

تصـور مقـترح
للتدخل المهني مع حالات الفشل الكلوي
من منظور طريقة خدمة الفرد

إعداد

د/ صلوحة محمود عبدالرحمن الفقي

مدرس بقسم مجالات الخدمة الاجتماعية
بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان

مقدمه :-

تمثل الخدمة الاجتماعية الطبية مجالاً حيويًا وأساسياً مع المرضي منذ بداية القرن العشرين ، حيث ألتحق الأخصائيين الاجتماعيين بدور ثانوى مع الأطباء في المؤسسات الطبية عام ١٩٠٠ وتزايد الاهتمام بها نتيجة لارتباط المرض بعوامل اجتماعية وسلوكية كثيرة ، كما أقرت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين أنه ثانى مجال لممارسة الخدمة الاجتماعية حيث أشارت في تقريرها أن ١٨.١% من الأخصائيين يعملون في المجال الطبي (Moralos,A.&Shefer,B.,1987:139) كما يعمل عدد كبير من الأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي متمثلاً في المستشفيات والوحدات الصحية علي مستوي جمهورية مصر العربية إذن فالمجال الطبي يعتبر من أهم مجالات الممارسة وتوصف دور للأخصائي الاجتماعي من قبل وزارة الصحة إلا أن الاهتمام بتطويره والعمل علي زيادة فاعليته محدوده للغاية وذلك بصفه عامة مع الأمراض المزمنة وبصفه خاصة مع مرضى الفشل الكلوي على الرغم من خطورته وارتباطه بمشكلات اجتماعية ونفسية وسلوكيه متعددة علاوة علي التطور الذي ظهر في نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية والذي يجب أن تتأثر به الممارسة في جميع مجالاتها

مشكلة الدراسة :-

تنتم الأمراض المزمنة بطبيعة اجتماعية خاصة من حيث أسبابها وتأثيراتها والمشكلات الناجمة عنها وذلك مثل أمراض القلب والسرطان والدرن والفشل الكلوي الذى يمثل موضوع الدراسة الحالية والذى تشير الإحصاءات إلي زيادة نسبة الإصابة به بشكل كبير فقد ارتفعت بشكل مخيف فى محافظات مصر حيث تتجاوز نسبة الإصابة ٥٠٠ مريض لكل مليون نسمة وتزايد بنسبة ٤% سنوياً وفقاً لتقرير الجمعية القومية لرعاية مرضى الكلى لعام ٢٠٠٥.

كما كشفت دراسة بجامعة المنصورة عام ٢٠٠٥ بأن ٣٥ ألف يصابون بالفشل الكلوي سنوياً بينهم ١٧ ألف طفل بسبب تلوث المياه وأسباب بيئية وسلوكية متعددة مثل الإستعمال الخاطئ لبعض المضادات الحيوية والمسكنات وكذلك السموم الصناعية مثل الزئبق والرصاص وأسباب وراثية وذاتية ولكن بنسب أقل من العوامل البيئية وأوصت الدراسة في تقريرها بتغيير أساليب تنقية المياه واستخدام الأشعة فوق البنفسجية والأوزون بدلا من الكلور الذى يتفاعل مع غاز الأمونيا ويسبب مشكلات طبية عديدة وأهمها الفشل الكلوي(البارودى وآخرون ، ٢٠٠٥) ولما لهذا المرض من تأثيرات ومشكلات اجتماعية عديدة أكدتها دراسة كوثر عبدالرحيم حيث حددت أهم المشكلات الاجتماعية والنفسية التي

يتعرض لها مريض الفشل الكلوي ومنها الاضطرابات الأسرية والاضطرابات الزوجية وكذلك تقلص السلطة الأبوية وأشارت كذلك إلي المشكلات النفسية وأهمها الاكتئاب الحاد والمتوسط لمعظم حالات الدراسة وأوصت إلي ضرورة وأهمية وجود أخصائي اجتماعي نفسي بوحدة الغسيل علاوة علي أهمية عقد مؤتمر حالة أسبوعياً (١٩٨٧) ، ونستنتج من ذلك أن الفشل الكلوي كمرض " مزمن " من وجهة نظر العاملين في المجال الاجتماعي يعنى عجزاً في الأداء الاجتماعي لواجبات المريض ومسئوليته في الحياة حيث يمر المريض بمجموعة من المراحل المتعاقبة من الفشل الاجتماعي أو العجز الاجتماعي تنقص في إطارها الطموحات وتضطرب العلاقات ، وتتفاوت بين البساطة والحدة مع تفاوت وتطور المرضي ومع إختلاف المرضي من حيث السن والنوع ونظراً لأن المريض بالفشل الكلوي ليس مريضاً عادياً ولكنه مريض يعايش مشكلة ولذلك تم تصنيفه ضمن الأمراض الاجتماعية (محمد ، صفاء عبدالعظيم ، ٢٠٠٣ : ٨٣) كما قامت الباحثة بدراسة لتقدير الموقف من خلال مقابلة حوالى عشرين مريض بالفشل الكلوي من خلال جمعية رعاية مرضي الكلي بمحافظة المنوفية ومن خلال استمارة بسيطة تناولت البيانات الأولية وأهم المشكلات التي يعاني منها وكانت المقابلات مفتوحة أسفرت عن وجود مشكلات أسرية كثيرة مثل الطلاق ، خاصة للسيدات ، وفقدان أداء الدور مما يزيد من حالة الاكتئاب خاصة للرجال وكذلك عدم توافر بعض العقاقير التي تعالج الأنيميا كما اتضح من خلال مقابلة بعض الأطباء والمعالجين وجود مشكلات سلوكية عند الغسيل ، عادات غذائية غير سليمة ، عدم تعاون مع الفريق الطبي والإسراف في تناول الدواء وخاصة الأدوية العشبية نتيجة عدم الوعي مما يؤثر سلبياً علي الكلي ومضاعفة المرض فالإسراف في تناول الدواء يغير في كيمياء الجسم وله أضرار جانبية خطيرة خاصة علي كلية ضامرة وهذا ما أكده الأطباء المتخصصين بالكلي والذين أبدوا بعض الملاحظات علي سلوك المرضي وضرورة تقديم الوعي والمشورة والنصيحة من قبل الأخصائي الاجتماعي .

ويؤكد الأطباء الاختصاصيين بالكلي علي أهمية الرعاية الاجتماعية والنفسية التي تؤثر ايجابياً علي الاعراض النفسية والمشكلات الاجتماعية مثل اضطرابات النوم وتوتر العلاقات الأسرية وانخفاض أداء الدور .. الخ.

وبناء عليه فقد أهتمت الباحثة بدراسة الدور الذي يلعبه الأخصائي الاجتماعي بوحدة الغسيل الكلوي حيث أنه يتميز بأهمية بالغة في العمل علي تخفيف المشكلات التي يعانيتها المريض المعاش علي الكلية الصناعية ومحاولة التعرف علي المعوقات التي تواجهه والمقترحات التي يمكن من خلالها وضع

تصور لتطوير دور الأخصائي الاجتماعي من منظور خدمة الفرد وبالتالي تطوير الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية وخاصة عندما نعلم أن الأخصائي الذي يعمل بهذه الوحدة يتميز بحوافز مادية مشجعه نسبياً من قبل وزارة الصحة تصل إلى ٧% من راتبه ، ولذلك ترى الباحثة أنه يجب وضع خطة عمل لهذا الأخصائي للتعامل مع مشكلات هذا المريض لكي تصبح المهنة متفاعلة مع مشكلات المجتمع ذو الحاجة الملحة للرعاية الاجتماعية والنفسية - مرضي الفشل الكلوي ولا سيما وأن طريقة خدمة الفرد تحتوى على مداخل مناسبة أثبتت فعالية في المجال الطبي ومع أمراض مزمنة أخرى.

الدراسات السابقة :

بداية في ظل وجود طب المجتمع ومعهد الأمراض المتوطنة ، وطب الأسرة والتطور الواضح في الاهتمام الطبي بمعالجة الأمراض والوقاية منها فيلزم علي الخدمة الاجتماعية كمهنة وعلي الأخصائي الاجتماعي كعضو في الفريق الطبي أن يطور ويفعل من أداء المهنة بنفس القدر (دغيدى ، عبدالرحمن، ١٩٧٧: ٣) ولا سيما في وجود تطوير نظريات الممارسة علي كل من المستوي العالمي والمحلي . وبالرغم من هذا القصور الذي نلاحظه من خلال التدريب في المجال الطبي في معظم المؤسسات الطبية والذي قد يرجع إلي معوقات متعددة إلا أنه توجد محاولات جادة في تطوير مهنة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ومع بعض الأمراض المزمنة مثل السرطان ، السكر والفيروس الكبدى الوبائى فيرس سي C كذلك مرض الكلي وسوف نعرض لهذه المحاولات في السطور التالية :-

من أهم هذه الدراسات دراسة عفاف راشد التي استخدمت تكنيكات خدمة الفرد المعرفية لتخفيف نسبة السكر والأعراض الإنفعالية الناجمة عنه عندما اختبرت فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لمعالجة المشكلات الاجتماعية والنفسية لدي مريضات السكر ، وأثبتت فاعليته (١٩٩٨) كما استهدفت دراسة طارق محرم اختبار فعالية نموذج التركيز علي المهام في خدمة الفرد في علاج المشكلات الاجتماعية المصاحبة لمرض الالتهاب الكبدى الوبائى فيرس C وباستخدام منهج التجربة القبليّة البعدية لمجموعتين احدهما تجريبية والأخرى ضابطة والاعتماد على مقياس إنجاز المهام واستمارة تقدير المشكلات ومراجعة المهام ، أثبتت الدراسة صحة فرضها الأساسي وأثبتت وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة التركيز علي المهام والتخفيف من حدة المشكلات المصاحبة لعينة الدراسة (٢٠٠١) ، وكذلك أكدت دراسة حياة رضوان فعالية مدخل التركيز على المهام مع مرضى سرطان المثانة لعينه من الرجال في معهد الأورام وذلك من منظور طريقة خدمة الفرد (١٩٩٣) ، كما أشارت دراسة نجلاء قنديل إلي

اقتراح نموذج للخدمة الاجتماعية لمرضى الدرن الرئوي (٢٠٠٣) ، وإذا أخذ الممارسين بعين الاعتبار نتائج هذه الدراسات فسوف تطور من ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي هذا ولقد اهتمت بعض الدراسات السابقة بحالات الفشل الكلوي وذلك علي المستوي العالمي والمحلي من هذه الدراسات دراسة هدي عبدالفتاح والتي اهتمت بوضع تصور متكامل لرعاية المرأة المصابة بالفشل الكلوي وخاصة للتعامل مع التأثيرات الناتجة والتي ترتبط بدورها في الأسرة كما أشارت إلى أهمية إجراءات حل المشكلة وتوجيه مشاعر الحزن والألم والاهتمام ببيت روح التفاؤل والاهتمام بتمكين المرأة من اتخاذ القرار المناسب والتأكيد علي أهمية دعم الأسرة من الزوج والأبناء ومساندتها من قبل المحيطين بها (١٩٩١) ، كما سبقت الإشارة إلي دراسة كوثر عبدالرحيم التي حددت أهم المشكلات التي يعاني منها مريض الفشل الكلوي وكذلك دراسة رشاد عبداللطيف التي اهتمت بعرض المشكلات التي تواجه مرضى الفشل الكلوي بالرياض خاصة الأطفال الذي يعانون من أزمات صحية اجتماعية مصاحبة لهذا المرض (١٩٨٩) كما توجد بعض الدراسات الأجنبية اهتمت بمرض الفشل الكلوي مثل kathlees & bardara وفيها اهتمتا الباحثتان بربط مريض الفشل الكلوي بشبكات اجتماعية مساندة التي تخفف المشكلات الناجمة عن التغيرات المصاحبة للمرضي مثل قصور الذات وتغيرات في الأدوار والتدهور العام في النشاط والصحة وفقدان الثقة والشك في الآخرين .. الخ وعملت هذه الشبكات علي مساندة وتدعيم الروابط التي فقدها المريض واستعادت التوافق النفسي والاجتماعي وأوصت الدراسة في نهايتها بالتركيز علي الرعاية الصحية والاجتماعية من خلال توسيع الشبكات الاجتماعية لما لها من أثر إيجابي علي التوافق النفسي والاجتماعي للمرضي(1985) ومن أمثلة هذه الشبكات الاجتماعية أولها الأسرة ، المتطوعين ، الجمعيات الأهلية ومؤسسات المجتمع المدني .

كما أشارت دراسة (Joan , Beders (2000 إلى إختبار فعالية برنامج تدخل للخدمة الاجتماعية لمعالجة الاكتئاب وسوء التوافق الناجم عن الإصابة بالفشل الكلوي واعتمد هذا البرنامج على أسلوبى النصيحة والمشورة الاجتماعية لمجموعة من المرضي مثلت الجماعة التجريبية والتي وجدت تغيرات معنوية في مستوى القلق والاكتئاب وسوء التوافق النفسي والاجتماعي مقارنة بالجماعة الضابطة وخاصة خلال الثلاثة شهور الأولى من اكتشاف المرض.

من خلال تحليل هذه الدراسات نلاحظ قلتها وندرته بالنسبة لأهمية الموضوع وخطورته وهو ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية مع المرض المزمن وخاصة الفشل الكلوي كما أشارت الدراسات وأكدت

علي وجود مشكلات اجتماعية ملحة يجب التدخل لمعالجتها وتخفيفها علاوة علي وجود بعض المشكلات السلوكية التي لاحظتها الباحثة أثناء المقابلات الاستطلاعية لعملية الغسيل والتي يمكن أن تفاقم من تأثيرات المرض الخطيرة والتي تحتاج لقدر كبير من الوعي للمريض وأسرته في ضوء الإرشادات الطبية بالإضافة إلي نجاح بعض الأساليب والتقنيات الخاصة بأساليب التدخل المهني مثل التركيز علي المهام والعلاج المعرفي الانفعالي ، مما شجع الباحثة علي إجراء هذه الدراسة محاولة وضع تصور للتدخل المهني للأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع حالات الفشل الكلوي وبناء علي ذلك تحددت أهداف الدراسة الحالية .

أهداف الدراسة:-

تهدف الدراسة الحالية إلي ما يلي :-

١- تحديد الأدوار الفعلية التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي مع المريض المعاش علي الكلي الصناعي .

٢- تحديد أهم المعوقات المتعلقة بأداء هذه الأدوار .

٣- تحديد المقترحات التي تحسن هذا الأداء من وجهة نظر المرضى والأخصائيين الاجتماعيين .

٤- وأخيراً وضع تصور في ضوء هذه المقترحات في إطار وجود الأخصائي الاجتماعي كمهني في

العلاج بالمستشفى كذلك في إطار نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية وبصفه خاصة خدمة الفرد .

أهمية الدراسة:-

ترجع أهمية الدراسة الحالية للعوامل التالية :

١- انتشار مرض الفشل الكلوي وزيادة نسبة المرضى المعاشين علي الكلي الصناعي كما أشارت

الإحصاءات السابقة .

٢- ارتباط هذا المرض - كمرض مزمن - بعوامل اجتماعية ونفسية سبباً ونتيجة .

٣- إشارة بعض الدراسات السابقة علي أهمية التعامل مع هذه الفئة ونجاح الأساليب المهنية.

٤- معاناة هؤلاء المرضى لمشكلات تتعلق بالتوعية الأسرية والمجتمعية يمكن تقديمها بواسطة الأخصائي

الاجتماعي كشخص مهني مناسب ضمن الفريق العلاجي .

٥- قلة - ندرة - الدراسات المحلية في المجال الطبي عموماً وفي مجال الفشل الكلوي بصفه خاصة .

مفاهيم الدراسة :-

تشتمل الدراسة الحالية علي مفهومين أساسيين هما :-

١- تصور مقترح للممارسة للتدخل المهني من منظور خدمة الفرد.

٢- مريض الفشل الكلوي.

أولاً التصور المقترح للتدخل المهني :

وتقصد به الباحثة أنه رؤية علمية للممارسة من قبل الأخصائي الاجتماعي تعتمد

علي ما يلي :

١- دراسة المشكلات النفسية الاجتماعية التي تواجه المريض.

٢- توافر الإمكانيات المناسبة في وحدات الغسيل والمستشفيات ويمكن للأخصائي الاجتماعي تطبيقه .

٣- أن يناسب طبيعة وظروف المرضى .

٤- أن يعتمد علي تكتيكات الممارسة المتطورة لطريقة خدمة الفرد.

٥- وأخيراً يأخذ في الاعتبار مقترحات المرضى والأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمجال .

ثانياً مرضى الفشل الكلوي :

يقصد بهم المرضى الذين تم تشخيصهم الطبي بالإصابة بالفشل الكلوي ويلزم التردد علي وحدات الغسيل

بشكل منتظم ، مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً ولقد اتفق العاملين في هذا المجال علي الغاء كلمة الفشل

حتي لا تحبط المريض واستبدالها بالمعاش حتي تعطي شيئاً من التفاؤل للمريض وذلك بالتوجيه من

الجمعية العامة لرعاية مرضي الكلي وأصبح يعاني المعاش علي الكلي الصناعي.

تساؤلات الدراسة :-

١- ما الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي للمريض المعاش علي الكلي الصناعي

٢- ما المعوقات التي تواجه الأخصائي في أداء هذه الأدوار.

٣- ما المقترحات التي يمكن أن تذلل المعوقات وتواجهها .

٤- ما التصور المقترح للتدخل المهني للأخصائي الاجتماعي كي يصبح دوراً فعالاً مع المريض المعاش

علي الكلي الصناعي .

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً : نوع الدراسة:-

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية حيث أنها تهدف لتحليل الأدوار الفعلية للأخصائي الاجتماعي للوصول إلي التصور المقترح للتدخل المهني .

ثانياً: منهج الدراسة:-

منهج المسح الاجتماعي باستخدام عينه من المرضى المترددين علي وحدات الغسيل الكلوي وحصر شامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بهذه الوحدات .

ثالثاً: أدوات الدراسة:-

اعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات التالية : -

١-إستمارة إستبار - مقابله - موجهه للمرضي الذين يتردون علي وحدات الغسيل الكلوي - عينه الدراسة واشتملت الاستمارة علي تحديد الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي مع مريض الكلي الذي يعتمد على الغسيل وتحددت في ثلاثة أبعاد:-

البعد الأول : اشتمل علي البيانات الأولية للمرضى والأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي للمريض ولأسرته من خلال الجمعيات الأهلية .

البعد الثاني : اشتمل علي المعوقات التي تواجه المريض أثناء عملية الغسيل

البعد الثالث : اشتمل علي المقترحات التي يراها المرضى لتحسين خدماتهم

٢- استمارة استبيان موجهه للاخصائيين الاجتماعيين تشتمل علي نفس الأبعاد اسابقة استعانت الباحثة بالخبراء في المجال لأعداد هذه الأدوات .

رابعاً مجالات الدراسة:-

أ- المجال البشري

يمثل المجال البشري في الدراسة الحالية "٧٠" سبعون حالة من مرضى الفشل الكلوي الذين ينتظمون في جلسات الغسيل مرتين أو ثلاث أسبوعياً وتم إختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة كما تم إستبعاد حالات الأطفال وعددهم ٦ حالات أثناء فترة جمع البيانات وذلك لما لهم من ظروف وخصائص تختلف عن البالغين ، كما إشتملت عينه الدراسة علي عدد"١٢" اثني عشر إخصائي اجتماعي "١٠" أخصائيين هم العاملين بوحدات الغسيل - مجال الدراسة - وإثنان من الخبراء العاملين بجمعية رعاية مرضى الكلي بالمحافظة

ب- المجال المكاني :

تم إختيار المجال المكاني بمحافظة المنوفية حيث تزداد نسبة مرضي الفشل الكلوي ، حيث أشارت إحصائيات تقرير المحافظة بالجامعة أن ٩٢٧ حالة تستلزم جلسات غسيل و ٣٣٤٤ حالة تتردد لعلاج أمراض الكلى المزمنة وإنتشار العوامل المسببة وإقتصر المجال المكاني علي ثلاثة وحدات بمدينتي شبين الكوم والشهداء نظراً لتشابه وتمائل ظروف المرضي على مستوى المحافظة وذلك بناء علي نتائج المؤتمر الذي أقامته جمعية رعاية المرضى بالمحافظة في مايو ٢٠٠٦ ولذا كانت الوحدات هي:

- وحدة غسيل الكلى بمستشفى شبين الكوم التعليمي .

- وحدة مستشفى المواساة .

- وحدة مستشفى الشهداء .

ج- المجال الزمني :

فترة جمع البيانات والتي تحددت لمدة شهرين منذ أول فبراير حتي أول أبريل ٢٠٠٧.

نتائج الدراسة

أولاً وصف عينه الدراسة من المرضى .

جدول رقم (١) يوضح توزيع عينه المرضى بالنسبة للنوع

النوع	البيان	ك التكرار	% النسبة
ذكر	٤٩		٧٠%
أنثي	٢١		٣٠%
المجموع	٧٠		١٠٠%

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن نسبة إصابة الذكور أعلى من الإناث لمرضي الفشل الكلوي وقد يرجع ذلك إلي إصابة الرجال بالبلهارسيا أكثر من السيدات وتؤكد هذه النتيجة الإحصائية الخاصة بالجمعية القومية لرعاية مرضي الكلى التي تشير إلي إصابة الذكور بنسبه أعلى من الإناث .

جدول رقم (٢) يوضح توزيع عينه الدراسة بالنسبة للسنة

المجموع	٧٠ فأكثر	٦٠ - أقل	٥٠ - أقل	٤٠ - أقل	٣٠ - أقل	٢٠ - أقل	السنة / البيان
		من	من	من	من	من	
٧٠	٦	٩	١٥	٢٠	٨	١٢	ك
%١٠٠	٨.٥	١٢.٨	٢١.٤	٢٨.٥	١١.٤	١٧.١	%

نلاحظ من الجدول السابق أن نسبة المصابين تقع في الفئة العمرية المتوسطة حيث بلغت ٢٨.٥% من عينه الدراسة في السن ما بين ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة وكذلك نسبة ٢١.٤٠ تقريبا نصف عينه الدراسة تقع ما بين ٤٠ - أقل من ٦٠ سنة وتتفق هذه النتيجة أيضا مع توزيع عينه من المتزوجين كما في الجدول التالي .

جدول رقم (٣) يوضح توزيع عينه الدراسة بالنسبة للحالة الاجتماعية

المجموع	أرمل	مطلق	متزوج	أعزب	الحالة الاجتماعية / البيان
٧٠	٨	٣	٤٣	١٦	ك
%١٠٠	١١.٤	٤.٣	٦١.٤	٢٢.٩	%

يتضح من هذا الجدول أن أكثر من نصف عينه المرضي من المتزوجين مما يتطلب ضرورة وجود دور للأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض لما يتبع الإصابة بالفشل الكلوي من تأثيرات سلبية علي الأسرة وعلاقة المريض بها وخاصة إذا كان رب الأسرة وعادة ما يكون ذلك لأن أغلب المرضي من الذكور كما إتضح في جدول رقم (١)

جدول رقم (٤) يوضح الحالة التعليمية لعينه الدراسة من المرضي

المجموع	فوق العالي	عال	متوسط	أقل من المتوسط	يقرأ ويكتب	أمي	الحالة التعليمية / البيان

ك	٢٤	١٠	٥	٢٣	٨	-	٧٠
%	%٣٤.٣	%١٤.٣	%٧.١	%٣٢.٩	%١١.٤	-	%١٠٠

من الملاحظ في الجدول السابق الذي يمثل الحالة التعليمية لعينه الدراسة من المرضى المعاشين علي الكلي الصناعية أن أغلب نسبة عينه من الأميين وتمثل تقريباً ٣٥% مما يستدعي التوعية والإرشاد لاتباع العادات السلوكية والغذائية السليمة للحفاظ علي ما تبقي من صحتهم وعدم التعرض لمضاعفات أخري كما أنه مثلت التعليم المتوسط النسبة التالية وهي نسبة كبيرة وهي كذلك في حاجة إلي وعي ومساندة .

جدول رقم (٥) يوضح مدة إصابة المرضى بالفشل الكلوي

البيان	مدة الإصابة					
	أقل من سنة	من سنة - أقل من	٥ أقل من	١٠ أقل من	١٥-أقل	المجموع
التكرار	٣	٢٤	٣٦	٥	٢	٧٠
النسبة	٤.٣	٣٤.٣	٥١.٥	٧.١	٢.٩	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أكثر من نصف عينه قد أصيبت منذ خمس سنوات إلي عشر سنوات وهي ليست بالقليلة يعاني المريض خلالها من مشكلات متعددة ويلاحظ أنه يوجد نسبة بسيطة تقدر بحوالي ٣% تزيد فترة الإصابة عن عشر سنوات والاعتقاد علي الغسيل والاعاشة علي الكلية الصناعية قد تصل إلي خمس عشر سنة مما يتطلب التعامل مع المريض وأسرته الذي تواجه مشكلات إجتماعية واقتصادية وكذلك مشكلات نفسيه له ولأسرته مما يتطلب دوراً مناسباً للأخصائي الاجتماعي وتدخلها فعالاً من قبل مهنة الخدمة الاجتماعية .

ثانياً النتائج التي تتعلق بأدوار الأخصائي الاجتماعي مع المرضى

جدول رقم (٦) يوضح طبيعة الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي مع مريض الفشل الكلوي

م	الدور الذي يقوم به							
	نعم		أحياناً		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%

١٠٠	٧٠	١١.٤	٨	٢٤.٣	١٧	٦٤.٣	٤٥	مقابلة المريض	١
١٠٠	٧٠	٢٠	١٤	٤٥.٧	٣٢	٣٤.٣	٢٤	تهديته المريض	٢
١٠٠	٧٠	١٧.١	١٢	١٨.٦	١٦	٦٤.٢	٤٥	تشجيع المريض علي الالتزام بالغسيل	٣
١٠٠	٧٠	٤١.٤	٢٩	٤١.٤	٢٩	١٧.١	١٢	بث روح الأمل	٤
١٠٠	٧٠	٤٢.٣	٣٠	٣٨.٥	٢٧	١٨.٦	١٣	توجيه المريض للنشاط المناسب له	٥
١٠٠	٧٠	٤٠	٢٨	٣٢.٨	٢٣	٢٧.١	١٩	توعية المريض بالالتزام بنصائح الطبيب	٦
١٠٠	٧٠	٤٢.٣	٣٠	٤٤.٤	٣١	١٢.٩	٩	مشاركة المريض في حل مشكلاته الخاصة بعملية الغسيل	٧
١٠٠	٧٠	٢٧.١	١٩	٣٧.١	٢٦	٣٥.٧	٢٥	تيسير الحصول علي الخدمات بالمستشفى	٨
١٠٠	٧٠	%٣٠	٢١	٣٤.٣	٢٤	٣٥.٧	٢٥	توعية المريض بالغذاء المناسب	٩
١٠٠	٧٠	٣١.٤	٢٢	٤١.٤	٢٩	٢٧.١	١٩	غرس روح التفاؤل	١٠
١٠٠	٧٠	٢٨.٦	٢٠	٣٧.١	٢٦	٣٤.٣	٢٤	تشجيعه علي الصبر والتحمل	١١

من الجدول السابق يتضح أن أدوار الإخصائي الاجتماعي مقصورة ومحدودة علي تشجيع المريض علي الالتزام بمواعيد الغسيل وهذا دور قد لا يكون له أهمية لأن المريض نفسه حريص كل الحرص علي الفعل ويريد في أثناءه خدمات أهم وتواجهه صعوبات ملحة تتطلب دوراً وتدخلاً فعلياً للأخصائي الاجتماعي كما يلاحظ أن بعض الحالات من عينه الدراسة لم تقابل الأخصائي الاجتماعي مطلقاً وبسؤال هذه الحالات أوضحت أنهم ذهبوا للغسيل عن طريق التأمين الصحي وليس بقرار لذا فلم يقابلوا اخصائي اجتماعي مطلقاً حتى فترة الغسيل وقد تصل إلي أكثر من عشر سنوات وحيث أن المريض المعتمد علي الكلي الصناعي في حالة من الضعف البدني والنفسي وأيضاً الاجتماعي فيجب أن يبادر الأخصائي الاجتماعي بعرض مساعدته علي الأقل أو المبادرة بالحديث معه عن أي مشكلة أو صعوبة تواجهه أثناء الغسيل علاوة علي دوره في التخفيف عن المشاعر السلبية المصاحبة والتعاطف من قبل مهني قد يكون له تأثير طيب علي المريض فالملاحظ علي الجدول السابق أن حوالي ١٢% فقط من

العينه أقررو بأن الأخصائي يحل مشكلاتهم أثناء الغسيل مثل ترتيب المواعيد ، الاتصال بالأطباء وهيئة التمريض لتوفير متطلبات عملية الغسيل وإتمامها .

جدول رقم (٧) يوضح دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة المريض المعاش علي الكلي الصناعي

م	البيان	نعم		أحياناً		لا		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
١	طمأنه أسرة المريض	٢٨	٤٠	١٥	٢١.٤	٢٧	٣٨.٦	٧٠	١٠٠
٢	توجيه الأسرة للخدمات المتاحة	٢٥	٣٥.٧	١٦	٢٢.٩	٢٩	٤١.٤	٧٠	١٠٠
٣	تخفيف قلق الأسرة علي مريضها	١٥	٢١.٤	٢١	٣٠	٣٤	٤٨.٦	٧٠	١٠٠
٤	توعية الأسرة بنظام غذاء مريضها	١٤	٢٠	١٨	٢٥.٧	٣٨	٥٤.٣	٧٠	١٠٠
٥	إرشاد الأسرة بتعليمات الأطباء	١٨	٢٥.٧	٢٠	٢٨.٦	٣٢	٤٥.٧	٧٠	١٠٠
٦	محاولة حل خلافات الأسرة	١٠	١٤.٣	٢٢	٣١.٤	٣٨	٥٤.٣	٧٠	١٠٠
٧	إرشاد الأسرة بنظام الدواء	١٧	٢٤.٣	١٧	٢٤.٣	٣٦	٥١.٤	٧٠	١٠٠
٨	التعاون مع أسرة المريض أثناء عملية الغسيل	٣٠	٤٢.٩	١٣	١٨.٦	٢٧	٣٨.٦	٧٠	١٠٠

يتضح من الجدول السابق الدور المحدود للغاية مع أسرة المريض علي الرغم من أنه نسق هام وأساسي من حيث أنه يتأثر بمشكلات ملحة نتيجة الإصابة بالمرض ويحدث خلل واضح كما اتضح من المقابلات مع المرضي وينعكس ذلك علي حالة المريض النفسية والصحية فيختلف رد فعل الأسرة في تقبلها للمرضي في بدايته وكذلك في استمرار عملية الغسيل وتحملها وذلك أيما كان يمثل المريض في مكانته بالأسرة فعندما تكون مسن أو مسنه يشعر بأنه عال له علي الآخرين ويجب التخفيف من خلال دور الأخصائي مع أسرته ومعاونه الأبناء لهم بصدر رحب مما ينعكس عليه وعلي حالته الصحية بالإضافة إلي مشاعر العجز التي قد تدعمها أفراد الأسرة سواء الزوج أو الزوجة - الطرف الآخر - ومن هنا فيجب مناقشة المشكلات الأسرية وخاصة الزوجية - العلاقة الخاصة للزوجين حتي من خلال مناقشات جماعية لكل المرضي أو عدد من المرضي وأسرههم وتوضيح أهمية التدعيم الأسري للمريض بما ينعكس إيجابيا علي حالة المرضي فمن خلال مقابلات أزواج وزوجات المرضي والتعاون معهم كانوا يرغبون في مناقشة

مشكلاتهم ومشكلات أبنائهم الدراسية والسلوكية وقد يتطلب ذلك وقتاً للأخصائي وعددًا من الأخصائيين الاجتماعيين يتوفر لهذا الغرض ولكن ليس مستحيلاً في ظل هؤلاء الأخصائيين حيث أن الأخصائي في بعض الوحدات يقتصر علي إعداد القرار الذي بموجبه يستطيع المريض القيام بعملية الغسيل علي الرغم من أن ٤٢.٩% من عينه الدراسة أقرروا أن الأخصائي دائماً يساعد المرافق معه من أسرته أثناء عملية الغسيل مما كان يريحه نفسياً ويطمأنه علي المرافق له وينعكس ذلك علي حالته الشخصية.

جدول (٨) يوضح الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي من خلال الجمعيات

الأهلية لرعاية مرضي الكلي

م	الدور	نعم		أحيانا		لا		نسبة
		ك	%	ك	%	ك	%	
١	تقديم إعانات مادية	٢٥	٣٥.	١٦	٢٢.٩	٢٩	٤١.	٧٠
			٧				٤	١٠٠
٢	مناقشة مشكلات المرضي مع المسئولين	٢٥	٣٥.	٢١	٣٠	٢٤	٣٤.	٧٠
			٧				٣	١٠٠
٣	إعداد ندوات لتوعية المرضي	١٨	٢٥.	١٤	٢٠	٣٨	٥٤.	٧٠
			٧				٣	١٠٠
٤	مساعدة المريض في تشغيل أحد أفراد أسرته	٩	١٢.	٦	٨.٦	٥٥	٧٨.	٧٠
			٩				٦	١٠٠
٥	توفير وسيلة انتقال لوحدة الغسيل			٥	٧.١	٦٥	٩٢.	٧٠
							٨	١٠٠
٦	إرشاد المريض للجمعيات التي يمكن أن تخدم	١٢	١٧.	١٨	٢٥.٧	٤٠	٥٧.	٧٠
			١				١	١٠٠
٧	تيسير اتصاله بالجمعية عند الحاجة	١٥	٢١.	١٤	٢٠	٣١	٤٤.	٧٠
			٤				٣	١٠٠

من الملاحظ في الجدول السابق أن أدوار الأخصائي الاجتماعي تكاد تكون معدومة أو محدودة في بعض الأدوار التي يجب أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي للاستفادة من الجمعية التي ترعى مرضي الكلي وخاصة للوحدة التابعة للمستشفى التعليمي ولكن قد يرجع ذلك إلي ضغط العمل بالمستشفى التعليمي حيث مقاومة الأطباء وهيئة التمريض لدور الأخصائي الاجتماعي ومن هنا تدعو الباحثة للعمل بروح الفريق فالعمل في المجال الطبي والخدمة الصحية المتكاملة لا يصبح ذو فعالية الا بتعاون فريق العمل كل في إطار تخصصه ودون تعدي علي أي تخصص آخر إيماناً بتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية .

ثالثاً: نتائج الدراسة فيما يتعلق بالصعوبات والمعوقات المصاحبة لعملية غسيل الكلي
 - تعددت الصعوبات والمعوقات التي تواجه المريض المعاش على الكلي الصناعية وكما أسفرت نتائج الدراسات على أدواتها تحددت هذه الصعوبات لحوالي ٩٠% تقريبا من عينة الدراسة وتشكلت فيما يلي:
 أ- معوقات وصعوبات اجتماعية وإدارية .
 ب- صعوبات ومعوقات صحية .
 ج- صعوبات ومعوقات نفسية .
 وفيما يلي تحديد لهذه المعوقات

جدول رقم (٩) يوضح أهم الصعوبات الإدارية والاجتماعية المصاحبة لعملية الغسيل الكلوي

م	الصعوبات	التكرار	النسبة
١	عدم وجود أماكن إنتظار للمريض أو مرافقه	٤٢	٦٠%
٢	عدم وجود فروق في تحديد مواعيد الغسيل	٣٠	٤٢.٩%
٣	نقص الأدوية التي تحد من الأنيميا والهبوط الذي يحدث أثناء الغسيل	٦٥	٩٢.٩%
٤	عدم الاهتمام بصيانة الأجهزة	٤٣	٣٢.٩%
٥	وجود أعطال في أجهزة الغسيل	٢٠	٢٨.٦%
٦	المواصلات	٥٤	٧٧.١%
٧	عدم متابعة الأخصائي الاجتماعي	٥٨	٨٢.٩%

٨	سوء معاملة هيئة التمريض	٤٠	%٥٧.١
٩	إهمال مطالب المرضى	٤٣	%٦١.٤

من الجدول السابق يتضح أن حوالي ٩٣% من عينه الدراسة يجدون صعوبة فى الحصول على الأدوية التي تعالج مضاعفات المرض مثل فقر الدم - الأنيميا - وقد يكون ذلك خاص لمحافظة المنوفية أكثر من المحافظات الأخرى نتيجة زيادة عدد المرضى وضعف إمكانيات المستشفيات يليها عدم وجود متابعة الأخصائي الاجتماعي لحالة المريض والتي تمثل ٨٥.٩ وذلك لأنه يعاني مشكلات فعلا وفى حاجة للتعامل من قبل الأخصائي الاجتماعي الذى بسؤاله فقط قد يخفف عن ضغوط المرضى ويبسر حصوله علي الخدمة بالإضافة إلي إحساس المريض بالاهتمام من قبل مسئول رسمي بالمستشفى هذا في حد ذاته يشكل دعماً معنوياً ، علاوة علي النصائح التي قد يقدمها الأخصائي الاجتماعي للمرضي ولأسرهم كلما اتاحت له الفرصة ولكن كما اتضح من جدول رقم (٧) أن عبء العمل علي الأخصائي الاجتماعي قد لا يمكنه من متابعة حالات المرضى إلا في ظروف ملحة واستثنائية ، يليها المواصلات التي اشتكى منها كل مريض يبعد أكثر من ٥كم ٢ عن وحدة الغسيل وذلك لما يعانيتها من ضعف وتعب جسماني وكذلك استمرار عملية الغسيل ثلاث مرات أسبوعياً مما يستدعى توفير وسيلة مواصلات دورية من قبل الجمعية التي ترعى هذه الفئة أو لكل وحدة غسيل وسيلة مواصلات ولو بمقابل رمزي لكي تخفف عبء انتظار المواصلات العامة أو العبء المادي للمواصلات الخاصة وسوف ينعكس توفير هذه المواصلات علي الحالة النفسية والصحية والاجتماعية للمريض وأسرته بشكل مباشر ، أما إهمال مطالب المرضى علي جميع المستويات ليست جديدة فالإمكانيات محدوده والحاجة ملحة وضرورية ويمكن أن يكون للأخصائي الاجتماعي دوراً فعالاً فهو الوسيط والمطالب كما علمنا في أدواره الموصوفة والتي يجب أن يستخدمها بفاعلية أكثر نظراً لحساسية وخطورة الحالة وإنسانيتها

جدول رقم (١٠) يوضح الصعوبات الصحية التي تواجه عينه الدراسة المصاحبة لعملية الغسيل

م	الصعوبات	التكرار	النسبة
١	ارتفاع الضغط المفاجئ	٣٨	%٤٧.٠
٢	الانيميا	٦٥	%٩٢.٩
٣	الهبوط الحاد	٦٥	%٩٢.٩
٤	الإصابة ببعض الأمراض المعدية	٢٢	%٣١.٩

من الجدول السابق نلاحظ أن نسبة كبيرة من المرضى من عينه الدراسة تقدر بحوالي ٩٣% يعانون من ضعف وأنيميا وهبوط أثناء عملية الغسيل نتيجة فقر الدم ونقص الهيموجلوبين مما يتطلب الاهتمام بزيادة التبرع بالدم وتوفير أكياس الدم اللازمة لعلاج هذه الأنيميا وتوفير الأدوية التي تحد من هذه المشكلة ، كما أن نسبة كبيرة أيضا قد أصيبت بأمراض معدية وخاصة فيروس الكبد الوبائي C وأصبح يعاني بشكل مضاعف من أكثر من مرض مزمن وذلك تم نقله خلال عملية الغسيل وعدم الاهتمام بتنقيح الفلاتر والاهتمام بنقاء الدم مما يتطلب من كل فريق العمل بوحدة الغسيل الاهتمام بتوفير الأجهزة لقياس الضغط وفحص الدم الذي يستخدم في عملية الغسيل والفلاتر المستخدمه وجودتها .

ويمكن للإحصائي الاجتماعي أن يكون المهني الذي يوجه ويطلب بهذه الأشياء التي تقي من مخاطر كثيرة بالإضافة لمعاناه المرضى نفسها فهو الوسيط بين المريض وهيئة التمريض.

جدول رقم (١١) يوضح الصعوبات النفسية المصاحبة لعملية الغسيل

م	الصعوبات	البيان	التكرار	النسبة
١	الخوف من الإصابة بأي مرض آخر		٥٦	٨٠%
٢	القلق من مضاعفات المرضي		٣٣	٤٧.١%
٣	الملل من عملية الغسيل نفسها		٢٠	٢٨.٦%
٤	الضيق من الانتظار عند تصليح أعطال الأجهزة		١٨	٢٥.٧%
٥	الخوف من الوفاة المفاجأة علي الجهاز		٦	٨.٦%
٦	الخوف من العدوي		١١	١٥.٧%
٧	الخوف من التلوث		١٨	٢٥.٧%

تنتاب المريض أثناء عملية الغسيل مخاوف شديدة وقلق من تبعات هذه العملية وخاصة عندما يري من المرضي من زملائه أصيب بأي مرض آخر نتيجة للغسيل ، وكذلك الخوف من الموت وترك الأبناء والأسرة ، الملل من تكرار الغسيل حيث أنها عملية علاجية لا تتم الا بالوحدات المختصة ولا يتم علاجها بالمنزل مما يشكل عبئا كبيرا علي المريض وأسرته ويشعره بالملل والضيق علاوة علي الانتظار الذي يزيد من هذا الضيق عند حدوث أعطال لجهاز الغسيل كما أن نسبة كبيرة تقلق من التلوث الناتج عن عملية الغسيل وخاصة من لديهم مخاوف مرضية أو وساوس قهرية ومن هنا يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يقلل من هذه المخاوف بقدر الإمكان للمريض من جهة ويحاول طمأنته والعمل علي الوقاية من حدوث مثل هذه العوامل لتي تسبب مخاوفه من خلال إتصاله بإدارة المستشفى والاهتمام بالنظافة العامة لأجهزة الغسيل والتأكد من عدم تلوث الدم المستخدم .

وبصفه عامه تتسم هذه الصعوبات بالتداخل والتشابك الكبيرين حيث يتأثر المريض بحالته الصحية علي حالته النفسية وكذلك علي مشاعرة الإنسانية علاوة علي حساسيته الشديدة تجاه الآخرين بالإضافة الي أن تكرار عملية الغسيل تجعله يشعر بأنه عالة علي الآخرين بما يزيد من تألمه لذا فعلي الأخصائي الاجتماعي كمهني يمثل مهنة إنسانية أن يحاول التعامل بإيجابية لتخفيف هذه الصعوبات والمعوقات كي

يسهم بشكل فعال في هذا المجال وذلك مع هيئة التمريض والأطباء وكذلك أسرة المريض التي لها الدور الأساسي في التخفيف والتقليل من المشاعر السلبية التي تصاحب المريض قبل وبعد وأثناء عملية الغسيل فالملاحظ أن الحالات التي تدعم فيها الروابط الأسرية والزوجية نجدها أكثر تفاؤلاً عن غيرها وأملاً في الحياة ومن هنا تزي الباحثة أنه يمكننا من هذا المنطلق أن نضع تصوراً للتدخل المهني من قبل الأخصائي الاجتماعي يبنى على أسس علمية ومهنية لطريقة خدمة الفرد وأطر نظرية فعالة .

رابعاً: نتائج الدراسة فيما يتعلق بأهم المعوقات التي تواجه الممارس -الأخصائي الاجتماعي - مع مرضي الفشل الكلوي

أسفرت نتائج الاستبيان لمجموعة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالوحدات المجال المكاني للدراسة

- ١- قلة عدد الأخصائيين العاملين بالوحدات الطبية بصفه عامة وبوحدة الفشل الكلوي .
- ٢- لا تتناسب الأعداد مع حالات المترددة علي وحدات الغسيل مما يشكل ضغط العمل .
- ٣- عدم اقتناع الأطباء وهيئة التمريض بدور الأخصائي الاجتماعي .
- ٤- مما يترتب عدم اتاحة الفرصة من قبل إدارة المستشفى - الأطباء - لممارسة الدور المطلوب .
- ٥- نقص التدريب في المجال الطبي .
- ٦- عدم وجود إطار للعمل أو خطة عمل محددة للأخصائي الاجتماعي .
- ٧- ضعف الهيئة الاشرافية والمسئولة عن التوجيه والمتابعة.
- ٨- عدم تخصيص أخصائي اجتماعي في بعض الوحدات .
- ٩- إهمال إدارة المستشفى لمطالب المرضى من قبل الأخصائي مما يؤدي الي إحباطه .
- ١٠- الافتقار الي نظرة فريق العمل واقتصار التدخل الطبي .
- ١١- ضعف الحافز المادي للأخصائي الاجتماعي .
- ١٢- صعوبة الاتصال بالجمعيات التي ترعي مرضي الكلي نتيجة ضغط العمل.

خامساً: المقترحات التي يمكن أن تساعد الاخصائي الاجتماعي علي أداء دوره مع مرضي الفشل الكلوي بشكل مناسب :-

- ١- زيادة عدد الأخصائيين الاجتماعيين بما يتناسب مع عدد المرضى ، اسوة بالأطباء كمهنيين وهيئة التمريض.
- ٢- تدريبهم بشكل دوري علي كل جديد من أطار الممارسة المهنية .
- ٣- اهتمام هيئة الاشراف من مديرية الصحة بالأخصائي الاجتماعي ومتابعته .

- ٤- زيادة التعاون بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي - العمل بروح الفريق - .
- ٥- محاولة الاستجابة لمطالب المرضى لما لها من أثر طيب علي حالة الصحية والنفسية
- ٦- زيادة الحوافز المادية للعمل في المجال الطبي عامة وفي وحدات الكلي خاصة .
- ٧- زيادة وتفعيل دور الجمعية الكلي لمساعدة المرضى .
- وفي إطار النتائج السابقة للدراسة وتحديد المعوقات والمقترحات من قبل المرضى والأخصائيين الاجتماعيين فقد قامت الباحثة بوضع تصور للتدخل المهني قد يناسب حالات المريض المعاش علي الكلي الصناعية وذلك ما سوف يوضح في الصفحات التالية:-
- سادساً: تصور مقترح للتدخل المهني من منظور خدمة الفرد :
- أولاً ينطلق هذا التصور من إيمان الباحثة بما يلي:-
- ١- أهمية الدور الاجتماعي مع مرضي الفشل الكلوي بالتحديد ولما ظهر من خلال التعامل معهم قبل اعداد البحث واثائه ولأن الإنسان كل متكامل تتفاعل فيه النواحي البيولوجية والنفسية والاجتماعية والروحانية ويتأثرون بشكل متبادل .
- ٢- وجود بعض الأخصائيين الاجتماعيين المتحمسين للعمل ويريدون من يمدهم بمثل هذه الأطر التصورية .
- ٣- ضرورة التواصل الدائم بين الباحثين والممارسين في كل مجالات الخدمة الاجتماعية وبصفه خاصة المجال الطبي وأكثر تحديداً الأمراض المزمنة .
- ٤- إتفاقاً مع كل من ترنر Turner في تطلعاته إلي مدخل متعدد النظرية للممارسة في خدمة الفرد يتفق مع التطور النظري للأساس المعرفي ، لها وإدراك الحاجة إلي نظرية أقوى للممارسة (694 - 1985) وكذلك فيشر Fisher الذي قدم أسسا أمبريقية ونظرية للتدخل ولتطوير التدخل من خلال مدخل انتقائي وذلك بما يتفق مع التغيرات في الأساس المعرفي لخدمة الفرد حيث يري أنه لا يستطيع مدخل بمفرده أن يحدث تغيرات بناءه وفعالة مع حالات خدمة الفرد (7: 1978).
- ٥- إتفاقاً مع الانتقادات التي وجهها علماء الخدمة الاجتماعية الأمريكية في إهمال الجوانب الدينية للإنسان والذي تتسم - في المجتمع الأمريكي - بالتعددية وتتصف صياغاتها المهنية لعملية المساعدة بالعمومية الشديدة ، ورغم ذلك نادوا بعدم تجاهل الجوانب الروحية وإهمالها في ممارسات وبحوث الخدمة الاجتماعية حيث يعمل هذا التجاهل فجوة في التصور بين الإخصائيين الاجتماعيين وبين الناس - المرضى - الذين يقدم لهم الخدمات الاجتماعية (رجب ، إبراهيم عبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٥٠٧) ومن

الأولي في بلد مسلم يتسم بقوة العقيدة ومجتمع متدين ويشكل الدين في حياته أساسا للتوجه والتصرف في حياته المختلفة .

٦- نجاح التوجهات الدينية في التدخل المهني من قبل طريقة خدمة الفرد في دراسات محلية ومع حالات مرضية مثل بتر الأطراف نتيجة إصابات الحوادث وأكدت فعالية التدخل في الأزمات معها (الشرقاوى ، نجوى إبراهيم، ١٩٩٩) كما أنه دراسة أخرى في إحدى نتائجها أثبتت أن إقامة الشعائر الدينية وترديد العبارات الدالة على الرضا مثل (قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا) يساعد علي التخفيف من الحزن والتذكير بمسئوليات الحياة (شوقي نوح ، طريف ، محمود ، عبدالمنعم شحاته : ١٩٩٤)
ولذلك فقد وضعت تصوراً قد لا يكون متكاملًا بالشكل المطلوب ولكنها بداية ويمكن ان ينقح ويعدل في ضوء مقترحات الخبراء والممارسين .

ويتجدد هذا التصور في مرحلتين أساسيتين للتدخل المدني ولكل مرحلة أهدافها ومداخلها النظرية التي تحتوي عليها طريقة خدمة الفرد

وترتبط إصابة الفرد بالفشل الكلوي بالأزمة ، وذلك وفقا لما حدده كابلان لمفهوم الأزمة بأنها حالة من فقدان التوازن البدني أو النفسي أو الانفعالي وكذلك الاجتماعي فيصبح خلالها الفرد غير قادر علي التصرف بشكل عادي أو بطبيعته قبل الأزمة ، ولا تعمل القوي المعتادة ولا بالطرق المعتادة له (Trevithick , P.2005,267) ولذا فهو في حالة ملحة للتدخل من متخصص- يخفف من حدة التوتر. ويمثل الفشل الكلوي حدث ضاغط يفقد الفرد إتزانه ولا يقتصر ذلك علي الفرد نفسه بل قد يمتد لأسرته وذلك للغالبية العظمي من المرضى ولذا فسوف يعتمد علي مدخل التدخل في الأزمات من المنظور الديني . وذلك لتحقيق الأهداف التالية :-

١- إزالة أو تخفيف حدة القلق والخوف المسيطرين علي المريض في بداية اكتشافه
٢- الوصول بالحالة - المريض - إلي حالة من الاستقرار والتوازن البدني والنفسي والانفعالي للوصول الي حالة من الرضا والشكر علي البلاء - المرض - .
ولكي تتحقق هذه الأهداف فيقوم الأخصائي بمجموعة من الخطوات في حدود التدخل في الأزمات كما يلي :-

أ- في مرحلة البداية : أول مقابلة بعد التحويل مباشرة .

١- يركز الأخصائي علي حالة التوتر ويهتم بشكل مكثف ويركز علي ذكر الله يذكر بعض الآيات مثل بسم الله الرحمن الرحيم " الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ " (الرعد، ٢٨) .

٢- القيام بتقدير الإضطرابات التي سببتها الإصابة ، اكتشاف المرض قد يعتزل الحياة - يرفض العلاج ، يندب حظة فتختلف الانفعالات من مريض لآخر .

٣- يحدد أولويات العميل لتقدير المشكلة الأساسية وهي: كيفية توفير عملية الغسيل بأقصى سرعة والعمل علي استعجال القرار الذي بموجبه يوفر الجلسات المطلوبة للغسيل اسبوعيا .

ب- المرحلة الثانية مرحلة الوسط :

تتناول ٦ مقابلات وتشمل الأساليب التالية ويتم تنفيذ الخطوات التالية :-

١- جمع البيانات واستكمالها هذه البيانات تتعلق بالظروف الأسرية ، عدد الأبناء عمل الزوجة إن كانت تعمل - تقدير شامل للأسرة للدخل والحالة الاجتماعية... الخ .

٢- فحص سلوك العميل تجاه الأزمة ، قنوط ، استسلام ، رضا ، صبر ، شكر على البلاء ، متعاون مع الأخصائي وإدارة المستشفى ، إنفعالاته مع أسرته والمحيطين به.

٣- تقوية ذات المريض من خلال بناء مفاهيم إيجابية في الثقة بالله تعالى والتوكل على الله ، تذكير الإبتلاءات الأكثر شدة مثال سيدنا أيوب عليه السلام الذي مكث في بلواه ثمانية عشر عاما وقد أصيب بعد عمر يناهز سبعون عاماً وعندما قالوا له إدعوا ربك قال لقد عشت سبعون سنة معافي فعندما يمر سبعون سنة أخري سوف أدعو الله ودعا ربه خوفا من شماته الأعداء (ابن كثير ، ١٩٨١ : ٢٦٩) في قوله تعالى " وَأَيُّوبَ إِذْ نَادَى رَبَّهُ أَنِّي مَسَّنِيَ الضُّرُّ وَأَنْتَ أَرْحَمُ الرَّاحِمِينَ فَاسْتَجَبْنَا لَهُ فَكَشَفْنَا مَا بِهِ مِنْ ضُرٍّ وَآتَيْنَاهُ أَهْلَهُ وَمِثْلَهُمْ مَعَهُمْ رَحْمَةً مِّنْ عِنْدِنَا وَذَكَرَى لِلْعَابِدِينَ " (الأنبياء ٨٣ ، ٨٤) * .

٤- تهيئة الدعم البيئي لمساعدة المريض للتعامل مع الأزمة - بمعنى تشجيع أسرة العميل وأصدقائه علي إظهار المساندة المتكاملة المادية والمعنوية ، التكافل الإسلامي ، والاتصال بأهل الدين والخير والأصدقاء استنادا الي أهمية التعاون والتآزر للمسلمين تصديقا لقول الرسول الكريم (المسلم للمسلم كالبنيان يشده بعضه بعضاً) ** .

٥- بما يؤثر علي تحسن مستوي استجابة المريض اللازمة والرضا بقضاء الله وقدره ويشعر بالأمان .

٦- توضيح وتفسير أزمة المرض أو الإصابة بأى مرض مزمن علي أنها إبتلاء من الله عز وجل وليس للإنسان دخل فيها ولا اختيار كمشكلات إنحراف سلوكية مثل التدخين أو الإدمان لذلك فالصبر والرضا عنها جزاءه في الدنيا الراحة والطمأنينة وفي الآخرة إن شاء الله الجنة ويذكر بعض الأحاديث المعبرة عن ذلك مثل - عن أنس رضي الله عنه قال : قال رسول الله صلي الله عليه وسلم " إذا أراد الله بعبده الخير عجل له العقوبة في الدنيا وإذا أراد بعبده الشر أمسك عنه بذنبه حتي يوافي به يوم القيامة " أخرجه مسلم .

٧- كما يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يبرز الآيات القرآنية والأحاديث النبوية والحكم الدالة علي الصبر والشكر علي البلاء في بعض اللوحات أو المعلقة بمكتبه أو بمدخل الوحدات العلاجية الخاصة بالغسيل مثل حديث الرسول صلي الله عليه وسلم " ما من مسلم يصبه أذي ، مرض فما سواه إلا حط الله له سيئاته كما تحط الشجرة ورقها " أخرجه مسلم

* ، ** تمثل هذه الآيات والأمثلة والدلائل ومؤشرات فقط للأخصائي الاجتماعي ولكنه حر التصرف في إختيار آيات مشابهة - قصص لديه أو يستعين بأحد رجال الدين الذي قد يكون لديه الحجة أكثر منه

ج- وأخيراً في مرحلة الإنهاء .

- فيها يقوم الأخصائي الاجتماعي بما يلي :

١- الإطمئنان على حالة المريض واستعادة حالة التوازن وزوال التوتر والوصول الي قدر من الصبر والشكر لله على حالته الصحية .

٢- مناقشة مقاومة المريض لعملية الإنهاء ، فأحيانا يحدث اعتماد علي وجود الأخصائي بشكل أساسي كما في المرحلة السابقة ولكن يجب توضيح أهمية الوقت المحدد للأخصائي يوجهه الأخصائي لأن يحمد الله تعالى علي أنه توجد بدائل لعضو قد فشل وأنه سبحانه وتعالى هدى الأطباء والعلماء لإكتشاف مثل هذا الجهاز الذي يقوم بوظيفه الكلى.

٣- مناقشة خطط المريض المستقبلية لمناقشة ما سوف يقوم به تجاه هذه المشكلة سوف يستمر في عملية الغسيل أم سوف يبحث عن متطوع لزراع كلية طبيعية ، سوف يستمر بالمستشفى أم سوف ينتقل الي وحدة أخرى للغسيل.... الخ

وتنتهي هذه المرحلة عندما يكون المريض في حالة من التوازن النسبي واستقرار جسمي ونفسي ويشعر بالتحسن ويتجه للتفكير في تصرفات مستقبلية .

ميررات اختيار التدخل في الأزمات بداية اكتشاف المرض

لقد تم اختيار مدخل التدخل في الأزمات للأسباب التالية (Payne , M. 1991:110)

١- يتميز التدخل في الأزمات كمدخل - اتجاه للممارسة باختلاف الثقافات ولأن ثقافتنا عربية مسلمة فإن

المدخل يعتمد - يركز - علي المدخل الديني للتدخل في الأزمات

٢- محدد الوقت - يعتمد علي العلاج القصير - وهذا ما يتطلبه حالة المريض والحاح مشكلته .

٣- يتم استخدام الموارد المادية والبشرية بفاعلية عالية وسريعة .

ويتوقف نجاح المرور بهذه المرحلة واستعادة التوازن علي ما يلي :

- قوة ذات المريض - قوة إيمانه بالله وبقضاءه وقدره.

- الدعم الأسري المقدم له وقوة إيمان الأسرة.

- جودة المساعدات المقدمة من قبل المستشفى وقسم الخدمة الاجتماعية- الأخصائي الاجتماعي

وسرعتها ومدى تمكن الأخصائي من إقناع المريض بالرضا عن حالته .

المرحلة الثانية من التدخل المهني مرحلة المعيشة للمرض

تهدف هذه المرحلة من التدخل معالجة المشكلات المصاحبة للفشل الكلوي كمرض مزمن يستلزم المريض بمجموعة من المحددات الخاصة بالتعايش مع المرض مثل المحددات التي تتعلق بالغذاء - الدواء - الترتيب لمواعيد الغسيل فمريض الفشل الكلوي يواجه مشكلات اجتماعية عديدة نتيجة للمرض كما سبق ذكره وفي هذه المرحلة يكون هدف الأخصائي الاجتماعي ما يلي :-

١- الحفاظ علي ما تبقي من طاقة المريض لكي يتكيف مع محددات المرض .

٢- التعامل مع مشكلات المريض - الأسرية - العمل.

وتعتمد المرحلة الثانية من تصور التدخل المهني علي نموذج التركيز علي المهام .

بداية أود أن أشير إلي أن الغسيل الكلوي أصبح علي نفقة الدولة بقرار منذ عام ١٩٩٦ حيث تم إلغاء البحث الاجتماعي وتعميم الغسيل لكل مريض يحتاج الي الكلي الصناعية وذلك يعطي فرصة للأخصائي الاجتماعي لتنفيذ برامج ومداخل علاجية من قبل طريقة خدمة الفرد حيث أنه يعتمد علي النظرية الحرة في التدخل.

بعد المرور من فترة مرحلة الأزمة والتي قد تأخذ حوالي من شهرين الي ثلاثة شهور يبدأ المريض في العودة - استعادة ، حالة التوازن وقد يتكيف بشكل جيد مع دوام المشكلة المرضية - ولكن كما اتضح من الدراسات السابقة ومن الواقع الفعلي فإن مشكلات المريض المعتمد المعاش علي الكلي الصناعية مستمرة ومتنوعة وتختلف من حالة الي أخرى في ضوء ظروف كل منها - الحالة الاقتصادية والأسرية والعلمية والفكرية ... الخ ولذلك فترتي الباحثة أن يمكن الاستفادة من مدخل -نموذج - التركيز علي المهام كأحد النماذج الناجحة في معظم مجالات الخدمة الاجتماعية وفي المجال الطبي بشكل واضح تحديداً مع الأمراض المزمنة مثل مرض الالتهاب الكبدي الوبائي والسرطان.

كما اتضح في دراسة حياة رضوان مع مريض سرطان المثانة ١٩٩٣ ودراسة طارق محرم ٢٠٠١ ومن المعروف عن مدخل التركيز علي المهام وممارسته يمثل آلية منظمة لتقليل المشكلات المستهدفة ، يدركها العملاء ويفهمونها ————— بمعني أنني أرى أنها ————— دركونها وعلي وعي تام بها ، كما أنها طريقة مبسطة تتم من خلال أربعة خطوات (Epstein , L.& Bourn L.B., 2002:93).

١- يحدد العميل المشكلات المستهدفة ذات الأهمية الأكثر إلحاحاً .

٢- يتم الاتفاق علي وضع أدوية للمشكلات وبعد ذلك تتحدد الأهداف والمهام للمارس - الأخصائي الاجتماعي واتجاهات وجداول المشاركات يعمل الممارس [ثلاث مشكلات علي الأكثر] .

٣- إجراءات حل المشكلة .

٤- الإنهاء .

وتسبق هذه الخطوات الأربعة عملية التقدير والتي تكون عملية مستمرة كذلك في كل مقابلة وعقب مراجعة المهام وكيفية تنفيذها ومدى إسهامها في تحقيق العلاج - عملية المساعدة - وتتم عملية التقدير خلال المقابلات والحصول علي المعلومات المتكاملة - جمع البيانات - الكافية بشكل متعاون بين كل من المريض والأخصائي الاجتماعي (زيدان ، علي : ٢٠٠٤ : ٦٨) .

كيفية تطبيق خطوات التركيز علي المهام

وعندما تطبيق هذه الخطوات مع مريض الفشل الكلوي كما يلي :

١- يحدد كل من العميل - المريض والأخصائي الاجتماعي أهم المشكلات ذات الأولوية - وفقا للمدخل - ثلاثة مشكلات علي الأكثر - ولتكن مشكلات العلاقات الاجتماعية التي تتأثر بالتغيير الذي يحدث في أداء مريض الكلي - المشكلات الأسرية - العلاقة الزوجية تحديداً ، يليها المشكلة الاقتصادية ، المشكلات السلوكية لدي المريض ، ومن هذه المشكلات تحديداً التدخين علي سبيل المثال - عدم الالتزام بأوامر الأطباء وغيرها من السلوكيات غير المرغوبة والتي يجب تعديلها .

٢- التعاقد وهي من أهم - أساس مرحلة التدخل وفقا لهذا للتصور المقترح - ومن وجهه نظر الباحثة حيث ممن خلالها يتم الاتفاق علي وضع الأهداف والمهام لكل من المريض والأخصائي في ضوء أولويات المريض والحاحها من وجهه نظره هذا الاتفاق بمثابة إلزام الطرفين والأطراف الأخرى المشاركة في عملية العلاج حيث أن التركيز علي المهام لا يتوقف علي العميل والممارس فقط بينما يشارك فيه أطراف أخرى ذات أهمية في ارتباطهم بالمشكلات وبالمريض فمثلا قد تكون الزوجة أو الزوج أو الأبناء أو بعض الأصدقاء.... الخ .

وفيها تحدد المهام المطلوبة الإجرائية - العملية - لكل الأطراف بشكل مكتوب أو بشكل شفهي بما يشجع العميل والمريض علي تنفيذها كما يجب أن تكون هذه المهام في استطاعه القائم بتنفيذ ويحدد أخيراً الوقت المطلوب المتاح لتنفيذ هذه المهام .

٣- يبدأ في تنفيذ المهام وحل المشكلة وفقا للنموذج الذي يعتمد علي النظرية الحرة في التدخل فيستخدم الأخصائي الاجتماعي أساليباً كثيرة ويعتمد علي مداخل مركبة مثل المدخل السلوكي - تعديل السلوك ، مدخل العلاج الأسري والمدخل النفسي الاجتماعي ، وفقاً للمشكلة وحسب ما يفيد في سرعة حل المشكلة وكفاءتها بمعنى أنه مع المشكلات الخاصة ، بالعلاقات الزوجية يعتمد الأخصائي الاجتماعي علي مدخل العلاج الأسري وزيادة فوات الاتصال بين الزوجين والأبناء وتدعيم شبكة العلاقات الأسرية والتركيز علي المدخل النفسي الاجتماعي من خلال أساليب التوضيح والاستبصار والتوكيد والتوجيه

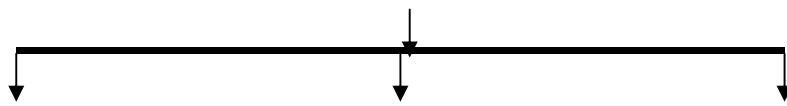
- يتم مراجعة المهام ومعوقات تنفيذها ومدى التزام كل طرف بالمهمة التي ينجزها .

٤- وأخيراً يتم إنهاء عملية المساعدة بعد الاطمئنان علي إنجاز المهام التي تناولها الاتفاق والتعاقد الذي تتمني الباحثة ان يأخذ الشكل المثالي في مؤسساته وأن يعمم في كل مجالات الخدمة الاجتماعية ومؤسساتها .

المهام التي يحتوي عليها التصور في إطار نموذج التركيز علي المهام واجبة التنفيذ :-

قد تنوع وتختلف وتزيد ونقل هذه المهام وفقاً لظروف كل حالة يجب أن يضع في الاعتبار بعض المحددات التي لها أهمية كبيرة في نجاح إنجاز المهام هي دافعية العميل - المريض ، مدى ملائمة المهمة وقابليتها للتنفيذ ، مدى رغبة العميل أو القائم بالمهمة في تنفيذها (Reid,w.J.& Epste) وتشير كلمة مهام واجبة التنفيذ الي فعل - تصرف - يجب أن ينفذه المسئول عن المهمة في الوقت المحدد .

مهام واجبة التنفيذ



مهام الأسرة المريض

مهام المريض

مهام الأخصائي الاجتماعي

أ- مهام الأخصائي الاجتماعي وتشتمل علي ما يلي:-

١- تكوين علاقة مهنية تصحيحية وتدعيمية مع المريض لكي يقتنع بتنفيذ مهام .

٢- يطالب بالمساعدات والمعونات المادية من قبل الجمعيات المسؤولة عن رعاية المرضى وتمثل توفير وجبة مناسبة أو غلبه عصير أثناء الغسيل وتوفير وسيلة انتقال للوحدة .

٣- يتصل بالأسرة ومناقشة المشكلات التي تقلق المريض مثل ضعف قدراته البدنية

٤- ينظم مقابلات هادفة مع كل من الطبيب والممرضة .

- ٥- يحدد أهم مصادر الدعم والمساندة للمريض المادية والمعنوية .
- ٦- يمد المريض بالمعلومات والمهارات التي تؤهله لشغل فراغه مثل القرآن أو الاستماع إليه أو مشاهدة البرامج المسلية والهادفة .
- ٧- ينصح المريض بعدم الإفراط في تناول الأدوية بدون أمر الطبيب .
- ٨- يعرض نماذج متوافقة بعد عملية الغسيل .
- ٩- يحاول الترويح قبل أو بعد جلسة الغسيل مع جماعات المرضى من خلال جلسات ذكر المواقف المضحكة أو حفلة سمر بسيطة تخفف عنه .
- ١٠- يشجع المتطوعين لمساعدة المرضى مادياً ومعنوياً .
- ١١- يتابع إنجاز المهام التي سينفذها المريض وأسرته .
- ١٢- أن يتوسط بين المرضى وإدارة المستشفى لعرض المطالب الخاصة بتيسير جلسات الغسيل توفير مكان لانتظار المريض ومرافقيه ، الاهتمام بنظافة الأجهزة وصيانتها .
- ب- مهام للمريض نفسه :-
- ١- يقلع عن السلوكيات الضارة فوراً مثل التدخين والتخفيف منها تدريجياً .
- ٢- يحضر في مواعيد الغسيل وعدم التخلف عنها .
- ٣- يتناول الغذاء المناسب كما حدد الطبيب المعالج حتي أثناء جلسات الغسيل .
- ٤- يطيع التعليمات الصادرة من الفريق المعالج .
- ج- مهام أسرة المريض
- ١- مرافقة المريض أثناء جلسات الغسيل خاصة في البداية .
- ٢- ترفه الأسرة عن مريضها وتشجيعه علي التوافق مع عملية الغسيل بما يناسب حالته الصحية .
- ٣- تتابع وتلاحظ وتسجل التغيرات التي حدثت في سلوكه مثل (كم مرة يدخن في اليوم ، كم مرة يخالف نظامه الغذائي) .
- ٤- تقدر مشاعر المريض [عدم مطالبته بمهام بعجز عن أدائها] .
- ٥- تطمئن المريض من قبل أفراد الأسرة [نحن أحسن من آخرين كثيرين] .
- ٦- تشارك المريض في غذائه لأنه غذاء صحي يعمل شكلاً من أشكال الوقاية للجميع .
- ميررات اختيار مدخل التركيز علي المهام

يرجع استخدام مدخل التركيز علي المهام واجبة التنفيذ للأسباب التالية :-

(Trevithick .P. 2005 : 276)

١- يسهل لقياس المهام وتقييمها .

٢-تعمل في حدود وقت ملزم .

٣- يسهل على الأخصائي الاجتماعي أن يعلم هذه المهام ويشرحها للقائمين بها .

٤- يعتمد علي التعاون والمشاركة بين المريض والأخصائي مما ينمي من قدراته وهو هدف أساسي في

خدمة الفرد .

وأخيراً ترجو الباحثة أن يحظى هذا التصور بالقبول والتنفيذ لدى الممارسين وأن ينتفع به المرضى .

المراجع العربية

- ١- السدحان ، هدي محمد (١٤١٢) : نحو نموذج شمولي مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في مواجهة أثر الفشل الكلوي المزمن علي المرأة السعودية لدورها الأسرى ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الرياض بنات .
- ٢- الشرقاوى ، نجوي إبراهيم (١٩٩٩) فعالية التدخل في الازمات مع حالات الطوارئ الطبية ، دراسة مطبقة علي ازمة بتر الأطراف الناتجة عن إصابات الحوادث ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- ٣- دغيدى ، عبدالرحمن على (١٩٧٧) : خطة عمل لتطوير عمل الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- ٤- راشد ، عفاف (١٩٩٨) : فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج المشكلات الاجتماعية والنفسية لمريضات السكر ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- ٥- رجب ، إبراهيم عبدالرحمن (١٩٩٩) : اتجاهات حديثة في الخدمة الاجتماعية الأمريكية ، العوامل الروحية في الخدمة الاجتماعية ، بحث منشور ، مؤتمر الخدمة الاجتماعية الثاني عشر ، القاهرة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.
- ٦- زيدان ، علي حسن (٢٠٠٤) خدمة الفرد نماذج ونظريات معاصرة ، القاهرة ، دار المهندس للطباعة .
- ٧- صالح ، حياة رضوان (١٩٩٣) : فعالية نموذج التركيز علي المهام في علاج المشكلات الاجتماعية لمرضي سرطان المثانة ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- ٨- صدقي ، طارق محرم ، (٢٠٠١) : فعالية نموذج التركيز علي المهام في خدمة الفرد في علاج مشكلات مرض الكبد ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- ٩- عبداللطيف ، رشاد أحمد (١٤١٠هـ) مشكلات مرض الفشل الكلوي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها ، دراسة تطبيقية بمستشفى الرياضي المركزي .

- ١٠- قنديل ، نجلاء يوسف (٢٠٠٣) نحو نموذج مقترح للممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المساعدة للتغلب علي مشكلات مرضي الدرن الرئوي ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .
- ١١- محمد ، صفاء عبدالعظيم وآخرون (٢٠٠٣) : الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، القاهرة ، مركز نشر الكتاب الجامعي ، جامعة حلوان .
- ١٢- نوح ، طريف شوقي ، محمود ، عبدالمنعم شحاته (١٩٩٤) : التخفيف من الأسي الناتج عن وفاة الزوج ، مجلة علم النفس ، الهيئة العامة للكتاب ، العدد الحادي والثلاثون.
- ١٣- صحيح البخاري ، الجزء الثالث ، الصادر عن دار الاعتصام .
- ١٤- إين كثير (١٩٨١) قصص الأنبياء ، الإسكندرية ، دار عمر بن الخطاب للطباعة والنشر .
- ١٥- تقرير الجمعية العامة لرعاية مرضي الكلي : ٢٠٠٥ .
- ١٦- وحدة الإحصاء بجامعة المنوفية لعام ٢٠٠٦ .

المراجع الأجنبية

- 1- Abdel – Rehim, Kawther (1987) **Psycho – social** Problems in Egyptian Patients – on Haemodialysis
 بحث منشور في المؤتمر العلمي الأول لكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان
- 2- Beder , Joen(2000) Effectiveness of social work intervehtion on Dialysis patients , **Journal of social work in health case** , Vol 30 issue1
- 3- Epstein, L.& Brown, L.B (2002) **Brief Treatment and New Look at task- cented Approach** in Trevithick , P.(2005) social work skills , 2nd edition open university , press.
- 4- Fischer , J. (1978) effective . **Case work Prance an eclectic approach** , New york , Me Grow- Hill Book company.
- 5- <http://WWW.swmsa.com>.
- البارودي وآخرون (٢٠٠٥) مناقشات حول مشكلات الفشل الكلوي- بحث منشور-جامعة المنصورة
- 6- Morales , A & Shefar , B (1987) **Social work aproession of many faces** , London, the Macmillan, press.
- 7- Kathleen.A., & Barbara A.(1985) social net works and social support :Living with chronic Renal diseasne, **Journal of patient eduction & councling** .Vol.7, issue 3.

- 8- Payne , M. (1991) **Modern Social work theory** ,London , Macmillan .
- 9- Reid, W.& Epstein'l .(1972) Task – Centred casework , in Trevithick P.(2005) **Social work skills**. 2nd edition, open university press .
- 10- Trevithick P.(2005) **Social work skills**. 2nd edition, open university press .
- 11-Turner , F(1986) A multitheory prespective for procatice , in turner , F.& kendel , K., **Social work Treatment** , 3rd edition , New york , the free press.