المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي والسرطان) دراسة مسحية على المرضى المراجعين لمستشفى البشير ومستشفى الأردن

*شروق عيسى أحمد أبو حمور، خليل درويش**

ملخص

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المريض نتيجة إصابته بالمرض المزمن (مرض الفشل الكلوي أو السرطان)، واستخدم لهذا الغرض أسلوب المسح الاجتماعي (الاستبانة) في مستشفى البشير ومستشفى الأردن. وبلغ حجم مجتمع الدراسة لمرضى الفشل الكلوي (114) مريض ومرضى السرطان (83) مريضاً وحجم المجتمع الكلي للدراسة (197) مريض. أشارت أبرز نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركين تعود لنوع المرض (فشل كلوي، سرطان)، الجنس، الحالة الاجتماعية، الجنسية، ونوع المستشفى (حكومي، خاص). أهم التوصيات والاقتراحات المستقبلية متضمنة في هذه الدراسة أيضاً.

الكلمات الدالة: المشكلات الاجتماعية، الأمراض المزمنة، الفشل الكلوي، السرطان، الأخصائي الاجتماعي.

المقدمـة

تعد العلوم الاجتماعية والأنثربولوجيا الطبية، من العلوم التي تهتم بدراسة قضايا الصحة والمرض وتناولها من حيث الدراسة والتحليل، وطرق العلاج، وحصر العوامل والقضايا الاجتماعية ذات العلاقة بها، والنظريات التي من الممكن أن تفسرها، وقد تطرقت العلوم الاجتماعية للحديث عن تطور النظرة الى الطرق التي كانت تعالج بها الأمراض السارية والمعدية منذ العقود الماضية، وما وصل اليه المجتمع الآن، حيث اهتمت هذه العلوم بدراسة الطرق المتبعة في العلاج منذ القدم، ومقارنتها بما توصل اليه العلم حالياً، ففي السابق كان القدماء يعتقدون أن شخصاً ما قد أُصيب بالسحر، أو حلّت عليه لعنة الآلهة، فيقومون بحرقه أو عزله عن البقية فيموت دون أن يتلقى العلاج، ثم شهد المجتمع تطوراً وصل إلى مرحلة العلاج بقراءة التعاويذ، أو عن طريق الأعشاب، وما الى ذلك من الطرق البدائية (حقي،2001).

إن الدراسات الاجتماعية والأنثربولوجية والثقافية المستعرضة للمجتمعات البدائية تشير إلى أن الإنسان البدائي قد أخفق في التفرقة بين الاضطرابات الجسمية والعقلية، بل أنه لم يكن لديه من الفهم إلا القليل للتكوين البيولوجي لجسده، ومع تقدم علوم الطب والعلاج وما شهده المجتمع من تطور طبي كبير، تراجعت نسبة الوفيات التي كانت تتسبب بها الأمراض السارية، كما أصبحت طرق العلاج أكثر تطوراً، كما أن مفهوم الصحة لم يعد كما في السابق مقتصراً على السلامة الجسدية، حيث تعرف كما عرفتها منظمة الصحة العالمية بأنها: (حالة من اكتمال السلامة البدنية، والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد خلو الجسد من المرض أو العجز) (World Health Organization, 1997).

وما من شك في أن للأمراض المزمنة أبعاداً مختلفة لا يمكن فصل أحدها عن الأخر، حيث تلعب الأوضاع الاجتماعية واستقرارها دوراً مهماً في نجاح العلاج أو عدمه، كما أن الأمراض المزمنة في حد ذاتها قد تفرز العديد من المشكلات الاجتماعية التي من غير الممكن تجاهلها، التي يلعب العمل الاجتماعي والأخصائي الاجتماعي الطبي العامل مع هذه الفئة دوراً كبيراً في التخفيف من حدتها ومساعدة المريض وأسرته على تجاوزها.

وتعد الأمراض المزمنة ميداناً خصباً لمهنة العمل الاجتماعي، الذي يعد العمل في المجال الطبي أحد فروعه، فهي كما عرفها قاموس العمل الاجتماعي بأنها: (النشاط المهني مدفوع الأجر الذي يهدف إلى مساعدة الناس في مواجهة الصعوبات الجادة التي تواجه حياتهم من خلال تزويدهم بالرعاية والحماية أو الإرشاد أو من خلال الدعم الاجتماعي، أو المناصرة أو العمل الاجتماعي) (Pierson and Thomas, 2002, p.516).

* كلية الآداب، الجامعة الأردنية. تاريخ استلام البحث 2015/9/14، وتاريخ قبوله 2016/7/27.

 © 2018 عمادة البحث العلمي وضمان الجودة/ الجامعة الأردنية. جميع الحقوق محفوظة.

مشكلة الدراسة

تشكل الأمراض المزمنة باختلاف أنواعها موضوعاً ذا أبعاد مختلفة، حيث تعد الأمراض المزمنة أحد أهم أسباب الوفاة في العالم، وتقف وراء حدوث أكثر من 63% من مجموع الوفيات السنوية (منظمة الصحة العالمية، 2014). بالاضافة للتكلفة الاقتصادية المرتفعة، ومتطلبات العلاج التي تعد من أهم القضايا التي تزيد من نسبة انتشار هذه الأمراض، أو تعرقل خطط علاجها، كما أن الأمراض المزمنة تعد عاملاً مهماً في ابراز العديد من المشكلات الاجتماعية وظهورها على مستوى المريض وأسرته والمجتمع بأسره.

ومن هنا فأن مشكلة الدراسة تتمثل في الإجابة عن السؤال التالي: ما المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي، والسرطان)؟

أهمية الدراسة ومبرراتها

تكمن أهمية الدراسة في:

– تعرف الأمراض المزمنة التي من الممكن أن ينجم عن وجودها مشكلات اجتماعية.

– الكشف عن المشكلات الاجتماعية التي يسببها المرض للمريض وأسرته.

– تعرف الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات مع هذه الفئة من المرضى.

أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة لتحقيق ما يلي:

1. تعرف علاقة الأمراض المزمنة بحدوث مشكلات أسرية مع (الزوج، الزوجة، الأبناء).
2. تعرف دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع المرضى ذوي الأمراض المزمنة ومع أسرهم.
3. تعرف الفروق بين استجابات المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة (الفشل الكلوي والسرطان) تبعاً لخصائصهم الاجتماعية، والاقتصادية، والتعليمية، ودور النوع الاجتماعي في حدوث مشكلات اجتماعية.

أسئلة الدراسة

1. ما علاقة الأمراض المزمنة بحدوث مشكلات أسرية بين (الزوج، الزوجة، الأبناء)؟
2. ما دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع المرضى وأسرهم من وجهة نظر المرضى؟
3. هل هنالك فروق بين استجابات المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة (الفشل الكلوي، والسرطان) تبعاً لخصائصهم الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية؟ وما دور النوع الاجتماعي في حدوث المشكلات الاجتماعية؟

الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة

أطلق العالم ستراوس "Straus" مفهوم علم الاجتماع الطبي، الذي يمثل ثمرةً لتطور كل من الطب وعلم الاجتماع ليركز على الخصائص والسمات البحثية التي يعني بها في هذا المجال، وقد اتجه العلماء نحو علم الاجتماع الطبي ضمن نظريات مختلقة، سيتم التطرق لها من خلال الدراسة نظريات العالم اميل دور كايم من خلال النظريات التي فسرت الانتحار، كما تطرق بارسونز لأدوار الفاعلين ضمن النسق الطبي كدور الطبيب، ودور المريض.

ويرمي هذا التخصص إلى تحسين المعرفة العلمية المتعلقة بالبناء والعمليات الاجتماعية، كالمنظمات المعقدة والمعايير الاجتماعية، بالإضافة إلى الأدوار والتفاعل ضمن الأنساق المختلفة والتي يعد النسق الطبي أحدها (الوريكات، 2011، ص15).

من خلال هذا العلم فإنه بإمكاننا دراسة الانحراف ضمن أطر طبية، التي تعدُ المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة نوعاً من تلك الاعتلالات، التي سيتم من خلال الدراسة مناقشتها وتحليلها ومعرفة أسباب وعوامل حدوثها، وذلك ضمن الأنساق المختلفة التي يتضمنها علم الاجتماع الطبي، كما أن علم الاجتماع الطبي يعد موضوعاً بالغ الأهمية، وذلك لكونه يزود الطبيب بالمعلومات الاساسية عن طبيعة ووظائف المنظمات الإنسانية، التي تكمّل المعلومات البيولوجية للمريض، وتعطي تصوراً تكاملياً ونهائياً عن الفاعلين المنتمين للنسق الطبي من أجل العلاج، وذلك ضمن البناء الذي يشكل جزءاً من أنظمة المجتمع ومكملاً لها، وتلعب دوراً في تعديل هذا الإنحراف، وإعادة النسق والفاعلين المنتمين له إلى توازنهم.

ويعنى علم الاجتماع الطبي عادةً بدراسة أسباب المرض، وتوزيعه في المجتمع بالإضافة إلى الإستجابات الثقافية للمرضى وذويهم، وهو يعنى كذلك بالمظاهر الاجتماعية والثقافية التي من الممكن أن تؤدي إلى المرض، وسوسيولوجيا المستشفى، والضغوط والتغيرات الاجتماعية التي من الممكن أن تنجم عن المرض فتؤثر في الفاعلين ووظائفهم المختلفة ضمن النسق الطبي، والانساق الاجتماعية الأخرى المكونة للمجتمع الكلي (Bloom, 2002).

النماذج النظرية المفسرة لسلوك المرض

قدّم علماء الاجتماع الطبي العديد من النماذج النظرية لتفسير سلوك المرض، منها على سبيل المثال نموذج التحليل الوظيفي لبارسونز (الوريكات، 2011).

ونظراً لتعدد المداخل النظرية وتنوعها فإنه لا يمكن الإعتماد على نموذج واحد فقط في تفسير سلوك المرض، ويعد نموذج ديفد ميكانيك من أبرز النماذج النظرية التي تطرقت لسلوك المرض، حيث ينطلق ميكانيك من قضية أساسية وهي ان دراسة سلوك المرض لا تتضمن فقط أولئك الأفراد الذين يبحثون عن الرعاية الصحية، وإنما تتضمن بالإضافة إلى ذلك أولئك الأفراد الذين لا يبحثون عنها، حيث يؤثر سلوك المرض في مدى الفائدة من الرعاية الصحية واختيار مسارات العلاج الممكنة والإستجابة للمرض بوجه عام (Mechanic,1961).

ويؤكد ميكانيك أن الخبرة المرضية تتشكل من خلال عوامل اجتماعية وثقافية ونفسية، بغض النظر عن الابعاد الفسيولوجية أو الوراثية، ويرصد ميكانيك عشرة متغيرات تؤثر في عملية سلوك المرض وهي: (Mechanic, 1982)

1- ظهور الأعراض: حيث يعتمد إدراك الفرد للأعراض المرضية على مدى ظهورها ووضوحها، فبعض الاعراض تظهر بصورة عنيفة مثل: المغص الحاد، والصداع الشديد، والحمى القوية، وبعضها الآخر لا يتم ملاحظته بصورة مباشرة كالمراحل الأولى من مرض السرطان.

2- إدراك خطورة الأعراض: حيث يلعب هذا العامل دوراً مهماً في سلوك المرض سواء في الوقت الراهن أو في المستقبل.

3- مدى تعطيل المرض للأنشطة الاجتماعية: ثمة إرتباط وثيق بين ادراك خطورة المرض، ومدى تعطيل المرض للأنشطة الاجتماعية، ويمثل المرض تعطيلاً لعمل المريض جمع أنشطته، ولذلك فهنالك علاقة واضحة بين تأثير المرض على الأنشطة الاجتماعية وسرعة الاستجابة للمرض سواء من جانب المريض أو من جانب الاخرين، ذلك أن استجابة المريض للأمراض التي تعطل نشاطاته الحياتية تكون كبيرة من حيث المسارعة في السعي للعلاج.

4- تكرار الأعراض واستمرارها: كلما شعر الشخص بالمرض بصورة متكررة الحدوث كان سعيه للرعاية الطبية على نحوٍ أفضل.

5- درجة التساهل تجاه الاعراض: حيث تتباين درجة التساهل تجاه الاعراض من أسرة إلى أخرى، فقد يلجأ بعض المرضى للسعي نحو العلاج من أعراض بسيطة، في حين يتجاهل بعضهم أعراضاً قد تكون خطيرة، وتلعب الفروق الثقافية دوراً مؤثراً في مدى التساهل، بالإضافة إلى مدى وعي الأفراد واتجاهاتهم نحو البدائل المتاحة للعلاج.

6- أسس التقييم: تعتمد الاستجابة للمرض نفسه على المعلومات والافتراضات الثقافية للقائم بعملية التقييم، حيث توضح العديد من الدراسات أن الاشخاص والجماعات ذات المكانة المرتفعة يلجأون للعلاج من تلقاء أنفسهم عند الإصابة بالمرض، في حين أن الجماعات والأشخاص ذوي المكانة المتدنية عادة ما يتلقون العلاج قسراً عن طريق الشرطة والمحاكم والمؤسسات الاجتماعية الأخرى.

7- أسباب الإنكار: يوجد نوعية من الأمراض يعمد أفراد الأسرة إلى انكارها أو اخفائها عن الآخرين كالاضطرابات النفسية، أو الامراض المنقولة جنسياً، وذلك بسبب نظرة المجتمع لهذه الأمراض، حيث يعد الانكار وسيلة للمحافظة على التوازن المؤقت، رغم أنه قد يتسبب في تعقيد الحالة، وتأخير فرص الشفاء، وقد يلجأ بعض أفراد الأسرة لإنكار بعض الامراض الناجمة عن اهمال الأباء لأبنائهم.

8- الحاجات المتناقضة: قد تعطي الأسرة أهمية واولوية لبعض الاحتياجات وتقدمها على الرعاية الصحية، فقد يفضل الأب البقاء في عمله وعدم تركه في مقابل الاتجاه نحو طلب الرعاية الصحية.

9- التفسيرات البديلة: كتفسير المرض بانه ارهاق بسبب العمل الشاق، وغالباً ما تكون هذه التفسيرات غير منطقية.

10-امكانية الحصول على العلاج: ويعتمد ذلك على مدى توفرها النسبي، فكلما زادت العراقيل أمام الحصول على الخدمة الطبية قل الاعتماد عليها، ومن العوامل التي المؤثرة القرب المكاني للمستشفى، فالأشخاص القاطنون بالقرب من المستشفى يكونون أكثر استفادة من خدماتها مقارنة بغيرهم، كما يلعب عامل الاقتناع من وجهة نظر ميكانيك دوراً مهماً في إقبال المريض على تلقي العلاج.

ويؤكد ميكانيك أن العوامل العشرة السابقة مترابطة ومتداخلة رغم عرضها بصورة منفصلة، ويعد نموذج ميكانيك بمثابة النموذج المؤسس لكل النماذج اللاحقة (المرجع السابق، 1982).

الأمراض المزمنة

لا شك في أن موضوع الدراسة وهو: المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة "الفشل الكلوي، والسرطان" يستوجب إلقاء نظرة عامة حول الأمراض المزمنة، التي يشترك فيها المرضان ويقعان ضمن المسمى ذاته، حيث تتسم الأمراض المزمنة بكونها أمراضاً تدوم فترات طويلة وتتطور

بصورة بطيئة عموماً، وتأتي الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، والسكتة الدماغية، والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة، والسكري، في مقدمة الأسباب الرئيسة للوفاة، في شتى أنحاء العالم، إذ تقف وراء 63% من مجموع الوفيات، ومن أصل مجموع الذين توفوا عام 2008، والبالغ عددهم 63 مليون نسمة، كان هنالك 29% منهم ينتمون إلى فئة الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 70 عاماً وكان النصف ينتمي إلى النساء (منظمة الصحة العالمية، 2014)

ونلاحظ أن عدد الوفيات ونسبهم هي نسب كبيرة، ومن الممكن أن نتجنب حدوث الأمراض قبل وقوعها، إذا ما تم التخطيط بدقة، وتنفيذ البرامج الوقائية والتوعوية بدقة أيضاً، وتحسين المستويات الصحية، والاقتصادية والتعليمية، والعمل على جميع الأصعدة والبناءات والأنساق المختلفة للمجتمع.

وفي تقرير لمنظمة الصحة العالمية حول عشر حقائق خاصة بالأمراض السارية والمزمنة جاء فيه أنها تتسبب في وقوع 63% من مجموع الوفيات في جميع أنحاء العالم، وبخاصةً الأمراض القلبية الوعائية، وأنواع السرطان، والأمراض التنفسية المزمنة، والسكري، ويبين التقرير أن ما نسبته 80% من الأمراض غير السارية تحدث في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، وأن أكثر من 9 ملايين من الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة تحدث بين الأشخاص دون سن الستين، أما الحقيقة الرابعة فهي أن الأمراض المزمنة وعلى مستوى العالم تصيب الرجال والنساء وعلى نحو متكافيء، كما أنه من الممكن تجنب الوقوع في هذه الأمراض والإصابة بها من خلال التخلص من عوامل الخطر الرئيسية المرتبطة بالأمراض المزمنة، والمتمثلة في تعاطي التبغ وتعاطي الكحول، وتدني النظام الغذائي، والخمول البدني. وفيما يتعلق بالحقيقة السادسة فتتمثل في كون الأمراض المزمنة عاملاً مهماً في وقوع من يعانون منها في هاوية الفقر أو البقاء فيها بسبب الأعباء الاقتصادية، وكذلك انخفاض الإنتاجية، أما الحقيقة السابعة فتشير إلى وجود فئة تقدر بنحو 1,5 مليار نسمة في عام 2008 ممن يعانون من فرط السمنة، التي تعد من عوامل الاستعداد للوقوع في المرض المزمن، وأن 43 مليون طفل على مستوى العالم عانوا من فرط السمنة في عام 2010، والحقيقة الثامنة تؤكد أن التبغ يؤدي إلى وفاة 6 ملايين نسمة كل عام، والحقيقة العاشرة والأخيرة مفادها أننا من الممكن أن نقي أنفسنا من الإصابة بالأمراض المزمنة عن طريق توخي عوامل الخطورة والابتعاد عنها (منظمة الصحة العالمية، مرجع سبق ذكره).

إن المجتمع الأردني لم يعد يجهل خطورة الأمراض المزمنة، والدلائل على ذلك أنه قام بإنشاء المراكز الخاصة بعلاج أمراض مزمنة مختلفة كمركز الحسين للسرطان، والمركز الوطني لعلاج السكري بالإضافة إلى حملات التوعية والتثقيف التي تقوم بها المراكز والهيئات المختلفة على مستوى المملكة، وتتناول قضايا مختلفة غاية في الأهمية من أجل الوقاية من المرض، أو من أجل المشاركة بالتأمينات المختلفة التي تسهم في تقليل تكاليف العلاج للمرضى في حال الإصابة بالأمراض المزمنة المختلفة كالسرطان.

واللافت للنظر أن معظم الأمراض المزمنة التي يعاني منها الفاعلون في المجتمع هي أمراض تقع ضمن فئة الأمراض التي يمكن الوقاية منها، وهو ما يجب الإشارة إليه وتعزيزه قبل وقوع المرض المزمن، والوقوع في المشكلات الاجتماعية التي من الممكن أن ترافقه.

دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي

يلعب الأخصائي الاجتماعي الطبي دوراً مهماً مكملاً ومسانداً للأدوار الطبية والتمريضية المختلفة المقدمة للمريض وأسرته في بيئة المستشفى وخارجها، مسخراً مجالات العمل الاجتماعي المختلفة كالعمل مع الأفراد، والجماعات، والأسرة، والمجتمعات المحلية المختلفة، يسخرها وفق ما تقتضيه حاجات المريض وأسرته المرتبطة بطبيعة مرضه. وفيما يلي عرض لطبيعة المهمات والمسؤوليات التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في هذا المجال التي تحدث عنها القرني، وخاطر، والغرايبة (المشار إليهم في أبو حمور، 2010، ص ص 28-31) وهي كالاتي:

أولاً: تعليم المريض وتثقيفه من الناحية الصحية، وتزويده بجميع المعلومات والبيانات والكتيبات الخاصة بطبيعة مرضه، وكيفية التعامل معه.

ثانياً: فتح ملفات خاصة بكل مريض، وتوثيق بياناته، حيث تتضمن المعلومات الخاصة بمرضه، وظروفه الاجتماعية، وأساليب العلاج وحالته الاقتصادية، وظروف عمله.

ثالثاً: التعرف إلى حاجات المريض ومشكلاته، وقدرته على حلها ومواجهتها بنفسه، والكشف عن درجة حاجته للأخصائي الاجتماعي، ومحاولة تلمس المخاوف التي تعتري المريض أو أسرته، والعمل على مساعدته حتى يتخلص منها حيث لا تكون عاملاً من عوامل تأخر العلاج والشفاء.

رابعاً: تقديم المساعدة لبعض الحالات التي تتطلب تدخل الأخصائي الاجتماعي مثل: إقناع المريض بإجراء عملية جراحية، أو توضيح أهمية إجراء طبي معين.

خامساً: توضيح حالة المريض وشرحها للأسرة، وذلك في

الحالات التي تتطلب إحتياطات خاصة لمنع إنتقال العدوى.

سادساً: تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض، والعمل على رفع روحه المعنوية.

سابعاً: العمل ضمن الفريق المهني الذي يقدم الخدمة الصحية للمريض، وتزويدهم بالبيانات النفسية والاجتماعية ذات العلاقة بالمريض، والتأثيرات الاجتماعية التي نجمت عن ذلك كالانقطاع عن العمل.

ثامناً: التعاون مع المؤسسات والهيئات المختلفة ضمن المجتمع الخارجي، في سبيل حل بعض المشكلات المتعلقة بالصحة والمرض، والعمل على سد النقص في الموارد والخدمات التي يحتاجها المريض، أو أسرته.

ويعمل الأخصائي الاجتماعي وبواسطة نظام التشبيك على الإفادة قدر الإمكان من موارد المجتمع ومؤسساته التي تصب في صالح المريض وأسرته، فيعمل الأخصائي الاجتماعي على الإلمام بالأنظمة والقوانين التي تسمح بالاستفادة من هذه المؤسسات، فعلى سبيل المثال: يعمل الأخصائي الاجتماعي على الإلمام بقوانين العمل والعمال، وحقوق العاملين الناجمة عن الإصابات المهنية، فيعمل على تبصيرهم بهذه الحقوق من جهة، ويعمل على إرشادهم إلى المؤسسات الراعية للدعم الاجتماعي والنفسي، والجهات الداعمة من جهة أخرى فهو يمثل دور المحامي، والمدافع عن المريض وأسرته وحقوقهم، ولا يكتفي الأخصائي الاجتماعي بالتحويل لهذه المؤسسات، بل يبقى على تواصل معها في سبيل ضمان حصول المريض وأسرته على الخدمة التي يحتاجونها، ويعمل على التأكد من أن المريض وأسرته يعيشون حياة كريمة، ويحصلون على أكبر قدر من الرفاه الاجتماعي.

تاسعاً: يعمل الأخصائي الاجتماعي على توعية وتثقيف المريض وأسرته، والمشاركة في حملات التوعية للمجتمع الخارجي، والأيام الطبية المجانية، التي تستهدف الفئات المستضعفة والأقل حظاً في المجتمع الخارجي.

ويتضمن عمل الأخصائي الاجتماعي دوراً في تدريب طلبة الكليات والمعاهد، والجامعات ضمن تخصص الخدمة الاجتماعية، والعمل الاجتماعي.

ونشير في هذا الصدد إلى دور آخر للأخصائي الاجتماعي يتمثل في المشاركة في السياسات والإجراءات وخطط العمل الخاصة بطبيعة العمل الاجتماعي في المجال الطبي، كما يعمل على تزويد نفسه بالمعارف والخبرات المهنية والعلمية التي تعمل على تطويره من الناحية العملية، فهو يجد ويجتهد في البحوث والدراسات ذات العلاقة بطبيعة عمله، التي من شأنها أن تفيد المؤسسة، وتفيد العلم الذي ينتمي اليه، والمجتمع بشكل عام.

أما المجالات الأخرى وطبيعة الأعمال الأخرى، والوظائف التي تشمل عمل الاخصائي الاجتماعي الطبي فنذكر منها: المساعدات الاقتصادية التي من الممكن أن تقدم للمرضى وأسرهم، وذلك طبقاً لطبيعة الظروف المادية التي تمر بها الأسرة، التي نجمت عن الظروف الصحية للمريض كبعد مكان السكن، أو عدم القدرة على التغطية المادية لنفقات العلاج، أو عدم قدرة المرافق للمريض على تناول وجبة طعام خلال مرافقته له، كل هذه العوامل تجعل من العمل الاجتماعي الطبي أمراً مهماً، وقد يسهم الأخصائي الاجتماعي بالتواصل مع الأقسام الأخرى في تأمين التخفيضات والحسم المالي للمريض، وبالمحصلة فإن ما سبق ذكره يتبع لنظام المؤسسة، وطبيعة الصلاحيات والمسؤوليات الملقاة على عاتق الأخصائي الاجتماعي.

عاشراً: يقوم الأخصائي الاجتماعي في المستشفيات بالمساعدة في بعض الأعمال الإدارية ذات الصبغة الاجتماعية مثل: الاتصال بالأسرة، أو مكان العمل الخاص بالمريض أو المدرسة.

ويتضح ذلك جلياً من خلال الممارسة العملية لحاجة الأخصائي الاجتماعي الطبي للاتصال ببيئة المريض المدرسية، في محاولة لشرح ظروف المريض النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض، أو في سبيل التواصل بين المريض وزملائه نوع من الدعم النفسي له، وقد يعمل الأخصائي الاجتماعي على زيارة الصف الدراسي للطفل المريض، محاولاً تعديل بعض الإتجاهات السلبية للبيئة الصفية، كالإبتعاد عن المريض لإعتقاد زملائه بأن مرضه هو مرض معد، ومن الأسباب الأخرى التي توجب الإتصال مع البيئة المدرسية تبرير غياب المريض عن المدرسة، واقتراح أساليب تعاون مشترك مع المدرسين والإداريين في سبيل تعويض ما فقده الطالب من دروس وحصص مدرسية.

وقد يمتد دور الأخصائي الاجتماعي إلى التواصل مع وزارة التربية والتعليم، وعقد شراكة في سبيل انتداب مدرسين للعمل ضمن بيئة المستشفى، وتدريس الأطفال الذين تتطلب طبيعة مرضهم الإقامة ولفترات زمنية طويلة، وذلك منعاً للتخلف المدرسي وتأخر الطفل، وعدم تطور مهاراته كأقرانه الأصحاء، ونلاحظ دوراً آخر للأخصائي الاجتماعي الطبي يتمثل في التواصل مع المرضى والإتصال بهم بعد تخريجهم، لضمان سير أمورهم في الوجهة الصحيحة، والإتصال بهم في حال عدم إلتزامهم بمواعيد العلاج، وعلى مستوىً متقدم يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بالإتصال بالأهل والتدخل في الازمات مثل: حالات الوفاة والتواصل مع الأسرة ضمن فريق

متعدد المهمات في سبيل تقديم التعازي، والتدخل في الأزمات ومشاركتهم أحزانهم.

كما يعمل الأخصائي الاجتماعي على التخطيط للأنشطة الاجتماعية، وتنفيذها سواء أكانت داخل بيئة المستشفى أم ضمن المجتمع الخارجي، وإستقطاب من يسهم فيها، مستهدفاً المرضى الذين طالت إقامتهم في الأقسام الداخلية، تبعاً للظروف الصحية ومتطلبات العلاج، ويتجلى دوره بالعمل على تكوين وتشكيل جماعات دعم للمرضى كخطط للعلاج النفسي والاجتماعي، والدعم المساند وتكون هذه الجماعات ضمن المرضى أنفسهم، أو تستهدف أسر المرضى وذويهم، أو ضمن فئة أخرى من المرضى قيد العلاج، والمرضى الناجين في سبيل دعمهم ومواساتهم، وقد يتسع دوره ليشمل جماعات دعم من نوع آخر تشمل أسر المرضى الذين توفاهم الله، وذلك ما يطلق عليه: "جماعات الحزن أو اللحاد".

الدراسات السابقة ذات الصلة

تم ترتيب الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة ترتيباً تصاعدياً، كما تم تقسيمها إلى دراسات عربية، وأجنبية، ويمكن تفصيلها على النحو الآتي:

أولاً: الدراسات العربية

جاءت دراسة مركز الميزان لحقوق الانسان (2008) "**الأمراض المزمنة في قطاع غزة، دراسة لواقع مرضى الفشل الكلوي والسرطان والقلب**".

حيث هدفت الدراسة إلى التعريف بالأمراض المزمنة ومخاطرها، ومسبباتها، وواقع الصحة في قطاع غزة، ثم تحدثت عن واقع الأمراض المزمنة بالتحديد في القطاع، وما هي الجهات التي تقدم الخدمات العلاجية لهذه الفئة من المرضى، وقد قامت هذه الدراسة باختيار عينة من مرضى القلب والسرطان والفشل الكلوي نموذج للأمراض المزمنة.

وتوصلت الدراسة إلى أن المشكلات التي يعاني منها المريض واسرته، والنابعة من الظروف السياسية وظروف الحصار التي يشهدها القطاع تمثلت ب: قلة عدد الأسرة والأطباء والممرضين، واضطرار المرضى لتلقي العلاج أحياناً على الكراسي دون ادخالهم إلى المستشفى رغم حاجتهم لذلك، وعدم القدرة على شراء الدواء، وعدم السماح لهم بالخروج للبلاد المجاورة من أجل العلاج، وايضاً انقطاع التيار الكهربائي المتكرر أثناء الاجراءات الطبية، وعمليات غسيل الكلى والتي تؤدي إلى تجلط الدم داخل الأجهزة، وتأخر العديد من المرضى عن الغسيل نتيجة ازمة المواصلات.

وقد اوصت الدراسة بضرورة تدخل المجتمع الدولي، وتوفير التمويل والحلول المناسبة لطبيعة احتياجات هذه الفئة من المرضى، ومضاعفة الجهد الخاص بوزارة الصحة الفلسطينية، وتوفير عدد مناسب من الأطباء والممرضين يتناسب وحاجاتهم، والعمل على توسيع الأقسام الخاصة بهم.

نلاحظ من خلال الدراسة أنها ركزت على المشكلات الاقتصادية والصعوبات النابعة من طبيعة القطاع وظروف الحصار والأوضاع السياسية التي يعيشها، وهي قضايا مهمة وجوهرية لا مسوغ للتقليل من أهميتها، كما أننا نلاحظ أن طبيعة الصعوبات والمشكلات التي يعيشها المرضى تتأثر بالظروف السياسية، والأوضاع المعيشية التي تعيشها المنطقة بشكل عام.

وقامت باشا (2009) بإجراء دراسة بعنوان: "**تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين**".

حيث هدفت الدراسة التعرف إلى العوامل الاجتماعية التي قد تؤدي إلى المرض المزمن المتمثل بالفشل الكلوي، وتوصلت الدراسة التي أجريت على عينة ممثله للمجتمع الجزائري، إلى غياب الثقافة الصحية وأهمية التحليلات الطبية والفحوصات الهامة.

واشارت الدراسة إلى ظروف المرض التي قد تضطر المريض إلى ترك العمل، أو الدراسة، أو التقصير في العلاقات الزواجية أو الأسرية، كما أكدت على نوع المريض (ذكر، أنثى) ونوع المشكلات التي من الممكن أن يتعرض لها والنابعة من طبيعة وظروف العلاج، فالمرأة المتزوجة المريضة قد تعاني من الرفض من قبل الزوج بعكس ما إذا كان الرجل هو المريض، وعزت الدراسة سبب ذلك إلى طبيعة المجتمع الذكوري.

وقد توصلت كذلك إلى احتمال خروج الزوجة الأم للعمل اذا ما فقد الزوج عمله بسبب ظروف العلاج، واتضح من خلال نتائجها وجود نوع من العزوبية القصريه لكل من الفتاة والرجل على حد سواء تفرضه عليهما طبيعة العلاج ومقتضياته.

أما دراسة إبراهيم، وعباس (2009) "**الاثار الاقتصادية، والاجتماعية لمعاناة ذوي الأمراض المزمنة في العراق**". فهدفت إلى توضيح الأمراض المزمنة وأسبابها والسبل الاكثر رواجاً وشيوعاً لعلاجها وقامت بتوضيح النتائج الاقتصادية والاجتماعية المترتبة على وجود مرض مزمن، والمتمثله بعدم قدرة المريض على إعالة نفسه، وتحمله أعباء عائلية واجتماعية، واضطرار الدولة لتخصيص نسبة من ميزانيتها لعلاج هذه الفئة من المرضى، وتخصيص مبالغ تعود لشبكات

الأمان الاجتماعية والتي تشتمل على المرض، وضعف مساهمة المصابين بالأمراض المزمنة بتحقيق العائد للناتج القومي. وأشارت الدراسة إلى وجود مشكلات أخرى تتمثل بعدم قدرة بعض العوائل على دفع تكاليف العلاج ولجوء بعضهم للشوارع كمسكن لهم.

وأشارت كذلك إلى ضعف الاهتمام بأدوية المرضى ذوي الأمراض المزمنة، وعدم التركيز على فئة كبار السن وابداء رعاية خاصة لهم، وعدم توفر فريق دعم يقوم بالزيارات المنزلية، ونقص الاهتمام بالحملات المشتركة بين الوزارات ووجود نسبة من ذوي الأمراض العقلية والنفسية المزمنة يقومون بالتسول في الشوارع، لعدم توفرالأماكن المناسبة والمخصصة لهم.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

جاءت دراسة جادلا (Gadalla) (2007)بعنوان: **مرض السرطان واستخدام الخدمات الاجتماعية في كندا**، وهدفت إلى فحص ومعرفة خصائص المستفيدين المرضى من الخدمات الاجتماعية في كندا بالمقارنة مع عينة أخرى من المرضى غير المستفيدين، وأخذت البيانات من عينتين من المرضى في كندا عن طريق المسح الصحي.

ركزت هذه الدراسة على أهداف، وهي:

– معرفة نسبة المرضى الذين يعانون من السرطان في كندا، الذين يتلقون خدمات اجتماعية بسبب المرض.

– خصائص مرضى السرطان مستخدمي الخدمات الاجتماعية، بالمقارنة مع المرضى غير مستخدمي الخدمات الاجتماعية.

وتوصلت الدراسة إلى أن تلقي الخدمات الاجتماعية يعتمد على عدة عوامل منها: العمر والنوع والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل.

وقد بينت الدراسة أن استخدام الخدمات الاجتماعية عند الإناث أعلى منه لدى الذكور، أما بالنسبة للعمر فقد بينت الدراسة أن الفئات الأصغر عمراً أكثر اقبالاً على الخدمات الاجتماعية، وبالنسبة لعينة الدراسة فقد كان الإقبال على الخدمات الاجتماعية للفئة العمرية (الأقل من 50 عاماً) أكبر بالمقارنة مع الفئة الأكبر عمراً.

أما بالنسبة لمستوى الدخل فأصحاب الدخل الأقل والمنخفض، هم الأكثر إقبالاً على الخدمات الاجتماعية.

وبالنسبة للحالة الاجتماعية فقد بينت الدراسة أن الأشخاص الذين يعيشون بمفردهم أو ضمن علاقات اجتماعية محددة (الشبكة الاجتماعية) كانوا هم الأكثر تلقياً للخدمات الاجتماعية.

ونلاحظ أن للأخصائي الاجتماعي الطبي دوراً لا يمكن تجاهله في حصول المريض على الإعفاءات والتخفيضات المالية، التي تترتب عليه نتيجة العلاج، والنابعة من طبيعة المشكلات الاقتصادية التي من الممكن أن تواجه المريض وأسرته، وتعيق نجاح العلاج أو اتمامه.

وفي دراسة ديبسكوال وآخرون (Depasquale, et, al) (2012) التي أجريت لتقصي **جدوى وفاعلية تدخل الأخصائي الاجتماعي لتحسين حياة مرضى زراعة الكلى**، وهدفت التعرف إلى أهمية تدخل الأخصائي الاجتماعي في هذه الفترة سواءً أكان هذا التدخل مع المريض أم مع أسرته، وبالتحديد مع المتبرع بالكلية للمريض.

توصلت الدراسة إلى أن محور اهتمام وتساؤلات المريض وأسرته والموجهة للأخصائي الاجتماعي تمثلت بالموضوعات التالية:

– الموضوعات والقضايا الاقتصادية.

– المخاطر طويلة الأجل للزراعة.

– تأثير التبرع على الشخص الذي سيقوم بذلك.

ويقوم الأخصائي الاجتماعي بالعمل مع هذه الفئة وممارسة أدوار ليست بالسهلة، وذلك من حيث التوعية والتثقيف والسعي للتشبيك بين المريض والجهات الاجتماعية المختلفة، وتوفير التخفيضات الاقتصادية.

وتتواءم هذه الدراسة مع دراستنا الحالية من خلال التأكيد على وجود مشكلات نجمت عن المرض أو الاجراءات الطبية كما أنها تؤكد أهمية وجود شخص مختص يقوم بمساعدة المرضى وأسرهم على تجاوز مشكلات قد تنجم عن المرض.

وجاءت دراسة صبحي (Soubhi) (2013) **التعرف على النزاع بين الزوجين ودوره في التأثير على التكيف مع الأمراض المزمنة.**

وهدفت الدراسة التعرف إلى وجود علاقة بين الحالة الاجتماعية ووجود صراع بين الأزواج، وما الذي يعمله المرضى من أجل ادارة اوضاعهم، وذلك من خلال اجراء مسح صحي في كيبيك، على المرضى الذين يعانون من مرض مزمن أو اكثر، وما وجهة نظرهم من حيث وضعهم الصحي؟.

كما هدفت الدراسة التعرف إلى قدرة المريض بالنسبة لإدارة مرضه على نطاق واسع قدرته على العناية بنفسه ومؤشرات المرض، وعدد زياراته للأخصائي المسؤول عن الحالة، ومدى استعمال خطوط الهاتف الصحية خلال الإثني عشر شهراً السابقة، والصحة العقلية، والتقييم الذاتي للصحة العامة التي اعتمدت على فحوصات الصحة النفسية ومقياس الضيق، واعتبارات لوجستية أخرى.

وتوصلت الدراسة إلى أن الاناث اللواتي شكلن ما نسبته 58% من أفراد العينة، وكن يعشن مع شركاء لم يسبق لهم الزواج هن الأكثر حظاً في الانطباعات السلبية، وفي تأثير ذلك على الصحة العامة ووجود ضيق نفسي، وكانت نسبة ذلك أعلى من أفراد العينة المتزوجات.

وقد كانت النساء أكثر عرضه للأمراض المزمنة وأثارها النفسية السلبية والمشكلات العقلية، بالمقارنة مع عينة الرجال الذين طبقت عليهم الدراسة.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة

تحدثت بعض الدراسات عن وجود مشكلات اجتماعية في فترة ما قبل المرض وتفاقمها في ما بعد المرض كما في دراسة صبحي (2013) (Soubhi)، وقامت دراسة باشا (2009) والتي حملت عنوان: "تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين" بطرح حلول جذرية لمرضى غسيل الكلى، تتمثل بالزراعة، مع العلم أن معيقات مختلفة قد تحد من نجاح هذا الاجراء

ونلاحظ أن ما أوصت به دراسة باشا (2009) هو تكملة لما جاءت به دراسة ديبسكوال وآخرون (2012)

(Depasquale, et,al) بعنوان: "جدوى وفاعلية تدخل الأخصائي الاجتماعي لتحسين حياة مرضى زراعة الكلى".

وستعمل الدراسة الحالية على التركيز على طبيعة المجتمع الأردني، والمشكلات الاجتماعية التي من الممكن أن تفرزها الأمراض المزمنة ويعاني منها المريض وأسرته، فضلاً عن التعمق في القضايا التي طرحتها الدراسات السابقة، كدور الأخصائي الاجتماعي في العمل على التقليل من حدة المشكلات التي من الممكن أن يعيشها المريض وأسرته، والتعرف على أدواره المختلفة ضمن المجال الطبي في العمل مع هذه الفئات، كما تركز الدراسة الحالية على خصائص الأسر التي يعاني أحد أفرادها من الأمراض المزمنة، ودورها في حدوث المشكلات الاجتماعية، وتسليط الضوء على طبيعة واستقرار الأسرة في الفترة التي سبقت المرض والتي تلته، أي هل كان المرض المزمن امتداداً وتعزيزاً ونقطة انفجار لمشكلات اجتماعية كانت سابقة له، أم أن المشكلات الاجتماعية التي ظهرت كانت وليدة المرض المزمن؟

الطّريقة والإجـراءات

منهج الدراسة

تم استخدام منهج المسح الاجتماعي، نظراً لقدرة هذا المنهج على جمع أكبر قدر من البيانات، في وقت قصير وجهد أقل، وعلاوة على ذلك فإن هذا المنهج لا يقف عند وصف الظاهرة فقط، وإنما يقوم بتحليلها، وتفسيرها والخروج بنتائج يمكن تعميمها على الظواهر المشابهة.

مجتمع الدرسة

تكون مجتمع الدراسة من المرضى ضمن فئتي السرطان وغسيل الكلى في مستشفى البشير الحكومي، وبلغ عدد الأسِرة في هذا المستشفى (1109)، وعدد الأسرة الخاصة بمرضى السرطان 32 سريراً، وعدد مرضى السرطان الكلي (الكبار والصغار) خلال إحصائية الستة شهور السابقة 79حالة،، وقد تم عرض الاشتراك بالدراسة على جميع أفراد مجتمع الدراسة الكلي، فوافق على الإشتراك 32 مريض سرطان، و81 مريض كلى، في الفترة من 1-11-2014 ولغاية 31-12-2014، ومستشفى الأردن الخاص وبلغت السعة السريرية فيه (300) سرير، وعدد مرضى السرطان المراجعين خلال الستة شهور السابقة هو60 مريضاً، ومرضى الكلى 40 مريضاً، وكذلك الأمر بالنسبة لمستشفى الأردن حيث تم الطلب من مجتمع الدراسة المشاركة في الدراسة فوافق 33 مريض كلى على المشاركة، و51 مريض سرطان، واستثني المرضى الأطفال من المشاركة حيث أن الاستبانة استهدفت فئة المرضى البالغين فقط، كما تم جمع البيانات في الفترة نفسها التي جمعت بها من مستشفى البشير، وقد تم إختيار المستشفيين السابقين ليمثلا القطاع الحكومي والقطاع الخاص باعتبارهما الأكبر من حيث عدد الأسِرة في الأردن (وزارة الصحة، 2013).

مفاهيم الدراسة

المشكلات الاجتماعية: هي تلك الصعوبات التي تواجه المريض المصاب بمرض مزمن من الناحية الاجتماعية وتكون قد نجمت عن مرضه، ويدرك وجودها، ويكون البدء بإيجاد الحلول لها عن طريق التعرف على الأسباب والعوامل التي أدت إلى حدوثها (بدر،1985).

الأمراض المزمنة: هي تلك العلل التي يصاب بها الأشخاص وتسبب لهم المشكلات والصعوبات الصحية، والنفسية والاجتماعية، والاقتصادية، ولا يستطيع الفاعلون بوجوده القيام بأعمالهم ووظائفهم كما يجب، أي أن المرض المزمن هو علة يعيشها صاحبها بصورة دائمة أو شبه دائمة، وتؤثر في جميع أو معظم جوانب حياته (Medical Dictionary,2009).

الأخصائي الاجتماعي الطبي: الشخص المعد والمؤهل إعداداً علمياً وعملياً، والملم بخلفية واسعة عن نظريات المرض والعلاج، وظروف وطرق التدخل المهني، ويكون هدفه الأول العمل على خلق مستوىً أعلى من التكيف للمريض وأسرته،

وتسخير أكبر للموارد والأمكانيات في سبيل إعاقة وتذليل كل ما من شأنه عرقلة نجاح الخطة العلاجية (Collins English Dictionary, 2002).

الاستبانة

تم تصميم استبانة الدراسة وقسم إلى جزأين: الأول تعلق بالمعلومات والبيانات الشخصية عن المبحوث مثل: (النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، الوضع الوظيفي الحالي، الدخل الشهري للأسرة، المستوى التعليمي) أما الجزء الثاني من الاستبانة فصمم ليقيس فعلياً استجابات المبحوثين (نعم، لا اعلم، لا) بناءً على استجابات المرضى مجتمع الدراسة، وذلك للتعرف إلى معلومات وموضوعات مختلفة وعلاقتها بالمشكلات الاجتماعية، ومن هذه الموضوعات (اسباب الإصابة بالمرض، ومصادر حصول المريض على معلوماته الطبية، والآثار المترتبة على المرض بالنسبة للمريض، وتأثير وجود المرض على بناء اسرة، وما ترتب على المرض من تغير في علاقة المريض مع أسرته، كما عملت الاستبانة على قياس مدى تأثير المرض على علاقة المريض بالمرضى الاخرين، وتأثير المرض على العمل، وعلى الناحية الاقتصادية للمريض ولأسرته، وعملت الاستبانة على قياس دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم، وأخيراً طرق العلاج التي يؤمن بها المريض بناءً على إستجابات المرضى مجتمع الدراسة لمعرفة دور العوامل السابقة في حدوث مشكلات اجتماعية.

وللتأكد من صدق أسئلة الاستبانة، وقياسها لما وضعت لقياسه تم توزيع الاستبانة بعد صياغته على مجموعة من أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة الأردنية وجامعات أخرى، وعددهم (9) موزعين بين قسم علم الاجتماع والعمل الاجتماعي، وعلم النفس، وكلية التربية من ذوي اختصاص القياس والتقويم، والأقسام ذات العلاقة بالموضوع لتحكيمها وإبداء ملاحظاتهم حول فقراتها، وقامت الباحثة بعرض الاستبانة على أشخاص من ذوي الخبرة في المجال الطبي ضمن المستشفيات التي تضم قسماً للعمل الاجتماعي ضمن كوادرها كمركز الحسين للسرطان حيث تم التعديل وإتخاذ اللازم بناءً على ملاحظاتهم وتوصيات المشرف.

لقد تم اختبار الاتساق الداخلي لفقرات الدراسة باستخدام معامل كرونوباخ الفا، وتظهر بيانات االجدول (A) ذلك.

يلاحظ من الجدول أن معاملات ثبات الاستقرار والتجانس الخاصة بأداة الدراسة ومجالاتها تعتبر مؤشرات كافية لأغراض اعتماد أداة الدراسة في تطبيقها النهائي، كما ورد في الدراسات السابقة معيار للثبات

الجدول (A)

معاملات ثبات الاستقرار والتجانس لأداة الدراسة ومجالاتها

المكونات	عدد الفقرات	معامل كورنوباخ الفا
المريض وعلاقته بالأسرة (الزوج، الزوجة، الأبناء)	11	,84
المرض وتأثيره على العلاقات الاجتماعية	6	,85
المرض وتأثيره على العمل	5	,40
المرض وتأثيره على الناحية الاقتصادية	7	,69
دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم	10	,53

المعالجة الإحصائية

لقد تم تحليل البيانات باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (**SPSS**) وتم استخدام الأساليب الإحصائية المتمثلة بالتكرارات والنسب المئوية، واستخدمت لقياس التوزيعات التكرارية النسبية لخصائص أفراد مجتمع الدراسة واستجاباتهم على فقرات الدراسة.

واستخدم الوسط الحسابي، لإبراز مقاييس النزعة المركزية ولقياس متوسط استجابات أفراد مجتمع الدراسة على فقرات الدراسة.

أما الإنحراف المعياري، فاستخدم كأحد مقاييس التشتت لقياس الإنحراف في استجابات أفراد مجتمع الدراسة عن وسطها الحسابي.

وتم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لإختبار الفروق الاحصائية بين متوسطات استجابات المبحوثين على مكوّنات الدراسة حسب خصائصهم.

واستخدمت مقاييس احصائية أخرى وفق ما تقتضيه حاجة الدراسة وطبيعتها، سيتم ذكرها في الفصل الخاص بتحليل النتائج ومناقشتها.

وتم تحديد مستوى الدلالة الفا Alpha بـ (0,05) فأقل، حيث إذا كان مستوى الدلالة (0,05) فأقل فان الفروق الإحصائية تعد ذات دلالة معنوية، أما إذا كان مستوى الدلالة أكبر من (0,05) فان الفروق تعد غير دالة إحصائياً.

خصائص مجتمع الدراسة

البيانات الديموغرافية

اتضح من خلال تحليل البيانات الديمغرافية لمجتمع الدراسة أن الذكور يشكلون ما نسبته 45,2 من أفراد المجتمع الكلي،

فيما كانت نسبة الإناث 54,8 وهي النسبة الأكبر في مجتمع الدراسة الكلي، وعن الحالة الاجتماعية للمبحوثين، فقد بلغت نسبة المتزوجين هي الأكبر وبلغت 57,9، وعن مكان العلاج لكل من مرضى الفشل الكلوي والسرطان فقد كانت نسبة الذين يتعالجون في مستشفى الأردن 42,6 لتمثل هذه النسبة القطاع الخاص، فيما كانت نسبة الذين يتعالجون في مستشفى البشير 57,4 لتمثل القطاع الحكومي، وعن الأمراض المصاحبة فيما يخص مرض الفشل الكلوي ووجود مرض الضغط فقد كانت النسبة 19,7 ووجود مرض السكري مرافقاً للفشل الكلوي بما نسبته 15,7، ونسبة مجتمع الدراسة ممن لا يعانون من أمراض مصاحبة للفشل الكلوي 22,3، وبخصوص مرضى السرطان فقد كانت نسبة مرض الضغط والسكري المصاحب لمرضهم قليلة حيث بلغت نسبة مرضى السرطان الذين يعانون من الضغط 2,0 ونسبة مرضى السكري ضمن مجتمع مرضى السرطان هي 2,5 ونسبة مرضى السرطان الذين لا يعانون من أمراض مصاحبة 37,5.

التوزيع النسبي لخصائص أفراد مجتمع الدراسة

النوع	التكرار لكلا المرضين (197)	النسبة% (100)	التكرار لمرض الفشل الكلوي (114)	النسبة% (100)	التكرار لمرض السرطان (83)	النسبة % (100)
ذكر	89	45,2	47	41,2	42	50,6
أنثى	108	54,8	67	58,8	41	49,4
الحالة الاجتماعية						
أعزب	39	19,8	20	17,5	19	22,9
متزوج	110	55,8	66	57,9	44	53,0
مطلق	16	8,1	6	5,3	10	12,0
أرمل	32	16,2	22	19,3	10	12,0
المستشفى الذي تتعالج به حالياً						
مستشفى الأردن	84	42,6	33	28,9	51	61,4
مستشفى البشير	113	57,4	81	71,1	32	38,6
الأمراض المصاحبة						
ضغط	43	21,8	39	19,7	4	2,0
سكري	36	18,2	31	15,7	5	2,5
لا يوجد أمراض مصاحبة	118	59,8	44	22,3	74	37,5
الجنسية						
أردنية	146	74,1	101	88,6	45	54,2
جنسيات عربية أخرى	49	24,8	13	6,6	38	19,2
الدخل الشهري للأسرة						
أقل من 200 دينار	39	19,8	33	28,9	6	7,2
200–أقل من 400	55	27,9	42	36,8	13	15,7
400– أقل من 600	52	26,4	23	11,8	29	14,7
600 دينار فأكثر	51	25,9	16	8,1	35	17,8
المستوى التعليمي						
لا أقرأ ولا أكتب	27	22,3	20	17,5	7	4,8
أساسي	41	39,2	31	27,2	10	12,0
ثانوي	60	51,8	32	18,1	28	33,7
كلية فما فوق	69	35,0	31	15,7	38	19,2
سنوات التشخيص بالمرض						
أقل من 5 سنوات	121	61,4	49	43,0	72	86,7
5–أقل من 10 سنوات	52	26,4	41	36,0	11	13,3
10 سنوات فأكثر	24	12,2	24	12,2	0	0

العمر بالسنوات						
أقل من 30 سنة	16	8,1	6	5,3	10	12,0
30–أقل من 40سنة	38	19,3	15	13,2	23	27,7
40–أقل من 50سنة	40	20,3	21	18,4	19	22,9
50–أقل من 60سنة	42	21,3	26	22,8	16	19,3
60 سنة فأكثر	61	31,0	46	40,4	15	18,1
التأمين الصحي						
حكومي	121	61,4	100	87,7	21	25,3
خاص	76	38,6	14	7,1	62	31,4
الوضع الوظيفي الحالي						
أعمل بدوام كامل	12	6,1	6	5,3	6	7,2
أعمل بدوام جزئي	53	26,9	23	20,2	30	36,1
لا أعمل	132	67,0	85	43,1	47	24,0
نوع المهنة						
مكتبي	45	22,8	19	16,7	26	31,3
ميداني	20	10,2	10	8,8	10	12,0
لا يوجد	132	67,0	85	74,6	47	24,0

وعن الجنسيات التي مثلت مجتمع الدراسة فقد مثلت الجنسية الأردنية النسبة الأكبر وهي 74,1 فيما مثلت الجنسيات العربية الأخرى 24,8، وفيما يخص الدخل الشهري للأسرة فقد كانت نسبة الذين يقل دخلهم عن 200 دينار في المجتمع الكلي 19,8، وعن الفئة الذين (تزيد دخولهم الشهرية عن 600 دينار) فقد كانت 25,9 لكلا المرضين.

وفيما يخص المستوى التعليمي فقد كانت نسبة الفئة التي (لا تقرأ ولا تكتب) لكلا المرضين 13,7، وكانت نسبة المرضى ضمن المجموعتين الذين صنفوا ضمن التعليم (لكلية فما فوق) 35,0، وفيما يتعلق بسنوات التشخيص بالمرض فقد كانت نسبة المرضى ضمن الفئتين لمن يتعالج منذ (أقل من 5 سنوات) 61,4، وبلغت نسبة المرضى الذين يتعالجون (منذ 10 سنوات فأكثر) وللمرضين 12,2 ولمرضى الكلى 12,2، ومرضى السرطان لم يوجد أحد يمثل هذه الفئة من مجتمع الدراسة.

أما فيما يتعلق بأعمار مجتمع الدراسة فقد تبين أن ما نسبته 8,1 من مجتمع الدراسة الكلي هم ضمن الفئة العمرية الأقل من 30 سنة 27,7.

وكانت نسبة المرضى ضمن المرحلة العمرية 60 سنة فأكثر 31,0 ولمرضى الفشل الكلوي 40,4 ومرضى السرطان 18,1، أما فيما يتعلق بالتأمين الصحي فكانت النسبة الأكبر للذين يتعالجون ضمن تأمين صحي حكومي للمرضين وهي 61,4، وعن الوضع الوظيفي الحالي فكانت نسبة العاملين بدوام كامل لجميع أفراد مجتمع الدراسة 6,1 أما العاملون بدوام جزئي فكانت النسبة لكلا المرضين 26,9 ولمرضى الفشل الكلوي 20,2 ومرضى السرطان 36,1، وعن نسبة الفئة التي (لا تعمل) للمرضين فقد كانت 67,0 وفيما يتعلق بنوع المهنة فكانت نسبة العاملين ضمن الأعمال المكتبية للفئتين 22,8 ولمرضى الفشل الكلوي 16,7 ولمرضى السرطان 31,3 أما فيما يتعلق بالعمل الميداني فكانت نسبة المرضى للفئتين 67,0 ولمرضى الفشل الكلوي 74,6 ولمرضى السرطان ما نسبته 24,0.

نتائج الدراسة

توضح الفقرات التالية في الجدول (1) الهدف رقم (1) وهو: التعرف إلى علاقة الأمراض المزمنة بحدوث مشكلات أسرية مع (الزوج، الزوجة، الأبناء).

يوضح الجدول (1) النسب المئوية ذات العلاقة بالعبارات المعنونة بعلاقة المريض بأسرته (الزوج والزوجة والأبناء) حيث أوضحت النسب المئوية أن العبارة التي بينت أن قرارات المريض لم تعد نافذه بسبب المرض ولا يؤخذ بها قد احتلت المرتبه الأولى لكلا المرضين بما نسبته 79,2%، وكانت النسبة الأكبر لصالح مرضى الفشل الكلوي وبلغت 78,9%، وقد أوضحت النسب المئوية السابقة أن العبارة التي تتحدث عن المريض قد اصبح أكثر عدائية مع أسرته والمحيطين به قد احتلت النسبة الثانية من بين العبارات السابقة حيث كانت لكلا المرضين 77,2% وكانت النسبة الأكبر لمرضى السرطان بالمقارنة مع مرضى الفشل الكلوي حيث بلغت لمرضى

السرطان 84,3% مقابل 71,9% لمرضى الفشل الكلوي، أما العبارة الثالثة من حيث ترتيب النسب فقد كانت تلك التي تتحدث عن العلاقة بوجود تأثير سلبي على العلاقة الجنسية مع (الزوج/الزوجة) وكانت النسبة لكلا المرضين 60,9% والتأثير الأكبر تمركز في مرض السرطان وزادت النسبة عنه في الفشل الكلوي وبلغت لمرضى السرطان 65,1% مقابل 57,9% لمرضى الفشل الكلوي. أما من حيث العبارات الإيجابية بشأن تأثير المرض فقد بلغت نسبة المرضى من كلتا الفئتين الذين أيدوا وجود أثر إيجابي للمرض تمثل باقتراب المريض من زوجته أو زوجها والأبناء وبلغت النسبة 55,8%.

ومن خلال مقابلات الباحثة للمرضى من أجل جمع البيانات فقد كان بعض المرضى يعربون عن اقترابهم من الأبناء بسبب المرض مع عدم الإقتراب من الشريك.

ملاحظة: النسبة المئوية للمرضى الذين أجابوا عن فقرة: "انفصلت عن زوجي أو زوجتي بسبب المرض" كانت 18,3 فيما بلغ عدد المطلقين عند السؤال عن الحالة الاجتماعية 16 مريضاً، حيث لاحظت الباحثة أن مفهوم الإنفصال لدى مجتمع الدراسة تمثل بالهجر ولم ينحصر بالطلاق.

الجدول (1)
التوزيع النسبي لأفراد مجتمع الدراسة على الفقرات المتعلقة بالمريض وعلاقته بالأسرة (الزوج، الزوجة، الأبناء)

المريض وعلاقته بالأسرة (الزوج، الزوجة، الأبناء) للمتزوجين										
الرقم	العبارة	نعم % كلا المرضين	لا أعلم %	لا %	نعم % فشل كلوي	لا أعلم%	لا%	نعم% سرطان	لاأعلم%	لا%
1	كان للمرض تأثير سلبي على العلاقة الجنسية مع (الزوج/الزوجة)	60,9	0	4,1	57,9	5,3	9,	65,1	0	2,4
2	المرض باعد بيني وبين (زوجي/ زوجتي)	37,1	5,	27,4	39,5	9,	22,8	33,7	0	33,7
3	انفصلت عن (زوجي/زوجتي) بسبب المرض	18,3	0	46,7	16,7	0	46,5	20,5	0	47,
4	أؤيد فكرة الزواج بأخرى بسبب المرض	19,3	0	9,1	14,0	0	12,3	26,5	0	4,8
5	سمحت (لزوجي/ زوجتي) بالاطلاع على وضعي الصحي بتفاصيله)	63,5	0	1,5	61,4	0	1,8	66,3	0	1,2
6	بعض المعلومات الطبية المتعلقة بمرضي سببت مشكلات مع (الزوج/ الزوجة)	36,5	0	28,4	36,8	0	26,3	36,1	0	31,3
7	إصابتي بالمرض جعلتني أقترب من (زوجي/زوجتي) وابنائي	55,8	1,0	8,6	52,6	9,	9,6	60,2	1,2	7,2
8	وقت العلاج قلل من سيطرتي على أبنائي	55,3	1,0	9,6	50,9	1,8	10,5	61,4	0	8,4
9	المرض كشف عن مشكلات أسرية لم أكن مدرك لها	53,8	1,0	13,2	50,0	9,	13,2	59,0	1,2	13,3
10	أصبحت قراراتي بالأسرة غير نافذه ولا يؤخذ بها	79,2	3,0	16,8	78,9	3,5	15,8	59,0	2,4	18,1
11	أصبحت أكثر عدائية مع أسرتي والمحيطين بسبب المرض وطبيعة العلاج	77,2	1,5	20,3	71,9	9,	25,4	84,3	2,4	13,3

الجدول (2)

نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بالمريض وعلاقته بالأسرة (الزوج، الزوجة، الأبناء)

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
ذكر	2,55	,53	2,02	,15
أنثى	2,65	,46		
الحالة الاجتماعية				
أعزب	2,83	,49	22,97	,000
متزوج	2,38	,48		
مطلق	2,94	,08		
أرمل	2,95	,17		
المستشفى الذي تتعالج به حالياً				
مستشفى الأردن	2,45	,57	13,17	,000
مستشفى البشير	2,71	,40		
نوع المرض				
فشل كلوي	2,59	,52	,24	,62
سرطان	2,62	,47		
الجنسية				
أردنية	2,56	,50	3,76	,054
جنسيات عربية أخرى	2,72	,47		
الدخل الشهري للأسرة				
أقل من 200 دينار	2,77	,45	3,55	,01
200- أقل من 400	2,65	,43		
400- أقل من 600	2,60	,48		
600 دينار فأكثر	2,43	,57		
المستوى التعليمي				
لا أقرأ ولا أكتب	2,87	,25	3,73	,01
أساسي	2,63	,43		
ثانوي	2,60	,50		
كلية فما فوق	2,49	,57		
سنوات التشخيص بالمرض	**الوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**قيمة F**	**مستوى الدلالة**
أقل من 5 سنوات	2,59	,52	7,45	,000
5- أقل من 10 سنوات	2,80	,31		
10 سنوات فأكثر	2,29	,57		
العمر بالسنوات	**الوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**قيمة F**	**مستوى الدلالة**
أقل من 30 سنة	2,88	35,	1,84	,12
30-أقل من 40 سنة	2,61	,53		
40- أقل من 50 سنة	2,63	,45		
50 – أقل من 60 سنة	2,49	,50		
60 سنة فأكثر	2,59	,52		

التأمين الصحي				
حكومي	2,61	48,	01,	,89
خاص	2,60	,52		
الوضع الوظيفي الحالي				
أعمل بدوام كامل	2,49	46,	1,91	,15
أعمل بدوام جزئي	2,49	,55		
لا أعمل	2,65	,47		
نوع المهنة				
مكتبي	2,52	56,	1,48	,22
ميداني	2,51	,48		
لا يوجد	2,65	,47		

يعمل الجدول (2) على توضيح الهدف رقم (3) وهو التعرف إلى الفروق بين استجابات المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة (الفشل الكلوي والسرطان) تبعاً لخصائصهم الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية، ودور النوع الاجتماعي في حدوث مشكلات اجتماعية.

وقد تم استخدام اختبار توكي للتعرف إلى مصدر هذه الفروق من خلال استجابات مجتمع الدراسة.

حيث تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الفقرات المعنونة بالمريض وعلاقته بالأسرة والحالة الاجتماعية، بقيمة ل f بلغت 22,97 ومستوى دلالة بلغ 000, وتبين وجود مصدر لهذه العلاقة بين استجابات العزاب والمتزوجين بمستوى دلالة 000, وكان هنالك فروق بين استجابات العُزب والمطلقين بمستوى دلالة 000, وكذلك بين استجابات الأعزب والمطلق بالمقارنة باستجابات المتزوج بمستوى دلالة 000, وبين استجابات الأعزب والأرمل مقابل استجابات المتزوج بمستوى دلالة 000,

كما تبين كذلك وجود علاقة ذات دلالة احصائية في استجابات المبحوثين تعود للمستشفى الذي يتعالج به المريض حيث بلغت قيمة f 13,17 بمستوى دلالة 000,، وبلغ المتوسط الحسابي لمستشفى الأردن 2,45 ومستشفى البشير 2,71 مما يدل على أن الفروق في الاستجابات تعود لمستشفى البشير الحكومي.

كما اتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق وجود علاقة ذات دلالة إحصائية تعود للدخل الشهري للأسرة وبلغت قيمة f 3,55 ومستوى الدلالة 01, وتبين أن المصدر يعود لاستجابات المبحوثين أصحاب الدخل (أقل من 200 دينار) مقابل المرضى أصحاب الدخل (أكثر من 600 دينار) وعن المستوى التعليمي فقد تبين كذلك وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين استجابات المبحوثين والمستوى التعليمي وكان مصدر هذه الفروق بين فئة المرضى الذين لا يقرأون ولا يكتبون مقابل المرضى من أصحاب التعليم "كلية فما فوق".

يبين الجدول (3) الهدف رقم (2) وهو: التعرف إلى دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع المرضى ذوي الأمراض المزمنة، ومع أسرهم.

فيما يخص الأخصائي الاجتماعي ودوره في التعامل مع المرضى وأسرهم فقد كان لمعظم المرضى الإجابة بلا أعلم وخاصةً المرضى في القطاع الحكومي المتمثل في مستشفى البشير، وذلك لعدم وجود أخصائي اجتماعي للعمل مع مرضى السرطان، أو لعدم تعامل فئة كبيرة معه ضمن مرضى الفشل الكلوي، وكانت النسبة الأكبر للإجابة بنعم على العبارة التي تتساءل عن "أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في دعم المرضى وأسرهم" وبلغت النسبة لكلا المرضين 76,0% فيما كانت النسبة الأقل بالإجابة بنعم هي حول أن التعامل مع الأخصائي الاجتماعي هو مضيعة للوقت وكانت 12,2%، فيما أجاب بلا أعلم 48,2%.

يوضح الجدول (4) نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين على الفقرات المتعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم، حيث تبين عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الفقرات ذات العلاقة بهذا المحور والبيانات الديمغرافية السابقة، باستثناء المستشفى الذي يعالج فيه المريض حالياً، حيث تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية تعود لهذا المتغير وبلغ الوسط الحسابي لمستشفى الأردن 2,38 ولمستشفى البشير 2,17 وبلغت قيمة f 29, بمستوى دلالة 00, حيث انه من الواضح أن هذه الفروق تعود لصالح مستشفى الأردن.

الجدول (3)

التوزيع النسبي لأفراد مجتمع الدراسة على الفقرات المتعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم

دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم									
الرقم	العبارة	نعم % كلا المرضيين	لا أعلم %	لا %	نعم % فشل كلوي	لا أعلم%	لا%	نعم% سرطان	لا أعلم%	لا%
12	للأخصائي الاجتماعي دور مهم في التخفيف من معاناة المرضى وأسرهم	67,0	28,4	4,6	71,1	21,1	7,9	61,4	38,6	0
13	وجود جماعات دعم تحت اشراف الأخصائي الاجتماعي مفيدة للمريض	64,0	29,9	6,1	71,1	21,9	7,0	54,2	41,0	4,8
14	قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفى يقلل من جودة وكفاءة الخدمات المقدمة	60,9	32,0	7,1	67,5	25,4	7,0	51,8	41,0	7,2
15	لا استطيع رسم تصور واضح للدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي	30,5	44,2	25,4	36,0	44,7	19,3	22,9	43,4	33,7
16	التعامل مع الأخصائي الاجتماعي هو مضيعة للوقت	12,7	48,2	39,1	14,9	50,9	34,2	9,6	44,6	45,8
17	مشاركة الإخصائي الاجتماعي المريض لمشكلاته قد يزيدها سوءاً	20,8	45,2	34,0	22,8	46,5	30,7	18,1	43,4	38,6
18	لا أرغب باطلاع الأخصائي الاجتماعي على ما أعاني منه	23,9	45,2	31,0	26,3	47,4	26,3	20,5	42,2	37,3
19	يساعد الأخصائي الاجتماعي المريض على تجاوز المشكلات الاجتماعية التي نجمت عن مرضه	49,7	42,6	7,6	48,2	43,0	8,8	51,8	42,2	6,0
20	يساهم الأخصائي الاجتماعي في توفير مساعدات اقتصادية للمرضى	48,7	46,7	4,6	40,4	51,8	7,9	60,2	39,8	0
21	يساعد الأخصائي الاجتماعي في ارشاد المرضى لمصادر المجتمع التي يحتاجونها	51,3	44,7	4,1	44,7	48,2	7,0	60,2	39,8	0

الجدول (4)

نتائج اختبار تحليل التباين (One-Way ANOVA) لاستجابات المبحوثين

على الفقرات المتعلقة بدور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع المرضى وأسرهم

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
ذكر	2,25	,30	,40	,52
أنثى	2,27	,27		
الحالة الاجتماعية				
أعزب	2,30	,29	,69	,55
متزوج	2,27	,29		
مطلق	2,24	,21		
أرمل	2,21	,26		
المستشفى الذي تتعالج به حالياً				
مستشفى الأردن	2,38	,26	,29	,00
مستشفى البشير	2,17	,26		
نوع المرض				
فشل كلوي	2,28	,28	1,45	,22
سرطان	2,23	,28		

الجنسية				
أردنية	2,27	,28	1,01	,31
جنسيات عربية أخرى	2,23	,26		
الدخل الشهري للأسرة				
أقل من 200 دينار	2,19	,31	1,71	,16
200- أقل من 400	2,24	,27		
400- أقل من 600	2,29	,28		
600 دينار فأكثر	2,31	,27		
المستوى التعليمي				
لا أقرأ ولا أكتب	2,24	,24	,57	,63
أساسي	2,30	,31		
ثانوي	2,23	,27		
كلية فما فوق	2,27	,28		
سنوات التشخيص بالمرض	**الوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**قيمة F**	**مستوى الدلالة**
أقل من 5 سنوات	2,24	,29	1,43	,23
5- أقل من 10 سنوات	2,28	,26		
10 سنوات فأكثر	2,18	,25		
العمر بالسنوات				
أقل من 30 سنة	2,35	27,	1,14	,33
30-أقل من 40 سنة	2,28	,27		
40- أقل من 50 سنة	2,19	,26		
50 – أقل من 60 سنة	2,28	,35		
60 سنة فأكثر	2,26	,25		
التأمين الصحي				
حكومي	2,25	28,	50,	,47
خاص	2,28	,28		
الوضع الوظيفي الحالي				
أعمل بدوام كامل	2,40	37,	2,41	,09
أعمل بدوام جزئي	2,29	,28		
لا أعمل	2,24	,27		
نوع المهنة				
مكتبي	2,32	29,	1,71	,18
ميداني	2,30	,32		
لا يوجد	2,24	,27		

مناقشة النتائج والتوصيات

من خلال التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة يتبين أن الأمراض المزمنة (الفشل الكلوي والسرطان) لها علاقة بحدوث مشكلات اسرية مع (الزوج، الزوجة، والأبناء) وبهذا تتفق هذه الدراسة مع دراسة مركز ميزان لحقوق الإنسان (2008) عن الأمراض المزمنة في قطاع غزة (الفشل الكلوي، والسرطان، والقلب) وجاءت الدراسة الحالية لتناقش وتحدد نوعية المشكلات الاقتصادية التي يواجهها المرضى، وكانت متمثلة بانخفاض دخل الأسرة ورفاهيتها، وعن الدراسة التي قامت بها باشا (2009) عن مرض القصور الكلوي المزمن، وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين، فقد اتفقت الدراسة الحالية مع هذه الدراسة وأضافت جوانب أخرى، فقد قامت الباحثة في الدراسة السابقة بذكرها على وجه العموم، فاتفقت معها بأن طبيعة الأدوار التي كان يقوم بها المرضى باختلاف النوع (ذكر، أنثى) قد تغيرت بسبب المرض وظروف العلاج، كما أكدت الدراسة الحالية أن النوع الاجتماعي (ذكر، أنثى) قد أثر في طبيعة المشكلات التي عانى منها المرضى مع وجود تأثير أكبر على مرضى السرطان عما هو لمرضى الفشل الكلوي،

أما دراسة ابراهيم وامين (2009) عن الأثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناة ذوي الأمراض المزمنة في العراق فقد عزت ذلك إلى وجود نقص في الإهتمام بأدوية ذوي الأمراض المزمنة، وقد يعود ذلك للظروف السياسية، وجاءت الدراسة الحالية لتؤكد أن معظم المرضى ذوي الجنسية الأردنية هم من حملة التأمين الصحي الحكومي، وأنهم لا يعانون من مشكلات في الحصول على العلاج والأدوية.

أما الدراسات الأجنبية ومنها دراسة جادلا (2007) Gadalla بخصوص مرض السرطان واستخدام الخدمات الاجتماعية في كندا، فقد بينت هذه الدراسة خصائص المستفيدين المرضى من الخدمات الاجتماعية، حيث إن معظمهم كانوا من الإناث، وأصحاب الدخل الأقل والمنخفض، والذين يعيشون بمفردهم، وقد أيدت الدراسة الحالية ما جاءت به الدراسة السابقة وجاءت نتائجها متفقة معها، وفي دراسة ديبسكوال واخرون (Depasqual,et, al., 2012) والتي هدفت لدراسة جدوى وفاعلية تدخل الأخصائي الاجتماعي لتحسين حياة مرضى زراعة الكلى، فقد بينت هذه الدراسة أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع المرضى وأسرهم ضمن الموضوعات والقضايا الاقتصادية، وجاءت الدراسة الحالية لتؤكد وتكمل ما جاءت به الدراسة السابقة، وتؤكد دور الأخصائي الاجتماعي ضمن المحور السابق، الذي أكده مجتمع الدراسة مع تفوق لدوره وأهميته بالنسبة للمرضى ضمن القطاع الخاص، عنه في القطاع العام.

أما دراسة صبحي (Soubhi, 2013) التي هدفت للتعرف على النزاع بين الزوجين ودوره في التأثير على التكيف مع الأمراض المزمنة، فقد بينت الدراسة وجود علاقة بين الحالة الاجتماعية ووجود مشكلات اجتماعية كالصراع بين الأزواج، وأكدت الدراسة الحالية أن معظم الفروق في استجابات المبحوثين كانت بين (المتزوجين والعزاب) أي أنها جاءت متفقة مع الدراسة السابقة.

كما أوضحت الدراسة السابقة أن معظم المشكلات بين الأزواج عندما يعاني أحدهم من مرض مزمن كانت نتيجة لعجز المريض عن العناية الذاتية بنفسه وهو ما أكدته الدراسة الحالية.

الإجابة عن السؤال الأول: ما علاقة الأمراض المزمنة بحدوث مشكلات أسرية بين (الزوج، الزوجة، الأبناء)؟

من خلال التحليل الإحصائي لاستجابات مجتمع الدراسة فقد تبين وجود علاقة بين الأمراض المزمنة واحتمالية حدوث مشكلات اسرية مع (الزوج والزوجة والأبناء) وقد كانت الفقرات مرتبة تنازلياً وفق أهميتها بالنسبة لاستجابات مجتمع الدراسة لكلا المرضين كالاتي:

1- أصبحت قراراتي بالأسرة غير نافذه ولا يؤخذ بها.
2- أصبحت أكثر عدائية مع أسرتي والمحيطين بسبب المرض وطبيعة العلاج.
3- سمحت (لزوجي/ زوجتي) بالإطلاع على وضعي الصحي بتفاصيله.
4- كان للمرض تأثير سلبي على العلاقة الجنسية مع (الزوج/ الزوجة).
5- إصابتي بالمرض جعلتني أقترب من (زوجي/ زوجتي) وابنائي.
6- وقت العلاج قلل من سيطرتي على أبنائي.
7- المرض كشف عن مشكلات اسرية لم أكن مدرك لها.
8- المرض باعد بيني وبين (زوجي/ زوجتي).
9- بعض المعلومات الطبية المتعلقة بمرضي سببت مشكلات مع (الزوج/ الزوجة).
10 أؤيد فكرة الزواج بأخرى بسبب المرض.
11 انفصلت عن (زوجي/ زوجتي) بسبب المرض.

الإجابة عن السؤال الثاني: ما دور الاخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع المرضى وأسرهم من وجهة نظر المرضى؟

من خلال عرض الأدب النظري، ومن خلال استجابات المبحوثين مجتمع الدراسة فقد تبين وجود دور للأخصائي الاجتماعي رتبه المرضى من حيث الأهمية تنازلياً كالاتي:

1- للأخصائي الاجتماعي دور مهم في التخفيف من معاناة المرضى وأسرهم.
2- وجود جماعات دعم تحت اشراف الأخصائي الاجتماعي مفيدة للمريض.
3- قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفى يقلل من جودة وكفاءة الخدمات المقدمة.
4- يساعد الأخصائي الاجتماعي في ارشاد المرضى لمصادر المجتمع التي يحتاجونها.
5- يساعد الأخصائي الاجتماعي المريض على تجاوز المشكلات الاجتماعية التي نجمت عن مرضه.
6- يساهم الأخصائي الاجتماعي في توفير مساعدات اقتصادية للمرضى.
7- لا أستطيع رسم تصور واضح للدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي.
8- لا أرغب باطلاع الأخصائي الاجتماعي على ما أعاني منه.
9- مشاركة الأخصائي الاجتماعي المريض لمشكلاته قد

يزيدها سوءاً.

10 التعامل مع الأخصائي الاجتماعي هو مضيعة للوقت.

الإجابة عن السؤال الثالث هل هنالك فروق بين استجابات المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة (الفشل الكلوي، والسرطان) تبعاً لخصائصهم الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية، وما دور النوع الاجتماعي في حدوث المشكلات الاجتماعية؟

توصلت هذه الدراسة وبواسطة الاختبارات التي طبقت على جميع مكوناتها عبر اختبار (One-Way ANOVA) الخاص بالتعرف على الفروق وبواسطة اختبار توكي الذي يعمد إلى تحديد مصدر هذه الفروق توصلت للاتي:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جميع مكونات الدراسة والحالة الاجتماعية، وكانت بالعادة مصدر هذه الفروق بين استجابات (الأعزب والمتزوج).

2- وجود فروق في الاستجابات تعود لنوع المرض وكانت هذه الفروق في العادة تعود لمرضى السرطان.

3- وجود فروق في الاستجابات للمرضى تعود للجنسية، وكانت هذه الفروق تعود لصالح حملة الجنسيات العربية الأخرى.

4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعود لسنوات التشخيص بالمرض وكانت هذه الفروق لدى المرضى ذوي التشخيص (أقل من 5 سنوات) والمرضى المشخصين منذ (10 سنوات فأكثر).

5- وجود فروق في الاستجابات بين المرضى تعود للعمر وكانت هذه الفروق بين الفئتين العمريتين (أقل من 30 سنة) والمرضى ذوي الأعمار (60 سنة فأكثر).

6- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعود لنوع التأمين وكانت في العادة لصالح المرضى ذوي التأمين الصحي الخاص.

توصيات الدراسة

من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

1- تكثيف حملات التوعية والتثقيف حول عوامل الإصابة بالمرض، وطرق الوقاية منها عبر وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة، والندوات وورش العمل التي يجب أن تعمل على استهداف المجتمع المحلي، وأن يتم إشراك القادة المحليين بهذه الحملات، ولكونهم عنصراً مؤثراً وقوة ضاغطة في المجتمعات المختلفة.

2- ضرورة متابعة المرضى وأسرهم عبر الفريق الطبي والاجتماعي في المستشفيات المختلفة، والتعرف إلى طبيعة العلاقات الأسرية السائدة، ودور المرض في تغير هذه العلاقات وحدوث مشكلات وذلك من أجل اتخاذ الإجراء المناسب.

3- ضرورة تكثيف عمل الأخصائي الاجتماعي مع المريض وأسرته، ونشر حملات توعوية حول دوره في المساهمة في الحد من المشكلات الأسرية التي قد تنجم عن المرض المزمن.

المصادر والمراجع

ابراهيم، خ. وامين، ع. (2009) الاثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناة ذوي الأمراض المزمنة في العراق، المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مجلد(1) عدد (2) ص 129- 145.

أبو حمور، ش. (2010) دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفيات الأردنية من وجهة نظر الأطباء، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

باشا، ن. (2009) تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر، الجزائر.

بدر، ع. (1985) مشكلاتنا الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

حقي، م. (2001) الموقف من المرض والموت في المغرب والأندلس، اطروحة دكتورا غير منشورة، الرباط، المغرب.

دور كايم، ا. (2010) الانتحار، ترجمة حسن عودة، دمشق، الهيئة العامة السورية للكتاب.

الوريكات، ع. (2011) علم الاجتماع الطبي، ط1، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

مركز الميزان لحقوق الانسان (2008) الأمراض المزمنة في قطاع غزة، دراسة لواقع مرضى الفشل الكلوي والسرطان والقلب، غزة: فلسطين.

Bloom, S. (2002) The World as Scalple: AHistory of Medical Sociology, New York, Ny:Oxford University.

Pierson, J. and Thomas, M. (2002) Collins Dictionary of Social Work Glasgow, Britain, Harper Collins Publishers.

Depasqual, N. and Briggs, F., Darrell, L. (2012) Feasibility

chronic Disease, vol 15, pp189-194.

Mechanic, D. (1982) Symptoms Illness Behavior, and Help Seeking, New Brunswick: Rutgers University press.

مراجع الانترنت

الغريب، ع. (2007) نظريات علم الاجتماع، عن موقع www.pdffactory.com

منظمة الصحة العالمية (2014) عشر حقائق عن الأمراض غير السارية، 20/9/2014 عن موقع http:www.who.org

منظمة الصحة العالمية (1997)، تعريف الصحة، عن موقع http:www.who.org

Collins English Dictionary, Definition of Medical Social Worker, www. Collins Dictionary. Com.

and Acceptability of the Talk Social Worker Interventions to Improve Live Kidney Transplantation, national association of social workers, 234- 249.

Gadalla, T. (2007) Cancer Patient's Use of Social Worker Services in Canada: Prevalence, Profile, and Predictors of Use, Ontrio, Canada, University of toranto.

Soubhi, H. (2013) Perceived Conflict in the Couple and Chronic Illness Management: Preliminary Analyses from the Quebec Health Survey, Sherbrook University, Canada, 1- 15.

Medical D. (2009) Definition of Chronic Disease , 9th edition, Elsevier.

Mechanic, D. (1961) The Concept of Illness Behavior , j.

Social Problems Resulting from Chronic Diseases (Kidney Failure and Cancer): A Survey Study on the Patients at Al- Bashear Hospital and Jordan Hospital

Shorouq Issa Abu Hammour, Khalil Darwish*

ABSTRACT

The present study aimed to identify the social problems experienced by the patient as a result of his her chronic disease (kidney failure or Cancer). This investigation was conducted using a descriptive method at Al-Bashir Hospital and Jordan Hospital. A total sample of 197 patients (114 with kidney failure and 83 with Cancer) participated in the study. Results indicated that they were significant differences in terms of type of disease (kidney failure, cancer), gender, marital status, nationality, and type of hospital (government, private). Recommendations and suggestions for future research are discussed in this study as well.

Keywords: Social Problems, Chronic Disease, Kidney Failure, Cancer, Social Worker.

* Faculty of Arts, The University of Jordan. Received on 14/9/2015 and Accepted for Publication on 27/6/2016.