مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (40) العدد (5)2018
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (40) No. (5) 2018

القصور الكلويّ المزمن وأثره في العلاقات الاجتماعيّة للمصابين "دراسة سوسيولوجيّة في مدينة اللاذقية"

الدكتورة ميرنا أحمد دلالة[1]

(تاريخ الإيداع 6 / 8 / 2018. قبل للنشر في 3 / 9 / 2018)

□ ملخّص □

يهدف البحث الحاليّ إلى دراسة مرض القصور الكلويّ المزمن باعتباره ظاهرة اجتماعيّة، تهدّد حياة الكائن البشريّ لتصل درجة خطورتها إلى الموت المحتوم. وعليه، شمل هذا البحث بالدراسة (45) حالة مصابة، ومرتبطة آلة التصفية، تمّ اختيارهم من مركز التنقية الدمويّة التخصصيّ في مدينة اللاذقية. يُدرج بحثنا الحالي في إطار البحوث الكيفيّة الكشفيّة التي تهدف إلى استكشاف وفهم مرض القصور الكلويّ المزمن، والدلالة الاجتماعيّة (التصوّر) التي يحملها المصابون عن هذا المرض، وأثره على العلاقات الأسريّة والاجتماعيّة للمصابين. بعبارةٍ أخرى، التعرّف على الآثار الاجتماعيّة الناتجة عن المرض، وعن وضعيّة الاستشفاء من وجهة نظر المصابين أنفسهم، وكيف أثّرت وضعيّة الاستشفاء على علاقاتهم الاجتماعيّة؟

الكلمات المفتاحية: المرض، القصور الكلويّ المزمن، آلة التحال الدمويّة، التصور.

[1] أستاذ مساعد في قسم علم الاجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (40) العدد (5)2018
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (40) No. (5) 2018

Chronic renal insufficiency and its impact on the social relations of the injured "Sociological study in Lattakia"

DR. Mirna DALALA[2]

(Received 6 / 8 / 2018. Accepted 3 / 9 / 2018)

□ ABSTRACT □

The current research aims to study chronic renal insufficiency as a social phenomenon that threatens the life of the human being to the extent of its danger to inevitable death. Therefore, the study included (45) cases of infection, and associated with the filter machine, They were selected from the specialized blood purification center in Lattakia. Our current research includes how scouting aims to explore and understand chronic renal insufficiency, its social significance (perception), and its impact on family and social relationships. In other words, the social effects of the disease, the status of the hospitalization from the point of view of the patients themselves, and how did the status of the hospital affect the patient's social relations?

Key Words: Disease, chronic renal insufficiency, blood transfusion machine, perception

[2] **Assistant professor- Department of Sociology, Faculty of Arts- Tishreen University.**

مقدمة :

لقد ظهرت الأمراض المزمنة بشكلٍ واضح بعد الحرب العالميّة الثانية، وذلك كنتيجةٍ طبيعيّة للتطوّر التكنولوجيّ الذي شهده العالم بصفةٍ عامّة. وهذا ما دفع الأطباء إلى الاهتمام بهذا النمط من الأمراض، التي أصبحت تهدّد حياة الإنسان بشكلٍ كبير من خلال البحث عن مسبّباتها المختلفة بهدف الوصول إلى حلولٍ وقائيّةٍ من جهة، وعلاجاتٍ ناجعة من جهةٍ أخرى.

ويعدّ مرض القصور الكلويّ المزمن واحداً من هذه الأمراض، جهد الأطباء إلى التحكّم به، وتطوير طرقٍ مختلفةٍ لعلاجه، بدءاً بالتصفية الصفاقيّة، وصولاً إلى الارتباط بآلة التحال الدمويّ، ليتمكنوا اليوم من إجراء عمليّات زرع كلى، بعضها كانت ناجحة.

وعلى اعتبار أنّ المرض ظاهرة اجتماعيّة، تتعدّى البعد البيولوجيّ، وانطلاقاً من فكرة أنّ إصابة الفرد بمرضٍ مزمن مثل القصور الكلويّ، سيؤثر بشكلٍ مباشر أو غير مباشر في إنتاجه وأدواره الاجتماعيّة، فقد دفعنا هذا إلى محاولة وضع مقاربة سوسيولوجيّة لدراسة هذا المرض. بعبارةٍ أخرى، سنسعى إلى معرفة الدلالة السوسيولوجيّة التي يحملها المرضى عن هذا المرض، والكشف عن التصوّر الذي يملكه المصاب حوله، فضلاً عمّا يفرضه على المصاب من سلوكيّاتٍ وعلاقاتٍ اجتماعيّةٍ جديدة، بدءاً من ظهور المرض، وصولاً لعمليّة العلاج.

مشكلة البحث

لقد تزامنت مشكلتيّ الصحة والمرض مع ظهور الإنسان، وقد لجأ إلى طرقٍ ووسائل علاجيّة مختلفة لعلاج الأمراض، تتلاءم وواقع الحياة الاجتماعيّة التي كان يعيشها. ومع تطوّر التفكير العلميّ المبنيّ على القواعد التجريبيّة والحسيّة، ابتعد الإنسان عن الطرق الميتافيزيقيّة – حسب المكان الجغرافيّ– في تفسيره للظواهر الصحيّة والمرضيّة التي كانت تُهدّد وجوده، ومنها الأمراض التي تسمّى بالمزمنة، ومن بينها مرض السكريّ، وضغط الدم، والسرطان، والقصور الكلويّ المزمن، وكلّها كانت نتيجةً طبيعيّة للتطور الصناعيّ الذي شهده العالم.

ويعدّ القصور الكلويّ المزمن واحداً من الأمراض المزمنة– كما نوّهنا سابقاً– التي كانت ومازالت تُهدّد حياة الكائن البشريّ لتصل درجة خطورتها إلى الموت المحتوم، وخصوصاً عند إهمال الفرد، وتهاونه في طلب المساعدة الطبيّة. مع الإشارة إلى انّ هذا المرض قد يصيب مختلف الفئات الاجتماعيّة باختلاف جنسهم، وأعمارهم، ومستواهم التعليميّ. وهذا ما دفع الباحثون إلى إيجاد وسائل علاجيّة لتخفف – كحدٍّ أدنى– عن المصابين، وتتيح لهم البقاء أحياء ولو لمدةٍ زمنيّةٍ معيّنة.

إنّ مرض القصور الكلويّ المزمن من الأمراض التي تصيب جسم الإنسان، حيث تصبح الكليتان عاجزتان عن أداء وظيفتهما، والمتمثّلة في تصفية الدم داخل الجسم من الفضلات السامّة. ويمتاز هذا المرض عن بقية الأمراض الأخرى بطبيعة علاجه، والتي تتمثّل في التصفية خارج الجسم، ممّا يجعل الأفراد المصابين مرتبطين بمواعيد تصفية ثابتة، والتي قد تدوم مدى الحياة إن لم يتمكّن الفرد المصاب من الحصول على عمليّة زرع كلى؛ بالمقابل فإنّ لآلة التّحال الدمويّ – التي يتمّ بها علاج الكثير من المرضى– آثار عديدة على حياة المصابين اجتماعيّة ونفسيّة وحتّى جسديّة ومهنيّة.

كلّ ما سبق، يدفعنا إلى طرح التساؤل الجوهريّ التالي: ما هي الآثار الاجتماعيّة الناتجة عن المرض وعن وضعيّة الاستشفاء من وجهة نظر المصابين أنفسهم؟ بمعنى آخر، ما هو التصوّر الذي يحمله الشخص المصاب بالقصور الكلويّ والمعَالج بآلة التّحال عن مرضه؟ وكيف أثّرت وضعيّة الاستشفاء على علاقاته الاجتماعيّة والأسريّة؟

أهميّة البحث وأهدافه

تكمن أهميّة هذا البحث من خطورة هذا المرض ونتائجه، وعلى اعتبار أنّ المجتمع السوريّ كغيره من المجتمعات، يعاني من انتشارٍ واضحٍ لهذا المرض. فضلاً عن افتقار الحقل السوسيولوجيّ والطبيّ لمثل هكذا أبحاث، الأمر الذي يستوجب منّا تسليط الضوء على هذه الظاهرة. وقد أخذنا مدينة اللاذقية أنموذجاً، والتي تمتاز بوجود مراكز طبيّة وحتى مستشفيات، تقّدم خدماتها الطبيّة لعددٍ كبيرٍ من المرضى، ومنهم المصابين بالقصور الكلويّ؛ علاوةً على ما يبق، فإنّ هذا البحث سيمكننا من التعرّف أيضاً على المعاناة اليوميّة التي يعيشها المرضى المرتبطين بآلة التصفية من وجهة نظرهم، وهذا يعكس في الواقع التصوّر والخلفية الثقافيّة التي يحملها المصاب من جهة، وأثر وضعيّة الاستشفاء على علاقاته الاجتماعية والأسريّة من جهةٍ أخرى.

وعليه، يهدف البحث الحالي إلى:

- التعرّف على المعاناة اليوميّة التي يعيشها المرضى المرتبطون بآلة التصفية.
- معرفة تصوّر المريض المصاب بالقصور الكلويّ، والمُعَالج بآلة التحال عن مرضه.
- تحديد الآثار الاجتماعيّة الناتجة عن المرض وعن وضعيّة الاستشفاء.
- أخيراً، هي محاولة لإثراء البحوث السوسيولوجيّة بالمواضيع المتعلّقة بالصحة والمرض، نظراً لافتقار البحث السوسيولوجيّ لمثل هكذا دراسات.

مع الإشارة إلى أنّ للمرض آثاراً أخرى نفسيّة وجسديّة ومهنيّة عديدة، ولكن بحثنا سيقتصر فقط على دراسة الآثار الاجتماعيّة والأسريّة له.

فرضيّات البحث

أوّلاً– يظهر التصّور عن مرض القصور الكلويّ المزمن من خلال:

* تصوّر المريض نفسه للمرض.
* تفسيره لأسباب المرض.
* سلوكه المرافق لأعراض المرض.

ثانياً – يخلق مرض القصور الكلويّ المزمن ووضعيّات الاستشفاء آثاراً اجتماعية وأسريّة.

التعريف بمصطلحات البحث Definition of research terms:

- المرض: يمثّل المرض الحالة التي يحدث فيها خلل من الناحية العضويّة، أو العقليّة، أو الاجتماعيّة للفرد. ومن شأنه إعاقة الفرد على مواجهة أقلّ الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة (السيد، 1996، ص263).
- القصور الكلويّ المزمن: هو العجز الدائم لعمل الكليتين عن أداء وظيفتها، والمتمثلة في تخليص الدم من الفضلات السامّة العالقة. ويوصف بالمزمن وبالخطر لاستحالة شفائه. (Pattie, 1980, p.219).
- العجز: هو عدم قدرة الفرد على أداء عمله بصفة مؤقتة، ويسمّى عندئذٍ بالعجز بالمؤقت، وعندما يكون بصفة مستديمة، فإنّه يوصف بالعجز الدائم (بدوي، 1970، ص55).
- آلة التحال الدمويّ: هي آلة التصفية، تُستخدم لتصفية الدم، حيث يكون هناك تبادلات بواسطة الغشاء. وتحدث

هذه التبادلات بفعل الضغط الحلوليّ Diffusion passive، وما فوق التصفية Ultra filtratio بين دم المريض، وبين وسائل التحال الذي يشبه تركيبه السائل العاديّ الموجود خارج خلايا الجسم. (Revue gestion hospitalière, 1981, p.80).

• التصوّر: تعرّفه الباحثة كلودين ايغزليتش Claudine Herzlich بأنّه: نتاجٌ نفسيٌّ معقّد، نحصل من خلاله على صورة دالّة على كلّ فرد. بالإضافة إلى القيم والأفكار الموجودة في مجتمعه. (Herzlich, 1976, p.23).

منهجيّة البحث

يُدرج بحثنا الحالي في إطار البحوث الكيفيّة الكشفيّة (Grawitz,1990) التي تهدف إلى استكشاف وفهم مرض القصور الكلويّ المزمن، والدلالة الاجتماعيّة التي يحملها هذا المرض، وأثره على العلاقات الاجتماعيّة والأسريّة للمصابين. وقد تمّ ذلك من خلال المقابلات التي أُجريت مع المرضى الموجودين في قسم التصفية بألة التّحال، ومن ثمّ تحليل إجاباتهم بطريقة "تحليل المضمون". وعليه، فقد اعتمدنا في هذا البحث على المقابلة كأداةٍ لجمع البيانات (Blanchet, 1992)، تمكننا لاحقاً من الإجابة عن جملة التساؤلات السابقة التي طرحناها في بداية البحث من جهة؛ كما تسمح باستكشاف العناصر الجديدة للتحليل والفهم من خلال الحرية المتروكة للمبحوث عن طريق الأسئلة المفتوحة من جهةٍ أخرى.

اختيار مجتمع البحث Choose a search community:

حاولنا في هذا البحث جمع وضعيّات مختلفة لمعايشة المرض، لذلك شمل البحث (45) حالة مصابة بقصور كلويّ مزمن، مرتبطة بآلة التصفية. وعليه، فإنّ عينة البحث قصديّة (Albarelle, 1995)، لم يتمّ اختيارها بطريقة الصدفة أو الطريقة العشوائيّة، بل تمّ اختيار الأشخاص المناسبون والقادرون على تزويدنا بالمعلومات المطلوبة. تمّ سحب عينة البحث من مركز التنقية الدمويّة التخصصيّ، الذي يُعدّ الأقدم في مديريّة صحة اللاذقية، تُغطي خدماته مدينة اللاذقية وضواحيها، ويتمثّل الهدف المحوريّ من عمل المركز في توفير الرعاية الصحيّة المتكاملة لمرضى القصور الكلويّ المزمن ليتعايشوا مع المرض من جهة، وللحفاظ على حياةٍ طبيعيّة لهم من جهةٍ أخرى.

يتكوّن المركز من طابقين:

1. يحتوي الطابق السفليّ غرفتين: الأولى مخصصة للإسعاف، أيّ المريض الإسعافيّ الذي يُراجع الشعبة في حالةٍ إسعافيّة (في أيّ وقت)، وتتضمّن جهازين للتنقية؛ في حين نجد أنّ الغرفة الثانية مخصصة للمرضى المراجعين لأوّل مرّة، ريثما يتمّ دراسة حالتهم، وبالتالي برمجتها على برنامج التنقية. وفيها جهاز وحيد، وهي تُستخدم في الحالات الطارئة مثل: حالات حدوث عطل مفاجئ في الغرف النظاميّة.

2. في الطابق العلوي: يوجد ست غرف تنقية تتوزع على الشكل التالي:

آ- غرفتان مخصصتان للمرضى المصابين بالتهاب الكبد نمط " B – C " ، إذ يوجد ستة أجهزة في الغرفة الأولى، إضافةً إلى جهاز للمرضى الذين لديهم العامل الاسترالي إيجابي. وثلاثة أجهزة في الغرفة الثانية.

ب – غرفة خاصة بالمرضى المرشحين للزرع " العزل شامل مكانيّ وزمانيّ ".

ج- غرفة مخصصة للمرضى المتعافين من مرض التهاب الكبد ، بعد العلاج في مركز التهاب الكبد ضمن خدمات المشفى الوطني.

هـ – غرفتان يتوزع عليهما باقي المرضى السليمين.

يعمل في المركز طبيبان أخصائيان بخبرة عالية ، وهناك 23 ممرضة صباحاً ومساءاً.

تجدر الإشارة إلى أنّ المركز يُخدّم حوالي (150) مريض تنقية دموية مبرمجين على برنامج التنقية وفق أربع دوريات على مدار ال (24) ساعة، مضافاً إليها الخدمات الإسعافيّة التي ارتفعت بسبب أوضاع الحرب والأحداث التي تمرّ بها البلاد، الأمر الذي أدّى إلى ارتفاع عدد المراجعين الوافدين من المحافظات الأخرى. علاوةً على ما سبق، يوجد في المركز عيادة كلويّة على مدار الأسبوع لمراجعيّ المشفى الوطنيّ، وعيادة زرع الكلية يومين من كلّ أسبوع، وهي تتبع مباشرةً إلى مديريّة الصحة. وأخيراً يقدّم المركز علاجاً لفقر الدم لدى مرضى القصور الكلويّ، ولكل المرضى داخل المركز مجاناً بإعطاء الهرمون الرافع للخضاب والحديد الوريديّ.

الإطار النظريّ

للإحاطة نظريّاً بموضوع بحثنا، وقبل مناقشتنا وتحليلنا للنتائج التي توصّل إليها، سوف نقدّم لمحة عن الأمراض المزمنة، من ثمّ سنستعرض ثلاث وجهات نظر لعلماء الاجتماع حول مفهوم المرض.

الأمراض المزمنة Chronic diseases:

هي الأمراض الملازمة للإنسان لفترةٍ طويلةٍ من حياته، وقد تستمر حتى وفاته. تُحدِث تأثيراتٍ مباشرة وسيئة على صحته العامّة، كما وتُسبّب له مشاكل اجتماعيّة ونفسية وحتى اقتصادية (حسن، 1979)، تجعله غير قادرٍ على القيام بأعماله المعتادة كما يجب. ونتيجة الآثار الاجتماعيّة الهامّة التي يسببها هذا الأمراض فقد سُمّيت بالأمراض الاجتماعيّة. لأنّ أساليب المواجهة الخاصّة بها، إنّما ترتبط بالجوانب الاجتماعيّة والثقافيّة للمريض وأسرته (Wissman, 1995)، وحتى بيئته الاجتماعيّة التي يعيش فيها. لا بل وتفرض عليه قيوداً محدّدة تشمل: القيود الخاصة بنوعيّة الأغذية والمشروبات؛ وقيود خاصّة بممارسة النشاطات والهوايات؛ وأخيراً قيود خاصّة باستعمال أنواع معيّنة من العلاج.

إنّ الشعور بالعزلة الاجتماعيّة، هو من أحد المشكلات التي يعاني منها المريض أيضاً، إذ يُقلل مشاركته في الأنشطة المتعلّقة بعمله، وتحرمه من الاستمتاع بأوقات الفراغ، وتفرض طريقةً جديدةً في تعامله مع أقاربه، ومعارفه، وأصدقائه تختلف عمّا كانت عليه قبل الإصابة (Roger, 1976). وكلّ ما سبق يولّد ضعف الثقة بالنفس. بعبارةٍ أخرى، فإنّ مشاركة المريض في العالم المحيط به تصبح هامشيّة. فضلاً عن شعوره بأنّه شخصٌ مسلوب الإرادة، خصوصاً عندما يرى في عيون الآخرين النظرة الدونيّة أو العطف.

علاوةً على ما سبق، تلعب اتجاهات الأسرة دوراً هامّاً في تعزيز ما سبق (Gresson, 1995)، وذلك إمّا من خلال المبالغة في الاهتمام برعايته؛ أو حينما لا تتقبّل نواحي النقص التي يعاني منها المريض؛ أو عندما يستمرّ البعض في توقّعاتهم – نتيجة جهلهم بطبيعة وخصوصيّة هذه الأمراض – في أن يقوم الشخص المريض بنفس الأعمال التي كان يقوم فيها من قبل المرض (Pattie, 1980). ولا بدّ من الإشارة إلى أنّه لا توجد إحصاءات دقيقة عن المرض الحقيقيّ لمرض القصور الكلويّ النهائيّ في سورية، ولكن حسب بعض المصادر، يتجاوز عددهم أكثر من (5000) مصاب؛ وهناك دراسات طبيّة قدّرت نسبة الإصابة بهذا المرض بمئة مريض جديد لكل مليون نسمة سنويّاً. ولا توجد أيضاً دراسة علميّة رسميّة تبحث في أسباب زيادة أمراض الكلية، وإنّما اقتصرت على ملاحظات بعض المختصين الذين يُرجعون سببه إلى زيادة انتشار مرض الداء السكريّ، وارتفاع التوتر الشريانيّ عند عامّة الناس. وهنا تكمن المشكلة فالأمراض المزمنة –كمرض القصور الكلويّ– هي في مقدّمة الأمراض التي لها أهميّة مجتمعيّة، وإنّ نسبةً كبيرةً من هذه الأمراض

المهمّة اجتماعيّاً من الممكن الوقاية منها، أو على الأقل السيطرة عليها. لذلك أكد الباحث Alfred Grotjahn جروتجان أنّ التربية الصحيّة يمكن أن تؤدي دوراً كبيراً في هذا المجال (عبد المنعم نور،1997، ص15)

وجهات نظر سوسيولوجيّة حول مفهوم المرض:

1. تالكوت بارسونز Tallcott Parsons:

ينظر بارسونز إلى المرض على أنّه شكلٌ من أشكال الانحراف الاجتماعيّ (Parsons, 1984)، ويؤكد أنّه عندما يحدث المرض، فإنّه يُلزم المجتمع من خلال مؤسساته العلاجيّة للعمل كميكانيزم للضبط الاجتماعيّ. وهذا يمثّل الطابع الرسميّ لمواجهة المرض وعلاج المريض. لذلك يُبعِد الأسرة – كمؤسسة للضبط الاجتماعيّ أيضاً – بحيث يعتبر العلاج خارج نطاقها إيجابيّاً بالنسبة للمجتمع كونه يحمي الأسرة من آثار المرض، ويحافظ على بعض الوظائف الاجتماعيّة للمريض.

2. إليوت فريدسون Eliot Freidson:

تختلف الباحثة فريدسون في طرحها عمّا قدّمه بارسونز في نظرتها للطبّ، لذلك ترى أنّ الطب له سلطة منح الشرعيّة لفرد معيّن يُعامل كمريض من جهة؛ وهو يحقق الاعتراف الاجتماعيّ للمرض من جهةٍ أخرى (Freidson,1984). لذلك فالطب من وجهة نظرها، يعني سلطة تحديد ومنح المكانة لمختلف أوجه السلوك الاجتماعيّ، وذلك وفق تحديد الحالة السويّة والحالة المرضيّة(Baszanger, 1986, p.27-31).

3. أنسلِم شتراوس Anselm Strauss:

تتعدّى وجهة نظره كلا الطرحين السابقين، وذلك تبعاً لخصوصيّة الأمراض المزمنة، فهذه السمة (المزمنة) الملازمة للمرض تجعله يمتدّ لمجموع طبقات الحياة الاجتماعيّة والأسريّة والمهنيّة. فلم تعُد المسؤوليّات متروكة مؤقتاً، بل يتمّ داخلها تفاوضٌ وتفاعلٌ مستمرين، كما أنّها تفرض سلسلة من النشاطات الخاصة، الأمر الذي يجعل الأسرة والجوّ المحيط الاجتماعيّ الأبعد مجالاً آخر لتعدّد الوضعيّات الاجتماعيّة للمرض. وهنا تبرز وجهة نظر شتراوس وفق ما يسمّى بالنظام التفاوضيّ Ordre négocier، والمرتبط بالاتجاه التفاعليّ الرمزيّ، حيث يُعتبر المريض من خلاله فاعلاً في المسار المرضيّ، وفي وضع النظام الاجتماعيّ. وعليه، فقد حاول شتراوس وضع إطارٍ مرجعيٍّ جديد يتلاءم مع الأمراض المزمنة. وهذا بالطبع بعيد عن الطرح الطبيّ المختصّ، وذلك بهدف توضيح الجوانب الاجتماعيّة والنفسيّة التي يجب مواجهتها من قبل المريض وأسرته. تبعاً لما سبق، يبقى كلّ وجهٍ من أوجه الحياة الاجتماعيّة للمريض وأقاربه مرهونٌ – بدرجاتٍ مختلفة – حسب طبيعة المرض المزمن ومدّته، وحسب عوامل أخرى قد تكون اجتماعيّة، أو نفسيّة، أو أنثروبولوجيّة (Baszanger, 1986, p.22).

انطلاقاً من وجهات النظر الثلاث السابقة، يمكننا القول بأنّ تسيير مرض القصور الكلويّ المزمن من جهة، والاستشفاء من جهةٍ أخرى يكون موجّهاً لا محالة نحو الفعل. وعليه، لا يمكن فهم التصوّر الاجتماعيّ للمرض إلاّ من خلال التعرّف على مستور التصوّر الاجتماعيّ للمرض من قبل المريض نفسه، والتفسير السببيّ للإصابة. فضلاً عن دراسة السلوك الناتج عن ظهور المرض، ومن ثمّ محاولة دراسة تسيير الأبعاد الاجتماعيّة والنفسيّة وغيرها له.

النتائج والمناقشة:

يبيّن لنا الجدول التالي توزّع العينة وفق الخصائص الديموغرافيّة في المجوعتين الضابطة والتجريبيّة الأولى والثانية:

الخاصية	الفئات	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية الأولى		المجموعة التجريبية الثانية		المجموع	
		n	%	n	%	n	%	n	%
الجنس	ذكر	٦	٤٠	٩	٦٠	١٠	٦٦.٧	٢٥	٥٥.٦
	انثى	٩	٦٠	٦	٤٠	٥	٤٤.٤	٢٠	٤٤.٤
	المجموع	15	100	15	100	15	100	45	100
العمر	أقل من ٣٠	٠	٠	١٠	٦٦.٧	١	٦.٧	١١	٢٤.٤
	٤٠-٣١	٠	٠	٠	٠	٢	١٣.٣	٢	٤.٤
	٥٠-٤١	٣	٢٠	١	٦.٧	٤	٢٦.٧	٨	١٧.٨
	٦٠-٥١	٠	٠	٢	١٣.٣	١	٦.٧	٣	٦.٧
	٧٠-٦١	١٠	٦٦.٧	٢	١٣.٣	٣	٢٠	١٥	٣٣.٣
	أكبر من ٧٠	٢	١٣.٣	٠	٠	٤	٢٦.٧	٦	١٣.٣
	المجموع	15	100	15	100	15	100	45	100

بعد دراسة وتحليل مضمون النتائج التي حصلنا عليها بطريقة المقابلة، استطعنا أن نتوصّل إلى جملة من النتائج، سنقوم باستعراضها ومناقشتها على الشكل التالي:

أوّلاً. التصوّر الاجتماعيّ للمرضى المصابين بالقصور الكلويّ حول مرضهم:

لقد لاحظنا من خلال أجوبة المبحوثين أنّه ثمّة غياب واضح للمعرفة بهذا المرض عند معظم حالات الدراسة، وذلك باختلاف فترات إصابتهم. لذللك اعتمدوا على العلاج أكثر من اعتمادهم على الوعي السوسيوثقافيّ لأعراض مرض القصور الكلويّ المزمن عبر مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعيّة. لكن بالمقابل وجدنا أنّ هذا المرض يحمل دلالتين اجتماعيّتين (تصوّرين) عند الحالات المصابة بعد عمليّة الاستشفاء، نوضّحها بالشكل التالي:

* الدلالة الاجتماعيّة الأولى (التصوّر الأوّل):

النتيجة الأولى[3]

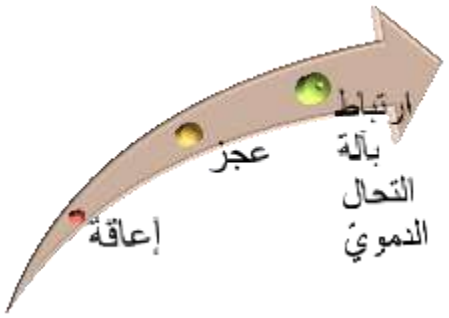
الشكل رقم (1)

يتضح لنا من الشكل السابق، أنّ التصوّر الأوّل للمريض المصاب بالقصور الكلويّ المزمن، ما هو إلاّ نتيجة التجربة الاجتماعيّة التي يعيشها الشخص المصاب داخل غرفة غسيل الكلى، وهي ناتجة عن تكرار حالات الموت لدى أغلب الأشخاص الذين يُعَالجون بهذه الطريقة.

[3] **المصدر الباحث**

* الدلالة الاجتماعيّة الثانية (التصوّر الثاني):

النتيجة الثانية[4]



الشكل رقم (2)

تُفسر هذه النتيجة التي يوضّحها الشكل رقم (2) بأنّ المصابين بهذا المرض، والخاضعين لعملية التصفية بآلة التّحال الدمويّ، إنّما يُفرَض عليهم (نتيجة هذا الوضع) ارتباطهم بمواعيد محدّدة (مواعيد التصفية). وبالتالي سبّبت للمريض حالة من العجز والإعاقة، تجعله غير قادر على القيام بوظائفه اليوميّة الاعتياديّة (دراسة، عمل،...الخ) والاجتماعيّة أيضاً، لا بل والتخلّي – في بعض الحالات –عنها نظراً للتعب الذي تسبّبه آلة التّحال.

إنّ النتائج السابقة تقودنا – في الواقع – إلى إمكانيّة التعرّف على التفسيرات السببيّة للمرض. ومن خلال تحليل إجابات المبحوثين، وجدنا أنّ عامل الوعي السوسيوثقافي هو سببٌ أساسيّ لحدوث المرض. بعبارةٍ أخرى، نجد أنّ الغالبيّة العظمى من حالات الدراسة قد أرجعت إصابتها بمرض القصور الكلويّ المزمن إلى عوامل مرتبطة باعتقاداتٍ سائدةٍ في مجتمعاتنا (القضاء والقدر، الإصابة بالعين)، وقد احتلّ بالمقابل عامل الضغوط النفسيّة الاجتماعيّة الناتجة عن حالة الحرب التي نعيشها، وما ترتّب عليها من أزماتٍ اقتصاديّة، واجتماعيّة، ونفسيّة عديدة. فضلاً عن المشاكل الاجتماعيّة الخاصّة بالأسرة نفسها، المرتبة الثانية.

وعند دراستنا وتحليلنا للسلوك الذي ترافق مع الأشخاص المصابين بمرض القصور الكلويّ المزمن، استطعنا أن نتعرّف:

* على أعراض المرض، والتي تمثّلت بتغيّراتٍ فيزيولوجيّة، تؤثّر على جسم المصاب وتُعيقه عن قيامه بنشاطاته المعتادة. وهنا ينتقل الفرد من الحالة الصحيّة إلى الحالة المرضيّة.

* أمّا فيما يتعلّق بنمط السلوك الذي تبنّاه الفرد عند ظهور المرض. يمكننا طرح التساؤل التالي: هل يتجه سلوكه نحو طلب الخدمة الطبيّة عند إحساسه بالتغيّرات الفيزيولوجيّة التي حدثت له جرّاء المرض؟ أم أنّه يترك ذلك حتى تتأزّم حالته الصحيّة؟. وعليه، ما هو التفسير السوسيولوجيّ لكلتا الحالتين؟.

من خلال البحث والتحليل توصّلنا إلى جملة النتائج التالية:

إنّ الحالات التي اتسم سلوكها بالحالة الأولى، أي تلجأ إلى طلب الخدمة الطبيّة فور الإحساس بعوارض المرض هي – في الحقيقة – حالات تمتلك وعياً صحيّاً، أو لديها علاقة مباشرة بالطب أو بالقطاع الطبيّ، أو هي حالات مصابة بمرض مزمن معيّن كمرض السكريّ، حيث إنّ طبيعة هكذا مرض تجعل الفرد المصاب مقيّداً بمواعيد محدّدة لتناول الدواء، وإجراء التّحاليل الطبيّة، والالتزام بحميّات غذائيّة...الخ. بناءً على ما سبق، يكتسب الفرد وعي ثقافيّ

[4] **المصدر الباحث**

صحيّ عن هذه الأمراض. وبالتالي هكذا نمط من الحالات من الطبيعيّ أن يتجه سلوكها نحو الإسراع بطلب الرعاية الطبيّة فور الإحساس بأيّ تغيّرٍ فيزيولوجيّ أو عارضٍ مرضيّ.

بالمقابل ثمّة حالاتٍ أخرى لا تطلب المشورة الطبيّة وبالتالي العلاجيّة إلاّ عندما تتأزّم حالتها الصحيّة، ويعود ذلك في الواقع إلى جملة الأسباب التالية:

أوّلاً. غياب التنشئة الصحيّة عند الإصابة بهكذا حالات:

فالتنشئة الصحيّة أو التربية الصحيّة ما هي إلاّ ثقافة، يكتسبها الفرد عبر مؤسسات التنشئة الاجتماعيّة المختلفة التي نعرفها (الأسرة، والمدرسة، ووسائل الإعلام) التي ترتبط بقضايا التغذية الصحيّة، وزيارة الطبيب الدوريّة، وإجراء التّحاليل الطبيّة، والالتزام بتناول الأدوية كما يلزم...الخ. وقد تبيّن لنا من خلال تحليل إجابات المبحوثين، غياب واضح لمثل هكذا ممارسات، والنتيجة الملفتة أيضاً، هي امتداد هذه الذهنيّة حتى إلى الفئات الحاصلة على شهادات جامعيّة.

ثانياً. الوعي السوسيوثقافيّ في تفسير المرض:

فلقد تبيّن لنا أنّ حتى الفئات المتعلّمة قد فسّرت الإصابة بمرض القصور الكلويّ المزمن بإرجاعه إلى تصوّراتٍ دينيّةٍ وأخرى شعبيّة متمثلة: بالقضاء والقدر، أو العقاب من الله، أو العين الحسود. الأمر الذي يؤدي إلى الجهل المستمر في البحث بشكلٍ علميّ وجديّ عن أسباب الإصابة، لا بل ويدفعهم بالمقابل إلى الاستمرار في اللجوء– في بعض الحالات –إلى العلاج الشعبيّ للأمراض مباشرةً قبل الذهاب حتى إلى الطبيب.

وإذا ما حاولنا تبرير حالة النقص في الوعي، سنجد أنّ جملة النتائج السابقة تعود إلى غياب الفعاليّة السياسيّة الصحيّة، وخاصّةً فيما يتعلّق بهكذا مرض. بعبارةٍ أخرى، هذه السياسة الصحيّة تركّز على البحث عن علاج الأمراض أكثر من اعتمادها على نشر الوعي الصحيّ (وخاصةً فيما يتعلّق بالأمراض المزمنة ومنها مرض القصور الكلويّ المزمن) للأفراد، وذلك عبر مختلف المؤسسات المسؤولة عن القيام بهذا الدور بدءاً من الأسرة إلى المدرسة، ومن ثمّ إلى المستشفى أو المستوصفات وحتى وسائل الإعلام.

علاوةً على ما سبق، فإنّ طبيعة البحوث أو الدراسات المرتبطة بنشر الوعي الصحيّ، هي عبارة عن دراسات أكاديميّة بحتة، موجّهة لفئة معيّنة، لا بل وتقتصر داخل المستشفيات. الأمر الذي أدّى إلى الاستمراريّة في طرق التفكير التقليديّة نحو ممارسات الصحة والمرض، على مستوى العلاج وعلى مستوى التصوّر على حدٍّ سواء. فضلاً عن استمراريّة الجهل بطبيعة الأمراض، وخصوصاً مرض القصور الكلويّ المزمن، وانتشار هذه التصوّرات حتى عند الفئات المتعلّمة، وهي النتيجة الأسوأ التي يجب الوقوف عندها والبحث فيها.

ثالثاً. الصورة الاجتماعيّة التي يمتلكها الفرد حول المستشفى والعاملين فيه :

وجدنا من خلال إجابات المبحوثين، أنّ الصورة الاجتماعيّة التي يمتلكها الفرد عن المستشفى والعاملين فيه، هو عاملٌ أساسيّ للعزوف – في بعض الحالات – عن طلب الخدمة الطبيّة. وتعود – في الواقع – هذه الصورة السلبيّة إلى جملة الممارسات التي يتعرّض لها المريض وذويه من قبل بعض العاملين في قطاع الصحة: كالمحسوبيّة في العلاج، أو عدم القدرة على الاستفادة من الخدمات الطبيّة، أو عدم توفر الدواء اللازم للعلاج.

يمكن أن نفسّر هذه التصرفات السلبيّة التي يُبديها العاملين في قطاع الصحة إلى الضغوط التي كان وما زال يتعرّض لها المركز والمستشفيات يوميّاً، وخاصّةً في ظلّ هذه الحرب الكونيّة على سورية. والتي ساهمت في عدم القدرة – في بعض الاحيان– على تغطية كلّ فرص العلاج للمريض، أو حتى إمكانيّة تأمين الأدوية اللازمة.

رابعاً: أثر وضعيّة الاستشفاء على العلاقات الاجتماعية للمريض:

لقد بيّنت لنا نتائج الدراسة إلى أنّ المريض خلال فترة الاستشفاء يدخل في علاقات وأدوار اجتماعيّة جديدة، يخلقها الظرف الجديد الذي يتعايش معه، وذلك من خلال ثلاثة أنماط من العلاقات:

* علاقة الطبيب — المريض:

إنّ الطبيب المتواجد في القسم المختص بآلة التّحال الدمويّ، يتواصل بشكلٍ يوميّ مع المريض. وهذا يولّد بينهما علاقة تتعدّى العلاقة المتمثّلة في دور الطبيب في علاج المريض، ومراقبة نتائج التحاليل والعلاج التي تفرضها سير العمليّة العلاجيّة؛ إلى علاقة قد تشتمل – في بعض الأحيان – على مساعدة بعض المرضى في تأمين الدواء على سبيل المثال حين يعجز المريض عن ذلك.

* علاقة الممرض(ة) — المريض:

ينسحب ما تحدّثنا عنه سابقاً على علاقة الممرض(ة) بالمريض، والتي تنتج عن الاحتكاك اليوميّ من جهة، وقضاء أكثر الوقت معه من جهةٍ أخرى، لدرجة قد تصل إلى اختفاء الألقاب فيما بينهم (أي يُنادون الممرض باسمه والعكس صحيح). فضلاً عن تجمّع الممرضين عدّة مرات عند أحد أسرّة المريض، وتبادل أطراف الحديث، والتسامر فيما بينهم، قد تصل – في بعض الحالات – أيضاً إلى تبادل المصالح الاجتماعيّة خارج إطار المستشفى.

من خلا ما سبق، نجد أنّ العلاقة التي تجمع المرضى بالأطباء والممرضين تتعدّى المجال العلاجي.

* علاقة المريض — المريض:

إنّ تشارك المرضى بنفس الوضع الصحيّ الاجتماعيّ يساهم في خلق روابط اجتماعيّة بينهم أيضاً قد تتعدّى المستشفى إلى البيوت. وعليه، ثمّة علاقات عاطفيّة وحميميّة قد تنشأ بين المرضى أنفسهم (الذين يعانون من مرض القصور الكلويّ المزمن) تخلقها وضعيّة الاستشفاء لدرجة شعور المرضى أنفسهم بأنّ مرضى المستشفى قد أصبحوا عائلة جديدة أو عالم جديد لهم، يعوّض لهم الشعور الذي فقدوه في حياتهم الاجتماعيّة خارج إطار المستشفى نتيجة طبيعة المرض الذي يعانون منه من جهة، وطبيعة العلاج من جهةٍ أخرى.

أخيراً، فإنّ لمرض القصور الكلويّ المزمن أثر على العلاقات داخل الأسرة نفسها، وقد اختلفت باختلاف إجابات المبحوثين. فهناك حالات يتخلّى فيها الزوج – على سبيل المثال– عن الزوجة (المصابة بمرض القصور الكلويّ المزمن) في حال عدم قدرتها على الإنجاب، أو حتى رعاية الأطفال إن وجدوا، ممّا يؤدي إلى تفكك بعض أسر المريضات؛ على عكس الحالات التي يكون فيها الزوج هو المصاب بالقصور الكلويّ، حيث تقوم الزوجة برعايته، وقد تضطر – في بعض الحالات – أي عند انعدام الدخل الأسريّ إلى العمل من أجل تدبير أمور البيت الماديّة. وهنا يتراجع دور الأب الماديّ الذي يساهم في تحقيق وجوده الاجتماعيّ، عندئذٍ يتوجّب على الزوجة والأبناء العمل الجاد على إعادة تعزيز ثقته بنفسه وبكينونته بأساليب أخرى.

الاستنتاجات والتوصيات:

إنّ وضع مقاربة سوسيولوجيّة لمرض القصور الكلويّ المزمن، ما هو إلاّ مساهمة حقيقيّة في تسليط الضوء على هذه الحالات التي تعاني منه، والتي تزداد بشكلٍ ملحوظ. والنتائج التي توصّلنا إليها، تقودنا إلى اقتراح التوصيتين التاليتين:

أوّلاً. ضرورة إعادة النظر بالسياسات الصحيّة، وخاصّةً فيما يتعلّق بنشر الوعي الصحيّ بالأمراض المزمنة عبر مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعيّة المنوطة.

ثانياً. ضرورة إعادة النظر باختصاص علم الاجتماع الطبيّ أو الصحة، الذي يكفل بتزويد قطاع الصحة بمرشدين اجتماعيّين طبيّين– والذين نفتقد وجودهم كليّاً في مجتمعاتنا– حيث يقع على عاتقهم القيام بمهام مختلفة من ضمنها الدعم الاجتماعيّ النفسيّ لمثل هكذا حالات.

المراجع:

1. بدوي، أحمد زكي. *معجم مصطلحات العلوم الاجتماعيّة*، بيروت، مكتبة لبنان،1970.
2. حسن، محمود. *مقدمة الخدمة الاجتماعيّة*، الإسكندرية، دار المعارف الحديثة، 1979.
3. السيد، نادية عمر. *علم الاجتماع الطبيّ: المفهوم والمجالات*، مصر، دار المعارف الجامعيّة، 1996.
4. عبد المنعم نور، محمد. *الخدمة الاجتماعية الطبيّة والتأهيل*، مصر، مكتبة القاهرة الحديثة للنشر، 1997.
5. ALBARELLE, L., *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, éd. Acolin, 1995.
6. BASZANGER, I., *Les maladies Chroniques et leur ordre négocié*, Revue français de sociologie, 1986.
7.BLANCHET, A., GOTHMAM, A., *L'enquête Et ses méthodes:l'entretient*, Paris, Nathan, 1992.
8. ELIOT, F., *La profession médicale* , paris, Payot, 1984.
9. GRAWITZ, M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, éd. Dalloz, 8ème, 1990.
10. GRESSON, G., *Le travail domestique de santé : analyse sociologique*, Paris, L'harmattan, 1995.
11. HERZLICH, C., *Santé et maladie: Analyse d`une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1976.
12. *Hôpital et Handicap*, 50ème Anniversaire in revue Gestion Hospitalière, Gestion Santé, n°212, Novembre, 1981.
13. PARSONS, T., *La maladie et le rôle du médesin: Une perspective sociologique*, in "Le medical et la santé", Trad. BEYNIER D., LE GALL D., n° special des Cahier de la Recherche en Travail Social, C.R.T.S., 1984.
14. PATTIE, D., *Maladies des Reins et des vois vrinaires*, Paris, Masson, 1980.
15. ROGER, P., *Introduction à une étude sociologie que del'hopitale*, N° 151, Février 1976.
16. WISSMAN, R., *Interaction familiales et impact de technologie dans la gestion d'une maladie chronique chez l'enfants*, sciences sociales de santé, paris: Col 13, N° 1, Mars, 1995.