعامل مع الأسباب لإزالتها، أو في القليل للتخفيف منها حتى يأتي العلاج الطبي بثماره المرجوة.

إن الخدمة الاجتماعية ترتكز على حقيقة هامة مؤداها أنه قد تكون الظروف المصاحبة للمرض أشد خطراً على المريض من مرضه العضوي، ولذا تبدو أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية الطبية، لتصفية تلك الظروف حتى يتمكن المريض من الشفاء، وأن يستعيد أداؤه الاجتماعي بأسرع وقت ممكن، إن المرض ليس مشكلة المريض وحده، بل تمتد آثاره ومشاكله إلى الأسرة بل وإلى المجتمع، ولذا تمتد جهود الخدمة الاجتماعية الطبية إلى أسرة المريض، والمجتمع أيضاً لإزالة تلك الآثار والمشكلات، وكذلك تعمل الخدمة الاجتماعية على تحقيق أهداف المؤسسة ألا وهي استفادة المريض من العلاج إلى أقصى حد ممكن، وذلك بتذليل العقبات التي تحول دون استفادة المريض من الخدمة الطبية وتهيئ أنسب الظروف للخدمات الطبية لتحقيق فاعلية أفضل.

وتهدف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى ربط المؤسسة الطبية بالمجتمع الخارجي ومؤسساته، وذلك للاستفادة من إمكانياتها، وخدماتها في استكمال خطة العلاج، سواء كانت طبية أو اجتماعية.(1)

وتشير الإحصائيات بأن أكثر من ألفان وخمسمائة مريض يتلقى علاج بالغسيل الدموي في ليبيا تقريباً وأن الغسيل البرتوني بدايته قليلة ونسبة الإصابة مرشحة لأن تكون في تزايد، فكيف يمكن لنا المحافظة على الكلية قبل أن تصل إلى مرحلة الغسيل الكلوي.

وترجع أسباب الإصابة بالفشل الكلوي في ليبيا إلى مرض السكري والذي يمثل 45 – 65% من الحالات وارتفاع ضغط الدم يليهما التهاب الكلية والإصابة بالأكياس المتعددة والحصى التي تسد مجرى البول مما يؤدي إلى تضخم الكلية كذلك بعض الأدوية السامة يمكن أن تتسبب في إحداث الفشل الكلوي، ومن أعراض الفشل الكلوي فقدان الوزن والشعور بالغثيان والقيء والتعب والمرض العام والصداع وأحياناً يحدث تهيج في الحجاب الحاجز ونقص التبول أحياناً أو التبول الليلي، والشعور بعدم التركيز والارتباك الذهني ونوبات الصرع وأحياناً انقباض في العضلات اللاإرادية وتغير في ساعات النوم.

ولابد أن نعلم بأن هناك أكثر من ألفا مواطن ليبي مصابون بفشل كلوي وجميعهم يحتاج إلى كلية وكل سنة يدخل عدد أربع وتسعون مصاباً والسنة القادمة سيضاف عدد 94 آخرون مصابون بفشل كلوي ويخضعون للغسيل وأن 13% ممن ينتظرون الكلية يموتون، ولابد أن نعلم أيضاً أن نسبة التبرع من الأحياء وصلت إحدى عشر حالة تبرع لكل مليون وهي نسبة عالية جداً في العامل.

وتشير الإحصائيات المجمعة الآن إلى أن عدد 452 ليبي لكل مليون مصابون بفشل كلوي، ونؤكد أنه فشل كلوي فقط وناهيك عن فشل القلب والكبد والأمعاء والبنكرياس وبتجميع هذه الأشياء يمكن القول بأنه في كل بيت أحد أفراده ربما يعاني من فشل بأحد أعضائه، الأمر الذي يؤكد على أهمية دور الأخصائي الاجتماعي والخدمة الاجتماعية في رعاية مرضى الفشل الكلوي خاصة مع الزيادة المضطردة في أعداد المرضى.

من هنا تبلورت مشكلة الدراسة في "المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي ودور الخدمة الاجتماعية في تخفيف معاناة المرضى– دراسة حالة.

أهمية الدراسة:

يمكن تحديد أهمية هذه الدراسة في جانبين هما:

1- الأهمية العلمية:

ترجع الأهمية العلمية للدراسة في:

- اتساع دائرة العلوم الاجتماعية لإلقاء الضوء على دور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي.

- معرفة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي يعيشها مرضى الفشل الكلوي.

- توضيح دور الخدمة الاجتماعية الطبية بشكل عام ودور الأخصائي في التعامل مع مرضى الفشل الكلوي.

2- الأهمية العملية:

كما ترجع الأهمية العملية للدراسة في:

- تنسيق عمليات الاتصال اللازمة بين وحدات المستشفى وأقسامها.

- التعرف على دور الأخصائي في المستشفى وغيرها من الجهات الأخرى بما يضمن حصول المرضى على الرعاية الكافية وفق حالتهم.

- للأخصائي دوراً مهماً في نقل اتجاهات المريض للمستشفى وشرح سياسات المستشفى للمريض.

أهداف الدراسة:

تتركز أهداف الدراسة في التعرف على ما يلي:

1- دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة مريض الفشل الكلوي على مواجهة مشكلاته ومعاونته على الاستفادة من الموارد المتاحة في المجتمع بما يتلاءم ظروفه واحتياجات أسرته.

2-أهمية تزويد الطبيب المعالج بالمعلومات الخاصة بالمريض وظروفه الاجتماعية والنفسية والبيئية لما لذلك من أهمية في عملية التشخيص لحالة المريض ووضع خطة العلاج المناسب.

3-دور الأخصائي الاجتماعي في تنسيق عمليات الاتصال اللازمة بين وحدات المستشفى وأقسامها المختلفة وبين المستشفى وغيرها من الجهات الأخرى بما يضمن حصول المرضى على الرعاية الكافية.

تساؤلات الدراسة:

يتمحور التساؤل الرئيسي لهذه الدراسة في "دور الخدمة الاجتماعية في رعاية مرضى الفشل الكلوي" وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية كالتالي:

1-ما دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة مريض الفشل الكلوي على مواجهة مشكلاته ومعاونته على الاستفادة من الموارد المتاحة في المجتمع بما يتلاءم ظروفه واحتياجات أسرته؟

2-ما أهمية تزويد الطبيب المعالج بالمعلومات الخاصة بالمريض وظروفه الاجتماعية والنفسية والبيئية لما لذلك من أهمية في عملية التشخيص لحالة المريض ووضع خطة العلاج المناسب؟

3-ما دور الأخصائي الاجتماعي في تنسيق عمليات الاتصال اللازمة بين وحدات المستشفى وأقسامها المختلفة وبين المستشفى وغيرها من الجهات الأخرى بما يضمن حصول المرضى على الرعاية الكافية؟

مفاهيم الدراسة:

يعتبر تحديد المفاهيم من العمليات المنهجية الرئيسية في البحث العلمي وعلى الباحث أن يعمل عند صياغته للمشكلة على تحديد المفاهيم التي يستخدمها، وكلما اتسم هذا التحديد بالدقة والوضوح كلما أمكن التمييز بين المعاني الأخرى للمفهوم والمعني المستخدم في الدراسة وقد حاول الباحث عرض كل ما يتوافق مع الإطار النظري للدراسة.

وقد اعتمدت الدراسة على مجموعة من المفاهيم كالتالي:

1-الخدمة الاجتماعية الطبية:

هي التي تمارس في المؤسسات الطبية بهدف مساعدة المريض على الاستفادة من إمكانيات وخدمة المؤسسات من أجل زيادة أداؤه الاجتماعي.

ويعرف الباحث الخدمة الاجتماعية الطبية تعريفا اجرائيا

- الخدمة الاجتماعية الطبية هي إحدى مجالات أو فروع الخدمة الاجتماعية، لها أصولها الفنية ومعارفها ومهاراتها وقيمها

ومبادئها وطرقها الثلاثة، خدمة الفرد، والجماعة، والمجتمع، والمستخدمة في المهنة الأم، وتمارس في مؤسسات خاصة بالرعاية الصحية سواء كانت مؤسسات وقائية أو علاجية أو إنشائية تأهيلية.، ويعمل بها أخصائيون اجتماعيون أعدوا خصيصاً للعمل في مهنة الخدمة الاجتماعية وحصلوا على إعداد خاص للعمل في المجال الطبي.

2- الأخصائي الاجتماعي الطبي

الأخصائي الاجتماعي هو الشخص المعد إعدادا علميا وعمليا لممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية من خلال كليات ومعاهد عليا متخصصة، والممارس والمهنة كلاهما يرتبط بالأخر ارتباطا وثيقا (2)

ويمكن تعريف الأخصائي إجرائيا: بأنه الشخص القادر بعد أن تم إعداده علميا وعمليا على ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية وتقديم المساعدة بأسلوب يخلق علاقة احترام بينه وبين من يحتاج للخدمة.

3- الصحة والمرض:

الصحة عرفت هيئة الصحة العالمية الصحة بأنها حالة السلامة والكفاية البديلة والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز (3)

مفهوم الصحة: بأنها حالة اكتمال السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية والعقلية وقدرة الجسم على أداء وظائفه.

مفهوم المرض: المرض هو قصور في عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام (4)

ويعرف المرض إجرائيا: بأنه عجز الجسم عن أداء وظائفه بشكل طبيعي مما يؤثر على نواحي الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

4- الكُلية:

والكلية هي أحد أعضاء الجهاز البولي في جسم الإنسان حيث يحتوي الجهاز البولي على كليتين وحالبين، ومجرى البول، وهي غدة مزدوجة بشكل حبة الفاصوليا، مقعرة في الجانب الداخلي، محدبة في الالكليتين.

جي، يبلغ طولها 11سم وعرضها 6سم، وسمكها 3سم وزنها عند الذكر البالغ من125-170جرام، وفي الإناث من115-155جرام أسي أن وزنها يبلغ حوالي 4%من وزن الجسم. (5)

5 – مريض الفشل الكلوي:

المعني العام للمرض هو الاحتياج للراحة , وتوجد معاني كثيرة للمرض و لكن الدراسة الراهنة تركز علي مفهوم مريض الفشل الكلوي بمعني حالة التغير في الوظيفة التي تؤديها الكلي في الجسم والمرض يعني عدم آدا هذا العضو لوظيفته علي النمو المطلوب لصالح جسم الانسان ويكون الشفاء من ذلك صعب حتي بالعلاج وهنا الخلل من الناحية العضوية للفرد فيؤدي الأمر إلي إعاقة قدرة الفرد علي مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء الوظائف المناسبة وهكذا فإن مرض الفشل الكلوي يعني تعرض أحد الأعضاء لإعاقة تمنع آتاء وظائفه ومن المنظر الاجتماعي يركز علي كيفية تلقي الشخص المريض وأفراد أسرته او قبيلته او عشيرته لهذا المرض و تقبلهم له ومعايشتهم له .

6 – مفهوم الوعي الصحي:

يقصد به دور الإخصائي الاجتماعي في تعريف المواطن بالمعلومات والحقائق الصحية وهنا فإن الخدمة الاجتماعية هي الممارسة عن قصد ووعي لتغير بعض العادات السلوكية التي تمارس دون شعور او تفكير وان تتحول إلى وعي وثقافة صحية او تربية صحية عن طريق ايصال المعلومات والمهارات الضرورية لأفراد المجتمع الليبي

7 – الرعاية الصحية:

وهي تعني قدرة المجتمع علي تقديم خدمات الرعاية الصحية للأفراد داخل الوحدات الصحية والمستشفيات والتي يستطيع الفرد من خلال برامج الرعاية الاجتماعية والخدمات الصحية المحافظة علي صحته في حدود الإمكانيات المتاحة وهذه الرعاية الاجتماعية تتمثل في نشر الثقافة الصحية باعتبارها توصيل الخدمات العامة التي تمس

احتياجات الناس و ممارسته الاتجاهات الصحية الايجابية والسلوك السليم هو ما يؤدي إلي حفظ الصحة وحياة الأفراد وهكذا فإن الرعاية الصحية تعني إمداد أفراد المجتمع بمختلف فئاته بالخدمات الصحية والمساعدة علي التخلص من العادات الخاطئة المرتبطة بالصحة والمرض والمساعدة علي الوقاية من مرض الفشل الكلوي من خلال معرفة أسبابه وكيفية الوقاية من المرض وكيفية الحصول علي العلاج .

8- مفهوم الخدمة الاجتماعية:

عرفتها الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين الأمريكية بأنها مهنة محددة ذات أنشطة متعددة لمساعدة الأفراد والجماعات والمجتمع على ترجمة مقدراتهم ومؤهلاتهم المختلفة ودعمها وصولاً لتفاعل اجتماعي بصورة جيدة (6).

ووصفها "ستروب" بالفن الذي يعمل على إيصال الموارد المختلفة إلى الأفراد والجماعات والمجتمع لسد حاجات تلك الشرائح مجتمعة، في حين وصفها "سبيرون" بالمهنة التي تعمل على وقاية الناس من المشكلات الاجتماعية وتطوير أدائهم لوظائفهم الاجتماعية (7).

وعرفت بأنها طريقة علمية ونظام اجتماعي لابد من وجوده لخدمة النظم الاجتماعية الموجودة في المجتمعات، ومعاونتها على القيام بالدور المتوقع منها إذا عجزت بإمكانياتها المتعددة عن الوفاء باحتياجات الإنسان أو حل مشكلاته (8).

كما يطلق هذا المصطلح على مجموعة من الطرق والوسائل المنظمة لمساعدة الآخرين لإشباع حاجة لا يستطيعون إشباعها دون مساعدة، وتنقسم الخدمة الاجتماعية إلى فروع رئيسية وهي خدمة فرد وخدمة جماعة وتنسيق المجتمع (9).

كما تعرف على أنها إحدى فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، مجال تخصصها العمل في المؤسسة الطبية، أساسها العمل المشترك بين الطبيب، وهيئة التمريض، والأخصائي الاجتماعي، وتهدف إلى الوصول بالمريض للاستفادة الكاملة بالعلاج الطبي، والتكيف في البيئة الاجتماعية (10).

وتعرف أيضاً على أنها لون من ألوان الممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية يقوم من خلالها الأخصائي الاجتماعي بأداء مجموعة أدوار مهنية تعتمد على أساليب علمية وفنية وبالتنسيق والتعاون مع فريق العلاج الطبي لمواجهة الآثار الاجتماعية والنفسية للمرض والعمل على زيادة الأداء الاجتماعي للمريض وتخفيف حدة القلق والوحدة والتوتر الناجمة عن الإصابة بالأمراض والعمل على أسرة المريض والمحيطين بها ليقوموا بأدوار تسهم في استجابة المريض للعلاج والعمل على تقدمه طبياً ويتم ذلك من خلال ترجمة أهداف المؤسسات الطبية إلى برامج في ضوء ثقافة المجتمع وأهدافه ومستخدماً عمليات ومهارات الممارسة المهنية(11).

وانطلاقاً من التعاريف السابقة يضع الباحث تعريفاً إجرائياً للخدمة الاجتماعية الطبية على أنها "إحدى مجالات أو فروع الخدمة الاجتماعية، وتمارس في المؤسسات الطبية وتسعى لمساعدة الأطباء وهيئة التمريض في إيجاد الحلول المناسبة للمريض".

9- مفهوم الأخصائي الاجتماعي:

وهو خريج كليات أو معاهد الخدمة الاجتماعية، ويستخدم معلوماته ومهارات في تقديم خدمات اجتماعية للعملاء سواء أفراد أو أسر أو جماعات أو مجتمعات محلية أو منظمات أو المجتمع عامة، ويساعد الأخصائي الاجتماعي الأفراد على زيادة قدرتهم على حل المشاكل والتواكب مع متطلبات الحياة ويساعدهم في الحصول على الموارد التي يحتاجونها والتفاعلات بين الأفراد بعضهم البعض وبين بيئاتهم(12).

وهو الشخص الذي تخرج من الثانوية العامة القسم الأدبي، ثم التحق بكلية الخدمة الاجتماعية أو قسم علم الاجتماع بكليات الآداب ويحصل على درجة البكالوريوس أو الليسانس ثم يتجه للعمل بوظيفة أخصائي أو

مرشد اجتماعي ويعمل على المساهمة في حل المشكلات الاجتماعية (13).

وهو الشخص المتخصص في مهنة الخدمة الاجتماعية والحاصل على دراسة نظرية وعلمية في مجال العلوم الاجتماعية وطرق الخدمة الاجتماعية تحت إشراف علمي وفني (14).

وهو الشخص المعد إعداداً مهنياً والذي يجب أن تتوافر فيه شروطاً ومواصفات معينة تؤهله للقيام بعمله بما يميزه عن العاملين في الحقل الاجتماعي (15).

ويعرف الأخصائي الاجتماعي الطبي بأنه "المسئول المهني عن جميع عمليات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسة الصحية والطبية والتأويلية أو في البيئة الخارجية بهدف إحداث عمليات التغيير الاجتماعي والمساهمة مع الفريق الطبي أو التأهيلي في إعادة تأهيل المرضى والمعاقين وتحقيق تكيفهم واندماجهم الاجتماعي، والعمل على تحسين الظروف الصحية في البيئة"(16).

وانطلاقاً من التعاريف السابقة يضع الباحث تعريفاً إجرائياً للأخصائي الاجتماعي الطبي على أنه "الشخص الذي تم إعداده علمياً وعملياً على ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية وتقديم المساعدة بأسلوب يخلق علاقة احترام بينه وبين من يحتاج للخدمة".

10- مفهوم الرعاية الاجتماعية:

لا يوجد اتفاق عام بين الباحثين على تعريف محدد للرعاية الاجتماعية، إذ تعرف هيئة الأمم المتحدة الرعاية الاجتماعية بأنها "النشاط المنظم الذي يهدف إلى إحداث التكيف بين الأفراد وبين بيئتهم الاجتماعية، ويتحقق ذلك عن طريق استخدام الأساليب والوسائل التي تصمم من أجل تمكين الأفراد والجماعات والمجتمعات من مقابلة حاجاتهم وحل مشكلاتهم، وعن طريق العمل التعاوني لتطوير وتنمية الظروف الاقتصادية والاجتماعية"(17).

ويمكن للباحث أن يضع تعريفاً إجرائياً للرعاية الاجتماعية بأنها "عملية منظمة تؤدي وظيفة أساسية في المجتمع، وتشتمل على برامج وخدمات اجتماعية لجميع فئات المجتمع مبنية على سياسات محددة ومقرة من الدولة وموجهة للأفراد والجماعات والمجتمعات".

11- مفهوم مرضى الفشل الكلوي:

المرض هو قصور في عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام.

كما أن المرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بدوره الطبيعي، كما يحدث إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها.

ويعرف الفشل الكلوي المزمن بأنه زيادة مستمرة ومطردة في فقد وظائف نفرونات الكلى والتي تؤدي إلى فقد الكلى لوظيفتها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم (18)

والفشل الكلوي المزمن هو تدمير مستمر لا رجعة فيه لنفرونات الكليتين وعملية حدوث المرض متطورة ومستمرة حتى يتم تدمير معظم نفرونات الكلى وتستبدل بأنسجة متليفة، وقد يحدث الفشل الكلوي المزمن ببطء في المرضى المصابين بأمراض عادية أو أمراض تحوصل الكلى (19). وانطلاقاً مما سبق يضع الباحث تعريفاً إجرائياً لمرضى الفشل الكلوي بأنهم "المرضى الذين يعانون من فشل كامل لعمل الكليتين الأمر الذي يترتب عليه ضرورة عمل غسيل للكلى بصفة مستمرة حتى يمكنهم الاستمرار على قيد الحياة".

الإطار النظري للدراسة:

اعتمد الباحث في تفسيره لدور الخدمة الاجتماعية في رعاية مرضى الفشل الكلوي على اتجاه نظري متمثل في: نظرية الأنساق الأيكولوجية.

وفيما يلي يتناول الباحث النظرية بشيء من التفصيل:

نظرية الأنساق الأيكولوجية:

نشأ هذا المنظور عن تركيب يجمع بين نظريات الأنساق الاجتماعية والأنساق العامة ونظريات الأيكولوجية الإنسانية وتطبيقاتها في ممارسة الخدمة الاجتماعية، ففي أواخر الخمسينات قام لوتز وهيران ثم ليبيت وزملاؤه بتطبيق نظرية الأنساق في ممارسة الخدمة الاجتماعية، وكان له آثار كبيرة على كثير من الأخصائيين الاجتماعيين، ولما كانت الخدمة الاجتماعية تحاول الوصول إلى إطار شامل واضح المعالم يساعد في تحديد مفاهيم مدرسة الجشطالت أو الكل الدينامي الذي يضم المشكلة والوحدة الإنسانية والبيئة كحالة أو وحدة للخدمة، فقد وجدت في نظرية الأنساق الاجتماعية ما يساعدها في تحقيق التكامل والشمول النظري الذي لم تستطع الوصول إليه من قبل.

وتعبر الأيكولوجية الإنسانية عن مفهوم نظري وأسلوب لدراسة العلاقات المتبادلة بين الأشخاص وبيئتهم الاجتماعية الثقافية والفيزيقية.

ويؤكد هذا المنظور على التفاعل المتبادل بين الأشخاص والبيئات التي يعيشون فيها وعلى الاعتماد الوظيفي المتبادل فيهما بينهم وبين بيئاتهم الطبيعية والبيئات التي يصنعها الإنسان بنفسه، ومن ثم فهي تهتم بالعلاقات التي تنشأ بين الأنساق وبين الأنساق الفرعية (20).

ويعتبر النسق الأيكولوجي مفهوماً جديداً يمكن من خلاله تحليل علاقة المرضى – كنسق إنساني – بالبيئة، فيعد "النسق الأيكولوجي" من المفاهيم البيولوجية التي استعارتها الأيكولوجيا البشرية عند تطور إطارها التصوري المبكر، ومؤداه أن كل المجتمعات الطبيعية كالكائنات الحية التي تعيش وتتفاعل مع بعضها ترتبط ارتباطاً وثيقاً ببيئاتها، ومن ثم يبدو من الملائم تصور طرفي العلاقة (الكائنات الحية وبيئاتها المختلفة) كما لو كان يشكلان كلاً واحداً ومركباً وهو يشير إلى مفهوم النسق الأيكولوجي (21).

أيضاً يعتبر مفهوم النسق الأيكولوجي مفهوماً حديثاً لتحليل علاقات الإنسان بالبيئة المحيطة ويؤكد هذا المفهوم على أثر البيئة الفيزيقية المحيطة بالإنسان على سلوكه الاجتماعي فالنسق الأيكولوجي نسق تفاعلي وظيفي بين الإنسان والبيئة الفيزيقية المحيطة بما تشمله من مناخ وحرارة، وبيئة العمل بما تضمنه من تيسيرات أو مشكلات تنعكس على الأفراد الموجودين بها، والتفاعلات مستمرة ومتبادلة بين الأنساق والعوامل الفيزيقية المحيطة.

ومن ثم فالبيئة المحيطة إذا كانت إيجابية من إمكانيات وتيسرات ومناخ جيد تساعد على تدعيم دافعية الأفراد أو العكس، فبيئة العمل المناسبة، تيسر للعاملين بها النجاح والإنجاز، والعكس صحيح، فالبيئة المحيطة وطبيعة الظروف التي يؤدي فيها العاملون أعمالهم وعلى مختلف مستوياتهم بصورة غير سليمة تؤثر على أداء الأفراد، كما أن البيئة الداخلية والخارجية تؤثر على أي مؤسسة، لأنها جزء متفاعل مع البيئة (22).

ومن خلال تفاعل الأنساق مع نظم متعددة يمكن للخدمة الاجتماعية أن تركز ثلاث مجالات منفصلة:

-التركيز على المرضى وتطوير قدراتهم ومساعدتهم على حل مشكلاتهم وتنمية قدراتهم على التوافق.

-التركيز على العلاقة بين المريض والنظم التي يتفاعل معها وربط المريض بالموارد والخدمات اللازمة.

-التركيز على الأنظمة ومحاولة إصلاحها وتلبية احتياجات المريض بطريقة أكثر فاعلية.

وقد لخص هيرن Hern الأفكار السبعة لنظرية الأنساق الأيكولوجية في ممارسة الخدمة الاجتماعية كما يلي(23):

-أن الخدمة الاجتماعية لها بؤرة تركيز ذات بعدين أساسيين ومزدوجين متزامنين فهي تركز على الشخص والموقف من ناحية وعلى النسق وبيئته من ناحية أخرى.

-أن الخدمة الاجتماعية تعمل عند الالتقاء بين الشخص والبيئة.

-الظاهرة التي تحدث عند الالتقاء هي تفاعل بين النسق والبيئة.

-يؤدي هذا التفاعل إلى بذل جهد بين طرفين يكون تركيزه على سلوك الأفراد من ناحية وظروف البيئة من ناحية أخرى.

-أن التلاقي أو التصادم بين الفرد والبيئة يجعل كلاً منها يتغير.

-أفضل التفاعلات هي التي تسمح بنمو الفرد وفي نفس الوقت تعمل على تحسين البيئة المحيطة، حيث تصبح البيئة مكاناً مناسباً لكافة الأنساق التي تعتمد على البيئة.

-الأنساق التي لا تلقى الاهتمام الكافي تتجه نحو الاضطراب وعدم التنظيم أو الزيادة الإيجابية في الطاقة غير المستفادة، وهكذا فإنه من أجل النمو يجب أن يكون هناك توزيع مستمر للطاقة غير المستفادة بين الكائن والبيئة.

لذا فإن هذه النظرية توجه رؤية المرضى كنسق والأخصائي الاجتماعي نحو التفاعلات المعقدة في الموقف مما يساعد على الاتصال بينهما، ومن خلال هذا المنظور فإن التفاعلات أو التحولات والاعتماد المتبادل بين المرضى (النسق الفرعي) والبيئة (النسق الكبير) يعتبران شيئاً هاماً من أجل بقاء كلاً منهما، وأن أي تغيير في أي منهما قد يكون له تأثير إيجابي أو سلبي على الآخر.

وهذه النظرية تفيد الباحث في دراسته في تأكيدها على أهمية وأثر البيئة المحيطة بالإنسان على سلوكه الاجتماعي والمتمثلة في هذه الدراسة في (المؤسسة الصحية) وما تشمله من عناصر فيزيقية وبشرية وبيئة عمل بما فيها من تيسيرات أو مشكلات تنعكس على الأفراد الموجودين ومن ضمنهم الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل كأحد أعضاء الفريق العلاجي، وبذلك تفسر جزء من معوقات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الطبية والتي ترجع للمؤسسة الطبية هذا من جانب.

ومن جانب آخر تأكيدها على التفاعل المتبادل بين الأشخاص والبيئات التي يعيشون فيها، فقد استفاد الباحث من هذه النظرية في الإجراءات التحضيرية لهذه الدراسة.

الدراسات السابقة:

تمهيد:

تعد مرحلة الاطلاع على الدراسات السابقة من أهم المراحل التي يمر بها البحث ولذلك فيجب منحها أهمية بالغة فهي من الخطوات الهامة لأن الباحث يتعلم من أعمال الآخرين كيف صممت أبحاثهم والأدوات التي استخدموها والمناهج التي أتبعوها في جمع المادة العلمية والاستفادة من أهم النتائج التي توصلوا إليها كما أنها تعد وسيلة يتعرف الباحث من خلالها على أهم المراجع العلمية التي تخص الميدان الذي يبحث فيه حتى يكون على دراية بتطور العلم الذي يدرس فيه. ويتضمن هذا الفصل مجموعة متنوعة من الدراسات السابقة التي ترتبط بموضوع دور الخدمة الاجتماعية في رعاية مرضى الفشل الكلوي وعلاقتها بالدراسة الراهنة في تسلسل زمني من الأقدم إلى الأحدث.

وقد قسم الباحث هذه الدراسات إلى ما يلي:

أولاً: دراسات عربية.

ثانياً: دراسات أجنبية.

أولاً: الدراسات العربية:

دراسة كوثر عبدالرحيم موسى، بعنوان "دور خدمة الفرد في التأهيل الاجتماعي للمعوقين جسيماً دراسة على عينة من حالات الفشل الكلوي"، 1982(24)

هدفت الدراسة إلى الوقوف على مدى فاعلية خدمة الفرد لمساعدة هؤلاء المرضى على مواجهة مشكلاتهم النفسية والاجتماعية المترتبة على المرض وصولاً إلى تحقيق أفضل معايشة ممكنة مع آثاره السلبية على

حياتهم الاجتماعية. وقد طبقت على عينة من المرضى بلغت (40) مريضاً.

وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- أن لمرض الفشل الكلوي المزمن آثاره السلبية على حياة المرضى وذلك فيما يتصل بالأداء الاجتماعي والدور الوظيفي لهم.

- أن لخدمة الفرد دوراً إيجابياً مع المرضى وذلك من خلال تنشيط دافعيتهم للحياة وحثهم على السعي للعلاج والتدريب عليه.

- أن التعاون بين الفريق المعالج واعتراف الهيئة المعالجة بدور الأخصائي أمر حيوي لنجاح عمليات خدمة الفرد.

- أن نجاح عملية التأهيل الاجتماعي للمريض ترتبط بمجموعة من العناصر هي (نمط شخصية المريض السابقة، بناء الأسرة وردود أفعال أفرادها تجاه المريض، الآثار والنتائج الفعلية لعملية الغسيل).

دراسة رشاد عبد اللطيف أحمد، بعنوان "إسهام طريقة تنظيم المجتمع في تصميم برامج الرعاية الاجتماعية للأطفال المصابين بالفشل الكلوي"، 1992(25)

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات الشخصية والاجتماعية والاقتصادية والمدرسية للأطفال المصابين بالفشل الكلوي وإيضاح المناطق التي يمكن للأخصائي الاجتماعي التدخل فيها والتوصل إلى أنسب البرامج الاجتماعية لمواجهة الاحتياجات الشخصية والاجتماعية للأطفال المصابين بالفشل الكلوي.

وقد استخدمت الدراسة استمارة مقابلة شبه مقننة للأخصائي الاجتماعيين والفريق العلاجي وطبقت على عينة مكونة من (19) طفل يقومون بالغسيل الدموي، (31) طفل يقومون بالغسيل البريتوني، عدد (7) أخصائيات تعملن بوحدات الغسيل الكلوي، الفريق العلاجي (6) أطباء، (6) ممرضات، وكان متوسط أعمار الأطفال 9 سنوات.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- أن الدخل الشهري لأسر الأطفال المصابين بالفشل الكلوي لا يكفي احتياجاتهم ولا يتوافق مع النفقات الخاصة بعلاج الطفل. وتبين أن معظم الأطفال المصابين بالفشل الكلوي (72%) يقيمون في مناطق شعبية.

- أن الأطفال المصابين بالفشل الكلوي ليست لديهم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مستمرة مع أقاربهم وأيضاً يعانون من المشكلات الشخصية مثل الغضب والعناد، العزلة، السلبية، الغيرة، الحساسية.

- أن الأطفال المصابين بالفشل الكلوي يعانون من بعض المشكلات المتصلة باللعب وممارسة الأنشطة مثل (عدم القدرة على بذل مجهود شاق أثناء اللعب، الخوف من الإصابة أثناء اللعب، عدم القدرة على ممارسة ألعاب معينة).

دراسة نجلاء محمد عاطف مصطفى خليل، بعنوان "الأبعاد الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي – دراسة ميدانية"، 1998(26)

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأبعاد والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية التي تؤثر في مرضى الفشل الكلوي والتعرف على دور المؤسسات الصحية المعنية بتقديم الرعاية الصحية للمرضى.

وطبقت الدراسة على عينة من مرضى الفشل الكلوي المتواجدين داخل مركز أمراض الكلى والمسالك البولية التابع لجامعة المنصورة، واستخدمت دليل دراسة الحالة والاستبيان كأداتي لجمع البيانات.

وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- ترجع الإصابة بالفشل الكلوي إلى بعض الأمراض الوراثية مثل السكر، وارتفاع ضغط الدم، كما ترجع إلى سابقة الإصابة ببعض الأمراض الأخرى كالبلهارسيا وأمراض المسالك البولية.

- كان للمرض أثر في التحولات التي طرأت على شخصية المرضى بعد المرض، فمنهم من أصبح انطوائياً يفضل العزلة، كما

أصبحت الأغلبية شخصية انفعالية، بينما امتثلت الأقلية للصبر وللهدوء.

- أن أغلبية المرضى لا توافق على مبدأ "تحريم بيع الكلية"، وتوافق على إباحة نقل عضو من جسد المتوفي في ضوء الشروط التي حددها الأطباء ورجال الدين والإفتاء ويطالبون بإصدار تشريع يسمح بقيام الشخ بالوصية بالتبرع ببعض أعضائه حين وفاته.

- اتسمت شخصية المتبرعين بالبيع بالانطواء وعدم الميل للصداقة مع الآخرين، على عكس المتبرعين بالهبة فقد كانوا أكثر ميلاً للصداقة وحب الناس.

- وجود تجاوب إيجابي بين الأخصائي الاجتماعي والمواطنين في معالجة بعض المشاكل الاجتماعية الواردة إلى المستشفى.

- أن الغالبية العظمى من مفردات العينة ينظرون إلى الأخصائي الاجتماعي كعنصر مهم ضمن أعضاء الفريق الطبي.

- أن الكثير من مفردات العينة من المرضى يجهلون ماهية مهنة الخدمة الاجتماعية بشكل عام وأكدوا على أن هناك قصور من الأخصائي الاجتماعي في عمله.

دراسة خالد السيد رشاد، بعنوان "المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالفشل الكلوي وتصور مقترح لخدمة الفرد باستخدام نموذج الحياة للتخفيف من حدتها"، 2008(27)

هدفت الدراسة إلى تحديد المشكلات الاجتماعية للأطفال المصابين بالفشل الكلوي الذين في مرحلة الطفولة المتأخرة، والتوصل لتصور مقترح لدور خدمة الفرد باستخدام نموذج الحياة للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال.

اعتمدت هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة واستخدمت مقياس المشكلات الاجتماعية للأطفال المصابين بمرض الفشل الكلوي، وطبقت هذه الدراسة على مستشفى الأطفال الجامعي بالمنيرة – جامعة القاهرة.

وأسفرت الدراسة عن نتيجة مؤداها أن الأطفال المصابين يعانون من مشكلات اجتماعية ترتبط بعلاقة الطفل بأفراد أسرته، ومشكلات ترتبط بعلاقة الطفل بالمجتمع الخارجي، ومشكلات ترتبط بعلاقة الطفل بالفريق الطبي.

دراسة محمد السيد شلبي يونس، بعنوان "فعالية برنامج للتدخل المهني في إطار الممارسة العامة للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي"، 2010(28)

هدفت الدراسة إلى تصميم واختبار برنامج للتدخل المهني في إطار الممارسة العامة للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي واستخدام الاستراتيجيات والأساليب العلاجية لبرنامج التدخل المهني للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية.

واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي واعتمدت على المقابلات ومقياس المشكلات الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي. وأسفرت عن وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام برنامج التدخل المهني في إطار الممارسة العامة والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لنسق مرضى الفشل الكلوي.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

دراسة Dittmann, R.W.، بعنوان "الرعاية النفسية والاجتماعية للأطفال والمراهقين المصابين بالفشل الكلوي المزمن"، 1984(29)

هدفت الدراسة إلى تحليل الخدمات النفسية والاجتماعية التي قدمت لـ 12 طفلاً وشاباً يعانون من قصور مزمن في وظائف الكلى، وذلك من خلال الملفات الأساسية للمرضى كما قاموا بإجراء 1475 مقابلة.

وقد أسفرت الدراسة عن أن تعدد وتنوع المشكلات النفسية والاجتماعية المعروضة كانت توضح مدى الخدمات النفسية والاجتماعية التي قدمت، كما كانت أهم الجوانب التي غلبت على وظيفة الأخصائي

الاجتماعي هي (الخدمات المساندة، ما هو متعلق بما يسمى السياق المرضي، الأشخاص المناط بهم الاتصال بالمرضى، مرحلة الغسيل الكلوي)، كما ظهر أن الحاجات النفسية والاجتماعية التي تركز على جوانب فردية أو نواحي عملية محددة كانت أكثر أهمية من المداخل المبنية على المعالجات النفسية الإكلينيكية التقليدية، وذلك من حيث العناية بالأطفال ذوي المرض المزمن وعائلاتهم.

وتتفق الدراستان في تناولهما لدور الأخصائي الاجتماعي في تقديم الخدمات الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، إلا أنهما يختلفان في أدوات جمع البيانات حيث اعتمدت هذه الدراسة على أداة تحليل المضمون الوثائقي للملفات بينما اعتمدت الدراسة الراهنة على دليل دراسة الحالة.

دراسة Anderson, J. E., et. al. ، بعنوان "مدى حدوث وانتشار ونتائج مرضى الفشل الكلوي المزمن الموضعين في منازل التمريض"، 1993م (30)

تعد هذه الدراسة من الدراسات المسيحية التوقيعية، قام فيها الباحثون بإجراء مسح في 156 مركز غسيل كلوي بفرنسا، وتجميع بيانات عن المرضى من حيث حدوث المرض، ومعلومات ديموجرافية عن المريض وخصائصه الاجتماعية، ومرضه السابق، وقدرته الوظيفية، وذلك بالنسبة لمرضى الفشل الكلوي المزمن الذين أذن لهم أو بدئوا في الغسيل الكلوي في "منازل التمريض".

وقد أجاب على المسح حوالي 9000 مريض في 132 مركز غسيل كلوي يمثلون نسبة 90% من المرضى تقريباً، وقام الباحثون بقياس الدرجات التي تم تسجيلها لكل أنشطة الحياة اليومية لهؤلاء المرضى.

وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- قام 228 مريض بإجراء جلسات الغسيل داخل 73 مركز من هذه المراكز.

- اعتنت خمسة مراكز مقامة في نفس المبنى (كمنازل تمريض) بـ 68 مريض.

- 43% من المرضى كانوا يعيشون بمفردهم أو في ملاجئ قبل بدء وضعهم في منازل التمريض.

وتتفق الدراستان في تناولهما لمرضى الفشل الكلوي غير أن الدراسة الراهنة أعم وأشمل حيث تتناول دور الخدمة الاجتماعية في رعاية مرضى الفشل الكلوي.

دراسة Kiebert, G. M. ، بعنوان "نوعية الحياة بعد زرع الكلية والبنكرياس معاً أو زرع الكلية فقط بالنسبة للمرضى المصابين بالبول السكري والفشل الكلوي المزمن"، 1994(31)

هدفت الدراسة إلى تقييم نوعية الحياة لمرضى الفشل الكلوي المزمن المصابين بمرض البول السكري بعد عملية زرع مشتركة للكلية والبنكرياس أو الكلية فقط.

وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها 17 مريضاً بالفشل الكلوي المزمن والبول السكري أجريت لهم عملية زرع ناجحة للكلية والبنكرياس، وعلى 11 مريضاً تعرضوا لفشل عملية الزرع سواء للكلية فقط أو الكلية والبنكرياس، و 23 مريضاً ممن نقلت إليهم الكلية فقط يمثلون مجموعة المقارنة (المجموعة الضابطة).

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- جاءت درجات المرضى الذين أجريت لهم عمليات ناجحة لزرع الكلية والبنكرياس معاً أعلى من المرضى الذين أجريت لهم عملية زرع كلية فقط بمعنى القابلية للتحرك في الوظائف والأنشطة اليومية.

- ظهر أن المرضى الذين فشلت العملية التي أجريت لهم سواء الكلية والبنكرياس أو الكلية فقط يعيشون معاناة أكثر، وطاقة أقل، وعزلة اجتماعية أكثر من المرضى الذين نجحت عملية الزرع بالنسبة لهم.

- كان الدافع الأساسي لكلا المجموعتين لاختيار العلاج من خلال عملية زرع

الأعضـــاء هو التخلص من عبء الغســـيل الكلوي، وإيقاف التدهور الواضح في صحتهم وممارسة نوعية أفضل من الحياة.

وتتفق هذه الدراســة مع الدراســة الراهنة في تناولها لموضـــوع مرضـــى الفشـــل الكلوي ولكنها لم تتطرق لدور الخدمة الاجتماعية في رعاية هؤلاء المرضى الذي يعد أشم وأعمل وهو ما تتميز به الدراسة الراهنة.

دراسة Rosenberge, Jaroslov ، بعنوان "التنبؤات المتوقعة للمحافظة على الحالة الصـــحية للمرضـــى بعد زرع الكلى"، (32)2006

هدفت الدراســـة إلى التعرف على معدلات الوفيات والإصابة بالأمراض وتحسن نوعية الحياة للمرضـــى بعد عمليات زرع الكلى مقارنة بأولئك الذين يقومون بعمليات الغسيل.

وطبقت الدراســـة على عينة قوامها 138 مريض بعد زرع الكلى، واعتمدت على الاستبيان كأداة لجمع البيانات.

وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود اختلافات كبيرة في المؤشرات للتنبؤ بالمحافظة على الحالة الصحية لجميع الفئات العمرية.

- بالنســبة للمرضـــى من الشـــباب فتعتمد المحافظة على الحالة الصـــحية لهم على وظيفة الكلى والدعم الاجتماعي، أما بالنسبة لمتوســـطي العمر فكان التعليم والعمل وممارســـة الأنشـــطة هو الأكثر أهمية، أما المرضى الأكبر سناً فيتأثر مؤشر المحافظة على الحالة الصـــحية لهم على الإصـــابة المتعاقبة بالأمراض.

وتتميز الدراســـة الراهنة عن هذه الدراســـة بتناولها لدور الخدمة الاجتماعية في رعاية مرضى الفشل الكلوي الأمر الذي لم تتطرق له هذه الدراسة، كما أن هذه الدراسة تختلف عن الدراســـة الراهنة في اعتمادها على الاستبيان كأداة لجمع البيانات في حين تعتمد الدراسة الراهنة على دليل دراسة الحالة.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

من خلال اســـتعراض الدراســـات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة استطاع الباحث أن يحدد أهم أوجه الاستفادة منها بشكل عام كالتالي:

- ساهم تنوع هذه الدراسات في توجيه مسار الدراســـة وخاصـــة من ناحية الأطر النظرية التي استخدمتها وكيفية تفسير وتحليل النتائج.

- اســـتفاد الباحث من المناهج البحثية التي اعتمدت عليها هذه الدراســـات في تحديد المنهج الملائم لدراسته بالإضافة إلى التحقق من الاختيار المناســـب للأدوات البحثية التي تمكنه من جمع البيانات الميدانية.

- أوضـــحت نتائج هذه الدراســـات دور الأخصـــائي الاجتماعي الطبي داخل المؤسسات الطبية والعقبات والصعوبات التي تواجهه عند القيام بمهام عمله مما قد يســـاهم في إثراء هذه الدراسة.

مرض الفشـــل الكلوي ودور الأخصـــائي الاجتماعي في المستشفى

تمهيـد:

تشـــكلت ثنائية الصـــحة والمرض منذ زمن بعيد، عندما انتشـــرت الأمراض الوبائية وغيرها من الأمراض الأخرى. وقد يختلف مفهوم الصحة من شخص لآخر ومن مجتمع لآخر، فهي مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنســـان. فلم يعد المرض يقتصـــر على الشـــكوى من الاضـــطرابات العضـــوية بل الشكاوى الاجتماعية والعاطفية والسيكوباتية أيضـــاً، ولم يهتم علماء الاجتماع بمفاهيم المرض أو أسبابه الاجتماعية في المجتمعات الغربية إلا منذ عشـــرين ســـنة أي منذ بداية السبعينات (33).

إن المتتبع لتطور فكرة المرض عبر العصـــور المختلفة، يجد أن البدائيين كانوا يعتقدون أن حياتهم تحكمها أرواح خيرة وأخرى شـــريرة، ولذلك كان من الطبيعي أن ينسبوا المرض إلى تسلط روح شريرة على الشـــخص المريض، وأن يكون الكاهن العالم بوسائل الأرواح هو الطبيب المعالج.

وفي أوائل العصر الأغريقي تغير تفسير المرض، ليصبح نتيجة لأسباب فوق طبيعية كعقاب تنزله الآلهة على البشر. وبظهور (أبوقراط) في العصر الذهبي للأغريق أدرك الأطباء بطلان هذه النظرية، وتعلموا أن ينظروا إلى الأمراض على أنها ظواهر طبيعية تدرس وتراقب.

ومع تقدم علم الأمراض الحديث ظهر تفسير أدق لطبيعة المرض، وأصبح ينظر إليه باعتباره نتيجة عدة عوامل مجتمعة، وبدأ النظر إلى الإنسان ككل متكامل (34).

ويعرف المرض من الناحية الطبية بأنه "ظرف معين يمكن التحقق من صدقه عن طريق الملاحظات الإكلينيكية والاختبارات المعملية المختلفة"(35).

والمرض ليس مرادفاً تماماً للاعتلال أو السقم، فالمرض يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة ويؤثر في فردية الكائن الحي وشخصيته.

والاعتلال يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي، والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعي وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين.

والسقم هو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على فردية وشخصية الفرد (36).

مرض الفشل الكلوي:

يعرف الفشل الكلوي بأنه "هبوط كلوي بشكل كلي أو جزئي عن أداء وظيفتها وسميت هذه الحالة بالقصور الكلوي (37).

وهو عجز الكلية عن القيام بوظائفها السوية وهي إفراز نواتج الأيض بمستويات السائل أو تستبقي النسبة المناسبة من الشوارد الكهربائية، وإذا لم يعالج أو يصحح هذا الفشل فإنه يؤدي إلى تسمم دموي (بولينا) ويتناقص إفراز البول، ويتراكم السائل في أنسجة الجسم، أو فرط في بوتاسيوم الدم مما يحدث ضعفاً عضلياً وتوقفاً في القلب. ويعرف الفشل الكلوي أو عدم كفاءة الكلية بأنه حالة فقد جزئي أو كلي لوظائف الكلية، وهذا الفشل لا يحدث إلا بعد تدمير حوالي 75% من النفروتات العامة بالكلية، وهو من الأمراض التي تصاب بها الكلية والذي عرف بأنه قصور في أداء الكلية لوظائفها الطبيعية، نتيجة الإصابة بأي مرض من الأمراض كارتفاع ضغط الدم، الدرن.. الخ، مما يؤدي إلى تراكم وتجميع السموم والفضلات في الدم وينعكس بشكل سلبي على صحة الإنسان المصاب بالفشل الكلوي.

والفشل الكلوي يمكن أن يكون حاداً أو مزمناً، الفشل الكلوي الحاد غالباً يحدث بطريقة سريعة على العكس الفشل الكلوي المزمن عادة في تطور مستمر بطئ ويتطلب بدء الغسيل الدموي أو زرع الكلية لإعطاء فترة إعاشة أطول (38).

أنواع الفشل الكلوي:

1- الفشل الكلوي الحاد:

يعني حدوث فشل مفاجئ لوظائف الكلى خلال ساعات أو أيام عند شخص طبيعي دون وجود مرض سابق بالكلى، ويختلف هذا النوع من الفشل عن الفشل الكلوي المزمن بأنه قابل للشفاء إذا تم تشخيصه في مرحلة مبكرة مع علاج السبب الذي أدى لحدوثه.

2- الفشل الكلوي المزمن:

ويحدث فيه نقص في وظائف الكلى وقد تتراوح مدته من عدة أشهر إلى أعوام، وينتهي بإصابة الكلى بالضمور والتلف (39).

أعراض مرض الفشل الكلوي:

أعراض الفشل الكلوي الحاد:

قد لا يشكو المريض من أي أعراض لعدة أيام بعد توقف الكلى عن العمل بصفة حادة وذلك إلى حين تجمع كمية كافية من السموم لإحداث الآثار الإكلينيكية الملموسة إلا أن بعض المرضى يمكنهم ملاحظة نقص حجم البول وخاصة عند وجود انسداد بالحالب حيث يكون المغص الكلوي إشارة واضحة وتبدأ الشكوى الناتجة عن تسمم الفشل الكلوي (تسمم البولينا) عادة في اليوم الرابع أو الخامس من حدوث الفشل الكلوي

الحاد وتبدأ الأعراض بالغثيان أو القيء وقد يصاحبها بعض الاضطرابات في الأمعاء كالانتفاخ أو المغص أو الإسهال وتزداد حدة هذه الأعراض في الأيام التالية ويضاف إليها بالتدريج الأعراض الأخرى للفشل الكلوي الحاد وتشمل:

- زيادة عمق التنفس وسرعته دليلاً على زيادة حموضة الدم وصعوبة التنفس عند احتقان الرئتين أو الإحساس بألم أثناء التنفس عند حدوث التهابات بالغشاء البلوري نتيجة ترسب بلورات البولينا، تنميل بالأطراف وضعف بالعضلات مع رعشة.

- الدوخة وعدم القدرة على التركيز مع الرغبة في النوم التي تزداد إلى أن تصل إلى مستوى الغيبوبة.

- خفقان واضطرابات النبض مع ألم بمنطقة القلب.

- خفقان بالجلد والأغشية المخاطية خاصة بالفم والبلعوم.

أعراض الفشل الكلوي المزمن:

لا يسبب الفشل الكلوي أعراضاً إلا في المراحل المتأخرة وهذه الأعراض تشمل ما يلي:

- ارتفاع ضغط الدم.

- فقدان للشهية ورغبة في القيء وذلك نتيجة تراكم المواد السامة في الجسم.

- زيادة السوائل في الجسم وتورم الساقين، وقد تصل السوائل إلى الرئة فيشعر المريض بضيق في التنفس وألم شديد بالصدر وذلك نتيجة للتغير في كمية البول التي يتم إفرازها وزيادة كمية الصوديوم.

- قصور في نمو الجسم، ويكون ذلك أكثر وضوحاً لدى الأطفال.

- ضعف جنسي لدى الرجال وانقطاع الطمث عند النساء وتسمم الحمل.

- انخفاض مستوى الكالسيوم نتيجة لزيادة نسبة الفوسفور مما يؤدي إلى ضعف العظام فيشعر المريض بالضعف والإجهاد.

- فقر الدم الشديد نتيجة لنقص هرمون الاريثروبوتين (40).

أسباب الفشل الكلوي:

1- أسباب مرضية:

- ضغط الدم المرتفع.

- مرض السكر.

- الالتهابات البكتيرية المزمنة بالكلى.

- أمراض الجهاز المناعي مثل مرض الذئبة الحمراء.

- الأدوية ومنها بعض أنواع المسكنات.

- حصى الكلى.

- انسداد المسالك البولية وارتجاع البول.

- هبوط مفاجئ في تدفق الدم للكليتين ناتج عن نزيف زائد.

2- أسباب وراثية:

تتمثل هذه الأسباب في وجود عوامل وراثية لدى المريض تسهم في إصابته بأحد أمراض الكلى الوراثية ومن ثم الفشل الكلوي، ومن أكثر الأمراض المعروفة تكيس الكلى، وقد تظهر أعراض هذا المرض منذ مرحلة الطفولة أو قد تظهر في مرحلة عمرية متأخرة (41).

علاج الفشل الكلوي:

تنقسم طرق علاج الفشل الكلوي إلى نوعان:

1- العلاج التحفظي:

ويعني أن المرض لم يصل بعد إلى مرحلة الفشل الكلوي النهائي وأنه لا يحتاج إلى عمل جلسات كلى صناعية ويتمثل العلاج في الخطوات التالية:

- نظام غذائي دقيق يقوم على خفض نسبة الروتينات التي يتناولها المريض في الوجبات.

- أدوية لعلاج الأنيميا المصاحبة للفشل الكلوي كالحديد والفيتامينات وعلاج ضغط الدم والمحافظة على نسبة الكالسيوم في

الجسم وتحديد كمية السوائل التي يمكن للمريض تناولها يومياً والابتعاد عن الأطعمة الغنية بالبوتاسيوم (42).

2- العلاج بالكلى الصناعية:

ويوجد منها نوعان:

أ- الغسيل البريتوني: تتم هذه العملية عن طريق حقن لتر أو لترين من محلول الاستصفاء البريتوني داخل تجويف البطن (الغشاء البريتوني) عن طريق إدخال أنبوب لين في تجويف البريتون تحت مخدر موضعي ويبقى طرفه الآخر خارج البطن مع وجود عدة ثقوب في طرف الأنبوبة داخل البطن ليدخل ويخرج منها المحلول المستخدم في الغسيل ويمكن إجراء هذه العملية في المستشفى أو في المنزل بعد تدريب المريض أو أحد أفراد العائلة على الخطوات الصحيحة التي تتضمن عدم دخول أي مكروبات في تجويف البطن.

ب- الاستصفاء الدموي: وتتم هذه العملية عندما يقرر الطبيب أن حالة مريض الفشل الكلوي قد أصبحت فشلاً كلوياً نهائياً وأنه يجب أن يقوم بعمل استصفاء دموي وفي هذه العملية يتم الحصول على الدم من المريض ثم يبقى في الماكينة ويعاد إلى المريض مرة ثانية وذلك عن طريق خراطيم (أنابيب) تتصل بالمريض (43).

الآثار النفسية والاجتماعية الناتجة عن الإصابة بالفشل الكلوي (44)

أ- الآثار النفسية:

- تغير طرق استجابة المريض للمواقف المختلفة.
- تغير نظرة المريض إلى نفسه.
- تغير في الحالة الانفعالية والمزاجية للمريض.

ب- الآثار الاجتماعية:

- عدم قدرة المريض على القيام بمسئوليات الحياة اليومية.
- تغير في نوع التغذية وكميتها.
- ارتفاع تكاليف العلاج المطلوبة وما يرتبط بها من ارتفاع الأعباء المالية المترتبة عليها.
- التغيرات التي تطرأ على علاقات المريض بالآخرين.
- اعتماد المريض على الآخرين ورغبته في العزلة والانسحاب من الحياة الاجتماعية.
- عدم القدرة على الاستمرار في العمل وما يترتب عليه من فقد مصدر الرزق.
- اتساع وقت الفراغ لدى المريض وصعوبة اختيار وسائل الترويح المناسبة.
- صعوبة السفر والتنقل لعدم ملاءمة الجهد المبذول للحالة الصحية للمريض.
- عدم القدرة على أداء المسئوليات والالتزامات الأسرية.

الأخصائي الاجتماعي ودوره في المجال الطبي:

أصبحت أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي وجهوده الفنية تتكامل مع أدوار الطبيب بحكم تخصصه في مهنته، لكي يحصل المريض على أكبر استفادة ممكنة من الفرص العلاجية المقدمة له حتى يصل إلى العلاج الكامل، ويصبح عضواً نافعاً منتجاً في المجتمع.

ولذلك أصبح قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بما له من أساليب فنية وجهود مهنية، يمارس داخل المؤسسات العلاجية الطبية، وهذا القسم لا يعتبر قسماً مستقلاً بذاته ولكنه جزء لا يتجزأ من المؤسسة الطبية، لأن هذه المؤسسة هي الميدان الأصلي الذي تمارس فيه الخدمة الاجتماعية الطبية.

وأصبح الأخصائي الاجتماعي الطبي يشترك مع فريق العمل العلاجي كعضو عامل داخل هذا الفريق، ويدين بالولاء للهدف الموحد هذا الفريق وهو نجاح الخطة العلاجية بما يتطلبه من سيطرة على بيئة المريض، وتعديل في ذاته ليصل به إلى الشفاء ليعود عضواً منتجاً من أعضاء المجتمع، له ذاته وكيانه وصلاته فهو ليس جسم مريض يتطلب العلاج إنما هو

إنسان له قيمته وكرامته واحترامه، قادر على التوافق مع بيئته والمجتمع (45).

الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي الطبي:

من المعروف أن النجاح في عمليات الإعداد المهني في أي تخصص يتوقف على أمرين غاية في الأهمية، لا يستطيع الاستغناء بإحداهما عن الآخر:

أولهما: الاستعداد الشخصي للفرد، وهو ذلك الميل تجاه عمل بعينه أو الرغبة في معرفة كل ما يتعلق به.

ثانيهما: الإعداد المهني بشقيه النظري والعملي، والذي من خلالهما يكتسب ويحصل على مجموعة الخبرات والمهارات التي سيصقل بها استعداده الشخصي، حتى يكون معداً للقيام بأعباء، اعمال مهنته على خير وجه.

فالاستعداد الشخصي بمفرده، دون إصقال من المعرفة أو المران أو الخبرة تُعد ضرباً من العشوائية والارتجالية. والإعداد المهني بمفرده دون استعداد شخصي من الفرد هو عبء ثقيل أكثر ما نتوقعه منه هو الحد الأدنى من ال عمل، أو حد الكفاف ولا نتوقع منه شيئاً من العطاء أو الجودة أو التطوير والإضافة والإبداع (46).

1- الاستعداد المهني:

تتمثل الخطوط العريضة للصفات التي يجب أن تتوافر إلى أقصى حد ممكن في ممارسي الخدمة الاجتماعية الطبية، وهي (47)

أ- قدرات جسمية وصحية مناسبة بالقدر الذي يؤهلهم للقيام بأعباء مهامهم من جانب، وبالقدر الذي لا يثير في العملاء من المرضى أحاسيس الإشفاق أو الرثاء من جانب آخر.

ب- اتزان الشخصية، بالقدر الذي يكون معه متزناً انفعالياً قادراً على ضبط النفس، ذو ردود فعل مناسبة، لا تشوبه نزعات الدفاع وعدم تحمل المسئولية.

جـ- اتزان عقلي مناسب بالقدر الذي يكون فيه نسبة ذكاء مناسبة ومنظم الفكر، مع سرعة بديهة، مع بعض القدرات الخاصة كالقدرة التعبيرية واللفظية، ويتضمن مجموعة من المعارف والمعلومات العامة من العلوم المهنية المختلفة.

د- قيم اجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية بالدرجة التي تجعل يتميز بالموضوعية من جانب، ويستطيع السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانباً حينما يتصدى لمساعدة الآخرين من جانب آخر، ومن أبرز هذه القيم الاجتماعية حب الناس وسعة الصدر، والتجاوب، والبعد عن الأسلوب الانتقادي أو التهكمي وتقبل الأشياء غير المعتادة، ولا يظهر استياءه منها، وحسن السمعة.

هـ- الإنصات الجيد، والانتباه الكافي، والذي من خلالهما يمكن إدراك وجهات نظر المريض من جانب، والقائمين على علاج المريض من جانب آخر، وأن تتوفر لديه الشجاعة الكافية التي تعفيه من الخوف المرضي من العدوي.

2- الإعداد المهني:

ويشمل الإعداد المهني جانبين، أحدهما الإعداد النظري وهو يساعد على تكوين الإطار النظري المكون من القوانين والنظريات والمفاهيم والقيم والمبادئ والأساليب والأدوات التي تهدي الممارس وترشده في مجال عمله حتى يكون عملاً علمياً مبرأ من العشوائية والارتجال.

والآخر التدريب العملي، ومن خلاله تتاح فرصة للمتعلم، أن يمارس ويطبق إطاره النظري في الواقع العمل الميداني، وأن يتمرس على تطبيق القوانين، والنظريات والمفاهيم والمبادئ والأساليب والأدوات فيقل خطأ التنفيذ من جانب، وتقل رهبة ممارسة المهنة ويتم الاعتياد عليها من جانب ثان، ويساعد ذلك على ارتفاع كفاءة الأداء للمتعلم، مما يضمن معه توصيل الخدمة إلى مستحقيها بأفضل أسلوب ممكن من جانب ثالث (48).

أدوار الأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي:

أولاً: أدوار للأخصائي الاجتماعي الطبي في خدمة الفرد (49)

1- استقبال المريض سواء عند الالتحاق في المستشفى أو بعد التحاقه بالأقسام المختلفة بالمستشفى.

2- فتح ملفات لكل مريض يتضمن المعلومات الخاصة بمرضه وظروفه الاجتماعية وأساليب العلاج وحالته الاقتصادية وظروف عمله.

3- المتابعة اليومية لحالات المرضى في الأقسام المختلفة بالمستشفى والرد على استفسارات المرضى.

4- حل المشكلات اليومية التي تعرض المرضى في الأقسام المختلفة بالمستشفى.

5- كتابة تقرير يومي عن الحالات والمشكلات ورفعها إلى إدارة المستشفى.

6- كتابة تقرير دوري ورفعه لإدارة المستشفى لبيان نوع وحجم الخدمات المؤدة للمرض وكذا المعوقات التي تعترض سير العمل والمقترحات الخاصة لمواجهتها.

7- حل المشكلات الاقتصادية للمرضى الذين يعانون ظروفاً اقتصادية صعبة.

8- حل مشكلات العمل للمرضى وإبلاغهم بالحالة المرضية وما يتطلبه في ضوء حالتهم المرضية.

9- دراسة الظواهر الفردية المنتشرة بين المرضى وكتابة التقارير الخاصة بذلك.

10- عمل الإحصاءات الدورية عن الخدمات الاجتماعية المقدمة للمرضى.

11- دراسة الجوانب الاجتماعية للمجالات النفسية من المرضى لتكامل العلاج مع الأطباء والأخصائيين النفسيين.

12- القيام بالأعمال الخاصة بالحالات الفردية المحالة من إدارة المستشفى والمتقدمين من المرضى أو المكتشفة أثناء المرور.

13- تجميع المعلومات الخاصة بأسرة المريض وظروفه الأسرية لأخذها في الاعتبار أثناء وضع الخطة العلاجية.

14- تزويد الأطباء بالمعلومات عن المريض للمساعدة في العلاج.

15- الإشراف على تدريب طلاب الخدمة الاجتماعية على كيفية التعامل مع الحالات الفردية الطبية.

16- تتبع الحالات بعد الخروج من المستشفى لضمان سير الخطة العلاجية كما خطط لها ومنع انتكاسة حالة المريض.

17- القيام بعمل التدعيم النفسي لتخفيف حدة التوتر والقلق لدى بعض المرضى مثل المرضى بالسكر أو ضغط الدم أو الأمراض القلبية أو الأمراض السرية والتناسلية مثل الإيدز أو الالتهاب الكبدي الوبائي أو الدرن أو الجذام أو الفشل الكلوي.. الخ.

18- وضع خطة تأهيلية اجتماعية ونفسية للمريض لممارسة الحياة بصورة طبيعية بعد إتمام العلاج.

19- عرض الحقائق حول المرض وتوضيح ضرورة التعامل مع هذه الحقائق وشرح النتائج المترتبة على عدم استمرار العلاج.

20- توعية الأسرة بأخطار المرض وآثاره وكيفية التعامل مع المريض بصورة صحية صحيحة وكيفية اتباع القواعد الصحية لتفادي انتشار المرض بين أفراد الأسرة.

21- اتخاذ إجراءات التحويل المناسب إلى المؤسسات الطبية الأخرى لمن تتطلب حالاتهم ذلك.

22- الإسهام في البرامج الإرشادية والإعلامية لسكان المجتمع سواء داخل المؤسسة الطبية أو خارجها.

23- القيام بما يسند إليه من أعمال تتعلق بحالات المريض من إدارة المؤسسة الطبية.

ثانياً: أدوار الأخصائيين الاجتماعيين في ممارسة (طريقة خدمة الجماعة):

لقد زاد الوعي مؤخراً باهتمام المجتمعات بمهنة الخدمة الاجتماعية لما لها من إسهامات فعالة في حل كثير من المشكلات التي تواجه الأفراد والجماعات والمجتمعات. فهي مهنة لها فلسفتها وأهدافها ومبادئها وطرقها وأخلاقياتها الخاصة بها، مما ساعد على تنوع وتعدد مجلات الخدمة الاجتماعية التي تسعى في الدرجة الأولى لمساعدة الأفراد والجماعات من خلال تنمية قدراتهم والوصول إلى تحقيق علاقات مرضية ومستويات ملائمة من الحياة في إطار احتياجات وإمكانيات المجتمع. فالمجال الطبي يعد مجالاً حيوياً وهاماً من مجالات الخدمة الاجتماعية والذي يمارس في المؤسسات الطبية (المستشفيات، المستوصفات، المراكز والعيادات الصحية المختلفة) لمساعدة المرضى باستغلال إمكاناتهم الذاتية وإمكانات مجتمعهم للتغلب على الصعوبات التي تعوق تأديتهم لأدوارهم الاجتماعية وذلك من خلال الاستفادة القصوى من العلاج الطبي ورفع مستوى الأداء الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن أثناء وبعد العملية العلاجية.

كما أن طريقة خدمة الجماعة تعد إحدى طرق الخدمة الاجتماعية الرئيسية والتي ترتكز فلسفتها على أن الإنسان كائن اجتماعي يكتسب خصائصه الإنسانية وسلوكه من تفاعله مع الجماعات التي يعيش فيها، وأن سلوكه الاجتماعي قابل للتغيير والتعديل، وأنه يؤثر ويتأثر بالجماعات التي ينتمي إليها، وأن الجماعة يمكن استخدامها كوسيلة فعالة للتأثير في الفرد. فممارسة خدمة الجماعة في المجال الطبي ما هو إلاّ تأكيد على أن مهنة الخدمة الاجتماعية مهنة إنسانية تهتم بالإنسان سواء في حالة الصحة أو في حالة المرض وتهدف لرفاهية الإنسان وللحفاظ على كرامته وتؤمن بحقه في تنمية قدراته وكفاءته (50).

كما أن ممارستها سيحقق العديد من الأهداف أهمها ما يلي:

1- مساعدة المرضى على مقامة المرض وتغيير اتجاهاتهم نحوه حتى لا يستسلموا له مما يؤدي إلى تقليص حدة التوتر والقلق إزاءه والاستفادة القصوى من أوجه العلاج.

2- تأهيل المرضى تأهيلاً اجتماعياً من خلال الجماعة حتى يستطيعوا أن يقوموا بأدوارهم في الحياة العامة بالشكل الطبيعي، وذلك من خلال مساعدتهم لاستغلال طاقاتهم المتبقية دون إرهاق ووضع الخطط العلمية لها ليتمكنوا من القيام بواجباتهم ومسئولياتهم المختلفة.

3- زيادة التثقيف الصحي لدى المرضى مما ينعكس إيجابيا في زيادة ثقافتهم وثقتهم بأنفسهم وبقدراتهم وبإمكانياتهم الذاتية والتفاعل السليم مع البيئة التي يعيشون فيها.

4- مساعدة المرضى على تنمية مهاراتهم وتعلم مهارات جديدة تتناسب مع حالتهم الصحية.

ثالثاً: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي (تنظيم المجتمع) (51)

1- الاشتراك في وضع الخطط الملائمة للقسم، مع العمل على تطوير استراتيجيات العمل به.

2- توجيه المرضى وأسرهم إلى الموارد البيئية للاستفادة منها.

3- مساعدة اللجان المختلفة في المستشفى على أداء وظائفها واتخاذ قراراتها وذلك بمدها بالبيانات والحقائق عن الموضوعات التي تشكلت هذه اللجان من أجلها.

4- العمل على تحويل الحالات التي تتطلب تحويلها إلى جهات حكومية أخرى مثل مستشفى آخر، أو مؤسسات الرعاية الاجتماعية المختلفة سواء كانت حكومية أو غير حكومية ومتابعة مدى استفادة هذه الحالات من تلك الخدمات.

5- استطلاع رأى المرضى حول الخدمات الاجتماعية والطبية والنفسية التي تقدمها المستشفى لهم.

6- إجراء البحوث الاجتماعية حول بعض الأمراض لمعرفة أثر العوامل الاجتماعية والنفسية فيها.

7- توصيل آراء المرضى ونتائج البحوث إلى الرؤساء المباشرين، وكذلك رفعها إلي الجهات المختصة بما يساعد على تحسين سير العمل.

8- تبنى مشكلات المرضى والدفاع عن حقوقهم إذا تعذر على هؤلاء المرضى الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها طالما أنها تدخل في نطاق عمل المستشفى (عدم إتمام الصفقة وهي حصول المحتاج إلى الخدمة من المسئول عن تقديمها.

9- المساهمة في حل المشكلات الاجتماعية المشتركة للمرضى (بخلاف المشكلات الفردية التي يتصدى لها أخصائي خدمة الفرد).

10- تنظيم حملات توعية بين المواطنين والمرضى الذين تخدمهم المستشفى ببعض الأمراض الموسمية ومسبباتها لاتخاذ الاحتياطات الضرورية لها بما في ذلك الحصول على التطعيمات اللازمة لها.

11 - تنظيم حملات توعية بين طلاب المدارس والجامعات حول بعض الظواهر السلبية مثل الإدمان - تلوث البيئة - التدخين - وغيرها من الظواهر التي تحتاج إلى وقاية المجتمع منها.

12- الاشتراك في تقويم الأنشطة والبرامج التي يقوم بها القسم من أجل تحسين مستوى العمل في القسم.

13- دعم العلاقات بين العاملين في أقسام المستشفى المختلفة وذلك عن طريق تنظيم لقاءات بينهم في المناسبات المختلفة، وكذلك تنظيم الرحلات (إلى المدينة مثلاً) بما يتيح لهم الفرصة لتنمية العلاقة بينهم خارج علاقات العمل الرسمية.

دور الأخصائيين الاجتماعيين في فهم المشكلات والحاجات النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي:

إن فهم الجوانب النفسية والاجتماعية للفشل الكلوي والغسيل الدموي لذو أهمية كبرى للأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع المرضى بهذا المرض لكي يحقق درجة كبيرة من الفاعلية في أداء عمله، والأخصائي الاجتماعي مسئول عن معرفة العوامل النفسية المرتبطة بالغسيل الدموي ليكون قادراً على توضيحها للمرضى، وكذلك لأسر المرضى، بل ولبقية أعضاء الفريق العلاجي، وذلك أن تفسير هذه العوامل بدقة وإحكام ووضوح يمكن أن يساعد بشكل كبير على بلورة خطط علاجية واقعية سواء في النواحي الطبية أو النفسية الاجتماعية.

حيث أن هدف العمل مع مرضى الفشل الكلوي هو مواجهة العوامل الاجتماعية المؤثرة في المرض أو المعطلة للعلاج أو التي تحدث الانتكاسة. وبتحديد هذا الهدف يكون للخدمة الاجتماعية دور أساسي في التأثير على شخصية المريض وأسرته وعمله وعلى فريق العلاج بالمستشفى ذاته.

وعلى هذا تتدخل الخدمة الاجتماعية لمساعدة المرضى وأسرهم في التقليل من مشكلاتهم المرضية ومعاناتهم النفسية والاجتماعية، ومساعدتهم في تحقيق أفضل أداء اجتماعي ممكن، بالإضافة إلى الكشف المبكر عن حالات المرض وبصفة خاصة من يعوزهم الوعي الصحي أو الأنماط النافرة "الرافضة" للعلاج الطبي والعمل على التوعية بالأبعاد الاجتماعية للمرض لكل من المريض والمرشد (52).

الخطوات المهنية للأخصائي الاجتماعي مع مرضى الفشل الكلوي:

1- الاكتشاف المبكر للحالات المصابة:

أ- ملاحظة الأخصائي الاجتماعي الطبي للحالات القادمة إلى العيادة الخارجية حيث تعرض هذه الحالات على الأطباء لتقرير نوعية الإصابة ثم يتولى الأخصائي الاجتماعي بعد ذلك دراسة العوامل الاجتماعية المؤدية إلى الإصابة بهذا المرض.

ب- أو أثناء مرور الأخصائي الاجتماعي الطبي على الأقسام الداخلية بالمستشفى واكتشاف مثل هذه لحالات وتقديم التقرير المناسب وفي الوقت المناسب.

جـ- كما يمكن اكتشاف حالات المرض مبكراً من خلال الأخصائي الاجتماعي بالمدارس (ابتدائي، متوسط، ثانوي، أو المرشد الأكاديمي بالجامعة) وذلك من خلال حصص النشاط.

إن هذا الاكتشاف المبكر للحالات يستتبعه تشخيص مبكر يساعد على مواجهة المرض قبل تمكنه من جسم المريض. ويسهم من جانب آخر في إبراز مكانة الأخصائي الاجتماعي في فريق العلاج الطبي.

2- الإدراك العام لموقف المريض:

ونعني بذلك قيام الأخصائي الاجتماعي بالحصول على المعلومات والحقائق التي توضح الجوانب الشخصية والاجتماعية للمرضى. وقد يتعرض الأخصائي الاجتماعي في ذلك للتاريخ التطوري للمريض لمعرفة ما إذا كان هناك امتداد للمرض في طفولة المريض أو في أسرته. وفي إطار استفادة الأخصائي الاجتماعي من نظرية الأزمات يمكنه أن يحدد العوامل الذاتية والبيئية التي تفاعلت في الموقف الذي يعاني منه المريض بغرض وضع خطة العلاج المناسبة مراعياً في ذلك حالة المريض الصحية والاجتماعية وإمكانات المستشفى لتقديم المساعدة الفورية للمريض.

3- تقدير الاحتياجات الأساسية للمرضى وعمل الأولويات:

ويشمل ذلك دراسة دقيقة لكل مريض والتعرف على أهم المشكلات التي يعاني منها مع التعرف على إمكانات المستشفى وما يمكن أن توفره من برامج اجتماعية لمواجهة هذه المشكلات. وكذلك التعرف على المؤسسات الموجودة بالمجتمع وكيفية الاستفادة من الخدمات التي تقدمها بحيث لا تتعارض مع خدمات المستشفى، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بعدد من المقابلات المهنية مع المريض أو الأسرة ويستخدم في ذلك وسائل متعددة حسب نوعية الحالة، وتكون المحصلة النهائية هو التقدير الحقيقي للمشكلات ورسم خطة العلاج الطبي والاجتماعي.

كما يشمل هذا الدور قيام الأخصائي الاجتماعي الطبي بما يلي:

- معاونة المريض على مواجهة المشاعر السلبية المصاحبة للمرض.

- إبراز ما قد يكون لدى المريض من قدرات وخبرات ومهارات يمكن استغلالها وتدريبها والاستفادة منها.

- شرح حقيقة المرض للمريض وتوضيح دلالات بعض المصطلحات الطبية والتي قد يكون لها ارتباط بتخوفه من العلاج ومعاونته في تنفيذ خطة العلاج بدقة.

- إعداد المرضى لتقبل بعض أنواع الفحوصات الطبية التي قد يرفضونها إذا لم يسبقها تعريف وتوضيح لأهميتها وعلاقتها بخطة العلاج.

- شرح وظيفة المؤسسة الطبية أو العيادة ودور كل من الفنيين فيها بالنسبة للمريض.

- مساعدة المريض في الحصول على ما يستحق من أموال من قبل الهيئات والمؤسسات أو حفظ حقوقه لحين إتمام شفائه من مرضه وخروجه من المستشفى.

- تشجيع الاتجاهات والآراء الإيجابية التي يبديها المريض والتي تهيئ له فرصة القيام بمهامه الأسرية والمجتمعية.

وفي ذلك يستخدم الأخصائي الاجتماعي التسجيل الدقيق لكل العمليات المهنية التي يقوم بها مع المريض، وأن يدون هذه البيانات في سجل خاص (ملف) يوضح كافة المتغيرات الجسمية والصحية والنفسية والاجتماعية حتى يمكن للطبيب أن يتابع التاريخ الاجتماعي للمرض، كما يمكن من تتبع حالات المرضى المنقطعين عن العلاج أو غير المنتظمين فيه والتعرف على أسباب ذلك ومواجهة هذه المشكلة قبل أن تؤثر على المستوى الصحي العام للمريض بما يمكن المستشفى من أداء رسالتها العلاجية والوقائية.

4- إشراك الأسرة في خطة العلاج:

للأســـرة دوراً حيوياً في خطة العلاج، حيث أنها تتابع سـير العلاج مع المريض ولفترات طويلة من الزمن، لذا يتطلب دور الأخصائي الاجتماعي مع الأسرة ما يلي:

أ- توفير البيانـات والمعلومـات الكـافيـة عن المرض، وتعريف الأسـرة بوضـع المريض وما يعانيه من مشـــكلات، ومســـتقبل حالته الصحية، وهذه البيانات سوف تساعد الأسرة على الإقلال من مشـــاعرها الســـالبة نحو المرض والمريض وعلى فهم واضح لعمليات العلاج وما يمكن للأسرة أن تساعد فيه.

ب- إعطاء الفرصـــة لأفراد الاســـرة للتعبير عن مشـــاعرهم والتعرف على نقاط القوة بها وكيفية الاستفادة منها في خطة العلاج.

جـــ- البحث عن مصـــادر تســـاعد الأســـرة اقتصـــادياً نتيجة إصـــابة رب الأســـرة أو أحد أفرادها بـالمرض المزمن أو إيجـاد فرصـــة عمل للمريض تتناسب وحالته الصحية.

د- يستخدم الأخصائي الاجتماعي مع الأسرة عمليات التعليم والنصـح واسـتخدام وسـائل الإيضـاح السـمعية والبصـرية والكتيبات لكل الجوانب المتعلقة بالمرض المزمن.

هـــ- عقد لقاءات جماعية لأسـر المصـابين بـالأمراض المزمنـة وتبـادل وجهـات النظر حول أنسـب أسـاليب التعاون بين هذه الأسـر وبعضـها لخدمة المرضـى وإمكانية التنسـيق بين المســـتشـــفى وهذه الأســـر في لقاءات شهرية.

المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي:

تعتمد الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع مرضى الفشل الكلوي على ما يلي:

1- ضـــرورة الاهتمـام بكـل من المريض كـإنســـان لـه طـاقـة يمكن المحـافظـة عليهـا وإحداث التوافق بينـه وبين البيئـة وذلـك من خلال التعرض على شـــخصـــيـة المريض وطبيعة البيئة وأسلوب الاتصال بينها باعتبار أن هذه الجوانب ضـــرورية لتحديد أولويات التدخل المهني وإحداث التوافق بين المريض والبيئة.

2- إن وحدات التعامل مع المرضى تتمثل في (المريض – الأســـرة – الفريق المعـالج – الخدمـات المتكـاملـة) وهذا يتضـــمن معرفة الأخصائي لما يلي:

أ- إجراءات حل المشكلة

ب- توجيه مشاعر الحزن والألم.

جـ- بث روح الأمل والتفاؤل.

د- وقاية وحماية ذات المريض.

3- أن يـدرك الأخصـــــائي الاجتمـاعي أن المريض وما يعانيه من مشـكلات وأيضـاً أن أسـاليب الاتصـال بين الأشـخاص المتفاعلين في الموقف الذي يتعامل معه غير ثابتة ولذلك على الأخصائي فهم أشكال التغيير التي تؤثر على الموقف والتي يؤثر بهـا المريض على من يحيطون به.

4- أن يكون الأخصـــائي يقظاً وواعياً لكل التغيرات التي تحدث والمرتبطـة بـالســـلوك والبيئة والتفاعل وكافة ما يتعلق بالمرضى.

5- أن مسئوليات الأخصائي ذات ثلاثة أبعاد:

- معاونة الطبيب المعالج من خلال توضـيح الظروف الاجتمـاعيـة والبيئيـة الخـاصـــــة بالمريض.

- مســـاعدة المرضـــى على الالتزام بأوامر الطبيب. (53)

الإطار المنهجي وإجراءات الدراسة: -

1-منهج الدراسة: -

اسـتخدم الباحث منهج دراسـة الحالة كمنهج اسـاسـي لأهميته المباشـرة في الوصـول الى المبتغى العلمي، وللحصول على نتائج ترتبط ارتباطـا مبـاشـــرا بـأهداف البحث من خلال الحـالات الفرديـة التي تحمـل الخصـــائص العامة والاجتماعية لمجتمع البحث.

2-عينة الدراسة: -

كانت عينة الدراســة قصـــديه منتظمة، فقد اقتصـرت الدراسـة على خمس حالات فردية بصورة قصديه ومباشرة للوقوف على الهدف

العلمي للدراسة، حيث استملت العينة على خمسة (5) مرضي مصابون بالفشل الكلوي

3-أدوات الدراسة: -

أ-المقابلة: كانت المقابلة اداة البحث الاساسية والرئيسية فقد قابل الباحث (5) حالات ودلك تبعا لخطة الدراسة العلمية وكانت جميع المقابلات فردية وغير مقننة، لكي تترك نوعا من المرونة وتعطي حرية أكثر للمبحوث في التعبير عن رأيه وعن افكاره وملاحظاته وبالتالي تكون أكثر صدقا وجدية.

ب-الملاحظة: اتبع الباحث الملاحظة البسيطة والملاحظة بالمشاركة من خلال الزيارة الميدانية للمصابين بالفشل الكلوي وأسرهم.

وقد عمد الباحث الى مقابلة مجموعة من المصابين بمرض الفشل الكلوي، وتجدر الاشارة الى ان بعض الحالات تعذر مقابلتهم ومساعدتهم لأسباب لم يفصحوا عنها، وقد استقر الامر على دراسة (5) حالات وهي موضحة كما يأتي: -

الحالة الاولى:

الاسم: (أ. م. ص). النوع : ذكر . الحالة الاجتماعية: متزوج العمر: 46 سنة. عدد الابناء: خمسة اطفال. المستوى التعليمي ماجستير هندسة ميكانيكية. جهة العمل: شركة نفطية. الوضع الاقتصادي العائلي جيد جدا. ويتقاضى مرتب 2500 د.ل.

قال السيد (أ. م. ص) عند معرفتي بالمرض دخلت في جو من الحزن واليأس والتفكير السلبي فانا اب لأسرة متكونة من زوجة وخمسة اولاد وكانت علاقتي بأولادي وزوجتي علاقة ممتازة تسودها السعادة والفرح ولكن بعد المرض شعرت بالهزيمة النفسية واليأس.

يقول السيد (ا.م. ص) دخلت الى المصحة التابعة لجهة العمل الذي اعمل فيه وتم اجراء كافة الفحوصات الطبية وأكد لي الطبيب بالمصحة ان هناك ضمور بالكلية وهي غير قادرة على اداء وظيفتها ولابد من اجراء عملية الغسيل. بقية في البيت لمدة يومين اتناول المسكنات حتى بدأت اشعر بانتفاخ في جسمي وفشل كامل تم نقلي الى المستشفى لعلاج الكلى فقاموا بإجراء عملية الغسيل الكلوي لانقاد حياتي من الموت كما قال لي الطبيب بقية في المستشفى حوالى عشرة ايام وقمت خلالها بعملية الغسيل الثانية وخلال هده الفترة انا في حالة نفسية سيئة للغاية ولم احظى بمساندة نفسية واجتماعية الا من زوجتي وأولاد وإخوتي وأقاربي الدين كانوا يأتون لزيارتي طيلة بقائي بالمستشفى بعدها خرجت من المستشفى بقيت يومين ثم قاموا اخوتي وأقاربي بنقلي الى مصحة بتونس العاصمة عملوا لي فحوصات جديدة ليتأكدوا من وضع الكلى وحالتها وأكد لهم الاطباء هناك بان عملية الغسيل الكلوي لازمة وضرورية ولا بديل عنها إلا اجراء عملية الزرع تقبلت الامر ووكلت امري الى الله .تقبلت الامور الصحية وأصبحت اعيش ضغوط اجتماعية ونفسية لأني تركة وظيفتي وابتعت عن علاقاتي الاجتماعية ، قدر زملائي في الوظيفة ظروفي الصحية فكنت اتغيب عن العمل في يوم عملية الغسيل وبعدها اعود الى البيت لارتاح بعد كل جلسة . اما عن المعاناة المادية فيقول الحمد الله ظروفي المادية جيدة ولم يؤثر المرض عليا من الناحية المادية فانا أحظى بتامين طبي من جهة العمل. ويقول اصبحت اليوم مقتنع بما انا فيه وكل همي ألا يتأثر اولادي وزوجتي بما انا فيه، كما يقول بان اسرتي تحاول ايجاد متبرع لإجراء عملية الزرع وكل من يعرفني يقول بأنني مستعد للمساهمة المادية ان وجد المتبرع.

الحالة الثانية:

الاسم: (م . ا . س) .العمر : 51 سنه . النوع : انثى . المستوي التعليمي جامعي الحالة الاجتماعية متزوجة عدد الابناء ثمانية ابناء خمسة بنات وثلاثة اولاد. جهة العمل قطاع الصحة. الدخل الشهري للأسرة 1300د. ل قبل اصابتي بالمرض كنت اشتغل في مركز صحي واستمريت في دلك حتى بعد العلاج بالغسيل الكلوي، توظفت في نفس المركز الصحي في منصب يلائم طبيعة اصابتي، الا ان بمجرد تطور المرض وتعقده

وعندما اصبحت اتعالج بمكينة التصفية لم اعد اعمل بمكان العمل لأني اصبحت اتعب كثيرا حتى في

الايام التي لا اجري فيه العلاج بالغسيل، وبمرور الوقت اصبت بفقر الدم، ونقص الكالسيوم، أصبح جسمي ضعيف، مما يتطلب تغذية جيده وغنية بالفيتامينات ونظرا لهده الحالة توقفت عن العمل وأصبحت اتقاضى مرتبي بطريقة عادية.

نستشف من خلال هدا التصريح توقف هده الحالة عن نشاطها الاجتماعي بعد تعرضها للغسيل الكلوي ودلك نظرا للحال الذي يؤول اليها جسم المصاب بعد عملية الغسيل بمختلف الامراض التي يتعرض اليها، وعند هده الحالة اصابتها بنقص الكالسيوم والأنيميا، وبما انها عاملة في القطاع العام فقد تم التكفل بها ماديا فالعامل في القطاع العام مؤمن اجتماعيا وخصوصا في الامراض المزمنة.

الحالة الثالثة:

الاسم: (ح. ع. س). النوع: انثى. العمر: 39 سنة. الحالة الاجتماعية: متزوجة. المهنة: ربت بيت. المستوي التعليمي: ثانوي. الدخل الاسري 800 د.ل. عدد الابناء: اربعة ابناء. ثلاثة اولاد وطفلة

تقول الحالة انها اصيبت بمرض الفشل الكلوي بعد سنتين من وفاة زوجها الدي توفى بعد سته أشهر اثر اصابته بمرض سرطان الدم.

تدكر الحالة ان زوجها كان يشعر بالألم قوية ويذهب الى المستشفى لإجراء الفحوصات الطبية فانبثت الفحوصات انه يعاني من هدا المرض ، وبعد معاناة زوجي اصبحت اعيش ضغوط نفسية واجتماعية صعبة للغاية ، وتقول اعتقد ان اصابتي بالفشل الكلوي كانت نتيجة الظروف الاجتماعية والضغوط النفسية التي مررت بها بعد وفاة زوجي وبعدها بسنتين بدأت اشعر بالألم وشعور بالتعب والإعياء وكنت متخوفة من الذهاب الى المستشفى وإجراء الفحوصات الى ان اصبح المرض يا خد مني الكثير فقام اخي وعم ابنائي بنقلي الى المستشفى فطلب منهم الطبيب إجراءات الاقامة في المستشفى فالوضع يحتاج الى اجراء فحوصات ومتابعة للتشخيص الكامل للحالة عندها دخلت في غيبوبة ولم اشعر بنفسي الا بعد ساعات والأطباء والممرضين فوق راسي يطمئنوني بان الوضع ليس خطير وان بإمكان الاطباء عمل المطلوب منهم لتخطي المرض كنت افكر في ابنائي ومن سيعولهم ويرعاهم وفي اليوم الثاني دخلت الى غرفة الغسيل لإجراء عملية الغسيل وكانت شكل الآلات مخيفة والوضع داخل اجهزه الغسيل صعب للغاية تقول عملت جلست الغسيل الالي بعدها بدأت اشعر بالراحة ودهب الالم ، من يومها وان اشعر بان حياتي اصبحت رهينة المرض وتقول كنت احاول الا اظهر هده المعاناة امام اولادي بعدها اهلي وأخ زوجي بنقلي الى الباكستان وقالوا بأنهم سوف يبحثون عن متبرع هناك ومهما كانت تكلفت العملية .

وتقول الحالة بفضل الله سهل الله لنا دلك ووجدنا المتبرع وبعد اجراء الفحوصات تطابقاتها مع كليتك وقال لي الطبيب بان الوضع ممتاز وان نسبة التطابق كبيرة جدا وان مشكلتي مع الغسيل الكلوي سوف تحل قريبا قمنا بإجراء العملية وبقيت هناك ثلاثة أشهر لمتابعة العملية وقام الاطباء بإعطائي جملة من الارشادات الطبية وقاموا بإجراء الفحوصات الطبية الدورية لمتابعة حالتي الصحية والحمد الله انا اليوم اتابع حالتي الصحية فقط ولم اعد اتردد على قسم الغسيل.

الحالة الرابعة:

الاسم: (ف. خ . أ) . الجنس: انثى. العمر :43 سنة. المستوى التعليمي: مؤهل متوسط. المهنة: معلمة في مدرسة قطاع عام. الدخل اكثر من 500 د. ل. الاقامة في منطقة قروية. الحالة الاجتماعية: متزوجة ولها 6 ابناء 4 اناث - 2 ذكور.

تقول الحالة (ف. خ. أ) بأنه لا يوجد أحد مكن افراد الاسرة يعاني من مرض الفشل الكلوي ليس لدينا أي معلومات عنه بشكل

كافي وكنت اعاني من الغثيان وانتفاخ في الرجلين ذهبت الى الطبيب قبل سنتين وطلب مني اجراء الفحوصات الازمة وكنت متخوفة جدا من نتائج الفحوصات وبعد معرفة نتائج الفحوصات فان ام لأربعة بنات وطفلين وعشت ضغوط نفسية ومخاوف اجتماعية.

وتقول الحالة اعتقد ان اسباب المرض هو ماء الشرب فنحن نشرب من بئر جوفي وتحليل الماء ثبت ان مياه الشرب بها جبس وشوائب فهي غير صالحة للشرب وليس لدينا مصدر اخر للشرب لأننا نسكن خارج المخطط ولم تصل الينا مياه البلدية. وتقول الحالة باني اصبحت اتعب واشعر بالغثيان وانتفاخ في جسمي وخاصة الرجلين وهده الاعراض دفعتني الى الذهاب للمستشفى، وكانت اخر مره زرت فيها الطبيب قبل الاصابة بشهر عندما تعرضت لبرده والتهاب اللوزتين بعدها بشهر زاد الالم وطلب مني الطبيب اعادة اجراء الفحوصات داخل المستشفى بقية بالمستشفى لمدة اسبوع بعدها قرر الطبيب اجراء اشعة وتحليل كامل وقرر اجراء عملية الغسيل الكلوي لان الوضع لم يعد يحتمل.

وتقول الحالة شعرت بالقلق والتوتر والخوف والحزن الشديد بعد معرفة نتيجة تحليل الدم وصور الاشعة وعندما عرفت التشخيص تعبت جدا بعدها تقبلت الامر وكانت ردة فعلي كبيرة عندما رأيت الالة الغسيل فشكل غرفة الغسيل مخيفة وتعامل الاطباء والممرضات كان جيد وأصبح هدا الموضوع امر واقع ولم ارتاح ألا بعد اجراء جلسة الغسيل الثانية عندما كان الممرض الفني والأخصائية الاجتماعية التي لم تتركني لمدة ثلاثة ساعات وكانت توضح لي الامر وتطمئني بان وضعي احسن بكثير من الحالات الأخرى بعدها بداء التوتر والقلق يزول كان جسمي قبل الغسيل منتفخ بعد الانتهاء من الجلسة ارتحت ودهب الانتفاخ والغثيان وبعد كل جلسة اصبحت علاقتي بالممرضين والأخصائيين الاجتماعيين والأطباء جيده جدا.

بعد عملية الغسيل لم اعد اقوم بواجبي ونشاطي الاسري والاجتماعي بشكل كامل وتحاول بناتي القيام بمساعدتي ويسعى الجميع لراحتي علاقتي بأسرتي كانت جيده والكل يتعامل معي بشكل جيد ويسعى الجميع على مساعدتي في الحصول على متبرع لكي اقوم بعملية الزرع غير انني ارفض دلك.

الحالة الخامسة:

الاسم: (خ . ر. ع) .النوع : ذكر .الحالة الاجتماعية : متزوج .العمر : 60 سنة . عدد الابناء ثمانية ابناء. المستوى التعليمي: أعدادي. جهة العمل: عامل في مصنع اللدائن. الوضع الاقتصادي العائلي جيد. ويتقاضى مرتب 600 د.ل.

يقول السيد (خ . ر. ع) عند معرفتي بالمرض دخلت في جو من الحزن واليأس والتفكير السلبي فانا اب لأسرة متكونة من زوجة وثمانية ابناء وكانت علاقتي بأبنائي وزوجتي علاقة ممتازة تسودها السعادة والفرح بالرغم من الظروف المادية ولكن بعد المرض شعرت بالإحباط والتوتر والخوف واليأس .

يقول السيد (خ . ر .ع) بداء الالم والقي والاعياء الكامل معي فوجدت ابنائي وبناتي معي وكانوا في حزن شديد رأيت هدا على وجوههم واصرت ابتي وزوجها على نقلي الى المستشفى تم نقلي الى مستشفى الزاوية التعليمي ، دخلت الى المستشفى وتم اجراء كافة الفحوصات الطبية وأكد لي الطبيب بضرورة الاقامة في المستشفى ولا بديل عن عملية الغسيل لان وضعي لم يعد يحتمل وقال لي لو لم تعمل جلسة غسيل سريعة ستدخل في تسمم ومشاكل اخري اكبر وان الكلية غير قادرة على اداء وظيفتها ولابد من اجراء عملية الغسيل .

فقاموا بإجراء عملية الغسيل الكلوي لانقاد حياتي من الموت كما قال لي الطبيب بقية في المستشفى حوالى عشرة ايام وقمت خلالها بعملية الغسيل الثانية وخلال هده الفترة انا في حالة نفسية سيئة للغاية ولم احظى بمساندة نفسية واجتماعية الا من

زوجتي وابنائي وإخوتي وأقاربي الدين كانوا يأتون لزيارتي طيلة بقائي بالمستشفى بعدها خرجت من المستشفى بقيت يومين ثم قاموا اخوتي وأقاربي بنقلي الى مصحة بتونس العاصمة عملوا لي فحوصات جديدة ليتأكدوا من وضع الكلى وحالتها وأكد لهم الاطباء هناك بان عملية الغسيل الكلوي لازمة وضرورية ولا بديل عنها إلا اجراء عملية الزرع تقبلت الامر ووكلت امري الى الله . تقبلت الامور الصحية وأصبحت اعيش ضغوط اجتماعية ونفسية لأني تركة عملي واصبحت أشكل عب على اسرتي وزوجتي فبدل من اتكفل انا بالمصاريف الاسرية جعلتهم يتحملون مصاريف العلاج والقيام بنقلي للمستشفى لإجراء عملية الغسيل قام زوج ابنتي بإجراءات وقدم اورقي للحصول على مرتب ضماني يساعدني في مصاريف الاسرة والعلاج وقد تأخر هدا الاجراء ولم احصل على مرتب ضماني الا مؤخرا. ويقول اصبحت اليوم مقتنع بما انا فيه وكل همي ألا يتأثر اولادي وزوجتي بما انا فيه، كما يقول بان ابنائي يريدون التبرع لي لزراعة كلية وان ارفض هدا ولا اريد ان يعاني أحد ابنائي ما أعانيه.

اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة:

1-جميع حالات مرضى الفشل الكلوي التي قام الباحث بدراستها وكانت ضمن المجال البشري تعاني ضغوط اجتماعية ونفسية وليس لديها معلومات عن هدا المرض، واغلب حالات الدراسة لا تقوم بعملية الغسيل الا بعد مراجعة اطباء، او بعد ان تتأزم حالتهم الصحية، ويرجع هدا الى عدم وجود اخصائيين اجتماعيين بالمستشفيات ووحدات الغسيل الكلوي.

2-كانت حالات الدراسة والتي تعاني الفشل الكلوي متباينة بين الجنسين الذكور والإناث كما كانت متباينة في النواحي العمرية ايضا.

3-كان من بين افراد العينة من لهم مستوى تعليمي عالي مثل الماجستير ولكن لم يكن هناك إلا فروق بسيطة في التعامل مع المرض على جميع الاصعدة، فالتأثر بالمرض والانفعالات نفسها باستثناء التمسك بالجانب الديني فقد كان واضحا لدى المتعلمين وأنهم ينظرون الى مرضهم على انه مبتلى من الله عز وجل.

4-كان من الحالات من يعزي سبب المرض نتيجة الاهمال وكان بمكانه تفادي برامج الغسيل لو اهتم بالمتابعة ومراجعة الطبيب بشكل دوري وربما يرجع هدا الى عدم وجود اخصائي اجتماعي طبي على درجة عالية بخطورة هدا المرض يتم من خلاله التعامل مع من يعانون مثل هده المشاكل الصحية.

5-من خلال مقابلة الحالات التي تعاني الفشل الكلوي يشعرون بان ابنائهم وأسرهم تشاركهم المعانات والهزيمة النفسية والاجتماعية وكأنهم هم سبب وجوده، او كأنهم هم المصابون بالفشل الكلوي.

6- تولد لدى بعض المصابين بالفشل الكلوي نوعا من انكار المرض وعدم التصديق وهدا يشدد من صعوبة التكيف مع قسوة المرض والمراحل العلاجية التي يجب اجراءها للمريض ويعكس اشكالا من القلق والتوتر والاضطراب والخوف والغضب وما الى دلك من مؤثرات نفسية على المريض وأسرته.

7-هناك من المرضى بالفشل الكلوي من يعيشون في المعانات على الصعيد النفسي، ودلك لتفكيرهم بان هدا المرض مرتبط بعوامل وراثية يمكن ان يشكل خطرا على حياتهم ويطال باقي افراد اسرهم.

8-اما بالنسبة للجانب الاقتصادي فقد كان اغلب الحالات تنعم بمستوى اقتصادي جيد ولكن المرض اثقل كاهلهم، اد ان تكاليف العلاج الباهظة وخاصة بعد التردد على العيادة الخاصة لتعذرهم اللجو للمستشفى بعد الظروف الامنية التي تمر بها البلاد، وبعد تحول المستشفى المتخصص الى معسكر تسيطر عليه مجموعة خارجة عن القانون.

9-ان محنة المرض وصعوبته ومعاناة المريض خلقت في بعض الاحيان نوعا من التكاتف والتماسك والمودة داخل عائلة

وأقارب المريض لكي يستطيعوا ان يخلقوا جو مشحون بالعواطف والمشاعر والحب تجاه المريض للتقليل من حدت المرض، ولتقديم المساعدة والمساندة النفسية والاجتماعية والاقتصادية سواء للمريض، او لبعضهم البعض.

المقترحات والتوصيات: -

1-يجب توفير العلاجات اللازمة لهدا المرض تحديدا من قبل الجهات المسئولة في المستشفيات والوزارة للمرضى بأسعار مخفضة، اد انها تكلف المرضى وأسرهم اسعارا باهظة جدا تتقل كاهلهم.

2-يجب ان تكون هناك بحوث وجهود تبدل في اجراء بحوث ودراسات مكثفة من شانها علاج مثل هده الامراض وان كانت على سبيل المحاولة.

3-ضرورة وجود جمعيات او مشابه دلك لرعاية حقوق مرضى الفشل الكلوي تأخذ على عاتقها جانب التوجيه النفسي والاجتماعي والمعنوي للمرضى ولأسرهم.

4-تشجيع افراد المجتمع على ضرورة اجراء الفحوصات الدورية للتأكد من وجود الاصابة بمرض الفشل الكلوي، للتدخل العلاجي السريع.

5-ضرورة وجود اخصائي اجتماعي طبي بكل المستشفيات العامة والخاصة ووحدات الغسيل الكلوي، ودلك للتخفيف على المريض من حدت المرض والوقوف على ظروف المريض الاجتماعية والاقتصادية

6-توفير برامج للتوعية والتثقيف للمرضى وأسرهم وتعريفهم بماهية المرض وآثاره الجانبية.

7-على الجمعيات الأهلية والحكومية مساعدة المرضى وأسرهم في تحمل نفقات العلاج.

8-وجود علاقة تفاهم بين الطبيب والمريض وأسرته.

9-تغيير نظرة المجتمع إلى هذا المرض ونزع الخوف والفزع من هذا المرض.

10-البعد عن العادات والتقاليد والمعتقدات الشعبية الخاطئة التي تستخدم كبديل للعلاج الطبي.

11-تثقيف المريض وأسرته التثقيف الأمثل عن طريق المحاضرات والندوات داخل المستشفيات ووحدات الغسيل الكلوي.

12علي المجتمع بعد التثقيف الجيد للأسرة سرعة المبادرة بالتوجه للكشف الطبي مجرد ظهور أي اعراض مرضية

13-الإتصال الدائم والمباشر بتطورات مرض الفشل الكلوي على المستوي العالمي.

14-العمل على أعطاء دراسات متخصصة للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي مثل تنظيم دورات تختص بعمله في المجال الطبي.

15-تكوين فريق من كبار المختصين من اطباء وشرعيين وقانونيين واخصائيين اجتماعيين للعمل على دراسة جميع المتغيرات الناتجة عن الامراض وتحديدها من اجل وضع الحلول اللازمة لها.

المراجع:

1- سعيد بن علي الشهري، توقعات العاملين في المستشفيات الحكومية لدور الأخصائي الاجتماعي، دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، 2005، ص 52.

2- محمد سعيد فهمي، مدخل في الخدمة الاجتماعية: المكتب الجامعي الحديث، 2002، ص 34.

3- إقبال إبراهيم محلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: دار المعرفة الجامعية،1991، ص47.

4- محمد سلامة غباري، ادوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي: المكتب الجامعي الحديث،2003، ص184.

Barker, R. Social work -5 dictionary, National association for social workers press, Beulah & .Galaway, 1991

6- أحمد كمال أحمد، منهاج الخدمة الاجتماعية في خدمة الفرد، مكتبة الخانجي، القاهرة، 1979، ص 87.

7- سعيد بن علي الشهري، توقعات العاملين في المستشفيات الحكومية لدور الأخصائي الاجتماعي، دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، 2005، ص 52.

8- محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990م، ص 180.

9- أحمد حسنى الشبكشي، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، مطبعة العلوم، القاهرة، 1961، ص 97

10- عبد المنصف حسن رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2007، ص 63.

11- أحمد شفيق السكري، قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص 53.

12- نايف القسيمي، المعجم التربوي وعلم النفس، دار المشرق الثقافي، عمان، الأردن، 2010، ص 43.

Helen Perlman: Soyou -13 want to be A social worker" N.Y, Harps Row, Publishers, 1962, P. .110

Adam Kuper Jessica -14 Kuper, The social Encyclopedia, 2nd edition Rutledge, London and New York, First publishers, .1990, P. 808

15- سماح سالم، نجلاء صالح، أساسيات العمل في الخدمة الاجتماعية، عالم الكتب الحديث إربد، الأردن، الطبعة الأولى، 2001، ص 100.

16- محمد نجيب توفيق، الخدمة الاجتماعية المدرسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1982، ص 399.

Friedlander, Walter: an introduction to social welfare. NY, -1960, P. 3.1 17

18- كوثر محمد مطر، سلسلة مطبوعات الجمعية المصرية لرعاية مرضى الكلى رقم 20، ص ص 43 – 44.

Kelly, M., Clinical -19 Snapshot, Chronic Renal Failure, Journal Sociology, London, Vol. 96, .1996, P. 96

20- محمود حسن محمد، ممارسة خدمة الفرد، دار النهضة العربية، بيروت، د.ت. ص 68.

21- حاتم عبد المنعم أحمد، مشكلات التنمية الريفية، دراسة أيكولوجية مقارنة، دار النصر للتوزيع والنشر، القاهرة، 2002، ص 87.

22- صالح الرميح، دافعية الإنجاز لدى الأخصائيين الاجتماعيين، دراسة تطبيقية بمستشفيات مدينة الرياض والمنطقة الشرقية، مجلة جامعة الملك سعود، الرياض، 2005، ص 275.

Maria O, Neil -23 McMahon: The General Method of Social Work Practice A Problem Solving Approach, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, Inc., 2nd ed, 1990, .PP.8-9

24- كوثر عبد الرحيم موسى، دور خدمة الفرد في التأهيل الاجتماعي للمعوقين جسيماً، دراسة على عينة من حالات الفشل الكلوي، رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1982.

25- نجلاء محمد عاطف مصطفى، الأبعاد الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، دراسة ميدانية في مركز أمراض الكلى بجامعة المنصورة، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنصورة، 1998.

26- خالد السيد رشاد، المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالفشل الكلوي وتصور مقترح لخدمة الفرد باستخدام نموذج الحياة للتخفيف من حدتها، رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، 2008.

27- محمد السيد شلبي يونس، فعالية برنامج للتدخل المهني في إطار الممارسة العامة للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2010.

Dittmann, R. W., -28 Psychosocial car of children and adolescents with chronic kidney disease, Rehabilitation (stuttg), West Germany, 1984, PP. 97 – 105.

Anderson, J. E., et. -29 al., Incidence, prevalence and Outcomes End-stage renal Disease Patients placed in Nursing Homes, USA, Jun 1993, PP. 619-627.

Kiebert, G. M., et. al., -30 Quality of life after combined kidney – pancreas or kidney transplantation in diabetic patients with end – stage renal disease, Clin transplant, Denmark, 1994, PP. 239 – 250.

Rosenberge. Jaroslov. -31 Vandj. Jitse, Predictor of health status in patients in kidney transplantation, 2006.

Taylor, S. and Field, d, -32 Sociology of health and health care, Oxford, Blackwell scientific publications, London, 1993, P. 97.

33- نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة في الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993، ص ص 289 – 290.

34- على إسماعيل علي، العلاج القصير في خدمة الفرد والتدخل في مواقف الأزمات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص ص 26 – 27.

M. W. Sisser & W. Watisen, -35 Sociology in medicine, Third Edition, N. Y, 1975.

36- سيد الحديدي، الفزيولوجيا العامة والفزيولوجيا المرضية، الجزء الأول، الطبعة الثانية، طلاس للنشر، سوريا، 1998، ص 96.

37- ماجدة محمد بيومي، الفشل الكلوي، 2009 على موقع: www.kno.com.

38- رؤية البهكلي، الفشل الكلوي وخيارات العلاج، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، المملكة العربية السعودية، الرياض، 2010، ص 7.

39- رؤية البهكلي، الفشل الكلوي وخيارات العلاج، مرجع سابق، ص 9.

40- رؤية البهكلي، الفشل الكلوي وخيارات العلاج، مرجع سابق، ص11.

41- عادل عفيفي، كتاب الهلال الطبي، الكلى العناية بها تحميك من أمراضها، سلسلة أقرأ، حلوان، 2003، ص 30.

42- محمود أبوزيد، الفشل الكلوي الوقاية والعلاج، دار المعارف، القاهرة، 2006، ص 32.

43- أحمد محمد السنهوري وآخرون، الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، 2001، ص ص 217 – 218.

44- محمد سلامة غباري، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، مرجع سابق.

45- إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق،

ص 247 – 248.

46- إقبال محمد بشير وآخرون، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1980، ص 160 – 161.

47- إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص 250.

48- محمد بن مسفر القرني، الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، مجلة العلوم الاجتماعية.

49- محمد بن مسفر القرني، الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، مجلة العلوم الاجتماعية.

50- ناصر بن عبد العزيز الداود وآخرون، دراسة الحاجات والمشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي، المملكة العربية السعودية، ص 104.

51- ناصر بن عبد العزيز الداود وآخرون، دراسة الحاجات والمشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي، المملكة العربية السعودية، ص 106.

52- ناصر بن عبد العزيز الداود وآخرون، دراسة الحاجات والمشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي، المملكة العربية السعودية، ص 107.

53- أحمد محمد السنهوري وآخرون، الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، مرجع سابق، ص 225 – 226.