الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم

كلية العلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة : علم الاجتماع

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر تخصص : المسوحات السوسيولوجية في مجال الصحة

بعنوان :

المسار المرضي لمرضى القصور الكلوي المزمن

دراسة ميدانية بمصلحة تصفية الدم بمستشفى – شي غيفارا – مستغانم

لجنة المناقشة :
الأستاذة : مشري فريدة رئيسا
الأستاذ : لعمارة يحيى مناقشا .
الأستاذ : هواري عبد الكريم مؤطرا .

من اعداد الطالب (ة):
دويدي نوال

السنة الجامعية : 2014 – 2015

شكر و عرفان

اشكر الله و احمده سبحانه و تعالى حمدا كثيرا على هذه النعمة التي هدانا إليها ، و أسأله أن يوفقني لما يحبه و يرضاه لي و للناس كافة

كما لا أنسى أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى مرضى مصلحة تصفية الدم كافة و على مساعدتهم لي في إنجاز هذا البحث ، كما أتمنى لهم الشفاء ، و لي كافة المرضى إن شاء الله .

كما أتقدم بالشكر إلى الأستاذ المحترم "هواري عبد الكريم " على مساعدته و إرشاده لي طيلة السنة الدراسية .

أشكر أيضا كل أساتذة و طلبة شعبة علم الاجتماع عامة و أساتذة و طلبة علم الاجتماع الصحة ماستر 2 خاصة .

و اشكر كل من ساعدني من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا البحث ، و أسأل الله أن يجعل هذا البحث المتواضع باب خير لمزيد من العمل و المثابرة إنه سميع مجيب و ما توفيقي إلا بالله و عليه توكلت .

الإهداء

بدأنا بأكثر من يد و قاسينا أكثر من هم و عانينا الكثير من الصعوبات و هنا نحن اليوم و الحمد لله نطوي سهر الليالي و تعب الأيام و خلص مشوارنا بين دفتي هذا العمل المتواضع .

إلى منارة العلم و الإمام المصطفى إلى الأمي الذي علم المتعلمين إلى سيد الخلق رسولنا الكريم سيدنا محمد صلى الله عليه و سلم .

إلى الينبوع الذي لا يمل العطاء إلى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها إلى والدتي العزيزة .

إلى من حبهم يجري في عروقي و بلهج بذكراهم فؤادي إلى أختي و إخواني

إلى من سرنا سويا و نحن نشق الطريق معا نحو النجاح و الإبداع إلى تكاتفنا يدا بيد و نحن نقطف زهرة تعلمنا غالى زميلاتي و زملائي .

إلى من علمونا حرفا من ذهب و كلمات من درر و عبارات من أسامي و أجلى عبارات العلم .

المقدمة :

إن التطور مجال المعارف الطبية و كذا تعقد الحياة الاجتماعية ،فلم تعد الصحة مفهوما ستاتيكيا يقتصر على المعنى السلبي المتمثل في غياب المرض ، بل هو يحمل بعدا اشمل من ذلك ، فالصحة هي حالة من الرفاهية البيولوجية ، العقلية و الاجتماعية و ليس فقط غياب المرض و العاهة الجسمية وهذا ما جاء حسب المنظمة العالمية للصحة .

« un état complet de bien être physique mentale sociale pas senlement une absence de maladie ou d'inf »

و برغم من أهمية هذا التعريف في إدخال المحددات الاجتماعية إلا أنه يشمل مجال واسع من المعاني ، ان هذه المحددات ومؤشراتها تؤثر على الصحة وذلك من خلال الظروف الاجتماعية والمعيشية المتمثلة في نمط السكن (نوعية السكن ، التهوية ، الانارة ...) ونمط الأكل (كيفية تحضير الأكل والمواد المستخدمة فيه ، نوعية المياه المستخدمة للشرب أو لأغراض أخرى) الدخل ، التعليم ، التربية وغيرها من المحددات تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على صحة الأفراد .

كما يعتبر المرض ظاهرة عامة تؤثر في كل الأفراد أينما كانوا ، و لكن ليس بنفس الدرجة أو نفس الاتجاه دائما . وتمثل الدراسة التي توضح الكيفية التي تؤثر بها الأمراض في الجماعات و الطرق التي تستجيب بها هذه الجماعات للمرض ميدانا حيويا و هاما لتطبيق المعرفة السوسيولوجية و أساليب البحث الاجتماعي .

فنجد نوعين من الأمراض ،أمراض معدية حيث ينتشر المرض من فرد إلى أخر عن طريق العدوى ، و توجد أمراض مزمنة تتصف بخاصية الإزمان أي الثبات و الاستمرارية هي الأمراض التي لم تكشف لها بعد وسيلة للشفاء بصورة نهائية ، بل يجب مراقبتها و السيطرة عليها حتى لا تسوء حالة المريض .

يعد مرض القصور الكلوي المزمن جزءا من الأمراض المزمنة التي حاول الفرد التحكم فيها عن طريق تطور طرق علاجها بدءا بالتصفية الصفاقية وصولا إلى الارتباط بآلة إلتحال الدموي ،ليصل اليوم إلى عمليات ناجحة لزرع الكلى . من هنا فقد حاولنا في هذا الإطار وضع اقتراب سوسيولوجي لدراسة هذا المرض لمعرفة الدلالة السوسيولوجية التي يحملها المرض عند المجتمع الجزائري ،و معرفة أهم التغيرات التي يحدثها هذا المرض ،و الكشف عن الأسباب المؤدية إلى الإصابة به حسب اعتقادات المصابين ،و من هنا قمنا بتقسيم الدراسة إلى إطار

منهجي ،إطار نظري ،إطار تطبيقي .

* إطار المنهجي : تحديد الموضوع ،أسباب و أهداف اختيار الموضوع ، الدراسات السابقة ، تحديد المفاهيم ، إشكالية ، المقاربة النظرية ،منهجية البحث ، وصعوبات البحث .

* إطار النظري : احتوى على ثلاث فصول الفصل الأول تناول القصور الكلوي المزمن ، و الفصل الثاني تناول نظريات اجتماعية في دراسة المرض ، و أخيرا الفصل الثالث النظام الصحي في الجزائر والتكفل بمرض القصور الكلوي.

* إطار التطبيقي : احتوى هذا على تحليل و مناقشة ، نتائج الدراسة ،الخاتمة ،قائمة المراجع .

* الملاحق : تحتوي على دليل المقابلة ، خصائص المبحوثين .

ملحق رقم 2 : خصائص المبحوثين .

المتغيرات الحالات	الجنس	السن	حالة العائلية	الحالة الفردية	دخل	المستوى التعليمي	السكن
الحالة رقم 1	أنثى	31 سنة	عزباء	عاطلة عن العمل	/	متوسط	شقة
الحالة رقم 2	أنثى	39 سنة	متزوجة	عاملة	غير كافي	جامعي	شقة
الحالة رقم 3	ذكر	70 سنة	متزوج	عامل	كافي	ابتدائي	حوش
الحالة رقم 4	أنثى	74 سنة	أرملة	ماكثة بالبيت	منحة غير كافية	دون مستوى	حوش
الحالة رقم 5	ذكر	35 سنة	متزوج	عاطل عن العمل	/	ثانوي	حوش
الحالة رقم 6	ذكر	64 سنة	متزوج	متقاعد	غير كافي	دون مستوى	حوش
الحالة رقم 7	أنثى	50 سنة	متزوجة	ماكثة في البيت	/	دون مستوى	حوش
الحالة رقم 8	أنثى	33 سنة	متزوجة	ماكثة في البيت	/	ابتدائي	شقة
الحالة رقم 9	أنثى	33 سنة	عزباء	عاطلة عن العمل	/	ثانوي	شقة
الحالة رقم 10	أنثى	41 سنة	أرملة	عاطلة عن العمل	منحة تقاعد غير كافية	ثانوي	شقة
الحالة رقم 11	ذكر	26 سنة	أعزب	عاطل عن العمل	/	متوسط	شقة

الفصل التطبيقي : تحليل ،مناقشة ونتائج الدراسة تمهيد

1 – تحديد المجال المكاني للمصلحة و وصفها

2 – مخطط يمثل وصف المصلحة

3 –تمثلات المريض بالمرض وطرق العلاج

4 – أسباب ظهور المرض

5 – الممارسة الطبية قبل و بعد المرض

6 – الدلالة الاجتماعية للقصور الكلوي

7 – علاقة المريض بالطبيب ، الممرض ، المريض

8 – أهم التغيرات التي واجهها المرضى بعد الإصابة

9 – نتائج الدراسة

الخاتمة

الفصل الثالث : النظام الصحي في الجزائر والتكفل بمرض القصور الكلوي

تمهيد

تعريف النظام الصحي.

تطور النظام الصحي بعد الاستقلال الجزائر .

التكفل بالمرض القصور الكلوي في الجزائر

خاتمة الفصل

الفصل الثاني : نظريات الاجتماعية في دراسة المرض .

تمهيد

تعريف اجتماع الصحة

تصور المرض عند بارسونز .

تصور المرض عند فريدسون

تصور المرض عند ستراوس

خاتمة الفصل

الفهرس

- شكر وعرفان
- اهداء
- ملخص البحث
- مقدمة .....أ

الاطار المنهجي .

- تحديد الموضوع 05
- أسباب وأهداف اختيار الموضوع 06
- الدراسات السابقة.....07
- تحديد المفاهيم 17
- اشكالية.....20
- المقاربة النظرية.....21
- منهجية البحث.....23
- صعوبات البحث.....26

الاطار النظري

الفصل الأول : القصور الكلوي المزمن .

- تمهيد 29
- تعريف القصور الكلوي المزمن وسياقه التاريخي.....30
- التعريف الطبي للكلى 33
- أمراض الكلى أسبابه ومضاعفاته 35
- طرق العلاجي القصور الكلوي المزمن 39
- الخاتمة 40

الفصل الثاني : نظريات الاجتماعية في دراسة المرض .

تمهيد 42
- تعريف اجتماع الصحة 43
- تصور المرض عند بارسونز 44
- تصور المرض عند فريدسون.....47
- تصور المرض عند ستراوس.....48
- خاتمة الفصل 49

الفصل الثالث : النظام الصحي في الجزائر والتكفل بمرض القصور الكلوي .

- تمهيد 51
- تعريف النظام الصحي 52
- تطور النظام الصحي بعد الاستقلال الجزائر 53

- التكفل بالمرض القصور الكلوي في الجزائر 57
- خاتمة الفصل 59

الاطار الميداني

- تمهيد 62
- تحديد المجال المكاني للمصلحة ووصفها 63
- مخطط يمثل وصف المصلحة 66
- تمثلات المريض بالمرض وطرق العلاج 67
- أسباب ظهور المرض 68
- الممارسة الطبية قبل وبعد المرض 70
- الدلالة الاجتماعية للقصور الكلوي.....73
- علاقة المريض بالطبيب ، الممرض ، المريض.....75
- أهم التفسيرات التي واجهها المرضى بعد الإصابة.....79
- نتائج الدراسة.....81
- الخاتمة
- قائمة المراجع
- الملاحق

قائمة المراجع :

مراجع بالعربية:

1/ احسان محمد حسن ، مدخل الى علم الاجتماع ،بيروت ، دار الطليعة للطباعة والنشر ، ط1 ، 1988

2/ احسان محمد حسن، علم اجتماع الطبي ،دراسة تحليلية في طب المجتمع ، بغداد ، دار وائل للنشر ، ط1، 2008.

3/د. أيمن مزاهرة ، د. عصام حمدي الصفدي ، ليلى أبو حسين ، علم اجتماع الصحة ، ط1 ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، 2003

4/أ بلعروسي أحمد التيجاني وأمسراني سليمة ، قانون الصحة ،دار الهومة للطباعة والنشر ، ط1.

5/ شوقي أحمد أبو خضرة ،القانون الجنائي في الطب الحديث لمشروعية نقل وزراعة الأعضاء البشرية ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

6/شيلي تايلور ، علم النفس الصحي ، ترجم ، وسام درويش يربك وفوزي شاكر داود ، الأردن ، دار حامد للنشر والتوزيع ، 2008

7/عبد الكريم عمر السويداء ، المرشد الشامل لمرض الفشل الكلوي ، الرياض ، وهج الحياة للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2010

8/عبد السلام عبد الرحيم السكري ، نقل وزراعة الأعضاء الأدمية من منظور اسلامي ، مصر، دار المنار للنشر والتوزيع ، ط1 ، 1988

9/د علي عبد الرزاق جبلي –د .حسن محمد الحسن ، علم الاجتماع الطبي ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية – 2005

10/محمد صادق صبورة ،أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها ، لبنان ،دار الشرق ، ط1 ،1994

11/نور الدين حروش ، ادارة المستشفيات العمومية ، الجزائر ، دار الكتامة للنشر والتوزيع ط1 ، 2009

كتب المنهجية :

12/جمال زكي ،أسس البحث الاجتماعي ، القاهرة ، دار الفكر العربي ، 1962 .

13/خالدي الهادي ،المرشح المفيد في المنهجية وتقنيات البحث ،الجزائر ، دار الطليعة للطباعة والنشر 1969

14/شبيتر فال ، اجراء المقابلات ، تر عبد اللطيف محمد خليفة ،ط1 ، القاهرة ، المركز القومي للترجمة ، 2012

15/عامر قنديلجي ، ايمان السمرائي ، البحث العلمي : الكمي والنوعي ، الأردن ،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع 2009

16/محمد عبيدات ، محمد أبو نصار ، عقلة مبيضي ، منهجية البحث العلمي : القواعد والمراحل والتطبيقات ، عمان ،دار وائل للنشر ،ط 2 ، 1999

17/موريس انجرس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية ، تدريبات علمية ، الجزائر ، دار القصبة ، 2010

رسائل ماجيستر :

18/محمد رضا بلمختار ، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين فيها ، رسالة ماجيستر ، جامعة الجزائر ، معهد علم الاجتماع ، 1991

19/نوال باشا ، تسيير المرضي لمرض القصور الكلوي المزمن ، رسالة ماجيستر ، جامعة الجزائر معهد علم الاجتماع ، 2008

20/ مشري فريدة ، المسار المرضي للمصاب بالسرطان ، رسالة ماجيستر في علم الاجتماع جامعة الجزائر ،2001.

مقالات :

21/بلقاسمي أميرة ، مقال منشور بتاريخ 2012/03/07 بجريدة المواطن الالكترونية يومية وطنية مستقلة ، العدد 1500

22/حسنية ل ، مقال لعنوان المنظومة الصحية للجزائر 1962 – 2012 ، منشور بتاريخ 5-7 -2012 ، بمحرك البحث الاخباري الالكتروني جزايرس

قواميس ومعاجم :

23/أحمد زكي بدوي ،معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت ، مكتبة لبنان،1970

مراجع بالفرنسية :

24- Herzlich.C , santé et maladie analyse d'un représentation social, parie mouton , 1976.

25-Jeam Lacroix , appriveoiser l'insuffisance rénal , canada , 2001

26- Jean(P)Dechamps , Michel Manciaux , Marie thereseEritz , santé de la mère et de l'enfant flammation médecine science , paris , sept , 1984,.

27- pattie .D , Maladie des riens et des voies urinaires , musson ,1980.

28- Richel Gabriel, Néphrologie, paris , 1988.

- الدوريات :

29-Ministère de la santé , le secteur prive de la santé , aperçue analyses et proposition alger, sept , 1997

30- Ministére de la senté ,réflexion du comité de néphrolagie pour les assises nationales de santé, 26-27 mai

31- Hopital et handicap, eme anniversaire inrevie gestion hopitalière santé .n212 , novembre , 1981

32- Baszanger (Isabelle): les maladies chroniques et leur ordre negocié ,revue français de sociologie , XX **v** II 1986.

- محاضرات :

33-TaherRayane ,journée nationale du don d'organes transphantation rénal :aspets juridiques et religieux hopital Beni Messous:AmphithéàtreRegini ,16 juin 2008 , 9h – 13h.

34-TaherRayane , conférece – déba ,hier ,au , forum de DK news sur l'insuffissance rénal :1.5 million d'algeriens souffrent de l'insuffissance ,6 fevrier 2013 a Blida.

الانترنيت :

35- http://www.dasmaninstitute .org/ar/highlights/ chronic-conditions / chronicity - an – overview .
36 - http :// ejabat. Googel .com / ejabet / thread ? tid = 4f3b 8442a 5aa4cb4.
37 - HTT:w.w.w.djazairess.com

ملخص البحث :

لقد ظهر الاهتمام بالصحة والمرض منذ القدم حيث كان هذا الأخير يلجأ للسحر والشعوذة للتحكم في الظواهر المرضية التي تصيبه ، وبتطور العلم والمعرفة ابتعد الفرد نوعا ما عن هذه الممارسات واعتقادات ، واعتمد على تفكير علمي التجريبي للتحكم في الظواهر المرضية ، وبعد الحرب العالمية الثانية ظهرت أمراض مزمنة نظرا للتطور التكنولوجي الذي شهده العالم مما أدى إلى اهتمام الطب بهذا النوع من الأمراض وذلك للبحث عن مسبباتها والوصول إلى طرف علاجها ومن بين هذه الأمراض المزمنة نجد القصور الكلوي لذا وضعنا هذا المرض في اقتراب سوسيولوجي نظرا للافتقار الحقل السوسيولوجي لمثل هذا الموضوع .

فدراستنا تمثلت في دراسة ميدانية لمصلحة تصفية الدم بمستشفى شي غيفارا - مستغانم - بعنوان المسار المرضي لمرض القصور الكلوي المزمن فقد قسمنا دراستنا هذه إلى ثلاث جوانب وكل جانب له عناصره الخاصة :

1- الجانب المنهجي .
2- الجانب النظري .
3-الجانب الميداني

فالأول نجده يحتوي على تحديد الموضوع وضبطه كما نجد فيه أسباب و أهداف اختيار الموضوع فأهداف دراستنا تمثلت في أربعة أهداف وهي معرفة التغيرات التي يحدثها المرض القصور الكلوي المزمن ومعاناة اليومية التي يعيشها المريض ومعرفة العلاقة المريض بالطبيب والممرض والمريض أيضا ، أما بالنسبة للدراسات السابقة فكانت لنا أربعة دراسات الأولى كانت للباحث محمد مبتول بعنوان "الدلالات الخاصة بالتكفل بحالتين من الأمراض المزمنة، المرض السكري ومرض الضغط الدموي"

والثانية للباحث "محسن عبد النور" بعنوان تسيير المرض والاستشفاء وفق تفاعلات الطفل المصاب بالسرطان مع الوسط الأسري ، والنظام الطبي داخل المستشفى " ، والثالثة للباحثة "مشري فريدة " بعنوان المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان "، والرابعة للباحثة 3 اليسيا كوفمان " حول مواجهة مرض السرطان باسبانيا .

ونجد في هذا الجانب تحديد المفاهيم وإشكالية البحث وفيها طرحنا التساؤلات التالية :

- ما هي طبيعة التغيرات التي يحدثها مرض القصور الكلوي مزمن على مستوى الحياة اليومية للفرد ؟
- ما هو التمثل الاجتماعي لمرض القصور الكلوي المزمن عند الفئة المعالجة بآلة ؟
- كيف هو التفسير ألسببي للإصابة بهذا المرض عند هذه الفئة الاجتماعية ؟

كما نجد المقاربة النظرية ومنهجية البحث صعوباته .

ثانيا : نجد الجانب النظري للدراسة فنقسم إلى ثلاث فصول ، الفصل الأول خاص بالقصور الكلوي المزمن احتوى على تمهيد ، تعريف القصور الكلوي المزمن وسياقه التاريخي ، تعريف الطبي للكلى ، أمراض الكلى أسبابه ، مضاعفاته وطرق علاج القصور الكلوي وخاتمة الفصل .

والفصل الثاني خاص بنظريات الاجتماعية في دراسة المرض فاحتوى على تمهيد ، تعريف علم اجتماع الصحة ، تصور المرض عند بارسونز ، تصور المرض عند فريدسون ، تصور المرض عند ستراوس وخاتمة الفصل .
والفصل الثالث خاص بالنظام الصحي في الجزائر وتكفل بمرض القصور الكلوي المزمن فاحتوى هذا على تمهيد ، تعريف النظام الصحي ، تطور النظام الصحي بعد الاستقلال الجزائر ، التكفل بالمرض القصور الكلوي وخاتمة الفصل .
ثالثا و أخيرا : نجد الجانب الميداني فاحتوى على تمهيد ، تحديد المجال المكاني للمصلحة ووصفها ، مخطط يمثل وصف المصلحة ، تمثلات التجريبية لمرض وطرق العلاج ، أسباب ظهور المرض ، الممارسة الطبية قبل وبعد المرض ، الدلالة الاجتماعية للقصور الكلوي ، وعلاقة المريض بالطبيب – الممرض- أهم التغيرات التي واجهها المرضى بعد الإصابة ونتائج الدراسة وخاتمة ، قائمة المراجع والملاحق.

- تمهيد

عملت الجزائر منذ الاستقلال على وضع أسس تقوم عليها السياسة الصحية سعيا منها لتجسيد حق المواطنين في العلاج ، كما نص عليه المواثيق و الدستور، الذي اعتبر مكسبا ثوريا ، هذه المبادئ عرفت نجاحات و بعض الإختلالات عبر المراحل التي مرت بها البلاد ،و كانت وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال متردية ، حيث الشعب الجزائري يعاني الفقر و الحرمان و مختلف الأمراض التي كانت ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من جهة وغياب التغطية الصحية من جهة أخرى .

1 - تعريف النظام الصحي

يمثل النظام الصحي حسب" المنظمة العالمية للصحة كل نشاطات و خدمات المصالح الصحية الموضوعية تحت تصرف المواطنين من اجل تلبية مختلف حاجياتهم الصحية ،على أساس انه يساهم في عملية الوقاية .و تقديم العلاج للمواطنين ،و يساهم في مجال الصحة العمومية و تتنوع الأنظمة الصحية باختلاف البلدان ،وهي تعكس الفرق الأساسي لهذه الدول" [1]." و لفهم وضعية النظام الصحي لا بد من معرفة مختلف المراحل التي مر بها على أساس أنه لا يمكن فهم الظواهر الاجتماعي إلافي سياقها التاريخي و على أساس انه غالبا ما يرجع للماضي للوقوف على طبيعة الحقائق الاجتماعية و معرفة الوظائف التي كانت تؤديها للبناء الاجتماعي و عناصره التكوينية" [2].

1- Jean P Dechamps , Michel Manciaux , Marie therese Eritz , santé de la mère et de l'enfant flammation médecine science , paris , sept , 1984, p 26.

2- احسان محمد حسن ، مدخل الى علم الاجتماع ،بيروت ، دار الطليعة للطباعة والنشر ، ط1 ، 1988 ، ص 90

2 – تطور النظام الصحي بعد الاستقلال الجزائر

لقد خرجت الجزائر من فترة الاستعمارية إلى مرحلة أخرى تميزت بتواجد أزمة معقدة و عميقة عن الاستعمار الفرنسي و في جميع الميادين و لا سيما الصحة منها ،" حيث أن النظام الصحي آنذاك كان متردیا و غير متكاملا موجها نحو المدن أين تتمركز الجالية الفرنسية حيث تنعدم بقية المناطق لأدنى شروط الرعاية الطبية"[1]

2-1 - المرحلة الأولى :

أ) سياسة الصحية 1962 – 1965 : كان النظام الصحي متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجزائر العا صمة ،وهران ،قسنطينة " فكان في خدمة لكل 10 ملايين نسمة قرابة 300 طبيب فقط "[2] .مما استوجب تحديد الأولويات و التركيز على سياسة وطنية تهدف بالقضاء على الأمراض الوبائية و مكافحة وفيات الأطفال ،و كذا بناء الهياكل و تكوين الإطارات الطبية و شبه الطبية و الإدارية . وتمثلت هذه السياسة في تعميم العلاج الوقائي كالتلقيح نظافة المحيط ، حماية الطفولة و الأمومة ، النظافة المدرسية و طب العمل و هما هدفان الرئيسيان اللذان شملهما البرنامج المسطر لعام 1962 ،و في هذه الفترة تمثل النظام الصحي خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات ،والعيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية إلى جانب مراكز الطب المدرسي التي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم ، و هناك الطب الخاص " الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب ، و خلال هذه الفترة تتوفر البلاد إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط ، وهو ما يعادل طبيبا واحدا لكل 8092 نسمة ،و 264 صيدليا أي صيدلي لكل 52323 نسمة أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151طبيبا أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة ،أما من حيث الهياكل القاعدية فقط كان عجز كبير فكانت قرابة 39000 سرير بالمستشفيات الوطن "[3]

1- مشري فريدة ، المسار المرضي للمصاب بالسرطان ، رسالة ماجيستر في علم الاجتماع ، جامعة الجزائر ، ص 73.

2 - حسنية ل ، مقال لعنوان المنظومة الصحية للجزائر 1962 – 2012 ، منشور بتاريخ 5-7 -2012 ، بمحرك البحث الاخباري الالكتروني جزايرس .

3- المرجع نفسه .

ب) سياسة الصحية 1965 – 1979 :مع بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية و بصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء و الصيادلة عام 1966 أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال دفع عجلة التكوين الطبي و الشبه الطبي وكذا إنشاء الهياكل القاعدية بين سنتين 1967- 1969و الهدف من هذه الهياكل هو الوقاية أولا نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري " وبما أن نسبة 37 بالمائة من السكان ممولة بالمياه الصالحة للشرب و 23 بالمائة تتوفر بها قنوات الصرف الصحي ، وما هذه الأرقام من مؤشرات الانتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه ، لم تقف الدولة موقف المتفرج بل أخذت تدابير من اجل تنفيذ بعض البرامج والتي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مراكز حماية الطفولة و الأمومة أو في إطار الطب المدرسي كما صدر في هذه الأثناء مرسوم رقم 69 -96 المؤرخ في 9 جويلية 1969 و القاضي بإلزامية التلقيح و مجانيته " [1] ، وخلال هذه الفترة اعتمدت على نظام المخططات للنهوض بالتنمية الاقتصادية فكان الجانب الصحي له نصيبه في ذلك وهذه المخططات تتمثل فيما يلي :

***المخطط الرباعي الأول (1970 -1973)**

حيث تضمن هذا المخطط مشروعات لتجهيز المؤسسات الصحية قصد تطور النظام الصحي وسد العجز المسجل في الأسرة ا لأستشفائية و في هذا الصدد تم" وضع برنامج لزيادة 600 سرير للمستشفيات الجامعية ، 100 عيادة متعددة الخدمات ، 100 مركز صحي ، 10 مراكز للتوليد ، مجموعة مخابر للنظافة الولائية "[2] .

* **المخطط الرباعي الثاني (1974 -1977)**

و أهم قرار جاء في هذا الصدد هو مجانية العلاج . كما تتم دعم توسيع الخدمات الصحية في كل بلدية ريفية و ذلك من اجل تحقيق الأهداف التالية

1 - تحقيق العدالة الاجتماعية فيما يخص تقديم العلاج

2 - وضع إستراتيجية صحية لتكفل بجميع السكان و يحمل هذا القانون أو المخطط في طياته نصين هما :

ا) المجانية في القطاعات الصحية . من حيث خدمات الصحية العمومية ، عمليات التشخيص .تقديم العلاج .العمليات الاستشفائية وهذا ما نص عليه الدستور في المادة 67 " كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم و هذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة و مجانية و بتوسيع الطب الوقائي "[3].

1- حسني ل ، مرجع سابق .

2- محمد رضا بالمختار ، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين فيها ، رسالة ماجيستر ، جامعة الجزائر ، معهد علم الاجتماع ، 1991 ، ص 94.

3- أ بلعروسي أحمد التيجاني وأ مسراني سليمة ، قانون الصحة ،دار الهومة للطباعة والنشر ، ط1.

ب) تمويل القطاعات الصحية من طرف الدولة و الهيئات العمومية باعتبار أن العملية الصحية جزءا من عمليات التنمية الشاملة .

كما نص هذا المخطط على" إنشاء 4 مستشفيات ، 51 عيادة متعددة الخدمات ، 86 مركز صحي و ان المؤشرات الصحية التي طرحتها وزارة الصحة لعام 1979 تؤكد بعض التطور المتمثل في معدل الوفيات الإجمالي 15.1 من الألف وفيات أطفال إلى 122 من الألف و الولادات 46.5 من الألف بينما ارتفع معدل العمر إلى 52.5"[1]

2-2- المرحلة الثانية

أ) سياسة الصحية 1980 -1999 : ميزت هذه الفترة بظهور قطاعين أساسيين هما القطاع العام و الخاص كما تم إنشاء هياكل صحية مراكز الأستشفائية الجامعية وهذا ما جاء به دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية و مكافحة الأمراض وهذا ما نصت عليه" المادة 51 من الدستور السالف الذكر و التي تقول (الرعاية الصحية حق للمواطنين .تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية و مكافحتها).[2]وتغير النظام الصحي في التسعينيات من خلال التغيرات السياسية و دخول اقتصادية السوق وفتح المجال لانفتاح الاقتصادي مع توسع مجال الاستثمارات وحق الملكية الخاصة أدى إلى تراجع النظام الاشتراكي و نظرا للازمة التي عرفتها البلاد من ضعف القدرات المالية للدولة ومن بينها القطاع الصحي ،وفي سنة 1997 تم إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث تنظيم والتسيير و أصبح من الضروري إدماج القطاع الخاص بالعام حيث "وصل عدد العيادات التابعة للقطاع الخاص 138 عيادة منها 48 تشتغل ما يعادل 902 سرير إضافة إلى 90عيادة تحصلت على رخصة الانجاز أي ما يعادل 2439 سرير بينما وصل عدد أطباء في نفس السنة إلى 11181 طبيب خاص من بينهم 7717 ممارس عام و 3072 طبيب مختص "[3]

1- محمد رضا بلمختار ، المرجع السابق ، ص 95.

2- حسنية ل ، مرجع السابق .

3- Ministère de la santé , le secteur prive de la santé , aperçue analyses et proposition alger, sept , 1997 , sans page

ب) سياسة الصحية 2000 إلى يومنا هذا : عرفت هذه الفترة إعادة النظر في النصوص القانونية المسيرة للمؤسسات الصحية بما فيها المستشفيات الجامعية و المؤسسات المتخصصة و المراكز الصحية لسبب التحسين الغير الكافي في النظام الصحي و هذا ما جاء في تقرير المنظمة العالمية للصحة سنة 2005 بشان الجزائر ،حيث اعتبرت المنظمة انه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر المقدر ب 9.1 بالمائة من ميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى ، و السبب في ذلك عدم وجود سياسة و إستراتيجية ناجعة وسوء توزيع الأطباء و التفاوت في الرعاية الصحية ومن أهم المؤشرات الصحية حسب المنظمة العالمية للصحة "نجد وفيات الأطفال اقل من 5 سنوات 40.5 من الإلف بينما بلغ معدل الحياة ب 74.8 سنة في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98 بالمائة ، الدفتيريا، الكزاز و السعال الديكي ب 87 بالمائة ،التلقيح ضد التهاب الكبدي الفيروسي ب 81 بالمائة أما متوسط توزيع الأطباء فنجد طبيبا واحدا تقريبا لكل ألف مواطن واقل من سريرين لكل ألفي مواطن فإذا كانت التغطية الطبية تقارب المتوسط العالمي على المستوى الكلي ، فعلى المستوى الجزئي نجد تفاوت كبيرا بين الولايات و الجهات مما يترجم سوء توزيع الأطباء و عدم التحكم في التوازن الجهوي "**1**.

شهدت هذه الفترة مبادرة جديدة هي سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط و تنظيم العلاج بها ،و تهدف أيضا إلى تأمين الخدمات و عصرنة النشاطات تماشيا مع الطلبات الجديدة مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية جيدة ، و تعزيز العلاج الجواري من أجل تقريب الصحة من المواطن ، حيث باشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007 يهدف إلى فصل مهام المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجا قاعد يا أسفر عن تأسيس الطب الجواري الذي قرب العلاج للمواطنين .

1 - نور الدين حروش ، ادارة المستشفيات العمومية ، الجزائر ، دار الكتامة للنشر والتوزيع ط1 ، 2009 ، ص 138.

3- التكفل بمرضى القصور الكلوي المزمن في الجزائر :

إن التكفل بعلاج مرضى القصور الكلوي في الجزائر لم يتماشى مع تطور العلاج حيث تم إدخال أولى آلات التصفية إلى الجزائر عام 1973 و كانت عملية التصفية تتم في ثلاث مراكز متمركزة في ثلاث مدن (الجزائر العاصمة ، وهران ،قسنطينة) و بلغ عدد المصابين 20 مصاب ،و هنالك العديد من بالقصور الكلوي المزمن يموتون نظرا لنقص العتاد المادي و البشري في هذا المجال و المتمثل في غياب الأخصائيين (الطبيين ،شبه الطبيين) و نقص في آلات التصفية و" في عام 1987 ارتفع عدد المصابين إلى 746 مريض موزعين على 25 مركز عبر التراب الوطني و بلغ عدد آلات في نفس السنة 176 و مع مطلع 1991 تضاعف عدد المرضى ليصل إلى 1433 مريض في حين بقي عدد المراكز ثابتا لكن ارتفع عدد آلات التصفية ليصل إلى 353 آلة ، و في سنة 1992 بلغ عدد المصابين 1790 مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن و في إطار تكفل بعدد المرضى تم استيراد آلات التصفية جديدة بلغ عددها 428 آلة، و بعد 5 سنوات من هذا التاريخ قفز عدد المصابين إلى 3020 مريض و 502 آلة تصفية "**1**و ما يمكن استنتاجه من خلال هذه الفترة هو أن النظام الصحي كان منصب حول التكفل الصحي بالمرض ، و ذلك من خلال بناء مراكز التصفية و شراء آلات لضمان أقصى رعاية للمصابين بالقصور الكلوي المزمن .

و تشير الإحصائيات لعام 1998 "بان عدد المعالجين بالهيموديناميز قد بلغ 3200 مريض ،وبلغ عدد المعالجين بالتصفية الصفاقية إلى 290 مريض ،وفيما يخص تقدير الحالات الجديدة التي تحتاج إلى التكفل بالتصفية عن طريق الهيموديناميز و الاستفادة من زرع كلية فقد بلغ 1400 حالة من بينها 1300 حالة من فئة البالغين و 100 حالة لا تتجاوز منها 15 سنة ." **2**

و لمواجهة هذه الوضعية قامت الجهات المكلفة بمرض القصور الكلوي بدراسة أهم النقاط المعرقلة لهذا النشاط و تتمثل فيما يلي :

- عدم تفهم المرضى و عائلاتهم للضغط الذي تعاني منه المصالح المختصة بالتكفل بهم بسبب عدم القدرة على التكفل بالمرضى خارج الوطن نتيجة الأزمة الاقتصادية التي مرت بها الجزائر .
- النقص الملحوظ بالعاملين في قطاع الصحة علمة و مراكز الكلى خاصة .

1- نوال باشا ، تسيير المرضي لمرض القصور الكلوي المزمن ، رسالة ماجيستر ، جامعة الجزائر معهد علم الاجتماع ، 2008 ،ص 105.

2- Ministére de la senté ,réflexion du comité de néphrolagie pour les assises nationales de santé, 26-27 mai , p23.

- صعوبة الاحتفاظ بالعاملين الشبه طبيين في القطاع العام خاصة أمام تحديات القطاع الخاص نظرا للعمل الشاق الذي يقوم به هؤلاء الممرضين في قسم الديناليز والجهود العصبية و الذهنية الملزم القيام بها فهو ملزم بالحرص على سلامة المريض .

ولتخفيف من شدة المعانات التي يعاني منها المرض قامت الدولة بإدراج تدريس علم الكلى في الدراسات ما بعد التدرج و رفع المناصب المخصصة له للوصول إلى 60 طبيب أخصائي في الكلى (النرفولوجيا) ، كما قامت بإعداد سياسة وطنية للوقاية من الإصابة بالإمراض الكلوية بالتنسيق مع المعهد الوطني للصحة العمومية مع مصالح التابعة لوزارة الصحة و الإعلام ،كما وجب القيام بإحصاء عدد المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن و وضع قائمة خاصة بهم من اجل توفير حاجيات العلاج ،" وقد بلغ عدد المصابين لسنة 2007 ب 12000 مصاب بهذا المرض أي ما يقارب 1500 إلى 3000 حالة جديدة سنويا موزعة على 230 مركز للعلاج باستثناء الحالات التي لا يصل فيها المصابين إلى المؤسسات الاستشفائية " **1** . وقد ارتفع معدل الانتشار ليصل إلى" 4000 حالة جديدة كل سنة و وصل عدد المرضى إلى15352 مريض يتلقون العلاج تصفية الكلى ب 254 مركز للتصفية و هذا خلال سنة 2012 و هذا ما صرح به البروفيسور طاهر ريان رئيس جمعية القصور الكلوي "**2** أما بالنسبة لتكلفة " نجد الحصة الواحدة للتصفية تكلف ميزانية الدولة ما بين 7000 د.ج إلى 1200 د.ج في حين يحتاج المصاب إلى حصة واحد خلال يومين أضف إلى ذلك أن صندوق الضمان الاجتماعي لا يغطي تكاليف العلاج أما فيما يخص عملية زرع الكلى فقد أقيمت 389 عملية زرع كلى منذ أول عملية أجريت سنة 1986 ."**3**

1- Ministére de la senté ,réflexion du comité de néphrolagie **.**

2- بلقاسمي أميرة ، المرجع السابق .

3- نوال باشا المرجع السابق ص 107**.**

خاتمة الفصل :

إن كان المال هو آمر مهم لمعالجة المرض ،فالأمر يتطلب معالجين طبيين و أدوية فعالة و تجهيزات حديثة ، فالخدمة الطبية رهن بتنظيم الصحة و باليات تمويلها ، حيث عرف النظام الصحي ، و أشير إلى النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال و تميز هذا التطور بمرحلتين هامتين هما النظام الصحي الاشتراكي و النظام الصحي الليبرالي ،و التكفل بمرضى القصور الكلوي المزمن خلال هذه الفترة .

تمهيد :

تمثل الأمراض المزمنة حاليا أسباب الرئيسية للإعاقات و الوفيات بصورة أكبر من الأمراض المعدية . ومن هذه الأمراض مرض القصور الكلوي و الذي يرتفع معدل حدوثه في الجزائر و ذلك حسب البروفيسور "طاهر ريان " حيث صرح بوجود حوالي مليون و نصف مليون حالة قصور كلوي منهم 50 بالمائة أصيبوا به جراء الأخطاء الناجمة عن التحاليل ، و صرح أيضا في اليوم العالمي لأمراض الكلى الذي يصادف 14 مارس من كل سنة بوجود 460 حالة من بين 1000 مواطن سنويا تتعرض للقصور الكلوي .1

مما يتطلب التشخيص و الاكتشاف المبكر لمرض القصور الكلوي المزمن فهذا المرض يلازم الفرد لمدة طويلة من حياته مما يؤثر على حالة المريض الانفعالية

و المعرفية و النفسية و الاجتماعية و بالتالي لا يستطيع الفرد القيام بالأدواره المعت

TaherRayane ,conférece – déba ,hier ,au , forum de DK news sur l'insuffissance rénal :1.5 million d'algeriens souffrent de l'insuffissance ,6 fevrier 2013 a Blida.

1 - تعريف القصور الكلوي المزمن و سياقه التاريخي : 1 - 1 - تعريف القصور الكلوي المزمن :

* هو نقص الوظائف الكلى تدريجيا على مدى السنوات ، بينما القصور الكلوي الحاد يحدث خلال فترة قصير تتراوح بين ساعات و أيام ، ففي حالة القصور الكلوي الحاد قد تستعيد الكلى وظائفها من الحيان بعد المعالجة ،بينما القصر الكلوي المزمن تفقد الكلى وظائفها بشكل دائم . [1] * و يعرف على انه مرض غير مرئي و الذي يحدث دون سابق إنذار و يعرف بأنه تراجع مستمر في وظائف الكلى يمكن أن يتسبب في انسداد البول في الكلى و عدم تسليمها إلى الدم أو المواد السامة نظرا الانخفاض معدل تشريح الدم عن طريق الكلى أو كنتيجة لاضطرابات في مستوى و طائف الكلى الطبيعية المتمثلة في التخلص من النفايات المنتجة في السائل و المخزنة في الأنسجة ،و بصفة عامة هو عجز الكلية جزئيا أو كليا عن تصفية الدم من السموم أي فقدانها لقدراتها على إفراز بول مكثف كامل العناصر بنسبها العادية وهو نوعان حاد و مزمن . [2]

1- عبد الكريم عمر السويداء الموشد الشامل لمرض الفشل الكلوي ، الرياض ، وهج الحياة للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2010 ، ص22.

2- Jeam Lacroix , appriveoiser l'insuffisance rénal , canada , 2001 ;p32.

1 -2- السياق التاريخي لمرض القصور الكلوي - لقد ظهرت الأمراض المزمنة و من بينها مرض السكري و ضغط الدم و السرطان و القصور الكلوي المزمن بعد الحرب العالمية الثانية ، نتيجة التطور الصناعي الهائل الذي شهده العالم ،مما أدى إلى تدهور صحة الأفراد ونتج عنه الأمراض سالفة الذكر. يمثل القصور الكلوي المزمن شكلا من أشكال الأمراض المزمنة التي كانت و مازالت تهدد حياة الفرد لتصل درجة خطورتها إلى الموت خاصة إذا تهاون الفرد المصاب في طلب المساعدة الطبية ،علما أن هذا المرض قد يصيب مختلف الفئات الاجتماعية باختلاف جنسهم و أعمارهم و مستواهم الثقافي و الاقتصادي و الاجتماعي و التعليمي ، مما أدى بالباحثين إلى إيجاد وسائل علاجية و إن لم تقضي على هذا المرض نهائيا فهي تخفف عن المصابين و تسمح للفرد بالبقاء حيا و لمدة زمنية معينة من بين العلماء الذين استخدموا أولى عمليات التصفية لعلاج القصور الكلوي نجد الباحثين الامركيان "كوف " و"براك " ، حيث قام هذان العالمان بإستصفاء الدم سنة 1942 على الفرد الهولندي ، كما استخدامه العالم السويدي "الفال " عام 1947 كعملية أساسية لإنقاذ حياة المرضى المصابين بالفشل الكلوي الحاد أو مكان يعرف آنذاك بالبولة الدموية ،ولم تعهد هذه العملية إلى علاج الفشل الكلوي المزمن إلا مع بداية الستينات ، بحيث سمحتا كل من الكلية الصناعية و التصفية الدموية الحشوية « la dialyse péritonéal » بإبعاد الخطر القاتل الذي تسببه البولة الدموية الحادة و التي تزامنت بإلغاء العمل الفجائي للكلية في حين أنها سليمة و هذا ما حدث عند 75 بالمائة إلى 80 بالمائة من حالات القصور الكلوي الحاد .[1]

ثم قام العالم الأمريكي "سكرتير " 1960 العلاج بالكلية الصناعية و ادخل عليها تعديلات حيث اكتشف أنبوبة يتم تركيبها بين الشريان والوريد الموجود على مستوى الساعد أين يمكن استعمالهما لوصلهما بجهاز الكلية الصناعية لمئات المرات ، وبعد هذا ابتكر الجراح الأمريكي "سمينو " عملية جراحية يوصل بها الشريان بالوريد الموجودين على مستوى الساعد ،بحيث تتضخم أوردة الساعد بعد ثلاثة أسابيع مما يسمح اختراق الإبرة التي تنقل الدم من جهاز الكلية الصناعية و بالتالي يسهل الوصول إلى الوصلة الشريانية الوريدية لآلاف المرات و من هنا

1- Gabriel Richel , Néphrologue, paris, 1988 , p11.

يمكن استخدام الديناليز لعلاج الفشل الكلوي المزمن و إلى جانب استخدام آلات التصفية ،برع الجراحون في عمليات زرع الأعضاء باختلاف أصنافها مما سمح بإنشاء بنك للأعضاء حتى يتوفر للمصابين بالقصور الكلوي المزمن التخلي عن الديناليز و الحصول على كلية شخص متوفى إن لم يكن له نصيب في التبرع العائلي . [1]

أما في المجتمع الجزائري لقد ظهر مرض القصور الكلوي المزمن إلى جانب الأمراض المعدية و الحادة ،حيث كان عدد المصابين بالمدن في نهاية السبعينيات يمثل 20 مصاب بهذا المرض و يمثل عدد مراكز التصفية 2 مركز متواجدان في كل من ولاية الجزائر العاصمة و ولاية قسنطينة ليصل سنة 2008 الى اكثر من 13 الف مصاب .[2]

1- M.legrain ,Abrége de Néphrologie , Musson 1977, p09.

2- TaherRayane ,journée nationale du don d'organes transphantation rénal :aspets juridiques et religieux hopital Beni Messous:AmphithéàtreRegini ,16 juin 2008 , 9h – 13h.

2-التعريف الطبي للكلى 2 - 1 - الكلية و القصور الكلوي المزمن :

الكليتين هما عضوا الإفراز تشبهان حبة الفاصوليا في شكلها أو قبضة اليد .

2 -2 - بداية نشوء الكليتين : تبدأ الكليتين عملهما و الإنسان في بطن أمه إذ تكاد تكتمل وظائفها في السعة الأولى للولادة و الملاحظة إن هناك فروق أساسية بين عمل كلية الطفل و عمل كلية البالغين حيث أن نسبة استخلاص الكليتين في ساعات الأولى للولادة تبلغ حوالي 20 ميليمتر/الدقيقة / م^2 ،و يرتفع بعد ثلاث أيام ليصبح 50 ميليمتر/دقيقة /1.73 م^2 ،وبعد ثلاث أشهر إلى 70 ميليمتر ولا يصل رقم البالغين 120 ميليمتر/1.73 م^2 ألا بعد سنة حيث يكون الإفراز منخفضا جدا بعد الولادة و لا يرتفع إلى معدل الأشخاص البالغين إلا بعد أسابيع ، إذ لا يستطيع الطفل تخفيف تركيز البول لذا يجب الحرص على تزويده بكميات كثيرة من المياه، وعدم تعريضه للعطش لأنه لا يستطيع إفراز الأحماض في البول في أيام حياتها لاولى. **2-3 - وظائف الكلى :** تتمثل الوظيفة الأساسية للكلى في جسم الحفاظ على ثبات التركيز الدقيق للسائل خارج الخلايا ،

و تتغير تركيب الكلى بتغير الوظيفة المطلوبة منها و حسب الكائن من ناحية التركيز لمادة البوليين ، حيث التركيز في البول الآدمي يصل إلى 1200 ميليلتر / لتر و لدى الفار إلى 2200 ميليلتر /لتر أما جرذان الصحاري فيكاد منعدما نظرا لحرمانها من المياه ، وتستطيع الكلى رفع تركيز الى حوالي 6000ميليمتر / لتر .[2] الوظيفة الثانوية تتمثل الوظيفة الأولى للكلية في تصنيع هرمونا "ايتروبوتين" وهو المنشط للتكاثر كريات الدم الحمراء في نخاع العظام و في الأحيان في حالات كأورام الكلى الخبيثة يزداد ارتفاع هذا الهرمون مما يولد مرض " كثر الحمر " و في حالات أمراض الكلى يقل إنتاج هذا الهرمون مما يؤدي إلى فشل الكلى المزمن أما الوظيفة التالية للكلى فتتمثل في تصنيع خطورة النهائية لتحويل الفيتامين إلى

1- محمد صادق صبورة ، أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها ، لبنان ،دار الشرق ، ط1 ،1994، ص28.
2- نفس المرجع ص 29.

صورة فعالة و هذا الفيتامين ضروري جدا للعظام إذ يتناوله المرء في الغذاء مع الدهون الحيوانية أو يتم صبغه تحت الجلد عند التعرض للأشعة فوق البنفسجية أو أشعة الشمس إلا أن هذا الفيتامين في صورته الأصلية غير فعال فتحوله الكبد ثم الكلى الصور الفعالة ليحمله الدم إلى الأمعاء حيث تؤدي إلى فشل كلوي فتصير العظام مخلخلة ولينة .[1] **2 - 4 – بداية تدهور عمل الكليتين :** تبدأ وظائف الكلى في التدهور بعد سن الأربعين من بداية التقلص في حجمها و بلوغ الفرد سن الثمانين تكون الكلية قد ظهرت إلى ثلاث أرباع عند اكتمال النمو في سن العشرين و تفقد الوظيفة المدخرة رغم أنها تستمر في أداء وظائفها المعتادة .[2]

1- محمد صادق صبورة ،مرجع سابق ،ص 30.
2- نفس المرجع ،ص30.

3 - أمراض الكلى أسبابه و مضاعفاته 3-1-أمراض الكلى: إن أمراض الكلى على اختلافها في حالة إهمالها و عدم علاجها فان ذلك يؤدي حتما إلى فشل كلوي مزمن ومن بين الأمراض نذكر : **ا) <u>قصور كلوي نتيجة انحلال عضلي</u> :**يشكل القصور الكلوي الناجم عن انحلال العضلات بنسب ضئيلة و معروفة وهو ناتج عن حالات هدم في حالات السقوط و الازدحام الشديد و غالبا يتم علاجه عن طريق الإدار القشري الكلوي ، إلا إن في بعض الحالات

يتم العلاج بواسطة الديناليز ثم الشفاء و قد يحدث انحلال العضلي لأسباب متعددة نذكر منها الحالات الكحولية ،عدم التحرك لمدة طويلة ، التعرض للبرد الشديد و كذلك الحروق [1] **ب)فشل الكلوي حاد :**يعرف بالفقدان المفاجئ لوظائف الكلى إذ ترتفع البولة والكرياتين في الدم و تنقص كمية البول المفروزة يوميا ،و من خصائص هذا المرض هو الشعور بألم شديد عند التبول ، و يحدث حالات عصبية و اضطرابات نفسية نتيجة السم البولي الحاد ، مثل السبات ، الاضطراب ، الارتباك الغيبوبة .و تحدث رعشات و قبضات عضلية تنهي بالتشنج و يظهر كما تحت جلد المصاب و يزداد تعرض المريض للعدوى إضافة إلى التهابات الجهاز التنفسي البولي والجروح [2] **ج) فشل الكلوي الوظيفي :** يمثل الفشل الكلوي الوظيفي فشل كلوي حاد أو قرب كلوي ، و تعود الاضطرابات الوظيفية إلى : احتقان استمساك المواد الأزوتية التي تترجم وظيفتها البيولوجية إلا كثر بساطة في ارتفاع البولين الدموي ، و إمساك المواد الأزوتية لا يسمح للحصول على التكامل الوظيفي للكلى و ينتج عنها ضرورة تطبيق تجارب وظيفية كلوية وكذلك النسبة البروتينية الناتجة عدوى كلوية خطيرة أو نقص في التزود بالكلوريدات فمثل أثناء الحمية الناقصة من حيث البروتيدات ، فان الكرياتين تعطي الصورة الصحيحة في حالة الترشيح أما الكرياتين و الازوتية تزدادان و تتكاثران بصفة متوازية إذا أحدثت ضرر أماكن الكلية ،فيتحدد الانخفاض في قدرة التمركز و تحليل البول يتم بتحديد القدرة القصوى لتمركز خطورة التسمم من خلال الماء و يمكن أن ترتفع الخطورة من جراء الحمية بدون ملح و الاضطرابات الهضمية وقيئ و إسهال و تكيف الكلى بصفة ملحوظة بشكل مطول مع الاضطرابات الوظيفية [3]

1- محمد صادق صبورة ، مرجع سابق، ص 30.
2- نفس المرجع ،ص 30- ص 31.
3- نفس المرجع ، ص 32.

د) فشل الكلوي المزمن :يمثل النهاية المحتومة لكل أمراض الكلى التي لا تبرئ و تحدث أعراضه بغض النظر عن السبب الذي أدى الفشل الكلوي ،إن عدم العناية بالنوعين الأولين كما سبق وان ذكرت في البداية ينتج عنه نوع ثالث يتميز بالا زمان و الخطورة وهذا الفشل ناتج عن تناقص عدد النعرونات المكونة للكلية ولم يعد يعبر هذا المرض بالتسمم البولي كما كان يسمى سابقا و لكنه ناتج عن فقدان المراقبة الدائمة لأرقام الدم مما يؤدي إلى التناقص المستمر للكريات الإيضيةالمهدأة للإنسان من قبل كلية سليمة فالعمل المستمر لعضلة القلب و الأوعية الدموية و تفادي الخلايا في عملها من اجل إعطاء مردود وافر لجسم الإنسان لكلية يتمتع بصفة جيدة يتطلب من الكلية المشاركة في ضوء النشاط و ذلك بتخليص الدم من الشوائب العلقة به ،و الرمي بها الأماكن المتخصصة لذلك إذ أن

عمل الوحدات المذكورة يكون متناسقا و متكاملا من اجل نتيجة واحدة و لكن إذا بدأت إحدى تخرج عن المعتاد و ترفض العمل مع الكل هذا يؤدي إلى تشويش بقية الوحدات و النتيجة تكون سلبية ، لان رد فعل الكل المتكامل سوف يكون سريعا و بالتالي يبدأ الهيكل الكلى بالتأثر من جراء السموم التي رفضت الكلية إبعادها عن الجسم و بالتالي سوف يؤثر هذا على المظهر الخارجي للجسم ويبدأ بالانهيار يوما بعد يوم إن لم يسارع في إيجاد حل لهذه المشكلة بالقصور أو الفشل الكلوي المزمن هو عبارة عن حالة من الفقدان المتزايد لوظائف الكلى تنشا ببطء دون أن النسب بأعراض أولية إلا إن تؤدي إلى فشل الكلوي و يتم تشخيصه عن طريق تحليل الدم ، الكرياتين و تحليل البول .1

1- J.Hamburgrer , sur l'hymodialise, paris , masson , 1988 , p7.

3- 2 - أسباب القصور الكلوي المزمن :

إن أسباب إصابة بالقصور الكلوي المزمن عديدة نذكر منها :

1) داء السكري خصوصا عند انعدام السيطرة الجيدة على مستوى السكر في الدم وهو من أكثر أسباب القصور الكلوي المزمن شيوعا و بسبب تأثير السكري على القلب والأوعية الدموية فان المصابين بهذا المرض هم في وضع أسوأ من غيرهم من مرضى القصور الكلوي المزمن .

2) ارتفاع ضغط الدم المزمن عند انعدام السيطرة الجيدة عليه

3) التكيس الكلوي ألتعددي الوراثي

4) الالتهابات الكلوية البكتيرية المتكررة المترافقة مع الارتجاع المثاني الحبالى للبول .

5) الالتهابات المناعية .
6) حصى الكلى إن كانت كبير و متكررة و تصيب الجانبين و تسبب الانسداد و التهابات الكلوية المتكررة .
7) الأسباب الأخرى تشمل تناول بعض المسكنات الآلام غير البتادول أو المحذرات الوريدية .
8) التدخين و السمنة المفرطة و تصلب الشرايين و تقدم العمر و الغذاء الغني بالروتينات و فقر الدم [1]

1- Ibid , p8.

3- 3 - مضاعفات القصور الكلوي المزمن :

تكون حسب مراحل الإصابة ففي المراحل الأولى يؤدي القصور الكلوي المزمن إلى ارتفاع ضغط الدم وهذا بدوره يجهد عضلة القلب و يساهم في تصلب الشرايين و يؤدي إلى تسارع القصور الكلوي إن أهمل ، كما إن المصاب لن يحس بأية أعراض إلا في حالة الالتهابات الكلوية البكتيرية أو الحصى . ا)_ المرحلة المتقدمة : حيث تقل نسبة وظائف الكلى عن 6 بالمائة و تبدأ المشاكل التالية :

1 - ارتفاع نسبة البوتاسيوم و الذي يؤدي إلى ارتفاعه الحاد و المفاجئ نتيجة عدم الالتزام بالنصائح الغذائية بالإضافة إلى تأثير بعض الأدوية (كمسكنات الآلام و مضادات انجيويسن) إلى بطئ نبضة القلب و الإحساس بالضعف التام . 2 - لا حقا تعجز الكلى عن إفراز هرمون الإيبوو الذي ينشط إنتاج الدم الأمر الذي يؤدي إلى فقر الدم يساهم في تسارع فقدان وظائف الكلى . 3 - يلي ذلك مشاكل نسبة الفسفور في الدم لعدم قدرة الكلى على التخلص منه و ارتفاعه المزمن

إلى تصلب الشرايين و في محاولة للتخلص من الفسفور الزائد و تحسين نسبة الكالسيوم يزداد نشاط الغدد الدرقية الموجودة في العنق و لكن النشاط الزائد المزمن قد يؤدي إلى إجهاد القلب و وهن العظام و آلامه الشديدة . 4

- تبدأ درجة حموضة الدم في الانخفاض مما يؤدي إلى مزيد من وهن و ضعف العظام و ضعف ظهور العضلات مما يؤدي إلى إرهاق عضلة القلب بسبب ازدياد حموضة الدم و تسبب في ضيق التنفس . ب) المرحلة النهائية : يبدأ المريض بالشعور بالغثيان ، فقدان الشهية ، الضعف ، قصر التنفس و كلاهما نتيجة لنقص الدم و ارتفاع ضغط الدم وتجمع السوائل في الرئتين وازدياد درجة حموضة الدم و تورم الساقين نتيجة لتراكم السوائل و قلة التركيز و حكة الجلد .

و تقلص عضلة الساقين كما قد يصاب مريض السكري بنوبات هبوط متكرر نتيجة لازدياد استجابة الجسم للأنسولين .1

1- J.Hamburger , op .cit .p 9 ,p10.

4- طرق علاج القصور الكلوي المزمن للأسف لا يوجد علاج تام يقضي على القصور الكلوي المزمن نهائيا غير الجراحة المتمثلة في إزدراع كلية و لكن في انتظار ذلك يبقى المريض خاضعا لعملية التصفية الدموية خارج الجسم بنوعيها الصفاقية أو الارتباط بآلة إلتحال الدموي . 4- 1- آلة التحال الدموي (الكلية الصناعية) : هي جهاز خارج الجسم يوصل بالدورة الدموية يمر فيه الدم ليقوم بعمل توازن أملاح الدم و المواد الذاتية في الماء و يعيدها إلى مستواها الأصلي الطبيعي و هذا الجهاز مزود بالية تسمح بالترشيح المنسق لخروج الماء من الجسم ومن أهم مكونات الدورة سائل الغسيل الذي تجعله متناسقا على الدوام في تركيزه و درجة حرارته مع وجود مقياس دقيق لسرعة مرور السائل و ضغطه و تركيزه و آلية الصناعية هي المرشح الذي ينبغي حساب قدرته التشريحية بدقة قبل الاستعمال يمر الدم من جسم المريض بخروجه من الشريان يوصل بالترشيح و يعود إلى الإنسان في وريد بعد رشحه و يدفع الدم داخل المرشح بمضخة الدم . 4- 2 – التصفية الصفاقية: هي تقنية تسمح بتصفية الدم بترشيحه عبر الغلاف ألحشوي المليء بالشعيرات الدموية باستعمال سائل يشبه تركيبة السائل العادي الموجود خارج الجسم ،و يتم عبر الشعيرات الدموية التبادل بين الدم والمحلول ، إن هذه التقنيات العلاج بآلة إلتحال الدموي "التصفية الصافية " قد ساعدت المرضى في مواجهة و علاج المرض و يحافظ على بقاء الفرد حية لمدة ، إلا أن هناك علاج أخر أفضل من الطريقتين واقل تكلفة مادية و يقضي نهائيا على مرض القصور الكلوي المزمن و هو زراعة

الكلى . 4- 3 - زراعة كلية :

إن عمليات زرع الأعضاء البشرية و من بينها زراعة الكلى لم تكن معروفة في القدم و هي عبارة عن عمليات مستحدثة نتيجة التطور المعرفي الهائل في العلوم الطبية حيث شهد النصف الثاني من القرن العشرين أهم الانجازات العلمية و الطبية في تاريخ البشرية مما جعل الوصول إلى القيام بعمليات زرع الأعضاء و من بينها زرع الكلى و انقاض حياة الأفراد كان مآلها الموت ،و إعادتهم كأعضاء فاعلين في المجتمع .1

1- عبد السلام عبد الرحيم السكري ، نقل وزراعة الأعضاء الأدمية من منظور اسلامي ، مصر، دار المنار للنشر والتوزيع ، ط1 ، 1988،ص 92.

خاتمة الفصل :

يختلف المرض و شكله من فرد إلى آخر ، فهناك أمراض تكون لمدة قصيرة المدى فالفرد يمرض و يعود إلى حياته الاجتماعية بشكل طبيعي و هناك أمراض تكون طويلة المدى فهنا الفرد يتوجب عليه بالمعالجة مدى الحياة أي الأمراض المزمنة ، فقد بين هذا الفصل تعريف القصور الكلوي و سياقه التاريخي ،كما أشار إلى تعريف الطبي للكلى و أهم أسبابها و مضاعفاتها ، واهم طرق علاج هذا المرض المزمن .

الفصل الأول : القصور الكلوي المزمن تمهيد 1 – تعريف القصور الكلوي المزمن وسياقه التاريخي 2 – التعريف الطبي للكلى 3 – أمراض الكلى ، أسبابه ، مضاعفاته 4 – طرق علاج القصور الكلوي المزمن خاتمة الفصل

تمهيد من أهم النظريات التي قامت بها دراسة الأمراض نجد تصور"تالكوتبارسنز" و الذي ينتمي إلى الاتجاه الوظيفى الذي ظهر في الو. م. ا في الخمسينات في إطار إثراء البحوث الاجتماعية الطبية ، حيث وضع تطورا في دراسة للمرض انطلاقا من تعريفه للممرض و تحديد مختلف أدواره الاجتماعية ، ودراسة كل من الطبيب كفاعل أساسي في العملية العلاجية ، و يأتي تصور" فريدسون " الذي أعطى مفهومها جديدا في تحديد العلاقة بين المرض و الطبيب و ادخل مفاهيم جديدة سوف تتعرف عليها في عرض هذه التصورات ، و أخيرا نصل إلى عرض أهم تصور و الذي يتلاءم ودراسة سير مرض القصور الكلوي المزمن ،و المتمثل في نظرية "اسليم ستراوس " في دراسته الإمبريقية للأمراض المزمنة دون أن ننسى خصوصية المجتمع الجزائري في ذلك.

تعريف علم الاجتماع الصحة :

يعد علم الاجتماع الصحة (الطبي) واحدا من فروع علم الاجتماع الذي نشأ حديثا في اطار جهود الجمعية الأمريكية لعلم الاجتماع في غضون عام 1960 ، حيث يدرس هذا العلم العلاقة الصحة والمرض والعلاج والوقاية بالثقافة والعادات والظروف الاجتماعية للطب جانبا الجانب البيولوجي العلمي والجانب الثقافي

الاجتماعي ،وتتأثر الصحة العلاج والوقاية للجانب الأخير، اذ يرى الأطباء والمشتغلون في الصحة العمومية أن هناك علاقة تأثير (ايجابيا وسلبيا) بين الصحة والعلاج من جهة والبيئة الاجتماعية والثقافية لها تأثير من جهة أخرى ،ان الطبيب الباحث يتعلم نظريات بيولوجية متعلقة بوظائف الأعضاء والأمراض ، ولكن توجد عوامل ثقافية على الصحة والعلاج ، وهناك عادات غذائية ومعتقدات (كالسحر والشعوذة تضر بالصحة والعلاج) وقد توفي أشخاص أصحاء بنتيجة الاعتقاد بفعالية السحر . كما أن بعض الظروف كالفقر والجهل والضغط البيئة الاجتماعية وضغط العمل والمهنة تؤثر على الصحة العمومية . ان الصحة والمرض والعلاج والوقاية ليست مشاكل تتعلق بالأفراد فقط بل هي قضايا اجتماعية . ويرتكز علم الاجتماع الطبي على مهنة الطب كخدمة اجتماعية وانسانية ، وعلى من يتقدم هذه الخدمة وعلى من يتلقاها وطرق تقديمها والوسط التي تقدم فيه ، فهو " استخدام المواقع الطبية للصحة والمرض في دراسة الظواهر السوسيولوجية مثل البناء التنظيمي وعلاقات الدور والاتجاهات وقيم الأشخاص المشتغلين بالميدان الطبي أي دراسة الميدان الطب كنسق للسلوك "

1- د علي عبد الرزاق جبلي –د .حسن محمد الحسن ، علم الاجتماع الطبي ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية – 2005 ،ص 14

1– تصور المرض عند بارسونز:

لقد ظهر الاتجاه السوسيولوجي خاص بالصحة و المرض في الولايات المتحدة الأمريكية وذلك بعد الحرب العالمية الثانية ، و تعقبه "تالكوتبارسنز" التي ينتمي بالى مدرسة الوظيفية أول باحث وضع أول تحليلسوسيولوجي للمرض (1902-1980) لقد بني" بارسونز" إطاره السوسيولوجيلدراسة المرض في سياق نظريته العامة للفعل خلال الخمسينات في كتابة النسق الاجتماعي و انطلق من فكرة أساسية مؤادها أن البناء الاجتماعي

يوجه التلاقي بين المرض و الطب و تحديد وضعياته بهدف الوصول إلى الشفاء .
و لتحديد مكانة المريض و الطب في المجتمع انطلق من التساؤلاتالتالية : - كيف يسلك المرض حتى يعترف به كمنحرف شرعي ؟ - ما هي الصفات الخاصة بهذا الشكل من الانحراف المميز ؟. و الإجابة عن هذه التساؤلات : انطلق بدراسة العلاقة طبيب – مريض و التي تؤسس تقسيم العمل الصحي في الثقافة الغربية الحديثة ، وتقوم هذه الحلقة السوسيولوجية بهذه العلاقة من فكرة أساسية مفادها أن الصحة تعتبر شرط أساسي في سير النسق الاجتماعي من بين الحاجات الوظيفية للأعضاء المجتمع مستوى عالي للمرض أو المنخفض للصحة تظهر كخلل وظيفي في سير النسق . و يقوم المجتمع بالحفاظ على الصحة أفراد من خلال التقليل من الإصابة بالمرض الذي يعتبر حالة من الاضطراب في السير العادي للإنسان كليته ، كنسق بيولوجي و كصيرورة للضوابط الشخصية و الاجتماعية ومن هنا يظهر الطب كمؤسسة هو فيها مواجهة تهدد المرض و تحقق الاستقرار الاجتماعي عن طريق معالجة المرض داخل مؤسسات طبية ، باعتبار أن الممارسة الطبية هي مكانيزم لوضع أفراد المجتمع في حالة مقاومة للمرض، التي تتضمنمجموعة من الأدوار المؤسساتية و تنظيم حول المعرفة العلمية المطبقة على المرض و الصحة . [1]

1- مشري فريدة ، المرجع السابق ص14- 15.

في هذا البيان قام بارسنز بتحديد النماذج التنظيمية التي يخلقها البناء الاجتماعي لسلوك المريض و الطب في إطار النسق الاجتماعي ،و يتميز هذا النموذج المحدد للعلاقة مريض – طبيب بأنه لا متناسق بكون الطبيب يستطيع حل مشكلة المريض أي انه فاعل في العملية العلاجية أما المريض فيعتبر دوره سلبي أي غير فاعل في

العملية العلاجية آما في التوافق الذي يميز هذا النموذج فيرجع لكون المريض يتعرف بسلطة الطبيب و لكن العلاقة العلاجية تقوم على تبادل قوي ، فهي توصف بزوج من الأدوار المتوقعة و المتكاملة دور المريض ، ودور الطبيب .
ويتحدد دور المريض عند بارسنز في :

* دور المريض :

تتحدد وضعية كدور اجتماعي من خلال مجموعة من التوقعات المؤسساتية كنسق ليكون من أربع عناصر : 1) المريض معفى من مسؤولياته المعتادة و المرتبطة بالدر الممارس كذلك تتناسب درجة الإعفاء من الطبيب . 2) الطابع الثاني للدور المريض مرتبط بالأول ، فالمريض هنا لا يستطيع الشفاء بقرار ما بل هو يعتبر غير مسؤول و بحاجة إلى المساعدة و هنا التغير لا يكون فقط على مستوى الوضعية فحسب بل حتى على موقف المريض. 3) يجب على المريض أن يبحث عن الشفاء كون المريض غير مرغوب فيه . 4) ضرورة البحث عن مساعدة تقنية متخصصة طبيب و هنا يتفاعل دور المريض مع الطبيب في بناء متكامل * دور الطبيب : يعتبر دور الطبيب مسئولا عن وضعية المريض و يرى بارسنز أن تنظيم دور الطبيب يقوم على متغيرات الانجاز العالمية و الخصوصية الوظيفية والحياد العاطفي و التوجيه نحو الجماعة [1]

1- مشري فريدة ، المرجع السابق ، ص 16.

،باعتبار أن العمل الطبي الحديث يهدف لتطبيق المعرفة العلمية من طرف أشخاص مؤهلين و مكونين تقنيا و يمكن تلخيص هذه العناصر المميزة لهذا الدور في النقاط التالية : 1) يعتبر دور الطبيب محددا من الناحية الوظيفية فهو مرتبط بمجال معين و السلطة الناجمة عنه تستعمل في هذا الإطار المحدد و لا يتعداه . 2) علاقة الطبيب بالمرض لا تقوم

على الروابط الشخصية و لكن على قواعد مجردة ترجع للكفاءة التقنية للطبيب يجب أن يميز بالحياد العاطفي رغم اطلاعه على الخصوصية الشخصية و النفسية للمريض . 3) يتميز دور الطبيب بالباحث عن راحة المريض قبل كل شيئ عكس المهن الأخرى و هو يتميز بالعالمية كما سبق ذكره .،و ما يكن تمييزه أن لا يمكن الفصل بين النموذج البارسونزي لدراسة الممارسة الطبية و نموذجه النظري العام إذ انه يشير إلى تأسيس ادوار المريض و الطبيب مرتبطة بتحقيق التوازن في الدوافع المنتشرة بالصحة أو متعلقة بمجالات أوسع أي تحليل الدافع في علاقاته مع السيرورات الاجتماعية . وما يمكن استنتاجه عن نظرية بارسونز حول المرض فيعتبر المرض سلوك اجتماعي منحرف و يعتبر دور المريض كميكانيزم لتقنين الانحراف و لتفادي ذلك ينبغي عزل المريض عن المجتمع من خلل وضعه في مؤسسات صحية لتحيقق الضبط الاجتماعي و الاستقرار وتحقيق العلاج للمرضى ، ولتفادي جماعية من المنحرفين و من هنا فالمريض له دور سلبي في العلمية العلاجية و خاضع لسلطة الطبيب على عكس الطبيب الذي يعتبر دوره ايجابي و المتمثل في إدماج المريض من خلال علاجه .1

1- مشري فريدة ، المرجع السابق ،ص 16-17.

2) تصور المرض عند فريدسونإن التصور الذي قدمه فريدسون ى يتقارب مع طرح بارسنز إلا انه قدم لنا مفاهيم جديدة حول المرض و الذي قدمته الباحثة هيرزليش باللغة الفرنسية ، حيث اظهر أن المرض و الصحة هي كذلك فئات اجتماعية مبنية عن طريق المعرفة و الممارسة الطبية . وقد صدر هذا الكتاب 1970 بعنوان "المهنة الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية " وقد تبين في صيرورة التحديد الاجتماعي للمرض و المراقب من طرف المهنة الطبية حيث لا يعتبر التشخيص و العلاج مجرد قراءة لحالة المريض ، وإنما تمثل هذه القراءة تنظيميا اجتماعيا يخلق تجربة المرض و كذلك طبيعية العلاقات مع الآخرين فهو يعتبر المرض انحرافا كبارسنزو لكن يتم تقنية عن طريق الممارسة الطبية لمكانيزم الضبط الاجتماعي ، بمعنى أن المريض عبارة عن خلل بيولوجي وفكرة

المرض وردود أفعال اتجاهه تعطى لهذا الخلل تعريف اجتماعي يحدد مجموعة من الأفعال الاجتماعية،و بالتالي فانه يميز بين المرض كحالة اجتماعية تؤدي إلى تغيرات على مستوى السلوك و التي تختلف باختلاف الثقافات و المجتمعات ، كما انه حدد مستويين للمرض كالانحراف الأولي و الانحراف الثانوي و المرتبطة بردود الأفعال المجتمعة الناجمة عنها مقياس الشرعية و التي يقسمها فريدسون إلى ثلاثة أنواع :

*الشرعية المشروطة : ويكون المنحرف المريض معفى من المسؤوليات مؤقتا له امتيازات شرط البحث عن المساعدة الضرورية للتخلص من الانحراف "المرض " *

الشرعية غير مشروطة :وهنا يمنح الطابع القائم للانحراف بدون إعفاء المنحرف المريض عن مسؤولياته المعتادة و الحصول على امتيازات خاصة

*اللاشرعية :و هو انحرف المريض مع إعفاءه لبعض المسؤوليات المعتادة بسبب الانحراف المرضى و الذي لا يعتبر مسؤولا عنه فانه يتحصل على القليل من الامتيازات مع وجوب القيام ببعض المهام الجديدة و المعقبة للمسار المعتاد للحياة . كما

درس فريدسون البعد الاجتماعي للتجربة المرضية وذلك من خلال السيرورة التي تحدد اللجوء الى الطبيب . 1

1- مشري فريدة ، المرجع السابق ، ص 19 – 22.

3) تصور المرض عند ستراوس : -

أثناء دراسة كل من بارسنز و فريدسون كان انتشار للأمراض الحادة وفي مجتمعات كثيرة مما جعل دراستهما للصحة و المرض تتميز بالمركزية إذ أن مقاربة بارسنز اعتبرت أن المرض انحراف يشكل خلل وظيفيا ولا يمكن ضبطه إلا من خلال الطب ، و فريدسون ارتكز على الطب كصفحة لها استقلالية مطلقة في خلق الانحراف إذ لا يمكن التفكير في وجود المرض اجتماعيا إلا بعلاقته مع الطب ،و بعد هذه الفترة انتشر نوع آخر من الأمراض المزمنة و انتقل فيها البحث على أساس الإطار السوسيولوجي حيث نجد ستراوس من الأوائل الذين قاموا بهذه الدرسا ت في إطار التفاعلية الرمزية والذي في الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية بجامعة شيكاغو . ولقد تبين تصور للتجربة المرضية انطلاقا من التفاعل الحاصل بين الفعل الفردي و السيرورات الاجتماعية الصغيرة و المستوى الماكر و الاجتماعي البنائي والتي تؤثر على ظروف الفعل ،حيث ان ستراوس

رفض تقسيم العمل السوسيولوجي بين الصياغة المنطقية والاستنباطية لنظريات منفصلة عم الواقع من جهة وبين التحقيق من هذه النظريات من جهة أخرى،كما أن ستراوس يرى أن هناك تداخل بين العمل الإمبريقي– الميدان من جهة و العمل النظري من جهة أخرى وقد درس ستراوس عدة أوجه للفعل أهمها حول الهوية الفردية و الجماعية و الفعل حول الموت وفعل التفاوض في جميع أشكال النظام الاجتماعي ،والفعل مرتبط بتأثير التكنولوجيا الجديد و الأمراض المزمنة على العمل الطبي ويأتي الفعل عند ستراوس دائما متبوعا بالمحيط الثنائي أو السياق النهائي 1.

1- مشري فريدة ، المرجع السابق ، ص25- 27.

خاتمةالفصل :

يهتم علم الاجتماع الصحة بدراسة الصحة و المرض كمواضيع أساسية ،إضافة إلى دراسة التنظيمات الصحية ، أي يهتم هذا الأخير بدراسة الظواهر الصحية في قالبها الاجتماعي ، ومن أهم مواضيع الدراسة المشاركة في هذا المجال نذكر القصور الكلوي المزمن له أسباب وأعراض تؤدي إلى حدوثه يتحدد على الفرد معرفتها و ذلك قصد اكتساب ثقافة صحية لتجنب هذا المرض .

ولقد تناولت عدة نظريات موضوع المرض بالدراسة من بينها "بارسنز "الذي اعتبر المرض عبارة عن خلل اجتماعي . حيث يصبح المريض يؤثر سلبا على المجتمع مما يتوجب وضعه في مؤسسات صحية لإعادة الضبط الاجتماعي ،وفي حين يذهب "فريدسون " إلى أن المريض عبارة عن انحراف الاجتماعي و لكن المريض لا يفقد كل المسؤوليات الاجتماعية ، بل يحفظ على بعض منها ،كما حدد الأبعاد الاجتماعية للمرض و امتدادها المستوى الحياة الاجتماعية أما "ستراوس "فقد أعطى تصور جديد للمرض من خلال إمبريقية للأمراض العقلية التي لها خصوصية الازمان ،و تؤثر على الحياة المريض ومن هنا لا يمكن تجاهل المصاب في عملية الفعل الاجتماعي ، وإنما تعتبر فاعلا في العملية العلاجية .

تمهيد :

من خلال دراستنا لموضوع المسار المرضي لقصور الكلوي ،قمنا بإجراء المقابلات من اجل الوصول لفهم و تفسير الظاهرة ، و التعرف أكثر على المرض و طرق معالجته ، وأسباب ظهوره حسب اعتقادات الأفراد ، و الممارسة الطبية و التعرف أيضا على الدلالة الاجتماعية للقصور الكلوي ، واهم التغيرات التي تحدث للمريض بعد إصابته بهذا المرض .

1 – تحديد المجال المكاني للمصلحة و وصفها :

تم إجراء المقابلات الدراسة في مستشفى شي كيفارا بمدينة مستغانم الذي تم تأسيسه في الحقبة الاستعمارية حيث كان مستشفي عسكري لخدمة المصلحة العامة السياسية و العسكرية لفرنسا ، فكانت فكرة لمجموعة من الضباط و القادة العسكريين الفرنسيين هم من أسهموا ببناء الإدارات و المركز الطبي لكن بعد الاستقلال مباشرة سميت بالمؤسسة العمومية الإستشفائية و في سنة 1970 تغير الاسم إلى مستشفى شي كيفارا أثناء زيارة الوفد الكوبي – الجزائري .

و تحديدا بمصلحة تصفية الدم التي تم تأسيسها سنة 1997 لتتحول المصلحة سنة 2000 من المستشفى إلى منطقة تجديت – خروبة لتصبح مستقلة عن المستشفى لكن تابعة لها إداريا ، حيث نجد شكلها العمراني على شكل دائري ، و يتوفر داخل المصلحة ما يلي :

- **مكتب الاستقبال :** نجد به ثلاث حراس خاصين بالحراسة المصلحة حيث تكثر فيه رائحة التدخين فمعظم الوقت نجدهم يدخنون .

- **دورة المياه :** في هذه المصلحة نجد دورتين للمياه الأولى خاصة بالطاقم الطبي و الثانية بالمرضى وأسرهم ،فالأولى نجدها مرتبة و نظيفة أما الثانية تنعدم فيها شروط النظافة ، و أول ما لفت انتباهي هو جمع النفايات الطبية ثم رميها بعد انتهاء كل الحصص التصفية .

- **المطبخ :** تتوفر فيه ثلاجة و تلفزيون من النوعية الجيدة ، و طاولة بها كراسي أما من ناحية النظافة نجده أنظف بقليل عن دورة المياه الخاصة بالمرضى أما من ناحية الغذاء فوجدت أن المنظفات هن اللواتي يقمن بتوزيع الغذاء للمرضى و تأخر في تقديم الوجبات الغذائية ، وفي بعض الأحيان نجد بعض المنظفات يخترن و يأكلن قبل تقديمه للمرضى .

- **قاعات العلاج :** نجد في هذه المصلحة 7 قاعات للعلاج بالديالیز و كل قاعة بها 4 آلات و 4 أسرة ، فهي صغيرة مقارنة بالفضاء الموجود فيه ، و وجدت المرضى غير منفصلين بل متواجدين ذكور و إناث و الكل يعالج في غرفة واحدة ، و بلغ عددهم 149 مريض (81 رجل – 68 نساء) حيث يقومون 3 حصص تصفية الدم في الأسبوع و كل حصة تدوم 4 ساعات .

- **قاعة بها مكاتب الطاقم الطبي :** هذه القاعة لها مدخل واحد و لكن تنقسم إلى أربعة قاعات الأولى خاصة برئيس الأطباء ذات حجم كبير توجد فيها خزانات و مكتب و الكرسي مصنوع من الجلد حتى باب هذه القاعة مصنوع من الجلد و الخشب ، الثانية خاصة برئيس المصلحة فنجد بها خزانات و مكتب به ثلاث كراس من النوعية العادية ، و معلق على جدرانها إعلان عن وباء الإيبولا و حصص المرضى التي يقومون بها طيلة الأسبوع ، أما الثالثة خاصة بالأطباء و الصيدلي ، أما الرابعة خاصة بالممرضين و الممرضات بها خزانات خاصة بهم .

- **قاعة الانتظار :** فهذه القاعة ذات حجم كبير مساحة واسعة بها نوعين من المقاعد الأولى مصنوعة من الجلد (5 مقاعد ذات 3 أماكن و 3 مقاعد ذات مكانة واحدة) و الثانية مصنوعة من الحديد (3 مقاعد) وتوجد طاولة كبيرة و خزانة خاصة بالحراس المصلحة .

و خلال تواجدي في هذه الغرفة قام مجموعة من المرضى بالتذمر و طرح بعض المشاكل حيث صرحوا لي عن النقائص الموجودة في هذه المصلحة كما لاحظت هذه النقائص المتمثلة في :

* عدم وجود المكيفات الهوائية في غرف المرضى و هذه ما صرحت به إحدى المريضات :

" كليماتيزار مكاش ، في الصيف راكي تعرفي لحمان و الوقت طويل و رمضان راه جاي "

* عدم وجود تلفزيونات في غرف المرضى و غرفة الانتظار و هذا ما صرح به احد المرضى :

" مكاش حتى تليفزيون لواحد يتفرج باش ينسى الوقت ، كانوا كينين مين جا الطبيب (.....) جابهملنا و كي راح ما علابالیش كي دارولهم "

و صرح نفس المريض أن بعض الممرضين يفرحون عند موت احد المرضى و هذا حسب تصريحه :

" عندهم كي موت واحد يفرحوا " علاه؟ " لخاطرش شفتهم و سمعتهم كي مات واحد كان معايا قالوا تهنينا من واحد ، هذو فراملا فيما بينتهم قالوها "

- **الصيدلية :** نجد هذه القاعة حجمها مثل حجم القاعات الدياليز بها الأدوية خاصة بهذه الفئة .

- **المصلى :** في هذه المصلحة نجد مصلى متوسط الحجم بالنسبة للغرف الديناليز به سجادة كبيرة لصلاة .
- **قاعة معالجة المياه :** نجد هذه القاعة تتوسط قاعات العلاج الديناليز فنجد مجموعة من آلات .

كما شاهدت أن هناك بعض النقائص في هذه المصلحة و بعض السلوكات من طرف الطاقم الطبي و تتمثل فيما يلي :

* عدم وجود الأخصائية النفسية و الاجتماعية في هذه المصلحة
* عدم وجود طبيب المختص في أمراض الكلى Nephrologie
* تدخين من طرف الممرضين داخل المطبخ رغم أنه مرتبط بقاعات علاج المرضى .
* غياب الشبه الدائم لرئيس الأطباء و سبب في ذلك هو أن له عيادة خاصة .
* رمي النفايات أمام نوافذ قاعات العلاج المرضى (قاعات الديناليز).

2 – مخطط رقم 1 : يمثل وصف المصلحة

3 - تمثلات المريض بالمرض وطرق العلاج:

يجهل العديد من الأفراد عن بعض الأمراض و هذا راجع إلى نقص أو غياب الثقافة الطبية و الصحية ، فوجدت هذا أثناء القيام بالمقابلات مع مرضى القصور الكلوي المزمن .

الحالة رقم07 :أنثى ، 50 سنة ، متزوجة وأم ل5 أولاد ، ماكثة في البيت ، دون مستوى تعليمي ، ساكنة في حوش

" أنا سمعت بقاع لمراض كي السكر La tonsion ، بصح هذا المرض وهذي المشينة ما سمعت عليها حتى مرضت وليت نعرفها "

ترجمة المقطع :

" أنا سمعت بكل الأمراض مثل السكري ، ضغط الدم ،لكن هطا المرض و هذه آلة لم اسمع عليها حتى مرضت أصبحت اعرفها "

الحالة رقم 03 : ذكر ،70 سنة ، متزوج ، عامل بدكان ،مستواه التعليمي ابتدائي ساكن في حوش .

"كنت نعرف هذا المرض بصح معالجة ما كنتش نعرفها بلي بالمشينة ، كنت نعرف بلي يمدولنا كلوة و لا نموتوا "

ترجمة المقطع :

" كنت اعرف بهذا المرض لكن المعالجة لم أكن اعرفها بالة ، كنت اعرف فقط التبرع أو نموت "

* ومن هنا نستنتج أن المرضى القصور الكلوي المزمن منهم من يجهل المرض و طريقة علاجه ، ومنهم من يعرف المرض فقط .

4 – أسباب ظهور المرض:

تختلف أسباب ظهور المرض من فرد إلى آخر و هذا حسب طبيعة مرضه و قدرة تحمل جسمه ، كما نجد تصورات حول أسباب مرض القصور الكلوي المزمن .

الحالة رقم 01 : أنثى ، 31 سنة ، عزباء ، عاطلة عن العمل ، مستوى التعليمي متوسط ، ساكنة في شقة .

" لخدمة هي للي خالتني نمرض ، كنت نخدم Coiffeuse ونهار كامل وأنا واقفة"

ترجمة المقطع :

" العمل هو الذي جعلني امرض ، كنت اعمل في مجال الحلاقة ، وطيلة اليوم و أنا وافقة "

* نستنتج من هذا المقطع أن العمل و الوقوف هما سبب مرض هذه الحالة .

الحالة رقم 05 :ذكر ، 35 سنة متزوج ، عاطل عن العمل ،مستوى التعليمي ثانوي ، ساكن في حوش .

" سباب مرضي هو السكر ، كنت صغير و مرضت بسكر ما كنتش ندير الرجيم لسكر ، و كان يطلع لي ، و ما كنتش نروح لطبيب "

ترجمة المقطع:

" سبب مرضي هو السكري ، كنت صغيرا عندما مرضت بسكري و لم اتبع الحمية الغذائية الخاصة به ، كان يرتفع لي ، ولم أذهب إلى الطبيب "

* نستنتج من هنا أن أسباب المرض تكمن في عدم المبالاة وعدم الأخذ بنصائح الطبية ، و عدم مراقبة لأمراض تسبق مرض القصور الكلوي المزمن .

و صرحت نفس الحالة :

"....شبا نية كانت تعرف بلي راني مريض بسكر بصح ما تعرفش شا دير و شا ما ديرش ، و الله غالب هذا حالت لي يسكنوا برا في الدوار و ما قراش"

ترجمة المقطع :

" ....الأم كانت تعرف بأنني مريض بسكري لكن لا تعرف ماذا تفعل ، الله غالب هذه حالة الغير المتمدرس و الساكن في الدوار "

* نستنتج أن سبب المرض أرجعه إلى عدم المعرفة اللازمة للمرض و نمط المعيشة .

5 – الممارسة الطبية قبل و بعد المرض :

إن اكتشاف المرض يكون عن طريق التشخيص و المتابعة الطبية ، فمرض القصور الكلوي يمكن معرفته قبل الإصابة به .

5-1- الممارسة الطبية قبل المرض :

الحالة رقم 04 : أنثى ، 74 سنة ، أرملة ، غير متعلمة ، ساكنة في حوش .

" ...قبل ما نمرض طبيبة تاعي قالت ليغادي تمرضي بكلاوي و تولي ديري دياليز "

ترجمة المقطع :

" ...قبل أن امرض قالت لي الطبيبة سوف تمرضين بالكلى و تقومين بعملية الديالیز "

الحالة رقم 06 : ذكر ، 64 سنة ، متزوج ، متقاعد ، دون مستوى تعليمي ، ساكن في حوش .

" كان علا با لي نروح لمشينا ، كي كنت نفوت كان الطبيب دايمن يقولي غادي دير لمشينا "

ترجمة المقطع :

" كان لدي علم بأنني سوف اذهب للآلة ، عندما كنت أقوم بتشخيص الدائم عند الطبيب كان يقول لي باننني قد استخدم الآلة ."

* و من هنا نستنتج أن الممارسة الطبية و متابعة تعلم المريض بحدوث مرض آخر هو القصور الكلوي .

- وهناك فئة أخرى لم تكن لها ممارسة طبية قبل المرض .

الحالة رقم 01 : أنثى ، 31 سنة ، عزباء ، عاطلة عن العمل ، مستوى التعليمي متوسط ، ساكنة في شقة

" جنبي هو للي بدا يساطر و مروحش لطبيب حتى وليت في غيبوبة و طحت فراش "

ترجمة المقطع :

" جنبي هو الذي بدأ يؤلمني و لم أذهب إلى الطبيب حتى أصبحت في غيبوبة و سقطت فراشا"

الحالة رقم 10: أنثى ،41 سنة ، أرملة و أم ل 3 أطفال ، مستوى التعليمي ثانوي ، ساكنة في شقة .

" انا ما نبغيش الطبيب و الدوى ملي كنت صغيرة ، كنت نخاف من طبيب و ما رو حلوش حتى طحت فراش و داوني لسبيطار "

ترجمة المقطع :

"أنا لا أحب الطبيب و لا الأدوية منذ أن كنت صغيرة ،أخاف الطبيب و لا أذهب إليه ،حتى سقطت فراشا و أخذوني إلى المستشفى "

* و من هنا نستنتج أن هناك فئة ليس لها ممارسة طبية قبل مرضها و يعود السبب إلى الخافية الذهنية و التصور الذي تحمله عن الطبيب .

5-2- الممارسة الطبية بعد المرض :

إن الممارسة الطبية بعد المرض تكون إلزامية و تختلف هذه الممارسة حسب اعتقادات و تصورات الأفراد و حسب إمكانياتهم المادية ، وفي الأمراض المزمنة تكون إجبارية و منظمة لكل مريض و هذا ما نجده عند المصابين بالقصور الكلوي المزمن .

الحالة رقم 11 : ذكر ، 26 سنة ، أعزب ، عاطل عن العمل ، مستوى التعليمي متوسط ، ساكن في شقة .

" كي حيت لسبيطار ما دار ولي والو لخاطرش كنت دير ليزانااليز بارا عند Privé كي دخلت فوتوني ديركت ، مازلت ندير ليزانااليز بارا و نجيبهم لطبيب هنايا"

ترجمة المقطع :

عندما أتيت إلى المستشفى لم يفعلوا لي شيئا لأنني كنت قد قمت بالتحاليل عند الطبيب خاص و عندما دخلت مباشرة قمت بعملية التصفية ، و ما زلت لحد آن أقوم بالتحاليل عند الطبيب الخاص و أتي بهم إلى طبيب هنا "

* نستنتج أن الممارسة الطبية للمريض القصور الكلوي تنقسم إلى قسمين الأولى عند القطاع الخاص وذلك للقيام بالتحاليل الطبية و قسم الثاني في القطاع العام القيام بالعملية تصفية الدم (الديااليز).

الحالة رقم 07 : أنثى ، 50 سنة ، متزوجة و أم ل5 أطفال ، ماكثة في البيت ، دون مستوى تعليمي ، ساكنة في حوش .

" كي مرضت و الطبيب قالي بلي فيك الكلوي، قالوا لي الدوى تاع العرب مليح ، وحدى قالت لي ديري زرع بالي لي دار عليه العام غليه و شربيه في بلا صت الماء "

ترجمة المقطع :

" عندما مرضت و قال لي الطبيب بأني مصابة بالكلى ، قالوا لي بأن الدواء العرب أحسن ، إحدى النساء قالت لي استعملي الشعير الذي تكون مدته طويلة غليه و أشربي مائه مكان المياه "

*

نستنتج من هنا أن هناك ممارسة طبية أخرى لهذه المصابة المتمثلة في الطب البديل .

6 - الدلالة الاجتماعية للقصور الكلوي :

إن الدلالات و المعاني التي يعطيها المرضى للإصابة بالمرض ناتجة عن التجربة الشخصية التي يمر بها المصابين و من هنا نستنتج التصورات التالية :

6-1 - القصور الكلوي بكاء، خوف ،موت للمريض:

الحالة رقم 02 : أنثى ، 39 سنة ، متزوجة و أم لطفل ، عاملة بالبلدية ، ساكنة في شقة .

" كي خبرني الطبيب بالمرض ما تقبلتوش بكيت و خفت من لموت "

ترجمة المقطع :

" عندما اخبرني الطبيب بالمرض لم أتقبله بكيت و خفت من الموت "

الحالة رقم 05 : ذكر ، 35 سنة متزوج ، عاطل عن العمل ، مستوى التعليمي ثانوي ،ساكن في حوش .

" كي خبرني طبيب ما بغيش ندير الدياليز حتى ولاو يحاولوا فيا و قالوا لي بلي لا ما درش دياليز غادي تموت "

ترجمة المقطع :

" عندما أخبرني الطبيب خفت ، ولم أشاء أن أستعمل عملية تصفية الدم حتى قالوا لي إذا لم تقم بهذه العملية سوف تموت "

* من هنا نستنتج أن هناك تصورات عند مرضى القصور الكلوي بعد اطلاعهم عن المرض تتمثل في البكاء ، الخوف ، الموت .

6-2- المرض عقوبة :

إن فكرة العقاب الإلهي و القضاء و القدر مغروسة في أذهان الإفراد، من هنا تبرز مكانة الله عند المرضى من خلال الإيمان و التقرب إليه .

الحالة رقم 01 : أنثى ، 31 سنة ، عاطلة عن العمل ، مستوى التعليمي متوسط ، ساكنة في شقة .

" .... ما درتش حاجة في الدنيا حتى ربي عاقبني عليها "

ترجمة المقطع :
" .... لم افعل شيء في حياتي حتى الله يعاقبني عليه "

الحالة رقم 03 : ذكر ، 70 سنة ، متزوج ، عامل بدكان ،مستوى التعليمي ابتدائي، ساكن في حوش

" هذي حاجة ربي لازم علينا نصبرو ، و نشاالله ربي يشفينا ، و للي جات من عندوا مرحبا بيها و الحمد لله "

ترجمة المقطع :
" هذا أمر الله يجب علينا الصبر ، و إن شاء الله الشفاء ، انه قضاء الله قدره . "

ومنه الاعتقاد الديني يشكل حافزا نفسيا يساعد المريض في تخطي المرض ، يجدون القوة التي تتجسد في الإيمان بقضاء الله و التقرب إليه[1] .

* ومنه نستنتج أن المعتقدات الدينية لها أثر كبير في تفسير المرض باعتبار الفرد جزءا من ثقافة اجتماعية معينة حيث هذه الأفكار و الثقافة مكتسبة من التنشئة الاجتماعية .

3-6- القصور الكلوي عجز ، إرهاق للمريض :

إن التصور الاجتماعي الذي يحمله المريض عن الإرتباطه بالة التصفية لمدة طويلة مما يرهق الفرد و يعيقه عن انجازاته و وظائفه الاجتماعية و في اغلب الأحيان يتخلى الفرد عن وظائفه كليا أو نسبيا .

الحالة رقم 02 : أنثى ، 39 سنة ، متزوجة و أم لطفل ، عاملة بالبلدية ، مستوى جامعي ، ساكنة في شقة .

1- Mebtoul .M.les signification attriuées a la parise en charge de deux maladies / diabéte et hupertension artérielle a tlemcen (algérie) , mai , 1998, p 40.

" قبل ما نمرض كانت حياتي عادية ندخل و نخرج و نخدم و ندير شي لي نحبوا بصح ذروك كل شي نحسبلو حساب لخاطرش راني نعيا "

ترجمة المقطع :

قبل المرض كانت حياتي عادية ، كنت اعمل بشكل عادي و أقوم بأي شيء يحلو لي لكن آنا شعر بالتعب "

* من خلال المقطع نستنتج أن مرض القصور الكلوي يجعل المرضى بتخلي عن بعض أعمال و انشغالات نظرا للإرهاق و التعب الذي تسببه عملية التصفية ، " و يجر الفرد على خلق نظام تفاوضي يتعايش فيه و المرض ، حيث يعتبر المريض فاعلا في المسار المرضي و في وضع نظام الاجتماعي و وضع إطار مرجعي يتماشى مع الأمراض المزمنة و هذا ما أقر به ستروس في تصوره للمرض .[1]

7 – علاقة المريض مع الطبيب ، الممرض ، المريض :

7-1- علاقة المريض بالطبيب :

إن العلاقة بين الإنسانية بين المريض و الطبيب تعد من أهم مواضيع علم اجتماع الصحة ، هذه العلاقة يمكن" أن تكون قوية و فاعلة إذا كانت انطباعات و تصورات و قيم كل طرف ايجابي تجاه الطرف الأخر و هناك عكس ذلك .[2]

الحالة رقم 02 : أنثى ، 39 سنة ، متزوجة و أم لطفل ، عاملة بالبلدية ،مستوى التعليمي جامعي ، ساكنة في شقة .

" علاقتي مع طبيب كانت مليحة معا صت الطبيب مليح فهمني و ما خلنيش نتشوكا "

1- Isabelle Baszanger , op .cit p27

2- احسان محمد حسن ، المرجع السابق ،ص 285.

ترجمة المقطع :
" علاقتي مع الطبيب جيدة مع أني وجدت طبيبا جيدا لقد شرح لي ، و لم يخفني "

الحالة رقم 05 : ذكر ،35 سنة ، متزوج ، عاطل عن العمل ، مستوى التعليمي ثانوي ، ساكن في حوش .

" الطبا هنا بالنسب لي ملاح بلبزاف ،و دايمن يسقسو عليا ، و فهموني مليح مليح على صحتي و كي نسقسيهم دايمن يفهموني "

ترجمة المقطع :
"الأطباء في المصلحة بالنسبة لي جيدون جدا ، و دائما يسألون عني ،و يشرحون لي على وضعي الصحي بشكل جيد جدا ، و لما أسألهمدائما يشرحون لي "

* نستنتج أن العلاقة المريض بالطبيب قوية إلى عادية حيث تتمثل في الشرح و الرد عن استفسارات المرضى .

الحالة رقم 03 : ذكر ، 70 سنة ، متزوج ، عامل بدكان ، مستوى التعليمي ابتدائي ، ساكن في حوش .

" ملي دخلت هنا علاقتي مع الطبة مليحة ، كلما نجي ندير الديالیز ، نروح عند الطبيب و نحكي معاه على المرض و على همي ، و لي يقولوا هلي نديره "

ترجمة المقطع :
" منذ أن دخلت علاقتي مع الأطباء جيدة ، عندما آتي لأقوم بعملية التصفية أذهب عند الطبيب و أتكلم معه على المرض و على مشاكلي ، و أقوم بكل التوصيات التي يعطيها لي "

الحالة رقم 09 : أنثى ، 33 سنة ، عزباء ، مستوى التعليمي ثانوي ، ساكنة في شقة .

" علاقتي مع الطبيبة مليحة ، تحس بيا و تسقسيني على عايلتي كلما نجي ، لخاطرش حكيت لها سر دارنا "

ترجمة المقطع :
" علاقتي مع الطبيبة جيدة ، تحس بمشاعري و تسألني عن عائلتي كلما آتي، لأنني حكيت لها سر عائلتنا "

* نستنتج من هنا أن المرضى يضعون ثقتهم في الأطباء ،مما يحترمون أطبائهم و ينفذون كل ما يأمر به الأطباء .

الحالة رقم 11 : ذكر ، 26 سنة ، أعزب ، مستوى التعليمي متوسط ، ساكن في شقة .

"نقولك ختي ، الطبيب كون ما نعيطولوش ما يجيش عندنا ، ما علا باليش كيفاه نبانولو"

ترجمة المقطع :
" أقول لك أختي ، الطبيب لا يأتي عندنا إلا إذا ندیناه ، و لا أعرف كيف ينظر إلينا "

الحالة رقم 07 : أنثى ، 50 سنة ، متزوجة وأم ل5 أولاد ، ماكثة في البيت ، دون مستوى تعليمي ، ساكنة في حوش .
" نقولك الصح و ما نخافش ، الطبيب تاع هنا وين باه يجي عندنا ، و كي يجي يوقف في لباب و يقولنا كيراكم ، يلا قلنا رانا مراض يفوت علينا و يلا ما هدرناش يروح "

ترجمة المقطع :
" أقول لك الحقيقة ولا أخاف ، الطبيب هنا لا يأتي عندنا إلا أحيانا ، و لما يأتي يقف في الباب و يقول لنا هل أنتم بخير ، إذا قلنا بأننا مرضى يشخصنا و إذا لم يقل أحدا شيئا يذهب "

* من خلال هذين المقطعين نستنتج أن العلاقة الموجودة بينهما لا تكون إلا في حالة المرض ، و هناك مسافة اجتماعية بين المريض و الطبيب كما يحمل المريض موقف سلبي اتجاه الطبيب .

7-2- علاقة المريض بالممرض :

إن هذه العلاقة ذات أهمية كبيرة بينهما ، يتمثل دور الممرض في مساعدة المرضى و ذلك من خلال العناية بهم ، و الممرضين في المصلحة التصفية الدم نجدهم ذات ارتباط قوي مع مرضاهم حيث نجدهم طيلة الوقت معهم .

الحالة رقم 10 : أنثى ، 41 سنة ، أرملة و أم ل3 أطفال ، مستواها التعليمي ثانوي ، ساكنة في شقة .

" فراملا ملاح معانا يجو عندي نجمعوا و ما نحس بالوقتحتى نروح"

ترجمة المقطع :
"الممرضون جيدون معي تأتون عندي و نتكلم حتى أنا لا أحس بالوقت و اذهب "

الحالة رقم 06 : ذكر ، 64 سنة ، متزوج ، متقاعد ، دون مستوى تعليمي ، ساكن في حوش .

" فراملا قاع ملاح معنا ، نهدرو و نزعقو معا بعض راهم كي ولادي "

ترجمة المقطع :
" الممرضين جيدون معنا ، نتكلم و نمزح مع بعض وهم مثل أولادي "

* نستنتج من هنا أن العلاقة الموجودة بين هذين الطرفين علاقة ايجابية .

7-3 - علاقة بين المريض و المريض :

يحمل المرضى مواقف إزاء بعضهم البعض مثلما يحملها المريض إزاء

الأطباء و الممرضين ، و هذه المواقف هي مواقف ايجابية، سلبية ، فعلاقة الموجودة داخل هذه المصلحة بين المرضى هي علاقة ايجابية تتميز بطابع الأخوية و العائلية وهذا ما صرح به جميع المرضى التي أجرينا معهم المقابلة .

8 - أهم التغيرات التي يحدثها مرض القصور الكلوي :

الحالة رقم 03 : ذكر ، 70 سنة ، متزوج ، عاما بدكان ، مستوى التعليمي ابتدائي ، ساكن في شقة .

" ملي طاحت صحتي ما وليش نخدم كي كنت "

ترجمة المقطع :

" منذ أن مرضت لم استطع القيام بالعمل مثلما كنت سابقا "

الحالة رقم 01 :أنثى ، 31 سنة ، عزباء ، عاطلة عن العمل ، مستوى التعليمي متوسط ، ساكنة في شقة .

"ملي مرضت بطلت لخدمة لخاطرش ما نطيش نوقف "

ترجمة المقطع :

" منذ أن مرضت لا أستطيع العمل لأنني لا أستطيع الوقوف "

* نستنتج من هنا أن هناك توقف عن النشاط الاجتماعي بعد تعرض الفرد للمرض و القيام بالتصفية .

الحالة رقم 06 : ذكر ، 64 سنة ، متزوج ، متقاعد ، دون مستوى تعليمي ، ساكن في حوش .

"كنت normal وما عندي والوا ، كنت نقضي ونرفد القفة بشوية حتى ما وليش نرفد حتى قرعة ماء "

ترجمة المقطع :
" كنت رجل عادي و ليس لي شيء ، كنت أتسوق و أحمل القفة و لكن آن لا أستطيع أن أحمل قارورة ماء"

*نستنتج من هذا المقطع أن المريض تخلى عن نشاطه و دوره داخل الأسرة بعدما كان مسئولا عنها .

الحالة رقم 07 : أنثى ، 50 سنة ، متزوجة ، و أم ل5 أولاد ، ماكثة في البيت ، دون مستوى تعليمي ، ساكنة في حوش

" كنت normal ناكل لي بغيت ، بصح ذروك لازم عليا ندير الرجيم"

ترجمة المقطع :
" كنت عادية آكل الشيء الذي أحبه ، لكن آن يجب أن أتابع الحمية الغذائية "

* نستنتج من خلال هذا أن المريضة غيرت نمط أكلها بعد الإصابة بالمرض القصور الكلوي .

الحالة رقم 02 : أنثى ، 39 سنة ، متزوجة و أم لطفل، مستوى التعليمي جامعي ، ساكنة في شقة .

" قبل ما نمرض كانت حياتي عادية كنت نقرا و نخدم كي وليت ندير الدياليز حبست قرايا و الخدما "

ترجمة المقطع :
قبل المرض كانت حياتي عادية أدرس و أشتغل لكن عند معالجتي بالدياليز تخليت عن الدراسة و العمل "

* نستنتج أن مرض القصور الكلوي يمنع صاحبه من مواصلة دراسته و حتى نشاطه الاجتماعي .

9 – نتائج الدراسة :

من خلال تحليل و مناقشة المقابلات لموضوع المسار المرضي لمرضى القصور الكلوي المزمن توصلنا إلى ما يلي :

- غياب الثقافة الصحية عند هذه الفئة مما التمسنا أن معظم المرضي كانوا يجهلون المرض و طرق علاجه .
- عدم الأخذ بنصائح الطبية ، عدم المبالاة وعدم مراقبة الأمراض هي سبب في ظهور مرض القصور الكلوي أي عدم التواصل بين المريض والطبيب .
- يعتبر النمط المعيشي سبب في ظهور مرض القصور الكلوي .
- عدم المتابعة الطبية و ممارستها تؤدي إلى إصابة بمرض القصور الكلوي .

- انقسام الممارسة الطبية بعد الإصابة بالمرض ، حيث هذه الفئة تقوم بالتحاليل في القطاع الخاص ، و عملية التصفية في القطاع العام .
- ظهور ممارسة طبية أخرى في هذا المرض و المتمثلة في الطب البديل .
- مرض القصور الكلوي المزمن يحمل دلالات اجتماعية عند المصابين و هي البكاء ، الخوف ، إرهاق ،عجز والمرض عقوبة .
- العلاقة بين المريض و الطبيب ، الممرض ، المريض نجدها ايجابية بسبب ثقة المريض بطبيبه، سلبية بسبب عدم ثقة المريض بالطبيب ،عادية و هذا حسب انطباعات و تصورات و قيم كل طرف .
- تخلي مرضى القصور الكلوي المزمن عن أدوارهم الاجتماعية .
- توقف النشاط الاجتماعي (العمل – الدراسة) بعد الإصابة بهذا المرض

تحديد الموضوع :

- تعتبر الصحة هدفا من أهداف التنمية والتطور الاجتماعي والاقتصادي وهي حق أساسي لجميع الشعوب وقد عرفتها المنظمة العالمية للصحة على أنها حالة من الرفاهية الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية ولا تعد فقط عياب المرض فالفرد الذي يتمتع بصحة جيدة يستطيع انجاز واجباته وأدواره الاجتماعية وهذا ما يجعل القطاع الصحي من أكثر القطاعات حساسية وأهمية باعتباره يمس كل طبقات المجتمع بمختلف شرائحها فصحة الفرد هي أغنى ما يملك وهي ثروة لذا يجب الحفاظ عليها وصيانتها ، والصحة هي أول متطلباته واهم مقوماته حيث أن الفرد المريض لا يمكن أن يعمل أو يخطط أو يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفى وتحل مشكلته الصحية .

– في ظل ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض ذات الكلفة عالية أو التي تتطلب معالجة دائمة إضافة إلى زيادة الأسعار أدوية والمستلزمات الطبية ، وبالحديث عن الأمراض التي تتطلب معالجة دائمة نجد مرض القصور الكلوي المزمن و التي تشير المعطيات إلى تزايد إعداد المصابين به كل سنة.

لدى أسعى إن شاء الله من خلال دراستي إلى الوقوف على مرض القصور الكلوي المزمن ،كمرض يصيب الفرد من خلال التلميح لطبيعة التغيرات التي يحدثها على الفرد.

أسباب وأهداف اختيار الموضوع:

إن اختيار دراسة الموضوع المسار المرضى للقصور الكلوي لم يكن من باب الصدفة بل كان لأسباب و أهداف أردت أن اعرفها ،حيث تتمثل أسباب هذا الموضوع في :

- محاولة فهم هذا المرض و اكتساب ثقافة صحية ومعرفية حوله.
- محاولة في انجاز دراسة علمية تبقي موضع إفادة للطلبة مستقبلا
- نقص في الحقل السوسيولوجي لدراسات الخاصة بمرض القصور الكلوي .
- إعداد بحث علمي و إعطاء صبغة مبسطة لتمكين الوصول المعلومة إلى مختلف الفئات الاجتماعية باختلاف مستوياتها و تخصصاتها العلمية .

* أما أهداف البحث تمحورت فيما يلي :

- معرفة التغيرات التي يحدثها مرض القصور الكلوي.
- معرفة معاناة اليومية التي يعيشها المرضى المرتبطين بالة التصفية .
- معرفة التصور الاجتماعي الذي يحملها الأفراد حول المرض بصفة عامة و القصور الكلوي بصفة خاصة .
- معرفة علاقة المريض بالطبيب والممرض والمريض

الدراسات السابقة :

*الدراسة الأولى :

- هي الدراسة أجراها الباحث الاجتماعي"محمد مبتول "بمدينة تلمسان بعنوان "الدلالات الخاصة بالتكفل بحالتين من الأمراض المزمنة "مرض السكري و مرض الضغط الدموي .

- لقد حاول الباحث في الدراسة فهم و إعادة بناء النمط المتكفل بالأمراض المزمنة مرض السكري و ضغط الدم ،من طرف مختلف الفاعلين (عمال الصحة أعضاء جمعية مستعملي الصحة و المرضى و يندرج هذا العمل في المقاربة المركزة على خطابات الفاعلين و مختلف الممارسات التي يقوم بها في المجالات الصحية و الاجتماعية المصلح الإستشفائية ،جمعية مساعدة مرضى السكري ،منازل المرضى)لفهم مختلف الدلالات المتفاوتة التي تحملها عبارة إزمان الإصابة حيث اعتمد الباحث على مقابلات معمقة مع العاملين في القطاع الصحي ،ومع المرضى و ملاحظة الممارسات اليومية للفاعلين في الصحة بواسطة الممرضات إضافة إلى الانتقال إلى منازل بعض المرضى الذين يقيمون بأحياء الشعبية و لقد كان الباحث موجها عمله لتحقيق الأهداف التالية :

- فهم الدلالات بالأمراض المزمنة بهدف استخراج الأبعاد الأساسية التي تشكل النسق المرجعي للعاملين بالقطاع حول الإزمان

- توجيه الوصف و التحليل نحو منطلق المرضى و ذلك من خلال الدلالة التي يعطونها لإصاباتهم و الطريقة التي يصورون من خلالها عملية التكفل

- التركيز على إستراتيجية التكفل و ذلك من خلال فهم تسير جمعية لمساعدة مرضى السكري مع إظهار المساهمة الفعالة لأسرة المريض كمساعدة مركزية للتكفل بالمريض داخل المجال الاستشفائي

لقد بينت الدراسة أن هناك دعم حقيقي للأسرة من أجل مساعدة المريض مع النشاط اليومي الذي يقوم به الأطباء و الممرضون إلا أن هذا النشاط يفتقد إلى الاعتراف الاجتماعي و يتعدى ذلك ليصبح عمل استماع يجعل الأقارب يلعبون دور الوسيط من خلال توصيل ما يقوله المرضى العاملين بالمصلحة الإستشفائية و من هنا يشير الباحث "أن هذا العمل الصحي الخفي و غير المعترف به يعتبر مهم في التكفل بالمريض والمرض ونجده مجهولا في النظام الرسمي . [1]

- ولا يقتصر هذا التكفل على الأفعال الطبية و الشبه الطبية نظرا لنقص العتاد المادي داخل المؤسسات الإستشفائية .فالأسرة ملزمة على التحصيل هذه الوسائل

كما يرى الباحث أن اختلاف العلاقة مع المجال الصحي مرتبط بمعرفة أحد العاملين فيه من هنا يظهر التفاعل الحاصل بين مختلف الفاعلين في العملية العلاجية و التجربة المرضية . [2]

1- Mohamed mebloul , les significations attribuees a la prise en charge des deux maladie chromique (diabete et hypertensionarterielle a tlemcen , universite d'oran , mai 1999, p5 .

2- mebtoul , p39.

***الدراسة الثانية :**

هي الدراسة التي قام بها الباحث "محسن عبد النور" بعنوان "تسير المرض و الاستشفاء وفق تفاعلات الطفل المصاب بالسرطان الأطفال بمستشفى باشا الجامعي ،الجزائر، 2005 -2006 وقد انطلق الباحث في دراسته من التساؤلات التالية :

- كيف تتقبل الأسرة صدمة إصابة ابنها بالسرطان و كيف تستطيع فيما بعد تسير الوضع الاستشفائي ورحلة العلاج الصعبة ؟

- ما هي ظروف استشفاء الطفل المصاب بالسرطان داخل المستشفى من خلال تفاعله مع العلاج من خلال تفاعله أيضا مع بقية الأطفال المرضى و مع الممرضين و الأطباء و بقية أفراد الأسرة داخل المستشفى أثناء الزيارات الإستشفائية و العطل المنزلية ؟

- ما هي وضعية الأم باعتبارها مرافقة للطفل المصاب بالسرطان في اغلب الأحيان من ناحية التوفيق بين دورها في الأسرة ودورها ا لمكتسب في المستشفى ؟

- كيف يعيش الطفل المصاب بالسرطان حياته الترفيهية و التربوية في ظل الفترة الإستشفائية وما مدى إسهام المصلحة الترفيهية في مساعدة على تسير الاستشفاء و العلاج ؟

- ما هو الدور الذي يمكن أن تلعبه الجمعيات ذات الطابع الاجتماعي و الثقافي في تسير الإستشفاء ؟ أو التخفيف من معاناة هؤلاء المرضى ؟[1]

1- عبد النور محسن ، تسيير المرض والاستشفاء وفق تفاعلات الطفل المصاب بالسرطان مع الوسط الأسري ، والنظام الطبي داخل المستشفى ، رسالة ماجيستر في علم اجتماع الصحة ، جامعة الجزائر 2005 -2006 ،ص 5

- تمثل مجتمع البحث في المستشفى الجامعي مصطفى باشا ،قسم مكافحة السرطان للأطفال و كذا أسرهم ،وقد احتوت العينة على 29طفل مصاب بالسرطان(أعمارهم 6-15سنة) و29 أسرة أضيف إلى المقابلات التدعيمية الخاصة بالأطباء و الممرضين و أعضاء الفرقة الترفيهية ، كما إعتمد الباحث على الملاحظة و الاختبارات الإسقاطية النفسية في دراسة الظاهرة ،واستخدام تقنية تحليل المحتوى للوصول إلى النتائج التالية :

- تأثيرات العلاج المتبع و الفترة الإستشفائية الطويلة التي يقضيها الطفل المصاب بالسرطان في المستشفى يؤدي إلى صعوبات في تفاعله مع النظام الطبي بالمستشفى و تكوين العلاقات الاجتماعية .

- اهتمام الأسرة بالطفل المصاب بالسرطان من حيث معدل الزيارات الإستشفائية بالمساعدة المعنوية و المادية يساهم بشكل كبير في تفاعل الطفل مع النظام الطبي بالمستشفي.

- الظروف الناتجة عن المرض و الإستشفاء الطويل يؤدي إلى معاناة مرافقة الطفل المصاب بالسرطان من ضغوطات نفسية و الاجتماعية .

***الدراسة الثالثة :**

هي الدراسة التي أجرتها الباحثة "مشري فريدة " بعنوان "المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان " و انطلقت من التساؤلات التالية :

- ما هي طبيعة التغيرات التي يحدثها مرض السرطان على مستوى حياة الأفراد؟

- ما هي العوامل التي تؤثر و تخلق هذه التغيرات و الآثار في حالة مرض السرطان؟

- كيف يتفاعل مستوى التصور و مستوى الفعل في تحديد المسار المرضى لمرض السرطان ،و بصفة أدق هل توجد هناك علاقة بين التمثل الاجتماعي لمرض السرطان و بين الأفعال و الممارسات التي تميز المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان ؟

-هل تعتبر هياكل العلاج "مركز مكافحة السرطان " مجال علاجي يتعامل مع المرضى كواقعة عضوية فقط أم هو عامل اجتماعي يعكس خصوصية واقع سوسيولوجي معين ،و خلفية أساسية في فهم المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان ؟

-هل تمثل الأسرة مرجعية أساسية في فهم المسر المرضي للمصب بمرض السرطان ؟

- كحقيقة موازية للآثار الناجمة عن « travail de gestion » كيف يظهر عمل التسيير حدوث مرض السرطان كنوع من الأمراض المزمنة و ما هي طبيعة مختلف المستويات ؟

- هل نستطيع اعتبار المسار المرضي للمصاب بالسرطان كمؤشر سوسيولوجي لفهم خصوصية بنية المجتمع الجزائري من خلال وضعية هياكل العلاج في النسق الاجتماعي و من خلال خصوصية التغير الأسري ،و كذلك المرجعية السوسيوانثروبولوجية للصورة المرافقة لمرض السرطان ؟[1]

استخدمت الباحثة المقابلة كتقنية لجمع البيانات أما عينتها تمثلت في مرضى مصابين بالسرطان و عائلاتهم و الفريق المعالج و استخدمت تقنية تحليل المحتوى للتوصل إلى النتائج التالية :

- يعتبر التمثل الاجتماعي لمرض السرطان عاملا دالا في فهم المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان كمسير للأفعال التي يميزها المسار.

- المريض و أسرته فاعلين اجتماعيين يتعاملان مع الواقع جديد المتمثل فالمرض المزمن ،مرض السرطان الذي يتميز بالطول في المدة.

- خصوصية الأمراض المزمنة بصفة عامة و مرض السرطان بصفة خاصة يخلق الشك في سير الأحداث بالنسبة للمريض وأسرته و بالنسبة للمعالجين من جهة أخرى ،معايير علائقية جديدة يكون المريض فيها فاعلا على مستوي التصور و الفعل إضافة إلى وضعية هياكل العلاج المرتبطة بالسياق السوسيوتاريخي للمجتمع الجزائري .

- التشخيص و العلاج هي علاقة تفاعلية تخلق عالما اجتماعيا داخل الفضاء الطبي تلعب فيه المعطيات السوسيولوجية دورا أساسيا .

1- مشري فريدة ، المسار المرضي للمصاب بالسرطان ، رسالة ماجستر في علم الاجتماع ، جامعة الجزائر ،2001 ص 94.

- هناك ارتباط بين الثنائية –صحة –مرض بثنائية فرد –مجتمع على مستوى الحياة اليومية ،فلا مريض يتحدث عن مرضه انطلاقا من علاقته مع مختلف العوامل الاجتماعية التي ينتمي إليها .

- المسار المرضي هو أداة تحليلية لفهم البناء الاجتماعي التفاوضي لمرض السرطان الذي يتفاعل فيه مجموعة من الفاعلين .[1]

1- فريدة مشري ،المرجع نفسه ص296 – 303

- الدراسة الرابعة :

دراسة قامت بها "اليسيا كوفمان " باحثة في علم الاجتماع حول مواجهة مرض السرطان باسبانيا .

انطلقت في دراستها من تصور أساسي للمرض المزمن ،وذلك بالتميز بين الوضعية الاجتماعية العادية المرتبطة بالاستقرار و التواصل في النشاطات الإنسانية و الوضعية الجدية كقطيعة في بناء ، و كأزمة تحديدها تغيرات الناجمة عن فقدان الإطار المرجعي و التي تكون مرفقة بعمل تسير لمحاولة إدماج المرض المزمن في الحياة الاجتماعية و قد قامت الباحثة من خلال هذا العمل بتحليل مفصل للمواقف و السلوكيات المرضى المصابين بمرض السرطان ، و ذلك بمقاطعتها مع متغيرات سوسيولوجية حسب الجنس ، السن و الطبقة الاجتماعية للوصول إلى نمطية تفسيرية لوضعية مرض السرطان وقد أجرت المقابلة بين سنتي 1982-1988على 30 حالة يقطنون بمدريد و بارشلونة تتراوح أعمارهم بين 25 -60 سنة يعانون من إصابات سرطانية مختلفة و لتحليل تطور المرض تعمدت الباحثة استجواب المرضى الذين تعدوا شهرين من معرفتهم للتشخيص كما استغلت الباحثة ما يدركه المرضى حول تجربتهم المرضية و لقد انطلقت من التساؤلات التالية :

- كيف يمكن فهم تفسيرا لخوف البالغ فيه من السرطان ؟
- لماذا تظهر فكرة الموت دائما في الإجابات للمرضى رغم انه ليست كل الإصابات السرطانية قاتلة على اقل في المدى القصير ؟
- ما هي العوامل التي تؤثر و تختلق الوضعية الجدية في مرض السرطان ؟
-هل توجد علاقة بين التمثيل المرض ورد الفعل الاجتماعي ؟

- ما هي العوامل الأخرى المؤثرة على أجوبة المرضى ،و على محيطهم

-هل يمكن انجاز نمطية لصور المرضى انطلاقا من وسائل الاتصال الاجتماعي ؟

- هل هناك اختلافات ملاحظة بين مرضى السرطان ومرضى يحملون إصابات أخرى ؟

- كيف يظهر تأثير بعض المتغيرات السوسيولوجية كالجنس .السن الطبقة الاجتماعية على سلوكات الملاحظة ؟[1]

انطلاقا من التساؤلات و اعتمادا على المقابلات . توصلت الباحثة إلى النقاط التالية:

*من بين المرجعيات المركزية لفهم الصيرورة التي تجعل من المرض الخطير وضعية جدية هو البعد الاجتماعي للمرض كرمز الاجتماعي سلبي أي الصور الاجتماعية التي تبني التمثل الاجتماعي للمرض وتميز المرور من مكانة الصحة إلى مكانة المرض و الصورة المرافقة لمرض السرطان وهذا ما يبرز أهمية الأسرة كمرجعية أساسية في فهم المواقف و السلوكات المرافقة لظهور المرض فهي مرآة لفهم الآثار ا لمترتبة عن حدوث التجربة المرضية و العمل التسيير المرافق له .

1- Kaufman .A , les malades face a leur cancer ,in aich (piere) et all , vivre une maladie grave (analise d’une situation de crise) , paris ,ed.,meridiens, klin kesiech , 1989 , p 30.

*ارتباط أنماط المرافق اتجاه السرطان سلسلة من المتغيرات البنائية المرتبطة بالنسق الصحي الصورة الاجتماعية المتواجدة حول المرض ،الطبقة الاجتماعية للمرض إضافة إلى المتغيرات الخاصة بشخصية المريض وطريقته في مواجهة الوضعيات الصعبة في حياته السابقة ، أضف إلى ذلك الصفات الخاصة بنوع الإصابة السرطانية .

*الانتماء إلى طبقة الاجتماعية تعتبر محدد لتسيير الصيرورة العلاجية ، فالمرضى الذين ينتمون لطبقات عليا تملك موارد خاصة المتعلقة بالمعارف و العلاقات الاجتماعية للعدوى إلى الحالة العادية .

*وضعيات الأزمة ليست مرادفة للقطيعة أو إضعاف البناءات النفسية و الأسرية والمهنية كونها قد تكون مصدر لتقوية العلاقات بين الأفراد .[1]

1- Kaufman .A .Op .cit, 104-107.

- تحديد المفاهيم

- القصور الكلوي :

الاضطرابات الخطيرة لأن عجز الكلى عن التخلص من كميات كافية من البول سيؤدي إلى تراكم الفضلات المختلفة عن العمليات إيضية و المواد الفائضة من أملاح المختلفة عن العمليات و المواد الفائضة من أملاح غير العضوية الماء في الجسم .1

- **القصور الكلوي المزمن :**

هو العجز لعمل الكليتين عن أداء وظيفتها و المتمثلة في تخليص الدم من الفضلات السامة العالقة و يوصف بالأزمان و الخطورة لاستحالة شفائه. 2

- الأمراض المزمنة :

الإزمان هو المصطلح الذي يدل على الثبات و الاستمرار في ظهور المرض من الأمراض ، وفي هذه الحالة يصبح المرض مزمنا حيث يتسم بخاصية الإزمان أي الثبات و الاستمرارية ،و هذا يعني أنها ليست تلك التي تظهر و تختفي مع تناول العلاج ،الأمراض المزمنة هي تلك تظهر و تبقى و التي لم يكتشف بعد وسيلة للشفاء منها بصورة نهائية ، و بما أن خيار علاج هذه الحالات غير ممكن .فان الخيار الثني المتوفر هو في مراقبتها و السيطرة عليها و هذا هو اقل ما يمكن فعله حتى لا تزداد الحال سوءا.3

- الصحة :

هي حالة مثالية من التمتع بالعافية وهي مفهوم يصل لابعد من مجرد الشفاء من المرض إنما الوصول و تحقيق الصحة السليمة الخالية من الأمراض،ويتطلب الوصول إلى الصحة السليمة الموازنة بين الجانب المختلفة للشخص:الجسمانية النفسية و الاجتماعية. 4

1- شيلي تايلور ، علم النفس الصحي ، ترجم ، وسام درويش يربك وفوزي شاكر داود ، الأردن ، دار حامد للنشر والتوزيع ، 2008 ، ص .96

2- pattie .D , Maladie des riens et des voies urinaires , musson ,1980, p 219.

3- http://www.dasmaninstitute .org/ar/highlights/ chronic-conditions / chronicity - an – overview .

4- http :// ejabat. Googel .com / ejabet / thread ? tid = 4f3b 8442a 5aa4cb4.

-المرض :

هو مجموعة انعكاسات ناجمة عن اضطرابات الجسم أو احد أجزائه تنبيها قد يحدث مرض ،فهو عملية متطورة منذ بدء السبب و حتى ظهور المضاعفات قد يكون التطور حد و سريع وقد تكون بطئ ومن مزمن والمرض يحدث على شكل وباء أو يكون مستوطنا أو يظهر علي حالات انفرادية .1

- العجز :

هو عدم قدرة الفرد على أداء عمله بصفة مؤقتة ويسمى بالعجز المؤقت أو بصفة مستديمة و يسمى بالعجز الدائم .2

- آلة التحال الدموي : « appareil de dialyse –generation »

هي طريقة لتصفية الدم بواسطة آلة التصفية ،بحيث يكون هناك تبادلات بواسطة الغشاء النصف نفوذ بين دم المريض وبين وسائل إلتحال الذي يشبه تركيبه السائل العادي الموجود خارج خلال الجسم .هذه التبادلات تحدث بفعل الضغط الكلوي « diffusion passie » وما التصفية ultrafilration »3«

- **الهيموديااليز (تصفية الدم)** « hymodialyse »

هي تقنية تسمح بتصفية الدم بترشيحه عبر كلية صناعية يتم تخليصه من الفضلات كالبولة الدموية التي تعجز الكلية المريضة عن التخلص منها.4

1- د. أيمن مزاهرة ، د. عصام حمدي الصفدي ، ليلى أبو حسين ، علم اجتماع الصحة ، ط1 ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، 2003 ص33.

2- أحمد زكي بدوي ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت ، مكتبة لبنان ، 1970 ، ص .55

3- Hopital et handicap, eme anniversaire inrevie gestion hopitalière santé .n212 , novembre , 1981, p80.

4- Pattie .D , op , cit , p220.

- التمثل الاجتماعي :
و تعرفه "ك.هرزلش" على انه انجاز نفسي معقد يدخل من خلاله في صورة دالة نجربه على كل فرد و القيم و المعلومات الموجودة في المجتمع . 1

- تسيرالمرض:
الذي اقره" ستراواس " حيث يقرره الفاعلين في محيطهم الاجتماعي و ذلك لمواجهة المرض و اثاره و التقليل من حدة الكلفة التي تتحدد بمتغيرات بيولوجية نفسية والاجتماعية.2

– المسار المرضي : Trajectoire de la maladie

هو ليس مجرد سرد سلسلة من الأحداث المتتالية بطريقة ميكانيكية بل هو تناول لمعايشة المرض كنتاج اجتماعي يقوم على مجموعة من تفاعلات التي تحدث في عوامل اجتماعية مختلفة ، أو بعبارة أخرى فهم عمل التسيير الذي يخلقه الفاعلون في محيطهم الاجتماعي لمواجهة الآثار الناجمة عن المرض والتقليل من حدة التكلفة التي تتحدد بمتغيرات بيولوجية نفسية واجتماعية.3

1- Herzlich.C , santé et maladie analyse d’un représentation social, parie mouton , 1976 p 23.
2- Strass, la trame de négciation, texte réunis et présente par Isabelle baszanger , paris l’hanattan 1992.
3- مشري فريدة ، المرجع السابق ص 96.

الاشكالية:

- تعد الجزائر من الدول التي تهتم بالمجال الصحي .فقد حققت الكثير من الانجازات في هذا القطاع بالقضاء على بعض الأمراض ،وذلك من خلال إنشاء العديد من المستشفيات العامة و المتخصصة و المراكز الصحية المنتشرة في أرجاء الوطن كما اهتمت بالخدمات الصحية الوقائية إلا أن ذلك لم يمنع من ظهور و انتشار بعض الأمراض التي تدخل ضمن الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب و شرايين ،السرطان و القصر الكلوي و غيرها من الأمراض التي تنتشر في مختلف دول العالم.

- ويصنف مرض القصور الكلوي ضمن الأمراض المزمنة الخطيرة و التي بدأت تغزو المجتمع الجزائري خلال السنوات الأخيرة و تشير المعطيات الإحصائية حسب البروفيسور "طاهر ريان " رئيس جمعية القصور الكلوي :"انه قد بلغ معدل انتشار مرض القصور الكلوي المزمن ب 470 لكل مليون نسمة في عام 2012 ويقدر عدد الحالات الجديدة ب 4000 حالة كل سنة كما أشار ان هناك 15352 مريض يتلقون حاليا علاج تصفية الكلى274 مركز للتصفية (154 مركز عمومي120 مركز خاص) ما يجعل8013 مريض يتلقى العلاج بمراكز عمومية و7219 مريض يتلقون بمراكز خاصة ، ونوه البروفيسور أن عدد الأطفال المرضى بلغ183 طفلا يتلقون غسلا كلويا." **1**

- إن مرض القصور المزمن من الأمراض التي تصيب جسم الإنسان كالسكري و ضغط الدم و السرطان ،حيث تصبح الكليتان عاجزتان عن أداء وظيفتهما المتمثلة في تصفية الدم داخل جسم الفرد من الفضلات السامة ،يتميز هذا المرض عن باقي الأمراض بطبيعة علاجه التي تتمثل في التصفية خارج الجسم مما يجعل الأفراد المصابين مرتبطين بمواعيد التصفية الثابتة و التي قد تدوم مدى الحياة إن لم يتسنى للفرد المصاب الحصول على عملية زرع كلي ،إن آلة إلتحال الدموي التي يتم بها علاج أكثر نسبة من المرضى لها أثار على حياة المصابين سواء نفسية و الجسدية و الاجتماعية والمهنية ،وفي ظل تباطؤ عملية زرع الكلى في المجتمع الجزائري ، علما أنها تتعدى التبرع العائلي يبقى المصابين و هذه الآلة طيلة حياتهم من هنا تساؤل :

- ما هي طبيعة التغيرات التي يحدثها مرض القصور الكلوي مزمن على مستوى الحياة اليومية للفرد ؟

1- بلقاسمي أميرة ، مقال منشور بتاريخ 2012/03/07 بجريدة المواطن الالكترونية يومية وطنية مستقلة ، العدد 1500.

- ما هو التمثل الاجتماعي لمرض القصور الكلوي المزمن عند الفئة المعالجة بآلة ؟

المقاربة النظرية :

- تعد المقاربة النظرية من أهم الخطوات البحث علمي و الذي من خلاله تتجدد جوانب الدراسة و الاتجاه الفكري و النظري لها ومنه سوف نعتمد في دراستنا كاقتراب نظري على المدرسة الوظيفية بزعامة "تالكوت بارسونز" ويعد اتجاهه الى نفعي برغماتي ومن بين مؤلفاته نجد النسق الاجتماعي حيث نجده يعلق أهمية كبرى على امتثال الأفراد للقيم واسهاماتهم البنائية و العلميات الاجتماعية مختلفة في تكامل الأنساق الاجتماعية ، كما طرح فكرة " دور المريض " لتفسير أنماط التي يسلكها المريض لتخفيف الآثار الضارة والمربكة التي يخلقها المرض ويرى أن المجتمع في العادة يعمل بطريقة سلسة وشبه اجتماعية فالمرض يمثل نوعا من الخلل الذي يؤدي الى اضطراب هذه الحالة الاجتماعية الاعتيادية ، و" اعتبر أن الأسرة هي مؤسسة للضبط الاجتماعي .كما نجد أن العالم الأمريكي "فريدسون" والذي ترتكز أطروحته على العمل الطبي الذي وصل الى استقلالية مطلقة جعله يخلق الانحراف ."1

1- Isabelle baszanger : les maladies chroniques et leur ordre negocié ,revue français de sociologie , XX II1986 , pp27,31.

ويأتي طرح "ستراوس " الذي تعدى الأطروحتين السابقتين وذلك انطلاقا من خصوصية الأمراض المزمنة بحيث أن صفة الازمان تجعل المريض يمتد لمجموع الحياة الاجتماعية المهنية حيث لا تعد مسؤوليات متروكة مؤقتا بل يتم داخلها تفاوض وتفاعل مستمرين وهي تفرض سلسلة من النشاطات الخاصة مما يجعل المحيط والأسرة مجال آخر لتعدد الوضعيات الاجتماعية للمرض و هنا تظهر أطروحته وفق النظام التفاوضي « ordre négocier » والمرتبطة بالاتجاه التفاعلي الرمزي .1

1- Isabelle Baszanger ; op cit p22.

- المنهج المتبع و تقنيات جمع و تحليل المعطيات :

- المنهج المتبع:

يمثل المنهج الطريقة الموضوعية التي يسلكها الباحث في الدراسة أو في تتبعه لظاهرة معينة من اجل تحديد أبعادها بشكل يجعل من السهل التعرف عليها .[1]

و بما أن موضوع الدراسة هو المسار المرضي لمرضى القصور الكلوي فان الموضوع يتطلب استخدام المنهج الكيفي لاكتشاف الواقع الاجتماعي للمرض من خلال فهم التمثلات المحيطة بالمرض والسلوكات الاجتماعية المنتجة على مستوى الحياة "والذي يعتبر أسلوب لفهم الوقائع و اكتشافها و الذي يهدف في الأساس إلى فهم الظاهرة موضوع الدراسة و عليه ينصب الاهتمام هنا أكثر حرص على معنى الأقوال التي سيتم جمعها أو السلوكات التي تم ملاحظتها."[2]

- تقنيات جمع المعطيات :

يعتمد البحث الكيفي على المقابلة كأداة لجمع المعطيات إضافة إلى التقنيات التدعيمية المستعملة لهذه البحوث كالملاحظة مثلا ، و لهذه الدراسة اعتمدت على التقنيات التالية :

***المقابلة** : تتعرف المقابلة على أنها طريقة من الطرق البحث العلمي تعتمد على عملية الاتصال اللغوي من اجل تدعيم المعطيات التي لها علاقة مع الهدف المرسوم .[3]

وهي عبارة عن عملية خلق حوار بين المبحوث و الباحث ، و من هنا نتخذ طبيعة الحوار و اختلافه حسب درجة الحرية و مستوى العمق ،و تترتب عليها مجموعة من العناصر الأخرى المدة الزمنية للمقابلات ،عددها ، عدد الباحثين و العناصر الخاضعة للتحليل ،ولهذا فالمقابلة شبه الموجهة تسمح لنا التحقق من الفروض التي وضعناها في بداية البحث من جهة ،و من جهة اخرى تسمح باكتشاف العناصر الجديدة للتحليل و الفهم من خلال الحرية المتروكة للمبحوث عن طريق الأسئلة المفتوحة و بالتالي ترك المجال للمبحوث من وضع التصريحات حول موضوع

1- خالدي الهادي ، المرشح المفيد في المنهجية وتقنيات البحث ،الجزائر ، دار الطليعة للطباعة والنشر 1969 ص 22.
2- موريس انجرس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية ، تدريبات علمية ، الجزائر ، دار القصبة ، 2010 ص100.
2- Madeleine Grawitz : Méthodès des sciences sociales ,paris ,édidolloz ,8 éme éd, 1990, p742.

باقل تدخل من الباحث، و من اجل ذلك احتوى دليل المقابلة على المحاور التالية : 1) البيانات الشخصية

2) التصور الاجتماعي لمرض القصور الكلوي المزمن

3) الممارسات الصحية والتجريبية لمرض القصور الكلوي المزمن

*إضافة إلى المقابلة استعنت بالملاحظة كتقنية أساسية في جمع المعطيات حيث تمت هذه الوسيلة انطلاقا من تواجدي في مصلحة التصفية الدم حيث سمحت ببناء شبكة الملاحظة .

- **تقنية تحليل المعطيات :**

إن التقنية المناسبة لتحليل المقابلات هي تحليل المحتوى وهو التحليل الكيفي بهدف تعميق المعارف حول اكتشاف عناصر جديدة انطلاقا من مادة أولية حول الموضوع" باعتبار أن تحليل المحتوى هو أسلوب للبحث يهدف إلى الوصف الموضوعي المنظم للمحتوى الظاهرة "[1].

ومنه" يعتمد على التحليل اللغوي و المعنوي وتحليل محتوى الخطاب للمقابلة بحيث نركز على المعنى الذي تحمله النصوص و منه نقوم بترميز المعاني و تفسيرها إلى فئات و منه إعطاء عبارات تحمل هوية المعاني لنتمكن من استخراج المفاهيم الهامة التي تخدم الموضوع "[2]

- **العينة :**

يمكن تعريف العينة "بأنها نموذجا يشمل جانبا أو جزءا من المجتمع الأصل المعنى بالبحث . تكون ممثلة له . بحيث تحمل صفاته المشتركة ، وهذا النموذج أو الجزء يغني الباحث عن دراسة كل وحدات و مفردات المجتمع الأصل ، خاصة في حالة صعوبة أو استحالة دراسة كل تلك الوحدات"[3] .

1- جمال زكي ،أسس البحث الاجتماعي ، القاهرة ، دار الفكر العربي ، 1962 ، ص 372- ص 400

2- شبيتر فال ، اجراء المقابلات ، تر عبد اللطيف محمد خليفة ،ط1 ، القاهرة ، المركز القومي للترجمة ، 2012 ص 188- ص190.

3- عامر قنديلجي ، ايمان السمرائي ، البحث العلمي : الكمي والنوعي ، الأردن ،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع 2009 ص 255.

وهي " عبارة عن مجموعة جزئية من المجتمع الدراسة ، يتم اختيارها بطريقة معينة و إجراء الدراسة عليها و من ثم استخدام تلك النتائج و تعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي "[1]

وهناك أكثر من طريقة يمكن استخدامها لاختيار العينة و ذلك حسب موضوع الدراسة ،و العينة في بحثنا هذا تمثلت في العينة القصدية آو المقصودة و "التي يتم فيها انتقاء الإفراد بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوفير بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم و لكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينات في حالة توافر البيانات للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الاصلي"[2].

– **اختيار مجتمع البحث** : نحاول من خلال دراستنا هذه إبراز المسار المرضي للمصابين بقصور الكلوي المزمن و قد قمنا بجمع الحالات و احتوت دراستنا على 11 حالة مصابة بالقصور الكلوي و كلها مرتبطة بالة التصفية .

- **خصائص المبحوثين** :القيام بإجراء مقابلة مع مختلف الفئات مع مراعاة اختلاف المتغيرات السوسيولوجية مثل السن الجنس الحالة العائلية ، المهنة ، المستوى التعليمي .نوعية السكن وهذا من اجل معرفة العلاقة الموجودة بين هذه المتغيرات و المرض .

و بمراعاة السن نجد أن المرض يصيب فئات عمرية مختلفة بحيث لا يوجد سن معين لهذا المرض أما من ناحية متغير الجنس فهو يصيب الجنسين دون أن يختص بجنس معين .

إضافة إلى متغير المهنة فهناك من يعمل و من لا يعمل و بالتالي يخلق وضعيات جديدة لمعايشة المرض ، إضافة إلى متغير الحالة العائلية فهناك من هو أعزب ، متزوج ،أرمل ،ضف إلى ذلك متغير المستوى التعليمي التي تمثلت تدريجاته إلى غير متمرس ، ابتدائي ،متوسط ، ثانوي ،جامعي وهذا ما نلمسه في الملحق رقم 2 .

1- محمد عبيدات ، محمد أبو نصار ، عقلة مبيضي ، منهجية البحث العلمي : القواعد والمراحل والتطبيقات ، عمان ،دار وائل للنشر ،ط 2 ، 1999 ،ص .84

2- المرجع السابق ،ص 96.

– تحديد المجال ألزماني :

لقد تمت الدراسة الميدانية بمستشفى شي كيفارا و بضبط مصلحة تصفية الدم بولاية مستغانم .التي امتدت من 28 / 2 / 2015 إلى غاية 16 / 4 / 2015 حيث كانت في البداية التعرف على المصلحة و كيفية التسيير العمل و التعرف على المرضى ومن هنا تم تحديد الحالات التي تم إجراء المقابلات معها

صعوبات البحث :

لا يخلو أي بحث علمي ميداني من الصعوبات فمن خلال دراستنا لمسار المرضي لمرض القصور الكلوي المزمن واجهتنا عدة صعوبات من بينها :

1- عدم تعاون المرضى القصور الكلوي المزمن معنا أثناء دراستنا الميدانية .

2- وجود فئة كبيرة في السن خلال الفترة الممتدة بين 8:00 صباحا الى 16:00 ظهرا مما صعب علينا جمع المعطيات عن موضوعنا وذلك من خلال ارتفاع ضغط الدم الدائم لهذه الفئة .

3- اجراء بعض المقابلات للمبحوثين وعدم اتمامها بسبب الارهاق .

4- عدم اجراء مقابلات مع الفئة الناشطة (العاملة) وذلك لسبب الوقت الذي تجرى فيه عملية التصفية أي من الساعة 16:00 الى غاية منتصف الليل وهذا لا يسمح لنا للبقاء لساعات متأخرة من الليل .

5- بعد المسافة بين المصلحة التي أجرينا بها الدراسة ومكانة اقامتنا .

الإطار المنـهجي:

1 - تحديد الموضوع

2- أسباب و أهداف اختيار الموضوع

3 - الدراسات السابقة

4 - تحديد المفاهيم

5 - إشكالية

6 - المقاربة النظرية

7 - منهجية البحث

8- صعوبات البحث

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم
كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية
قسم علم الاجتماع

السنة الثانية

ماستر المسوحاتالسوسيولوجية في مجال الصحة

أنا الطالبة
دويدي نوالفي صدد التحضير لنيل شهادة الماستر في السوسيولوجية في مجال الصحة تحت عنوان" المسار المرضي لمصاب بالقصور الكلوي المزمن ".
بإشراف الأستاذ
المحترم **هواري عبد الكريم** أشكركم على منحي جزءا من وقتكم .
أرجو من سيادتكم
المحترمة تقديم المساعدة بإحاطتي بمعلومات و إفادات لما لها من أهمية في خطوات البحث الذي سأطرحه. و أحيطكم علما
سادتي و سيداتي بضمان السرية التامة و عدم استعمال المعلومات المعرج بها إلا في الإطار العلمي المخصص .

دليل المقابلة

المحور الأول :

الجنس ذكر أنثى

السن **الحالة العائلية** أعزب متزوج

أرمل **المهنة** **الدخل** كاف

غير كاف **المستوى التعليمي** بدون

مستوى ابتدائي متوسط

ثانوي جامعي **نوع السكنالمحور الثاني =**

1- منذ متى

وأنت مريض بهذا المرض ؟ * شحال عند

ك و أنت مريض بهذا المرض ؟ 2 – حسب

اعتقادك ما هي الأسباب التي أدت إلى إصابتك لهذا المرض؟ * على

حسابك واش هو سباب مرضك ؟ 3 – ما

هي الأعراض التي ظهرت عليك أو أحسست بها عند ظهور المرض ؟ و هل طلبت الخدمة الطبية على إثرها أم حتى زادت حالتك سوءا و لماذا ؟

*واش هي الحاجة اللي حسيت بيها و بانت عليك مين بداك المرض ؟ وروحت بخلف للطبيب ولا حتى زاد عليك الحال وعلاش ؟

4 – ما هي آخر مرة زرت فيها الطبيب قبل الإصابة بهذا المرض ؟

* واش مرة اللاخرة اللي زرت فيها طبيب قبل ما تمرض بهذا المرض ؟

5 - هل تناولت كل الداوية التي وصفها لك الطبيب ؟

* تآكل كامل الدوى اللي يعطيهولك الطبيب قبل ما تمرض بهاذا المرض ؟

المحور الثالث 1 – كيف أتيت إلى المستشفى شيكيفارا ؟

* كيفاش جيت لسبيطار ؟

2 - عندما اتيت الى المستشفى ما هي الفحصات التي خضعت لها ؟

* كي جيت لسبيطار واش دارولك ؟

3 – كيف كانت رد فعلك عندما عرفت حقيقة التشخيص ؟

* كيفاش تقبلت حقيقة مرضك ؟

4 من رافقك من أفراد أسرتك عندما طلب الطبيب ذلك للتحضير في الدخول للعلاج بالة الدياليز ؟

* شكون جاء معاك من العايلة كي الطبيب حب باش يفهمكم على الماشينا ؟

5 – كيف كان رد فعلك عندما رايت اول مرة آلة الدياليز ؟

* واش صرالك كي شفت المرة الأولى الماشينا ؟

6 – كيف كانت حالة جسمك قبل عملية التصفية ؟

* كيفاش كنت قبل ما تدير الدياليز ؟

7 - كيف تكون حالة جسمك بعد عملية التصفية ؟

* كيفاش تحس روحك كي تكمل الدياليز ؟

8 – كيف تدرك انك قمت بعملية التصفية جيدة أم رديئة ؟ و إلى ماذا يعود ذاك ؟ * كيفاش تعرف باللي درت دياليز مليح ولا لالا؟ وعلاش ؟

9 – كيف هي علاقتك بالأطباء ؟

* كيفاش راهي علاقتك بالطبيب ؟

10 – كيف هي علاقتك بالممرضين ؟

* كيفاش راهي علاقتك بالفراملا ؟

11 كيف هي علاقتك بالمرضى ؟

* كيفاش راهي علاقتك بالمرضى ؟

12 –منذ بداية المرض و العلاج ما هي الأمراض الأخرى التي أصبحت تعاني منها ؟

* ماللي بداك المرض وليت تتعالج بالماشينا واش هما لمراض اللي راك مريض بيهم ؟

13 - منذ بداية المرض و العلاج هل استطعت الاستمرار بنشاطك الاجتماعي ؟

* مالي بداك المرض و تدير الدياليزتقدرتخدم ولا تقرا ؟

14 – كيف هي علاقتك بالاسرة منذ إصابتك بالمرض ؟ هل تغيرت معاملتهم و كيف ذلك ؟

* كيفاش راهي علاقتك مع الأسرة ؟ تبدلت معاملتهم ماللي مرضت ولا لالا و كيفاش ؟

15 – هل توجد المختصة النفسية بالقسم و تقوم بزيارتكم ؟
* راهي تجي عندكم ؟
16 – هل يوجد من يقدم لكم المساعدات ؟ ما نوعها ؟
* كاين اللي يعاونكم ؟ واش يجيبولكم ؟
17 – هل وجدت من يتبرع لك بكلية ؟ كيف ذلك ؟
*صت اللي يعطيك كلوة ؟ كيفاش صتها . وعلاه ما بغيتش؟

الخاتمة :

إن وضع اقتراب سوسيولوجي لدراسة الأمراض المزمنة و كشف الدلالة التي تحملها هذه الأمراض ما هو إلا مساهمة في محاولة إثراء البحوث الخاصة بهذا الداء .

إن المعنى الذي يعطيه الأفراد لمرض القصور الكلوي المزمن بصفة خاصة يعكس مستوى الفكر الاجتماعي بهذه الفئة حول ممارسات الصحة و المرض ، إذ توصلنا إلى تماطل الأفراد في طلب الخدمة الطبية فور إحساسهم بأعراض المرض و ذلك من خلال تفسير أسباب إصابتهم بالمرض ، و الذي يعود كما سبق و إن توصلنا إلى غياب الثقافة الصحية عند الأفراد مما ترتفع نسبة الإصابة بهذا المرض كل سنة ، و الاستمرار في نفس السياسة الصحية المتمثلة في تحقيق العلاج للمرضى أكثر من نشر الوعي الصحي عبر مختلف المؤسسات التنشئة الاجتماعية .

تسمح عملية الاستشفاء دخول المريض في علاقات اجتماعية جديد ،تسمح لهم إثبات الذات بعد القصور الذي يعيشه المصابين حيث توصلنا كيف أن مرض القصور الكلوي المزمن يتسبب في قصور العلاقات الاجتماعية بدءا من تخليهم عن بعض أدوارهم و نشاطاتهم الاجتماعية سواء الخاصة بالعمل أو الدراسة أو في أسرهم .

المراجع

خاتمة