

الأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية

إعداد

د/ عادل عبدالعزيز الجمعان	عبدالمجيد طاش نيازي
فادية أحمد عناني	مريم صالح عبدالله الأشقر
ليلى طه ضليمي	مسفر يحيى القحطاني
زكية محمد الصقبي	منال حسن الصومالي
منى إبراهيم بنقش	خديجة ترسن أبو بكر تركستاني

مراجعة وتدقيق

أ/ إيمان كمال إسكندر

إشراف

أ.د/ محمد بن مسفر القرني
عميد كلية العلوم الاجتماعية

بسم الله الرحمن الرحيم

نحمد الله ونشكره ونستهدي ونصلى ونسلم على سيد الخلق سيدنا محمد حبيبنا و على اله وصحبه أجمعين.

فإن الأعمال الطموحة تبدأ في أول المطاف بفكرة صغيرة تراود أصحابها وتتحدى عقولهم وإمكانياتهم ومن ثم تتحول إلى تخطيط وإصرار وعزيمة على تحويلها إلى كيان ملموس ومستقل بذاته يتحدث عن انجازاته ونجاحاته وهكذا كانت قصة هذا الكتاب بدأ بفكرة في

مجلة منتدى العلوم الاجتماعية. WWW.SWMSA.COM

وتبناها سعادة الأستاذ الدكتور/ محمد بن مسفر القرني عميد كلية العلوم الاجتماعية بجامعة أم القرى، وارتأى أن يسجل الخبرات العلمية والعملية لممارس الخدمة الاجتماعية الطبية في شتى المجالات والتخصصات ليهتدي بها ويستفيد ممارس الخدمة الاجتماعية الطبية وهذه رسالتنا نقدمها لزملائنا وزميلاتنا ليكون منبرا من منابر العلم والمعرفة.

وفقنا الله لما يحبه ويرضاه،،،

المشرف على مجلة العلوم الاجتماعية

أ/ طلال بن محمد الناشري

الفهرسة

- مقدمة..... ١
- دور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع ذوي الإعاقة..... ٢
- أمراض الرض الموروثة..... ٧٦
- دور الخدمة الاجتماعية الطبية في التعامل مع مرضى الزهايمر..... ١٠٦
- دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفشل الكلوي..... ١٧١
- دليل الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي..... ٢٢٨
- الخدمة الاجتماعية في غرف الطوارئ..... ٢٦٧
- دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع حالات العنف والاعتداء في المنشآت الصحية..... ٢٨١
- نظام التطوع للعمل الاجتماعي وتجربة التمريض مع الخدمة الاجتماعية الطبية..... ٢٩٨

بالمراكز الصحية.

- دور الأخصائي الاجتماعي مع مرضى الإيدز..... ٣٠٩
- الخدمة الاجتماعية الطبية مع مرضى السمع..... ٣٢٣



دور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع ذوي الإعاقة

إعداد

مريم صالح عبد الله الأشقر

ناشطة في مجال حقوق الإعاقة

الدوحة / قطر

أبريل ٢٠٠٩ م

المقدمة :

قال الله تعالى في كتابه الكريم: { لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرْجٌ وَمَنْ يُطِعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ يُدْخِلْهُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ وَمَنْ يَتَوَلَّ يُعَذِّبْهُ عَذَابًا أَلِيمًا }
 وقوله تعالى أيضاً : { مَثَلُ الْفَرِيقَيْنِ كَالْأَعْمَى وَالْأَصْمِ وَالْبَصِيرِ وَالسَّمِيعِ هَلْ يَسْتَوِيانِ مَثَلًا أَفَلَا تَذَكَّرُونَ }
 معاق.. معوق.. كلمتان يستخدمهما العامة في نعت الإنسان الذي يفضل

التربويون والأكاديميون تسميته إنساناً ذي إعاقة.

قديماً.. ولظروف اجتماعية واقتصادية وثقافية كان الطفل ذو الإعاقة لا يجد إلا مصيراً واحداً.. العزلة ، فلا إمكانيات لتأهيله وتدريبه ومحاولة علاجه، ولا ثقافة تؤهله للتعامل الصحيح معه.

ومع مرور الأيام تغيرت الصورة نحو الأحسن ، وربما كان تغييرها بطيئاً في الوقت الذي يتزايد فيه أصحاب هذه الاحتياجات بشكل كبير، فتتزايد أهمية العمل على رعايتهم أولاً، ثم على بحث كيفية جعلهم جزءاً لا يتجزأ من المجتمع، على مقاعد الدراسة والتعليم صغاراً.. وفي محافل العمل والإنتاج كباراً.

ورغم أن التكافل والرعاية واجب ديني قبل كل شيء إلا أننا يجب أن نعترف بتقصير المجتمع تجاه دعم ومساعدة الجهات الحكومية والأهلية التي نذرت نفسها لهذه الفئات والتي تعمل الكثير وبالقليل من الإمكانيات.

ويعتبر عام ١٩٨١ م بمثابة بوابة نور أضاءت مجال الاهتمام بالإعاقة ، كيف لا وهو عام دولي لذوي الإعاقة حيث لوحظ تطوير برامج دول العالم في

مجال الإعاقة ، فأضحت كل الدول تنشط لإصدار القوانين والتشريعات مما حدا
بهيئة الأمم المتحدة أن تعلن عقد الثمانينات عقداً دولياً للمعوقين ..

والمتتبع لقضية الإعاقة والمعوقين يلاحظ أن الأشخاص ذوي الإعاقة لم ينالوا
حقوقهم خلال الحقب التاريخية الممتدة فنجدهم يساقون إلى الموت عند القبائل
الهمجية في العصور القديمة لاعتقادهم الخاطئ أنهم غير نافعين للبشر، وفي
عصر الحضارة الإغريقية بقي الحال على ما هو عليه ولم يطرأ أي تحسن في
معاملتهم حيث كانوا يلقبون بالمعتوهين، لأنهم كانوا يعتقدون أن بهم مس من
الشيطان، لذا فإنه على الجميع تركهم على حالهم حتى يموتوا، كما كانوا
يستخدمونهم للتسلية والإضحاك والسخرية في بيوت الأغنياء .

ثم تلت المرحلتين السابقتين وهما مرحلة الإبادة ومرحلة الإهمال لظاهرة
الإعاقة، مرحلة الرعاية الإنسانية والتي يمكننا القول إنها انبثقت من الديانات
السماوية والتي نصت جميعها على القيم والمبادئ الإنسانية.

ففي العصر النصراني طرأ على حالهم بعض التحسن فأصبح يُعطف عليهم
ويقدم لهم المأوى والملبس والطعام، وعندما جاء دين الهداية، ديننا الإسلامي
شهد كل الأشخاص من ذوي الإعاقة كل مظاهر العون والتقبل من البيئة
المحيطة بهم بالإضافة إلى ما تضمنته الشريعة الإسلامية من خلال القرآن
الكريم والأحاديث النبوية الشريفة من حقوق لهم إلا أن الاعتقاد السائد عنهم أنهم
أشخاص غير قادرين على التعلم لم يتغير .

ثم جاءت مرحلة التربية والتأهيل التي بدأت مع بداية القرن التاسع عشر
حيث بداية مرحلة للمحاولات الأوروبية الجادة لتعليم وتأهيل ذوي الإعاقة، والتي
استمرت في تطور حتى بلغت ذروتها في أيامنا هذه، حيث بدأت المحاولات
الأولى للاهتمام بذوي الإعاقة وتزايد الاهتمام بهم وبحقوقهم عام تلو الآخر حتى

وصل بالمهتمين إلى المناداة بالمدرسة للجميع والدمج الاجتماعي الشامل لتمكين ذوي الإعاقة من العيش باستقلالية ..

وأخيراً كان مشاركة ومتابعة (١٩٨) دولة بالعالم في وضع (اتفاقية دولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة) تقدمت بها دولة المكسيك للأمم المتحدة في نيويورك شاركت بها كل الدول الخليجية والعربية على مدار أربع سنوات من بداية ٢٠٠٣م وحتى أغسطس ٢٠٠٦م، وتم فتح باب التوقيع والتصديق على هذه الاتفاقية والبروتوكول الاختياري اعتباراً من ٣٠ / مارس / ٢٠٠٧م وقد كان لي الشرف في الحضور والمشاركة في مناقشة مواد تلك الاتفاقية من خلال الثلاث الاجتماعات الأخيرة من هذه الاتفاقية.

إن الإعاقة اليوم أصبحت من العلوم الأساسية التي تدرس في كبرى جامعات العالم نظراً لأهميتها في واقع حياتنا اليوم، وانطلاقاً من أن الفرد من الممكن أن يتعرض للإعاقة في أي وقت .. ناهيك أن المجتمعات لا تخلو من العديد من ذوي الإعاقة، ويجب علينا أن نتعرف على كيفية التعامل مع هذه الفئات سواء من الأسرة أو المجتمع أو الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين.

تعريف الإعاقة :

يرتبط مفهوم الإعاقة Handicap بالكثير من المفاهيم الأخرى التي تتداخل معه ومن أهم تلك المفاهيم مفهوم الإصابة Impairment والعجز Disability وغيرها، وقد تختلف الآراء حول تلك المفاهيم واستخداماتها وطبيعة الاهتمامات التي توجه لذوي الإعاقة أو العجزة أو المصابين، كما قد تتباين وجهات النظر بين العامة والمتخصصين حسب طبيعة تلك الإعاقات والعجز والإصابة، ففي الواقع نجد الكثير من الاختلافات حول نوعية الرعاية التي تقدم لذوي الإعاقة جسماً عن ذوي الإعاقة نفسياً كما نجد اختلافاً ملحوظاً عند تحديد سبل الرعاية

والتأهيل لكل من ذوي الإعاقة والعجزة والمصابين وذلك حسب طبيعة الفئة العمرية ، فذوي الإعاقة الكبار Handicapped Adults يختلفون عن الأطفال من ذوي الإعاقة Handicapped Children ومن ثم فتقديم أحد أنواع الرعاية مثل الرعاية الصحية يمكن تحديدها حسب طبيعة العلاج Treatment والتأهيل الطبي Rehabilitation ونوعية الإعاقة أو العجز وطبيعة الفئات العمرية لها وهذا ينطبق أيضاً بالنسبة لأنماط الرعاية النفسية والاجتماعية والمهنية الأخرى ، ويرى بعض المتخصصين في مجال السياسة الاجتماعية وعلم الاجتماع الطبي وعلم الاجتماع النفسي الاجتماعي إن تحديد المفاهيم يعتبر جزءاً هاماً عند التعريف بمشكلة ذوي الإعاقة ونوعية الفئات التي تحتاج إلى رعاية بصورة أكثر، وربما تعتبر محاولة Harris من المحاولات التي سعت لتوضيح بعض هذه المفاهيم حيث يشير إلى أن مفهوم الإصابة يقصد بها عجز أو قصور في أحد أعضاء الجسم يؤدي إلى خلل وظيفي لعضو معين في جسم الفرد، أما مفهوم الإعاقة فهو نوع من القيود أو القصور في القيام بالأنشطة التي يسببها العجز كما يشير مفهوم العجز باعتباره نقصاً أو خللاً في القدرة الوظيفية Functional Ability .

بينما يرى أحد المهتمين بمجال الخدمة الاجتماعية هو ونج Wing بأن الإصابة نوع من القصور في أعضاء الجسم وعدم القيام بوظائف الأعضاء الداخلية أو الميكانيزمات الأخرى للجسم، أما الإعاقة هي نقص مميز في القدرات الوظيفية للجسم، وعلى أي حال عند تحليل مفهوم العجز والإعاقة لابد من تفسيره في ضوء ثلاثة عناصر رئيسية وهي:

أولاً: أن تفسير درجة العجز والإعاقة ترجع لطبيعة كل من المجتمع أو الفرد نفسه ونوعية القيم والاتجاهات التي ترتبط بنوعية الإعاقة وتحديدها اجتماعياً أو حسب ما يتفق عليه في المجتمع.

ثانياً: إن تفسير كل من القيم والاتجاهات تحدد في إطار البناء الثقافي والحضاري العام في المجتمع فالفرد يمكن أن يكون فرد من ذوي الإعاقة في مجتمع ما ولا يمكن أن يعتبر كذلك في مجتمع آخر ..

ثالثاً: كثيراً ما تكون تلك القيم والاتجاهات المجتمعية ونظرتها وتفسيرها للإعاقة أثراً سلبية وخاصة على كل من الفرد من ذوي الإعاقة وأسرته.

ولقد عرف الكثير من العلماء الإعاقة إلا أننا نلاحظ أن معظم المصادر والتعريفات تتفق على تعريف الإعاقة بأنها حالة تشير إلى عدم قدرة الفرد المصاب بعجز ما على تحقيق تفاعل مثمر مع البيئة الاجتماعية أو الطبيعية المحيطة، أسوة بأفراد المجتمع الآخرين المتكافئين له في العمر والجنس، والإعاقة ليست مرضاً من الممكن علاجه والشفاء منه وإنما هي حالة انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو الذي يعتبر عادياً من الناحية الجسمية، الحسية، العقلية، السلوكية، اللغوية أو التعليمية، مما ينجم عنه صعوبات وحاجات خاصة لا توجد لدى الأطفال الآخرين .. وهذه الصعوبات والحاجات تستدعي توفير فرص خاصة للنمو والتعلم، واستخدام أدوات وأساليب مكيّفة يتم تنفيذها فردياً وباللغة التربوية .

وأحب أن أذكر هنا بأن من يعتبر معاقاً في مجتمع ما لا يعتبر معاقاً في مجتمع آخر حيث أن الحواجز والاتجاهات والنظرة السلبية التي قد تسود مجتمع معين تجاه ذوي الإعاقة والإعاقة والمعوقات المكانية تؤدي في الكثير من

الأحيان إلى الحدّ من قدرة الفرد على الاستجابة لمتطلبات بيئته ولقد قال (Warms 1972) بأنه لا يوجد فرد معوق بل هنالك بيئة مجتمعية معيقة.

وتعرف الإعاقة بصفة عامة على أنها إصابة بدنية أو عقلية أو نفسية تسبب ضرراً لنمو الطفل البدني أو العقلي أو كلاهما، وقد تؤثر في حالته النفسية وفي تطور تعليمه وتدريبه وبذلك يصبح الطفل من ذوي الإعاقة وهو أقل من رفقاءه في نفس العمر سواء في الوظائف البدنية أو الإدراك أو كلاهما.

كما تعرف الإعاقة بأنها تعني قصوراً أو عيباً وظيفياً يصيب عضواً أو وظيفة من وظائف الإنسان العضوية أو النفسية بحيث يؤدي إلى خلل أو تبدل في عملية تكيف هذه الوظيفة مع الوسط، والإعاقة موجودة في تكوين الإنسان وليست خارجة عنه تؤثر على علاقته مع الوسط الاجتماعي بكل أبعاده، الأمر الذي يتطلب إجراءات تربوية تعليمية خاصة تتسجم مع الحاجات التي يتطلبها كل نوع من أنواع الإعاقة.

وهناك أسباب كثيرة للإعاقة منها أسباب وعوامل حدثت قبل الولادة، ومنها أسباب وعوامل مرافقه لعملية الولادة وعوامل أخرى حدثت بعد الولادة، إضافة إلى العوامل الوراثية التي تؤدي إلى الإعاقات الذهنية العقلية.

والإعاقة قد تكون عاهة واحدة أو عدة عاهات مختلفة في نفس الطفل وقد تسبب عجزاً كاملاً أو جزئياً.

كما يمكن أن تكون الإعاقة ثانوية بمعنى أن تصيب الإنسان بعد اكتمال نمو المخ والجسم كما هو معروف في حوادث الطرق.

تعريف الأشخاص ذوي الإعاقة :

تختلف التسميات التي تم إطلاقها سابقاً على الأطفال المعوقين تبعاً لمتغيرات عديدة ، وبوجه عام ، لعل التسمية الأخيرة والتي تم اعتمادها من خلال الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هو ((الأشخاص ذوي الإعاقة)) فمن خلال مناقشات تلك الاجتماعات وحضور العديد من الأشخاص من ذوي الإعاقة تم طرح ثلاث مسميات منها :

١- المعاق - المعوق - المعاقين.

٢- ذوي الاحتياجات الخاصة.

٣- الأشخاص ذوي الإعاقة.

حيث تم اعتماد المسمى الأخير وهو ((الأشخاص ذوي الإعاقة)) بناء على رغبتهم والذي يعتبر أكثر قبولاً لديهم ، حيث أن كلمة معوق يعتبر مسمى مهين لهم وكأنه يبرز مواطن الضعف لديهم ، ومسمى ذوي الاحتياجات الخاصة يشاركونهم فئات أخرى مثل المسنين والأيتام والموهوبين والمرضى المزمنين . يمكن تعريف ذوي الإعاقة "بأنهم أولئك الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط في جانب ما أو أكثر من جوانب الشخصية إلى الدرجة التي تحتم احتياجاتهم إلى خدمات تعليمية وتربوية خاصة وتستلزم ترتيبات وأوضاع وممارسات تعليمية معينة لإشباع هذه الاحتياجات".

وهناك تعريف آخر وهو "هم الأطفال الذين يعانون من حالات ضعف معينة تزيد من مستوى الاعتماد لديهم ، وتحّد من قدراتهم أو تمنعهم من القيام بالوظائف المتوقعة ممن هم في عمرهم بشكل مستغل.

وقد جاء تعريف ذوي الإعاقة في القانون القطري رقم (٢) لسنة ٢٠٠٤م

كالتالي :

"هو كل شخص مصاب بعجز كلي أو جزئي إلى المدى الذي يحدّ من حواسه أو قدراته الجسمية، العقلية، النفسية إلى المدى الذي يحدّ من إمكانياته للتعلم أو التأهيل أو العمل بحيث لا يستطيع تلبية احتياجاته العادية أو بعضها بشكل مستقل".

تصنيف فئات الإعاقة الرئيسية :

م	فئة الإعاقة	التعريف
١	الإعاقة الذهنية	انخفاض ملحوظ في مستوى القدرات العامة (درجة الذكاء تقل عن ٧٠٪) وعجز في السلوك التكيفي وعدم القدرة على الأداء المستقل أو تحمل المسؤولية المتوقعة ممن هم في نفس العمر والمجموعة الثقافية.
٢	الإعاقة السمعية	فقدان سمعي يؤثر بشكل ملحوظ على قدرة الفرد لاستخدام حاسة السمع للتواصل مع الآخرين وللتعلم من خلال الأساليب التربوية العادية.
٣	الإعاقة البصرية	ضعف بصري شديد حتى بعد تصحيح الوضع جراحياً أو بالعدسات مما يحدّ من قدرة الفرد على التعلم عبر حاسة البصر بالأساليب التعليمية الاعتيادية.
٤	الإعاقة الجسمية	اضطرابات شديدة عصبية أو عضلية أو عظمية أو أمراض مزمنة تفرض قيوداً على إمكانية تعلم الطفل.
٥	صعوبات التعلم	اضطراب في العمليات النفسية الأساسية (الانتباه ، التذكر ، التفكير ، الإدراك) اللازمة لاستخدام اللغة أو فهمها أو تعلم القراءة والكتابة والحساب أو التعلم من خلال الأساليب التربوية العادية.
٦	اضطرابات الكلام واللغة	اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية وتربوية خاصة.
٧	الاضطرابات السلوكية	انحراف السلوك من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله عما يعتبر سلوكاً عادياً مما يجعل الطفل بحاجة إلى أساليب تربوية خاصة.

كما أن هناك حالات من تعدد الإعاقة (أي وجود أكثر من إعاقة في

الشخص) وهذا راجع بدرجة كبيرة إلى ما يسمى "بزواج الأقارب".

أسباب حدوث الإعاقة:

هناك أسباب عدة تؤدي إلى إصابة الفرد بالإعاقة ولكن وعلى الرغم من التقدم العلمي والطبي الهائل في النصف الثاني من هذا القرن لا تزال عملية تحديد أسباب الإعاقة بكافة أنواعها صعبة بالنسبة لأعداد غير قليلة من الحالات ويمكن تصنيف الأسباب المحتملة لحدوث الإعاقة حيث يوجد سببان للإعاقة وهما :

(١) أسباب وراثية:

وهي التي تنتقل من جيل إلى جيل آخر عن طريق الجينات كما هو موجود في بعض الأسر مثل الإعاقة الذهنية، النقص الوراثي في إفراز الغدة النخامية، ومن أهم أسبابه زواج الأقارب .

(٢) أسباب بيئية:

وهي التي تلعب دورها من الحمل حتى الوفاة وهي مؤشرات ما قبل الولادة وأثنائها وبعدها.

(أ) أسباب ما قبل الولادة (أثناء الحمل): وهي تلك العوامل والمشكلات التي

يتعرض لها الجنين وأمه أثناء فترة الحمل ومن أمثلة ذلك:

١- إصابة الأم الحامل وخصوصاً في الثلاث الأشهر الأولى للأمراض الخطيرة والمعدية مثل الحصبة الألمانية أو إصابتها بالاضطرابات الجلدية كالإصابة بالأمراض الجنسية كمرض الزهري مما يؤدي إلى احتمال تعرض الجنين لإصابات العين والقلب والمخ والكلى والغدد والربو الشديد.

٢- تسمم الأم الحامل نتيجة تناولها بعض الأدوية والعقاقير الطبية الضارة بالجنين دون استشارة الطبيب.

٣- تعرض الأم الحامل وخصوصاً أثناء الثلث الأشهر الأولى من الحمل للأشعة السينية لذلك يجب على الطبيب التأكد ما إذا كانت المريضة حامل أم لا قبل إجراء الفحوصات بالأشعة السينية.

٤- التدخين وتعاطي المسكرات والمخدرات (ضار بالجنين والأم معاً).

٥- تسمم الحمل مثل (ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل - تورم الجسم).

٦- تعرض الحامل إلى الصدمات النفسية الحادة أثناء فترة الحمل.

٧- سوء التغذية للأم الحامل من ناحية النقص في الأغذية وعدم تناول كميات كافية من العناصر الغذائية اللازمة للجسم فسوء التغذية الذي تتعرض له الحامل يؤدي إلى آثار سلبية عند الجنين إذ أنه يحد من النمو خاصة في الجهاز العصبي للطفل.

٨- العوامل الوراثية وهي مجموعة من العوامل الجينية التي تؤثر على الجنين لحظة الإخصاب ومنها عدم توافق عامل رايزس في دم الزوجين نتيجة (زواج الأقارب).

(ب) أسباب أثناء عملية الولادة : وتتضمن الصعوبات والمخاطر التي قد تحدث أثناء عملية الولادة.

١- حدوث الولادة قبل موعدها المحدد وقد يؤدي هذا إلى نزيف أثناء الولادة.

٢- تعرض المولود للاختناق أثناء الولادة المتعسرة كالتفاف الحبل السري حول عنق المولود مما يؤدي إلى نقص الأكسجين الواصل لمخ الجنين بسبب انفصال المشيمة قبل موعدها أو إصابة الطفل بالأمراض الرئوية الحادة.

٣- الخداج: والذي يعني ولادة طفل قبل الموعد الطبيعي أو انخفاض وزنه لحظة الولادة بشكل ملحوظ.

- ٤- عدم الاهتمام بنظافة الجنين مباشرة بعد الولادة مما يؤدي إلى الإصابة بالرمم الصددي والذي يؤدي إلى فقد البصر.
- ٥- الولادة المتعسرة وصعوبتها واستخدام الأدوات المساعدة للولادة كما في الولادة المقعدية أو الولادة بالملقط أو الشفط .. الخ وفي مثل هذه الحالات من الممكن إصابة الجنين في الرأس وتعرض الجمجمة للضغط الزائد أو الرضوض والكدمات مما قد يسبب تلفاً دماغياً.
- ٦- عدم العناية الكافية بالمولود في الساعات الأولى بعد الولادة مثل تعرضه للبرد أو الحر الشديد مما يؤثر على التمثيل الغذائي في جسم الطفل وخلايا المخ.
- ٧- قصور في الدورة الدموية للمولود مما ينتج عنه نقص في أوكسجين الدماغ وأنسجة الجسم المختلفة.
- ٨- إصابة المولود باليرقان الشديد.
- (ج) ما بعد الولادة:** وتتضمن الإصابات والحوادث والأمراض التي قد يتعرض لها الطفل.
- ١- تعرض الطفل إلى الإصابة بالأمراض (كمرض الحمى الشوكية، شلل الأطفال، التهاب السحايا، التهاب الأذن الوسطى)
- ٢- الارتفاع الشديد في درجة الحرارة وعدم علاجها.
- ٣- الإصابات المختلفة وبخاصة إصابات الرأس التي تنتج عن الحوادث المختلفة كالسقوط من مكان مرتفع داخل المنزل وخارجه أو حوادث السيارات.
- ٤- الأمراض الخطيرة المزمنة مثل (السرطان).
- ٥- إساءة استخدام العقاقير الطبية.

٦- الظروف الأسرية المضطربة والحرمان البيئي الشديد مثل سوء التغذية الشديد والمزمن.

٧- حوادث التسمم مثل ابتلاع بعض المواد السامة كالرصاص أو استنشاق غاز أول أكسيد الكربون أو ابتلاع أجسام قد تؤدي به إلى الاختناق (البالون - أغطية) وغير ذلك.

كيفية الوقاية من الإعاقة :

كل شيء بقضاء الله وقدرته ولكن هناك بعض النقاط يجب أن نذكرها عن

كيفية الوقاية من الإعاقة مثل :

١. فحص المقبلين على الزواج تفادياً للإضطرابات الوراثية لدى الزوجين..
- وأنامل أن يكون تطبيقه إلزامياً في دولنا العربية وذلك للحدّ من الإعاقة.
٢. استشارة الطبيب المختص عند تناول الأم الحامل للعقاقير الطبية.
٣. الحدّ من زواج الأقارب.
٤. الفحص الدوري والثابت للأم الحامل طوال فترة الحمل وتوفير الرعاية الصحية المناسبة للأم الحامل.
٥. باستطاعة الأم الوقاية من بعض التشوهات الخلقية في الدماغ والحبل الشوكي وذلك بالبداية بتناول فيتامين (ب) أثناء الحمل.
٦. تقديم اللقاحات الخاصة للوقاية من الحصبة الألمانية.
٧. إحالة الأم الحامل إذا استدعت الحالة إلى الإرشاد الجيني.
٨. تقديم مساعدات غذائية عينية للأمهات الحوامل وصغار الأطفال وتقديم البرامج الإرشادية عن التغذية السليمة والمضاعفات الناتجة عن سوء التغذية.
٩. تلقي الطفل للتطعيمات بصورة منتظمة.

١٠. عدم تعرض الأم الحامل للأشعة السينية.
١١. معرفة التاريخ المرضي للعائلة.
١٢. مراقبة الطفل بشكل مباشر خاصة أثناء تعلمه المشي وإبعاده قدر الإمكان عن الأماكن الخطرة ووقاية له من التعرض للحوادث وخاصة في السنتين الأولى من عمره.
١٣. توفير الخدمات الصحية المناسبة للأطفال في مراكز الأمومة والطفولة.
١٤. إعلام الطبيب عن أي أمراض خطيرة تعاني منها الأم الحامل والتي قد تجعلها في وضع خطر هي والجنين ومن هذه الأمراض السكري والنوبات الصرعية وارتفاع ضغط الدم واضطرابات الغدة الدرقية.
١٥. إجراء فحوصات دورية للأطفال من خلال برنامج وقائي شامل لصحتهم في السنوات الخمس الأولى .
١٦. تقديم التدخل التربوي والاجتماعي المبكر لتعويض النقص الذي قد يتعرض له الطفل نتيجة الحرمان الثقافي وانخفاض مستوى الرعاية التي يحصل عليها من أسرته بشكل عام ووالديه بشكل خاص.
١٧. تشجيع الولادات في المستشفيات نظراً لتوفر الإمكانيات سواء من حيث الخبرة الطبية أو المعدات والأجهزة.

ما هي ردود فعل الوالدين النفسية نحو إعاقة طفلها:

إن أعلى ما في الوجود هم الأبناء "المال والبنون زينة الحياة الدنيا" وإن وجود طفل في الأسرة يعتبر حدث مهم تتم على أثره الكثير من التغيرات والاستعدادات.. لكن عندما يكون هذا الحدث السعيد طفل يعاني من صعوبات

تتطلب الكثير من الرعاية الطبية والأسرية والتعليمية فبالطبع يترتب على مثل هذا الأمر الكثير من الصعوبات.

وتحدث الإعاقة في العادة ردود أفعال متنوعة ومختلفة لدى الوالدين الأمر الذي يحدّ من قدرتهما على تربية الطفل من ذوي الإعاقة والعناية به، وعلى الرغم من إن ردود الفعل تختلف بمراحل انفعالية ونفسية متشابهة وينبغي التأكيد على أن هذه الانفعالات ليست مرضية بل هي طبيعية.

م	ردة الفعل	الإجراء المطلوب من الأخصائيين
١	" الصدمة ": عدم تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي وتعتبر الصدمة أول ردة فعل تنجم من جراء ولادة طفل من ذوي الإعاقة للأسرة حيث يعاني الأهل من الإرباك ، وأنهم واقعون في مشكلة ، ويبدأون بطرح الأسئلة التي تعبر عن الصدمة مثل : أنا لا أصدق ذلك ، ماذا أفعل ، أنا أعرف بأن أبنائي يعاني من مشكلة لكن ليست بهذه الجدية.	ضرورة دعم الوالدين وإرشادهم وتشجيعهم على تقبل الإعاقة والرضا بقضاء الله وقدره.
٢	" النكران ": عدم الاعتراف بأن الطفل يعاني من إعاقة.	لا تواجه الوالدين بالحقائق بشكل مباشر بل أتح لهما الفرصة ليقارنا أداء طفلهم بأداء الأطفال الآخرين من نفس العمر ، ساعدهم على تقييم الوضع بموضوعية حتى لا يحرم الطفل من الحصول على الخدمات الطبية اللازمة له.
	" الحداد ": تعيش الأسرة فترة حداد أو عزاء على الحلم الجميل الذي لم يتحقق (الطفل	قدم المساعدة العملية للوالدين ، وعبر عن تعاطفك معهم ، وقدر شعورهما

<p>بالألم وخيبة الأمل ، وأدعهم للانخراط بالمجتمع والتكيف مع الإعاقة.</p>	<p>٣ العادي).</p>
<p>كن بجانب الوالدين الذين يعبرون عن خجلهم وخوفهم ، وزودهم بالمعلومات الحقيقية عن الإعاقة ، وقد تكون مجموعات ذات فائدة كبيرة.</p>	<p>٤ " الخجل والخوف " : تخوف الأسرة من عدم مقدرتها على التعايش مع حالة الإعاقة.</p>
<p>شجع الوالدين على حضور الندوات والبرامج والأنشطة المتعلقة بذوي الإعاقة ، وتقبل انفعالاتهما دون أن تطلق الأحكام عليهم.</p>	<p>٥ " اليأس والاكتئاب " : لجوء الوالدين إلى الانطواء على الذات والامتناع عن مخالطة الناس لفقدان الأمل والثقة بالأطباء وعدم قدرتهما على التحمل.</p>
<p>تقبل تعبير الوالدين عن الغضب ووجه غضبهما بطريقة صحيحة ودعهم يعبران عما في داخلهما ، تفهم شعورهم بالإحباط.</p>	<p>٦ " الغضب والشعور بالذنب " : وهي ظاهرة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط ، ويظهر الغضب والشعور بالذنب عند الأهل ، فقد يوجه الغضب إلى الخارج مثل :</p> <ul style="list-style-type: none"> • انتقاد تجهيزات المستشفى : بحيث لم تكن كافية وبمستوى مناسب وقت الولادة. • الأطباء : بأنهم حديثو العهد في مجال الطب ومهاراتهم ليست عالية. • انتقاد المعلمين : وخبراتهم ومؤهلاتهم واتجاهاتهم وأنهم لم يقدموا التدريب والتعليم المناسب لأبنهم. • النقد نحو الذات : بحيث يلوم الأب نفسه أو زوجته ، وقد تلقي الزوجة باللوم على نفسها أو على زوجها ،

	وأنهم لم يتخذوا الإجراءات المناسبة أثناء الحمل.	
٧	" التمني والآمال غير الواقعية ": انهماك الوالدين بالبحث عن كل الطرق العلمية وغير العلمية لمساعدة طفلهما.	إن الوالدين في هذه المرحلة بحاجة إلى الحماية والدعم ولكن دون تشجيعهما على تبني الآمال الكاذبة والتوقعات غير المنطقية.
٨	" الرفض أو الحماية الزائدة ": تكون مشاعر سلبية نحو الطفل أو المغالاة في العناية به ، مما يحدّ من استغلالية الطفل ونموه وتكون نتائجه النفسية على المدى البعيد مدمرة وتزرع فيه روح الإتكالية وهناك <u>نوعان للرفض :</u> <ul style="list-style-type: none"> ● الرفض العلني : يظهر عند الآباء بعدة أنماط سلوكية منها الامتناع من الطفل والاستياء منه ونقده وتجريحه وإيذائه وحرمانه من إشباع رغباته وعزله عن الآخرين وتهديده وإهماله وهذه الأنماط تؤدي إلى حدوث نوع من الهوة في العلاقة بين الأسرة والفرد من ذوي الإعاقة ● الرفض الضمني : ويتمثل بالحماية الزائدة والقلق الزائد والعناية والرعاية المفرطة والدلال الزائد بحيث يحصل الطفل على أشياء لا يستطيع أن يحصل عليه أخوته ويمكن أن يستحوذ 	وجه الوالدين وقدم لهما الاستشارات المناسبة ، ولعل أفضل الطرق هو أن تتعامل مع الطفل إيجابياً وتركز على التحسن في أدائه.

	<p>الطفل على اهتمام الوالدين فنجدهما يعملان كل ما بوسعهما للطفل حتى لو كان قادراً على ذلك ، ويهمل الأهل بقية الأخوة مما يؤثر على شخصيته وعلى تكيف أخوته وشخصياتهم ومدى تقبلهم.</p>	
<p>دع الوالدين يشاركان في تقديم الخدمات لطفلها وزودهما بالمعلومات التي يحتاجان إليها للتعامل مع طفلها بطريقة مناسبة.</p>	<p>" التكيف والتقبل ": يتمثل تكيف وتقبل الوالدان في القدرة على التحمل وتفهم الحاجات الخاصة للطفل ومحاولة البحث عن الخدمات المتوفرة في المجتمع والتي من شأنها تلبية تلك الحاجات.</p>	٩
<p>مساعدة الوالدين على تقبل حقيقة إعاقة ابنهم والتكيف لها والتعايش معها.</p>	<p>" التسوق الطبي والاجتماعي ": مراجعة العديد من الأطباء والمراكز الاجتماعية لكي يسمع الوالدين أن طفلهم ليس من ذوي الإعاقة.</p>	١٠

مفهوم الدمج :

مفهوم الدمج في جوهره مفهوم اجتماعي أخلاقي نابع من حركة حقوق الإنسان ضد التصنيف والعزل لأي فرد بسبب إعاقته إلى جانب تزايد الاتجاهات المجتمعية نحو رفض الوصمة الاجتماعية للأشخاص من ذوي الإعاقة، فسياسة الدمج هي التطبيق التربوي للمبدأ العام الذي يوجه خدمات التربية الخاصة وهو التطبيع نحو العادية في أقل البيئات قيوداً ..

يعتبر دمج ذوي الإعاقة في المجتمع أحد الخطوات المتقدمة التي أصبحت برامج التأهيل المختلفة تنظر إليها كهدف أساسي لتأهيل ذوي الإعاقة حديثاً.

ودول الخليج هي إحدى الدول التي زاد الاهتمام فيها في الآونة الأخيرة بذوي الإعاقة وخدماتهم وأصبح هناك تغيير في النظرة إلى ذو الإعاقة سواء على مستوى صناع القرار أو على المستوى الشعبي.

والمقصود بأسلوب الدمج هو تقديم كافة الخدمات والرعاية لذوي الإعاقة في بيئة بعيدة عن العزل وهي بيئة الفصل الدراسي العادي بالمدرسة العادية ، أو في فصل دراسي خاص بالمدرسة العادية أو فيما يسمى بغرف المصادر والتي تقدم خدماتها لذوي الإعاقة لبعض الوقت .. وهذا يعني عدم عزل هؤلاء الأفراد في مؤسسات خاصة من أقرانهم العاديين ويمكن للدمج أن يحقق الأهداف التالية :

- إتاحة الفرصة لجميع الأطفال ذوي الإعاقة للتعليم المتكافئ والمتساوي مع غيرهم من أطفال المجتمع .
- إتاحة الفرصة للأطفال ذوي الإعاقة للانخراط في الحياة العادية .
- إتاحة الفرصة للأطفال العاديين للتعرف على الأطفال ذوي الإعاقة عن قرب وتقدير مشكلاتهم ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة

- خدمة الأطفال ذوي الإعاقة في بيئاتهم المحلية والتخفيف من صعوبة انتقالهم إلى مؤسسات ومراكز بعيدة عن بيئتهم خارج أسرهم، وينطبق هذا بشكل خاص على الأطفال من المناطق الريفية والبعيدة عن خدمات مؤسسات التربية الخاصة.
- استيعاب أكبر نسبة ممكنة من الأطفال ذوي الإعاقة الذين قد لا تتوفر لديهم فرص التعليم.
- يساعد الدمج أسر الأطفال من ذوي الإعاقة على الإحساس بالعادية وتخليصهم من المشاعر والاتجاهات السلبية.
- يهدف الدمج إلى تعديل اتجاهات أفراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامة من مديريين ومدرسين وطلبة وأولياء أمور وذلك من خلال اكتشاف قدرات وإمكانيات الأطفال ذوي الإعاقة التي لم تتاح لهم الظروف المناسبة للظهور.
- التقليل من الكلفة العالية لمراكز ومؤسسات التربية الخاصة. وينبغي ألا يغيب عن بالنا بأن للدمج قواعد وشروط علمية وتربوية لابد أن تتوفر قبل وأثناء وبعد تطبيقه ، كما وأن رغم وجود المعارضين فإن مبدأ الدمج أصبح قضية تربوية ملحة في مجال التربية الخاصة، ولعل أكثر ما يخشاه المعارضون لمبدأ الدمج هو حرمان الطالب ذوي الإعاقة من التسهيلات والخدمات والرعاية الخاصة سواء التربوية أو النفسية أو الاجتماعية أو مساعدات أخرى.
- ولكن حتى يضمن مقدمي الخدمة لذوي الإعاقة نجاح الدمج وتقبله على المستوى الشعبي أو على مستوى صناع القرار، فلا بد للنظر إلى العوائق والاحتياجات، ثم لابد من التخطيط الدقيق لمجموعة من البرامج التي تهيئ عملية الدمج ، ونستطيع أن نطلق عليها " برامج ما قبل الدمج".

تعريف الدمج

الدمج هو "التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الإعاقة والأطفال العاديين في الفصول العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل"، وارتبط هذا التعريف بشرتين لا بد من توافرها لكي يتحقق الدمج وهما :

- (١) وجود الطفل في الصف العادي لجزء من اليوم الدراسي.
- (٢) الاختلاط الاجتماعي المتكامل وهو ما يطلق عليه (الدمج المجتمعي) بين ذوي الإعاقة والأفراد العاديين من خلال السكن والعمل والترفيه وغيره وهذا يتطلب أن يكون هناك تكامل وتخطيط تربوي مستمر.

أهداف الدمج وأهميته:

لتطبيق عملية الدمج هناك أهداف ممكن تحقيقها كما في النقاط التالية:

١. التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال أنفسهم.
٢. تخليص الطفل وأسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلقها وجوده في المدارس الخاصة.
٣. إعطاء الطفل من ذوي الإعاقة فرصة أفضل ومناخ أكثر تناسلاً لينمو نمواً أكاديمياً واجتماعياً ونفسياً سليماً.
٤. تحقيق الذات عند الطفل من ذوي الإعاقة وزيادة دافعيته نحو التعليم ونحو تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الغير.
٥. تعديل اتجاهات الناس وتوقعاتهم نحو الطفل من ذوي الإعاقة من كونها اتجاهات سلبية إلى اتجاهات أكثر إيجابية.
٦. تعديل اتجاهات الأسر وأفراد المجتمع وكذلك المعلمين وتوقعاتهم نحو الطفل من ذوي الإعاقة من كونها اتجاهات تميل إلى السلبية إلى الأخرى الأكثر إيجابية.

٧. من الناحية الاقتصادية فإن دمج الأطفال من ذوي الإعاقة في المدارس العامة يكون أقل تكلفة مما لو وضعوا في مدارس خاصة لما تحتاجه تلك المدارس من أبنية ذات مواصفات خاصة وجهاز متخصص من العاملين بالإضافة إلى الخدمات الأخرى.

٨. دمج الطفل من ذوي الإعاقة مع الأطفال العاديين يساعد هؤلاء في التعرف على هذه الفئة من الأطفال عن قرب وكذلك تقدير احتياجاتهم الخاصة وبالتالي تعديل اتجاهاتهم.

٩. إن الدمج يزود الأطفال من ذوي الإعاقة بالفرص المناسبة لتحسين كل من مفهوم الذات والسلوكيات الاجتماعية التي وجد بأنهما مرتبطان ببعضهما بشكل كبير.

١٠- التركيز بشكل أعمق على المهارات اللغوية للطفل من ذوي الإعاقة في المدارس العادية فنجد أن تعلم اللغة لا يتم بالصدفة وإنما يعتمد بشكل كبير على العوامل البيئية، ويعتبر النمو اللغوي مهماً جداً للأطفال المدمجين حيث يسهل نجاحهم من خلال التفاعلات اليومية مع الآخرين.. لذا فإن عملية تكيف الجوانب المرتبطة باللغة كالقراءة، والكتابة، والتهجئة، والكلام، والاستماع تعد مطالب ضرورية لنجاح دمجهم.. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأطفال من ذوي الإعاقة في فصول الدمج الذين تقدم لهم مناهج معدلة وبرامج تربوية فردية في المهارات اللغوية يظهرون مقدرة أفضل للتعبير عن أنفسهم.

١١- الأطفال من ذوي الإعاقة لديهم الحق في تلقي التعليم في المدارس العادية كبقية الأطفال العاديين.

١٢- يعتبر الدمج جزءاً من التغيرات السياسية الاجتماعية التي حدثت عبر العالم.

- ١٣- إن التربية الخاصة في المدارس العادية تساعد على تجنب عزل الطفل عن أسرته والذين قد يكونوا مقيمين في مناطق نائية.
- ١٤- أن الفصول الخاصة في المؤسسات الخاصة تضم أطفالاً ذوي مشكلات وسمات مشاغبة أكثر من الأطفال ذوي الإعاقات، خاصة في مؤسسات الإعاقة العقلية.
- ١٥- تقليل آثار الوهم السلبية من قبل الأطفال الآخرين، والمدرسة من أفراد العائلات الأخرى من غير ذوي الإعاقة.
- ١٦- وضع الأطفال من ذوي الإعاقة في ظروف ومناخ تعليمي أكثر إدماجاً.
١٧. أقل تكلفة وتوفر تعليمياً فردياً .

ولكن يجب الا يغيب عن أذهاننا بأن الدمج قد لا يكون الحل الأمثل لكل الأطفال من ذوي الإعاقة، بل إن معظم الأطفال من ذوي الإعاقة قد لا يتمكنوا من النجاح في أوضاع الدمج المختلفة لتباين حاجاتهم وعدم فعالية الخدمات التي قد تقدم لهم في تلك الأوضاع الدراسية..

ففي حين أن الدمج قد يكون حلمًا وأملًا يتمناه الكثير من الأفراد من ذوي الإعاقة إلا أنه قد يكون كارثة للبعض الآخر لما قد يطرأ عليه من سلبيات في عملية التطبيق إذا لم يتم احتواؤها مسبقاً أو الاستعداد لها.

أنواع الدمج وأشكاله :

١. الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية :

تعتبر الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية شكلاً من أشكال الدمج الأكاديمي ويطلق عليه اسم الدمج المكاني حيث يلتحق الطلبة غير العاديين مع الطلبة العاديين في نفس البناء المدرسي ولكن في صفوف خاصة بهم.

٢. الدمج الأكاديمي:

يقصد بالدمج الأكاديمي التحاق الطلبة غير العاديين مع الطلبة العاديين في الصفوف العادية طوال الوقت حيث يتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية مشتركة

ويشترط في مثل هذا النوع من الدمج توفر الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاح هذا النوع من الدمج.

٣. الدمج الاجتماعي:

يقصد بالدمج الاجتماعي دمج الأفراد العاديين مع غير العاديين في مجال السكن والعمل والنشاطات الترفيهية والرياضية ويطلق على هذا النوع من الدمج بالدمج الوظيفي.

دور الأخصائي الاجتماعي في عملية الدمج :

إن الأخصائي الاجتماعي يهدف إلى إعادة التوازن وإحداث التغيير في البيئة وتحقيق العدالة الاجتماعية، وينطلق في عمله من خلال ثلاثة محاور أساسية هي:

١. التدخل الاجتماعي مع الفرد والأسرة .

٢. التدخل الاجتماعي مع الجماعة .

٣. التدخل الاجتماعي مع المجتمع المحلي .

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية ذوي الإعاقة كافة أساليب التدخل الاجتماعي مع الفرد والأسرة والجماعة والمجتمع المحلي، وهو عبارة عن تقنيات علمية مثل دراسة الحالة ، دراسة التاريخ الاجتماعي أو التطوري للفرد والأسرة، المقابلة، للوصول إلى حل المشاكل التي تواجه الفرد من ذوي الإعاقة على الصعيد الشخصي والأسري والمجتمعي .

ويمكننا حصر دور الأخصائي الاجتماعي في عملية الدمج فيما يلي:

يلي:

١- دوره مع الإدارة المدرسية :

إن للإدارة في المدرسة دور كبير لتقبل فكرة استقبال طفل ذي إعاقة واقتناعهما بمفهوم الدمج، خاصة أن هذه العملية تحتاج إلى متطلبات وإمكانيات خاصة لتوفير عناصر نجاحها مثل غرفة مصادر، وسائل إيضاحية تتعلق بحالة ذوي الإعاقة وتجهيزات هندسية محددة للمبنى المدرسي.

كما أن للإدارة دور في تحضير المعلمين للتعامل مع الطفل من ذوي الإعاقة داخل الصف لذلك يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتعرف على إمكانيات الإدارة، على مدى استعدادها لمتابعة هذه العملية ومدى توفيرها لفرص إنجاحها، مما يحتم عليه أن يبني معها علاقة ثقة وتعاون لمواجهة الصعوبات التي ستعرض لها في عملية دمج الطفل من ذوي الإعاقة بناءً على ذلك يتوجب عليه أن :

١- يساعد الأخصائي الاجتماعي الإدارة و يعرفها على متطلبات الدمج، عبر التعاون والتنسيق مع الجهات المعنية من مؤسسات اجتماعية تأهيلية، مؤسسات تمويلية، وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية، وغير ذلك.

٢- أن يتعرف الأخصائي الاجتماعي على الطفل من ذوي الإعاقة لتحديد احتياجاته والاضطرابات التي يعاني منها ، تبعاً لحالته (خفيفة أو متوسطة) بالتعاون مع طبيبه المختص، أهل الطفل والفريق الطبي الذي يقوم بمعالجته (إذا دعت الحاجة) وذلك كله لمناقشة حالته مع الإدارة و الهيئة التعليمية لوضع برنامج ملائم لتطوير قدراته والتمكن من تعليمه

٢- دوره مع الهيئة التعليمية :

يقع على الهيئة التعليمية عبء كبير في العملية التعليمية، لذلك على الأخصائي الاجتماعي أن يقدم لها الدعم، لذلك يتوجب عليه أن:

١- يتعرف على الهيئة التعليمية وعلى قدرتها ومدى قبولها للطفل من ذوي الإعاقة داخل الصف ، ويحدد مدى معلوماتها عن موضوع الدمج من خلال المقابلة الجماعية والمناقشات .

٢- يعدّ الأخصائي الاجتماعي دورة تحضيرية لتزويد المعلمين، بمعلومات حول الإعاقة وأنواعها، والصعوبات التي يعاني منها الطفل، التدريبات اللازمة لوصوله إلى الاستقلالية في المدرسة، والتكيف مع نفسه ورفاقه، أي الدمج وأهميته وفوائده وانعكاسه على حياة الطفل النفسية والاجتماعية .

٣- يركز الأخصائي الاجتماعي على دور الهيئة التعليمية في عملية متابعة حالة الطفل ذوي الإعاقة ومنحه الوقت الكافي أو ضرورة اللجوء إلى استشارته لحل المشاكل الطارئة بالتعاون مع أهل الطفل ذوي الإعاقة والإدارة و الفريق الطبي.

٤- يوجه الأخصائي الاجتماعي عبر إرشاداته ونصائحه الهيئة التعليمية حول كيفية التعامل مع الطفل ذوي الإعاقة في المدرسة، باعتباره فرداً بحاجة إلى دعم مثل الأطفال الآخرين، فالهدف هو التركيز على ما يستطيع الطفل ذوي الإعاقة القيام به، أكثر من التركيز على الإعاقة نفسها.

٥- يتابع الأخصائي الاجتماعي الهيئة التعليمية ويبني علاقة ثقة وتعاون واحترام معهم، كونه أحد أفراد الفريق التعليمي ليتمكن من القيام بدوره و لتدعيم مواقفهم واتجاهاتهم تجاه الطفل ذوي الإعاقة .

٣. دوره مع الأطفال العاديين:

١. يستخدم الأخصائي الاجتماعي بالتعاون مع الهيئة التعليمية، مختلف الوسائل الإيضاحية لتحضير الأطفال العاديين لاستقبال الطفل من ذوي الإعاقة داخل الصف، مثال على ذلك ، مشاهدة فيلم عن حياة طفل ذي الإعاقة ، توزيع كتب رسم وتلوين عن موضوع الإعاقة، ورواية قصص مصوّرة، واعتماد الحوار والمناقشة والتعبير الخطي من قبل الأطفال لمعرفة نظرتهم تجاه الطفل ذوي الإعاقة .

٢. يشجع الأخصائي الاجتماعي الأطفال العاديين على دعم الطفل ذوي الإعاقة نفسياً واجتماعياً من خلال التحدث معه ومساعدته لتخطي الصعوبات التعليمية واللعب معه وزيارته في المنزل وبناء علاقة طبيعية سليمة معه.

٣. يضع الأخصائي الاجتماعي برنامج زيارات إلى المؤسسات الاجتماعية لاصطحاب تلاميذ المدرسة إليها بهدف تقبل وجود طفل ذوي الإعاقة في المدرسة، وللتعرف على نمط حياة الطفل ذوي الإعاقة والصعوبات التي يعاني منها، وأهمية احترامه، وتقديم يد العون له.

٤. دوره مع أهل الأطفال العاديين :

١- يقوم الأخصائي الاجتماعي بالتنسيق مع الإدارة حول سلسلة من اللقاءات الموجهة لكافة أهالي طلاب المدرسة حول موضوع دمج الطفل من ذوي الإعاقة .

٢- يشكل الأخصائي الاجتماعي لجنة دعم من أهالي الأطفال العاديين وإبراز دورهم في مساندة وجود طفل من ذوي الإعاقة في المدرسة.

٥. دوره مع العاملين في المدرسة :

١. يُعلم الأخصائي الاجتماعي كل الموظفين والعاملين في المدرسة بالتعاون مع الإدارة باستقبال طفل من ذوي الإعاقة في المدرسة، وبضرورة حسن معاملته ومساعدته وفق إمكانياتهم، وتقديم ملاحظاتهم أو اقتراحاتهم للعامل الصحي والاجتماعي.

٢. يزود الأخصائي الاجتماعي العاملين في المدرسة بالمعلومات حول الإعاقة والدمج وفق الحاجة.

التوعية الاجتماعية في الوقاية من الإعاقة :

تمثل إعاقة الأطفال مجموعة من التحديات للأسرة والمجتمع ، حيث يعمل المتخصصون في مجال الإعاقة والتأهيل على مواجهة هذه التحديات وتذليل العقبات حتى لا تتسبب الإعاقة في عزل الطفل عن مجتمعه ، لذلك اتجهت مؤسسات ومراكز وجمعيات ذوي الإعاقة في سياساتها الجديدة نحو مبدأ الوقاية من الإعاقة لما في ذلك من أثر في التقليل من حدة هذه الظاهرة ومنع أي تدهور في قدرات الطفل من ذوي الإعاقة ، واستثمار قدراته الموجودة منذ الولادة .

وقد تبنت جهات عديدة ومنها منظمة الصحة العالمية (١٩٧٦) تعريفاً للوقاية بالإشارة إلى مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة،

التي تهدف إلى الحيلولة دون أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، والحدّ من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز، بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المستمر مع بيئته، وتوفير الفرصة لأن يحقق حياة أقرب إلى حياة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تأهيلي أو تربوي .

لماذا الوقاية ؟

تنشد كل المجتمعات الإنسانية الصحة والنمو الطبيعي للأجيال القادمة، وتدعم الاتجاه الوقائي والأنماط الحياتية الصحية، ومن المعروف حالياً أنه أصبح بالإمكان تشخيص بعض حالات الإعاقة أثناء فترة الحمل.

وتشير خبرات ودراسات الدول المتقدمة أن الوقاية بمستوياتها المختلفة ذات جدوى اقتصادية وأن الوقاية الأولية على وجه التحديد هي الأكثر جدوى لا على المستوى الاقتصادي فقط وإنما على المستوى الإنساني أيضاً .
وإن الجهود المبذولة للوقاية من الإعاقة يجب ألا تقتصر على مرحلة دون أخرى أو على شريحة اجتماعية دون غيرها، وإنما على مراحل الحمل والولادة والطفولة المبكرة وكذلك الفئات الأقل حظاً في المجتمع والتي تستحق أن تحظى باهتمام أكبر .

وتشمل الوقاية من العوامل العضوية المسببة للإعاقة إجراءات مثل التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل ورعاية الأمهات الحوامل والرعاية أثناء الولادة ورعاية حديثي الولادة، واللقاحات، تشمل الوقاية من العوامل البيئية الاجتماعية إجراءات مثل الحدّ من الإصابات، وتطوير مهارات الأمومة والأبوة الفعالة،

ومكافحة الفقر وسوء التغذية ، وتعديل أنماط الحياة وتشجيع تبني السلوك الصحي .

مستويات الوقاية:

تصنف برامج الوقاية من الإعاقة إلى ثلاثة مستويات هي: الوقاية الأولية التي تهدف منع حدوث الأمراض أو الإصابات أو عوامل الخطر التي قد تسبب الإعاقة، أما في حال ظهور اعتلال ما فالوقاية من المستوى الثاني تصبح ضرورية حيث أن الهدف المنشود يصبح منع حالة الاعتلال من التفاقم والتحول إلى عجز، وتشمل الوقاية من المستوى الثالث التخفيف من تأثيرات حالة العجز أو الإعاقة على الفرد وعلى الأشخاص المهمين من حوله، لكن هذا المستوى من الوقاية يتم تنفيذه بعد حدوث الإعاقة وتطورها.

وهذا يعني أن الكشف والتدخل المبكر هو نمط من أنماط الوقاية، وكذلك الأمر بالنسبة للتربية الخاصة والتأهيل والإرشاد، والخدمات الداعمة على اختلاف أشكالها وهكذا، فإن الإستراتيجية الوقائية الشاملة لا يمكن تنفيذها في وضع واحد أو من قبل مؤسسة واحدة، بل هي مسؤولية جماعية تتطلب مشاركة مؤسسات متعددة كالأسرة والمدرسة والمؤسسات الصحية، ومراكز تنمية المجتمع.

لذلك يجب أن لا ينصب اهتمامنا على الوقاية من المستوى الثالث، كما هو الحال لدى الكثير من المجتمعات النامية التي غالباً ما تنتشد المساعدة بعد حدوث المشكلة وتفاقمها رغم أن الجهود التصحيحية أو التعويضية تصبح أقل فاعلية وجدوى.

نشر الوعي الاجتماعي :

يمثل نشر الوعي الاجتماعي إحدى أهم أدوات الوقاية من الإعاقة في المجتمع وبخاصة على مستوى الوقاية الأولية، فعشرات الآلاف من حالات الإعاقة التي كان بمقدورنا أن نمنع حدوثها لا تزال تحدث سنوياً في الدول العربية وذلك نتيجة أن الناس في مجتمعاتنا لا يعرفون عن الإعاقة وعن سبل الوقاية منها، أو أن معرفتهم لا تترجم إلى خطوات عملية، وفي كلتا الحالتين يمكن للبرامج التثقيفية والتوعوية أن تترك أثراً مهماً على قطاع بالغ الأهمية في مجتمعاتنا.

وتعتبر المدرسة هي أفضل موقع لنشر الوعي حول سبل الوقاية من الإعاقة بين الأجيال الحالية والأجيال المستقبلية أيضاً، إضافة إلى دور الحضانات ورياض الأطفال ومراكز رعاية الأمومة والطفولة أيضاً، فهي تخدم أطفالاً في مرحلة عمرية بالغة الأهمية، وهي تستطيع الإسهام في جهود الوقاية بشكل فعال عن طريق الكشف المبكر عن أية مشكلات لديهم وتطوير جوانب نموهم كافة، وتزويدهم بالخبرات التعليمية المؤثرة ومراعاة سلامتهم.

أساليب نشر الوعي:

من أجل الوصول إلى المجتمع بمختلف شرائحه وفئاته وبأساليب وأشكال مختلفة يمكن اللجوء إلى وسائل الإعلام المسموعة والمرئية والمنطوقة، والملصقات في المدارس والجامعات وعيادات طب الأطفال والمستشفيات وأماكن التسوق، وتنظيم المحاضرات والندوات، وعن طريق أشرطة الفيديو التعليمية وتقديم الاستشارات عبر الهاتف والبريد الإلكتروني، وبث الوعي في النشئ منذ الصغر عن طريق المناهج الدراسية.

ويمثل نشر الوعي الاجتماعي أيضاً أحد الأساليب المهمة لتحقيق الأهداف المنشودة من الوقاية الثانوية والثلاثية، ولعل أكبر التحديات التي يواجهها الفرد

من ذوي الإعاقة وأسرته هي تلك المرتبطة باتجاهات المجتمع السلبية وغير الواقعية، ونشر الوعي الاجتماعي يشكل أهم أداة لتعديل هذه الاتجاهات علماً أن التوعية ضرورية لشرائح المجتمع كافة، ولكن ثمة طرائق و أدوار مختلفة لكل شريحة.

وبوجه عام، ينبغي التأكيد على أن تربية الأشخاص ذوي الإعاقة وتأهيلهم مرآة تعكس احترام حقوق الإنسان وتساوي الفرص والعدالة الاجتماعية والمشاركة والاندماج في الحياة المجتمعية، وثمة حاجة أيضاً إلى التركيز على دحض المعتقدات المستندة إلى الخرافة والجهل وتشجيع قبول الناس للتنوع والاختلاف، وإزالة الحواجز المادية والنفسية، ومناهضة أشكال التحيز ضد الأفراد المعوقين.

الخدمة الاجتماعية مع ذوي الإعاقة:

إن العوامل الاجتماعية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالإعاقة وقد تكون سبباً لها ولهذا يجب أن يسير العلاج الاجتماعي والنفسي والطبي جنباً إلى جنب، فالتحيز الطبي قد يكون أحد العوامل المؤدية للشفاء ولكنه ليس كافياً في حد ذاته ومن ناحية أخرى فإن عدم الاهتمام بالعلاج الاجتماعي والنفسي قد يكون سبباً في طول فترة المرض أو انتكاسه أو فشل العلاج الطبي ولكي يكون للعملية العلاجية فعاليتها فإنه لا بد من تكامل مجموعة الخدمات بتعاون مختلف جهود المتخصصين المشتركين فيها وأن تسود بينهم روح الفريق الواحد وعلى ذلك يتضح جلياً أهمية إدراك الأخصائي الاجتماعي ويقظته لما عليه من التزامات أساسية نحو الفرد من ذوي الإعاقة وأسرته وتجاه فريق العلاج من المتخصصين، وتعتمد فاعلية دور الخدمة الاجتماعية في قدرة الأخصائي الاجتماعي على تحقيق الاتصال السليم المثمر مع الآخرين من أعضاء الفريق

وكذلك على قدرته في الوصول إلى تقديرات سليمة للحالة وظروفها من منظور الخدمة الاجتماعية.

أن التقدم الحضاري والتكنولوجي الذي يشهده العالم اليوم قد ساعد على رفع معدل الإصابة بالأمراض والعاهاات وزادت نسبة الإعاقة بسبب الحوادث، مما أعطى للخدمة الاجتماعية الطبية أهمية واضحة بين الميادين الأخرى بحيث أصبحت الأمراض نتيجة للضغوط البيئية والاجتماعية بطريق مباشر أو أن لها علاقة غير مباشرة تتسبب في فشل المريض على أدائه الاجتماعي وفي إعاقة أحد أدواره الاجتماعية، وبهذا يمكن تحديد ماهية الخدمة الاجتماعية من مجرد خدمة تؤدي في مؤسسة اجتماعية إلى نسق اجتماعي له ضرورة لازمة في المجتمع.

ويحول تركيز الخدمة الاجتماعية من التفاعل بين الفرد من ذوي الإعاقة والمجتمع وتدخلها في تكيف الفرد من ذوي الإعاقة للظروف الموجودة ليصبح تركيزها على رفع الأداء الاجتماعي وقد عرض الدكتور (ريتشارد كابوت Richard Cabot) وهو من الأطباء المهتمين في تطور وقيادة الخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة حيث أشار إلى أن الخدمة الاجتماعية تساعد الطبيب في التشخيص والعلاج طوال فترة دراسة حالة الفرد من ذوي الإعاقة في الموقف الاجتماعي الذي يحيط به والظروف الاجتماعية التي يعيش فيها، وهذا يؤكد دور الخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة ويحدد وظيفة الأخصائي الاجتماعي ومهمته في هذا الميدان في ضوء الإمكانيات المتاحة وهذا يتطلب تحديد المقصود بالفرد من ذوي الإعاقة والمريض وضرورة النظر إليه كإنسان ذو شخصية منفردة مستقلة حيث أن التعريف لمفهوم الفرد من ذوي الإعاقة كإنسان ضرورة ملحة فالأخصائي الاجتماعي يرى معاملة الإنسان الفرد من ذوي الإعاقة أساساً في

تصوره بأن الكائن البشري المحتاج للمساعدة هو إنسان قبل كل شيء، له أحاسيسه وسماته التي تميز شخصيته عن كل شخصية إنسانية أخرى ومثل أن يكون معاقاً بمعنى وجود الأخصائي الاجتماعي بجانب الفرد من ذوي الإعاقة ضروري وحتمي لأنه الوحيد الذي يستطيع إضافة اللمسة الإنسانية في علاجه ومعاملته نفسياً واجتماعياً.

إن للإعاقة معانٍ متعددة تختلف باختلاف الأفراد وتؤثر الإعاقة على الناس بطرق مختلفة ولها نتائج خاصة على الأفراد والمجتمعات والخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة يهملها الوصول للمعنى الذي يكونه الفرد ذوي الإعاقة لنفسه عن إعاقته، وهنا يلعب الأخصائي الاجتماعي دوراً رئيسياً في ترجمة ماذا تعني الإعاقة لمن يتعامل معهم من ذوي الإعاقة لكي يساعدهم على استخدام إمكانياتهم الشخصية والاجتماعية للتغلب على الإعاقة واستعادة نشاطهم مرة أخرى لكي يندمجوا مع المجتمع ويصبحوا قوة فعالة فيه وفي الحقيقة أنه لا يوجد شخصان يستجيبان بنفس الاستجابة حتى ولو كانا يعانيان من نفس الإعاقة حيث أن كل فرد من ذوي الإعاقة له شخصيته التي تتميز بفروق خاصة وبالرغم من ذلك فهو جزء من وحدة أكبر هي بيئته الاجتماعية التي تحيط به، وهو جزء من المجموع الكلي للعلاقات الاجتماعية التي تحيط به.

لقد عملت الخدمة الاجتماعية مع ذوي الإعاقة الذين أصيبوا بأمراض وعاهات مزمنة نتج عنها عاهة أو إعاقة مستديمة أو عجز، وقد أصبح هذا الميدان مكملاً لميدان الخدمة الاجتماعية باعتبارها أسلوباً علمياً لتحقيق أكبر وأفضل خدمة ممكنة لتلك الفئة من أبناء المجتمع التي أصابها القدر بعاهة وذلك بأقل جهد ممكن وتأهيلهم ومساعدتهم اجتماعياً ونفسياً ورياضياً وطبياً من أجل

التكيف مع مقتضيات الحياة الاجتماعية مع مقتضيات الحياة الاجتماعية مع ما تبقى لهم من قدرات وإمكانيات .

والتأهيل الاجتماعي لذوي الإعاقة يعني الجانب من عملية الإعداد والتوجيه والتدريب والتشغيل والمتابعة المستمرة المترابطة التي تؤدي إلى تقديم خدمات مهنية مما يهيئ للفرد من ذوي الإعاقة فرصة الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه.

إن الهدف من الخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة هو تأهيلهم واستغلال كافة ما لدى الفرد من ذوي الإعاقة من قدرات وإمكانيات وإعادة الفرد من ذوي الإعاقة إلى العمل الذي يناسب قدراته حتى تتوفر له فرص الكسب والاستقرار وبالتالي تزداد القوة الإنتاجية في المجتمع، وعلى الرغم من ازدياد أعداد ذوي الإعاقة في المجتمعات العربية نتيجة للحرب العراقية الإيرانية وحرب الخليج وثورة الحجازة في فلسطين والحروب الأهلية والكوارث والزلازل فإن النظرة إليهم قد تطورت وبهذا فقد أنشئت العديد من مكاتب التأهيل لتقديم الخدمة الاجتماعية لذوي العاهات والإعاقات في جميع القطاعات وقد تغير هذا الاتجاه نتيجة لعاملين أساسيين هما: مركز ذوي الإعاقة في المجتمع والأثر النفسي للإعاقة، لما تؤثره من تأثيرات سيئة في اتجاهات الفرد من ذوي الإعاقة وميوله وتؤدي إلى زيادة حساسيته وشعوره بالنقص عندما يقارن حالته الجسمية بحالة الأفراد الآخرين، وبهذا فإن الخدمات الاجتماعية التي تقدم لذوي الإعاقة وبمختلف أشكالها تعتبر عاملاً قوياً من العوامل التي تقضي على الحالات النفسية للفرد ذوي الإعاقة، وتتعدى الحاجز النفسي بين الفرد من ذوي الإعاقة وبيئته الاجتماعية وتسعى لمنع الانكماش على نفسه نتيجة لشعوره بالاختلاف عن الآخرين، ومن الأمور التي يعاني منها الفرد من ذوي الإعاقة هو فقدان مكانته الاجتماعية في الأسرة

أو في المجتمع الذي يعيش فيه نتيجة عجزه عن الاستقلال والاعتماد على النفس في قضاء حاجاته الضرورية وصعوبة حركته وقد تضيق الأسرة به وتشعر بأنه عبء عليها وينعكس ذلك على معاملتها له وتكون النتيجة انسحاب الفرد من ذوي الإعاقة من مجتمع الأسرة وعدم الشعور بالانتماء له أو ينقلب عليه وعلى المجتمع بالسخط والعدوان، وهنا فإن برامج وأنشطة التربية الرياضية والخدمات التأهيلية التي تقدم للفرد من ذوي الإعاقة ستساعده كثيراً على التغلب على هذه الانفعالات النفسية التي تعتريه من المجتمع من خلال الاندماج الاجتماعي والرياضي وتجعلهم قادرين على القيام بأدوارهم الاجتماعية على الوجه الأكمل مثل الأشخاص العاديين، حيث أن هذه الفئة لها متطلبات تربوية ونفسية وجسمية واجتماعية تختلف عن المتطلبات الأخرى للأشخاص العاديين وتختلف أيضاً تبعاً لنوع الإعاقة وما يترتب عليها من مؤثرات فلو تركت هذه الفئة دون اهتمام بمشاكلهم وتذليل الصعاب التي تواجههم قد يتحول البعض منهم إلى فئات إنحرافية قد تعوق تقدم وازدهار المجتمع، فالاستفادة من جهود هذه الفئة في الإنتاج هو في حد ذاته توفير لطاقت إنتاجية في المجتمع.

إن ممارسة الخدمة الاجتماعية تتفق مع وجهة النظر النفسية الاجتماعية وتؤكد على إن الدور هو السلوك المنظم الذي يؤديه الفرد في الموقف الاجتماعي الملائم لمركز اجتماعي مناسب ونتيجة لتأثير الإعاقة في قدرة الفرد على أدواره الاجتماعية بسبب المشاعر السلبية التي تنتاب الفرد من ذوي الإعاقة بعد إصابته بالإعاقة مما يجعلها تنعكس على سلوكه.

إن العلاقات الاجتماعية هي أنواع التفاعل المتبادل بين الأفراد حيث يكون للفرد حرية ودرجة ما من درجات الضبط وهو كيفية إقامة العلاقة وضبطها، فالإنسان يولد في المجتمع والحاجة إلى المجتمع تولد فيه، وللمجتمع تأثير كبير

على سلوك الأفراد فالفرد يأتي إلى المجتمع مزوداً بقدرات واستعدادات فطرية تدفعه إلى النمو والسلوك والمجتمع هو الذي يصبغ هذا السلوك بالصبغة الاجتماعية .

إن الإعاقة مهما كانت جسمية أو حسية أو عقلية ذات تأثير واضح على سلوك الفرد وتصرفاته، فالشعور بالنقص الناشئ عن القصور العضوي يصبح عاملاً مستمراً وفعالاً في النمو النفسي للفرد، وفي رأي حديث لعالم النفس الاجتماعي (روجر باركر -Rojer Barker) إن شعور الفرد من ذوي الإعاقة بأنه عضو في جماعة للأقليات تخضع كغيرها من الأقليات للضغوط الاجتماعية والاقتصادية هذا الشعور ينمي فيه المظاهر الانفعالية التي تصارع فيها الأقليات في سبيل الاحتفاظ بكيانها.

إن الأخصائي الاجتماعي يتعامل مع أشخاص يلمسون مشاكلهم التي كثيراً ما تكون حقيقة مما تخلف في نفسية الفرد من ذوي الإعاقة صراعاً يعبر عنه بأنواع من السلوك لا يفهمها ولا يدفع دوافعها أحياناً، حيث أن الخدمة الاجتماعية تهتم بالتفاعل الذي يحدث بين ذوي الإعاقة وبيئاتهم الاجتماعية بهدف مساعدتهم على القيام بواجباتهم الحياتية وتحقيق آمالهم بأقل قدر من الضيق والتوتر، بهذا فإن الخدمة الاجتماعية في مجال ذوي الإعاقة تهدف إلى مساعدة الأفراد ذوي الإعاقة على اكتساب مقدره متزايدة لحل ما يقابلهم من مشاكل ويربطهم بالأنظمة الاجتماعية التي تمدهم بالخدمات والفرص التي يحتاجون إليها مع تقوية وتدعيم تلك الأنظمة حتى تتمكن من تأدية وظائفها بفعالية متزايدة .

أهداف الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة :

- إن الشخص من ذوي الإعاقة هو إنسان كغيره، ولذا فأهداف رعايته قد لا تختلف أساساً عن غيره في الإنسانية، غير أنه يمكن أن نميز أهداف الرعاية الاجتماعية لهذه الفئات على النحو التالي :
١. إيقاف تيار العجز بالاكشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدتها حتى تصل إلى أقصى ما تسمح به قدراتها وإمكاناتها.
 ٢. الاعتراف الواعي بهم كطوائف إنسانية لهم حقوق وكرامة ، وعليهم واجبات سياسية واجتماعية.
 ٣. توفير فرص التعليم سواء في فصول خاصة أو في مدارس خاصة.
 ٤. توفير فرص العلاج الطبي والنفسي وتوفير أسباب الوقاية الصحية والعقلية.
 ٥. توجيه فرص التوجيه والتأهيل المهني المناسب لقدراتهم واستعداداتهم الخاصة.
 ٦. توفير فرص الخدمات الاجتماعية التي يحتاجونها بحيث تمتد إلى ذويهم إذا تطلب الأمر ذلك.
 ٧. توفير فرص التشغيل المناسبة لهم وفق الإمكانيات المتاحة بالمصالح والمؤسسات الحكومية والأهلية، أو في نطاق التشريع بحيث يعتبر استكمالاً للجهود التأهيلية التي بذلت لهم.
 ٨. تنوير الرأي العام بمشكلاتهم وحثهم على بذل الجهود لتقبلهم ومساعدتهم.
 ٩. تشجيع البحوث العلمية لمشكلات ذوي الإعاقة لتطوير أسس الرعاية وأساليبها القائمة الحالية.
 ١٠. توفير فرص الترويج الهادف لهم وما يتبعه من توفير الإمكانيات المناسبة.
 ١١. تهيئة المدارس والمؤسسات والطرق والممرات والمساعد والمواصلات وغيرها لتقديم أفضل الوسائل ليمارس ذوي الإعاقة حقوقهم في التمتع بها أو استعمالها، بما يضمن سلامتهم وعدم تعرضهم للخطر.

١٢. تهيئة أفضل الظروف لتنشئة ذوي الإعاقة تنشئة اجتماعية صالحة.

متى نشأت الخدمة الاجتماعية في مجال ذوي الإعاقة:

لو أردنا أن نتحدث عن الخدمة الاجتماعية في مجال ذوي الإعاقة، لابد أن يكون لدينا فكرة عن تاريخ الخدمة في هذا المجال الإنساني وهو مجال ذوي الإعاقة.

نشأت الخدمة الاجتماعية منذ بداية البشرية ومع ظهور الأديان السماوية ظهرت لأول مرة تشريعات قديمة محددة تقرر حقوقاً لذوي الإعاقة الضعفاء ففي :
الديانة اليهودية ظهرت الوصايا العشر كتعبير عن حق ذوي الإعاقة في العيش والحماية.

الديانة المسيحية نادى بالحب والمعاملة بروح الإخوة وأقامت المسيحية الدور والملاجئ لرعاية أصحاب العاهات ...

أما الإسلام فقد جاء ليقدّم رسالة جديدة سمت بالإنسانية والارتقاء بكرامة الفرد والمجتمع إلى المكان اللائق وكلفت الشريعة الإسلامية بتحقيق العدالة الاجتماعية وأنه لأفضل لأحد على الآخر إلا بالتقوى، وقد حث عمر بن عبد العزيز على إحصاء ذوي الإعاقة وخصص مرافقاً لكل كفيف وخادماً لكل مقعد.

وجاء عصر النهضة وظهرت التيارات الإصلاحية تنادي بحقوق الإنسان والتي ترفض مسؤولية الفرد عن عجزه ونهضت الجمعيات والمؤسسات التطوعية لرعاية ذوي الإعاقة وخاصة في إنجلترا والنمسا وفرنسا.

جاء القرن العشرين بانتصارات حققها الطب النفسي وعلم الوراثة والعلوم الإنسانية لتبدأ جهود منظمة علمية للعناية بذوي الإعاقة بل وانتشرت حركة البحوث العلمية وخاصة للمكفوفين والمقعدين والصم والبكم ومبتوري الأطراف

ومع بزوغ القرن الحادي والعشرين نشهد اهتمام بالغ بالوعي والتأمين الصحي والاهتمام برعاية وتأهيل ذوي الإعاقة .

ولقد ارتبطت البدايات الأولى لنشأة مهنة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة بظهور مفهوم التأهيل المهني لأصحاب العاهات ومفهوم الاختيار المهني للعمالة المعوقة وبنقل المفهوم إلى أمريكا وبريطانيا وألمانيا وغيرهم ظهرت الحاجة إلى نمط من الخدمات الاجتماعية المناسبة لمؤسسات التأهيل المهني.

واتفق علماء الخدمة الاجتماعية على:

أن بداية نشوء مجال متخصص للخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة كفئات خاصة كان في عام ١٩٥٥م حين اعتمدت الهيئة القومية للأخصائيين الاجتماعيين لجنة خاصة للمعاقين يشتمل دورها في تأهيل ذوي الإعاقة ودورها في الحماية من الإعاقة كعمليات وقائية .

وارتبطت ممارسة الخدمة الاجتماعية في الدول العربية بمؤسسات تأهيل الأفراد من ذوي الإعاقة وعمل الأخصائيين كأعضاء ضمن فريق عمل تأهيل ذوي الإعاقة وأصبح مجالاً من مجالات التخصص على مستوى الجامعات والدراسات العليا.

وظائف الخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة:

١. إقامة الصلات والعلاقات الاجتماعية بين ذوي الإعاقة والتي تقدم لهم الخدمات والمساعدات الحياتية.
٢. المساهمة في وضع سياسة اجتماعية لرعاية ذوي الإعاقة.
٣. مساعدة مؤسسات رعاية تأهيل ذوي الإعاقة على تنظيم نفسها داخلياً.

٤. مساعدة الفرد من ذوي الإعاقة على اكتساب مهارات سلوكية تجعلهم أكثر اعتماداً على أنفسهم في حل ما يواجههم من مشاكل.

إن أكثر ما ينجم عن الإعاقة هو حساسية الفرد من ذوي الإعاقة لأنواع من السلوك لم يكن ينتبه إليها مثل الإصابة وثورته على تصرفات لا يلتفت إليه الفرد العادي ، وتألمه من أي مساعدة تقدم له ولا تقدم للفرد العادي والخدمة الاجتماعية تنظر إلى الفرد من ذوي الإعاقة كإنسان لديه العديد من القدرات والإمكانيات والاستعدادات التي يمكن الاستفادة منها عن طريق التدريب حتى يستطيع أن يكون شخصاً منتجاً في المجتمع، فالتممية لا تعترف بالعجز والكسل ولكنها تحتاج من كل فرد الجهد والعمل حتى نستطيع أن نصل إلى أهداف الخدمة الاجتماعية وهو تحقيق الرفاهية للمجتمع، فالإنسان من ذوي الإعاقة يمكن تنمية قدراته المتبقية لديه لكي يستطيع أن يتحول الأفراد من ذوي الإعاقة إلى منتجين وليسوا معوقين لعملية التنمية، وإن إتاحة الفرصة أمام ذوي الإعاقة لإشباع هواياتهم وممارستها من خلال الجماعات الصغيرة يُعد من المطالب الضرورية ، فالترويح واللعب قد يكون أسلوباً علاجياً للتغلب على مشكلات شعورهم بالنقص وعدم التكافؤ مع الآخرين، وخدمة الجماعة تهتم بزيادة الأداء الاجتماعي للفرد من ذوي الإعاقة، ويتجسد ذلك في استعادة الفرد من ذوي الإعاقة لقدرته على الأداء الاجتماعي المطلوب ووقايته من معوقات الأداء الاجتماعي إضافة إلى مساعدته على تنمية قدراته ليعمل على رفع مستوى أدائه الاجتماعي .

إن الأخصائي الاجتماعي يساعد الفرد من ذوي الإعاقة من أجل أن يغير من سلوكه غير المقبول اجتماعياً ويعمل على تنمية سلوكه الإيجابي وبهذا فإن الأنشطة الترويحية والممارسة الرياضية قد تكون مفيدة بالنسبة لبعض ذوي الإعاقة

وعلى كل حال فإن الخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة هي نطاق عمل يمتد إلى وجود الإنسان في البيئات المختلفة التي يعيش فيها وإن برامج الخدمة الاجتماعية هي برامج مهنية منظمة ومخططة يقوم بها الأفراد والحكومات وتقدم فيها خدمات اجتماعية ونفسية وتعليمية ورياضية وطبية ومهنية وغيرها سواء للفرد من ذوي الإعاقة كفرد أو كجماعات الأشخاص ذوي الإعاقة وهذه لا تنجح إلا عن طريق تنظيمها وتنفيذها على أساس علمي بحت.

الخدمة الاجتماعية تهتم بزيادة الأداء الاجتماعي لذوي الإعاقة وتتجسد

فيما يلي :

١. استعداد الفرد من ذوي الإعاقة لقدراته على الأداء الاجتماعي.
 ٢. وقايته من مقومات الأداء الاجتماعي.
 ٣. مساعدته على تنمية قدراته ليعمل على رفع مستوى أدائه الاجتماعي.
- إن الخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة يجب أن تتركز حول مساعدة ذوي الإعاقة ليساعدوا بعضهم البعض على التغيير أو يتعلموا أدواراً اجتماعية تتصل بوظائفهم الاجتماعية والتي يجب أن يقوموا بها في البيئة الاجتماعية، وبالتالي فهي تساعد ذوي الإعاقة لكي يستخدموا ما تبقى لديهم من قدرات في زيادة أدائهم الاجتماعي من خلال الخبرات الجماعية التي تدور حول الاهتمامات المشتركة لهم، فالخدمة الاجتماعية لذوي الإعاقة هي أنشطة منظمة أو تكتيكات للتدخل لمساعدة الأفراد والجماعات الذين أصيبوا بإعاقات على مواجهة احتياجاتهم وحل مشاكلهم وتأهيلهم وتحسين ظروفهم البيئية من أجل الوصول إلى مستوى أفضل من الأداء الاجتماعي ومن التوافق والتكيف الاجتماعي والتأمين الاجتماعي الذي أعتبر مطلباً إنسانياً يجب تحقيقه لذوي الإعاقة كافة والذي أصبح حقاً من حقوق الإنسان الذي يجب الاعتراف به وحمايته وقد كان

للإعلان العالمي لحقوق الإنسان والذي وافقت عليه الجمعية العمومية للأمم المتحدة عام ١٩٤٨م أهمية خاصة في هذا المجال حيث يعتبر التأمين الاجتماعي حقاً للإنسان ذوي الإعاقة تلتزم كل دولة بتوفيره لمواطنيها وخاصة ذوي الإعاقة منهم في حدود إمكانياتهم، والذي ينص في مادته الـ (٢٥) على أن "لكل شخص الحق في مستوى معيشي كاف لتأمين صحته وخاصة المادية وحاجات أسرته وخاصة تلك المتعلقة بالمأكل والسكن والخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في الأمان في حالة البطالة والمرض والعجز، والإعاقة والترمل أو في الحالات الأخرى التي يفقد فيها وسائل العيش نتيجة لظروف خارجه عن إرادته، من ناحية أخرى أن شخصية الفرد من ذوي الإعاقة عبارة عن وحدة من العوامل الجسمية والعقلية تتفاعل مع بعضها البعض ولا يمكن فصل أي من هذه العوامل عن الأخرى فالعلاقة بين العقل والجسم علاقة معقدة حيث أن كلا منهما يؤثر ويتأثر بالآخر بطرق خاصة وتحت ظروف مختلفة وكقاعدة عامة تنصب جهود الطبيب نحو جسم الفرد من ذوي الإعاقة في حين تتجه جهود الأخصائي الاجتماعي نحو عقل هذا المريض أما الجانب الرياضي والترفيهي فيجب أن يقوم به الأخصائي الرياضي من آخر وذلك من أجل الترويح عن ذوي الإعاقة ولاستثمار أوقات فراغهم واستغلال البيئة المحيطة بهم لصالح ذوي الإعاقة من أجل تخفيف الآلام عنهم وسعادتهم ، وقد تغيرت النظرة لذوي الإعاقة فبعد أن كانت رعايتهم سابقاً حافلة بكثير من المواقف الممتلئة بالمآسي والدهشة فقد أصبحت العناية الآن مبنية على أسس علمية سليمة وهنا تعمل الأندية الرياضية والاجتماعية دوراً أساسياً من خلال الاندماج الرياضي للتوجيه الاجتماعي الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي والنفسي والمدرّب الرياضي بدور إيجابي فعّال لا يمكن لغيره أن يتمه بنفس

الإتقان ويقوم النادي الرياضي بتنظيم النشاط الجماعي الرياضي والفني والذي يقوم تحت ظروف توجيهية لذوي الإعاقة بأنها خدمات يقدمها المجتمع لأفراد من ذوي الإعاقة والمرضى والعجزة باعتبارها حقاً من حقوقهم المشروعة بحكم انتمائهم لذلك المجتمع وهي كل ما يتعلق برفاهية الفرد من ذوي الإعاقة، فالخدمات الاجتماعية تعني أساساً وبشكل مباشر برفاهية المواطنين بصورة عامة ورفاهية الأفراد ذوي الإعاقة بصورة خاصة وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار الخدمات الموجهة للفقراء والمساكين وذوي الإعاقة والمرضى والأرامل بأنها خدمات تستهدف إشباع الحاجات المباشرة للأفراد والجماعات وعلى هذا الأساس يمكن أن نبين الخاصية المميزة للخدمات الاجتماعية لذوي الإعاقة في الآتي:

١. الخدمات الاجتماعية في مجال الضمان الاجتماعي.
٢. الخدمات الاجتماعية في مجال رعاية الأحداث وذوي الإعاقة والمنحرفين.
٣. الخدمات الاجتماعية في مجال التأهيل لذوي الإعاقة.
٤. الخدمات الاجتماعية في المجال الصحي لذوي الإعاقة .
٥. الخدمات الاجتماعية في المجالات الرياضية والفنية والنفسية .
٦. الخدمات الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، ذوي الإعاقة، الطفولة والمرأة.

٧. الخدمات الاجتماعية في المجال التربوي والثقافي لذوي الإعاقة .

الخدمة الاجتماعية ومبادئها في العمل مع ذوي الإعاقة:

إن الإنسان كلاً متكامل تتفاعل عناصر شخصيته العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية دائماً وأي اضطراب يصيب أحد هذه العناصر فإنه يتردد إلى العناصر الأخرى، ويؤثر فيها في نفس الوقت وبهذا تعتبر الخدمة

الاجتماعية مع ذوي الإعاقة ميداناً له أهميته، حيث تعني بالفرد من ذوي الإعاقة كإنسان له احتياجاته ومشكلاته المتنوعة والمختلفة، حيث أنه يمكن النظر إلى الخدمة الاجتماعية باعتبارها منهجاً اجتماعياً مؤسسياً منظماً يقوم من أجل وقاية الناس من المشكلات الاجتماعية ومساعدتهم على حل ما يعترضهم من مشكلات، وهي بذلك تصبح منهجاً يقوم أساساً من أجل دعم إمكانيات الناس لأدائهم الاجتماعي وتنمية قدراتهم وتعمل على مساعدة النظم الأخرى في المجتمع لتحسين قيامها بدورها.

الصفات الأخلاقية لمهنة الخدمة الاجتماعية:

من المهم أن تعتمد الخدمة الاجتماعية في عملها في هذا الميدان على مجموعة من القيم والمبادئ والصفات والمحددات . يمكن عرضها كما يلي:

حسن التعامل مع الناس فن وموهبة وأخلاق، ومن خلال هذه الموهبة يستطيع الأخصائي الاجتماعي أن يكون علاقات طيبة وقوية مع الآخرين ليكسب ودهم واحترامهم، فتمنحه هذه الصفة القدرة على توصيل أفكاره وآرائه إلى الناس في صورة تؤثر في مسارات حياتهم وتحقق لهم التغيير إلى الأفضل ومن ثم الراحة والسعادة، فلنا في رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم القدوة والمثل الأعلى بحسن الخلق فقد وصفه الله تعالى في كتابه العزيز بقوله تعالى " **وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ** " .

ونظراً لارتباط الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع الأفراد بصفة خاصة والبيئة المحيطة به وبقية أفراد المجتمع عامة، فمن الضروري أن يكون لديه الشخصية المتميزة الجذابة الملمة بمهارة التعامل والاتصال، وأصول الحوار والنقاش المثمر الهادف، وذلك من أجل إيصال رسالته الإنسانية النبيلة للجميع

وبما أن إدخال السرور على قلب المسلم هو من أعظم القربات إلى الله تعالى كما جاء في الحديث الشر " أعظم الصدقة سرور تدخله على قلب مسلم"، ومن وسائل إدخال السرور يكون تفهم مشكلة الفرد من ذوي الإعاقة ومساعدته ، فهي أيضاً مهمة جلية ولكن لا بد أن تحاط بالسرية والأمانة التامة كما جاء في الحديث " المستشار مؤتمن " وما أعظم الأمانة إذا كانت خاصة بأسرار الحالة وحياتها كلها.

١. إخلاص النية لله تعالى في العمل ، فأخلاص النية تطرح البركة وهي المحرك الرئيسي وسر النجاح في العمل.
٢. الاستشعار بعظم المهمة التي أنيط بها.
٣. الاستعداد النفسي لممارسة المهنة فحب العمل يؤدي إلى إتقانه وكما يقولون " إنجاز المهمة لا إبراء ذمة " .
٤. الاتزان وضبط النفس وعدم الغضب والمرونة بالعمل.
٥. الصبر على تقبل مشقة العمل وتحمله وعدم إسقاط ذلك على الحالة.
٦. الاتزان الانفعالي والقدرة على ضبط النفس وعدم الغضب السريع برد الإساءة.
٧. التواضع والاعتدال بالملبس والمظهر العام.
٨. الحفاظ على السرية التامة والخاصة بالمعلومات وعدم البوح بها إلا عند الضرورة الملحة وبالقدر المطلوب.
٩. الموضوعية والجرأة في طرح ما تراه مناسباً للحالات.
١٠. التفاؤل وعدم نقل الإحباطات للحالات.
١١. احترام الوقت خاصة مواعيد المقابلات ، والتفرغ التام للحالة خاصة خلال الجلسة الإرشادية.
١٢. عدم قبول الهدايا الشخصية المقدمة من الحالة.

١٣. التعامل مع الناس ومخاطبتهم على ما هم عليه لا كما نريدهم نحن " بمعنى التقبل "

١٤. توسيع المدارك وزيادة الثقافة والتطوير الوظيفي بالمطالعة ومخالطة الآخرين وحضور الندوات والدورات والمؤتمرات وتبادل الخبرات.

١٥. خلق جو مهني وعلاقات اجتماعية سليمة مع جميع العاملين بالمؤسسة وخارجها.

١٦. التعاون مع الزملاء من نفس التخصص والوظيفة وخلق جو اجتماعي وعلاقات سليمة " لأن فاقد الشيء لا يعطيه "

١٧. القيام بدور الأخ الناصح في التعامل مع الحالة من حيث النقاش والحوار البناء واحتواء الحالة.

١٨. عدم المغالاة في تقديم الوعود التي تفوق نتائجها التوقعات المعقولة والاعتراف بالقصور عند عدم الدراية.

قيم ومبادئ العمل مع ذوي الإعاقة :

١. كل فرد يحتاج إلى الاحترام ووجود الإعاقة لا يعد مسألة بسيطة، لكنه لا يغير من صحة هذا المبدأ.

٢. لكل شخص خصائص فريدة ، ولكل حالة صفة مميزة، هذا يتطلب التخطيط للتأهيل.

٣. يراعى معنى الإصابة بالإعاقة بمراعاة مشاعر الفرد عن نفسه وحالته.

٤. المساعدة الذاتية المنظمة لها علاقة مؤثرة بمحاولة التأهيل.

٥. عجز الإنسان عجز نسبي أصاب وظيفة أو أكثر من وظائفه الاجتماعية ولا يعني ذلك بالضرورة عجزاً كلياً أو شاملاً.

٦. الفرد من ذوي الإعاقة هو في نفس الوقت قادر تحت شروط معينة ووفق تدريبات خاصة.

٧. أسباب هذا العجز غالباً ما تتجم عن التفاعل الدائم بين الفرد وبيئته.

٨. شخصية الفرد من ذوي الإعاقة وحدة متكاملة متعددة الأبعاد وأي اضطراب مكون منها أو في العلاقة بينها يؤدي إلى الاضطراب في البناء العام والأداء الوظيفي للشخصية.

٩. الميول لا تدل على القدرات ومن الخطأ اعتبار الميول أساساً لصلاحية الفرد من ذوي الإعاقة لعمل أو دراسة ما.

١٠. الإيمان بالقدرات وليس الإعاقات حيث أن ذوي الإعاقة مهما تعددت صور إعاقاتهم لديهم قابلية وقدرات وحوافز للتعلم والنمو والاندماج في الحياة العادية.

١١. الشمول والمشاركة حيث يشكل العمل مع ذوي الإعاقة سلسلة من الجهود والبرامج الهادفة إلى الرعاية والتعليم والتأهيل والاندماج الاجتماعي والتشغيل وهي صفات متوسطة مترابطة متكاملة.

وفي ضوء تلك القيم والمبادئ، يجب تجنب النظر إلى الفرد من ذوي الإعاقة من زاوية واحدة هي إعاقته وأنه متلق فقط للشفقة والخدمة والإيمان بأنه قادر أيضاً على العطاء في جوانب أخرى ومن ثم فهو يحتاج إلى التقبل والاحترام والتشجيع .

أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقة :

اعترافاً بحقوق الطفل ذي الإعاقة وإيماناً بطاقاته وقدراته المحددة، كان للخدمة الاجتماعية الدور البارز في هذا المجال لتكريسها النظريات والمبادئ التي تعترف بحق الطفل ذوي الإعاقة وتساعد على التكيف والاندماج مع البيئة

المحيطة به ليصبح على قدم المساواة مع الأطفال الآخرين.. وهنا تبرز أهمية تدخل الخدمة الاجتماعية عن طريق جهود الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل على نشر الوعي الوقائي بين أهالي المجتمع بصفة عامة وبين فئات الأهالي التي تصطبغ طبيعة عملهم بالخطورة خاصة .. وللخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقة الأهداف التالية :

١ - الهدف العلاجي:

مساعدة الأفراد والجماعات على تحديد مشاكلهم وحلها أو على الأقل التخفيف من حدتها ، تلك المشاكل التي تنجم عن خلل في التوازن بينهم وبين المحيط الاجتماعي مثلاً، تهيئة المؤسسات من خلال توفير الفرص التعليمية والمهنية والبرامج التأهيلية، إضافة إلى تأهيل الطرق والمواصلات، بما يناسب احتياجات ذوي الإعاقة لتقدم لهم أفضل الخدمات، ومساعدتهم على الاستفادة من قدراتهم وإمكاناتهم ، ومواهبهم بما يخدم الخطة العلاجية لهم ولفتح قنوات الاتصال والتواصل مع بيئتهم لإعادة التوازن ولتحقيق القبول الاجتماعي لهم بالدرجة الأولى .

٢ - الهدف الوقائي:

تحديد المكان الذي قد ينجم عنه خلل في التوازن بين الأفراد والجماعات من جهة ومحيطهم الاجتماعي من جهة أخرى، محاولة لمنع حصول هذا الخلل في التوازن مثلاً، اكتشاف العجز المبكر لحالات الإعاقة والتدخل المبكر لها.

٣ . الهدف الإنمائي:

هو البحث عن الطاقات القصوى عند الأفراد والجماعات والمجتمعات، بهدف تنشيط هذه الطاقات وتعزيزها مثلاً، الاستفادة من قدرات ذوي الإعاقة وتوظيفها في مكانها المناسب وتوفير فرص العمل لهم بهدف إشراكهم في عملية التنمية الاقتصادية في وطنهم.

استناداً إلى هذه الأهداف، و لكي يتمكن الأخصائي الاجتماعي من تحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الإعاقة لا بدّ من أن تتكامل الاختصاصات المتنوعة ضمن فريق عمل مختص، ويتكون هذا الفريق من: معالج فيزيائي، معالج نطق، والطبيب المختص.

إن للأخصائي الاجتماعي أدوار متعددة في ميدان رعاية ذوي الإعاقة، ومنها دوره في عملية دمج الطفل ذي الإعاقة في المدرسة العادية.

وتسعى مهنة الخدمة الاجتماعية في مجال ذوي الإعاقة لمساعدة الفرد من ذوي الإعاقة على استعادة التفاعل والتكيف والإنتاج **ومن أهدافها في مجال ذوي**

الإعاقة :

أولاً: المساهمة في تعديل اتجاهات أفراد المجتمع للاعتراف بذوي الإعاقة فئة إنسانية لها الحق في الحياة الكريمة والتعامل معهم كأشخاص عاديين وأن يكون لهم حقوق وعليهم واجبات والتعامل معهم على أساس القدرة وليس العجز لاستعادة ثقتهم بأنفسهم.

ثانياً: تنوير الرأي العام عبر مختلف الوسائل الإعلامية بمشكلاتهم وحثهم على بذل الجهود لتقبلهم ومساعدتهم وتوفير معاملة إنسانية لهم لتخطي العقبات التي تواجههم وإقامة علاقات ايجابية بناءة في المجتمع.

ثالثاً: المساهمة مع المهن الأخرى في إيقاف تيار العجز بالاكشاف المبكر لحالات الإعاقة وتوفير أساليب الوقاية لهم نفسياً واجتماعياً وصحياً.

رابعاً: توفير فرص وخدمات التأهيل المهني والتوجيه بما يناسب قدرات ذوي الإعاقة وتوفير فرص التعليم المناسبة حسب قدراتهم وظروفهم المميزة لمواجهة الشدائد والصعاب.

خامساً: المساهمة في فرص التشغيل المناسبة لذوي الإعاقة وما يلزم ذلك من توفير الإمكانيات لإستكمال الجهود التأهيلية التي تبذل حتى تحقق أهدافها ومساعدتهم على الاستفادة من كافة القوانين والتشريعات التي تضمن لهم الحياة العامة والعمل.

سادساً: توفير فرص الخدمات الاجتماعية التي يحتاجها الفرد من ذوي الإعاقة بمعرفة الأخصائيين الاجتماعيين كأعضاء في فريق العمل في المؤسسات والرعاية والتأهيل بحيث تمتد الخدمات إلى أسرهم أيضاً بتعليمهم كيفية التعامل مع الأفراد من ذوي الإعاقة ورعايتهم.

سابعاً: توفير فرص الترويج الهادف وتوفير الإمكانيات في مؤسسات تأهيل ذوي الإعاقة.

ثامناً: تنشئة الفرد من ذوي الإعاقة تنشئة اجتماعية صالحة تتمثل في قدرته على التفكير وقدرته على تحمل المسؤولية وقدرته على التعاون والأخذ والعطاء كل هذا يساعده على التكيف والتوافق مع مجتمعه.

تاسعاً: التشجيع على إجراء الدراسات والبحوث العلمية التي تتناول مشكلات ذوي الإعاقة وعقد المؤتمرات العلمية التي تناقش احتياجاتهم ومشكلاتهم بهدف تطوير أساليب الرعاية المتكاملة.

عاشراً: تهيئة المؤسسات والطرق والمواصلات والمرافق العامة لتقديم أفضل الوسائل ليمارس الفرد من ذوي الإعاقة حقه في المجتمع دون التعرض للخطر.

الخدمة الاجتماعية مع ذوي الإعاقة والخدمات التي تقدمها للبيئة والأسرة:

كان للتقدم في العلوم الإنسانية وخاصة علوم النفس والاجتماع والطب والخدمة الاجتماعية وغيرها من العلوم والمهن التي تعني بحل المشكلات ومساعدة المجتمع في حركته نحو التقدم، حيث أثبتت البحوث العديدة إن الإعاقة لا تصيب كل قدرات الفرد وإمكانياته، بل إنه ككائن بشري لديه العديد من القدرات، وبالكشف عما تبقى لديه من قدرات واستخدامها في رعايته وتأهيله يمكن المحافظة عليه كقيمة إنسانية له الحق في الحياة الطبيعية فضلاً عن قدرته على المساهمة في العطاء والأداء في المجتمع بعمل يناسب هذه القدرات بما يفوق في كثير من الأحيان أقرانه من غير ذوي الإعاقة، وإن العائد الاجتماعي لما ينفق على رعاية وتأهيل ذوي الإعاقة يفوق بكثير نفقات هذا التأهيل فضلاً عما يحققه التأهيل من إيجابيات للفرد من ذوي الإعاقة وأسرته والمجتمع .

ولكي ينجح الأخصائي الاجتماعي في عمله يجب إتباع عدد من القواعد الأساسية :

القواعد الأساسية لعمل الأخصائي الاجتماعي مع الفرد من ذوي الإعاقة لإعادة تأهيله :

الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في مجال ذوي الإعاقة عليه أن يلتزم بمجموعة من القواعد الأساسية التي تساعد في أداء رسالته وتحقيق أهداف عملية التأهيل وهذه القواعد هي:

١. يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يثق في قدرة الفرد من ذوي الإعاقة على الانجاز الجيد الذي يعاد تأهيله للقيام به، فإذا فقد الأخصائي الاجتماعي الثقة فيه وفي قدرته الأدائية بعد إعادة تأهيله فإنه سيفقد القدرة

على مساعدته في إعادة تأهيله بصورة إيجابية بما يكفل له حق الأداء السليم فيما يكلف به من أعمال، ومن ثم حتى يكون الأخصائي الاجتماعي كفوفاً في عمله يجب عليه أن يطرح جانباً كل شكوكه وظنونه حول عملائه وبالتالي يتمكن من تقديم المساعدة المطلوبة في تعديل سلوكهم نحو الأفضل .

٢. يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يكون على علم بالاتجاهات المختلفة التي سوف يوجه عليها عملاءه أثناء وبعد تأهيلهم ويتضمن ذلك أن يكون ملماً بكل موارد المجتمع المتاحة ويوفر الجو الاجتماعي والنفسي المناسب التي تساعد الفرد في إعادة تأهيله.

٣. يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يتابع عملاءه بعد تأهيلهم وبعد تسكينهم مهنيّاً في الوظائف الملائمة للتأكد من سلامة سيرهم في وضعهم الجديد فلا يكتفي بأن يرى خطواتهم الأولى في بداية الطريق بل يجب عليه أن يتأكد بأن هذه الخطوات في طريقها إلى نهايته نحو تحقيق الهدف الكلي من إعادة تأهيلهم.

٤. يقوم الأخصائي الاجتماعي بمساعدة الأفراد على وضع أنفسهم في الأماكن الملائمة لقدراتهم واستعدادهم واهتمامهم وذلك نتيجة لما يستثمرون من معلومات حول تلك الأماكن والتي تمكنهم من التعرف على المتاح من الفرص التربوية والمهنية في المجتمع ، بما يكفل لهم شغلها وفق إرادتهم واختيارهم السليم لها.

٥. مساعدة الأفراد من ذوي الإعاقة على أن يصبحوا أكثر قدرة على أداء وظائفهم ، وعلى القيام بأدوارهم المختلفة في المجتمع عندما يتعرفون عليها

، يستخدمون المعلومات اللازمة لتنمية شخصياتهم وتطويرها بما يمكنهم من اتخاذ قراراتهم بأنفسهم على أسس مدروسة .

٦. مساعدة الأفراد على أن يسلكوا السلوك السليم الذي يتميز بالنضج في التفكير والتخطيط والتنفيذ لأي خطوة من خطواتهم بناءً على ما اكتسبوه من معرفة رشيدة مبنية على المعلومات الصحيحة المتاحة لهم، هذا ومن ناحية أخرى يتوقف اختيار الأخصائي الاجتماعي لإستراتيجية التدخل في مجال التأهيل على عدة اعتبارات هامة منها :

أ- الخلفية التأهيلية للأخصائي الاجتماعي وما تتضمنه من نظريات وفلسفات واتجاهات ومهارات وأساليب يتبعها ويمارس عمله على أساسها مع ذوي الإعاقة.

ب- الحاجات الخاصة للشخص من ذوي الإعاقة التي تزيد إشباعها من خلال وجوده في الجماعة.

ج- نوعية ومستوى الإعاقة ودرجة حدتها .

د- أصل وطبيعة الإعاقة التي يعاني منها الشخص ذوي الإعاقة .

هـ- التسهيلات المادية والبشرية التي يوفرها المجتمع لمؤسساته العلاجية والاجتماعية من أجل تدعيم الرعاية للأفراد من ذوي الإعاقة.

ويقوم الأخصائي الاجتماعي بذلك لتحقيق الأهداف التربوية وإعداد الفرد من ذوي الإعاقة إعداداً علمياً ومهنياً لممارسة عمل معين والتدريب عليه بما يتلائم مع قدراته وإمكانياته بما يحقق له تأكيده لذاته . ولن يتمكن الفرد من ذوي الإعاقة من القيام بأي عمل يسند إليه كوظيفة تكفل له الحياة الكريمة إلا بعد أن يكون قد استكمل إعداده العلمي وتأهيله المهني، وبناء عليه يضع الأخصائي الاجتماعي خطة للتدخل لمساعدة ذوي الإعاقة .

ومما لا شك فيه أن الأخصائي الاجتماعي يقوم بدور كبير في تهيئة الجو النفسي والاجتماعي الملائم للفرد من ذوي الإعاقة الذي يوفر له الشعور بالأمن والاستقرار واحترام الذات، مما يجعله قادراً على مواجهة تحديات إعاقته، وقادراً على حل مشكلاته المتعلقة بتوافقه السلوكي الناتجة عنها، وحتى يتسنى للأخصائي الاجتماعي تحقيق ذلك، عليه أولاً : أن يجيب على عدة تساؤلات واستفسارات تطرح نفسها على واقعه المهني قبل البدء في أي إستراتيجية للتدخل يعتمد عليها في ممارسته المهنية مع ذوي الإعاقة لذلك، فهو مطالب أولاً بوضع إجابات مناسبة عن الاستفسارات التي تلاحقه حول ما يجب عمله تجاه الفرد من ذوي الإعاقة لمساعدته على تخطي تكيفه مع البيئة التي يعيش فيها ، حول أسلوب التعامل معه وكيفية التصرف حياله، حول ما يمكن أن يقوله وما يمكن أن يفعله من أجله ، حول إمكانية التعبير عن اتجاهاته الصادقة نحوه، وحول إمكانية تقبله على الرغم من علته.

ومن ثم يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يمارس مهنته ومهامه من منطلق إحساسه العميق بمسؤولياته الكاملة عن مساعدته في التغلب على مشكلاته الشخصية المتعلقة بسوء تكيفه مع المخالطين له، والتي تعتبر الجوهر الأساسي لعمله المهني، وليس من منطلق الدور التقليدي الذي يلعبه خلال ممارسته المهنية ، يستخدم كل الأساليب الفنية المباشرة وغير المباشرة للتعرف على الاضطرابات في التفاعلات الشخصية للفرد من ذوي الإعاقة والتعرف على الاتجاهات المختلفة التي كونتها الأسرة نحو طفلها من ذوي الإعاقة وذلك حتى يمكنهم مساعدته على تصحيحها إذا كانت سليمة ومتسمة بالإيجابية ، وحتى يتحقق لهم الاتزان والاستقرار النفسي.

صفات الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في مجال ذوي الإعاقة والتأهيل :

الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في مجال التأهيل يجب أن يتميز بعدد

من الصفات أو السمات منها أن :

- ١- أن يكون لديه قدر من الأمن .
- ٢- أن يتمتع بثقته في نفسه .
- ٣- أن يكون ناضجاً انفعالياً .
- ٤- أن تكون شخصيته متكاملة الأبعاد .
- ٥- أن تكون المؤسسة مكاناً يحب العمل فيه .
- ٦- أن تكون لديه القدرة والقوة على التعلم ويقوم بتنفيذ مسؤولياته بنجاح.
- ٧- أن تكون لديه القدرة على اختبار وتقويم ذاته والتحكم في مشاعره السليمة من خلال خبراته ومسؤولياته حتى يستطيع أن يتخذ قرارات العمل في هذا المجال ، ويستطيع أن يواجه الاضطرابات التي تواجهه في مجال عمله ، وأن ينمي قدراته الاستقلالية ، وبهذا تتوفر لديه الخصائص الشخصية التي تؤهله للعمل في مجال التأهيل ويستطيع الاستجابة لما يحتاجه عملائه من مطالب وإشباعات .

دور الأخصائي الاجتماعي مع أسرة ذوي الإعاقة :

منذ اللحظة التي تدرك فيها الأسرة أن طفلها يعاني من اضطراب خطر (جسمي أو وظيفي) تواجه الأسرة العديد من المشاكل مثل كيفية مواجهة الأشكال المستخدمة من سلوك الابن ، واستجابة الأشخاص الآخرين تجاه الأسرة، ودوره في مواجهة الإحباطات التي تمر بها الأسرة في مجالات الحصول على الخدمات والمساعدات، والواقع أن عدداً محدوداً من الأسر تقوم بالدور الايجابي نحو هذه المشكلات بل قد تكون تصرفاتها ذات طبيعة عكسية أحياناً

وعليه من الضروري أن يكون للأخصائي دور واضح وملاموس مع الأسرة ويمكن تحديد أبعاده كما يلي :

- ١- يتعرف الأخصائي الاجتماعي على الأهل ويبني علاقة متينة معهم تقوم على أساس المشاركة والاحترام والثقة المتبادلة، وذلك عن طريق الاتصال الدائم بهم وزيارتهم كلما دعت الحاجة.
- ٢- إقامة اجتماعات دورية شهرية، وحسب احتياجات الفرد من ذوي الإعاقة والقدرات، تضم الأهل والمعلمات أو مشرفين التأهيل لتقييم وضع الطفل من ذوي الإعاقة لاقتراح بعض التعديلات في التعامل معه.
- ٣- يُعدّ الأخصائي الاجتماعي أمهات الأطفال من ذوي الإعاقة لدورات تدريبية يُعرفهن من خلالها على الإعاقة، أنواعها، أسبابها، وإلى متطلبات عملية دمج طفلهم ذوي الإعاقة إذا كانت إصابته خفيفة أو متوسطة وتحديد قدراته العقلية التي تُمكنه من متابعة تحصيله الدراسي.
- ٤- يُعرّف الأخصائي الاجتماعي الأهل على أهمية دورهم في رعاية الطفل من ذوي الإعاقة ومساعدته على التكيف كتعليم طفلهم ذي الإعاقة منذ الصغر، كيفية العناية بنفسه ومساعدته على الاستقلالية من خلال تدريبه على الأكل وارتداء الملابس واكتساب مهارة النظافة والعناية الذاتية.
- ٥- يعتمد الأخصائي الاجتماعي على تقنية دينامية الجماعة وذلك لينقل الأهل تجربتهم مع طفلهم ذي الإعاقة إلى أهالي الأطفال الآخرين، مما يخفف من شعورهم بالذنب ومن الشكوك التي تحيطهم ، وبالتالي التخفيف من شعورهم بأنهم سبب الإعاقة .
- ٦- يتابع الأخصائي الاجتماعي الطفل ذوي الإعاقة داخل الأسرة ويحفز الأهل على بناء علاقة ثقة مع طفلهم من ذوي الإعاقة، وذلك لأهمية شعوره

- بالانتماء إلى أسرة تحبه وتعطف عليه دون إسراف، وتتعاون معه ككل لا يتجزأ لأن المطلوب هو الوصول إلى إنماء كامل الشخصية.
- ٧- يُعرف الأخصائي الاجتماعي الأهل على المساعدات التي يستطيعون الحصول عليها من خلال وزارة الشؤون الاجتماعية أو من خلال جمعيات ذوي الإعاقة (بطاقة الفرد ذوي الإعاقة التي تؤمن له خدمات مجانية صحية واجتماعية)، ومن خلال المؤسسات الاجتماعية التأهيلية والتربوية والصحية.
- ٨- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوعية الأهل حول الإعاقة والصعوبة التي يتعرض لها الطفل من ذوي الإعاقة وبضرورة القيام بالتحاليل والتدابير اللازمة لتجنب الإعاقة وتكرارها، كما يظهر أهمية اللجوء إلى العلاج والتشخيص المبكر للإعاقة للحدّ من تطورها السلبي.
- ٩- يبرز الأخصائي الاجتماعي للأهل أهمية متابعة طفلهم بالتعاون مع المعلمات داخل المدرسة ومع الفريق الطبي المؤلف من معالج فيزيائي، ومعالج النطق، والمعالج الانشغالي خارج المؤسسة، ويشكّل العامل الاجتماعي الوسيط بينهم لتحقيق التكامل في الأدوار ولإزالة المعوّقات التي تواجه عملية دمج الطفل ذوي الإعاقة في المدرسة.
- ١٠- يُشجع الأخصائي الاجتماعي الأهل حول مشاركة طفلهم ذوي الإعاقة بالنشاطات الترفيهية والزيارات المنزلية والرحلات والنزهات والتسوق مثله مثل الأطفال الآخرين، لأنه يحتاج إلى تعزيز ثقته بنفسه بأن يكتسب نفس خبرات الأطفال الآخرين، وان يستطيع التكيف مع التغيرات التي تحيط به.

- ١١- تعديل مفهوم الأسرة نحو الإعاقة التي قد ترتبط في ذهن الكثيرين بالمرض والعدوى والعجز وبالمشكلات ودونية الأسرة عن غيرها من الأسر .
- ١٢- توسيع دائرة الاتصال بين الهيئات المعنية بتقييم خدمات وبرامج ذوي الإعاقة وبين أسرهم لأن ذلك من شأنه زيادة الاهتمام بهذه الفئات والتعرف على الاحتياجات والمشكلات الحقيقية .
- ١٣- دعم أسرة الفرد من ذوي الإعاقة حتى تتمكن من تحمل مسؤولية تنشئة إبنها اجتماعياً وتربوياً وصحياً ونفسياً .
- ١٤- مساعدة أفراد الأسرة على تقبل الفرد من ذوي الإعاقة واحترامه وعلى إكسابه الثقة في نفسه وغرس مشاعر الانتماء نحو أسرته بدلاً من مشاعر النقص والدونية والنبذ .
- ١٥- مساعدة الأسرة على تقييم وتفهم طبيعة وتأثير هذه الإعاقة ومساعدتهم أيضاً على تطوير استراتيجيات أكثر فعالية في معالجة آثار الإعاقة .
- ١٦- يوضح للوالدين طبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهم بأسرع وقت ممكن ولكن بطريقة موضوعية تخلو من الأحكام الغير مبررة .
- ١٧- يحاول الاجتماع بكلا الوالدين إن كان ذلك ممكناً فذلك يساعد على فتح قنوات التواصل بينهما ويعدهما للتعامل مع الوضع بطريقة أفضل .
- ١٨- استخدام اللغة التي يستطيع الوالدين فهمها وضرورة تجنب المصطلحات العلمية المتخصصة وإن استدعت الضرورة لذكرها فليحرص على توضيح معناها للوالدين .

١٩- يساعد الوالدين على التعامل مع مشكلة طفلها على أنها مشكلة تهمها وأن عليهما اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتصل بالخدمات الأفضل لأبنيهما .

٢٠- يساعد الوالدين على فهم مشكلة طفلها فلا يتوقع إن الأمر واضح لهما ولذلك يزودهما بالقراءات المناسبة والعمل على إتاحة الفرصة لهم لمناقشة المشكلة.

٢١- يتعامل مع الوالدين بطريقة إيجابية فلا يوجه لهما الإنتقادات أو الإتهامات فهما بحاجة إلى دعمك وخبرتك ومهارتك.

٢٢- يتذكر أن والدي الطفل من ذوي الإعاقة لديهما آمال وطموحات ومشكلات وصعوبات فلا تعاملهما على أنهما والدين طفل من ذوي الإعاقة فحسب .

٢٣- يتذكر أنه مهني متخصص وأنهما والدان يستجيبان لوضع الطفل بطريقة عاطفية فاحرص أن توضح لهما سبل مساعدة الطفل.

٢٤- تذكر أهمية دورك وطبيعة الأثر الذي تنطوي عليه اتجاهاتك نحو الطفل ووالديه.

دور الأخصائي الاجتماعي مع الأشخاص ذوي الإعاقة :

١- يتعرف الأخصائي الاجتماعي على الوضع الصحي للطفل ذوي الإعاقة ولا سيما الأسباب التي أدت إلى الإعاقة، عوارضها وآثارها، كما يتعرف على مدى إمكانية التأهيل عند الطفل وقدرته على الدمج في المدرسة العادية بالتعاون مع الأهل، والطبيب المختص وفريق العمل المؤلف من معالج فيزيائي، وتأهيل نطق، ومعالج انشغالي.

- ٢- يتعرف الأخصائي الاجتماعي على وضع الطفل ذوي الإعاقة في الأسرة، وضعه النفسي الاجتماعي، أحوال الأسرة الاقتصادية، كل ذلك لأخذه بعين الاعتبار في عملية الدمج.
- ٣- يحضّر الأخصائي الاجتماعي الطفل ذوي الإعاقة للدخول إلى المدرسة، مثلاً: من خلال مشاهدة فيلم يروي قصة فرد من ذوي الإعاقة دخل إلى المدرسة وتابع دراسته بنجاح مع أطفال عاديين، ويعرّف الفيلم عن شكل المدرسة وكيفية التنقل فيها.
- ٤- يقوم الأخصائي الاجتماعي بدعوة الأهل في بداية العام الدراسي باصطحاب طفلهم ذوي الإعاقة لزيارة المدرسة بهدف التعرف على الصف والمعلمات والاختلاط مع الأطفال العاديين في الملعب لتكوين تصوّر إيجابي عن وضعه حين سيدخل فيها إلى المدرسة.
- ٥- يعطي الأخصائي الاجتماعي الطفل ذوي الإعاقة معلومات عن الصعوبات التي ستواجهه خلال العام الدراسي، مثلاً، عدم قدرته على الحركة والتنقل بالشكل الطبيعي، وبأنه مختلف عن الأطفال العاديين، وأنه بحاجة إلى رعاية خاصة ومتابعة خارج المدرسة والتأكيد على إمكانية تقدمه واستمراره إذا أراد ذلك.
- ٦- يتابع الأخصائي الاجتماعي الطفل ذوي الإعاقة ويساعده في تخطي الصعوبات، وإشراكه في حل المشكلة.
- ٧- يدرب الأخصائي الاجتماعي ذوي الإعاقة على السلوك الاجتماعي اللائق والمقبول بالتنسيق مع المعلمة ومع الأهل لمساعدته على التكيف في المدرسة وفي الحياة الاجتماعية.

٨- يعتمد الأخصائي الاجتماعي أسلوب المناقشة والجلسات الجماعية، والنشاطات الهادفة مع الطفل ذوي الإعاقة وذلك لدعمه ولتعزيز ثقته بنفسه ولتغيير اتجاهاته السلبية وتوظيفها إيجابياً، والتي تساعده على تغيير موقفه من الإعاقة وصولاً به إلى مبدأ التقبل والتكيف.

دور الأخصائي الاجتماعي في مؤسسات رعاية ذوي الإعاقة :

يحتاج كل أخصائي اجتماعي في مجال عمله لمعرفة دوره، ويتسأل أحياناً ما هي الواجبات التي لا بد القيام بها لتقديم أفضل خدمة للعميل.

في هذه النقاط نوضح دور الأخصائي الاجتماعي في مؤسسات ومراكز

رعاية ذوي الإعاقة عسى أن يكون بها فائدة لمن هم في هذا المجال :

١. دراسة الحالة الاجتماعية للمتقدمين الراغبون في الالتحاق بالمركز أو الراغبين بإعانة مادية.
٢. استقبال الحالات التي يتم ترشيحها للالتحاق بالأقسام الداخلية وما يتطلبه من إجراءات.
٣. التعاون مع الجهاز الفني للمركز لتوفير الرعاية المتكاملة للمقيمين.
٤. الاشتراك في أعمال اللجان الفنية وتسجيل اجتماعاتها ومتابعة قراراتها.
٥. إعداد برامج الأنشطة الاجتماعية والتي تناسب طبيعة المقيمين كالحفلات والرحلات.
٦. تلقي ملاحظات المراقبين خلال ممارستهم النشاط اليومي وملاحظة سلوكهم.
٧. اكتشاف ميول ومهارات ذوي الإعاقة وتوجيهها التوجيه المناسب للاستفادة من البرامج المختلفة.
٨. الإشراف على مرافق المركز والتأكد من نظافتها والإشراف على التغذية.

٩. العمل على تدعيم صلة المقيمين بأسرهم مع توعية الأسرة التوعية الاجتماعية لتقبل الفرد من ذوي الإعاقة.
١٠. استلام الإعاقة اليومية مع باقي أعضاء الفريق وذلك حسب المواصفات التي تم تحديدها.
١١. التعاون مع جهاز المركز في إجراء البحوث والدراسات لتطوير سير العمل
١٢. إعداد التقارير الشهرية والدورية والسنوية عن خدمات المركز وأنشطته
١٣. المرور اليومي والدوري على المقيمين والتأكد من سلامتهم ونظافتهم وتحسينهم من الأمراض المعدية.
١٤. الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدة هذه الحالات على الاستفادة من خدمات المركز أو المؤسسة.
١٥. توفير فرص التشغيل المناسب والتوجيه المهني بما يتناسب مع قدراتهم
١٦. مساعدة ذوي الإعاقة على الاستفادة من التشريعات والقوانين سواء في مجال العمل أو الحياة.
١٧. تنوير الرأي العام بالوسائل الإعلامية بمشكلات ذوي الإعاقة وتعديل الاتجاهات الخاطئة التي تعتبرهم عجزاً.

دور الأخصائي الاجتماعي في تقديم الخدمات الاجتماعية لذوي الإعاقة:

١. تبدأ الخدمات الاجتماعية بدراسة الأخصائي الاجتماعي لحالة الفرد من ذوي الإعاقة، وكل ما يحيط بظروفه البيئية وكيفية الإصابة بالعائق مستخدماً في ذلك مجموعة من الأساليب المهنية وحيث أن الفرد من ذوي الإعاقة هو عضو في جماعة لها تأثيرها القوي على شخصيته. فإن الأخصائي الاجتماعي يستخدم الأساليب المهنية للخدمة الاجتماعية لكي يساعد الفرد من ذوي الإعاقة في التكيف مع ظروف المؤسسة التي ترعاه ، تزويده

- بالعادات الاجتماعية الخلقية السليمة . فالفرد من ذوي الإعاقة يجب ألا تحرمه إعاقته من الاستمتاع ببرامج المؤسسة، فمن خلال المؤسسة وبرامجها يكتسب الفرد من ذوي الإعاقة كثيراً من مظاهر السلوك الاجتماعي السليم كالتدريب على العمل الجماعي، والقيادة والتبعية وتحمل المسؤولية والتعاون وتكوين العلاقات مع الزملاء في الجماعة .
٢. تحديد الوسائل التي تساعد الفرد من ذوي الإعاقة في الاستفادة من الخدمات الاجتماعية.
٣. التقليل من الصعوبات التي تواجه الفرد من ذوي الإعاقة في الاستفادة من الخدمات الاجتماعية.
٤. العمل على مستوى البيئة التي ينتمي إليها الفرد من ذوي الإعاقة لمساعدته في حل بعض المشكلات.

التوصيات :

١. الإيمان بحقوق الإنسان والحريات الأساسية وكرامة الفرد والعدل الاجتماعي المعلنة في الدساتير العربية والمنبثقة من ثقافتنا وتراثنا ومبادئ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والإعلان المتعلق بحقوق المعوقين الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة وقرارها رقم ٣١ . ١٢٣ . المؤرخ في ديسمبر ١٩٧٦م بإعلان عام ١٩٨١م عاماً دولياً للمعوقين ، وكذلك الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبرتوكول الاختياري والتي فتح باب التوقيع والتصديق عليهما اعتباراً منذ ٣٠ / مارس / ٢٠٠٧م.
٢. لا بد من العلم بأن الهدف من العام الدولي للمعوقين هو النهوض برعاية ذوي الإعاقة وتأهيلهم واتخاذ التدابير اللازمة للوقاية من العجز .

٣. الإيمان بأن برامج تأهيل ذوي الإعاقة ضرورة اقتصادية وإنسانية حتى يتحولوا إلى طاقات إنتاجية كما يحفظ لهم حقهم في الحياة الطبيعية لينالوا حظهم في التنمية والثقافة والعمل والإبداع والحب.
٤. ضرورة تطبيق الأساليب الوقائية لتلافي نسبة كبيرة من التعويق.
٥. ضرورة توعية الجماهير إعلامياً بدورهم الأساسي في المعونة على اندماج ذوي الإعاقة في المجتمع.
٦. نشر الثقافة النفسية والاجتماعية في مختلف المؤسسات الاجتماعية سواء في المدارس أو وسائل الإعلام أو المراكز الخاصة بذوي الإعاقة بكافة القطاعات المتعاملة مع النشئ، وتوضيح دور كل من الأخصائي الاجتماعي والنفسي ومدى أهميتهما.
٧. التأكيد على أهمية وجود الأخصائي الاجتماعي والنفسي كمدرسين في مختلف القطاعات التي تتعامل مع النشئ والشباب من العاديين وذوي الإعاقة.
٨. عمل كشف دوري من خلال الوحدات الصحية (على نمط التطعيمات) تكون مهمتها الاكتشاف المبكر للإعاقات، ويتطلب ذلك بالطبع تدريب جيل من الأطباء قادر على التشخيص المبكر لأنواع الإعاقات المختلفة.
٩. تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي والنفسي في مجال استقبال الحالات من ذوي الإعاقة وتدريبهم على عمل البرامج اللازمة لتنمية واستثمار الطاقات الكامنة لدى هؤلاء الأطفال في ضوء احتياجاتهم الفردية.
١٠. أهمية تدريب الأخصائيين الاجتماعيين على استخدام الحاسب الآلي في تنمية الجوانب المختلفة لدى الطفل من ذوي الإعاقة.

١١. إعداد المجتمع للتعامل مع ذوي الإعاقة كل حسب نوعية إعاقته مع التأكيد على أن التشخيص المتخصص يساعد في تحديد مستقبل هذه الحالات، وأن الهيئات المتخصصة هي التي يمكنها استثمار قدرات وطاقات ذوي الإعاقة، كما أن حسن وترشيد التربية المبكرة سيساعد الأطفال ذوي الإعاقة على النمو المتكامل والذي سيبقى وينعكس أثره عندما يصبح هؤلاء الأطفال شباب، بل وآباء وأمهات لأطفال ربما يكونوا أسوياء.
١٢. ضرورة التوسع في الأماكن المخصصة لإقامة ذوي الإعاقة حتى تتمشى مع الزيادة المضطردة في نسبة ذوي الإعاقة المتقدمين للمؤسسة.
١٣. زيادة عدد الأخصائيين الاجتماعيين في المؤسسة لتوفير وسائل الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة بحيث يكون لكل أسرة أو جماعة بالمؤسسة أخصائي اجتماعي خاص بها.
١٤. التعرف على المشكلات الأسرية التي ظهرت نتيجة إصابة الفرد من ذوي الإعاقة بالإعاقة والعمل على حلها.
١٥. تدعيم الورش القائمة لتدريب ذوي الإعاقة والتوسع في إنشاء ورش جديدة .
١٦. زيادة البرامج الترويحية المنظمة كالرحلات والحفلات والمخيمات .
١٧. وضع برامج للنشاط تتماشى مع نوع الإعاقة وعمر الفرد من ذوي الإعاقة حتى يمكن توفير التجانس والانسجام ودعم العلاقات الطيبة بينهم.
١٨. ضرورة الاهتمام بالأنشطة والبرامج التي تساعد على دعم وتطوير السلوك الايجابي لذوي الإعاقة.
١٩. ضرورة استخدام الأسلوب العلمي لتقدير الحد الأدنى من عجز الفرد من ذوي الإعاقة ودرجات تعويقه.

٢٠. أن تتولى وزارة الشؤون الاجتماعية استصدار تشريع جديد للتأهيل الاجتماعي لذوي الإعاقة مما يساير الاتجاهات الحديثة في هذا المجال ويكفل تكامل الاحتياجات لذوي الإعاقة وعلى الأخص فيما يتصل بالتأهيل والتدريب والتشغيل ومنح ذوي الإعاقة المزايا الاجتماعية التي تكفل لهم الحياة الطبيعية.

٢١. أن تتبنى الجامعات والمعاهد العليا وضع سياسة إعداد الكوادر الفنية المتخصصة للعمل في مجال تأهيل ذوي الإعاقة وإدخال مادة تأهيل ذوي الإعاقة في برامج الكليات والمعاهد العليا للخدمة الاجتماعية وأقسام الاجتماع بكليات الآداب وكليات التربية الرياضية كمادة أساسية.

٢٢. تشجيع التأليف والترجمة في موضوعات تأهيل ذوي الإعاقة في النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والمهنية لتكون أمام الدارسين وهيئات التدريس.

٢٣. الاهتمام بإعداد المعلم والمدرّب المهني في مجال تأهيل ذوي الإعاقة.

٢٤. عقد المؤتمرات المحلية والدولية والحلقات الدراسية لمناقشة مشاكل ذوي الإعاقة وتبادل الرأي في كل ما هو جديد في هذا المجال.

وختاماً...

إن الدفاع عن حقوق ذوي الإعاقة والعمل على تحقيق مطالبهم بتحسين واقع الخدمات المقدمة لهم وتعريف المجتمع بأهمية الفرد من ذوي الإعاقة كعنصر بشري قادر على الإنتاج وشعوره بترابط أسري حميم بينه وبين أعضاء

أسرته ومجتمعه له تأثيرات إيجابية وعلاقات تبادلية تسودها المحبة والمودة، فدور المجتمع الدولي والمنظمات العالمية والحكومات والمؤسسات المحلية العمل على تنشيط حياته الاجتماعية ومساعدته على اكتساب أنماط سلوكية متعددة ، ومعارف متجددة ، لتزيد من انتمائه لمجتمعه فهو جزء من النظام الاجتماعي الذي ينتمي إليه وله حقوق وواجبات في ممارسة دوره على أكمل وجه بشكل فعال .

وللأسف الشديد لا تزال بعض المجتمعات متغيبه عن ذلك الشطر الحضاري الذي يوفر لهذه الشريحة من أبناءنا فرص العلاج والتدريب والتأهيل الكافية، حتى تمكنهم التعايش مع أقرانهم الأطفال قدر الإمكان بأسلوب حضاري وإنساني مهذب وراقي ..

ولعل من المهم أن نقول إن والدي الطفل ذوي الاحتياج الخاص أيضاً لهما الحق في المساندة والمساعدة المادية وأهم من ذلك المعنوية.. فكثير من الأسر ينتابهم شعور عميق بالإحساس بالذنب والخجل لإنجابهم طفل من ذوي الإعاقة.. ويكاد الأمر يصل بهم حد إخفائه عن المجتمع بأي وسيلة ومحاولة تناسي وجوده وهذا ما يطلق عليه للأسف (الخجل الاجتماعي).. وقبول المجتمع للطفل من ذوي الإعاقة بكل مؤسساته وهيئاته ومن الأسرة أولاً، دون تعال أو شفقة زائدة عليه، هو الخطوة الأولى في المساعدة والمساندة الحقيقية لهذا الطفل ولا بد أن نعمل معاً وببند متكاتفه نحو تحقيق الهدف الأسمى وهو النظر إلى هؤلاء نظرة عالية جداً ودون خجل ولا نفرق بينهم وبين الأفراد الآخرين من الأسوياء .. ونسعى معاً لتحقيق (مبدأ الدمج) بكل أشكاله وأنواعه تحقيقاً لمبدأ المساواة التي نادى بها الله سبحانه وتعالى ..

لذلك تقع مسؤولياتنا على مساعدتهم والارتقاء بهم في مجتمعاتهم من خلال تطوير شعورهم بالاعتماد على الذات وذلك بالإيعاز إليهم والعناية بأدواتهم

الخاصة وأن نقوم بدور المرشد والدليل وتشجيعهم على التفاعل معنا ومع أقرانهم لنكون قد ساهمنا في تنميتهم وتنمية مجتمعاتنا مسطرين رسالة إنسانية هدفها جميل ونبيل.

فنحن نتشارك جميعاً في نفس الميدان ونتقاسم نفس الهموم.. ونعمل لتحقيق غدٍ مشرق وأفضل لذوي الإعاقة وندافع عن حقهم في التعليم بما يتناسب وقدراتهم والعيش مع أقرانهم الآخرين وتنمية تلك القدرات لأقصى درجة ممكنة، وتأمين مستقبلهم ليصبحوا أعضاء فعالين في المجتمع وليسوا عالة عليه.

نحن بحاجة إلى عدد أكبر من الكوادر الوطنية المؤهلة في هذا المجال، نحن بحاجة إلى إعطاء دورات عملية تدريبية أكثر للمعلمين، وكذلك تأهيل الطلاب بشكل أكبر للحياة العملية، وأخيراً إن الوضع الحالي للتربية الخاصة بتدريس ذوي الإعاقة يشير إلى أن المستقبل لن يتطور للأفضل فحسب بل سيصل إلى القمة بإذن الله ، وذلك بالتأكيد بفضل الدعم المتواصل والواضح من الحكومات الرشيدة

..

ويتوجب علينا أن نرفع صيحة : أعيدوا للمهنة رونقها وهيبتها، كي يستشعر الأخصائي الاجتماعي بأهميته فيتحقق له الرضا الوظيفي، واستقامة المقصد، واستشراف المستقبل، والإخلاص في الأداء، والأخذ بالمبادرة التي تحقق الأمل وتدفع إلى المشاركة الفعالة في بناء صرح النهضة المأمولة.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١. القرآن الكريم.
٢. مريم صالح الأشقر / مفهوم الإعاقة / إصدار المركز الثقافي الاجتماعي . الجمعية القطرية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة / قطر/ سبتمبر ٢٠٠٣ م.
٣. الدكتور مروان عبد المجيد إبراهيم/ الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة (تربيواً- نفسياً رياضياً . تأهيل) مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع / الأردن / الطبعة الأولى ٢٠٠٢ م.
- ٤ . الخدمة الاجتماعية المعاصرة / الدكتورة نظمية احمد سرحان
- ٥ . الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة / الدكتور ماهر أبو المعاطي .
٦. التوعية الاجتماعية في الوقاية من الإعاقة / روعي عبيدات / أخصائي نفسي تربوي الشارقة .
٧. دليل الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي بمدارس دولة قطر / من إعداد موجبين وموجهات التربية الاجتماعية (عبدالله النعمة ، عبدربه القحطاني، مريم الأشقر ، حنان زيدان) إصدار وزارة التربية والتعليم . إدارة التربية الاجتماعية ٢٠٠٣ م
٨. مريم صالح الأشقر / دمج ذوي الاحتياجات الخاصة بالمجتمع / إصدار المركز الثقافي الاجتماعي . الجمعية القطرية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة / قطر/ يناير ٢٠٠٣ م
٩. الدكتور فاروق الروسان / قضايا ومشكلات في التربية الخاصة / الطبعة الأولى ١٩٩٨ م/ دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع / الأردن.
١٠. مريم صالح الأشقر/ الإرشاد الأسري في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة / إصدار المجلس الأعلى لشؤون الأسرة / قطر / أبريل ٢٠٠٧ م.
١١. الدكتورة مريم إبراهيم حنا وآخرون / الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة / كلية الخدمة الاجتماعية / جامعة حلوان / ١٩٩٥ م.
١٢. إسماعيل شرف / تأهيل المعوقين / القاهرة / دار المعارف / ١٩٨٢ م .

١٣. محمد عبد المؤمن حسن / سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم / الإسكندرية / دار الفكر الجامعي / ١٩٨٦ م.
١٤. أحمد السيد يونس . نصري حنورة / الطفل المعوق رعايته طبياً ونفسياً واجتماعياً القاهرة / دار الفكر الجامعي / ١٩٨٢ م .
١٥. محمد عبد المنعم نور / الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل / القاهرة / مكتبة القاهرة الحديثة / ١٩٧٣ م.
١٦. الدكتور السيد رمضان / إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة / المكتب الجامعي الحديث / الإسكندرية / ١٩٩٠ م .
١٧. قانون رقم (٢) لسنة ٢٠٠٤ بشأن ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر صدر في ١٥ ، ٢ ، ٢٠٠٤ م
١٨. الدكتور بدر الدين كمال عبده / الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية (دراسة تدعيم النسق القيمي لجماعات المعوقين) المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع الإسكندرية / ١٩٩٥ م.
١٩. زينب حسن أبو العلا / الخدمة الاجتماعية في محيط الفئات الخاصة / كلية الخدمة الاجتماعية / ١٩٨٦ م
٢٠. محمد نجيب توفيق / الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة / كلية الخدمة الاجتماعية / ١٩٩٠ م
٢١. الدكتور إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي / الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية / الناشر : المكتب الجامعي الحديث / الإسكندرية / ٢٠٠٢ م
٢٢. عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون / الرعاية الاجتماعية للمعوقين / مكتبة الأنجلو المصرية / القاهرة / ١٩٦٩ م .
٢٣. فتحي السيد عبد الرحيم / قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة والمعوقين (النظرية والتطبيق) دار القلم / الكويت / ١٩٨٣ م.
٢٤. الدكتورة سحر أحمد الخشرمي / المدرسة للجميع " دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية " مكتبة الصفحات الذهبية / ٢٠٠٠ م / الرياض.

٢٥. الدكتور عبد العزيز السرطاوي . الدكتور عبد العزيز حسن أيوب / الإعاقة العقلية الطبعة الأولى ٢٠٠٠ م / مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع / دولة الكويت ، الإمارات العربية المتحدة.

٢٦. عمل الاختصاصية الاجتماعية في المجال المدرسي / ورشة تدريبية / الموجهتين مريم الأشقر - حنان زيدان / مارس ٢٠٠٠ م

٢٧. الدكتور عبد الحميد عطية . الدكتورة سلمى محمود جمعه / الخدمة الاجتماعية وذوي الاحتياجات الخاصة (المواجهة والتحدي) المكتب الجامعي الحديث / ٢٠٠١ م

٢٨. مقدمة في الخدمة الاجتماعية : الدكتور ماهر ابو المعاطي .

٢٩ . الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين : الدكتورة اقبال مخلوف .

ثانياً: أوراق العمل والبحوث :

١. مريم صالح الأشقر / بحث عن (دمج المكفوفين بالمجتمع) / مقدم للمسابقة الثقافية لمركز قطر الثقافي الاجتماعي للمكفوفين / حائز على المركز الأول خليجياً / أكتوبر ٢٠٠٧ م .

٢. مريم صالح الأشقر / محاضرة عن (فن التعامل مع ذوي الإعاقة) قدمت للمدارس المستقلة التي بها فصول للدمج / نوفمبر ٢٠٠٧ م .

٣. فاروق محمد صادق / الاتجاه نحو الإعاقة / ندوة الطفولة المعوقة / الإتحاد الإقليمي للجمعيات والمؤسسات الخاصة / ١٩٩٠ م .

٤. شيخه الحسيني / أسلوب الدمج والأشكال المتعددة لممارسته / ورقة عمل مقدمة لندوة تجارب دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي " التطلعات والتحديات " نظمتها : جامعة الخليج العربي ضمن برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة / البحرين / من ٢ . ٤ / مارس / ١٩٩٨ م

٥. الدكتور حسن عبد الحسين محمد صفر / دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم العام / ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الأول لإدارة مدارس التربية الخاصة في الفترة من ٤ . ٨ / مايو / ٢٠٠٢ م / الكويت.

٦. وائل مسعود / أهمية الدمج للأطفال المعوقين في المدارس العامة في الأردن / ورقة عمل مقدمة إلى الحلقة الدراسية لواقع ومستقبل ومؤسسات رعاية المعوقين في الأردن من ٢ .. ٥ / ١٩٨٤ م .
٧. بتول محسن عبد الله اللواتي / الانجازات والخطط المستقبلية في مجال الدمج بسلطنة عمان / ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الأول لإدارة مدارس التربية الخاصة / في الفترة من ٤ . ٨ / مايو / ٢٠٠٢ م / الكويت .
٨. آمنة راشد سلطان / (الإعاقة وسبل الوقاية منها) مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية مركز التدخل المبكر/ ورقة عمل مقدمة إلى للملتقى الأسري الرابع (ذوي الاحتياجات الخاصة .. الواقع والمأمول) من ١٩ أبريل - ٩ مايو / ٢٠٠٤ م / مراكز التنمية الأسرية بالمجلس الأعلى لشؤون الأسرة / الشارقة .
٩. عائشة عبد الله السويدي / الانجازات والخطط المستقبلية في مجال الدمج بدولة الإمارات العربية المتحدة / ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الأول لإدارة مدارس التربية الخاصة / في الفترة من ٤ . ٨ / مايو / ٢٠٠٢ م / الكويت .
١٠. أ. طالب حمزة عباس . أ. كفاية راشد العليان / قياس مفهوم الدمج وأهميته من منظور ذوي العلاقة بالطالب المعاق(قياديون . تربويون . فنيون . أولياء أمور الطلاب) / دراسة استطلاعية / ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الأول لإدارة مدارس التربية الخاصة / في الفترة من ٤ . ٨ / مايو / ٢٠٠٢ م / الكويت .
١١. الدكتور شاهر بن ظافر الشهري / ورقة عمل مقدمة من الجمعية الخيرية لرعاية وتأهيل المعاقين بالسعودية / لندوة تجارب دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي " التطلعات والتحديات " نظمتها : جامعة الخليج العربي ضمن برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة البحرين / من ٢ . ٤ / مارس / ١٩٩٨ م .

ثالثاً: المجالات والدوريات:

١. عثمان لبيب فراج / الاتجاهات والسلوك نحو الطفل المعاق / مجلة النيل / العدد ٤٤
الهيئة المصرية العامة للاستعلامات / القاهرة / يناير ١٩٩١ م .
٢. عثمان لبيب فراج / فلسفة ووسائل دمج المعوقين في المجتمع / النشرة الدورية لإتحاد
هيئات رعاية الفئات الخاصة ، العدد (٨) ديسمبر ١٩٨٦ م .

رابعاً: منتديات الانترنت:

- 1- <http://www.musawa.org/new2/lqatar.doc> / موقع مساواة /
- 2- http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=21&id=558-
- 3- <http://www.swmsa.com/forum/showthread.php?t=781> / منتديات /
العلوم الاجتماعية ، مريم الأشقر
- 4- http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=21&id=558 موقع أطفال الخليج للدكتور عبد الله الصبي
- 5- <http://www.aljobran.net/showthread.php?p=7482> / موقع الملتقى /
العربي لنوي الاحتياجات الخاصة.
- 6- <http://ejtemay.net/showthread.php?t=1645> / موقع اجتماعي /
- 7- <http://www.social-team.com/forum/showthread.php?t=578> /
منتدى الفريق الاجتماعي
- 8- <http://www.social-team.com/forum/showthread.php?t=1046> /
منتدى الفريق الاجتماعي
- 9- <http://www.social-team.com/forum/showthread.php?t=427> /
منتدى الفريق الاجتماعي
- 10- http://www.tanmia.ma/article.php3?id_article=15775
- 11- http://www.hayatnafsa.com/kadaya_nafsia_ajtema3ia/prevention_ofdisabilities.htm

أمراض الدم الوراثية

[أنيميا منجليه - ثلاثيميا - أنيميا الفول "نقص الخميرة"]

والأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي
في مجال أمراض الدم الوراثية
وكيفية التعامل مع المريض وأسرته

إعداد

خديجة ترسن أبوبكر تركستاني

أخصائية اجتماعية

بمستشفى جامعة الملك عبدالعزيز (سابقا)

مقدمة

يحظى الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي بالعمليات المهنية والجهود العلمية التي يقوم بها من خلال فريق عمل يسعى إلى توفير خدمة طبية متكاملة للمرضى وأسرتهم سواء من الناحية الطبية والنفسياً والاجتماعية، والذي يسعى بدوره لجعلهم أكثر قدرة للتعامل مع احتياجاتهم ومشكلاتهم الاجتماعية والتكيف مع البيئة التي يعيشون فيها.

وتعتبر أمراض الدم الوراثية من أكثر الأمراض الوراثية انتشاراً في العالم بشكل عام وسوف نقوم في هذا الجزء بشرح مبسط عن هذه الأمراض وطرق علاجها والوقاية منها.

وسنتناول في الجزء الأول مرض الأنيميا المنجلية، ويعتبر فقر الدم المنجلي من أشهر أمراض الدم الوراثية والتي تؤدي إلى تكوين جلطات في الشرايين الدقيقة وهي من الأمراض الأكثر انتشاراً في العالم.

وسنتناول في الجزء الثاني مرض الثلاسيميا، وتعتبر من أهم أمراض الدم الوراثية والأكثر انتشاراً في العالم بشكل عام وفي منطقة البحر الأبيض المتوسط بشكل خاص ولقد تم تشخيصه على يد الطبيب/ كولي عام ١٩٢٥م، وهي نوعان (الألفا ثلاسيميا، والبيتا ثلاسيميا).

وسنتناول في الجزء الثالث مرض نقص الخميرة (G6PD) أو نقص الإنزيم جلوكوز-٦ والذي يسمى بأنيميا الفول وهو من أكثر وأشهر أنواع نقص الأنزيمات ويصيب ما يقارب أربعمئة مليون شخص في مختلف أنحاء العالم.

وسنتعرض في الجزء الرابع الأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في مجال أمراض الدم الوراثية للمريض وأسرته والبيئة المحيطة به.

وإذ أضع هذا الجزء من أمراض الدم الوراثية بين أيدي المهتمين والمعنيين ليكون الهدف دائماً أن تعم الفائدة والمساهمة في التثقيف والتوعية الصحية من أجل حياة أفضل.

نسأل الله أن يوفقنا إلى الخير.

الباحثة

أمراض الدم الوراثية

هي مجموعة من الأمراض الوراثية تنتقل بالوراثة من الوالدين إلى الأبناء وتحدث نتيجة وجود خلل وراثي في بعض مكونات كرات الدم الحمراء، وهذه الأمراض تتميز بخطورتها وطول أمدتها وحاجتها إلى المتابعة الطبية لفترات طويلة تمتد إلى طول العمر إضافة إلى تبعاتها النفسية والاجتماعية والمادية التي تتغل كاهل المريض وأسرته وتعرضهم لضغوط اجتماعية تحرمهم من متابعة العيش في ظل ظروف طبيعية مستقرة خاصة أن الطب لم يستطع حتى الآن إيجاد العلاج الناجع الشافي لهذه الأمراض وبشكل مضمون إنما توقف عند رعاية المريض طبياً ومحاولة تخفيف آلامه، وإيقاف استفحال المرض ما أمكن. ومن أهم أمراض الدم الوراثية وأكثرها شيوعاً في العالم (الأنيميا المنجلية - الثلاسيميا [أنيميا البحر الأبيض المتوسط] - أنيميا الفول [نقص الخميرة G6PD]).

كيف تنتقل هذه الأمراض:

تنتقل هذه الأمراض عن طريق الوراثة فقط حيث يرث المريض جينات المرض عن طريق الوالدين (الأب والأم) فإذا كان الوالدين من حاملي المرض ففي كل حمل هناك احتمال ٢٥٪ أن يولد طفل مصاب بالمرض، ونسبة ٥٠٪ أن يولد طفل حامل للمرض، ونسبة ٢٥٪ أن يكون الطفل سليم.

الزواج الخطر الزواج الآمن

والأمراض الوراثية تسبب أنواع مختلفة من الإعاقات:

١- الإعاقة الجسدية.

٢- الإعاقة العقلية.

٣- الإعاقة الاجتماعية والنفسية.

طرق علاج أمراض الدم الوراثية:

لا يوجد علاج شافي من هذه الأمراض ولكن يتم التخفيف من حدة المرض ومنع النوبات الحادة وتأخير المضاعفات حسب نوع المرض ويشمل العلاج:

- ١- معالجة الجفاف المبكر والالتهابات والحماية من البرد الشديد.
- ٢- استخدام المضادات الحيوية وأخذ التطعيمات اللازمة.
- ٣- نقل الدم المتكرر لمريض الثلاسيميا طيلة الحياة.
- ٤- استخدام عقار الفيسفرال لتقليل نسبة الحديد في الدم.
- ٥- استئصال الطحال في بعض الحالات التي يتضخم فيها.
- ٦- زراعة نخاع العظم (مكلفة مادياً).

طرق الوقاية من أمراض الدم الوراثية:

وتشمل التالي:

- ١- الاستشارة الوراثية للمقبلين على الزواج.
- ٢- الابتعاد عن زواج الأقارب خاصة بين الأسر التي ينتشر بهم المرض.
- ٣- تجنب الزواج بين حاملي العامل الوراثي المسبب للمرض.
- ٤- الفحص للمقبلين على الزواج.
- ٥- الفحص المبكر للأطفال حديثي الولادة في المناطق التي ينتشر فيها المرض وذلك للعلاج المبكر وتقادي المضاعفات المصاحبة للمرض.

الأنيميا المنجلية

Sickle Cell Anaemia

الأنيميا المنجلية.. أو فقر الدم المنجلي:

هو مرض وراثي يحدث بسبب وجود خلل وراثي في تركيبة صبغة الهيموجلوبين في كريات الدم الحمراء وهو المسؤول عن نقل الأوكسجين إلى جميع أجزاء الجسم ويسبب انسداد الشعيرات الدموية الصغيرة وأيضاً يحدث تحلل مبكر للخلية المنجلية وبسبب ذلك تحدث أعراض المرض.

ولقد سمي هذا المرض بالمنجلية وذلك لأن كريات الدم الحمراء تحت المجهر تأخذ شكل مقوس كالمنجل والجدول التالي يوضح الفرق بين خلايا الدم السليمة وبين خلايا الدم المنجلية.

الجدول التالي يوضح لكم الفرق بين خلايا الدم السليمة وبين خلايا الدم المنجلية:

تكون منجلية وهلالية الشكل	تكون على شكل أقراص
صلبة وذات قابلية للإلتصاق والتكسر	لينة ومرنة
عادة ما تلتصق في جدار الأوعية الدموية وتوقف مرور الدم	تتدفق وتمر بسهولة عبر الأوعية الدموية
تعيش متوسطاً لمدة ٢٠ يوماً	تعيش لمدة ١٢٠ يوماً

المناطق التي تظهر فيها الأنيميا المنجلية:

يظهر هذا المرض في مناطق مختلفة من العالم وينتشر بشكل أوسع في:

- أفريقيا بشكل عام.
- منطقة الخليج العربي / اليمن / وجنوب شرق السعودية.
- منطقة الشرق الأوسط.
- شبه القارة الهندية - جنوب شرق آسيا.
- المنطقة الكاريبية في أمريكا الوسطى.

أما انتشارها في المملكة العربية السعودية فتفاوتت نسبة حاملي مرضى الأنيميا المنجلية من ٢٪ - ٣٠٪ ففي المنطقة الشرقية (الإحساء) ٣٠٪، والمنطقة الجنوبية (جيزان) ٢٠٪، المدينة المنورة ١٤٪، محافظة جدة ٤٪، مدينة الرياض ٢٪.

خريطة توضح انتشار مرض الإنيميا المنجلية في العديد من مناطق العالم

أعراض المرض حسب عمر المريض:

تظهر الأعراض بعد الشهر السادس من عمر المصاب وخلال السنتين

الأوليتين من العمر وتسبب:

- ١- انسداد الشعيرات الدموية بكريات الدم المنجلي.
- ٢- انتفاخ اليدين والقدمين والذي يكون مصحوباً بآلام شديدة وبكاء متكرر.
- ٣- تكرار الإصابة بالالتهابات الفيروسية والبكتيرية في الدم.

بعد سنتين إلى العاشرة من العمر:

- ١- زيادة القابلية للإصابة بالالتهابات وخاصة في الجهاز التنفسي.
- ٢- التهابات العظام.
- ٣- شحوب البشرة والعينين.
- ٤- التعب والإرهاق عند القيام بأعمال فيها جهد عالي.
- ٥- تضخم الطحال والكبد نتيجة عجز نخاع العظام عن إنتاج كريات الدم الحمراء.
- ٦- فقدان الشهية.
- ٧- حدوث جلطة دماغية نتيجة انسداد العروق الدماغية.

المشاكل الصحية التي تحدث للمصاب:

- ١- الإعاقة الجسدية والعقلية بسبب جلطة الدماغ.

- ٢- ظهور حصوات المرارة.
- ٣- قصور وظائف الكلى.
- ٤- قصور في وظائف القلب نتيجة تكرار نقل الدم وترسب الحديد بالقلب.
- ٥- قصر القامة.
- ٦- انفصال شبكية العين (نادر الحدوث وفي سن متقدم).
- ٧- تقرح الجلد المزمن (وعادة ما يحدث ذلك في الساقين).

طرق علاج أعراض المرض ومضاعفاته:

- ١- تجنب الأعمال المجهدة والرياضة العنيفة.
- ٢- تجنب الجفاف والتعرض الطويل للشمس.
- ٣- تجنب التعرض للبرد وأخذ الاحتياطات تجاه تقلبات المناخ.
- ٤- الإكثار من شرب السوائل.
- ٥- تجنب التعرض للالتهابات الجرثومية قدر المستطاع وعلاجها في أسرع وقت عند حدوثها.
- ٦- المتابعة الطبية المستمرة.

علاج نوبات الألم:

- ١- الراحة التامة - إعطاء مسكنات.
- ٢- تناول كثير من السوائل عن طريق الفم أو بالوريد.
- ٣- عمل كمادات ساخنة على موضع الألم.
- ٤- علاج الالتهابات الجرثومية بالمضادات الحيوية.

نقل الدم:

لا يستخدم إلا في حالات نادرة جداً لأنه يزيد في لزوجة الدم مما ينتج عنه فرصة أكبر لحدوث انسداد بالأوعية الدموية ولكن تبديل الدم هو الأفضل

فيعطى المريض من الدم السليم بمقدار ما يسحب من دمه ويلجأ إلى تبديل الدم في حالات خاصة مثل جلطة الدماغ أو الرئة عند حدوث فقر دم شديد وعند التحضير للعمليات الجراحية الكبيرة.

الحالات التي تستدعي المراجعة الفورية للمستشفى:

- ١- الارتفاع الشديد لدرجة الحرارة.
- ٢- الآلام الحادة الشديدة التي لا تستجيب للمسكنات البسيطة.
- ٣- ازدياد شحوب لون الجلد.
- ٤- انتفاخ البطن مع الازدياد المفاجيء لحجم الطحال.
- ٥- الصداع الشديد - التشنجات.
- ٦- عدم القدرة على حركة أحد الأطراف.

طرق أخرى للعلاج:

إجراء عملية استبدال نخاع العظام وهي باهظة التكاليف بوجود متبرع يكون متطابق في خلايا الأنسجة مع المريض ١٠٠٪.

الوقاية من هذا المرض:

الوقاية الوحيدة هو الفحص الطبي قبل الزواج للتأكد من خلو الطرفين من صفة المرض فسلامة أحد الطرفين تكفي لإنجاب أطفال أصحاء.

الثلاسيميا

انيميا البحر الأبيض المتوسط

Thalassemia

الثلاسيميا (Thalassemia)

أنيميا البحر الأبيض المتوسط

الثلاسيميا:

هي في الأصل كلمة يونانية مركبة من ثلاث = بحر ، وميا = دم، أي فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط.. وهي من أحد أمراض الدم الوراثية الأكثر انتشاراً في العالم، ولقد تم تشخيصه على يد الطبيب كولي عام ١٩٢٥م.

كيفية حدوث المرض:

تكمن مشكلة المرض في عدم قدرة الجسم على تكوين كريات الدم الحمراء التي تنقل الغذاء والأوكسجين إلى مختلف أعضاء الجسم، ويؤدي هذا الخلل أيضاً إلى نقص في نضوج خلايا الدم الحمراء والذي يؤدي إلى تحلل وتكسر الخلايا مبكراً بعد فترة قصيرة من إنتاجها في نخاع العظم، وللعلم فإن عمر خلايا الدم الحمراء هو (١٢٠) يوماً.

أما في حالة مرض الثلاسيميا فإن الكرية الحمراء تموت قبل المائة والعشرين يوماً ولذلك يحتاج المريض إلى نقل دم دوري كل ٣ - ٤ أسابيع ويعتمد على حسب عمر المريض ودرجة النقص في مستوى الهيموجلوبين.

انتشار المرض:

وينتشر هذا المرض في العديد من مناطق العالم ولكن يلاحظ زيادة نسبة الإصابة في معظم المناطق التالية:

▪ دول حوض البحر الأبيض المتوسط مثل: إيطاليا / تركيا / اليونان /

مالطا.

- منطقة الشرق الأوسط ومنها: إيران / العراق / سوريا / الأردن / فلسطين.
 - دول شمال أفريقيا: وتضم مصر / تونس / الجزائر / المغرب وبعض الدول الأفريقية.
 - جنوب شرق آسيا وشبه القارة الهندية والباكستان.
 - منطقة الخليج العربي بشكل عام.
- خريطة توضح انتشار المرض في العديد من مناطق العالم

أنواع مرض الثلاسيميا:

ينقسم المرض إلى نوعين:

- أ- ألفا ثلاسيميا [إذا حدث الخلل أو العطب (طفرة) في إحدى مورثات الألفا جلوبيين].
- ب- بيتا ثلاسيميا [على حسب عدد المورثات المصابة بالخلل البيتا جلوبيين].

وتنقسم الألفا ثلاسيميا بدورها إلى أربعة أقسام:

- الألفا ثلاسيميا الساكنة Silent Thalassemia (موروث واحد معطوب) ويكون الحامل لهذا النوع سليماً من أي أعراض أو تغيرات في الدم.
- حامل لصفة الألفا ثلاسيميا Alpha Thalassemia Trait (عطب في مورثين) وقد يظهر على المصاب فقر دم بسيط.
- مرض الهيموجلوبين اتش (Hemoglobin H) (ثلاث مورثات معطوبة) وقد يظهر على المصاب بهذا النوع أعراض المرض المختلفة.
- الاستسقاء الجيني الشديد hyduops (أربع مورثات معطوبة) وهو أشد أنواع ألفا ثلاسيميا وعادة يولد المصاب بهذا النوع ميت.

- أما البيتا ثلاثييميا فتتقسم إلى ثلاثة أقسام:
- الثلاثييميا الصغرى (Thalassemia Minor) (موروث البيتا جلوبيين سليم والآخر معطوب ويظهر على المصاب فقر دم بسيط وقد يزداد أثناء فترة الحمل).
- الثلاثييميا الوسطى (Thalassemia Intermedia) (يتواجد عند الشخص المصاب عطب في كل من المورثين للبيتا جلوبيين ويظهر على المصاب أعراض المرض المختلفة ولا يحتاج إلى نقل دم بصفة دورية).
- الثلاثييميا الكبرى (Thalassemia Major) أكثر أنواع الثلاثييميا بيتا شدة وتأثيراً على المصاب وفي هذه الحالة يتواجد عند الشخص المصاب (عطب في البيتا جلوبيين) والنقص الذي ينتج عن ذلك يكون أكثر شدة ويؤدي إلى نقص شديد في مستوى الهيموجلوبين، وفي هذه الحالة يحتاج المصاب إلى نقل دم دوري كل ٣ - ٤ أسابيع للمحافظة على نسبة عالية من الهيموجلوبين في الدم.

أعراض المرض:

- تظهر أعراض الإصابة بالثلاثييميا الكبرى خلال السنة الأولى من العمر وفيما يلي بعض الأمراض التي تحدث للمصابين:
- ١- شحوب وإصفرار البشرة والشفيتين.
 - ٢- الخمول والشعور بالتعب والإرهاق لأقل جهد.
 - ٣- فقدان الشهية.
 - ٤- تكرار الإصابة بالالتهابات.
 - ٥- تضخم الكبد والطحال.
- ومع تقدم العمر تظهر أعراض أخرى مثل:
- ١- التأخر في النمو الجسماني كالطول والوزن.

- ٢- تغيرات في عظام الجسم ومنها الوجنتين.
- ٣- بروز في شكل الأسنان.
- ٤- سرعة ضربات القلب وتضخمه.
- ٥- تشحم الكبد، انسداد لون الجسم، خلل هرموني نتيجة تراكم الحديد في أعضاء مختلفة في الجسم.
- ٦- احتمال الإصابة بكثير من الأمراض المعدية نتيجة نقل الدم المتكرر. أما حامل المرض فلا تظهر عليه أي أعراض ويعيش حياة طبيعية.

طرق العلاج المساعد على منع المضاعفات الجسدية:

- ١- نقل الدم بشكل دوري كل ٣ - ٤ أسابيع.
- ٢- استخدام الديسفرال من أجل طرد الحديد عن طريق البول. وهنا يأتي أهمية استخدام الديسفرال الذي يحقن بواسطة مضخة خاصة تدفع الدواء بببطء تحت الجلد لفترة ما بين ٨ - ١٠ ساعات.
- ٣- استئصال الطحال عند ازدياد الحاجة للدم.
- ٤- زرع نخاع العظم.. يعتمد على وجود متبرع متطابق تماماً حسب الأنسجة ويفضل من أشقاء أو شقيقات المصاب.

طرق الوقاية:

- ١- فحوصات ما قبل الولادة ويتم الفحص بأخذ عينة من المشيمة وتحليلها بواسطة الـ (DNA) .
- ٢- فحوصات ما قبل الزواج.

مضاعفات المرض:

- ١- ترسب الحديد يؤدي إلى تعطيل وظائف الخلايا فيسبب قصور وظائف القلب والغدد الصماء وتليف الكبد وتأخر البلوغ.
- ٢- تكون الحصوات المرارية.
- ٣- خطر العدوى عن طريق الدم المنقول.
- ٤- التحسس من الديسفرال.
- ٥- الآثار النفسية والاجتماعية.

الواجب اتباعه للحد من تلك المشاعر ولمساعدة الطفل على العيش بصورة

طبيعية:

- ١- غرس في نفوس الوالدين الإيمان بقضاء الله وقدره.
- ٢- عدم إغداق العطف والحنان الزائدين على الطفل المصاب.
- ٣- تماسك الأسرة وعدم إظهار الارتباك عند أخذ الطفل للعلاج المتكرر.
- ٤- التعرف من قبل الوالدين عن المرض وأعراضه ومضاعفاته وكيفية علاجه والتواصل المستمر بالطبيب المعالج لتزويدهما بالإرشادات الصحية.

الآثار السلبية على والدي المريض وأسرته:

- ١- الإصابة بالصدمة عند معرفة إصابة الطفل بهذا المرض المزمن.
- ٢- الإحساس بالذنب والإحباط بسبب إنجابهما طفل مصاب.

الآثار النفسية والاجتماعية الناتجة عن المرض:

يعاني مرضى التلاسيميا من مشاكل نفسية واجتماعية شأنهم شأن المرضى الآخرين خاصة في الفترة الأولى لاكتشاف المرض، ويمكننا تقسيم هذه الآثار إلى قسمين:

الأول - الآثار السلبية التي تظهر على الطفل المصاب:

- ١- شعور الطفل بأنه معرض للألم المستمر بواسطة العلاجات المتبعة.
- ٢- الاعتماد المفرط على الوالدين نتيجة العطف والحنان الزائدين.
- ٣- الانطوائية بسبب التأخر في النمو، وما يتبعه من عدم القدرة على ممارسة النشاطات المختلفة التي يقوم بها الأصحاء من أقرانه.

الثاني - فترة المراهقة:

- ١- قد يصاب المريض في سن المراهقة بردة فعل ويتخلى عن متابعة العلاج ليثبت للآخرين أنه شخص لا يحتاج لأي علاج مما يؤدي إلى حدوث مضاعفات وأعراض المرض.
- ٢- التأخر في التحصيل الدراسي وما يصاحبه من مشاكل.
- ٣- صعوبة الحصول على وظائف مناسبة وتكوين عائلة.
- ٤- قد يشعر المصاب بأن حياته محفوفة بالمخاطر وهو في سن مبكر بسبب المرض.

ويمكن التغلب على معظم الآثار السلبية في حياة المصاب وأن ينعم بحياة طبيعية كالآخرين من الأصحاء بالإلمام وتفهم طبيعة المرض باستخدام العلاج بانتظام.

التكلفة الاقتصادية لمرض الثلاسيميا والأنيميا المنجلية:

تتراوح تكاليف رعاية المصابين بفقر الدم المنجلي والثلاسيميا ما بين ١٣.٠٠٠ - ٣٠.٠٠٠ ألف ريال سنوياً لمرض الثلاسيميا، أما للأنيميا المنجلية فتتراوح ما بين ١٧.٠٠٠ - ٣٥.٠٠٠ ألف ريال وقد تصل أحياناً إلى ١٠٠.٠٠٠ ألف ريال وهي تكاليف باهظة يتحملها القطاع الصحي بالإضافة إلى المعاناة الصحية والنفسية والاجتماعية للمريض وأسرته.

والعلاج الشافي الوحيد المتوفر حالياً لهذه الأمراض هو زراعة نخاع العظم، وهي عملية معقدة ومكلفة جداً (التكلفة حوالي نصف مليون ريال) بالإضافة إلى الصعوبة في إيجاد متبرع مناسب وأن نسبة نجاح هذه العمليات لا تتعدى ٥٠٪.

نقص الخميرة - أنيميا الفول G6Pd deficiency

نقص الخميرة:

هو نقص الأنزيم جلوكوز - ٦ (الخمائر الضرورية لعملية التمثيل داخل كريات الدم الحمراء)، وهذا المرض يؤدي إلى الإصابة بأنيميا حادة إذا حدث وتناول الشخص المصاب أنواع معينة من البقوليات خاصة الفول والعدس والبازلاء والفاصوليا وأنواع معينة من الأدوية.

انتشار المرض:

ينتشر في المناطق الموبوءة بمرض الملاريا وهي من الأمراض الفتاكة التي يسببها طفيل الملاريا، وهو أكثر وأشهر أنواع نقص الأنزيمات ويصيب ما يقارب أربعمائة مليون شخص في مختلف أنحاء العالم.

توارث المرض:

يعتبر هذا المرض وراثي نتيجة لطفرة موجودة على كروموسوم (X) ولذلك يعتبر من الأمراض الوراثية الذي تنتقل بالوراثة المرتبطة بالجنس ويصيب الذكور وينتقل من أمهاتهم، وفي بعض الأحيان يظهر على الإناث كما أن الذكور المصابون بالمرض ينقلون المرض إلى بناتهم ولا ينقلونه إلى ابنائهم مطلقاً.

أعراض المرض:

إذا حدث وتناول الشخص أنواع من البقوليات أو أحد العقاقير (الأدوية) التي تؤثر على كريات الدم الحمراء.

- ١- شحوب في لون الجلد.
- ٢- خمول وفقدان في الشهية.

- ٣- تغير لون البول (أحمر تقريباً).
 - ٤- إضطرابات في التنفس والإصابة بدوار.
 - ٥- إصفرار في العين (يرقان).
 - ٦- وقد يصاب بالأسهال.
- وربما يصاب الشخص ببعض هذه الأعراض وليس كلها.

أسبابه:

في بعض الأحيان يحدث التكسر لأسباب مجهولة ولكن بشكل عام إن تعرض الجسم لأي مادة مؤكسدة يمكن أن تكسر الدم ومن أهم المواد المكسرة للدم والتي ينصح بتجنبها هي:

- ١- تناول بعض الأطعمة مثل: [البقوليات بجميع أنواعها خاصة الفول والعدس والبازلاء والفاصوليا].
 - ٢- التعرض للالتهابات الفيروسية أو البكتيرية.
 - ٣- تناول بعض الأدوية ومنها:
 - كل أنواع السلفا.
 - مضادات الملاريا مثل الكينيا.
- كما أن كرات النفضالين التي تستعمل في الحفاظ على الثياب الصوفية أثناء التخزين تؤثر على المصاب وتسبب له تكسر كريات الدم.

العلاج:

إذا حدث وأصيب الطفل بحالة التكسر الشديد في كريات الدم وانحلال الدم فالعلاج هو عملية نقل دم سريع.

الوقاية:

كما ذكرنا سابقاً أن هناك العديد من المواد التي تؤدي إلى تكسر وتحلل خلايا الدم الحمراء ولذلك يجب على المصاب بهذا المرض اتباع الآتي:

- ١- الامتناع عن تناول جميع هذه المواد.
- ٢- تجنب بعض الأدوية.
- ٣- تجنب التعرض للالتهابات بشكل عام.
- ٤- عند إصابة أحد أفراد العائلة يجب إجراء بعض الفحوصات لجميع أفراد العائلة لمعرفة احتمالية إصابتهم بهذا المرض.

في حالة التحلل المزمن يحتاج المريض إلى تناول حمض الفوليك لتكوين خلايا دم جديدة.

المواد التي يجب تجنبها والامتناع عنها:

- ١- البقوليات: بجميع أنواعها خاصة الفول والعدس والبازلاء والفاصوليا.
- ٢- الأدوية: يجب التأكد من إمكانية تأثير الدواء قبل تناوله عن طريق النشرة الخاصة المرفقة مع الدواء.

لا يوجد علاج شافي من هذا المرض ولا يمكن التخلص منه ومنعه من الانتقال من جيل لآخر، ولكنه وراثي ويحمل الجينات الوراثية وليس معدي.

الفحص قبل الزواج

تعريف الفحص الطبي قبل الزواج:

هو إجراء الفحص للشريكين المقدمين على الزواج (تحليل عينة دم فقط) لمعرفة وجود الإصابة أو الحمل لصفة بعض الأمراض الوراثية وإعطاء المشورة حول إمكانية نقل الأمراض الوراثية (التي يتم الفحص عنها) إلى الأبناء وإعطاء الخيارات والبدائل أمام الشريكين من أجل التخطيط لبناء أسرة سليمة صحيحة. والفحص الطبي قبل الزواج يؤكد صحة الأفراد ووسيلة فعالة لتقليل معدلات الأمراض الوراثية كما أن الفحص يحمل جدوى اقتصادية إيجابية إذ أن تكاليف الطرق المتبعة في منع المرض الوراثي لا يتعدى ٥٪ من تكاليف العلاج.

تشريع إلزامية الفحص قبل الزواج:

فقد صدر قرار مجلس الوزراء الموقر رقم ٤/ب/٤٥٤٠٤ وتاريخ ١٥/١١/١٤٢٤هـ. الخاص بتطبيق الفحص الطبي قبل الزواج على جميع السعوديين الذي ينص على إلزام طرفي عقد النكاح بإحضار شهادة الفحص الطبي للأمراض المعدية والوراثية التي تحددها وزارة الصحة قبل إجراء العقد وأن يكون هذا الإجراء أحد متطلبات تدوين العقد مع ترك حرية إتمام الزواج لصاحب العقد بصرف النظر عن نتيجة الفحص الطبي سلباً كانت أم إيجاباً.

كما أنه وسيلة نحو الاستقرار النفسي لكل من الزوجين حيث يطمئن كل فرد إلى سلامته وسلامة نسله كما جاء في الحديث الشريف (تخيروا لنطفكم فإن العرق دساس).

دور الفحص الطبي قبل الزواج:

مما سبق ذكره هل ننصح بعدم زواج الأقارب؟؟ ومتى ننصح بعدم زواج الأقارب لتفادي حدوث هذه الأمراض الوراثية؟؟

من غير الممكن أن نمنع زواج الأقارب ولكنه من الأفضل إذا كانت إحدى العائلات تعرف أن لدى بعض أفرادها أحد الأمراض الوراثية التي تنتقل بواسطة الجينات المتنحية فيلزم لهذه العائلة الاستفادة من الاستشارة الوراثية قبل الزواج لأحد أفرادها.

فمثلاً إذا عرفت عائلة ما أن لدى كثير من أطفالها التخلف العقلي بسبب تواجد الجينات المرضية في العائلة وأن احتمال تكرار حدوث المرض مرتفع للغاية أي أكثر من ١٠٪ فإن على هذه الأسرة بعد معرفة الحقائق العلمية أن تقرر ماذا تفعل لما فيه مصلحتها ومصلحة المجتمع أيضاً.

وليس هناك مبرر للتخوف من زواج الأقارب عند بعض العائلات السليمة صحياً إذ ليس كل زيجات الأقارب خطر وراثياً على صحة الأبناء وخاصة عند عدم وجود جينات مرضية مشتركة معروفة وتحديد ذلك لا يمكن تحقيقه وإيصاله إلى الخاطبين وذويهم إلا بفحوصات مستهدفة كإجراء الفحص قبل الزواج.

الأهداف المرجوة من تطبيق الفحص الطبي قبل الزواج:

- ١- الحد من انتشار الأمراض الوراثية وعلى الأخص مرض الثلاسيميا.
- ٢- تجنب المشاكل الاجتماعية والنفسية للأسر التي يعاني أطفالها من أمراض الدم الوراثية.

٣- التقليل من الأعباء المالية الناتجة عن علاج المصابين بالأمراض الوراثية.

٤- تقليل الضغط على المستشفيات عامة وبنوك الدم خاصة وكذلك تقليل الضغط على بنوك الدم.

٥- نشر الوعي بمفهوم الزواج الصحي الشامل.

من أخلاقيات الفحص الطبي:

١- الخصوصية والسرية التامة.

٢- احترام التقاليد والمعتقدات.

٣- الدقة والمصداقية والشفافية.

٤- حرية اختيار اتمام الزواج.

٥- عدم انتقاد الناس وتوجيه اللوم لهم.

٦- حسن اختيار الفريق الصحي الذي يتعامل مع المقبلين على الفحص الطبي قبل الزواج بحيث يكون متميزاً بالنزاهة وحسن التعامل مع المقبلين على الفحص.

الأدوار المهنية المختلفة

للأخصائي الاجتماعي

للتعامل مع المريض وأسرته

في مجال أمراض الدم الوراثية

يعاني مرضى أمراض الدم الوراثية من مشاكل نفسية واجتماعية شأنهم شأن المرضى الآخرين خاصة في الفترة التي يتم فيها اكتشاف المرض حيث يكون المرض في مرحلة الغموض، وتظهر كثير من التساؤلات عن كيفية التعايش مع هذا المرض المزمن والتي تترك آثار سلبية واضطرابات نفسية تؤثر على المريض وأسرته وعلى علاقاته الاجتماعية.

وهنا يأتي دور الأخصائي الاجتماعي بالتدخل بتقديم المساعدات للمريض وأسرته بالتعاون مع الفريق العلاجي في رسم خطة العلاج وتنفيذها سواء من الناحية الطبية أو النفسية أو الاجتماعية.

ومن تلك الأدوار التي يقوم بها في هذا المجال ما يلي:

(١) كمنسق:

أ- تنسيق الموارد والإمكانيات المتاحة في المستشفى والمجتمع وحسن استخدامها لمصلحة المريض التي تساعدهم على التكيف مع الوضع الجديد.

ب- توفير الرعاية والدعم النفسي للمريض وتقديم المشورة والتنسيق بين أفراد

الفريق العلاجي .

(٢) كمناقش:

مشاركة الفريق العلاجي في الاجتماعات لمناقشة حالات المرضى والجوانب المرتبطة بالمرض ووضع الخطة العلاجية لكل مريض حسب حالته المرضية والاجتماعية.

(٣) كمساعد:

- أ- عمل دراسة اجتماعية شاملة للمريض وأسرته والتركيز على إيجاد الحلول للمشكلات الاجتماعية التي تعاني منها أسر المرضى.
- ب- توعية الأسرة بالمرض وآثاره وكيفية التعامل مع المريض واتباع القواعد الصحيحة لتفادي حدوث المضاعفات للمريض.
- ج- مساعدة المرضى وأسراهم للتعبير عن مشاعرهم ومساعدتهم للتعامل مع المشاعر المؤلمة بشأن المرض وسير العلاج.
- د- مساعدة الأبوين للتعامل مع مشكلة إفراط الحماية أو الرعاية الزائدة للطفل.
- هـ- توفير الدعم والتشجيع بمشاركة الفريق العلاجي والأسرة للمريض لاعتماده على نفسه والتأكد من قدراته وزرع الثقة بنفسه.

(٤) كمخطط:

- المشاركة في التخطيط للبرامج التوعوية الشاملة على سبيل المثال:
- أ- توفير الألعاب المسلية التي تتناسب مع المريض لكسر الشعور بالممل وإضافة الجو الأسري لهم.
 - ب- المساهمة مع الفريق العلاجي بوضع برامج توعوية وتثقيفية للمرضى تتلائم مع قدراتهم واستعداداتهم النفسية والعلاجية.

ج- الحفلات الاجتماعية بمشاركة أهالي المرضى والفريق العلاجي لرفع الروح المعنوية للمريض وأسرته وإضفاء روح السعادة والمرح بين المرضى وإشراك الأسرة في الحوار وتبادل الخبرات فيما بينهم.

د- الندوات العلمية:

- المساهمة في إقامة المؤتمرات والندوات العلمية التي تسلط الضوء على هذه الفئة من المجتمع والمشاركة في مختلف المحاور ذات العلاقة.
- تثقيف المرضى وذويهم لكي يدركوا أبعاد المرض وكيفية التعامل معه بطريقة صحيحة تكفل للمريض الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية حتى يصبح عضو فعال في المجتمع.
- تنظيم الندوات العلمية بإلقاء المحاضرات والندوات بنشر التوعية والتثقيف الصحي حول المرض وكيفية الوقاية منه (في المدارس والجامعات).

هـ- إعداد الرحلات والجولات الترفيهية بمشاركة الفريق المعالج وإضفاء روح المرح للمرضى لما له أثر إيجابي في نفوسهم ورفع الروح المعنوية لهم.

(٥) كملاحظ:

أ- ملاحظة درجة استجابة المريض لمرضه حيث هناك اختلاف في درجة الاستجابة للمرض حتى لو كان المرض واحد.

ب- ملاحظة التغيرات النفسية والاجتماعية التي تطرأ على المرضى ومحاولة دراستها ووضع برامج مع تلك المتغيرات (مشاعر القلق / الكآبة / مستوى الأداء العقلي والجسمي).

(٦) كباحث:

المشاركة في البحوث والدراسات وذلك من خلال دراسة العوامل الاجتماعية والنفسية المرتبطة بتطور المرض في العلاج الطبي والوقائي.

(٧) كإعلامي:

أ- الإسهام في البرامج الإرشادية والإعلامية للمجتمع بالتعريف عن المرض وخطورته والحد من انتشاره.

ب- نشر الوعي والتثقيف الصحي حول مفهوم المرض وما قد يترتب عليه من آثار سلبية وأضرار نفسية واجتماعية لا تؤثر على المريض فقط بل تمتد آثارها لتصل للأسرة والمجتمع ككل.

ج- تكثيف التثقيف الصحي وذلك باستخدام جميع الوسائل المتاحة (كتيبات/ نشرات/ مقالات/ ندوات إلخ..) في توعية المرضى وأسرهم وارشادهم عن طريق تعريفهم بالمرض وطرق العلاج المتوفرة.

د- نشر الوعي من خلال البرامج التوعوية والتثقيفية القائمة على العلاج الجماعي ومناقشة أوضاعهم واكتساب الخبرات فيما بينهم وللتخفيف من شعورهم بالوحدة والألم.

(٨) كمعلم:

أ- زرع الثقة بالنفس والتكيف مع الوضع الجديد ومحاولة دمجهم في المجتمع.

ب- تفسير طبيعة المرض للمريض وأسرته ومساعدته على كيفية فهم المرض وتوضيح خطة العلاج بطريقة فعالة.

ج- إكساب المريض بعض القيم الجديدة التي تحقق له أكبر قدر من التكيف الشخصي مع الظروف.

(٩) كناقد:

المشاركة في التحليل والنقد البناء للقضايا الصحية والاجتماعية المعاصرة للحد من تفاقم المشكلة وتقليصها في المجتمع مما يعكس إيجابياً فهم المجتمع للمشكلات المصاحبة لها.

(١٠) كمدرّب:

أ- تدريب الأسرة والمريض على كيفية استعمال المضخة لإزالة الحديد وأخذ العلاج والمداومة عليه.
ب- المساهمة في تأهيل المرضى لسوق العمل وتدريبهم على الحصول على مهن تتناسب مع قدراتهم وتمكنهم من العيش باستقلالية.

(١١) كمبادر:

مساعدة المرضى الذين لهم الحق في الحصول على بعض الخدمات أو المساعدات ولكنهم لا يعلمون عنها لعدم معرفتهم بوجودها فيبادر بتعريفهم بتلك الخدمات للحصول عليها (الإعانة السنوية للمصابين بأمراض الدم الوراثية) عن طريق التأهيل الاجتماعي بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

(١٢) كوسيط:

أ- التأثير على الفريق المعالج لتزويد المريض وأسرته بجميع المعلومات المتصلة بالمرض ونتائجه وطرق التعامل معه والتعبير عن مشاعرهم بشأن المرض.

ب- القيام بدور الوسيط بين الفريق العلاجي والمريض وأسرته وذلك من خلال توضيح مخاوف ومشاعر المريض وأسرته وتزويدهم بتعليمات الفريق المعالج.

ج- العمل على تحويل المرضى إلى الجهات الحكومية والمؤسسات الخيرية المختلفة ومتابعة مدى استفادتهم من تلك الخدمات وحل مشاكلهم من خلالها.

د- المساهمة في حل مشكلات المدرسة والعمل للمرضى وإبلاغهم بالحالة المرضية برفقة تقرير طبي عن الحالة وما يتطلبه في ضوء حالتهم المرضية.

(١٣) كمدافع:

تبيين مشكلات المرضى والدفاع عن حقوقهم إذا تعذر الحصول عليها والمساهمة في حل المشكلات الاجتماعية للمرضى وأسرهم وذلك بمقابلة الجهات المعنية لإقناعهم بمساعدة هؤلاء المرضى المزمنين.

(١٤) مشارك ومتعاون:

أ- المشاركة في برنامج الفحص الطبي قبل الزواج وذلك بتعريف المجتمع بخطورة المرض والحد من انتشاره لدى الأجيال القادمة .

ب- المشاركة بتقديم المشورة الوراثية لحالات الفحص ما قبل الزواج للأشخاص الغير متوافقين وذلك بحضور الطبيب الاستشاري المختص للمشورة.

ج- التعاون مع المنظمات والمؤسسات المحلية في مجال مكافحة أمراض الدم الوراثية علاجاً ووقاية.

(١٥) كموجه:

أ- حث كافة أفراد المجتمع بالتبرع بالدم للمرضى لإنقاذ حياتهم تحقيقاً لمبدأ التكافل بين أفراد المجتمع الإسلامي.

ب- تحفيز أفراد المجتمع على المشاركة بالتبرع المادي والمعنوي في دعم أمراض الدم وتقديم الخدمات المتنوعة لهم.

ج- حث الجهات الحكومية والمؤسسات الأهلية على التبرعات المادية والمعنوية لمرضى أمراض الدم الوراثية.

المراجع

- (١) كتيب أمراض الدم الوراثية - مركز أمراض الدم الوراثية - مستشفى النساء والولادة بالمدينة المنورة.
- (٢) الاتحاد العالمي للثلاسيميا (ما هي الثلاسيميا؟).
- (٣) البرنامج الوطني للتثقيف الصحي بمستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض (١٤٢٥هـ - ٢٠٠٤م).
- (٤) موقع صناع الحياة في الطب - أمراض الدم الوراثية - مترجم.
- (٥) كتيب عن فقر الدم المنجلي - إعداد الدكتور/ زكريا هوساوي - مركز أمراض الدم الوراثية بمستشفى المدينة للنساء والولادة والأطفال.
- (٦) موقع إلكتروني - أطفال الخليج - ذوي الاحتياجات الخاصة.
- (٧) أمراض الثلاسيميا - د. إبراهيم الدبوس - د. علي حسن آل جامع.
- (٨) الآثار النفسية لمرضى الثلاسيميا وكيفية التعامل معها - د. محمد عثمان المرزوقي.
- (٩) برنامج الفحص قبل الزواج - وزارة الصحة - الوكالة لمساعدة الطب الوقائي.
- (١٠) الفحص الطبي قبل الزواج - مؤسسة صندوق الزواج - الطبعة الأولى - د. سمير غويبه.
- (١١) مرض نقص الخميرة - د. شيخه العريض - دولة البحرين - الطبعة الأولى.

- (١٢) مقالة للأستاذ الدكتور/ محسن الحازمي (رئيس المرجعية الاستشارية في الأمراض الوراثية بجامعة الملك سعود بالرياض) - جريدة عكاظ - العدد ١٢١٢٣ في ٢٧/٧/٢٠١٤ هـ الموافق ٥/١١/١٩٩٩ م.
- (١٣) مقالة للأستاذ الدكتور/ محسن الحازمي - الجريدة الاقتصادية - ٢٨/١٢/٢٠١٤ هـ .
- (١٤) حاجات الأطفال ذوي الأمراض المزمنة (نظرة شمولية) - إعداد أسماء ملكاوي.
- (١٥) محاضرة (عمليات الخدمة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية - مراحل التدخل) - إعداد الدكتور/ عبدالمجيد طاش محمد - جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض.
- (١٦) الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي - د. غادة بنت عبدالرحمن الطريف - إصدار ٢٠٠٧ م - جامعة أم القرى.
- (١٧) مجلة العلوم الاجتماعية - الإشراف العام الدكتور/ محمد بن مسفر القرني .
- (١٨) دور اللجنة الاجتماعية - الجمعية السعودية الخيرية لأصدقاء مرضى التلاسيميا والإنيميا المنجلية.

دور الخدمة الاجتماعية الطبية في التعامل مع مرضى الزهايمر
(عته الشيخوخة)

إعداد

الدكتور/ عادل الجمعان

رئيس قسم الخدمة الاجتماعية - مستشفى حراء العام
مكة المكرمة

مقدمة

من المؤكد أن أياً منّا لم يتخيل في يوم من الأيام نفسه وهو في وضع يختلف عن وضعه الذي تعود عليه وأقصد بذلك من الناحية الصحية ، لأننا وللأسف الشديد أصبحنا نعيش عالماً مادياً متسارعاً لا يعطينا حتى الفرصة للتخيل أو التدبر أو التأمل فيما يجري حولنا .

وعلى الرغم من أن الإنسان الطبيعي يحيا حياته متنقلاً بين مراحلها المختلفة وهو يعي تماماً كيف بدأ وإلى ماذا سينتهي ، إلا أنه يُفاجأ بأن المرحلة الأخيرة من عمره قد تأتي وتداومه دون مقدمات بين ليلة وضحاها ونقصد بذلك الشيخوخة التي يُصاب بها الإنسان لا شعورياً .

وما يزيد الأمر تعقيداً أن تلك المرحلة المخيفة لم تعد ترتبط بعمر معين بقدر ارتباطها بالمرحلة ذاتها، فكم رأينا أشخاصاً في عمر التسعين وصحتهم لا زالت جيدة وفي المقابل وجدنا أن هناك أشخاصاً في الستين يبدون أكبر بكثير من عمرهم الزمني الحقيقي ، وذلك يُعدّ أمراً معقداً قد يرتبط بالعديد من الأمور مثل الأمراض المختلفة (القلب، ضغط الدم، السكر، تدهور علاقة الإنسان مع ذاته أو مع جماعته التي ينتمي إليها).

ولا ننسى أن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه لا بد وأن يعيش في وسط اجتماعي ليحيا حياته في مختلف الجماعات التي ينتمي إليها بصلات القرابة والدم أو بعلاقات الصداقة والجوار أو بروابط الزمالة والعمل، هذه الصلات والعلاقات والروابط تتشابك فيما بينها لتؤدي في النهاية إلى تشكيل نمط الحياة التي يعيشها الفرد في المجتمع.

كما لا ينبغي لنا أن ننسى أن تطوّر الحياة في المجتمع الفردي يؤدي إلى زيادة حاجات الإنسان وتشعبها وتنوّعها وتعقّدها، فكلما زادت حجم الحاجات الإنسانية وتنوّعت شكلاً وتعقّدت مضموناً كلما اطّردت علاقات الإنسان بالجماعة وزاد اعتماده عليها وارتبطت حياته بها وارتبطت حياتها به، الأمر الذي يعني أن حدوث أي خلل في حياة هذا الإنسان يؤدي إلى خلل مباشر في حياة الجماعة والعكس صحيح.

فمشكلات الفقر والمرض والبؤس والضعف والعجز والتسوّل والبطالة والتشرّد والانحرافات والجريمة والفراغ والطلاق والعنّة والجنون والأمراض النفسية والعقلية وغير ذلك من ألوان العجز أو من ضروب الأزمات والكوارث البشرية، كلها مشكلات صادفت المجتمع الإنساني وما زالت عبر تاريخه الطويل وهي قد تختلف في طبيعتها أو في شكلها ومضمونها أو في حجم تهديدها لحياة الفرد والمجتمع وقد تختلف من مجتمع إلى آخر ومن عصر إلى عصر، ولكن حيثما وجد الأفراد وأينما عاشوا ظهرت المشكلات التي تضطرب بها حياتهم وتغيّر من مسارها أحياناً كثيرة إلى الأسوأ والغير متوقع حدوثه.

ولا يخفى علينا أننا الآن أصبحنا نعاني كثيراً من ظهور العديد من المشكلات الاجتماعية والمرضية والنفسية المختلفة على مستوى الأفراد والجماعات، هذه المشكلات التي من شأنها أن تُحدث تغييراً جذرياً في حياة الفرد وعلاقته مع ذاته ومع أسرته ومع مجتمعه بل أن من شأنها أن تقود الفرد إلى بئر سحيق قد لا ينقذه منه إلا الله تعالى.

ويأتي على رأس هذه المشكلات مشكلة خطيرة باتت تؤرق الباحثين والمختصين خاصة فيما يتعلق بتأثيراتها الجانبية وفي كيفية البحث عن علاج

مناسب لها سواء كان ذلك العلاج طبياً أو نفسياً أو اجتماعياً، بل أن من المختصين من وصل بهم الأمر في كثير من الأحيان إلى درجة الإحباط وعدم الثقة بالنفس نتيجة لئاسه في الحصول على علاج ناجح لهذه المشكلة، وما يزيد الأمر تعقيداً أن خطورة هذه المشكلة لا تقتصر على الفرد وحده بل تمتد إلى الأسرة بشكل ظاهر وسيء ومحبط ومنها إلى المجتمع.

إنه داء الزهايمر (الخرف، الشيخوخة، العتة) الذي يصيب الإنسان في مراحل متأخرة من العمر ويتركه نهياً للعديد من الأمراض الأخرى ويؤثر على علاقاته مع ذاته ومع الآخرين من أفراد أسرته، بل أنه يؤدي إلى انقطاعه عن مجتمعه تماماً وابتعاده عن ممارسة الحياة الطبيعية التي كان يعيشها من قبل كفرد منتج ونافع لأسرته ولمجتمعه.

ونظراً لصعوبة هذا الداء وتأثيره القوي على الفرد والأسرة والمجتمع، فقد أصبح يشكل تحدياً كبيراً لجميع المختصين في المجتمع الإنساني الذين لم يقفوا مكتوفي الأيدي أمام هذا النوع من المشكلات التي تهدد حياة الإنسان، فالمجتمع الإنساني كان وما زال في محاولات مستمرة لإشباع احتياجات الإنسان فرداً كان أو جماعة، وتلمس الحلول لما قد يصادفونه من مشكلات وأزمات فتلك وظيفة أساسية من وظائف المجتمع بكل علومه المختلفة، ويأتي على رأس تلك العلوم (الخدمة الاجتماعية) التي أولت اهتمامها للأفراد على اختلاف احتياجاتهم، حيث اعتبر وجودها استجابة طبيعية لمشاكل اجتماعية واحتياجات إنسانية قديمة قدم المجتمع الإنساني مثل مشاكل الفقر والمرض والشيخوخة والترمل واليتيم والخلافات الزوجية والعجز وعدم التكيف والانحرافات السلوكية والجريمة، وغيرها من مشكلات مختلفة صاحبت المجتمع الإنساني منذ فجر التاريخ، فلم يقف

المجتمع حيالها جامداً بل استخدم كثيراً من الأساليب والمناهج لمقابلتها ومقاومتها وعلاج ما يترتب عليها من آثار سلبية.

غير أن الخدمة الاجتماعية تختلف كلياً عن تلك المناهج والأساليب التي استخدمت قديماً فأصبحت تقوم على أساس علمي في تقديم المساعدات لذوي الحاجة من الأفراد والجماعات بدلاً من قيامها فقط على دوافع الإحسان وحب الخير وهي الصورة التقليدية.

كما نشأت فئة جديدة من المتخصصين الذين يتلقون من الدراسات النظرية والتدريبات العملية ما يؤهلهم للقيام بمتطلبات النشاط المهني في الخدمة الاجتماعية ، عُرفوا بالأخصائيين الاجتماعيين تدرّبوا على مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات في تحقيق أكبر قدر ممكن من الرفاهية الجسمية والعقلية والمادية والاجتماعية لهم، مؤكدين بذلك الأغراض الحقيقية للخدمة الاجتماعية التي صدرت في مؤتمر باريس الدولي عام ١٩٢٨هـ.

والذي تم تعريف الخدمة الاجتماعية من خلاله بأنها تلك الجهود المقصودة التي تهدف إلى تحقيق الأغراض التالية:

- ١- تخفيف الآلام الناتجة عن الكوارث والنكبات وحالات البؤس التي يتعرض لها المجتمع وتلك هي الإغاثة أو المساعدة المؤقتة.
- ٢- نقل الأفراد والأسر من حالة البؤس التي قد تصيبهم لأي سبب كان إلى حالة وظروف معيشية ملائمة وتلك هي المساعدة العلاجية (خدمة اجتماعية طبية).
- ٣- اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع وقوع الأمراض الاجتماعية في المستقبل أو التخفيف منها بقدر الإمكان وتلك هي المساعدة الوقائية (خدمة اجتماعية طبية).

٤- العمل على رفع مستوى المعيشة وتحسين الأحوال الاجتماعية عامة في سبيل تحقيق الرفاهية الاجتماعية وتلك هي المساعدة الخلاقة أو البناءة. لذلك وانطلاقاً من تلك الأهداف وتحقيقاً للركائز أو المبادئ الأساسية السبعة التي تقوم عليها الخدمة الاجتماعية وعلى رأسها مبدأ هاماً هو المساعدة الذاتية، وهو الذي يعني العمل مع العميل ومساعدته في حل ما يعترضه من مشكلات مختلفة وهو مبدأ منبثق من الفلسفة الدينية.

وتأكيداً أيضاً على أن من أهم فروع الخدمة الاجتماعية وأعمال الأخصائي الاجتماعي هي خدمة الفرد بدراسة حالته وإرشاده وتعليمه كيفية التكيف مع ظروفه الجديدة وتهيئة الحياة الكريمة له .

لذا ومن خلال هذا البحث سنلقي الضوء ونعطي لمحة عن أهمية دور الأخصائي الاجتماعي الطبي الممارس تجاه مريض الزهايمر وكيفية تقديم المساعدة له انطلاقاً من الخبرات العلمية والعملية السابقة.

راجين أن نستطيع أن نقدم ما يمكن أن يصبح فيما بعد طريقاً ممهّداً لكل أخصائي اجتماعي يرغب رغبة صادقة في مد يد العون لمن يحتاجها ليس فقط كأخصائي اجتماعي وإنما أيضاً كإنسان.

داء الزهايمر:**نبذة عامة:**

قال الله تعالى: (ومنكم من يرد إلى أرذل العمر لكي لا يعلم من بعد علم شيئاً) صدق الله العظيم.

تعتبر هذه الآية الكريمة مؤشراً قوياً لما سوف يحدث للإنسان في المرحلة القادمة من عمره، وهي مرحلة الشيخوخة تلك المرحلة التي باتت أمراً مرعباً ومخيفاً مع ظهور مشكلات مرضية مصاحبة لها، يأتي على رأسها هذا الداء الذي يعرف بـ (الزهايمر).

ولقد أكدت لنا الآية الكريمة أن الإنسان عندما يصل إلى مرحلة متأخرة من العمر قد يصاب بهذا الداء وقد لا يصاب به، في قوله تعالى: (ومنكم) أي بعضكم وقد يكون ذلك الأمر هو المفسر لمسألة تفاوت مشكلة الزهايمر والخرف في مرحلة الشيخوخة بين الأفراد ، فمنهم من يصاب به في سن مبكرة (الستين مثلاً) ومنهم من قد يصل إلى (التسعين) وهو لا يزال بكامل قواه العقلية وهذا ما يؤكد قوله تعالى في الآية السابقة الذكر.

إن النسيان الذي يرافق أحياناً التقدم في العمر يشير عادة إلى تباطؤ وظائف دماغك، فأنت تحتاج ببساطة إلى المزيد من الوقت لتتذكر اسماً أو المهمة التي ألقيت على عاتقك، لكن هذا لا يمنعك من عيش حياة كاملة ومنتجة فأنت مدرك لنسيانك وقد تعترف به أمام الآخرين في شكل مزحة أو لا مبالاة.

أما المصابون بفقدان الذاكرة نتيجة شيء آخر غير الشيخوخة الطبيعية مثل داء الزهايمر فقد يواجهون تجربة مختلفة جداً، فهم يشعرون في العديد من الحالات أن هناك شيئاً ليس على ما يرام لكنهم يعجزون عن تحديد ما الذي

يزعجهم، وبدل لفت الانتباه إلى هفوة في الذاكرة قد يتصرفون كما لو أن كل شيء على ما يرام.

وقد تشعر أحياناً أخرى بالإحراج إذا كنت تنسى دوماً أسماء الأشخاص الذين تعرفهم والمواعيد التي يجدر بك التقيد بها، وقد تتساءل عن سبب شعورك بالقلق أو الإحباط الشديد عند حصول أدنى تغيير في روتينك اليومي، وقد تظن أن هذه العوارض تُعزى إلى الإجهاد أو التعب أو التقدم في العمر أو تظن أنها نتيجة مرض أو نوع من الإخفاق الشخصي، لذلك تعتبر الخطوة الأولى أو اتخاذ القرار باللجوء إلى الطبيب كنتيجة لذلك شيء مستحيل لدى كثير من الناس، لأن أخذ موعد من الطبيب يعني الاعتراف بوجود مشكلة في جزء منك لطالما اعتمدت عليه، فأنت تعتمد على ذاكرتك - أي قدرتك على التذكر - لإنجاز العديد من المهام وإعطاء مفهوم لتجارب حياتك، لكن القيام بهذه الخطوة ليس سهلاً على الإنسان.

أهمية التشخيص المبكر :

عند حدوث فقدان للذاكرة أو تقلبات في المزاج، قد يعتبر الطبيب داء الزهايمر بمثابة سبب محتمل من الأسباب التي أدت إلى ذلك، حيث يقوم الطبيب المعالج بحذف جميع الأسباب المحتملة واحداً تلو الآخر إلى أن يستقر في نهاية الأمر على سبب واحد يظهر أخيراً هو الزهايمر.

ويعود السبب في إجراء الكشف على الحالات المشكوك بها على أنها زهايمر بهذه الطريقة، إلى أن الباحثين والمختصين لم يتمكنوا حتى الآن من التوصل إلى اختبار حاسم يظهر أن الشخص يعاني من المرض، ولم يعثر الباحثون أيضاً على تغيرات بيولوجية أو فيزيولوجية تؤكد نشوء داء الزهايمر، وبتابع هذه الطريقة يستطيع الأطباء إجراء تشخيص دقيق في ٩٠٪ من

الحالات ولا يمكن التوصل إلى تشخيص أكيد بنسبة ١٠٠٪ إلا بإجراء تشريح للدماغ، بحيث يمكن فحص نسيج الدماغ مباشرة تحت المجهر.

وقد يقول البعض لماذا إذاً أعرض نفسي أو من أحبهم لتلك الفحوصات الغير مؤكدة؟ لماذا لا يكون ما أصبت به أو أُصيب به والذي مثلاً عارضاً صحياً ويزول؟ والإجابة على ذلك تعود إلى مدى أهمية إجراء الفحوصات والتشخيص المبكر بالطريقة المشار إليها أيضاً، لاحتمالية اكتشاف أمراض أخرى أو أسباب أخرى وراء ما يحدث للمريض، حيث يعتقد أن نسبة ٥٪ إلى ١٠٪ من الأشخاص الذين يعانون من فقدان الذاكرة والارتباك والعلامات الأخرى من العتة يعانون أيضاً من مرض آخر قابل للمعالجة مثل مشاكل الأيض أو الاكتئاب أو التسمم بالعقاقير أو مشاكل الغدة الدرقية أو نقص الفيتامينات، وكلما جرى التشخيص في وقت مبكر كلما كان من الأسهل معالجة هذه الأمراض.

كما أن هناك العديد من الأسباب الجوهرية الأخرى التي تؤكد على أهمية الفحص المبكر، ويأتي على رأسها:

١- عدم وجود عقار قادر على وقف داء الزهايمر أو إبطاءه حتى الآن، حيث توجد عقاقير قادرة على معالجة عوارض المرحلة الأولى من هذا الداء وتحسين نوعية حياة الشخص في حال وصفها في مرحلة مبكرة، ولا يزال يدرس حتى الآن ما إذا كانت هذه العقاقير قادرة على إبطاء تقدم المرض أم لا.

٢- إن معالجة أي مشكلة متزامنة مع المرض أو تسهم في ظهوره مثل الاكتئاب أو القلق أو أي واحد من اضطرابات النوم العديدة، تفضي غالباً إلى تحسن الصحة الإجمالية وتحسن الإدراك فيما بعد.

٣- هناك العديد من القرارات المالية والقانونية المهمة الواجب اتخاذها مبكراً فضلاً عن قرارات مرتبطة بالرعاية الطبية تطال المريض وعائلته، لذلك يمكن للتشخيص المبكر أن يسمح لهذا الشخص بمشاركة عائلته بفاعلية في اتخاذ هذه القرارات.

٤- إن التشخيص المبكر يمنح الشخص المصاب الوقت الكافي للاستعداد عقلياً وعاطفياً للتغيرات الجديدة المرتقبة، كما يسمح له أيضاً بمعرفة المزيد عن المرض مما قد يقلل من بعض المخاوف إلى جانب إعطاء الفرص من خلال الفحص المبكر لعائلة المريض بالتخطيط كما يجب لترتيبات العيش والرعاية اليومية اللاحقة.

ولا يخفى على أي شخص أن تشخيص داء الزهايمر يعتبر أمراً صعباً ومخيفاً ، فإذا تلقى أيّاً منا نبأً بذلك تتتابه العديد من المشاكل المتناقضة - من عدم التصديق والإنكار والغضب والحزن وحتى الرضوخ - لذلك ينبغي لأياً منا أثناء هذه الفترة أن لا يتردد في طلب المساعدة من الآخرين (الأصدقاء، المختصين الذين يقدمون المساعدة بكافة أشكالها بدءاً من تطوير إستراتيجية لتقبل المرض أثناء تفاقمه أو تحديد الوقت الصحيح والطريقة التي تخبر فيها الآخرين بالمرض).

قصة واقعية تؤكد أهمية الفحص المبكر لاكتشاف المرض حال الشك في وضع المريض:

لا يستطيع أحداً منا أن يعرف مقدار الألم الذي قد يشعر به مريض الزهايمر أو المحيطين به، لأننا وبكل بساطة لم يحدث أن تخيلنا حدوث ذلك لنا أو لأي عزيز على قلوبنا، وما قد يزيد الأمر ألماً أنك قد تقف موقف المتفرج

الذي لا يملك من أمره شيئاً فليس هناك حلاً تمكّنه من تقديم المساعدة للمريض حتى وإن كان أقرب المقربين لك.

ولم أكن أتوقع في يوم من الأيام أن أكون أحد الأشخاص الذين قد يعانون من صدمة الألم لمريض زهايمر ولشخص غير عادي بالنسبة لي (والدي)، نعم فقد كانت المسألة بالنسبة لنا لا تتعدى كونها عارضاً طارئاً ويزول! وحدث ما حدث ولم نقم بعرضه على المختص في وقت مبكر لإجراء اللازم والتأكد بالفحص من طبيعة المشكلة، ليس لإهمال منّا بقدر ما هو جهل لطبيعة بدايات المرض أو عدم أهمية الفحوصات، فكان أن تطور الأمر بشكل مؤلم للدرجة التي أصبحنا الآن نعاني منها وفي صمت شديد.

وقد بدأت المشكلة قبل ما يقارب من العشر سنوات من الآن، حيث خرج والدي من المنزل وهو يقود سيارة أحد إخوتي وكانت هذه السيارة جديدة، ونظراً إلى أننا تعودنا على كبار السن عدم الغياب عن المنزل لفترة طويلة كان الأمر غريباً بالنسبة للأسرة بأسرها، حيث تجاوزت الساعة العاشرة مساءً ولم يعد والدي للمنزل، وما زاد الأمر سوءاً أنه لم يكن يعرف كيفية استخدام الهاتف أو حتى الاتصال بالأسرة!؟

وعندما وصلت الساعة إلى الواحدة ليلاً أردنا تبليغ الشرطة، إلا أننا فوجئنا باتصال هاتفي من أحد الأشخاص الذي أشار إلى أن والدنا موجوداً عنده في إحدى القرى التي تبعد عن مدينة جدة ما يقارب ١٥٠ كم، وهو لا يعرف كيف يعود ولقد توصل إلى رقم الهاتف من خلال البطاقة التي نضعها في جيب والدنا دائماً.

ففرحنا كثيراً وأسرعنا بالذهاب إليه وعُدت أنا بسيارتي الخاصة بينما قاد شقيقي السيارة الأخرى مع والدي وكانت المفاجأة عند عودتنا للمنزل! حيث

أفادني شقيقي بأن سيارته الجديدة وصلت مؤشرات الكيلومترات فيها إلى ما يزيد عن الألف كيلو متر؟! الأمر الذي يعني أن والدنا قاد سيارته دون هدى طوال هذه المسافة؟!!

ونظراً لعدم معرفتنا آنذاك بأهمية التشخيص المبكر لمعرفة السبب وراء ذلك، تركنا الأمر وأقنعنا أنفسنا بأنه أمراً عارضاً وسوف يزول سريعاً وهذا ما حدث فعلاً، حيث عاش والدي ما يقارب من خمس سنوات تلت تلك الحادثة وهو في وضع صحي سليم وبدون أي أعراض جانبية إلى أن حدث الانهيار المفاجئ.

والآن يعاني والدي من مرض الزهايمر في السنوات الثلاثة الماضية، ولم نستطع بأي حال من الأحوال إنقاذه أو التدخل في إيجاد حلول لهذه المشكلة، خاصة وأنها أثرت على جميع أفراد الأسرة وعلى حالتهم النفسية العامة، أسأل الله تعالى أن يعيننا على ما أعطانا وأن يجعل ذلك تخفيف من سيئات حياته إنه على ذلك قدير.

ما بعد التشخيص المبكر للمرض:

بعد أن أوضحنا أهمية الفحص المبكر للمرض في التأثير على ما سوف يُتخذ من قرارات تالية، نأتي إلى أهمية التعرف على ما بعد مرحلة التشخيص المبكر، وهي المرحلة التي يستخدم فيها المعالج الاختبارات والتقديرات وهي تلك المستخدمة من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

والتي لا بد لأي معالج أن يتعامل من خلال معاييرها العلمية التي تتلخص في الآتي:

١- اكتشاف العديد من المشكلات لدى المريض - اثنين على الأقل - في الإدراك، ولا بد أن يكون فقدان الذاكرة إحداها على أن يتمثل في الإخفاق

إلى التعرف أو تذكر أسماء الأشياء على رغم استمرار القدرة على مشاهدتها أو سماعها أو لمسها، بالإضافة إلى مشاكل الذاكرة التي تضم واحداً أو أكثر من الخيارات التالية:

- صعوبة في النطق أو متابعة الحديث.
 - عدم القدرة على إنجاز حركات جسدية معقدة متناسقة.
 - صعوبة في المهام البصرية الميكانيكية مثل: الحفاظ على الاتجاه أثناء التحرك في المنزل أو رسم المخططات الهندسية.
 - مشاكل في التخطيط والتنظيم والتتابع والتفكير المجرد.
- ٢- تسبب كل واحدة من المشاكل الإدراكية التي يعانيها المريض إعاقة مهمة في الحياة العملية والحياة الاجتماعية وتمثل تقهقراً في قدراته السابقة.
- ٣- تظهر العلامات والعيوارض على نحو تدريجي وتتفاقم بشكل مطرد.
- ٤- تأكيد التقديرات الطبية بأن المشاكل الإدراكية لا تعزى إلى أمراض أخرى مثل: ورم في الدماغ أو سكتة أو التهاب.
- ٥- لا تحدث المشاكل الإدراكية فقط أثناء فترة الهذيان بل بشكل مستمر.
- ٦- لا تَعْلَل العلامات والعيوارض بمرض آخر مثل: الاكتئاب أو اضطرابات أخرى تؤثر في التوازن العاطفي.

كيف يجري التقييم الطبي للحالة ؟

على الرغم من أن الطبيب هو المرجع الأول في تقييم المريض، إلا أنه من الضروري أن يشاركه في ذلك عدد من الاختصاصيين الفنيين والطبيين مثل: الممرضات والأخصائيين الاجتماعيين وربما بعض الاختصاصيين مثل: الطبيب

النفسي أو طبيب الأعصاب، وقد ينطوي التقييم على تاريخ طبي وفحص جسدي وعصبي وتقييم للحالة العقلية وتقييمات نفسية وعصبية نفسية ، ويتم استعمال بعض هذه الاختبارات للتعرف إلى أمراض أخرى أو أشكال أخرى من العته أو حذفها، كما تستخدم اختبارات أخرى لتقييم مستوى الشخص في الوظائف الإدراكية.

* التاريخ الطبي:

لإعداد التاريخ الطبي يجري الطبيب على الأرجح مقابلة مع الشخص المصاب ومع آخر يعيش معه أو على اتصال دائم به، والهدف من هذه المقابلة هو التعرف إلى العلامات والعيوارض وإنشاء تسلسل زمني للأحداث، فالطبيب يرغب في تقييم كل التغيرات الحاصلة في طريقة إنجاز الشخص للمهام مقارنة مع مستوى الأداء السابق، بما في ذلك إنجاز النشاطات المنزلية وتولي الأمور المالية والتفاعل اجتماعياً، وقد يسجل الطبيب أيضاً كل التغيرات الحاصلة في الشخصية.

وبما أنه يصعب التحلي بالموضوعية أو تذكر كل التفاصيل، فلا بد من مشاركة أشخاص آخرين في عملية التقييم حيث يعطي ذلك فرصة للطبيب بسماع رأي آخر، لذا فليس من المستغرب أن يقوم الطبيب بطرح عدداً من الأسئلة على المريض أو زوجته أو أحد أفراد العائلة أو صديق المريض، تدور حول هذه الأمور:

- ما هو الروتين اليومي؟
- متى لوحظت أولى العوارض؟
- هل أصبحت العوارض أكثر سوءاً مع الوقت أو بقيت مستمرة؟
- هل تعيق العوارض النشاطات اليومية؟

قد يطرح الطبيب أيضاً أسئلة حول كل المشاكل الطبية الماضية أو الحالية والتاريخ العائلي للعتة والأمراض الأخرى والخلفية الاجتماعية والثقافية للعائلة وكل الأدوية الشائعة التي يستخدمها الشخص المريض.

* الفحص الجسدي والعصبي:

يعتبر تقييم الصحة الحالية للشخص خطوة أساسية في عملية التقييم، والواقع أن أي عدد من العوامل الجسدية قد يؤثر في الوظائف الإدراكية.

يمكن أن ينطوي هذا الفحص على الآتي:

- فحص جسدي للتعرف على الأمراض الطبية التي قد تسهم في الإعاقة الإدراكية، مثل: قصور القلب الاحتقاني أو قصور عمل الغدة الدرقية.
- فحص عصبي للتعرف على عوارض داء باركنسون والسكتات والأورام وجميع المشكلات الطبية الأخرى التي قد تعيق الذاكرة والتفكير والوظائف الجسدية.
- تصوير الدماغ - سواء بالتصوير الطبقي عبر الكمبيوتر أو بالتصوير بالرنين المغناطيسي - لكشف السكتات والأورام واستسقاء الدماغ والأمراض البنيوية الأخرى، ففي داء الزهايمر قد يحصل تقلص (ضمور) في بنيات الدماغ المرتبطة بالذاكرة مثل: قرن آمون.
- تحاليل للدم والبول للكشف عن مشاكل الغدة الدرقية وفقر الدم ومستويات الأدوية والالتهابات وعوامل أخرى.
- تخطيط كهربائي للقلب - أي تسجيل النبضات الكهربائية أثناء ضخ القلب للدم - وربما صورة للصدر بواسطة الأشعة السينية لقياس صحة الأوعية القلبية والتحقق من العوامل التي قد تؤثر في العتة الوعائي.

- تقييم للوضع الغذائي للشخص ومؤشر وزن الجسم لديه، والواقع أن مؤشر وزن الجسم هو صيغة ناجمة عن الطول والوزن في آن واحد، وهي تقييم لحجم الدهون في الجسم والمخاطر الصحية أفضل مما يفعل الرقم الظاهر في ميزان الوزن.

* تقييم الصحة العقلية:

لتقييم الوظائف الإدراكية المتأثرة ومدى وخامة ذلك التأثير، يقوم الطبيب بتقييم الحالة العقلية للشخص.

ويمكن أن ينطوي هذا التقييم على مقابلات واختبارات مكتوبة لتقييم:

- حسّ الزمان والمكان.
- القدرة على الفهم والنطق والتذكر.
- القدرة على إنجاز النشاطات اليومية، مثل دفع الفواتير وتشغيل الأجهزة المنزلية.

ويمكن أن تنطوي الفحوصات الإضافية للصحة العقلية على إنجاز حسابات بسيطة وتهجئة كلمة بالمقلوب ورسم تصميم بسيط.

* التقييمات النفسية + العصبية النفسية:

يمكن أن يساعد التقييم النفسي على تحديد ما إذا كان الشخص مكتئباً أو يعاني من حالة تشبه العتة أو ترافق داء الزهايمر، ويمكن أن يساعد هذا التقييم أيضاً على تحديد أنماط في الوظائف الإدراكية تعتبر بمثابة تلميحات للمشكلة الكامنة.

أما الاختبارات العصبية - النفسية فهي مصممة لتقييم الذاكرة والقدرة على التفكير المنطقي والقدرة على حل المشكلات والكفاءة اللغوية والتنسيق بين النظر وحركة العضلات، وقد تكون هذه الاختبارات أساسية للتمييز بين الاكتئاب

والعته، لا سيما في المراحل الأولى من داء الزهايمر كما تساعد هذه الاختبارات على تمييز داء الزهايمر من أمراض أخرى مثل عته لوي والعته الجبهي الصدغي.

فهم نتائج التقييم :

في نهاية التقييم قد يحدد الطبيب حالة المريض بأنها أحد الخيارات

التالية:

- داء الزهايمر محتمل: يعتقد الطبيب أن داء الزهايمر هو المسئول الرئيسي عن العوارض والعلامات، لكنه يظن أن مرضاً آخر يؤثر في تفاقمه ويحجب ظهور المرض.
- داء الزهايمر مرجح: حذف الطبيب كل احتمالات الأمراض الأخرى واستنتج أن العلامات والعوارض ناجمة على الأرجح من داء الزهايمر.
- شكل آخر من العته: يعتقد الطبيب أن اضطراباً آخر مثل : العته الوعائي أو العته الجبهي الصدغي أو عته لوي وليس داء الزهايمر مسئول عن العلامات والعوارض.

كيف يؤثر داء الزهايمر في الدماغ ؟

داء الزهايمر هو السبب الأكثر شيوعاً للعته وهو يصيب أساساً الراشدين في عمر الستين أو أكثر، ومن المؤسف أنه لا يمكن حتى الآن إبطاء تطور المرض، حيث يسلب داء الزهايمر الشخص تفكيره وذاكرته وقدرته على التفكير المنطقي والتعلم والاتصال، كما يغير المرض شخصية الفرد ويعيق تفكيره وفي النهاية يدمر قدرة الفرد على إنجاز المهام الروتينية البسيطة أو حتى الاعتناء بنفسه.

وقد يستمر داء الزهايمر من سنتين إلى ٢٠ سنة بعد ظهور أولى العوارض، رغم أن الموت يحدث عموماً خلال ثمانية إلى عشرة أعوام، ولا بد من الإشارة إلى أن تطور المرض يختلف كثيراً بين شخص وآخر بحسب الظروف الصحية المصاحبة للمرض والبيئة الاجتماعية المحيطة بالمريض وطبيعة ونوعية العلاج.

أما بالنسبة للتأثير المباشر لداء الزهايمر على الدماغ فيحدث من خلال تدمير المكون الأساسي للدماغ، أي الخلية العصبية فتحدث خسارة الخلايا العصبية أولاً في قرن آمون أي لوحة التحكم المركزية في نظام الذاكرة، لهذا السبب يرتبط فقدان الذاكرة غالباً بالمراحل الأولى من داء الزهايمر، وقد يظهر أيضاً فقدان كامل لحسّ المكان إلى الذاكرة المكانية - أي إدراك موقع الأشياء أو الأماكن نسبة إلى بعضها - مثل موقع دورة المياه نسبة إلى غرفة النوم أو المطبخ.

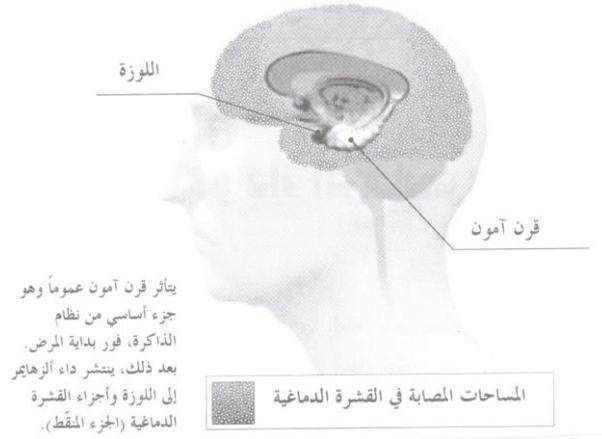
وانطلاقاً من قرن آمون ينتشر داء الزهايمر إلى الفصوص الجبهية والجدارية والصدغية في القشرة الدماغية، وبالإضافة إلى قرن آمون يهاجم المرض أيضاً أجزاء أخرى من الجهاز الحوفي بما في ذلك اللوزة، ومع تضرر الخلايا العصبية وتلفها في هذه المساحات يحصل ضرر في الوظائف الإدراكية الأخرى مثل مهارات اللغة والقدرة على التصميم وإصدار الأحكام وإنجاز المهام البسيطة، وبما أن الجهاز الحوفي هو جزء الدماغ الذي يؤثر في الغرائز والدوافع والعواطف يمكن لفقدان الخلايا العصبية في هذه المساحة أن يبرر السلوك العدائي وجنون الارتياب الملاحظين غالباً عند المصابين بداء الزهايمر.

بالإضافة إلى ذلك يسبب داء الزهايمر خسارة للخلايا العصبية ضمن الدماغ في موقع يعرف بنواة ماينرت القاعدية، وهذه المساحة غنية بناقل عصبي

اسمه الاستيل كولين وهو مهم لتكوين الذكريات واستردادها، ولذلك فإن الضرر الحاصل في النواة القاعدية يسبب انخفاضاً قوياً في مستويات الاستيل كولين، وبالإضافة إلى إنقاص الاستيل كولين يؤثر داء الزهايمر أيضاً في مستويات ناقلات عصبية أخرى مهمة في الدماغ. (شكل رقم ١) (شكل رقم ٢).

شكل رقم (١)

أجزاء الدماغ المتأثرة في المرحلة الأولى من داء الزهايمر



شكل رقم (٢)

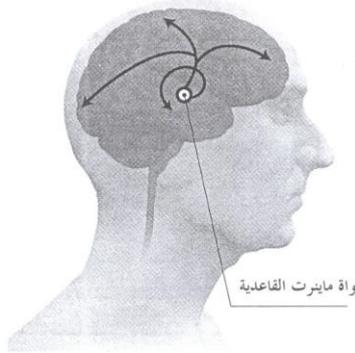
فقدان الناقل العصبي المرتبط ببدء الزهايمر

الوظيفة الأساسية	الناقل العصبي
الانتباه والتعلم والذاكرة	الاستيل كولين
الحركة الجسدية	الدوبامين
التعلم والذاكرة الطويلة الأمد	الغلوتامات
الاستجابة العاطفية	النوربينفرين
المزاج والقلق	السيروتونين

وفي النهاية يؤثر داء الزهايمر في أنحاء عدة من الدماغ، ومع تلف المزيد من الخلايا العصبية تتلف المزيد من نقاط الاشتباك - أي نقاط الاتصال بين الخلايا - وعند فقدان الخلايا العصبية تتقلص الكتلة الدماغية، هكذا يبدأ الشخص المصاب بداء الزهايمر بفقدان بعض وظائفه بما في ذلك القدرة على الاتصال والتعرف إلى الوجوه المألوفة والأشياء والتحكم في السلوك والحاجات الجسدية الأساسية، مثل الحاجة إلى الأكل أو التبول.

وفي المراحل الأخيرة من داء الزهايمر يصبح معظم الأشخاص أسيري الفراش ويعتمدون كلياً على الآخرين. (شكل رقم ٣)

شكل رقم (٣)
الاستيل كولين في الدماغ



إن خلايا الدماغ التي تنتج الاستيل كولين موجودة على مسارات محددة في القشرة الدماغية. وتعتبر نواة مايرت القاعدية مسؤولة عن الذاكرة والتعلم.

تطور المرض:

من الملاحظ أن تطور مرض الزهايمر يعتبر تطوراً سريعاً ولا يمكن استدراكه، حيث ينتقل المريض خلال مراحل الثلاثة دون أن يدرك بذلك أحياناً بل أن من يشعر به هم المحيطين به من أفراد الأسرة، وقد يحدث أحياناً من خلال مرحلتين مرتبطتين مبكرة ومتأخرة بحسب حالة المريض ، لذلك فقد حاول الباحثون توضيح الحدود الفاصلة بين المراحل الثلاثة وكيفية بداية المرض ونهايته من ناحية الوظائف الإدراكية والحسية وذلك على النحو التالي:

*** المرحلة الأولى : العجز الإدراكي الخفيف (زهايمر مبكر):**

يكون التفكير ومهارات التحليل المنطقي أثناء هذه المرحلة حادة وتكون نشاطاتهم في الحياة العملية طبيعية، لكن عجز الذاكرة ولا سيما لمعلومات مكتسبة حديثاً - أكبر مما يمكن أن يتصوره الشخص في سنه- ومع الوقت يبدو

أن القدرات العقلية والوظيفية للمصابين بالعجز الإدراكي الخفيف تتدهور بوتيرة أسرع.

وتوحي نتائج العديد من الدراسات بأن العجز الإدراكي الخفيف للإنسان هو البداية الحقيقية لمرض الزهايمر، فالمصابون بالعجز الإدراكي الخفيف معرضون بنسبة ٥٠٪ لداء الزهايمر خلال ٤ سنوات من التشخيص الأساسي. ومن أهم الأعراض التي يتم ملاحظتها على المريض في هذه المرحلة التي تعتبر البدايات الأولى لظهور المشكلة ما يلي:

- ١- طرح الأسئلة نفسها على نحو متكرر.
- ٢- التوهُ في المحادثات ومواجهة مشاكل في العثور على الكلمات الصحيحة.
- ٣- عدم القدرة على إنجاز مهام اعتيادية مثل: التقيد بوصفة.
- ٤- مواجهة مشاكل في التفكير وتذكر الأشياء البسيطة.
- ٥- عدم تذكر الأحداث الأخيرة.
- ٦- وضع الأشياء في مواقعها غير الصحيحة مثل: وضع المحفظة في البراد.
- ٧- المعاناة من تغيرات مفاجئة في المزاج أو السلوك بدون سبب ظاهري.
- ٨- عدم القدرة على التركيز أو أخذ المبادرة.
- ٩- فقدان الاهتمام في المحيط.
- ١٠- إظهار لامبالاة تجاه المظهر الشخصي أو المجاملة الطبيعية للآخرين.
- ١١- الشعور بالضيق من حيث الوقت والمكان.
- ١٢- التوهُ أثناء القيادة في الشوارع المألوفة.

*** المرحلة الثانية : المتوسطة:**

في هذه المرحلة تصبح العلامات المنذرة بداء الزهايمر أكثر وضوحاً، وقد تنذر هذه التغيرات أفراد العائلة أو الأصدقاء بوجود خطب ما، فالشخص لا يعاني فقط من فقدان الذاكرة وإنما يواجه صعوبة أيضاً في التفكير بوضوح واتخاذ القرارات الجيدة، وفي حال كان هناك أي تقاعس في مراجعة الطبيب. يفترض بهذه العوارض أن تدفع إلى زيارة الطبيب فوراً، وغالباً ما يتم تشخيص داء الزهايمر في هذه المرحلة.

وتشمل بعض علامات وعوارض المرحلة المتوسطة:

- ١- نسيان إطفاء التجهيزات المنزلية مثل: المكواة أو الفرن.
- ٢- نسيان تناول الأدوية باستمرار.
- ٣- مواجهة صعوبة في المهام المستلزمة للحساب والتخطيط مثل: موازنة دفتر الشيكات ودفع الفواتير والتسوق من المتاجر وتحضير العشاء.
- ٤- مواجهة صعوبة في المهام التي تستلزم حركات ذات مهارة مثل: ربط شريط الحذاء أو استعمال الأدوات.
- ٥- فقدان القدرة على الاتصال بما في ذلك القراءة والكتابة.
- ٦- الكشف عن أنماط سلوك مثل: العدائية ونوبات الغضب والانعزال.
- ٧- التصرف على نحو غير لائق أمام الغير.
- ٨- الشعور أكثر فأكثر بالاضطراب والأرق خصوصاً في الليل.
- ٩- النوم لفترات طويلة على نحو مفرط أو مواجهة صعوبة في النوم (قد ينام بعض الأشخاص ١٠ ساعات إلى ١٢ ساعة في الليل وينامون أيضاً خلال النهار، فيما ينام آخرون ساعتين إلى أربع ساعات فقط في الليل).
- ١٠- المعاناة من الهلوسة أو الأوهام والخيالات السمعية والبصرية.

* المرحلة الأخيرة: (زهايمر متأخر):

في المرحلة الأخيرة من داء الزهايمر تتفاقم العلامات والعيوارض لدرجة يصبح فيها الشخص عاجزاً عن التفكير بمنطق وتصبح مهام العيش الأساسية مثل: الأكل أو الذهاب إلى دورة المياه مستلزماً للمساعدة، ويمكن أن تتغير شخصية الفرد كلياً.

ومن علامات وعيوارض هذه المرحلة الوخيمة نذكر:

- ١- القليل من الذاكرة أو لا شيء منها على الإطلاق.
- ٢- مواجهة صعوبة في التكلم أو فهم الكلمات.
- ٣- التعبير عن القليل من العواطف أو لا شيء على الإطلاق.
- ٤- الإمساك بالأشياء أو الأشخاص وعدم إفلاتهم (بمقبض اليد).
- ٥- مواجهة صعوبة في التعرف إلى الآخرين، وربما عدم التعرف حتى إلى الذات عند النظر في المرأة.
- ٦- الحاجة إلى المساعدة في كل الرعاية الشخصية، بما في ذلك استعمال المراض والاستحمام وارتداء الثياب والأكل والتحرك.
- ٧- المعاناة من سلس متكرر في البول.
- ٨- الشعور بالضعف أكثر فأكثر والتعرض للالتهابات.
- ٩- مواجهة صعوبة في المضغ والبلع وبالتالي فقدان الوزن.
- ١٠- موجة اكتئاب حادة وملل من كل شيء محيط به.

تجدر الإشارة إلى أن المريض في هذه المرحلة من داء الزهايمر قد يصبح أسيراً للفراش، ويصبح جسمه ضعيفاً جداً مما يزيد غالباً من خطر التعرض لمشاكل صحية أخرى (القلب، الكلى، السكر، الضغط)، والواقع أن تأثير هذه المشاكل الصحية الإضافية يكون غالباً أكثر وخامة عند المصاب بداء الزهايمر مما هو عند

شخص غير مريض، نتيجة لذلك نادراً ما يكون سبب الموت داء الزهايمر نفسه وإنما يكون بسبب أحد الأمراض السابقة الذكر.

أسباب المرض:

تعتبر أسباب داء الزهايمر لغزاً حقيقياً، فمنذ أن كشف العالم ألويس الزهايمر اللويحات والكتل الليفية العصبية المتشابكة المميزة للمرض في بداية القرن العشرين، أجرى الباحثون والعلماء مئات من المحاولات المختلفة لفهم هذا المرض ومحاربة طبيعته، والواقع أن استقصاء أسباب هذا المرض تشبه إلى حد كبير جمع أجزاء لغز محير لم تكتمل أجزاءه حتى الآن.

وقبل دراسة بعض العوامل المسببة لداء الزهايمر من المهم التمييز بين مراحلها المختلفة والتي سبق ذكرها ، حيث يصنف العملاء داء الزهايمر إلى نوع مبكر النشوء وآخر متأخر النشوء (إلى جانب المرحلة المتوسطة النادرة الحدوث) مستعملين عمر ٦٥ عاماً بمثابة خط فاصل بينهم.

فالأشخاص الذين لم يبلغوا بعد ٦٥ عاماً وأصيبوا بداء الزهايمر يعانون من الشكل المبكر، ورغم أن هذه المجموعة صغيرة العدد نسبياً فإنها تطل نطاقاً واسعاً من الأعمار، فهناك حالات نادرة أصيب خلالها الأشخاص بالمرض في عمر الثلاثين، أما الأشخاص الذين يصابون بداء الزهايمر عند بلوغهم ٦٥ عاماً أو أكثر، فيعانون من الشكل المتأخر النشوء وهو الشكل الأكثر شيوعاً.

والواقع أن عوارض الشكلين هي نفسها تقريباً حتى لو كان المريض قد مر بالمرحلة المتوسطة، وذلك على الرغم من تسارع وتيرة التدهور العقلي والجسدي في بعض حالات الشكل المبكر النشوء، لكن الفرق الكبير الكامن بين شكلي المرض يتمثل في طريقة تأثير الشكل المبكر النشوء في حياة الشخص المتوسط العمر - الذي لا يزال يعمل ربما ولديه مسؤوليات تجاه أولاده - أما

تأثير الشكل المتأخر النشوء في الشخص الأكبر سناً يفرض حاجات وأولويات مختلفة جداً.

وفي كلا نوعي داء الزهايمر يدرك العلماء أن المرض معقد جداً ويظنون أنه ناجم على الأرجح من مجموعة من العوامل البيئية والوراثية، فنحو ٣٠٪ من المصابين بداء الزهايمر يكشفون عن تاريخ عائلي من العتة ما يشير إلى دور الجينات في هذا الصدد، لكن عوامل الخطر الوراثية ليست القصة كلها بالفعل، حيث يدرس الباحثون أيضاً العوامل البيئية التي قد تسهم في نشوء داء الزهايمر، ولم يتأكد العلماء بعد ما إذا كانت كل هذه الأحداث مترابطة أم لا أو ما هي العوامل الأخرى الواجب التعرف إليها وشرحها.

العوامل الوراثية المساهمة في داء الزهايمر:

إن معظم الأبحاث المتناولة لداء الزهايمر ركزت ولا تزال حتى الآن على العوامل الوراثية المحيطة بالمرض، وقد تم الحصول على فهم أكثر شمولاً من هذه الأبحاث الوراثية نجح في إلقاء الضوء على التسلسل المعقد للأحداث المؤلفة للمرض.

وقد بات من المعلوم أن بعض التحولات الجينية - أي التغيرات غير المرتقبة في جينات مفردة أو في أقسام الكر وموسومات - تسبب عدداً بسيطاً من الأشكال المبكرة النشوء من داء الزهايمر، ويملك الباحثون أدلة تشير إلى أن الجينات والتحولات الجينية غير المكتشفة يمكن أن تؤثر في داء الزهايمر، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

والواقع أن كل الجينات والتحولات الوراثية التي تسبب داء الزهايمر تتشارك في الإنتاج الشاذ والانحلال لبروتين بيتا النشواني النذيري، فالإنتاج الشاذ يؤدي عموماً إلى إنتاج مفرط لشظايا بيتا نشوانية، وحين لا تذوب هذه الشظايا

تتكس معاً لتكوين اللويحات الكثيرة الموجودة في أدمغة المصابين بداء الزهايمر، بالإضافة إلى ذلك أصبح العلماء مقتنعين بأن التراكم المتزايد للبيتا - النشواني في الدماغ هو خطوة أساسية وضرورية في العملية - إن لم يكن السبب المباشر للعتة، لذا فإن الدراسة المفصلة لكل جينة يمكن أن تساعد على شرح كيفية إسهام البيتا النشواني في داء الزهايمر.

* البروتين النشواني النذيري:

يرتبط البروتين النشواني النذيري بغشاء الخلية أي الغطاء الخارجي الرقيق للخلية، والواقع أن الجينة التي تنتج هذا البروتين موجودة في الكروموسوم 21 من حمض الـ DNA، وعلى الرغم من عدم اتضاح الوظيفة الأساسية للبروتين النشواني النذيري، إلا أن الدراسات التي أجريت بهذا الصدد تشير إلى تأديته دوراً هاماً في نمو الخلايا العصبية وبقائها على قيد الحياة، فتحولات البروتين النشواني النذيري تسبب شكلاً نادراً من داء الزهايمر.

ويُطلق أحياناً على البروتين النشواني النذيري اسم بروتين الغشاء لأنه موجود جزئياً داخل وخارج غشاء الخلية، تماماً مثل الدبوس الغازز في وسادة، هكذا يرتبط البروتين النشواني النذيري بالجهة الخارجية لغشاء الخلية بواسطة نوع من الأنزيم اسمه البروتياس يسرّع التفاعلات، وقد أدرك العلماء منذ فترة اشتراك ثلاثة أنواع من البروتياس في هذه العملية ورغم أنهم ليسوا واثقين بعد من الهوية الحقيقية لكل هذه الأنزيمات فقد أطلقوا عليها اسم مفرزات ألفا ومفرزات بيتا ومفرزات جاما.

تعمل هذه الأنزيمات الثلاثة على ربط البروتين النشواني النذيري بغشاء الخلية، وحين تقطع مفرزات ألفا ومفرزات جاما البروتين النشواني النذيري بيدو

أن الشظية الناجمة تذوب بسهولة نسبياً في الدماغ ، كما تقطع مفرزات بيتا ومفرزات جاما البروتين أيضاً - وتنتج شظايا أطول - اسمها بيتا نشوانية 40 أو بيتا نشوانية 42 (لأنها مؤلفة من 40 أو 42 حمضاً أمينياً)، لكن البيتا النشوانية 42 لا تذوب بسهولة وهي (دبقة) أكثر من البيتا النشوانية 40، وهكذا تتراكم البيتا النشوانية 42 مع شظايا أخرى لتكوين لويحات الزهايمر.

أما تحولات جينة البروتين النشواني النذيري المرتبطة بداء الزهايمر الموجودة في جزء البروتين الملتصق خارج غشاء الخلية والقريب من مواقع المفرزة، يوحي ذلك بأن هذه التحولات تؤدي إلى تكوّن المزيد من البيتا النشوانية 42 بالتحديد، وفي كلا الحالتين تتكون المزيد من اللويحات.

* البروتين الصتوم (أو بروتين الشيخوخة):

بات معروفاً أن تحولات بروتينين صتومين هما النوع 1 و 2 يسببان داء الزهايمر، والجينة المسؤولة عن البروتين 1 موجودة في الكروموسوم 14، فيما الجينة المسؤولة عن البروتين 2 موجودة في الكروموسوم 1، والواقع أن أكثر من 30 تحولاً مختلفاً لهذين البروتينين تسبب داء الزهايمر المبكر النشوء، كما أن الشخص الذي يكشف عن أي واحد من هذه التحولات الصتومة يمكن أن ينقله أيضاً إلى ولده، هكذا يملك كل ولد فرصة بنسبة 50% لوراثة الجينة الشاذة والتعرض للمرض من شأن ذلك ربط البروتين الصتوم بالأشكال العائلية من داء الزهايمر.

كما تشير الدراسات إلى أن تحولات النوعين 1 و 2 من البروتين تزيد من مستوى البيتا النشواني 42 في الدماغ - أي الشكل الدبق من البيتا النشواني الذي ينتج اللوائح النشوانية - وظن العلماء لبعض الوقت أن النوع 1 من

البروتين هو أنزيم مفرزة جاما المسؤول عن ربط البروتين النشواني النذيري. شكل رقم (٤)

شكل رقم (٤)

الجينات المرتبطة بالزهايمر

الكروموزوم	الجين
21	بروتين أميلويد (APP)
14	بروتين الصتوم 1 (PS1)
1	بروتين الصتوم 2 (PS2)
19	صميم البروتين الشحمي (APOE eA)

* صميم البروتين الشحمي:

قبل ربطه بداء الزهايمر كان المجتمع الطبي يعرف أن جينة صميم البروتين الشحمي E مسؤولة عن نقل كولسترول الدم في الجسم ، وهناك ثلاثة أشكال مختلفة من صميم البروتين الشحمي اسمها e2 و e3 و e4 وعلى عكس البروتين النشواني النذيري، ليس التحول في صميم البروتين الشحمي من يؤدي إلى داء الزهايمر وإنما أحد الأشكال الطبيعية للجينة - وهو الشكل 4 وفيما يؤدي البروتين النشواني النذيري والشكلين 1 و2 من البروتين الصتوم إلى الشكل المبكر النشوء من داء الزهايمر، فإن وراثة واحد أو اثنين من الشكل 4 من

صميم البروتين الشحمي يزيد من فرصة تعرضك للشكل المتأخر النشوء من داء الزهايمر .

وقد يخفض ذلك السن الذي يبدأ فيه المرض - ويكون في العادة قبل أعوام من أشكال الزهايمر غير المرتبطة بالنوع 4 من صميم البروتين الشحمي، وتكشف الأبحاث أن النوع 4 من صميم البروتين الشحمي مرتبط بزيادة مقدار البيتا النشواني في الدماغ ، لكن الجدل ما زال قائماً حول كيفية حصول ذلك بالفعل، ويظن بعض الباحثين أنه على رغم فاعلية الشكلين 2 و3 من صميم البروتين الشحمي في تذيب البيتا النشواني في الدماغ فإن الشكل 4 ليس فعالاً بهذا القدر .

عوامل وراثية قيد الدراسة:

يدرس العلماء الكروموسوم 12- وبالتحديد جينة ألفا2 ماكروغلوبولين الموجودة في الكروموسوم 12- كمصدر محتمل لعامل خطر آخر مسبب للداء المتأخر النشوء، كما تتم دراسة الكروموسوم 10 وفي الآونة الأخيرة توصلت ثلاث مجموعات من الباحثين على نحو منفصل وبطرق مختلفة إلى أن الجينة المرتبطة بداء الزهايمر المتأخر النشوء موجودة على ما يبدو في الكروموسوم 10، ويعتقد أن هذه الجينة تؤثر أيضاً في إنتاج بروتين بيتا النشواني.

نظريات أسباب داء الزهايمر:

لقد أفضت الجهود الهادفة إلى الكشف عن الروابط الوراثية في داء الزهايمر إلى نتائج مشجعة كان أهمها:

(١) البيتا النشوانية واللويحات:

تشير دراسة مختلف التحولات الجينية إلى أن إنتاج البيتا النشوانية وتكوّن اللويحات يؤديان دوراً مهماً في نشوء داء الزهايمر، ويعتقد بعض الباحثين أن هذه مراحل مهمة من داء الزهايمر.

أما العوامل الداعمة لهذه الفرضية فتشمل الآتي:

- كل الأشكال العائلية المبكرة النشوء من داء الزهايمر مصحوبة بزيادة كبيرة في مستوى بروتين البيتا النشواني في الدماغ.
- حدوث تكّس البيتا النشواني في اللويحات يكون غالباً في مرحلة مبكرة من المرض قبل ظهور العوارض.
- يزداد مع الوقت عدد اللويحات فيما ينتشر المرض في الدماغ.
- إن المصابين بتناذر داون والذين ينقلون بطبيعتهم نسخة إضافية عن كل الكروموسوم ٢١ أو جزء منه ، ولديهم بالتالي ثلاث جينات من البروتين النشواني النذيري (بدل ٢) يصابون غالباً بداء الزهايمر في مرحلة لاحقة من الحياة.
- إن تحوّل الجينة المنتجة للبروتين النشواني النذيري تسبب داء الزهايمر.

(٢) التاو والكتل الليفية العصبية المتشابكة:

تتجم الكتل الليفية العصبية المتشابكة عن بروتينات تاو ملتقة داخل الخلايا العصبية، ويساعد التاو عادة على دعم بنية الخلية العصبية لكن حين ينحلّ بروتين التاو تنهار بنية الخلية ويمكن العثور على الكتل المتشابكة في نسيج الدماغ عند أشخاص لا يعانون من العتّة.

وحتى وقت غير بعيد لم يكن يعرف الكثير عن الكتل الليفية العصبية المتشابكة سوى أنها نتيجة الإنتاج الشاذ لبروتين التاو، لكن في العام ١٩٩٨م توصل العلماء الذين كانوا يدرسون العتّة الجبهي الصدغي - وهو شكل موروث

من مرض عصبي تنكسي - إلى تحديد تحوّل في جينة التاو حاصل في الكروموسوم ١٧ والواقع أن تأثير هذا التحوّل في العتّه الجبهي الصدغي شبيه بما يحدث في داء الزهايمر - إلتفاف خيوط بروتين التاو وتراكم الكتل المتشابكة في الخلية -.

بالإضافة إلى ذلك يبدو أن تراكم هذه الكتل المتشابكة يؤثر بطريقة مباشرة في الخلايا العصبية أكثر من اللويحات النشوانية، فالكتل المتشابكة تعيق نقل المواد المغذية في الخلايا ونقل النبضات الكهربائية بين الخلايا مما يؤدي إلى تعطل وظائف الخلايا الأساسية.

ثمة احتمال أن يحفّز إنتاج البيتا النشواني تكوّن الكتل المتشابكة من خلال إفساد مستويات الكالسيوم في الخلايا ربما، لكن العلاقة بين البيتا النشواني وكتل التاو المتشابكة لا تزال غير واضحة.

(٣) الاستجابات الإلتهابية:

كشفت دراسات عدة وجود إلتهاب عميق في أدمغة المصابين بداء الزهايمر، والإلتهاب هو استجابة جسمك لإصابة أو خمج ويشكل جزءاً طبيعياً من عملية الشفاء.

وعلى رغم نشوء لويحات البيتا النشوانية في المساحة الفاصلة بين الخلايا العصبية، تعمل خلايا المناعة على التخلص من الخلايا الميتة والأوساخ الأخرى في الدماغ، ويعتقد العلماء أن خلايا المناعة قد تعتبر اللويحات بمثابة مواد غريبة في الجسم وتحاول بالتالي تدميرها مما يسبب الإلتهاب، أو أن خلايا المناعة تحاول التخلص من الخلايا العصبية التالفة.

من جهة أخرى قد تنشّط خلايا المناعة مكونات أخرى مسببة للإلتهاب ، ومنها بروتين interleukin-1 وأنزيم COX-2 ومجموعة من البروتينات تهاجم الخلايا

التي توصي خلايا المناعة بضرورة مهاجمتها، وعلى رغم اعتقاد الباحثين بحدوث الإلتهاب قبل تكوّن اللويحات بالكامل، لا يزالون غير واثقين من كيفية ارتباط هذا التكوّن بعملية المرض، وثمة جدل قائم أيضاً حول ما إذا كان الإلتهاب يتلف الخلايا العصبية أو أنه يساعد على التخلص من اللويحات.

(٤) الإجهاد المؤكسد:

تشير الأدلة إلى أن تكتل البيتا النشواني والاستجابة الإلتهابية، ربما يؤديان إلى إتلاف الحبيبات الخيطية أي مصانع الطاقة للخلية، وتميل الحبيبات الخيطية التالفة إلى الإفراط في إنتاج جزيئات شديدة التفاعل تعرف بالجذور الحرة، تؤدي الجذور الحرة عادة مجموعة من المهام المفيدة لكن وجود الكثير من الجذور الحرة يؤدي إلى ما يعرف بالإجهاد المؤكسد بالفعل تغطي الجذور الحرة وتتلف الخلايا، مما يؤدي إلى تلف النسيج وضرر في حمض الـ DNA.

(٥) مستويات الكالسيوم:

تشير دراسة تكتلات البيتا النشواني إلى أن هذه التكتلات قد تحفّز دخول الكالسيوم إلى الخلايا العصبية بمقادير مفرطة، والواقع أن الكالسيوم الذي يتم الحصول عليه عادة من خلال الغذاء يساعد في نقل رسائل النبض بين الخلايا، لكن وجود الكثير من الكالسيوم في الخلية قد يسبب موت الخلية.

عوامل خطر أخرى:

تشير دراسة الأشخاص الذين أصيبوا بداء الزهايمر من دون وجود تاريخ عائلي مسبق للعتة إلى أن الجينات ليست المصدر الوحيد للمرض، ويبدو أن هناك عدداً من عوامل الخطر غير الوراثية المرتبطة بداء الزهايمر، وقد تم التعرف جيداً إلى بعض العوامل مثل: العمر، فيما لا تزال عوامل أخرى قيد الدراسة.

١- العمر:

يرتفع العدد الإجمالي لحالات داء الزهايمر (الإنْتِشار) وعدد الحالات الجديدة من داء الزهايمر بشكل كبير مع العمر ويتضاعف مرة كل خمس سنوات بعد عمر ٦٥ عاماً ، ويعتقد بعض الباحثين أن داء الزهايمر هو نتيجة محتمة للشيخوخة، بمعنى آخر إذا عشت طويلاً كفاية سوف تصاب حتماً بداء الزهايمر، لكن كشف العديد من الكبار في السن ومنهم أشخاص في عمر التسعين أو المائة عن ذاكرة قوية ومهارات إدراكية ممتازة يناقض هذه النظرية.

ويتحدث علماء آخرون عن حدوث داء الزهايمر ضمن نطاق معين من العمر، وأن الزيادة في شيوع مستويات داء الزهايمر تصبح أفقية قرابة عمر ٩٥ عاماً، وثمة إجماع متزايد على أن داء الزهايمر ليس جزءاً طبيعياً من الشيخوخة، لكن تأثيرات الشيخوخة يمكن أن تعزز نشوء داء الزهايمر.

٢- الجنس :

تشير الدراسات المرتكزة على انتشار داء الزهايمر إلى معاناة النساء من العته أكثر من الرجال، يمكن تفسير ذلك على الأقل جزئياً، بكون النساء يعشن عموماً أكثر من الرجال ويستطعن الصمود لفترة أطول مع العته، وتظهر المعطيات المستمدة من عدة دراسات أوروبية أُجريت بين ١٩٨٨م و١٩٩٦م أن النساء أكثر عرضة أيضاً للعته ولأسيما لداء الزهايمر، لا يعرف العلماء سبب هذا الفرق لكن الاحتمالات يمكن أن تشمل الاختلافات البيولوجية، كما سئلت هذه الدراسات عن التحيز في إجراء التشخيص أو التوزيع غير المتساوي لعوامل الخطر بين الذكور والإناث.

٣- التربية :

تدعم نتائج المشروع المعروف بدراسة الراهبات الفكرة القائلة: إن التربية قد تحمي الفرد من التعرض لداء الزهايمر.

فقد درس الباحثون السير الذاتية التي كتبتها مجموعة من الراهبات عند دخولهن إلى دير ميلكوي، وكان متوسط العمر لديهم ٢٢ عاماً، ثم تم قياس المقالات المكتوبة من حيث كثافة الأفكار بعد ذلك - أي متوسط عدد الأفكار في كل ١٠ كلمات - وتعقيدها اللغوي، كما وهبت الراهبات أدمغتهن للبحث بهدف تشرحها بعد موتهن ووجد الباحثون أن ٩٠٪ من الراهبات اللواتي كُشفن عن كثافة متدنية من الأفكار في السير الذاتية أظهرن العديد من الكتل الليفية العصبية المتشابكة المتراكمة في أدمغتهن، أما الراهبات اللواتي كُشفن عن كثافة عالية من الأفكار في عمر ٢٢ عاماً فقد أظهرن القليل من الكتل المتشابكة عند موتهن.

وقد حظيت دراسة الراهبات بالكثير من الانتباه الشعبي وتؤكد معظم الدراسات اللاحقة على المفهوم القائل: إن المستويات المتدنية من التربية قد تكون عامل خطر أساسي لداء الزهايمر، لكن هذه الدراسات محدودة نوعاً ما، فقياس مستويات التربية قد يكون غير دقيق وثمة عوامل أخرى قد تترك أو تحجب التأثير الفعلي للتربية، والواقع أن كل هذه النظريات تخمينية وتبقى الآليات الكامنة وراء الملاحظات مجهولة، وعلى رغم تأكيد العديد من الدراسات على الدور الوافي للتربية فإن النتائج ليست حاسمة.

٤- إصابات الرأس المختلفة:

أدى تعرض بعض الملاكمين السابقين للعتة إلى التساؤل ما إذا كانت الإصابات الخطيرة في الرأس (مع فقدان طويل للوعي مثلاً) تشكل عامل خطر لداء الزهايمر؟ وتشير العديد من الدراسات إلى وجود رابط قوي بين الأمرين ولا

سيما عند الرجال، ووجدت دراسات أخرى رابطاً بسيطاً وغير مهم بين إصابة الرأس وداء الزهايمر، ولا يزال الجدل حول هذا الموضوع مستمراً حتى الآن، لكن ثمة نظرية تقول إن إصابة الرأس قد تتفاعل مع الشكل ٤ من صميم البروتين الشحمي، ما يؤدي إلى تزايد خطر التعرض لداء الزهايمر مهما اختلفت وتتوّعت تلك الضربات (حوادث السيارات - ضرب بألة حادة أو ما شابه).

عوامل خطر قيد البحث:

يشير عدد من الدراسات إلى وجود رابط إيجابي بين داء الزهايمر وضغط الدم المرتفع والكوليسترول المرتفع، كما تبين أن الاكتئاب يشكل عامل خطر لداء الزهايمر، ولا تزال هذه الدراسات في أولى مراحل البحث ويستمر العلماء في البحث عن أدلة حاسمة في هذه المجالات.

واعتبر الباحثون أيضاً أن التدخين والتعرض للمخاطر الوظيفية مثل: الصمغ ومبيدات الحشرات والأسمدة أو حتى الحقول الكهربائية المغناطيسية، هي عوامل مسهمة في داء الزهايمر، ساد الاعتقاد لفترة أن التدخين يقي من داء الزهايمر، لكن الدراسات اللاحقة أبطلت هذه النظرية، كما أن نتائج كل هذه الدراسات بقيت متضاربة ولا يوجد حتى الآن أي دليل قاطع يؤكد أن العوامل البيئية أو أسلوب العيش يزيد من خطر التعرض لمرض الزهايمر.

أهم المضاعفات والمشكلات المصاحبة للمرض:

نظراً إلى أن مرض الزهايمر لا يقتصر تأثيره على الفرد نفسه فقط ويمتد إلى باقي أعضاء الأسرة ومنها إلى المجتمع المحيط بهم، فإن مضاعفاته كثيرة بل قد لا يدركها الكثيرون، إلا في حالة وجود مريض زهايمر في الأسرة.

لذلك فإن المضاعفات والمشكلات المصاحبة لهذا المرض تشعبت وتنوّعت بين مشكلات نفسية وسلوكية وأسرية وصحية، نورد هنا على النحو التالي:

أ) المشكلات النفسية والسلوكية:

المشاكل السلوكية والنفسية للمرضى المصابين بداء الزهايمر هي أصعب اختبار أو تحدي للأشخاص الذين يعتنون بهم، فهناك مظاهر سلوكية شاذة للمريض تأتي على شكل توجيه الاتهامات للآخرين وخاصة للذين يعتنون بهم أو أعمال عنف أو حتى عدوانية ثانوية يمكن أن تكون مؤذية ومحبطة للمعنويات.

ولا شك أننا جميعاً نحتاج إلى روتين يومي محدد ومن نوع ما، وبعض الأشخاص ينظمون حياتهم بينما نجد آخرين يملكون مرونة أكبر في حياتهم اليومية، ومن المهم جداً أن نحاول إدخال الروتين المنتظم في حياة الأشخاص المصابين بداء الزهايمر مثل (تحديد أماكن معينة للأشياء في المنزل، وتوقيت محددة للنشاطات المنزلية المختلفة) حيث أن مريض الزهايمر يشعر بصعوبة كبيرة في تعلم أو استيعاب أي معلومات جديدة.

ومن الأمور الهامة والضرورية مساعدة مريض الزهايمر على العيش في عالم واقعي وتذكيره دائماً بالمكان والزمان حتى وإن كان لا يدرك ذلك.

ومن أهم المشكلات السلوكية والنفسية التي يعاني منها المريض وأسرته

المحيطة به:

- ١- صعوبة إقناعهم بتقبل الأشياء والتغيير.
- ٢- صعوبة تقبل الواقع الجديد واتهام الآخرين بالكذب والعدوانية.
- ٣- ردود الفعل الغير متوقعة والعدوانية أحياناً.

- ٤- السلوك المخرج أمام الآخرين والتصرفات الغريبة والغير متوقعة مثل: الضحك بدون سبب، أو التنقل من موضوع لآخر دون فهم للكلمات.
- ٥- سلوك شاذ أثناء تناول الطعام أيضاً مثل: أكل شيء باليدين بدلاً من الملعقة أو العكس وبعثرة الطعام.
- ٦- ارتباط المريض ببعض الأحداث الماضية وعدم ثقته فيمن حوله الآن والتصريح لهم بذلك.
- ٧- التجول المستمر بدون هدف خاصة أثناء الليل حتى وإن كان داخل المنزل ، فهو يحمل الكثير من الخطر على المريض مثل: كسر الأشياء أو التعثر بها.
- ٨- من سلوكيات المريض أن التجول لديه يمثل شيئاً هاماً مثل: ارتباطه بموعد معين مع شخص ما، أو محاولة العثور على منزله القديم الذي تربى فيه، أو رغبته في العمل، وهو يصرح بذلك لمن حوله عند سؤالهم له لماذا التجول؟
- ٩- عدم التحكم في سلوك الإخراج (البول والبراز) مما قد يؤدي إلى مشكلات أخرى صحية.
- ١٠- القلق والاضطراب.
- ١١- الحديث المستمر دون معنى.
- ١٢- النسيان المستمر وفقدان الإحساس الزماني والمكاني، ويكون ذلك من المشكلات السلوكية الصعبة جداً المصاحبة لمريض الزهايمر وهي مزعجة لجميع المحيطين به.
- ١٣- الشك والريبة المستمر تجاه بعض المحيطين به مثل: اتهام الابن أو الزوجة بأنهم أغراب عنه، أو أنهم يرغبون سرقة.

- ١٤- التكرار المستمر في الأسئلة والحركات.
- ١٥- الهلوسة (مشاهدة أشخاص أو أشياء ليس لهم وجود، أو سماع أشخاص وأصوات تكلمه).
- ١٦- عدم التعرف على نفسه أو على أبنائه، ومن الممكن عدم تعرفه على نفسه أيضاً حتى لو نظر للمرأة.
- ١٧- الاكتئاب نتيجة لمعرفته أحياناً وبشكل متقطع بأنه غير ذي نفع وغير ذي جدوى لنفسه أو لعائلته.
- ١٨- اضطراب النوم.
- ١٩- عدم حب سماع الأصوات المزعجة والعالية.
- ٢٠- عدم حب الزحام داخل المنزل (عكس ما كان يحدث سابقاً عندما يكون فرحاً بوجود أبنائه وأحفاده من حوله).

ب) المشكلات الصحية المصاحبة للمريض:

أهم الأعراض الصحية المصاحبة لمريض الزهايمر هي:

- ١- أمراض القلب .
- ٢- أمراض الكلى .
- ٣- أمراض ضغط الدم .
- ٤- هشاشة العظام .
- ٥- ضعف الإبصار .
- ٦- ضعف السمع .
- ٧- ضعف وهزال الجسم .
- ٨- ضعف الأسنان
- ٩- أمراض وتقرحات الفراش .
- ١٠- البواسير .
- ١١- الأمراض والالتهابات الجلدية المختلفة .

١٢- انخفاض الوزن وبشكل ملحوظ .

ج (المشكلات الأسرية - الاجتماعية :

مما لا شك فيه أن أكثر من يعاني من وجود مريض مثل مريض الزهايمر داخل المنزل هم الأسرة وأفرادها المحيطين به وعلى رأسهم الزوجة والأبناء، لذلك تبرز العديد من المشكلات المصاحبة وبصور مختلفة قد تختلف ردود فعلها من أسرة إلى أخرى بحسب حُبهم للمريض وإدراكهم لحالته ووضعهم المرضي.

ومن أهم تلك المشكلات المصاحبة للمريض المؤثرة على الأسرة:

- ١- الإحساس الدائم بالحرج الشديد من تصرفات المريض خاصة أمام الآخرين.
- ٢- الإحساس الدائم بالذنب لعدم إمكانية تقديم المساعدة اللازمة للمريض مما يشكل هاجساً نفسياً قاتلاً للجميع.
- ٣- صعوبة التعامل مع المريض من النواحي المختلفة النفسية والصحية.
- ٤- صعوبة تقبلهم لبعض سلوكياته المرضية مثل : العدوانية أو عدم تحكمه في إخراج الفضلات.
- ٥- عدم تفرغ الأسرة للمريض من حيث انشغالهم بأعماله اليومية وأسرههم، خاصة إذا كان الأبناء متزوجين أو مقيمين في منزل مختلف.
- ٦- التأثير النفسي المباشر على الزوجة خاصة مع بقاءها في المنزل لفترات طويلة مع المريض.
- ٧- التأثير الصحي على الزوجة بحدوث أمراض محتملة مثل: السكر أو ضغط الدم إما نتيجة لعدم تقبل الوضع الجديد للمريض أو للتفكير الدائم فيه والحزن على ما وصل إليه.

- ٨- إمكانية حدوث مشكلات اجتماعية بين الأخوة والأم خاصة في مسألة تقديم الرعاية اللازمة.
- ٩- إمكانية حدوث فجوة بين الأبناء نتيجة اختلافهم في الرأي تجاه المريض في حال كان المريض والدهم أو والدتهم.
- ١٠- تحجيم الأدوار الاجتماعية لأفراد الأسرة خاصة الزوجة، من حيث قلة الخروج من المنزل أو المشاركة في المناسبات الاجتماعية المختلفة، وذلك لعدم وجود شخص متفرغ يقدم الرعاية المناسبة للمريض.
- ١١- احتمالية إصابة أحد أفراد الأسرة أو أكثر من شخص لمشكلات نفسية مختلفة كردة فعل قاسية لعدم تقبل الوضع الجديد لرب الأسرة مثلاً.
- ١٢- الإصابة بالقلق أو الاكتئاب من كثرة التفكير في الأمر وإمكانية إيجاد الحلول المناسبة له.
- ١٣- اختلاف المعايير الأسرية خاصة إذا كان المصاب الوالد، من حيث افتقاد الأسرة لربها المنظم لها واختلاف النظام لعدم وجود من يقوم بتطبيقه بشكل سليم.
- ١٤- اضطراب الأدوار العامة في الأسرة .
- ١٥- تقلص أدوار الأسرة من حيث المشاركات الاجتماعية المختلفة .
- ١٦- الإحساس بالإحباط واليأس أحياناً لعدم وجود علاج ناجح للمشكلة .

طرق الوقاية والعلاج :

من الضروري جداً في هذه المرحلة تذكر أهمية التشخيص المبكر في الوقاية من تطور المرض أو تفاقم الحالة، حيث تم الإشارة إلى مدى خطورة إهمال تقديم العلاج اللازم للمريض في المراحل الأولى من المرض.

وعلى الرغم من أن الباحثين يسعون دائماً لتطوير علاجات توقف تفاقم داء الزهايمر أو تطوره، إلا أنه لا يتوافر حتى الآن مثل هذا العلاج، ويركز العلاج الحالي على ضبط العوارض الإدراكية والسلوكية للمرض وبالتالي تحسين نوعية حياة الأشخاص المصابين بداء الزهايمر، ويعني ذلك أن العلاج يهدف مثلاً إلى تحسين الذاكرة وتهدئة القلق ومساعدة المصابين بالعتة على البقاء يقظين في ساعات النهار أو النوم جيداً خلال الليل.

ويتألف العلاج غالباً من مجموعة من العقاقير وبرامج الرعاية الشخصية، حيث تتركز علاجات العقاقير من الأدوية المطورة خصيصاً لمعالجة العوارض الإدراكية لداء الزهايمر وصولاً إلى الأدوية المستخدمة عموماً في مجال الصحة العقلية مثل: مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان، أما الرعاية الشخصية فتوصف في عدد من الطرق ومجموعة متنوعة من الظروف خاصة الأسرية المحيطة بالمريض.

وينبغي لنا أن ندرك أن مسألة التعايش مع مريض الزهايمر أمراً صعباً يستلزم الشجاعة والجلد والصبر والمرونة والإبداع والمهارات التكيفية عند كل شخص من المحيطين بالمريض.

(١) علاج الأعراض الإدراكية :

تعتبر مادة الاستيل كولين التي تم التعرض لشرحها من قبل، إحدى أبرز الناقلات العصبية المتأثرة بداء الزهايمر، وتتواجد هذه المادة في الجهاز العصبي المركزي والخارجي وتتحكم في انقباضات العضلات وإفراز الهرمونات، وتؤدي

دوراً أساسياً في مهارات التفكير والذاكرة، وقد لوحظ من خلال العديد من الأبحاث التي أجريت في هذا الصدد أن معدلات هذه المادة تتعرض لانخفاض مخيف لدى مرضى الزهايمر، علماً بأن هذا الانخفاض يعتبر ناجماً جزئياً عن أنزيم اسمه الاستيل كولينستيراز.

لذا فقد كان دور المختصين مركزاً في البحث على تطوير عقاقير قادرة على منع تأثير مادة الأستيل كولينستيراز في الأستيل كولين، لذا فمن الملاحظ أن العلاج في الوقت الحاضر يستخدم قامعات الأستيل كولينستيراز فقط في المراحل الأولى من المرض أي بعد ٣-٦ سنوات من بدء التشخيص، حيث تؤدي هذه القامعات دورها الهام في السيطرة على تطور المرض، فهي إلى جانب تحسينها للوظائف الإدراكية تحسن أيضاً الجوانب السلوكية للمريض.

وينبغي لنا هنا الإشارة إلى أن هذه العقاقير (قامعات الأستيل كولينستيراز) يتضح تأثيرها فقط في المراحل الأولية أو المتوسطة، إلا أن استخدامها بعد تلك المرحلتين غير مجدي في وقف تدهور الوظائف الإدراكية للمريض.

أنواع قامعات الأستيل كولينستيراز :

من أهم قامعات الاستيل كولينستيراز المتوافرة حالياً هي: الدونبزيل والريفاستيغمين والغالانتامين.

وعلى رغم تحمل الجسم لهذه الأدوية عموماً، إلا أنه قد ينتج من خلال استخدامها بعض المشكلات المختلفة على المعدة والأمعاء مثل: الغثيان والإسهال وفقدان الشهية والتقيؤ.

الدونبزيل (Aricept):

صادقت عليه دائرة الأغذية والعقاقير الأمريكية عام ١٩٩٦م، وهو النوع الأكثر شيوعاً بين قامعات الاستيل كولينستيراز ويتوافر في شكل أقراص ويتم تناوله عبر الفم بمعدل مرة يومياً، وقد يصف الطبيب في البداية جرعة قدرها ٥ ملغ ومن ثم يزيد الجرعة لتصبح ١٠ ملغ إذا استطاع المريض تحمل الدواء جيداً، وفي التجارب السريرية تبين أن المصابين بداء الزهايمر عند تناولهم لهذا العقار شعروا بتحسين في الذاكرة والتفكير المنطقي أفضل مما فعل الذين تناولوا أدوية أخرى.

الريفاستيغمين (Exelon):

إنه عقار شبيه بالدونبازيل من حيث المفعول، لكن يتم تناوله الريفاستيغمين مرتين يومياً عبر الفم وهو متوافر في شكل كبسولة أو سائل، يمكن تراوح الجرعات بين ٦ ملغ و ١٢ ملغ يومياً، وتبين أن الجرعات الأعلى من الريفاستيغمين أكثر فاعلية من الجرعات الخفيفة، لكنها تسبب تأثيرات جانبية أكثر وخامة، فإذا وصف الطبيب هذا العقار قد يباشر المريض أولاً في جرعات منخفضة - للتخفيف من الانزعاج - ويزيد من ثم الجرعة تدريجياً مع الوقت كما أن تناول هذا الدواء مع الوجبات مفيد أيضاً.

الغالانتامين (Reminyl):

إنه أحدث أنواع قامعات الاستيل كولينستيراز المتوافرة حالياً في الأسواق، فهو يحسن الإدراك والسلوك ولم يتم التعرف بعد إلى تأثيراته الجانبية، لكن تبين أن الجسم قادر على تحمل هذا العقار، وهو متوفر في شكل أقراص تؤخذ مرتين يومياً شريطة ألا تتعدى الجرعة ١٢ ملغ، وتبقى التأثيرات الجانبية لهذا العقار خفيفة عموماً وشبيهة بتأثيرات عقار الدونبازيل.

ب) علاج الأعراض السلوكية:

مع تفاقم داء الزهايمر تصبح التبدلات المزاجية والسلوكية شائعة جداً، وقد ينجم ذلك بسبب تلف الخلايا والناقلات العصبية وتعطل الاتصال بين الخلايا الدماغية، كما قد ينجم ذلك عن تلف الجهاز الحوفي (الجزء من الدماغ المرتبط بالعواطف).

ومن أهم أنماط السلوك العصبية المرتبطة بداء الزهايمر هي: الاضطراب، الهلوسة، العدائية، الأوهام، رفض المساعدة، الشك، التجول الهائم، اضطرابات النوم.

أهم العلاجات المستخدمة في الأعراض السلوكية:

في بعض الأحيان لا تكون التفاعلات والرعاية الشخصية كافية للتخفيف من السلوك العدائي أو من عوارض الاكتئاب والقلق، وفي هذه الحالات قد يصف الطبيب بعض العقاقير التي تساعد على تحسين العوارض السلوكية، ورغم أن الأدوية قد تكون مفيدة فإنها تستخدم غالباً بمثابة خط دفاع ثانٍ في داء الزهايمر، لأن العقاقير قد تزيد من وخامة الخسائر الإدراكية وتكون تأثيراتها الجانبية أكثر بروزاً عموماً بين الكبار في السن.

١- مضادات الذهان:

ثمة أدوية تعرف بمضادات الذهان أو المهدئات العصبية تستخدم لمعالجة العدائية والأوهام والهلوسات، وتتوزع مضادات الذهان على مجموعتين رئيسيتين: التقليدية والقياسية، تعمل هاتان المجموعتان على صد بعض الناقلات العصبية المستقبلية ولا سيما الدوبامين على أمل تنظيم العواطف.

كما تؤثر مضادات الذهان غير القياسية في السيروتونين، مما يبرر سبب كشف هذه الأدوية عموماً عن تأثيرات جانبية أقل من مضادات الذهان التقليدية، وتنطوي التأثيرات الجانبية على تشنجات في العضلات وتصلب

وارتعاش واضطراب في المشي، كما تعمل مضادات الذهان على صد مستقبلات الاستيل كولين الموجودة أصلاً بأعداد ضئيلة عند المصابين بداء الزهايمر، وتميل هذه العملية إلى تسريع التقهقر الإدراكي.

تجدر الإشارة إلى أن مضادات الذهان الموصوفة عموماً تشمل:

- أولانزابين (Zyprexa):
مضاد غير قياسي للذهان يستخدم لمعالجة الأوهام والهوسات المترافقة مع اضطراب وقلق وأرق.
- كويتيابين (Seroquel):
مضاد غير قياسي للذهان يستخدم لمعالجة عوارض الذهان والاضطراب والقلق، وهو أقل قوة من الأولانزابين ويكشف عن تأثيرات جانبية.
- هالوبريدول (Haldol):
مضاد تقليدي للذهان يستخدم لمعالجة الأوهام والهوسات، لكن استعماله يفضي لسوء الحظ إلى تزايد خطر تصلب العضلات والارتعاش.
- ريسبريدون (Risperdal):
مضاد غير قياسي للذهان يكشف عن تأثيرات جانبية قليلة إذا استخدم في جرعات أقل من ٦ملغ يومياً، لكن الجرعات الأكبر تسبب تأثيرات جانبية مثل التصلب والارتعاش.

٢- مضادات القلق:

يمكن التخفيف من عوارض القلق بواسطة عوامل مضادة للقلق يطلق عليها اسم البنزوديازيبين، تعمل هذه الأدوية بفاعلية في المدى القصير لكن

فوائدها تتضاءل تدريجياً مع الاستعمال الطويل الأمد، وهناك بعض الأنواع التي تحتاج إلى بضعة أسابيع حتى يبدأ مفعولها بالظهور مما يحد من استعمالها، وتشمل التأثيرات الجانبية الشائعة: الأرق، تضؤل التعلم، الذاكرة، الدوار، فقدان التنسيق وربما المزيد من الاضطراب.

والواقع أن مضادات القلق الموصى بها تشمل:

- لورازيبام (Ativan)
- أوكسازيبام (Serax)
- بوسبيرون (Buspar)
- زوليبيدم (Ambien)

٣- مضادات الإكتئاب:

إذا جرى تشخيص المصاب بداء الزهايمر بمعاناته من اكتئاب وخيم يوصى غالباً بالعلاج بالعقاقير، والواقع أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الدورة مثل: النورتريبتيلين (Pamelor) والدسيبرامين (Norpramin) كانت توصف غالباً، لكنها باتت تستخدم نادراً في الوقت الحاضر بسبب قمعها لنقل الاستيل كولين، فضلاً عن إحداثها لتأثيرات جانبية أخرى.

وثمة مجموعة من مضادات الاكتئاب جرى تطويرها حديثاً وتدعى قامعات إمتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRI)، حيث تبين أن هذه المجموعة فعالة للمصابين بداء الزهايمر وتفضي إلى تأثيرات جانبية قليلة، وتعمل هذه القامعات أساساً من خلال قمع مستقبلات السيروتونين في الدماغ.

تجدر الإشارة إلى أن التأثيرات الجانبية الشائعة لبعض هذه القامعات تشمل القلق والاضطراب، لذا يجدر بالأشخاص الذين يكشفون أصلاً عن هذه العوارض استخدام قامعات SSRI بحذر، كما تشمل التأثيرات الجانبية الأخرى: الأرق والارتعاش والغثيان والإسهال والصداع وتضؤل الشهية والدوار والتعرق

وجفاف الفم، وقد تختفي هذه التأثيرات الجانبية لوحدها، كما يمكن التخفيف من التأثيرات الجانبية بالشروع في استعمال الدواء بنصف الجرعة الموصى بها ومن ثم زيادة الجرعة تدريجياً وصولاً إلى المقدار القياسي خلال فترة أسبوع أو أسبوعين.

وتشمل مضادات الاكتئاب الموصوفة عموماً:

- فليوكستين (Prozac)
- سيرترالين (Zoloft)
- باروكستين (Paxil)
- سيتالوبرام (Celexa)

أهم الأدوار المهنية والفنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي تجاه مريض الزهايمر:

من المتعارف عليه أن الأمم والمجتمعات المتحضرة يقياس مقدار حضارتها وتقدمها بمدى ما تقدمه من برامج الرعاية الاجتماعية لأفراد مجتمعتها، متمثلاً ذلك في تقديم العناية والرعاية لصحة الفرد ومحاولة منع حدوث الأمراض المختلفة له أو التخفيف من حدتها، إلى جانب توفر الكوادر الجيدة المتخصصة التي تبذل كافة طاقاتها لخدمة المريض.

ولكي يتحقق ذلك فإن وزارات الصحة في تخطيطها لبرامج الرعاية الصحية تركز على الوقاية كهدف أساسي للإرتقاء بصحة المرضى، عن طريق اكتشاف المرض في مراحله الأولى والحد من تطوره إن أمكن وتقديم المساعدة اللازمة للمريض، على أن تسير الوقاية جنباً إلى جنب على جميع المستويات الخاصة بالخدمات الصحية.

ولما كان التخطيط الاستراتيجي الصحي يهدف إلى التكامل بين الجانب الوقائي والعلاجي، فهو أيضاً يهدف إلى التكامل بين كافة الأقسام الأخرى التي

تقوم بالعمل داخل هذه الوحدات بهدف تقديم الخدمة على أكمل وجه، لذا فقد كان من الضروري أن يكون هناك تكاملاً بين الرعاية الصحية المقدمة للمريض والرعاية الاجتماعية، إيماناً من أن كثيراً من الأمراض التي يُصاب بها الإنسان يصاحبها غالباً مشكلات اجتماعية ونفسية واقتصادية، وقد يكون لها أثراً واضحاً على المريض وقدرته على تقبل العلاج أو سرعة الشفاء، ويصبح بالتالي لا جدوى من العلاج الطبي إذا أهمل العلاج الاجتماعي.

لذلك فإن الخدمة الاجتماعية الطبية تمتد إلى كل ما هو متعلق بصالح الأفراد، وتتدخل لإحداث التكامل بين الخدمات المتنوعة التي تقدم لأفراد المجتمع المحتاجين للمساعدة، وذلك من خلال المختصين من أخصائيين اجتماعيين وأخصائيات حيث يقومون بأدوارهم المختلفة تجاه المريض مهما كانت مشكلته ومهما بلغت صعوبتها.

لذلك من خلال النقاط التالية سنقوم بتوضيح أهم الأدوار المهنية التي ينبغي للأخصائي الاجتماعي القيام بها تجاه مريض الزهايمر مع ضرورة الالتفات إلى نقطتين هامتين في هذا السياق وهما:

١- عدم وجود مراكز تأهيل متخصصة لمرضى الزهايمر في المملكة العربية السعودية، لذلك يتم التركيز على تناول كيفية التعامل مع المريض من خلال تواجد هذه النوعية من المرضى في دور رعاية المسنين ومراكز تأهيلهم العضوية.

٢- من الجيد الالتفات إلى أن الأدوار المهنية التي ينبغي أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بها في المركز العلاجي لمريض الزهايمر، يستطيع القيام بها أي فرد من أفراد الأسرة الذين وُضعوا في مواقف إجبارية جعلتهم يقدمون الرعاية لمريض الزهايمر (بعد تلقيهم للتدريب اللازم).

* وأهم الأدوار والأعمال المهنية والفنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي

تجاه مريض الزهايمر هي:

- ١- استقبال الحالات الجديدة التي يتم تحويلها للمركز على أنها حالات زهايمر.
- ٢- إجراء البحث الاجتماعي والنفسي الشامل للحالة، بناءً على أمرين:
 - أ) المرافق مع الحالة من الأسرة.
 - ب) ملف المريض السابق إن وُجد.
 ويطلق على هذه الاستمارة اسم:

نموذج التقييم النفس اجتماعي للمريض
Patient's Psychosocial Assessment Form
- ٣- وضع المريض في مكانه الملائم ومن ثم البدء في تسجيل الملاحظات السلوكية اليومية له في استمارة مخصصة لذلك، يطلق عليها اسم:

استمارة الملاحظات اليومية على المريض
Patient Daily Observation Form
- ٤- حتى يقوم الأخصائي الاجتماعي بدوره كما يجب لا بد وأن يفهم المرض وطبيعته وتطوره وتاريخه، وأن يكون قارئاً جيداً ومتوقعاً ممتازاً لما سوف يصل إليه المريض وما سوف يكون عليه مستقبلاً.
- ٥- لا بد وأن يؤمن الأخصائي الاجتماعي بأن دوره تجاه المريض لا يكتمل به وحده، بل لا بد من وجود فريق عمل متكامل يعمل بخطة موحدة من أجل مصلحة المريض، وهو يعتبر جزءاً هاماً من هذا الفريق.
- ٦- تقبل المريض كما هو وليس كما يريد أن يكون.
- ٧- لا بد على الأخصائي الاجتماعي أن يقوم بإشراك العائلة معه والتفكير دائماً معهم بصوت عالٍ، ومحاولة إبقائهم مع المريض في الصورة قدر المستطاع وشرح طبيعة المرض لهم حتى يتقبلوا ذلك.

- ٨- محاولة التواصل مع جميع المعاهد والمراكز التي تعنى بمثل هذه الحالات سعياً لمعرفة كل جديد في هذا المجال.
- ٩- عمل الدراسات والبحوث اللازمة التي تعتمد على ملاحظاته اليومية للمريض، ومن فوائدها الهامة المساعدة على حلول للمشكلة.
- ١٠- باعتبار أن الأخصائي الاجتماعي هو المساعد الأول، لا بد وأن يحرص على تجنب إعطاء الأوامر المباشرة والقوية للمريض إلى جانب تجنب الصوت العالي في الحديث مع المريض.
- ١١- مع تقادم داء الزهايمر يصبح من الصعب على المريض أن يقوم ببعض الأدوار الهامة اليومية وحده، لذا يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يساعد المريض إما في عملها أو في شرح ذلك للموظف المختص لكي يقوم بها مع المريض بالطريقة الصحيحة مثل: لوازم الاستحمام، وضع الحمام من حيث ضرورة توفر قضبان حديدية للتمسك بها وقت الحاجة، التأكد من حرارة الغرفة، عدم وجود ما يصرف انتباه المريض عن محدثه مثل: المرأة، الإنارة الكافية في المكان، نوعية الملابس، طريقة ترتيب الملابس.
- ١٢- محاولة مساعدة المريض بالحديث معه ولو لفترات قصيرة، أو بين وقت وآخر وعدم التأفف من تكراره للكلام أو الموضوعات.
- ١٣- محاولة تذكير المريض أو القائمين على الطعام بأوقات الطعام الخاصة بالمريض، خاصة وأن المريض يفقد القدرة على الاستمتاع بالطعام كما أنه لا يتذكر وقت الغداء أو العشاء ولا يميز بينهما.
- ١٤- محاولة اصطحاب المريض في نزهة سواء بالمشي أو عن طريق دفع الكرسي المتحرك له والحديث معه في أمور الحياة المختلفة، وذلك للترويح عنه.

- ١٥- متابعة العلاج الخاص بالمريض ومتابعة طريقة أخذه للعلاج اللازم بانتظام وإرشاده إلى ذلك دائماً.
- ١٦- متابعة لائحة الطعام الخاصة بالمريض ومشاركة أخصائي التغذية في وضع الأطعمة المناسبة والسهلة الهضم والتي لا تحتاج إلى مجهود للمضغ أو البلع لصعوبة ذلك عند مريض الزهايمر، إضافة إلى التأكد من أن جدول الطعام صحياً له بمتابعة ذلك مع الطبيب الخاص بالمريض خوفاً من وجود مشكلات صحية للمريض مثل: السكر، ضغط الدم، القلب .. وغيرها.
- ١٧- التعرف على كافة الأمراض العضوية والنفسية التي يعاني منها المريض وتدوينها، خاصة الاكتئاب أو الهلوس.
- ١٨- تحضير لائحة أو قائمة بالأدوية التي يتعاطاها المريض ولا مانع من المتابعة في ذلك مع فريق التمريض.
- ١٩- أهمية التواصل مع الطبيب المعالج سواءً كان نفسياً أو غير ذلك، والتعرف على أسماء الأدوية التي يتعاطاها المريض وجرعاتها وأثارها الجانبية.
- ٢٠- يعاني فريق التمريض عادة من صعوبة بالغة في إعطاء الأدوية لمريض الزهايمر، لذلك يكون من ضمن أدوار الأخصائي الاجتماعي الهامة هنا التواجد، لتبسيط الأمر للمريض ومحاولة إفهامه بطرق اجتماعية أو نفسية سليمة وهادئة وصبر كبير مدى أهمية العلاج له مستخدماً عبارات هينة ولينة مثل: لو سمحت يا والدي خذ هذا الدواء عشان قلبك يصير سليم، عشان معدتك تصير طيبة، عشان أعطيك بعده شي إنت تحبه ... وهكذا.
- ٢١- ضرورة التأكد من عدم استخدام المريض للأدوات الحادة وإبعادها عنه قدر المستطاع مثل: الأمواس والسكاكين.

٢٢- ضرورة التنبيه على عمال النظافة أو فريق التمريض عند محاولة مساعدة المريض على الاستحمام، الحذر عند استخدام المياه الباردة جداً أو الساخنة جداً، وحبذا تواجد الأخصائي الاجتماعي مع واحد فقط من فريق النظافة عند الاستحمام، وذلك لأن الاستحمام بالنسبة لمريض الزهايمر يشكل معضلة صعبة جداً لا يسهل التعامل مع المريض فيها.

٢٣- ضرورة تكثيف زيارات الأخصائي الاجتماعي للمريض بالطريقة التي يستطيع من خلالها فهم المريض من خلال تحركاته، حيث أن التجوال الهائم دون هدف تعد واحدة من أخطر الأمور السلوكية التي يعاني منها المريض.

فمتى ما تواجد الأخصائي الاجتماعي في هذا الوقت يستطيع التعرف على طبيعة وغرض التجوال الذي يقوم به المريض، وهو غالباً لا يتعدى إحدى هذه الأمور:

- الجوع الشديد.
- التعب من الجلوس.
- الملل والضجر.
- الرغبة لدخول الحمام.

لذا من المهم أن يتواجد الأخصائي الاجتماعي لكي يوجه هذه التساؤلات للمريض الهائم، وتكون التساؤلات سهلة ودون تعقيد مثل: تعبان يا والد؟ طفشان؟ نروح الحمام عشان ترتاح؟ نفسك تأكل؟ .. وهكذا.

٢٤- ينبغي على الأخصائي الاجتماعي متابعة وضعية الغرفة التي يعيش فيها المريض من حيث التجهيزات، بحيث لا يكون بها أي عائق لحركة المريض

- مثل: الكراسي الكثيرة، الأسلاك المتناثرة، وذلك تحسباً لسقوط المريض والتنسيق في ذلك مع فريق الصيانة والعمل.
- ٢٥- من الأدوار الهامة التي ينبغي على الأخصائي الاجتماعي القيام بها، تحاشي الاصطدام بالمريض حين يصبح عدائياً، وتعلم كيفية تفادي ذلك بإقناع نفسه بأن الأمر ليس شخصياً، وإنما تغيّر غير متوقع في السلوك المرضي للمريض.
- ٢٦- التعرف على طبيعة الأشياء التي قد تقود المريض إلى العدائية وإبعادها عنه مثل: الأصوات الصاخبة في الغرفة أو الغرفة المجاورة للمريض، الزوار الكثيرين دون داع.
- ٢٧- تجنب الإكثار من الأسئلة المباشرة لأن المريض لن يفهمها، واجعل اللغة بسيطة وسهلة.
- ٢٨- محاولة تنظيم رحلات خارجية وترفيهية أو جلسات سمر تجمع المريض مع مرضى آخرين يعانون نفس المشكلة ومشاركتهم بعض الألعاب التي تتوافق مع إدراكهم وفهم طبيعتهم.
- ٢٩- قراءة بعض القصص المفيدة للمريض خاصة تلك القديمة التي توحى للمريض بوجوده في عالمه الذي يحبه.
- ٣٠- محاولة مساعدة المريض في التعبير عن نفسه، حتى وإن كان كلامه غير منسق أو غير مترابط، فلا بد على الأخصائي الاجتماعي إعطائه الفرصة للحديث دون أن يقاطعه والاستماع له بل وإبداء المتعة من حديثه.
- ٣١- التعايش مع المريض في عالمه وتقبله كما هو دون محاولة تغييره بالقوة.

٣٢- من الأدوار الهامة جداً للأخصائي الاجتماعي عدم الإيحاء للمريض أو لأسرته بعدم جدوى العلاج وإظهار التحسين وإظهار السعادة في التعامل مع المريض ، وتجنب إبداء مشاعر الإحباط واليأس خاصة أمامهم.

٣٣- من المتعارف عليه أن العلاج الجماعي Group Therapy غير مجدي مع مريض الزهايمر، لذلك لا بد للأخصائي الاجتماعي محاولة الحديث واستدراج المشاعر والأحاسيس القديمة لدى المريض، وتكون هذه العملية مجدية ومنعشة للمريض خاصة مع وجود ألبومات صور قديمة للمريض مع عائلته أو شخصية له.

٣٤- الفصل بين العواطف والعمل المهني المحترف مع المريض.

٣٥- تلبية طلبات المريض قدر الإمكان وتجنب كلمة لا.

٣٦- لا بد للأخصائي الاجتماعي التعامل بشكل مباشر مع مريض الزهايمر أن يكون واضحاً مع نفسه، فبمجرد شعوره ببعض الأحاسيس مثل: التضجر أو الملل أو اليأس أو فقدان الثقة بالنفس، أن يطلب المساعدة من الزملاء لإيمانه بأهمية الدور الذي يلعبه في حياة الآخرين.

٣٧- حماية المريض من نفسه ومن الآخرين الذي قد يسيئون استخدامه مالياً أو عضوياً، وهو من أهم الأدوار التي ينبغي أن يلعبها الأخصائي الاجتماعي تجاه المريض.

٣٨- التخفيف على المريض حال شعوره بالإنزعاج الجسدي، ولا مانع من التقرب من المريض من خلال فرك يديه أو الإمساك بها دائماً كنوع من الشعور بالحميمية له وكسب ثقته.

٣٩- ينبغي على الأخصائي الاجتماعي تعريف المريض بنفسه وبإسمه دائماً فيقول له دائماً: أنا فلان الأخصائي، أنا فلان صديقك .. وهكذا، على أن

يحدث ذلك يوماً حتى يظل الأخصائي الاجتماعي هو الشخص المقرب من المريض.

٤٠- ضرورة فهم كيفية تجنب المريض القيام ببعض السلوكيات الجنسية الغير لائقة خاصة أمام الآخرين دون إحراجه وبطريقة فنية احترافية.

٤١- من الأدوار الهامة التي ينبغي أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي تجاه مريض الزهايمر أو أفراد الأسرة مع المريض في حال زيارتهم له، أن يقوم بشرح نقطة هامة جداً وهي عدم قول عبارة: مع السلامة أو إلى اللقاء عند مغادرة المكان الذي يتواجد فيه المريض، بل مغادرته بهدوء دون أن يشعر المريض خوفاً من تمسكه وتعلقه بالمغادرين.

٤٢- ضرورة التنبيه على فريق التغذية بعدم إعطاء المريض مواد منبهة بكثرة مثل: الشاي والقهوة، لوجود مادة الكافيين التي قد تزيد من مشكلة التجوال الهائم لدى المريض أو لا تساعد على النوم.

٤٣- المرونة في التعامل مع المريض في حال رفضه لعمل أمر ما ولا ينبغي الإصرار على ذلك، بل تغيير الأمر لشيء ثاني يصرف انتباه المريض فعلى سبيل المثال: تقليد الأظافر، إذا رفض المريض الاستجابة لا ينبغي الإصرار عليه بل تغيير الأمر إلى الأكل مثلاً أو إلى أمر آخر محبب للمريض.

٤٤- عدم طرح الأسئلة المغلقة التي لا تحتاج إلا لإجابة واحدة مثل: نعم أو لا، فبدلاً من عبارة: هل ترغب في الاستحمام؟ قل ببساطة: حان وقت الاستحمام .. وهكذا، لذا ينبغي على الأخصائي الاجتماعي التنبيه على الأسرة وعلى من يتعامل مع المرض بضرورة تجنب استخدام هذه العبارات المغلقة.

٤٥- ضرورة مراقبة المراجعين أو المرافقين وتصرفاتهم على المريض عند زيارته، وإذا كان المريض في المنزل مع أسرته ضرورة تفقد المنزل جيداً للتعرف على جميع الأمور الملائمة أو غير الملائمة للمريض ، وتوجيه الأسرة بما فيه مصلحة المريض.

٤٦- تهيئة أفراد الأسرة المقربين من المريض لما سوف يؤول إليه الأمر مستقبلاً يعتبر أمراً هاماً ينبغي للأخصائي الاجتماعي القيام به وذلك كنوع من التخفيف على الأسرة.

٤٧- إذا كان المريض مقيماً في الدار ينبغي على الأخصائي الاجتماعي أيضاً القيام مع فريق العمل بزيارات متعددة لأسرة المريض لتهيئة الأسرة لإمكانية استقبال المريض مجدداً، وتثقيفهم عن كيفية التعامل مع المريض وطبيعة المرض.

توجيهات وإرشادات هامة للأسرة عامة ولموفر الرعاية خاصة (الشخص الذي يعتني بالمريض بشكل مباشر):

١- التعرف أكثر على داء الزهايمر من خلال جمع المعلومات للتمكن من فهم المرض بصورة أفضل، وبالتالي تقديم المساعدة اللازمة في حينها، كما تساعد هذه المعلومات على توقع ما سوف يحدث للمريض مستقبلاً من تغيرات سلوكية وعضوية.

٢- أهمية التعرف على المراكز المتخصصة والجمعيات التي تعنى بهذا النوع من المرضى والتواصل معهم، بهدف التعرف على جميع المستجدات التي تصب في مصلحة المريض، مثل: جمعية داء الزهايمر وموقعهم

- ٣- التحضير لكيفية اتخاذ القرارات اللازمة لمصلحة المريض مثل: علاجه أو الاهتمام به .
- ٤- تحضير جميع الأوراق والمستندات القانونية الخاصة بالمريض تحسباً لأي مشكلة.
- ٥- إبلاغ جميع أفراد الأسرة والمقربين من العائلة بطبيعة المرض الذي أصيب به المريض، بحيث لا يشكل الأمر تساؤلات للبعض منهم.
- ٦- تكييف نفسك بالبقاء قرب المريض لفترات طويلة، وأن ذلك سوف يحرمك من ممارسة العديد من مناشط الحياة الاجتماعية الأخرى، بل قد يتطور الأمر إلى أكثر من ذلك مثل احتمالية إصابتك بالاكتئاب أو الحزن أو الإحباط أو اليأس.
- ٧- أهمية التخفيف الدائم من الشعور بالذنب تجاه المريض من حيث عدم استطاعتك مساعدته وعلاجه، والإيمان بأن ذلك مصاب من عند الله تعالى.
- ٨- أهمية عقد اجتماعات دورية للأسرة تتضمن حضور جميع أفرادها بما فيهم المراهقين والأطفال، لإفهامهم طبيعة المرض وما وصل إليه المريض بصورة سهلة ومبسطة.
- ٩- لا يوجد هناك أي مشكلة في اتخاذ القرار، باللجوء لذوي الاختصاص للمساعدة من أخصائيين نفسيين أو اجتماعيين إذا لزم الأمر.
- ١٠- إذا كان موفر الرعاية الأساسي هو الزوجة (الأم) ينبغي أن تكون هي صاحبة اتخاذ القرار بنسبة ٩٠٪ ، لأنها أكثر أعضاء الأسرة قرباً من المريض وتفهماً لحالته.
- ١١- ضرورة الاعتراف بالمرض وعدم إنكاره، لأن الإنكار لن يغير من الأمر شيئاً بل سيزيد المشكلة تعقيداً ويؤدي غالباً إلى اتخاذ قرارات غير سليمة.

١٢- احتساب الأمر عند الله واعتبار أن جميع ما تقوم به من مجهود تجاه المريض هو من الأمور التي خصك بها الله تعالى دون غيرك من البشر.

متى يحتاج موفر الرعاية للمساعدة ؟

فيما تخصص الوقت لرعاية الشخص المريض قد تهمل احتياجاتك الخاصة، فموفرين الرعاية شديدين العرضة للاكتئاب والمرض الجسدي والتعب. انتبه إلى هذه العلامات المنذرة بحاجتك إلى المساعدة!
هل :

- تفقد صبرك بسهولة مع الشخص المريض؟
- لا تجد أي متعة في أي جانب من الحياة؟
- تغضب على الشخص المريض؟
- تعاني من قلة النوم؟
- تعتني بالشخص المريض ٢٤ ساعة في اليوم ؟ ٧ أيام في الأسبوع؟
- تشعر باليأس أو الحزن أو الاكتئاب؟
- تعاني من تغيرات في الشهية أو مستويات الطاقة؟
- تعاني من نوبات بكاء متكررة؟
- تفكر في الانتحار؟

اطلب المساعدة من اختصاصي إذا واجهت أيًا من هذه التحديات.

كيف يعتني موفر الرعاية بنفسه؟

- إن اعتناء موفر الرعاية بنفسه له أهمية كبيرة حتى يستطيع إكمال مشوار العناية بالمريض، لذلك ينبغي له إتباع الإرشادات التالية:
- راجع الطبيب لإجراء فحوصات منتظمة.
 - استرح وتناول غذاءً متوازنًا ومارس التمارين بانتظام.

- اعثر على طريقة للاستراحة لمدة ساعتين مرتين على الأقل كل أسبوع، خصص جزءاً من هذا الوقت لممارسة نشاط غير متصل بداء الزهايمر.
- شارك تجاربك مع مجموعة الدعم أو الأصدقاء أو العائلة.
- راقب استعمالك للأدوية.
- انتبه إلى علامات الإكتئاب واطلب المساعدة إذا احتجت إليها.
- حاول الحفاظ على حسّ الدعابة واستمر في ممارسة الأشياء التي تحبها مع الآخرين.

وعند الحصول على الدعم الجيد وفترات الراحة والاعتناء بالذات، تصبح مهمة توفير الرعاية أسهل.

ماذا يحدث إذا أصبحت عاجزاً عن توفير الرعاية:

- يقلق موفري الرعاية غالباً بشأن ما سيحدث للشخص المريض إذا أصبحوا عاجزين عن توفير الرعاية بسبب مرض أو إصابة أو موت.
- ثمة أمر مفيد وهو استكشاف الخيارات باكراً:
- تحدث مع عائلتك لمساعدتك على إعداد خطة.
- حاول تحديد موقع مرافق الرعاية المحلية لمعرفة ما إذا كان يجدر بك ملء استمارة وأوراق أخرى للقبول السريع.
- اسأل ما إذا كانت مرافق الرعاية المحلية توفر رعاية قصيرة الأمد إذا أصبحت مريضاً أو احتجت إلى عملية جراحية.
- احتفظ بنسخة عن مفتاح المنزل مع شخص تثق به ولا يعيش في منزلك.
- اسأل عن البرامج التي تعطيك سواراً مشتملاً على زر نداء في حال تعرضت لطارئ طبي .

- حاول العثور على مركز رئيسي يقدم برنامجاً يستدعيك مرة كل يوم للتأكد من أنك على ما يرام، أو حاول اللقاء بصديق معين في الوقت نفسه كل يوم.
- حضر لائحة مشتملة على معلومات مهمة يجدر بموفر رعاية الطوارئ معرفتها.

الخاتمة:

مريض الزهايمر يمكن له أن يعيش لـ ٢٠ عاماً وهو مصاب، رغم أن

متوسط العيش (بعد إذن الله تعالى) يتراوح بين ٨ - ١٢ سنة، لذلك ينبغي

للأسرة أن تنتهياً لذلك في أي وقت محتسبين في ذلك الأجر عند الله تعالى.

أما بالنسبة للمختصين فأتمنى أن يحاولوا جاهدين البحث عن علاج

ناجع لهذا المرض إيماناً من قوله تعالى: (وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله

والمؤمنون) صدق الله العظيم.

وقوله صلى الله عليه وسلم: "كل داء وله دواء إلا السام".

المراجع

- الفاروق زكي يونس - الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي - عالم الكتب - القاهرة - ١٩٧٠م.
- عادل عبدالعزيز الجمعان - مذكراتي عن مرض والدي - ١٤٢٩هـ.
- رونالد بيترسن - حول داء الزهايمر - الدار العربية للعلوم - بيروت - ١٤٢٣هـ.

دور الخدمة الاجتماعية في التعامل مع مرضى الفشل الكلوي

إعداد

الأستاذة / منى إبراهيم بنقش

الأخصائية الاجتماعية بمستشفى الملك فهد

بمحافظة جدة

مقدمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على اشرف الأنبياء والمرسلين وعلى اله وصحبه أجمعين.

يعتبر الفشل الكلوي من الموضوعات التي اهتم بها الدارسين لما يسببه من اضطراب في جوانب الشخصية الإنسانية وهو من الأمراض المزمنة التي تحتاج إلى علاج طويل الأمد وعلى مر السنوات وغالبا ما يؤدي إلى عجز جزئي أو كلي للشخص المصاب.

وقد انتشر الفشل الكلوي بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة وأصبح ظاهره تحتاج إلى دراسة.

فالإنسان يعتبر كل متكامل لو أصيب به عضو تأثرت له سائر أعضاء الجسد

وبما أن مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة فعليه يترتب تغيرات ملحوظة في حياة الشخص المصاب من عدة نواحي " كالمشاكل الاقتصادية والنفسية والاجتماعية.

حيث تبدأ حياة الفرد بمواجهة المتغيرات التي تعترضه وتعرض من حوله من الأفراد المقربين، وغالبا ما تكون هذه المتغيرات سلبية الاتجاه تؤثر عليه اجتماعيا ونفسيا.

لذا سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف للفشل الكلوي وأسبابه وأعراضه وطرق الوقاية منه وطرق العلاج. ومن ثم سيكون هناك فصل كامل عن الخدمة الاجتماعية الطبية وخصائصها وشرح لدور الأخصائي الاجتماعي مع مرضى الفشل الكلوي والزراعة.

المقدمة

يجمع الأطباء على أن الكلى من أهم أجهزة الجسم الحيوية لبقاء الإنسان على قيد الحياة، غباري (٢٠٠٣) إن الكلى تصاب بأمراض مختلفة تؤثر سلباً على وظائفها، ولعل من أهم هذه الأمراض الفشل الكلوي المزمن والذي يراه الأطباء من أهم التجديدات المعاصرة أمام علم الطب لعلاج أو لتجنب خطورته.

والمرض المزمن رشاد (٢٠٠٨) يصيب الإنسان بصورة تدريجية ودون الشعور بالألم أو عدم الارتياح في مراحلها الأولى لذا نجد أن أصحابها يتأخرون في البحث عن المعونة الطبية وطلب الرعاية اللازمة لحماية أنفسهم مما يؤدي إلى التأثير على صحتهم وهذا يجعل المتخصصين في العلوم الطبية يصفونها بأنها أمراض اجتماعية.

حيث ينتج عنها آثار اجتماعية ونفسية تؤثر على حياة الفرد وأسرته وتغير في مجرى حياته.

مفهوم المرض:

لقد تعددت المفاهيم للمرض ويمكن أن نعرفه أبو المعاطي "٢٠٠٥" بأنه قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته على خير وجه أو اختلال وانعدام التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها.

و آخر "بأنه حالة يكون فيها الإنسان معتل الصحة وتتعدد معانيه باختلاف الأفراد فيشتمل على نواحي طبية واجتماعية واقتصادية كما يؤثر على الأفراد بطرق مختلفة مباشرة أو غير مباشرة.

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

والمرض عبارة عن إقلال من قدرة الفرد الطبيعية على الوفاء بالتزاماته تجاه أسرته ومجتمعه رشوان " ٢٠٠٧ " وزيادة متاعبه النفسية كالتوتر والقلق والخوف .

مفهوم المرض المزمن : Chronic Diseases

تعني الأمراض المزمنة رشاد (٢٠٠٨) تلك الأمراض الملازمة للإنسان فترة طويلة من حياته ، والتي تحدث تأثيرات مباشرة وسيئة على صحته العامة. وتسبب له مشاكل صحية واجتماعية واقتصادية، وذلك لأن المصاب بها لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة كما ينبغي.

وعلى هذا ينظر إلى المصاب بالمرض المزمن على انه ليس مريضاً بالمفهوم العادي ولكنه مريض يعيش مشكلة. ومع مرور الوقت تتحول الأضرار إلى جسمية نفسية واجتماعية.

إضافة إلى أن المرض المزمن يؤدي إلى ضعف ووهن لدى المريض واهم ما يعانيه هو فقدان الذات واهتزاز صورته التي كونها أمام الآخرين واعتماده في معظم الأوقات على من يقدم له المساعدة ولهذا تؤدي الإصابة بهذه الأمراض إلى:

- فرض قيود على نمط الحياة العادي للمرضى.
- العزلة الاجتماعية.
- ضعف الثقة بالنفس.
- إحداث إجهاد ومشقة للمحيطين بهم.

مفهوم العجز :

ماهر (٢٠٠٥) حالة من الضرر البدني والعقلي ذات صورة موضوعية يمكن عادة وصفها وتشخيصها بمعرفة طبيب وهي بالضرورة شيء طبي. والعاجز هو كل شخص ليس أمامه للحصول على عمل مناسب والاحتفاظ به سوى فرص محدودة نتيجة لنقص قدراته الجسمية والعقلية. وينتج عن حالة العجز لدى أي شخص مشكلات اقتصادية ونفسية واجتماعية حيث تؤثر نسبة العجز وطبيعته على أداء الشخص بعمله أو علاقته بالآخرين أي توافقه مع نفسه وتكيفه مع البيئة التي يعيش فيها.

تعريف الكلية :

أفاد غباري (٢٠٠٣) أن الكلية هي احد أعضاء الجهاز البولي في جسم الإنسان حيث يحتوي الجهاز البولي على كليتين وحالبين ومجرى البول. وهي غدة مزدوجة بشكل حبة الفاصوليا مقعرة في الجانب الداخلي يبلغ طولها ١١ سم، ووزنها عند الذكر ١٢٥-١٧٠ جرام وفي الإناث ١١٥-١٥٥ جرام، أي ان حجمها يبلغ حوالي ٠.٤ % من وزن جسم الإنسان، إلا أن ٢٥% من كمية الدم التي يضخها القلب تصل إلى الكليتين. وتحتوي كل كلية على حوالي مليون من الوحدات الكلوية وهذه الوحدات البالغة الدقة تتكون من أجزاء تقوم بوظائف مختلفة. وأي خلل فيها يؤدي إلى إصابة الإنسان بالمرض وربما يفقد حياته أن لم يسارع بالعلاج.

وظائف الكلى:

- ١- التخلص من المواد التي يؤدي تركها الى تسمم الجسم كالبولينا.
- ٢- تنظيم كمية الدم والماء والملح.
- ٣- المحافظة على كون الدم متعادلا.

٤- إفراز الهرمونات التي تقوم بأدوار حيوية للجسم.

عمل الكلى:

تعمل الكلى على تنقية الجسم من التراكمات والفضلات وتخليص الدم من الترسبات الضارة وخاصة تلك التي تنتج عن تحولات النيتروجين وأفاد غباري (٢٠٠٣) إنها تعمل على إيجاد وسط طبيعي وسليم لأكثر خلايا الجسم. كما تعمل على إفراغ البول.

إذاً تشكل الكلى أساس الجسم السليم، وتتخلص من كل ما هو فاسد ومضر للجسم بما يحافظ على التوازن الطبيعي والسليم للجسم، وكل خلل في عمل الكلى ينتج عنه تراكم للمواد السامة في أكثر الخلايا الجسمية مما يعرضها للمرض والاعتلال، وتعرض الجسم للاختلال.

أسباب أمراض الكلى :

- ١- الأمراض الوراثية: وهي تؤدي إلى الفشل الكلوي المبكر ومنها ما يؤدي إلى فشل كلوي في سن العاشرة.
- ٢- أمراض منذ الولادة: وهي الأمراض التي تحدث للجنين ومنها ضمور الكليتين أو تكيس الكليتين.
- ٣- أمراض مكتسبة منها: أورام سرطانية، أمراض المناعة، التسمم، الالتهابات، أمراض الأوعية الدموية، خلل في بروتين الدم، أمراض أخرى.

الفشل الكلوي نوعان:

الفشل الكلوي الحاد: يظهر بسرعة نتيجة أسباب قد لا تكون للكلى بها أي علاقة، والأمل باستعادة الكلية لوظائفها كبير.

الفشل الكلوي المزمن: هو توقف كامل لعمل الكليتين عند الإنسان، وينتج عن أسباب مرضيه مزمنة أصابت الكلى، وبالتالي فإن استعادة الكلى لوظيفتها أمر بعيد الاحتمال.

أسباب الفشل الكلوي الحاد:

١- أسباب ما قبل الكلى: Prerenal

وبهذه الحالة تكون الكلى في الأصل سليمة، ولكن تقل التروية الدموية للكليتين بدرجة شديدة بسبب نقص كمية الدم أو بسبب انخفاض ضغط الدم أو هبوط القلب.

وتعتبر حوادث السير من أهم أسباب الفشل الكلوي الحاد، حيث تسبب نزف شديد داخلي أو خارجي ..

٢- أسباب متعلقة بإصابة الكلى ذاتها :

هناك عدة أسباب تؤدي إلى التهابات شديدة بالكلى ومن ثم تسبب القصور الحاد في وظائف الكلى واهم هذه الأمراض المؤدية إلى الفشل الكلوي الحاد حوادث السيارات واستخدام بعض العقاقير والتهاب الكبيبات الحاد لدرجة القصور الكلوي الحاد ونضيف تجلط في الشريان الكلوي وهو أمر نادر الحدوث ويؤدي هذا لفشل كلوي حاد أيضا .

٣- أسباب ما بعد الكلى: في هذه الحالة تكون الكلى سليمة في الأساس ولكن

الإصابة تنتج عن انسداد مجرى البول أو في المثانة أو الحالبين أو انسداد حالب واحد وقد يكون الانسداد بسبب حصى أو تضخم البروستاتا وغيره .

كل هذه الأسباب وغيرها ممكن أن تؤدي إلى وجود قصور حاد في وظائف الكلى وإن كان الأكثر شيوعاً هو إصابة مزمنة للكلى.

الأعراض:

- ١- قلة إفراز البول أو توقفه، وينبغي التفريق بين عدم إفراز البول أو قلته من الكلى وبين انسداد مجرى البول .
- ٢- البولينا العالية (Uremia) أي تجمع المواد السامة في الدم والتي تفرزها الكلى وتأثير هذه المواد في الجسم.
- ٣- تغير لون البول .
- ٤- ارتفاع ضغط الدم .
- ٥- الشعور بالتعب والإرهاق .
- ٦- قلة الشهية للطعام مع غثيان وفي بعض الأحيان قيئ متكرر .
- ٧- صعوبة التنفس وخاصة عند القيام بأي مجهود .
- ٨- كثرة البول وخاصة أثناء الليل .
- ٩- الضعف الجنسي بسبب اضطرابات الغدد الجنسية .
- ١٠- الحكّة نتيجة ترسب المواد السامة تحت الجلد .
- ١١- الخزبة وهي احتباس الماء في الجسم وانتفاخ الوجه وتحت الجفون وانتفاخ الأقدام
- ١٢- فقر الدم .
- ١٣- ارتفاع ضغط الدم عند بعض المرضى نتيجة زيادة الماء والملح .
- ١٤- مضاعفات الجهاز العصبي حيث يحدث التهاب في الأعصاب فيحس المريض بخدر الأطراف أو آلام فيها.
- ١٥- تصاب العظام بإصابات متعددة نتيجة الفشل الكلوي.

١٦- في نهاية المرض تصاب الرئتان إصابة شديدة.

ورغم كل هذا فان مريض الفشل الكلوي قد لا يشكو في البداية من أي أعراض سوى الإرهاق والشعور بالإعياء عند القيام بأي مجهود وربما زيادة التبول الليلي مما يقلق راحته في النوم.

الوقاية :

أفاد غباري ، ٢٠٠٣ أن هناك أمور يجب الوقاية منها مثل :

- ١- الحد من زواج الأقارب .
- ٢- عدم الإكثار من تعاطي المسكنات .
- ٣- المحافظة على علاج السكري .
- ٤- المحافظه على علاج أمراض ضغط الدم .
- ٥- الفحص الدوري عند حدوث أي إصابة .
- ٦- عدم التعرض للجفاف .
- ٧- عدم الإهمال في تلقي إرشادات الطبيب .

أساليب الوقاية من الفشل الكلوي:

إذا كانت أسباب مرض الفشل الكلوي والعوامل المؤدية للفشل مرتبطة بحقائق طبية الا أن التحليل الاجتماعي يكشف أن هناك جوانب سلوكيه وثقافية واجتماعية تتدخل في إحداثها .

أيضا هناك تأثير للعوامل المناخية والغذائية وبعض السلوكيات الحياتية والمعتقدات العلاجية الشعبية الخاطئة. إضافة الى الجوانب الثقافية المرتبطة بعادات الزواج جميعها ترتبط ارتباط وثيق بالمرض.

وأفاد غباري (٢٠٠٣) بان هناك أساليب وقائية من الفشل الكلوي وقد وضحها بالاتي :

- ١- ضرورة علاج الالتهابات التي تصيب الكلى والمثانة .
- ٢- علاج حالات ضغط الدم والسكري في مراحلها المبكرة لتجنب المضاعفات التي تؤدي إلى الفشل الكلوي .
- ٣- عدم إهمال أعراض انسداد المسالك البولية وسرعة علاجها حتى لا تؤدي إلى انحباس البول مما يؤدي إلى الفشل الكلوي .
- ٤- تجنب الإصابة بالأمراض الجرثومية لأن تكرارها يؤدي إلى الفشل الكلوي.
- ٥- عدم حبس البول في المثانة عند الإحساس في الرغبة في التبول .
- ٦- الاحتراس من الإصابة بالبلهارسيا لمضاعفاتها .
- ٧- الاهتمام بالفحص الدوري لجميع أجزاء الجسم وخاصة الكليتين .
- ٨- الاهتمام بعلاج اللوز عند الأطفال .
- ٩- الابتعاد عن تناول المهدئات والمنشطات والمسكنات او اخذ أي علاج بدون استشارة الطبيب .
- ١٠- الابتعاد عن الانفعالات النفسية الشديدة .
- ١١- الإكثار من شرب السوائل النقية لما في ذلك من فائدة الإبقاء على الكلية سليمة .
- ١٢- تجنب المشي وبذل المجهود الشاق في الجو الحار وعدم التعرض لأشعة الشمس المباشرة .

العلاج :

ينبغي إعطاء المحاليل عن طريق الوريد ويعتمد نوع المحلول على الحالة فإذا كان سبب الانخفاض في ضغط الدم هو فقدان الدم توجب نقل الدم للمصاب . وإذا

كان سبب الانخفاض حالة الصدمة توجب إعطاء محلول ملح عادي مع العقاقير التي ترفع ضغط الدم .وإذا كان السبب فقدان البلازما كما يحدث في الحروق وجب التعويض بالبلازما أو مشتقات الدم .

ويمنع تناول البوتاسيوم في الطعام كما ان ارتفاع البوتاسيوم يعالج بإعطاء المريض جلوكوز وأنسولين وبكربونات الصوديوم وذلك من اجل إبعاد البوتاسيوم من الدم إلى الخلايا والأنسجة .

دواعي اللجوء إلى الديزة في حالات القصور الكلوي الحاد هي: Dialysis

- ارتفاع نسبة البولينا في الدم .
- ارتفاع نسبة البوتاسيوم في الدم .
- ازدياد حموضة الدم وارتفاع نسبة الهيدروجين إلى مستوى يندر بالخطر .
- حدوث فقدان للوعي أو نوبات تشنج بسبب القصور الكلوي .

أسباب الفشل الكلوي المزمن :

أفاد (البار ١٩٩٢) إذا كان الفشل الكلوي الحاد ناتجا عن أمراض لا علاقة لها بالكلية في الأساس ، فإن الفشل الكلوي المزمن لا يقع إلا بعد إصابة الكلية لفترة طويلة من الزمن في معظم الحالات .

أهم أسباب الفشل الكلوي :

- ١-التهاب الكلية الكبيبي او التهاب الكلية Glomerulonephritis
- ٢-التهاب حوض الكلية المزمن Chronic pyelonephritis
- ٣- أمراض تصيب الشرايين وأهمها ارتفاع الضغط Hypertension

- ٤- انسداد المجاري البولية Urinary tract obstruction وأهمها وجود الحصى في الحالب او الاحليل Urethra وتضخم البروستاتا
- ٥- مرض البول السكري Diabetis Mellitus
- ٦- الأمراض الغرويه والمناعية : Collagen Diseases مثل: .
الذئبة الحمراء Disseminated lupus erythematosus
- ٧- التهاب الشرايين المتعدد Polyarteritis Nodosa
- ٨- أمراض وراثية وأهمها التكييس الكلوي Polycystic Kidney
- ٩- داء النقرس Gout
- ١٠- تضخم الكليتين وسببه في الغالب انسداد المجاري البولية
.Hydronephrosis
- ١١- الإفراط في استخدام المسكنات وبعض العقاقير .

علاج الفشل الكلوي المزمن :

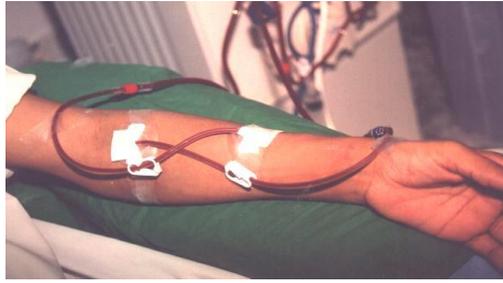
أفاد البار (١٩٩٢) أن علاج الفشل الكلوي المزمن على ثلاث مراحل وهي

العلاج الغذائي :

وتكمن أهميته في يسره وسهولته وعدم حاجته لآلات ويعتمد على خفض كمية البروتين التي يتناولها المريض ويسمح للمريض بتناول كميات كبيره من النشويات والسكريات والدهون وخاصة الزيوت النباتية وذلك كمصدر للطاقة، كذلك ينبغي أن تحسب نسبة الصوديوم (ملح الطعام) وكمية البوتاسيوم، وينبغي أن يتوقف المريض عن التدخين ويتجنب شرب الخمر، وعليه أن يحافظ على كمية السوائل التي يشربها.

ممکن أن يحافظ هذا العلاج على ما بقي من وظائف الكلى لبضع سنوات ولكن على المريض أن يبقى تحت الملاحظة بحيث يتم تحويله لعملية الديليزة في الوقت المناسب .

٢- عملية الديليزة : غسيل الكلى Haemodialysis



تتم من خلالها تنقية الدم من السموم بإخراجه من جسم المريض وتميره على أجهزة خاصة وسائل خاص، وتستمر هذه العملية من ثلاث الى أربع ساعات بمعدل مرتان او ثلاث في الأسبوع وعلى مدى الحياة.

-الغسيل البريتوني Peritoneal Dialysis



حيث يستخدم فيه الغشاء البريتوني بتجويف البطن فاصلا بين الدم وسائل الإنفاذ . وله طريقتان :

الإنفاذ البريتوني المتقطع : وهذه تحتاج إلى جهاز بسيط وعادة ما تتم في المستشفى .

والأخرى : الإنفاذ البريتوني المتنقل أي المريض يتنقل بحرية من مكان الى اخر وتسمح له بالقيام ببعض الأعمال .
مقارنه بين الديلزه البريتونية والدموية :

الديلزة البريتونية	الديلزة الدموية
اقل كفاءة	اكثر كفاءة في التخلص من السموم المتراكمه في الجسم
لا تحتاج الى جهاز ولا هيئة تريض بعد التدريب .	تحتاج الى جهاز خاص باهظ الثمن وتريض .
يتم العلاج في المنزل بعد فترة التدريب .	يتم العلاج في المستشفى . ولا يستطيع المريض الحركة لإرتباطه بالجهاز .

١- زراعة الكلى :

وهي العلاج الأفضل للمريض إذا كان مناسب صحيا لعملية الزراعة ومطابق في تحاليله للمتبرع .. ويحتاج المريض بعد الزراعة إلى متابعة مستمرة للاطمئنان على الكلية المزروعة مع الحفاظ على العلاج وتعليمات الطبيب .

وهناك أنواع من التبرع : تبرع من قريب حي .

تبرع من متوفى دماغيا .

تبرع من إنسان حي غير قريب .

وجميع هذه الحالات تتم وفق ضوابط ونظم محددة تضمن السلامة والأمان للمريض والمتبرع .

الخلاصة : تعتبر الكلية من أهم الأعضاء التي خلقها الله سبحانه وتعالى لما تقوم به من دور فعال في تخليص الجسم من الفضلات ، وتوقف عمل الكليتين يؤدي إلى الفشل الكلوي وهو من الأمراض المزمنة والتي تحتاج

لعلاج طويل الأمد وهناك طرق عدة للوقاية من الإصابة بالفشل على كل فرد أن يهتم بها .

والفشل الكلوي نوعان ،الحاد والذي يمكن معالجته ويعود المريض إلى وضعه الطبيعي وينتج عن أسباب مختلفة، والمزمن والذي ينتج عن أمراض معينة والمريض هنا يحتاج لعلاج إما بالديليزة الدموية او البريتونية او زراعة الكلى.

الخدمة الاجتماعية الطبية

كان لظهور الخدمة الاجتماعية المهنية بداية مرحلة جديدة لأسلوب مساعدة الإنسان في العصر الحديث إقبال (٢٠٠٠) وكانت مهنة فريدة جعلت من فعل الخير علماً ومن الإحساس منهجاً علمياً ومن المشكلة الاجتماعية مجالاً لتطبيق حصيلة الفكر الوضعي وقد مكنها الطابع الإنساني من أن تتحرك في حرية وتتطلق بلا حدود تمتص من العلوم الأخرى نهايتها وقوانينها لتسخرها لخدمة الإنسان أينما كان وأينما يعيش دون التقيد بمكان أو زمان معين وهدفها رفاهية الإنسان ومعاونته في شدته.

والخدمة الاجتماعية الطبية تؤمن بفرديّة الإنسان فرغم اشتراكه مع غيره في إصابة معينة أو مرض معين إلا انه يختلف عن الآخرين فهو يحتاج إلى نوع معين من المعاملة وأنواع معينة من الخدمات

كما تعترف بكرامة الإنسان والإيمان بتفوقه وقيّمته ، وعلى هذا فان وجود الخدمة الاجتماعية الطبية في المستشفيات معناه إننا نعني بالمريض ليس من

الناحية المجردة فقط ولكن كانسان له احتياجاته النفسية والاجتماعية التي يحتاج لإشباعها حتى يستفيد من العلاج الطبي .

ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية :

الخدمة الاجتماعية الطبية هي مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية وهي جهود مهنية يمارسها الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المرضى وبيئاتهم بهدف مساعدتهم اقتصاديا واجتماعيا ونفسيا، وتذليل الصعوبات التي تعوق العلاج الطبي والاجتماعي والنفسي غباري (٢٠٠٣) كما تساعد المرضى على تحقيق الاتصال السليم مع الآخرين لتدعيم علاقاتهم المختلفة.

والخدمة الاجتماعية الطبية أساسها العمل المشترك بين الأخصائي الاجتماعي والفريق المعالج، حيث يساعد الأخصائي الاجتماعي الطبي الطبيب وبقية الفريق المعالج للنجاح في تحقيق أهدافه العلاجية الطبية، حتى يتم العلاج ويصبح المريض قادراً على أداء دوره الاجتماعي بالصورة المناسبة وتمارس الخدمة الطبية مع المريض وبيئته الداخلية والخارجية.

تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية :

تعريف احمد الشبكشي : هي احد فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة، مجال تخصصها العمل في المؤسسات الطبية، وأساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي وتهدف إلى الوصول بالمريض إلى الاستفادة الكاملة من العلاج الطبي والتكيف مع البيئة الاجتماعية .

تعريف إبراهيم عبدا لهادي المليجي :

الخدمة الاجتماعية الطبية هي تلك الجهود المهنية التي يبذلها الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة الطبية ومع الهيئات الطبية المختلفة بهدف إفادته

القصوى من الفريق الطبي كي يتماثل للشفاء ويحقق أقصى أداء اجتماعي له في أسرع وقت ممكن .

الأخصائي الاجتماعي الطبي :

هو الدعامة الرئيسية للخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسات العلاجية غباري (٢٠٠٣) سواء كانت مستشفيات عامة أو مكاتب صحية أو عيادات أو مستشفيات متخصصة أو مستوصفات أو مراكز رعاية وله أدواره المهنية المتعددة سواء كانت ادوار وقائية أو علاجية أو إنشائية .

ويقصد بالأخصائي الاجتماعي المهني في المجال الطبي ماهر (٢٠٠٥) هو المتخصص الحاصل على مؤهل عال من احد الكليات أو المعاهد العليا المتخصصة في الخدمة الاجتماعية والذي اعد لهذا العمل نظريا والمدرّب تدريباً عملياً على أساليب الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية بحيث يصبح قادراً على ممارسة عمله ضمن الفريق الصحي بهذه المؤسسات سواء علاجية أو وقائية.

التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع المصابين بمرض مزمن .

أفاد رشاد (٢٠٠٨) أن الهدف الأساسي من وجود الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المستشفيات هو إنها تهيئ انسب الظروف الممكنة للخدمات الطبية من خلال الدراسة الاجتماعية للمريض للتعرف على الأوضاع الاجتماعية المحيطة به حتى يتمكن من الاستفادة من الخطة العلاجية، والتخفيف من الأعباء على الأطباء والجهاز الطبي للقيام بالمهام المطلوبة.

ولابد من أن يكون البرنامج العلاجي متكامل ليتم تحقيق الهدف على أساس جيد وهنا علينا أن نقوم بتحديد واضح لدور المريض، والأسرة، والأخصائي الاجتماعي في خطة العلاج مع الالتزام بالعمليات المهنية لمداخل حل المشكلة

والقائم على الدراسة، التخطيط، التنفيذ، والتقويم، ومع استخدام المقاييس العلمية ما أمكن للتعرف على حجم الإنجازات التي تم تحقيقها .

الأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرضى الفشل الكلوي:

- يقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بتثقيف المرضى وأسره من الصحة:
- كضرورة الالتزام بمواعيد الغسيل والأيام المحددة حسب إرشادات الطبيب المعالج وعدم التهاون بذلك.
- التثقيف بموضوع السوائل وكمياتها ونوعية الطعام المسموح والممنوع .
- توضيح أهمية أحمافظه على الوزن وعدم تخطي الحد المفروض كي لا يتسبب ذلك في تدهور صحة المريض .
- تثقيف المرضى وأسره بالاهتمام بالغذاء والمسكن والرياضة والترفيه والعلاقات الإنسانية.
- تثقيف المرضى وأسره بالعوامل الصحية والطبية التي تؤثر في حالة المريض.
- تثقيف أسرة المريض بمساعدتهم على تقبل العميل وتهيئة الجو العائلي المناسب وأهمية تدعيم العلاقات الاجتماعية بين المريض وأسره مما يؤثر في عملية تقبله للمرض والحياة الجديدة.
- ومن الأدوار التثقيفية مشاركة الأخصائي الاجتماعي في حملات الرعاية الصحية وإثارة اهتمام الرأي العام بموضوع التبرع بالأعضاء، والمشاركة في المناسبات العالمية لتوجيه انتباه المجتمع لواجباتهم ومسئولياتهم تجاه المرضى .
- تثقيف المرضى من خلال الندوات وإقامة المحاضرات ومشاركة وسائل الإعلام لتحقيق التوعية المطلوبة .

الأدوار التنموية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرضى الفشل الكلوي :

تجاوز دور الأخصائي الاجتماعي الطبي حدود المساعدات المادية للمحتاجين من المرضى وبرزت أدواره التنموية التي تؤكد أن المريض بمرض مزمن والذي تسبب المرض في فقد بعض من قدراته مما اثر على عدم القدرة على مواجهة الحياة الجديدة...

هؤلاء المرضى يحتاجون إلى خدمات اجتماعية خاصة لتنمية قدراتهم على أداء أدوارهم الإنتاجية لتحقيق مستوى معيشي جيد وذلك عن طريق برامج التأهيل والتدريب التي تهدف لتحسين وضعهم الاقتصادي لتؤمن لهم ضروريات الحياة والعمل على:

- تنمية ذات العميل بحيث يصبح عضوا مشاركا في التحسين المستمر للظروف الاجتماعية والإنسانية له ولغيره.
- تنمية قنوات الاتصال بين المرضى المحتاجين إلى الخدمات الاجتماعية والصحية وبين المؤسسات الطبية والمؤسسات الاجتماعية، فمريض الفشل الكلوي بحاجة إلى تواصل مع المؤسسات الطبية في عملية الغسيل الكلوي والعلاج وعملية زراعة الكلى، إضافة إلى دعمه ماديا عن طريق المؤسسات الحكومية والجمعيات الخيرية .
- تنمية المبادئ الدينية لأنها تنمي شخصيته وتقويها وتساعد على تقبل ما قدر له من مرض طويل الأمد، كما تساعد على التوافق مع الآخرين والمجتمع.
- تنمية موارد وإمكانيات المريض وأسرته حتى يقيه من المشكلات المادية عن طريق تنمية مهاراته العملية إن كان للمرض تأثير على عمله كي يستثمر قدراته المتبقية . غباري " ٢٠٠٣".

- تنمية وتدعيم ذات المريض ليصبح قادرا على مواجهة المرض والمشكلات الاجتماعية المؤثرة في المرض وتخفيف المشاعر السلبية المرتبطة بالعلاج .
 - تنمية معارف الأسرة بالمرض ومعنى الفشل الكلوي والغسيل وأهمية الالتزام به، وضرورة الزراعة والتبرع وتأثيرها على مستقبله ومستقبل حالته.
 - تنمية أسلوب تعامل الأسرة الجيد مع المريض خاصة وان الأسرة تشعر بعدم الاستقرار والأمن لاستمرارية المرض .
 - تنمية قدرات المريض المهنية إضافة إلى تنمية مهارات جديدة لديه بحيث تتناسب مع حالته الصحية ليصبح قادر على العمل والإنتاج في عمل مناسب يعيد إليه الإحساس بالرضا ويحقق له الاكتفاء المادي والتوافق مع نفسه والمجتمع .
 - ومن أهم أدوار التنمية مع مرضى الفشل الكلوي هو تعديل العادات والأفكار المرتبطة بالمعتقدات الخاطئة وتخليصهم منها كاللجوء إلى الوصفات الشعبية في العلاج وترك الغسيل الكلوي أو اللجوء إلى السحر والدجالين .
- الأدوار الوقائية :**

- ١- محاولة الأخصائي الاجتماعي الطبي العمل على عدم ظهور مشكلات شخصية أو أسرية أو مجتمعية لمريض الفشل الكلوي ومحاولة تقادي الأسباب وبذل الجهد للحد من امتداد أي مشكلة تواجه المريض سواء في داخل أسرته أو في مجال عمله وباستخدام الأساليب المناسبة .-
- مساعدته الأفراد بزيادة قدراتهم للتعامل مع الأزمات واتخاذ خطوات لتحسين أوضاعهم المعيشية للتمتع بصحة جيدة .

- ٢- نشر الوعي الصحي للوقاية من الأمراض التي تسبب الفشل الكلوي كالضغط والسكر والالتهابات وغيرها من الأمراض .
 - ٣- مساعدة المرضى على التخلص من العادات السيئة كالتدخين للمحافظة على الصحة وتحسينها .
 - ٤- توعية الأفراد والمرضى وأسرتهم بضرورة إجراء الفحوصات الدورية واستشارة الطبيب عند ظهور أي عارض صحي لتفادي المرض .
 - ٥- وقاية المرضى بتقديم النصح والتوعية من الأمراض الوراثية المسببة للفشل الكلوي .
 - ٦- يقف الأخصائي الاجتماعي بجانب المرضى الذين يبتعد عنهم الناس خوفا من العدوى فيشجعهم ويدعم شخصياتهم ويقوي علاقاتهم بأسرتهم وأقاربهم كي يقيهم من الأزمات النفسية والشعور بالنقص .
 - ٧- يقف بجانب المرضى الذين طالت مدة مرضهم ويشجعهم ويقدم لهم المساعدات اللازمة قبل أن يصابوا باليأس أو الاكتئاب خاصة وإن الفشل الكلوي سيستمر مدى الحياة إذا لم يتوفر للمريض متبرع من أهله أو كليه من متوفى .
 - ٨- يقف بجانب المرضى الذين تسبب المرض في تغيير مجرى حياتهم كالطلاق وإنهيار الأسرة أو الفصل من العمل أو التقاعد المبكر، ويحاول بكل ما لديه من جهد لتقبل الوضع الحالي والتحلي بالصبر وإيجاد الحل البديل المناسب له .
- الأدوار العلاجية:**

- ١- مساعدة الأخصائي الاجتماعي مرضى الفشل الكلوي على حل مشكلاتهم والتكيف مع بيئاتهم.
 - ٢- توفير المعلومات اللازمة للمرضى للاستفادة من المصادر والخدمات الداخلية والخارجية .
 - ٣- تكوين علاقة مهنية جيدة مع العميل لمساندته و ليشعر بالثقة في نفسه والثقة بقدرات الأخصائي الاجتماعي وذلك بالاستماع والإنصات إليه ومشاركته بالمشاعر واحترامه وتقديره وتقبله وتشجيعه
 - ٤- مساعدة المريض على تخفيف مشاعر الغضب والشعور بالذنب والتوتر وتوفير المعونة النفسية المناسبة له .
 - ٥- تقديم خدمات بيئية للمريض للاستفادة من موارد وإمكانيات المؤسسة والمجتمع المحيط.
- وهذه الأدوار العلاجية جميعها تساعد المرضى على أن يصبحوا أعضاء منتجين في المجتمع وتحررهم من الشعور بالنقص أو العجز وبذلك يشعرون بقيمتهم وقدرتهم على العودة إلى الحياة الطبيعية بفعالية ونشاط وإنتاج .
- ممارسة طرق الخدمة الاجتماعية الطبية في المجال الطبي :**
- ظهرت أهمية الخدمة الاجتماعية مع المرضى لكي تساعدهم على استعادة توازنهم الانفعالي والاجتماعي والعقلي والجسمي ولكي تعيدهم الى ممارسة أدوارهم الطبيعية مع أسرهم ومجتمعهم . غباري "٢٠٠٣".
- والخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تستخدم الأساليب العلمية بممارسة أساليبها الفنية لتحقيق الهدف العام للخدمة الاجتماعية وهو يحقق سعادة الإنسان ورفاهية المجتمع بالإضافة إلى هدفها الثاني وهو مساعدة المؤسسة الطبية لتحقيق أهدافها العلاجية الطبية .

أولاً: ممارسة طريقة خدمة الفرد :

تعتبر طريقة خدمة الفرد غباري "٢٠٠٣" أول طريقة تمارس بطريقة علمية، وكان هدف خدمة الفرد في البداية هو علاج المشكلات الفردية فقط وتطورت وأضافت الأدوار الوقائية والأدوار الإنمائية كما ذكرنا مسبقاً ، وقد تدخلت خدمة الفرد لمساعدة المرضى لإعادة تكيفهم مع المجتمع وتنمية قدراتهم المتبقية بما يساعدهم على مواجهة ما يعترضهم من مشكلات .

ولخدمة الفرد مبادئها المعروفة التي يلتزم الأخصائي الاجتماعي الطبي تطبيقها عندما يمارسها مع المرضى ومنها:

مبدأ السرية، مبدأ التقبل، مبدأ حق تقرير المصير، والعلاقة المهنية لما لها من أهمية كبيرة في التعامل مع المرضى .خاصة وان العلاقة المهنية بمبادئها المختلفة أساس نجاح عمليات خدمة الفرد.

وعمليات خدمة الفرد ليست منفصلة بل متداخلة :

١- عملية الدراسة الاجتماعية النفسية Case Study

فمنذ بداية المريض المصاب بالفشل الكلوي إلى المركز يقوم الأخصائي الاجتماعي بعملية جمع المعلومات والحقائق بأساليب علمية عن المريض وظروفه البيئية وفهم شخصيته وتحديد مشكلته تمهيدا للتشخيص "التقييم" والعلاج وهي دراسة نفسية اجتماعية تهتم بدراسة العميل وظروفه الاجتماعية وعلاقاته وتفاعلاته مع بيئته الداخلية والخارجية، وجمع الحقائق والمعلومات اللازمة وعملية الدراسة ليست بالعملية السهلة ولكنها تتطلب جهد ومهارة مهنية تلك المهارة التي تساعد الأخصائي الاجتماعي على اكتساب ثقة المريض وتكوين العلاقة المهنية التي تجعله يطمئن ويحكي له كل الحقائق المتصلة بالموقف والتي تصل أحيانا إلى أدق التفاصيل الشخصية والأسرية التي يحرص على كتمانها حتى على أقرب

الناس إليه، ليتم متابعته لاحقاً وفي إثناء المرور الأسبوعي لتقادي حدوث أي تغيرات سلبية في حياته.

وتحتوي الدراسة :

- بيانات أولية عن المريض مثل اسمه وسنه وحالته الاجتماعية وعنوان مسكنه.
- بيانات عن مشكلته ونوعها وتاريخ بداية ظهورها ودرجة شعوره بالمشكلة ونوع السلوك المصاحب للمشكلة والمحاولات التي بذلت لعلاجها.
- معلومات عن المشكلة من وجهة نظر العميل كيف بدأ وما هي العوامل التي أظهرتها وتأثير المشكلة او المرض على العميل وأسرته.
- الحالة الاجتماعية العامة بالنسبة للمريض وأسرته مثل مستوى الأسرة الاجتماعي والثقافي والاقتصادي ومستوى السكن والجيرة والحي.
- التكوين الأسري للمريض ودخله وميزانية الأسرة ومدى كفاية الدخل والمستوى الخلقي والديني للأسرة ودرجة تماسكها وحالة أفرادها الصحية.
- علاقة المريض بإفراد الأسرة وعلاقة المريض بالوالدين والأبناء والزوجة.
- الحالة الصحية للمريض وما ظهر عليه من أمراض وأوجه الرعاية الصحية التي يحتاجها.
- احتياجات المريض المالية والاجتماعية والنفسية ومدى إشباعها.
- المشكلات التي نتجت بعد تدهور الوضع المرضي سواء كانت مادية أو نفسية أو اجتماعية أو مشكلات العمل أو مشكلات صحية أو مع الفريق الطبي ومدى استعداد المريض للتعاون في مواجهة هذه المشكلات.

- معلومات عن المؤسسة العلاجية ومدى كفاية خدماتها ومدى إشباعها لحاجات العميل.
- رأي الأخصائي الاجتماعي بالعميل " مدرك، متقف ، متعلم، سليم جسميا، يعاني من إعاقة ما....."

٢- عملية التشخيص الاجتماعي : **Diagnosis**

يعتبر التشخيص هو الرأي المهني الموجه لعملية العلاج ويشتمل على عدة نواحي هامة هي

- أ- طبيعة المشكلة والأهداف التي يسعى إليها العميل .
 - ب- طبيعة شخصية العميل والقوى المؤثرة في شخصيته.
 - ج- طبيعة وظروف وخدمات المؤسسة ونوع المساعدات التي يمكن أن تقدمها للعميل ونوع الخدمات الموجودة في الموارد الأسرية والبيئية التي يمكن أن تستغل لتحسين موقف العميل إلى أقصى درجة ممكنه.
- والأخصائي الاجتماعي الطبي عندما يمارس عملية التشخيص لابد وان يحدد العوامل المؤثرة في الموقف سواء كانت عوامل بيئية قد تكون أسرية أو تتعلق بالعمل أو سوء الحالة المادية أو الصحية الخ وهذه العوامل البيئية كلها أو بعضها لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بالمريض وقد تكون مسببة لمرضه أو قد يكون بعضها معوقا للعلاج .

وعندما يضع الأخصائي الاجتماعي يده عليها ويستطيع تحديدها عندئذ يتمكن من مواجهتها وعلاجها لصالح العميل وصالح الخطة العلاجية ولصالح أسرته والمجتمع .

أما بالنسبة للعوامل التشخيصية الذاتية : فتشتمل على عوامل متصلة بالجانب الجسمي للمريض مثل عاهات أو أمراض معدية أو مزمنة أو

مظهر غير مناسب كالملبس والنظافة أو ضعف حاسة أو أكثر من الحواس وقد تكون تشوهات أو قبح منظر أو فقدان النطق الخ من العوامل الجسمية .

ومن العوامل الذاتية أيضا العوامل المتصلة بالجانب **العقلي** كانهخفاض مستوى الذكاء أو ارتفاعه أو التأخر العقلي أو خلل في توظيف العمليات العقلية المختلفة .. الخ

أما العوامل المتصلة بالجانب **النفسي** فقد تكون مترسبة من الطفولة أو مشاعر سلبية أو مشاعر بالنقص أو أي خلل في جوانب الوظيفة الحسية ... الخ

وهناك العوامل المتصلة بالجانب **الاجتماعي** في الشخصية مثل الآثار المترتبة على سوء العلاقات والآثار المترتبة على تفكك الأسرة أو انهيارها أو سوء الحالة الاقتصادية والصحية والبيئة الخارجية.

٤- عملية العلاج الاجتماعي : Social Treatment

العلاج هو العملية الثالثة من عمليات خدمة الفرد وتتكون من مجموعة أساليب علاجية تهدف إلى تعديل مناسب لذات العميل وبيئته لتحقيق أفضل أداء ممكن لوظيفته الاجتماعية أو لإعادة التوازن والاستقرار النفسي والاجتماعي للمريض بما يساعده على الشفاء ويحقق له العيش في امن وسعادة وسلام .

ويعتمد نجاح الخطة العلاجية على اشتراك العميل مع الأخصائي الاجتماعي في وضع الخطة العلاجية وعدم فرضها من الأخصائي أو المؤسسة على العميل انطلاقاً من مبدأ تحقيق المصير كما يعتمد نجاحها على مهارة الأخصائي الاجتماعي في تكوين العلاقة المهنية التي يعتمد عليها بالدرجة الأولى في عمليات خدمة الفرد الثلاث : الدراسة، التشخيص، العلاج .

أساليب العلاج الاجتماعي النفسي :

تنقسم أساليب العلاج في خدمة الفرد إلى قسمين رئيسيين هي العلاج الذاتي والعلاج البيئي حيث أن المشكلة التي يعاني منها العميل تتبع الجانب الذاتي المرتبط بجوانب شخصية العميل الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية بالإضافة إلى الجانب البيئي المرتبط بالبيئة التي يعيش فيها العميل سواء كانت داخلية كالأسرة أو خارجية ككل ما يحيط بالأسرة.

أولاً: **العلاج البيئي** : هو الجهود التي يبذلها الأخصائي الطبي مع المريض للتأثير في الظروف البيئية التي تؤثر على الموقف للتخفيف منها أو إزالتها وتنقسم إلى قسمين : خدمات مباشرة وهي التي تقدم للمريض مباشرة عن طريق استغلال موارد البيئة والمستشفى وإمكانية الحصول على مساعدات في تحسين سير العلاج الطبي .

أما الخدمات الغير مباشرة التي يقدمها العلاج البيئي للمريض فهي تلك الجهود التي تستهدف تعديل اتجاهات الأفراد المحيطين به كالأسرة وفريق العلاج والعاملين ورؤساء العمل وغالبا ما تمارس معهم أساليب العلاج الذاتي .

العلاج الذاتي : وهو الجهود الموجهة نحو ذات المريض لتقوية ذاته حتى يستطيع النهوض بمطالب الحياة بعد تمام شفاؤه .
ويهدف العلاج الذاتي إلى مساعدة المريض على التعبير عن انفعالاته الحسية ومشاعره السلبية التي غالبا ما تعطل نجاح الخطة العلاجية .
والهدف الثاني للعلاج الذاتي هو تغيير اتجاهات المريض المضطربة والتي قد تكون لها آثار سلبية على المريض . والهدف الثالث تحسين وتدعيم العلاقات الاجتماعية بين المريض وأسرته وبينه وبين العاملين بالمؤسسة الطبية والذين لهم دور كبير في نجاح العملية العلاجية . والهدف الرابع للعلاج الاجتماعي الذاتي للمريض هو تعديل آرائه وأفكاره ووجهة نظره الذاتية ومعتقداته الخاطئة وبعض عاداته السلبية .
لذا تستخدم مع المريض المعونة النفسية والتوضيح وتبصيره وإقناعه بالموقف العلاجي .

٢- العمل مع أسرة المريض :

لا شك أن العمل مع أسرة المريض مكمل للعمل مع المريض رشوان " ٢٠٠٧ وذلك لأن المريض لا يعيش بمعزل عنها وللدور الهام الذي يمكن أن تقوم به الأسرة في معاونة المريض للتقدم في العلاج ومواجهة المرض ، لهذا يجب على الأخصائي في ممارسته لطريقة خدمة الفرد في المجال الطبي أن يتعامل مع الأسرة ويقوم بعدة ادوار منها:

- ١- إقناع أسرة المريض بضرورة علاج المريض تحت إشراف طبي .
- ٢- شرح إجراءات ووظيفة المستشفى وبيان خدماتها .
- ٣- مساعدة الأسرة في حل مشكلاتها المترتبة عن المرض اقتصادية كانت أو اجتماعية أو نفسية .

- ٤- معاونة الأسرة في الاستفادة من خدمات المؤسسة .
- ٥- العمل على تكوين علاقة مهنية تسمح بالاحتفاظ باتجاه قبول المريض ومشاعره من جانب الأسرة .
- ٦- تعديل اتجاهات الأسرة نحو المريض وتوعيتهم بوضع المريض وما يعانيه من مشكلات وإشراكهم في الخطة العلاجية .
- ٧- مساعدة أسرة المريض على التخلص والمواجهة لأسباب ومشاعر الخوف والقلق على المريض والتوتر نتيجة لمرضه .
- ٨- إعطاء الفرصة لأسرة المريض في التعبير عن أفكارها ومشاعرها .
- ٩- الاتفاق مع الأسرة على أساليب التعامل الصحيح مع المريض و تجنب التوتر نتيجة لمرضه .
- ١٠- تشجيع الأسرة بعد الاتصال بها لمداومة زيارة المريض لما تحققه من سرعة استجابة المريض للعلاج .
- ١١- عمل مقابلات أسريه جماعية بأسر المرضى لتوعيتهم والاتفاق على انطباق أساليب التعاون لمساعدة المرضى .
- ١٢- العمل على مساعدة أسرة المريض لحل مشكلاتها لتهيئة المناخ الصالح للمريض بعد شفائه .
- ١٣- تقديم المشورة اللازمة لأسر المرضى .
- ١٤- العمل على مؤازرة الأسرة لتخطي الحالة التي نتجت عن تنويم المريض بالمستشفى وعمل الاتصالات والإجراءات اللازمة كالإجازات المرضية وغيرها .
- ١٥- محاولة إزالة الضغوط النفسية لأسر المرضى وشرح طبيعة المرض لهم وأهمية استقرار الأسرة اللازم لرفع الروح المعنوية للمريض .

١٦- الرد على استفساراتهم حول المريض أو حالته أو إجراءات المستشفى لاستمرار أو خروج المريض من المستشفى .

خصائص الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي :

للممارسة المهنية في المجال الطبي عدة خصائص ذكرها رشوان " ٢٠٠٧ " منها :

١ - تسعى إلى تحقيق أهداف كل من العلاج الطبي والعلاج الاجتماعي والنفسي .

٢- تعتبر أداة لتحقيق الأهداف الوقائية في السياسة الصحية لأي مجتمع .

٣- خدمة مؤسسية أي تقدم من خلال المؤسسات الصحية ولها هيكلها التنظيمية .

٤- تتطلب مهارات خاصة لمن يمارسها من الأخصائيين الاجتماعيين يتم تدريبهم للتعامل مع المرضى وعلاجهم بطرق فنية تراعى الاعتبارات الخاصة لكل مريض .

٥- لها البناء العلمي والمعرفي الذي يميزها ولها أساليب علاجية وبرامج تدخل مهني وفق كل حالة من حالات المرضى .

٦- تعتمد على المقاييس العلمية التي صممت خصيصا للتعامل مع الأمراض .

٧- تعتمد على استخدام الأساليب و المعطيات التكنولوجية في أساليب تسجيلها .

٨- تعتمد على أسس علمية هامة منها :

أ- العلاقة المهنية المناسبة لكل مريض، حيث يختلف مريض الكلى

بطبيعة مرضه المزمن عن أي مريض آخر فلا بد من تكوين علاقة

أساسها الاحترام وتبادل الثقة ..

ب- المقابلات المهنية تتم وفق شروط وإجراءات علمية .

- ج- تتسم بالمرونة حسب المواقف التي يتعامل معها الأخصائي مع المرضى بأنواعهم .
- د- خدمات تقدم ولا تخضع لحرفية قوالب روتينية .
- ٩- لها قيم عامة وأداء مهني يميزها وأهمها :
- أ- المريض ليس عاجزا ولكنه قادرا بشكل واضح وله مجموعة من القدرات الخاصة في جوانب شخصيته .
- ب- إنسانية المرضى كأفراد لهم كل مقومات الإنسان الطبيعي .
- ج- الإصابة بالمرض ليس سببا لاستمرار العطف .
- د- رعاية المرضى ليست منحة ولكنها حق أساسي له .
- ١٠- أنشطة الخدمة الاجتماعية الطبية هي غالبا ضمن فريق العمل الذي يجمع الأطباء والهيئات المساعدة في المؤسسة الصحية .
- ١١- أنشطتها متنوعة وتصاغ لتتناسب نوعية المرضى .
- ١٢- تقوم الخدمة الاجتماعية الطبية بمساعدة المريض على اكتساب مهارات سلوكية تجعله أكثر اعتمادا على نفسه .
- ١٣- تساعد على تنمية إدراك المريض لمشكلاته .
- ١٤- تسهم في التخفيف من الشعور بالابتلاء والاختلاف عن طريق اقتناعه بان هناك كثيرون مثله .
- ١٥- تدعم التشجيع الإصاحي للمريض فلا يشعر بالحرَج عن الإفصاح عما بداخله من مشاعر وأحاسيس سلبية .
- ١٦- تساعد المريض على المقاومة الانفعالية وتعالج سلبيته وتشجعه على الايجابية من خلال أساليب العلاج الفردي .
- ١٧- تسهم في التفريغ الجمعي وبناء العلاقات مع الآخرين .

- ١٨- تهدف إلى التكيف الاجتماعي وذلك بمساعدة المريض على اكتساب ادوار
وقيم جديدة والتنازل في سماحة ويسر عن بعض الأدوار والقيم .
- ١٩- تسعى إلى إيجاد الاستقرار الجديد للمريض بعد الشفاء .

المشكلات الناتجة عن الفشل الكلوي:

- يمكن تحديد المشكلات الناتجة عن الفشل الكلوي بالنسبة للفرد والأسرة والمجتمع "ابو المعاطي" ٢٠٠٥ .
- ١- يعتبر الفشل الكلوي من أكثر الأمراض تكلفة في العلاج مدى الحياة، مما يسبب ضغوطا اجتماعية ونفسية شديدة على المريض وأسرته ، ويمثل عبئا ثقيلا على المجتمع الذي يعيش به المريض .
 - ٢- كما ينعكس المرض على أداء الأفراد لأدوارهم في المجتمع ويؤثر سلبا على القدرة الإنتاجية مقارنة بالفرد السليم .
 - ٣- ينتاب المريض الخوف والقلق على أسرته وعمله لأنه غالبا ما يكون غير قادر على الاستمرار في نفس نوع العمل .
 - ٤- إن لهذا المرض تأثيره السلبي على أسرة المريض ، حيث يعتبر وجود مريض فشل كلوي داخل الأسرة حقيقة مؤلمة .
 - ٥- يحتاج المريض إلى غسيل كليتيه أسبوعيا كي يواصل الحياة وهذا يترتب عليه مشكلات اقتصادية خطيرة من شأنها أن تغير مجرى حياة أي أسرة .
 - ٦- يحتاج المريض إلى رعاية الأسرة والدعم المادي والنفسي والاجتماعي حيث يزداد اتكال معظم المرضى واعتمادهم على الآخرين مما يزيد مخاوف المريض المرتبطة بعلاقته مع أسرته ومدى استجابتهم لمشاعره بايجابية .
 - ٧- أن للمرض أثاره من الناحية النفسية حيث يصبح المريض في حالة من فقدان القدرة على التخطيط للحياة اليومية وعدم التوافق النفسي والاجتماعي مع المرض ومع الظروف الاجتماعية المحيطة به .

٨- إن نوعية الحياة التعويضية للمريض تسبب له أمراضاً نفسية ومشكلات اجتماعية تؤثر على تكيفه مع نفسه وأسرته ومع مجتمعه وتنعكس سلبياً على سلوكياته مع الآخرين .

٩- معاناة مرضى الفشل الكلوي من عدم التوافق الشخصي مع المرض ومع النفس وعدم التوافق الاجتماعي مع الأسرة والأصدقاء والعمل .
في هذه الحالات يؤكد أبو المعاطي " ٢٠٠٥ " أن تكون الإناث اقل توافقاً من الذكور مع المرض والظروف البيئية ، كما ان غير المتعلمين اقل توافقاً من المتعلمين ، مع وجود ارتباط موجب منخفض بين سرعة النمو الجسمي والتكيف السلوكي لدى الطفل المريض بالفشل الكلوي .

وقد اتضح لنا من خلال العمل مع مرضى الفشل الكلوي المزمن ان له تأثيرات على الرجال والنساء والأطفال نستعرض منها :
بالنسبة للرجال : تبدأ المشاكل مع العمل حيث لا يتقبل المسئولين غياب المريض ثلاث مرات أسبوعياً مما يتسبب مستقبلاً بفصله عن عمله او تقاعده المبكر ، وبالتالي يقل دخله او ينعدم مما يؤثر على تربيته لاحتياجات الأسرة ومتطلبات الحياة ، وقد يمتد الأمر إلى الزوجة ورغبتها بالانفصال و إهمال الأولاد له حيث يعتبرون المريض غير نافع وهو عاله على أسرته .

هنا يتدهور وضع المريض النفسي لشعوره بالعجز وعدم القدرة على القيام بواجباته كارب أسرة مسئول وتزيد هذه الأمور من مشاكل المريض الحياتية والنفسية وتدهور وضعه الصحي .

بالنسبة للسيدات : فعندما تصاب الفتاة أو السيدة بالفشل الكلوي لا شك أن قدرتها على القيام بواجباتها ومسئولياتها تتأثر سواء في منزلها وبواجباتها تجاه زوجها وأولادها ، فقد يتحمل الزوج لفترة ولكن من الواضح ومن خلال مقابلة المريضات وجدنا أن المشاكل الأسرية وتعدد الزوجات والإهمال والهجر من الأمور التي تواجهها السيدات المصابات بالفشل ، وبالتالي ينتج عن هذه المشاكل إهمال المريضة وتدهور الوضع الاقتصادي وازدياد مشاكلها المادية سواء داخل المنزل من مسئوليات الأبناء والإيجار وغيره ، أو في توفير احتياجاتها الطبية وقد يصل الأمر إلى عدم قدرة المريضة للالتزام بدوام الغسيل لعدم توفر أجرة المواصلات او عدم القدرة على توفير ثمن العلاج .

بالنسبة للأطفال : من المعروف أن من وظائف الكليتين إنتاج هرمونات النمو و أن الإصابة بالفشل الكلوي قبل سن البلوغ يؤدي إلى توقف نمو الفرد إذا لم تتوفر له كليه بالوقت المناسب ، بالتالي عندما يكبر الفتى أو الفتاه يجدوا أنفسهم مختلفين عن إقرانهم في المدارس او الجامعات او المجتمع فان هذا سيؤثر على حياتهم ومستقبلهم ومسيرتهم العلمية والحياتية وعلاقاتهم المجتمعية .

هذه الأمور جميعها تؤثر سلبا على حياة مرضى الفشل الكلوي المزمن، ولا بد عند ظهور أي من هذه المشاكل الاجتماعية ان يكون للأخصائي الاجتماعي تدخل مهني وسرعه في إيجاد الحل المناسب للمريض كي لا يؤثر ذلك سلبا على وضعه الصحي .

ومن الآثار الاجتماعية التالية التي ذكرها غباري ، " ٢٠٠٣ " تؤكد ما سبق أن ذكرناه في تجربة شخصية مع مرضى الفشل الكلوي بمركز الكلى :

- ١- فشل المريض في أداء أدواره ووظائفه الاجتماعية.
- ٢- ضعف أو تمزق شبكة العلاقات الاجتماعية.
- ٣- توتر العلاقات الأسرية وانهارها عندما تنهرب الأسرة من التبرع بالكلية.
- ٤- كثرة التغيب عن العمل او فقده وما يترتب من عجز مادي وعجز الأداء الاجتماعي .
- ٥- عدم القدرة الجسمية وانعكاسها على البيت والمدرسة والعمل .
- ٦- التفكك والاضطراب الأسري وضعف تماسكها واتزانها بسبب عدم قدرة المريض على أداء واجباته الأسرية .
- ٧- عجز الأم المريضة والأب المريض عن رعاية الأبناء وتنشئتهم التنشئة الاجتماعية السليمة .
- ٨- إهمال الأبناء وعدم القدرة على توجيههم قد يدفعهم إلى البحث عن مصادر ينالون منها الاهتمام وغالبا ما تكون منحرفة .
- ٩- عدم القدرة على إشباع حاجات الأسرة .
- ١٠ - إهمال المريض النظام الغذائي كرد فعل عاطفي بظروف المرض والعلاج أحيانا .
- ١١ - انهيار الأسرة إذا طال المرض أو طالت مدة العلاج أحيانا ، عندما يطلب احد الزوجين الطلاق .

١٢- شعور المريض بالوحدة والفراغ والملل وقد يصل إلى الشعور باليأس من الحياة أحياناً.

أما الآثار النفسية للمرض كما وضحتها " غباري ٢٠٠٣ " .

١- مشاعر الخوف من المرض ومن فقدان الصحة ومن فقد الأقارب والأصدقاء

٢- مشاعر التوتر والقلق والأرق لكثرة مخاوفه وتوقعه للخطر .

٣- مشاعر الأسى والغثيان والشعور بالدوخة .

٤- مشاعر عدم الانتماء بعد ضعف العلاقات أو تفكك الأسرة.

٥- مشاعر الكآبة أو الاكتئاب كرد فعل عكسي من فقدان المرض لنشاطه واستقلاله .

٦- الشعور بالقيء والحزن الشديد وفقد الرغبة الجنسية .

٧- سهولة الإثارة وسرعة الغضب والانفعال.

٨- ضعف الثقة بالنفس وافتقاد الاستقلالية .

٩- الشعور العدواني نحو الذات والشعور باليأس من الشفاء ومن الحياة.

١٠- الشعور بالسخط والغضب والعدوان وقد يوجه للفريق المعالج.

١١- عدم القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي .

دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفشل الكلوي :

تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى رعاية المرضى ومساعدتهم للاستفادة من الخدمات العلاجية الطبية لذا تعمل على محاولة إزالة العقبات والمعوقات والصعوبات التي قد تعوق رعايته صحياً وعلاجياً ووقائياً ، وتحرص الخدمة الاجتماعية على أن تكون خدماتها على درجة من الكفاءة والتكامل باستخدامها طرق الخدمة مع الفرد والجماعة والمجتمع ومحاولة

تهيئة الظروف الاجتماعية الصالحة للمريض حتى يستطيع استعادة تكيفه الاجتماعي والنفسي وبذلك نساعدهم على تحقيق أفضل أداء اجتماعي ممكن .

هنا يلزم الأخصائي الاجتماعي إقبال " ٢٠٠٠ " للعمل مع الحالات التي تتطلب عملية التنقية الدموية للكليتين ومع برامج زراعة الكلى أن يأخذ بالاعتبار :

- قضايا نفقات هذا العلاج الذي قد يتحملها العميل وأسرته وتأثير ذلك من الناحية العاطفية والمالية.
- التغيير في نمط حياة الأسرة وتغيير الأدوار المعتادة فقد يفقد العميل عمله أو تتغير مكانته الوظيفية.
- على الأخصائي الاجتماعي العمل مع العميل وأسرته ، و مساعدة المريض وأسرته على الحياة بشكل مريح وبصورة منتجة بقدر الإمكان وان يوفر حاجاتهم وان يعمل لمساعدتهم على إعادة تحديد أدوارهم .
- مساعدة المريض في التعبير عن حزنه وغضبه من المرض.
- مساعدة المريض في تقبل مرضه والعمل على تكيفه مع الوضع الصحي الجديد.
- تبصير المريض بالمرض وأهمية الالتزام بعملية التنقية الدموية للحفاظ على وضعه الصحي .
- تبصير المريض المصاب حديثا بالفشل الكلوي بطرق العلاج " البروتينية والدموية والزراعة " وشرح ايجابيات وسلبيات كل طريقه وتقديم النصح بأبهم أفضل لوضعه الصحي والعمرى واخذ رأي الطبيب بذلك .

- توعية المريض بنوعية الغذاء المسموح والممنوع منها والسوائل والكميات اللازم التقيد بها والمحافظة على الوزن .
 - دور الأخصائي الاجتماعي مع الفريق العلاجي حيث يعمل على توضيح مدى قبول العميل وأسرته للمرض وتفسير سلوكهم الغير متعاون والذي يكون في الحقيقة تعبيراً عن الاكتئاب .
 - مساعدة المريض في توفير مكان للتنقية الدموية " خيري " اذا لم يتوفر له ذلك بالمجان .
 - مساعدة المريض في حل مشاكله التي تؤثر على حياته الاجتماعية والعملية .
 - توفير احتياجات المريض الضرورية قدر المستطاع من المؤسسات الخيرية .
 - توجيه المريض إلى المؤسسات الحكومية للاستفادة من الخدمات التي تقدمها لمرضى الفشل الكلوي .
 - المساعدة في إصدار بطاقات تعريفية لجميع مرضى الكلى السعودية والغير سعوديين من المركز السعودي لزراعة الأعضاء .
 - توفير الأدوية والأجهزة الطبية الغير متوفرة بالمؤسسة الحكومية من أهل الخير والجمعيات الخيرية .
- أما بالنسبة لدوره في الزراعة فعلى الأخصائي الاجتماعي:**
- العمل على إيجاد من سيتبرع وسيهب الكلى لمريض الفشل الكلوي وعليه أن يسأل أفراد الأسرة إذا كانوا على استعداد للتبرع .
 - أن يوضح للمريض أهمية زرع الكلية له وما يتوجب عليه تجاه ذلك من اهتمام بالعلاج ومتابعة إرشادات الطبيب .
 - أن يوضح للمتبرع من الأهل أهمية التبرع وانه عمل أنساني نبيل وله الأجر من عند الله

- يشرح الإجراءات الطبية المطلوبة لسلامته وما يتوجب عليه بعد التبرع من اهتمام بصحته وإجراء ما يلزم من تحاليل دورية للاطمئنان على صحته .
- على الأخصائي الاجتماعي أن يتأكد من سن المتبرع بأنه فوق السن القانوني وأنه موافق بقناعة وراضي و بإرادته بعيد عن أي ضغوط خارجية، وأنه مدرك لمعنى التبرع وقادر عقليا على اتخاذ القرار .
- التأكد من القرابة بأوراق رسمية لتفادي حدوث عملية بيع اعضاء .
- التأكد من وعي وإدراك المريض وأنه على مقدرة تامة للمحافظة على العضو المزروع ومتابعة الطبيب بشكل مستمر والالتزام بالعلاج المقرر له وأهمية التأكد من إمكانية توفير العلاج .
- أخيرا يقوم الأخصائي الاجتماعي والفريق الطبي سويا بتوضيح إجراءات الجراحة واحتمالات الفشل أو النجاح ومساعدتهم على التوافق مع مرحلة إجراء الجراحة ومع مأساتهما العاطفية كيفما كانت نتيجة الجراحة وان كل عمل بإذن الله ومشينته .
- الأهم في عملية التبرع أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بعد استلام التحويل من الطبيب لدراسة الحالة بمقابلة المريض على حده ومن ثم المتبرع لتكون لديه حرية في إلقاء الأسئلة ودقة في الملاحظة ومصداقية في إجابة المتبرع وعدم إخراجهم أمام احد أقربائه مما يؤدي إلى إجابات قد لا تكون صحيحة وفي النهاية تكون المسئولية على الأخصائي الاجتماعي .
- وقد وضع أبو المعاطي " ٢٠٠٥ " دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى الفشل الكلوي بأنها تتضمن الدور الهام لمساعدة العميل على التوافق الشخصي والاجتماعي مع نفسه والبيئة.

وركز على استخدام احد الاتجاهات الحديثة للممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية وهو نظرية او مدخل الأزمة ويتضمن :

١-التقدير

٢-التدخل العلاجي .

العملية الأولى : عملية التقدير

يهدف التقدير في مدخل الأزمة إلى التعرف على الأدلة التي توضح قدرة الشخص الذي يمر بموقف الأزمة على أداء وظائفه العادية في الحياة . لذا يهتم التقدير بالتعرف على الأحداث التي قادت إلى الموقف (الفشل الكلوي) وردود فعله من اجل تقدير موقف الأزمة ووضع خطة التدخل العلاجي المناسبة.

والتقدير هي بديل لعمليتي الدراسة والتشخيص في الاتجاه التقليدي .

وتتضمن عملية التقدير الخطوات التالية :

الخطوة الأولى : التعرف على المظاهر الفردية للأزمة عند المريض :

أي من الضروري فهم استجاباته العاطفية والجسدية والمعرفية والسلوكية للأحداث الضاغطة وما يواجهه من توتر وقلق وضياح ووجود تهديد فعلي للذات والعلاقات الاجتماعية والفشل في مواجهة تحديات الحياة بالإضافة إلى مشاعر الخوف والغضب والحرج والخجل والقلق وتأثير ذلك على الإدراك والتفكير حيث يجد العميل صعوبة في التحكم في الأمور وعدم القدرة على اتخاذ القرارات وحل المشكلات كما يظهر للمريض سلوكيات غير مألوفة وسلبية.

الخطوة الثانية : تحديد مرحلة الأزمة وحدتها :

حدد كابلان **G. Caplan** المراحل التي تمر بها الأزمة في أربعة مراحل:

- ١- يقع حادث صادم بسبب ارتفاع أولي في مستوى القلق .
 - ٢- إذا فشلت قدرات المريض العادية في حل المشكلة فإن إمكانية حدوث الأزمة تزداد .
 - ٣- يزداد ارتفاع مستوى القلق وإذا فشل في مواجهته ينتقل إلى المرحلة الرابعة.
 - ٤- حالة الأزمة النشطة .
- الخطوة الثالثة :** تحديد الأصول التي تتبع منها الأزمة وتطورها وتتدرج الأصول التي تتبع منها الأزمة في ثلاث هي :
- ١- أصول موقفية أو غير متوقعة سواء كانت مادية أو شخصية أو اجتماعية.
 - ٢- أصول تقود إلى المراحل الانتقالية أو المتوقعة .
- الخطوة الرابعة :** تقدير فعالية جهود المريض للتصدي للأزمة .
- من الضروري التعرف على الجهود التي بذلها المريض للتصدي للأزمة وما أسفرت عنه هذه الجهود حتى يمكن مساعدة العميل (مريض الفشل الكلوي) للعودة إلى حالته السابقة لحدوث الأزمة .

الخطوة الخامسة : التعرف على كيفية استجابة المريض للأحداث الضاغطة

من الضروري التعرف على العوامل الموقفية والإنمائية والثقافية والاجتماعية التي أدت للأزمة وماهي الدرجة التي وصلت إليها والأخطار التي يتعرض لها العميل من ذلك الحدث الضاغط ومدى قدرته على التكيف .

الخطوة السادسة : مساعدة المريض على كيفية اتخاذ القرار المناسب

تعتبر هذه الخطوة من الخطوات الجوهرية في عملية التقدير لأنها ستساعد المريض على التحكم في سلوكه المضطرب وأفكاره ومشاعره المشوشة ، ويتم مساعدة المريض على اتخاذ القرار المناسب من خلال :

- تحديد او تعريف المشكلة .

- تقدير معنى المشكلة او كيفية السيطرة عليها .

- اتخاذ قرار حول الخطط البديلة لمواجهة المشكلة .

- وضع الحلول في خطة واضحة المعالم .

الخطوة السابعة: تحديد المهام المطلوبة لتحقيق حل ايجابي للأزمة :

ويتطلب ذلك قيام المعالج بالحصول على المعارف التي تمكنه من مساعدة المريض على تحقيق النمو وتجنب النتائج السلبية للأزمة او التعرف على المهام المطلوبة لتحقيق مواجهة ايجابية للأزمة .

العملية الثانية : عملية التدخل العلاجي

يعتمد نموذج التدخل في الأزمات مع مرضى الفشل الكلوي ماهر "٢٠٠٥"

على بعض الأساليب العلاجية التي أشار إليها "كيرن هوجن" "١٩٩٤"

المجموعة الأولى : أساليب التخفيف من حدة الضغوط الانفعالية

تستهدف الضغوط الواقعة على المريض كالقلق والخوف والتي تعوقه عن

التفكير والإدراك السليم واتخاذ القرارات السليمة ومنها :

أ-الإفراغ الانفعالي: لخفض حدة الإحساس بالقلق والذنب والخوف والتي

يخشى التعبير عنها .

ب- الاتصال الفعال :الذي يساعد على الإحساس بأهميته وأحقيقته في

المساعدة

ج-الاسترخاء : بغرض تحويل الطاقة النابعة من الأزمة إلى نشاط بناء

مثل الأنشطة الرياضيةالخ .

د-كبح القلق : عن طريق استثمار النجاح في احد الجوانب وإبرازه للمريض

بغرض تخفيف حدة القلق ومشاعر اليأس .

هـ-التأكيد : بإعطاء الأمل للمريض دون إنكار خطورة الموقف او الجهد

المطلوب في مواجهة الأزمة .

المجموعة الثانية : أساليب تدعيم الذات في مواجهة الأزمة .

وهي أساليب تتعامل مع إدراك ومعارف المريض وتدعيم ذاته في مواجهة

أزماته ومن أهم هذه الأساليب ما يلي :

أ-فهم الأزمة بأبعادها المختلفة مبرزاً دور شخصية المريض في إحداث

الأزمة .

ب- تقبل الواقع وعدم إلقاء تبعة الأزمة على الآخرين .

ج-التوجيه للتوقعات المستقبلية .

د-اختيار الحل المناسب .

و-أساليب التأثير المباشر كالإيحاء والنصح والضغط .

ز-الانفتاح على المحيط الاجتماعي .

المجموعة الثالثة : أساليب استثمار إمكانيات البيئة :

تتطلب مواجهة الأزمة استثمار الإمكانيات البيئية المتاحة في الأسر والأصدقاء والمتطوعين وإمكانيات المؤسسات لما يمر به مريض الفشل الكلوي من أزمة تحتاج إلى عدة أساليب وجهود لمواجهةها ، حيث يحتاج المريض في هذه الازمة إلى أساليب تخفف الضغوط الانفعالية الواقعة عليه وتدعم ذاته ، وتستثمر إمكانيات البيئة وطرق كل الأبواب التي من شأنها المساهمة في مواجهة الأزمة .

وهدف العمل مع مرضى الفشل الكلوي يتضمن :

مواجهة العوامل الاجتماعية المؤثرة في المرضى او المعطلة للعلاج والتي تحدث انتكاسة .

ودور الخدمة الاجتماعية رئيسيا مع مرضى الفشل الكلوي من خلال فهم ودراسة شخصية المريض وأسرته وعمله وذلك للعمل مع المرضى ومساعدتهم على التوافق مع الحالة المرضية ..

- يهتم الأخصائي الاجتماعي بعمله أولا مع المريض لمساعدته في التغلب على المشاعر السلبية والإعداد لتحول الإنسان من شخص سليم إلى كونه مريضا .

وإذا لم يتمكن الأخصائي الاجتماعي من تحقيق هذا الإعداد قبل البدء في برنامج الغسيل الكلوي فإن المريض تزيد مخاوفه وقد يرفض العلاج في بعض الأحيان .

- على الأخصائي الاجتماعي أن يهتم بتهيئة أسرة المريض للتعامل مع المريض من ناحية ومرضه من ناحية أخرى وذلك بمساعدتها على معرفة وضع المريض ومستقبل حالته والمشكلات المترتبة على وجود المرض. خاصة وان أسرة المريض تعاني من عدم الاستقرار والأمن.
- أن يهتم الأخصائي الاجتماعي بالعمل مع فريق العلاج بالمستشفى الذي يقدم خدماته لمريض الفشل الكلوي ليتكامل دوره المهني لتحقيق الرعاية المتكاملة .

سمات الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المرضى المزمنين :

رغم تشابه ادوار الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين إلا أن العمل مع المرضى بأمراض مزمنة يكون مختلف بعض الشيء من ناحية المهارات و العلاقة المهنية التي تستمر على مدى سنوات طويلة عكس بقية الأقسام لذا كان هناك ضرورة لأن تبنى هذه العلاقة على أسس سليمة ومهارات لضمان نجاح عمل الأخصائي .

فمن المهارات الضرورية " ٢٠٠٣ " التي يجب توافرها في الأخصائي الاجتماعي الطبي ما يلي :

- مهارة فهم شخصيات المرضى وطريقه التعامل معهم .
- مهارة في حب المرضى وتقبلهم ، وحب العمل على مساعدتهم .
- مهارة في الملاحظة .

- مهارة الصبر والتحكم في المشاعر ومهارة تقدير مشاعر المرضى وأسرهم
 - مهارة في تكوين العلاقة المهنية التي تعتبر أساس العمل مع المرضى بأمراض مزمنة وتطبيق الأساليب المهنية .
 - مهارة في عمليات دراسة الحالة والتشخيص (التقدير) والعلاج الأمثل .
 - جميع هذه المهارات يجب توافرها في الأخصائي الاجتماعي الطبي أو على الأقل معظمها ، فمهنة الأخصائي الاجتماعي الطبي ليست سهلة ولكنها من أشق المهن وأصعبها ولكن معظم هذه المهارات ممكن اكتسابها والتدريب عليها وبعدها تصبح المهنة سهلة ميسره .
- وهناك صفات ضرورية للأخصائي الاجتماعي الطبي مع مرضى الفشل الكلوي تتفق في التشابه مع الأخصائيين الاجتماعيين:
- كصفات المظهر والشخصية والبشاشة والتعقل والنضج والاتزان والخوف من الله في كل تصرفاته ملتزماً بمبادئ دينه وقيمه وان تكون الحالة الصحية جيدة ويتصف بكريم الخلق والسمعة الطبية .

الصفات العقلية :

- أن يكون الأخصائي الاجتماعي لماحاً نكياً .
- أن يكون قادراً على التعبير السليم والقدرة على الإقناع .
- أن يكون سريع البديهة قوي الملاحظة .
- لديه إدراك عقلي وتفكير سليم وتجاوب مع العملاء .
- أن يكون يقظاً واثقاً من نفسه واسع الاطلاع .

الصفات النفسية :

- أن يكون متزناً لا يتسرع في انفعالاته وإصدار الأحكام .
- أن يكون محباً للناس ولديه رغبة صادقة في مساعدتهم .
- أن يتصف بالتضحية والعطاء وإنكار الذات .
- أن يكون خالياً من العقد النفسية والاضطرابات .
- أن يكون خالياً من الأحقاد والصراعات الهدامة ومحباً لعمله ووطنه .

الصفات الاجتماعية :

- أن يكون قادراً على تكوين علاقات قوية قائمة على الثقة والاحترام.
- أن يكون متعاوناً مع الآخرين ، صادقاً بتقديم خدمات العملاء .
- أن يكون مسائراً للاتجاهات البناءة وفاهماً ما حوله من تطورات وتغيرات اجتماعية
- أن يكون متفهماً لمشاكل وتقاليد وعادات مجتمعه .
- أن يكون محباً لعمله ودينه ووطنه متمسكاً لتعاليمه .
- أن يكون صاحب شخصية اجتماعية وعلاقات جيدة سواء داخل المؤسسة أو خارجها .
- أن يكون مرناً في التعامل مع الآخرين ليكسب تقبل الطرف الآخر .

الصفات المهنية :

- أن يكون معداً إعداداً مهنيّاً ونظريّاً وتطبيقياً بطريقة علمية .
- أن يكون محباً ومتحمساً للعمل مع المرضى متقبلاً لهم .
- أن يكون مؤمناً بالفروق الفردية ويعمل بمرونة حسب الفروق الفردية.
- أن يكون قادراً على تقدير المشاعر والظروف والمواقف .
- أن يكون ملماً بمصادر الخدمات في المجتمع لصالح المرضى .

- أن يكون مؤمناً بأن المسؤولية في العمل مشتركة بينه وبين الفريق المعالج في المؤسسة الطبية وجميع المرضى.
- أن يكون مؤمناً بأن خدماته ومساعداته تقدم لكافة المرضى دون تفرقة
- أن يكون لديه الخبرة العملية في التعامل مع مختلف المستويات .
- أن يكون مبدعاً ومفكراً في عمله بطريقه تضمن له جودة الخدمة .

الموافقة السامية الكريمة رقم/ ١٤٨٩) بتاريخ ٥/٧/ ١٤١٠هـ الخاصة بمنح وسام الملك عبد العزيز من الدرجة الثالثة للمتبرعين بالأعضاء الرئيسية وهي (القلب، الكبد، الكليتان، نخاع العظمي) وإذا كان المتبرع متوفي دماغياً فيسجل باسمه على أن يكون منح الوسام بعد نقل العضو من المتبرع .

الموافقة على منح المرضى الذين زرعت لهم أعضاء تخفيض على تذاكر الطيران بمقدار ٢٥٪ على القطاعات الداخلية بواقع ثلاث تذاكر سنوية لمدة عامين قابلة للتجديد لعام ثالث فقط.

ومنح تخفيض خاص للمتبرعي الكلى على الخطوط السعودية الداخلية والخارجية بواقع ٥٠٪ بواقع ثلاث تذاكر سنوياً .

أن يكون المتبرع سعودي الجنسية وقد تبرع فعلاً بكليته لشخص آخر سواء داخل أو خارج المملكة .

الموافقة السامية الكريمة رقم (٣١٥٨/٧/ر) وتاريخ ٣٠/٣/١٤١٦هـ. الخاصة بالموافقة على اقتراح مجلس الخدمة المدنية بمنح الموظف المصاب بالفشل الكلوي إجازة براتب كامل عن الأيام التي يتم إجراء الغسيل له للتنقية الدموية بموجب تقرير من الجهة الطبية التي تتولى علاجه .

الموافقة السامية الكريمة رقم (١٩٥) وتاريخ ١/٨/١٤٢٢هـ بشأن التوصيات التي انتهت إليها اللجنة المشكلة بوزارة الصحة لدراسة حالات مرضى الفشل الكلوي وطول قوائم الانتظار لزراعة الكلى داخل المملكة حيث تضمنت ما يلي :

* زيادة المكافأة التي تعطى لذوي المتوفين دماغياً المتبرع بأعضائهم لمرضى الفشل العضوي الموافق عليها بموجب قرار مجلس الوزراء رقم

- (٦١) وتاريخ ١٤١٤/٦/٩هـ لتصبح (٥٠,٠٠٠) خمسون ألف ريال .
- * موافقة وزارة العمل والشؤون الاجتماعية على بنود مقررات محضر الاجتماع الذي عقد بالمركز في يوم السبت بتاريخ ١٤٠٨/١٢/٣هـ. والذي كان منها صرف إعانة مادية سنوية لمرضى الفشل الكلوي الفقراء وخاصة المحتاجين منهم مبلغ أربعة آلاف ريال ثم خفضت إلى ثلاثة آلاف ريال من قبل وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.
- * موافقة الخطوط العربية السعودية رقم ع.د/٦/١٢٨ بتاريخ ١٤١١/١١/١٤هـ. بمنح مريض الفشل الكلوي ٢٤٠ كيلو غراماً مجاناً (أدوية ومحاليل) وذلك على الرحلات الداخلية والدولية التي تبدأ من المملكة فقط.

(مركز التأهيل الشامل)

لقد تمت زيادة الإعانة السنوية للمرضى إلى مبلغ خمسة آلاف ريال سنوياً، ومع بداية العام القادم ١٤٣٠هـ ستزيد الإعانة لتصل إلى مبلغ عشرة آلاف ريال سنوياً وذلك بناءً على التوجيهات السامية .

ومن شروطهم :

- ١ - أن يكون سعودي الجنسية .
- ٢- أن لا يزيد دخله عن ٣٦٠٠ إن كان متزوجاً و ٢٥٠٠ إن كان أعزب، كما يتم صرف بطاقة تخفيض إركاب له.

الضمان الاجتماعي

يستحق مريض الفشل الكلوي معونة شهرية قدرها ٧٨٣ إن كان لا يعمل أو دخله الشهري أقل من ١١٧٥ ، وتختلف الإعانة حسب وضع الحالة الأسري والمادي بشرط أن لا تقل أعمارهم عن ١٨ عاماً.

جمعية الأمير فهد بن سلمان الخيرية لمرضى الكلى:

- التعاون الذي تم بين جمعية الأمير فهد بن سلمان والكلية التقنية بخصوص تسجيل المرضى ممن لم يتجاوز عمر الثلاثين ولم تقل أعمارهم عن ١٨ في الكلية التقنية دون النظر إلى معدل الشهادة الثانوية، مع إمكانية تسجيل أحد أبناء مرضى الفشل الكلوي كذلك بالكلية. التسجيل في المعهد المهني لمن يحمل الشهادة المتوسطة سواء للمريض أو أحد أبنائه بنفس المواصفات السابقة.
- كما تم تطبيق النظام الجديد بتسجيل مرضى الفشل الكلوي وذويهم من الدرجة الأولى بالجامعات السعودية.
- احتساب يوم الغسيل يوم إجازة مدفوع الراتب يعوض به صاحب العمل من خلال صندوق الموارد البشرية لموظفي القطاع الخاص.

- التعاون الذي تم بين جمعية الأمير فهد بن سلمان الخيرية لمرضى الفشل الكلوي وبنك الجزيرة والذي يساعد المرضى وذويهم من الدرجة الأولى على التدريب المنتهي بالتوظيف.

المراجع

- (١) الشهراني، عائض بن سعد نخاع. (٢٠٠٨). الخدمة الاجتماعية شمولية التطبيق ومهنية الممارسة. جده ١٤٢٨ هـ فهرسة الملك فهد. مكتبة الملك فهد.
- (٢) رشوان، عبدالمنصف حسن علي. (٢٠٠٧). الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي. الإسكندرية المكتب الجامعي الحديث.
- (٣) سرحان، نظمية احمد محمود. (٢٠٠٦). الخدمة الاجتماعية المعاصرة. مجموعة النيل العربية. القاهرة.
- (٤) الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة. دار المعرفة الجامعية. ٢٠٠٤.
- (٥) عبداللطيف، رشاد أجمد. (٢٠٠٨). مهارات الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية. الاسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة.
- (٦) عبدالهادي، محمد. (٢٠٠٤). الخدمة الاجتماعية. دار العلوم العربية للطباعة والنشر.
- (٧) علي، ماهر ابو المعاطي. (٢٠٠٠). مهارات ممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية. نشر وتوزيع الكتاب الجامعي جامعة حلوان.
- (٨) علي، ماهر ابو المعاطي. (٢٠٠٣). الخدمة الاجتماعية في مجالات الممارسة المهنية. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.
- (٩) علي، ماهر ابو المعاطي. (٢٠٠١). دليل التدريب الميداني لطلاب الخدمة الاجتماعية. القاهرة .
- (١٠) علي، ماهر بو المعاطي. (٢٠٠٣). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. مكتبة الزهراء.
- (١١) محمد، علي الدين السيد. (١٩٩٨). الخدمة الاجتماعية في المجتمعات النامية. القاهرة. منتدى وزارة الصحة ، محور مرضى الكلى.

دليل الخدمة الاجتماعية الطبية في المجال النفسي

إعداد

أ. مسفر يحيى القطاني

ماجستير إرشاد نفسي

أخصائي اجتماعي نفسي

مستشفى الصحة النفسية بالطائف

تقديم

الحمد لله، نستعين به، ونستغفره، ونتوب إليه، ونتوكل عليه، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ومن سيئات أعمالنا، ونشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له، ونشهد أن محمداً عبد الله ورسوله، وبعد لا شك أن الخدمة الاجتماعية كعلم يُدرس ومهنة تمارس لا تقل أهمية عن بقية العلوم والمهن الأخرى. ورغم أنها قد خبطت خطوات سريعة على الصعيدين. إلا أنه مازال ينتظر من المختصين في هذا المجال المزيد من الجهد والعطاء. أياً كانت مواقعهم الأكاديمية والمهنية، وبغض النظر عن حجم ما يناط إليهم من مسؤوليات ومهام.

وفي الصفحات القادمة نبذة مختصرة عن الخدمة الاجتماعية من حيث التعريف بها والمبادئ القائمة عليها، إلى جانب تسليط الضوء على أنظمتها، والتطرق وبإسهاب عن الخدمة الاجتماعية في مجالها الطبي وتحديد المجال النفسي والدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في المستشفى الأم .. والذي أتصور أنه لا يختلف كثيراً عن ما يمارسه زميله الأخصائي الاجتماعي في باقي المصحات النفسية في بلادنا الغالية.

وما أرجوه أن أكون قد وفقت فيما أصبوا إليه في وضع أساس لدليل الخدمة الاجتماعية الطبية (المجال النفسي) على أن يكون حافزاً لغيري في تطويره والتوسع في طرح المزيد من الجوانب الهامة والحيوية حتى يواكب كل ما هو جديد ومفيد.

والله هو المرتجى وحده. وولي التوفيق،،

مسفر القحطاني

الخدمة الاجتماعية

نبذة تاريخية:-

نشأت الخدمة الاجتماعية مع نشأة وتطور المجتمعات الإنسانية فكانت مجرد أنشطة إحصائية يقوم بها من عرف عنهم حب عمل الخير فعرفت قديماً بالإحسان، أو مساعدة الميسور للمحتاج لذلك فهي قديمة كل القدم.

وحديثاً، وكما أشار الصادي (١١/١٠/١٩٩٩م) أن الخدمة الاجتماعية "تعتبر بمفهومها الحديث عن محاولة تغيير نظام الإحسان غير أنها سرعان ما أصبحت نظاماً خاصاً له وظيفته. فهي لم تكن تهدف في بداية تطورها في الدول الغربية على أن تصبح مصدراً جديداً للإحسان، بل كانت تهدف إلى تحسين استفادة الفقراء من مصادر الإحسان. بدون إهدار كرامتهم الإنسانية. ولقد تطورت الخدمة الاجتماعية رغم حداثتها تطوراً كبيراً حتى أصبح ميدان المعونة الاقتصادية هو أضعف الميادين فيها. وكانت تواجه المشكلات الاجتماعية المصاحبة للتطور الاقتصادي والاجتماعي محاولةً أن تجد لها الحلول العلمية المناسبة، ولم يعد عملاء الخدمة الاجتماعية هم الفقراء فقط بل أصبحوا ذوي المشكلات من جميع الفئات بل والأسوياء أيضاً".

والخدمة الاجتماعية لا زالت حديثة العهد مقارنةً ببقية العلوم الأخرى، إلا أنها تتطور وبشكل سريع فكما يُذكر لم يستخدم مصطلح (الخدمة الاجتماعية) Social Work إلا إعتباراً من القرن العشرين، وقد أُستخدم ليطلق على تلك المهنة الحديثة التي تطورت عن تلك الجهود التي عرفت البشرية منذ أقدم عصورها، والتي كانت تعتبر إحساناً أو حياً لعمل الخير أو مساعدة الفقراء أو الإصلاح الاجتماعي.

وقد تطورت المهنة حديثاً عن تلك الجهود العريقة أيضاً.. وما زالت تتطور
وبمعدلات سريعة.

تعريف الخدمة الاجتماعية:-

ليس هناك من جملة التعاريف ما يمكن اعتباره تعريفاً دقيقاً، وعلى ذلك فإن عدم
وجود تعريف دقيق للخدمة الاجتماعية لا يدل في حقيقة الأمر على قصورها بقدر ما
يدل على صعوبة وضع ذلك التعريف لمهنة متغيرة متجددة باستمرار.

ولقد عرفها بسنو (١٩٩٨/١٧) بأنها هي " توفير الخدمات المتخصصة
لمساعدة الأفراد كأفراد أو جماعات على مواجهة الصعاب النفسية والاجتماعية،
الحالية، أو المستقبلية، والتي تعرقل أو يحتمل أن تعرقل إسهامهم الكامل، أو
الفعال في المجتمع ".

ومن التعريف يتضح أنه قد أعطى للخدمة الاجتماعية هدفاً علاجياً وفي
الوقت نفسه هدفاً وقائياً، فدور الخدمة الاجتماعية كما جاء في التعريف هو
مساعدة الأفراد على مواجهة مشكلاتهم الاجتماعية والنفسية الحالية والمستقبلية.

طبيعة الخدمة الاجتماعية:-

علماء الخدمة الاجتماعية اختلفوا كثيراً حول تحديد طبيعة الخدمة

الاجتماعية:

هل هي علم؟

أم هي فن؟

أم أنها علم وفن؟

فهناك من وصفها بأنها علم وفريق آخر وصفها بأنها فن وفريق ثالث وصفها
بأنها مهنة، أما الفريق الرابع فيضعها في عداد النظم الاجتماعية. بينما يرى
آخرون أن الخدمة الاجتماعية علم وفن والقضية إلى حد ما يصعب حسمها!

ولكن ما هو متفق عليه لدى معظم العلماء ممن اهتموا بوضع تعريف للخدمة الاجتماعية أنها مهنة تمارس على أسس علمية وتستخدم مهارات فنية في مجالات متعددة.

مبادئ الخدمة الاجتماعية:-

هناك مجموعة من المبادئ للخدمة الاجتماعية. أهمها الآتي:

١- مبدأ القبول: بمعنى أنه يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يتقبل العميل (المريض) كما هو لا كما يجب أن يكون عليه. فمبدأ القبول شرط أساسي لنشوء الثقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل ومن ثم النجاح في مساعدته.

٢- مبدأ العلاقة المهنية: والعلاقة المهنية هي تفاعل سيكولوجي بين مهني وعميل يرتكز على مبادئ وأسس المهنة ويتسم بالثقة والموضوعية والتي يبتعد فيها الأخصائي الاجتماعي عن التحيز ضد العميل أو حتى معه.. وللعلاقة المهنية عدة اعتبارات أخلاقية. أهمها: احترام العميل وتقدير كرامته.

ولكون تلك العلاقة محدودة بالفترة التي يبدأ فيها بمساعدة العميل وتنتهي بانتهاء تقديم تلك المساعدة. فإن على الأخصائي الاجتماعي أن يشعر عميله (المريض) بقرب نهاية العلاقة وما تتضمنه من مقابلات اجتماعية حتى لا يفاجأ بانتهائها فيحدث منه ردة فعل غير إيجابية تؤثر على استناده الكاملة من المساعدة. والهدف الآخر هو تجنب حدوث ما يعرف بالتعلق النفسي من قبل العميل بالأخصائي الاجتماعي والاعتماد عليه باستمرار..

ولا يعني ذلك أن يتجاهله الأخصائي الاجتماعي إذا زار المؤسسة أو صادفه ذات مرة في الطريق فربما قد يحتاجه بالفعل مرة أخرى ولكن هنا تبرز مهارة الأخصائي الاجتماعي في تحديد ما إذا كان فيما ذكره له العميل ما يستوجب مساعدته أو أن ذلك تعلقاً نفسياً بالفعل جعل منه شخصية اعتمادية .. لأن ذلك سيولد لديه شعور بعدم رغبة الأخصائي الاجتماعي في مساعدته مجدداً أو أنه قد مل منه الأمر الذي يجعله يحجم عن طلب المساعدة من المؤسسة.

٣- مبدأ حق العميل في تقرير مصيره فهو بنفسه يقرر ويختار ما يناسبه مما يقدم له من حلول " فالعميل هو المسئول أولاً وأخيراً عن حياته وعن سلوكه بوجه عام. لذا فإن اقتراح الحلول المختلفة لمشكلته، واتخاذ القرار النهائي بشأنها هو من مسؤوليته ". (جمل الليل، ٢٠٠٢م: ١٩٦)

فمهمة الأخصائي الاجتماعي في نهاية المطاف تنحصر في تقديم المساعدة وعلى التمييز بين الحلول المطروحة. لهذا ينصح الأخصائي الاجتماعي بأن لا تأخذه الحماسة، في تقديم الحل الذي يراه هو أنه المناسب من وجهة نظره.

٤- مبدأ السرية " يتضمن هذا المبدأ أن يلتزم الأخصائي الاجتماعي بالمحافظة على أسرار العملاء الذين يعمل معهم، وأن يكون أميناً على المعلومات والبيانات المتعلقة بأسرار حياتهم، وأن يكون واعياً لهذه المعلومات. فلا يسمح لأحد بالإطلاع عليها، ولا يسمح لنفسه بإذاعتها للغير، ولا يبوح بها إلا لمصلحة العميل وبإذن منه إذا كان الموقف يتطلب ذلك وفي أضيق الحدود" (الصادي، أحمد، عجوبة، مختار، ١٩٨١م: ٤٧ . ٤٨)

طرق الخدمة الاجتماعية المهنية:-

وهي ثلاثة طرق رئيسية:-

١. خدمة الفرد. Case Work

٢. خدمة الجماعة. Group Work

٣. تنظيم المجتمع. Community Organization

وما يهنا هنا النوع الأول وهو خدمة الفرد فما يمارسه الأخصائيون الاجتماعيون بالمؤسسات العلاجية المختلفة (المستشفيات العامة والتخصصية) مع الحالات المرضية (العملاء) المنومة بالأقسام الداخلية أو مراجعي العيادات هو في الغالب هذا النوع من الخدمة.

ففي كل مستشفى - كما هو معروف - يوجد قسم يُعرف بقسم الخدمة الاجتماعية الطبية والذي يضم بطبيعة الحال أعداد من الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات. خريجي أقسام الخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع العام.

الخدمة الاجتماعية الطبية

تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية:-

عرفتها إقبال بشير (١٩٨٠م: ١٢٤) بأنها: " تلك العمليات المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة استجابات المريض إزاء مشكلاته المرضية. وذلك في المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية لتوفير الفرص الملائمة والتي تسمح للمريض للانتفاع بالخدمات الطبية بطريقة فعالة كما تهتم بتقديم المساعدات في حل المشكلات الاجتماعية والانفعالية التي تؤثر في تطور المرض وسير العلاج, كما تهدف إلى مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج ثم مساعدته على التكيف في بيئته الاجتماعية ".
الخدمة الاجتماعية الطبية في المملكة العربية السعودية:-

لم تبدأ الخدمة الاجتماعية الطبية بالمملكة في شكلها الرسمي داخل المرافق الصحية إلا متأخرة جداً مقارنة بغيرها من البلدان ويكفي للتأكيد على هذا معرفة أن تاريخ (١/١٢/١٣٩٣هـ) شهد أول قرار وزاري بإنشاء قسم الخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة ويتبع المديرية العامة للطب الوقائي.

وما تزال الأقسام العلمية المتخصصة في فروع الخدمة الاجتماعية وأقسام علم الاجتماع العام في الجامعات السعودية تخرج سنوياً أعداداً من الخريجين المؤهلين للانخراط في المؤسسات الاجتماعية. . وما نلمسه من ازدياد ملحوظ في أعداد الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات العاملين في المستشفيات العامة والتخصصية يؤكد الأهمية والحاجة المستمرة لتأهيل المزيد من الكوادر البشرية وتدريبها للعمل في هذا المجال حيث تعتبر وزارة الصحة في قائمة الجهات الرسمية الأكثر طلباً واحتياجاً لهذه الخدمة المهنية المتخصصة.

الأخصائي الاجتماعي:-

تعريف الأخصائي الاجتماعي Social Worker "هو شخص مدرب تدريباً مهنيّاً اهتمامه الأساسي مساعدة الفرد أو الأسرة في التوافق مع البيئة المحلية الاجتماعية" (روز, ١٩٩٦م: ١٢٤).

بينما الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في إحدى المصحات أو العيادة النفسية يطلق عليه (أخصائي اجتماعي الطب النفسي) psychiatric- Social Worker

دور الأخصائي الاجتماعي الطبي:-

يقال دور أو مهام أو واجبات الأخصائي الاجتماعي وجميعها تعبر عن ما يراد إيصاله للأذهان حول طبيعة ومسؤوليات العمل الاجتماعي الرسمي.. وهنا سيقصر الحديث عن دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي وبالتحديد مجال الخدمة الاجتماعية النفسية في المصحات النفسية.

وأن وجد هناك اختلاف فيما يقدم من خدمات اجتماعية في مستشفى عنه عن الأخر من مستشفيات الصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية, فإنه من المؤكد أنها لا تختلف كثيراً وخصوصاً في أهم الأدوار والمهام الأساسية.

ويعتبر مستشفى الصحة النفسية بمحافظة الطائف أقدم مستشفى على مستوى المملكة العربية السعودية ودول الخليج العربي, حيث تأسست عام ١٣٨٢هـ. ويُعد قسم الخدمة الاجتماعية الطبية فيها من أقدم الأقسام المساعدة. لذلك سنورد فيما يلي تلك الأدوار والمهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي والذي يمثل هذا القسم. والأدوار هي:

أولاً: إعداد البحوث الاجتماعية بأنواعها الثلاثة الرئيسية:

١. البحث الاجتماعي الشامل.

٢. البحث الاجتماعي التتبعي.

هذه البحوث لا بد وأن تشمل على مجموعة من العناصر الضرورية فالبحث الاجتماعي الشامل يجب أن يتناول حياة المريض بشكل عام إضافة إلى ما يتعلق منها بطبيعة الشكوى المرضية (أنظر الملاحق ص ٢٤. ٣٠) أما البحث التبعي فيتضمن حالة المريض داخل جناح التنويم (أنظر الملاحق ص ٣١. ٣٢) والبحاث الاجتماعية الشاملة تكتب في (استمارة) خاصة (أنظر الملاحق ص ٣٤. ٣٨) ولقد تم استبدالها في عام ١٤١٨هـ بما يعرف باسم (استمارة لإجراء البحث الاجتماعي) الموجودة ضمن صفحات الملف الطبي. (أنظر الملاحق ص ٣٩)

٣. البحث الخاص: وهو بحث يُعد لتلك الحالات الخاصة التي تستدعي خدمتها مشاركة جهات أخرى كوزارة الشؤون الاجتماعية مثلاً وهو بحث يشبه في معظم عناصره عناصر دراسة الحالة Case Study

ثانياً: حضور الاجتماعات الإكلينيكية التي تقام داخل الأقسام الداخلية:

ودور الأخصائي الاجتماعي في هذه اللقاءات والاجتماعات هو القيام بدور العرض الاجتماعي الذي من خلاله يقدم فكرة كاملة عن أهم المشكلات التي يعاني منها المريض سواء داخل جناح التنويم أو في علاقاته مع أسرته ومجتمعه خارج المستشفى بمعنى آخر تقديم خلفية اجتماعية وافية للفريق المعالج عن حالة المريض ومآله الاجتماعي، والرد على أي استفسار قد يرد من أي عضو من أعضاء الفريق عن وضعه الاجتماعي يساعد على وضع التشخيص النهائي للحالة (خدمة تشخيصية).

ثالثاً: عقد جلسات خاصة بالنزلاء في الأقسام الداخلية (التثقيف الصحي):

الهدف من تلك الجلسات إتاحة الفرصة أمام المرضى النزلاء للتحدث بحرية عما يجول في خواتمهم، وتعديل ما قد يعتقدون أنه صحيحاً بأسلوب مناسب

ويشجع الأخصائي الاجتماعي المرضى على تعديل أفكارهم وسلوكياتهم غير المقبولة وبالشكل المقبول اجتماعياً وتحقيق ولو القدر البسيط من عدم فقدانهم لمهاراتهم الاجتماعية ومحاولة إعادة ما فقدوه. وتنمية قدراتهم على التحدث والتعبير والإصغاء وأبدأ الرأي والمشاركة والتفاعل الاجتماعي. كنوع من ما يعرف باسم العلاج الجماعي Group Therapy إضافة إلى تقديم التوجيهات والإرشادات الصحية العامة على سبيل تثقيفهم صحياً ومن المواضيع التي تطرح بشكل مُبسط وفي المستوى العام للمرضى مواضيع عن النظافة العامة وأضرار التدخين والحث على الاستجابة لتوجيهات الأطباء وتعليمات الهيئة التمريضية.

رابعاً: ملاحظة سلوكيات المرضى وتسجيلها في الملف الطبي لكل مريض:

حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بتسجيل ملاحظاته عن المرضى في الملف الطبي وفي الصفحات المخصصة للبحوث الاجتماعية. مثال تلك الملاحظات: (مريض لديه محاولات انتحارية أو محاولة هروب أو يحدث مشكلات جانبية مع بقية النزلاء أو العاملين أو أنه يحدث نفسه) والهدف منها تمكين بقية أعضاء الفريق المعالج من الاطلاع عليها للإسهام في تقييم مدى تحسن حالته وتأهله للخروج أو تمديد مدة بقاءه أو تغيير الخطة العلاجية أو تعديلها.

كما أن الأخصائي الاجتماعي يطلع على تقارير التمريض اليومية خلال ملاحظاتهم للمرضى في الفترات المسائية والتي لا يكون الأخصائي الاجتماعي موجوداً فيها وأحياناً الاستفسار شخصياً من الممرضين عن أحوال المرضى في تلك الفترات.

خامساً: المشاركة في إعداد وتنفيذ البرامج والأنشطة الاجتماعية:

تهدف تلك البرامج والأنشطة الاجتماعية إلى إخراج المرضى من عزلتهم المرضية. وإدخال البهجة والسرور على أنفسهم وتنشيطهم إضافة إلى ما تحققه مثل تلك البرامج والأنشطة من أهداف تأتي ضمن الخطط العلاجية التي تهدف إلى إعادة تأهيلهم وعودتهم إلى مجتمعاتهم من جديد. هذه البرامج والأنشطة هي:-

- ١- الرحلات الاجتماعية: كالخروج الحر (النزهة الحرة) وخروج اليوم الكامل في ضواحي مدينة الطائف ومنتزهاتها العامة. حيث يتم اختيار المرضى المستقرين وتسجيلهم ضمن نموذج أعد لهذا الغرض. (أنظر الملاحق ص ٤١)
- ٢- الألعاب والمسابقات الرياضية:- ويتم ذلك باختيار المرضى المستقرين والذين يمكنهم الحركة. وليس لديهم موانع طبية تمنعهم من الحركة أو أن يكون أحدهم ممن لديه ميول للهرب من المصحّة. وتقدم هذه البرامج الرياضية بشكل مُبسّط يراعى فيه قدراتهم الجسدية وحالاتهم المرضية.
- ٣- المسابقات الثقافية:- ويتم إشراك المرضى المستقرين في هذه المسابقات ويراعى عند إعدادها الأخذ في الاعتبار مستوياتهم التعليمية والثقافية، ويقع على عاتق الأخصائي الاجتماعي مسؤولية متابعة وتنفيذ تلك المسابقات وتقديم الحوافز المعنوية والجوائز التشجيعية المقررة للفائزين.

سادساً:- مراجعة ومخاطبة الجهات الرسمية ذات العلاقة:

لإنهاء المعاملات الإدارية الخاصة ببعض النزلاء أو عند الحاجة إلى مخاطبة ذوي المرضى، ويتم هذا عن طريق قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفى وبالتنسيق ومتابعة الأخصائي الاجتماعي المسئول عن المريض صاحب المعاملة.

ومن أهم هذه الجهات:-

١. المحافظة.
٢. الأمن العام.
٣. مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الطائف.
٤. مستشفيات الصحة النفسية.
٥. مستشفيات الأمل.
٦. مراكز التأهيل الشامل.
٧. دار الرعاية الاجتماعية للمسنين.
٨. مكتب الضمان الاجتماعي.
٩. مراكز الدعوة والإرشاد.
١٠. جمعيات البر الخيرية.
١١. جمعية أصدقاء المرضى.
١٢. جمعية الثقافة والفنون.

وغيرها من الجهات ذات العلاقة. وبعد الانتهاء من إنهاء المعاملة , يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعبئة نموذج خاص بهذا النوع من النشاط. (انظر الملاحق ص ٤٢)

سابعاً: استطلاع رغبات المرضى والتعرف على آرائهم حول نوع الخدمات التي تقدم لهم:

أهم هذه الخدمات هي: خدمات التغذية (الإعاشة) ويتم ذلك من خلال استمارات استطلاع توزع على كافة أقسام التنويم (انظر الملاحق ص ٤٣. ٤٤) ومن ثم جمعها والقيام بتفريغها ضمن جداول إحصائية ودراستها ومناقشة ما احتوته من ملاحظات مع الأقسام المعنية.

ثامناً: المشاركة في برامج العلاج بالعمل:

لقد أصبح العلاج بالعمل Occupational Therapy كما ذكر زهران (١٩٩٧م:٣١٣) " من أهم الطرق والوسائل العلاجية في الأمراض النفسية, وهو علاج ضروري يكمل العلاج الجسدي والعلاج النفسي بكافة أنواعه ".
 لذلك يوجد مركز خاص يعرف باسم (مركز العلاج بالعمل) داخل المستشفى يهدف إلى توجيه المريض إلى ممارسة ما يناسبه من أنشطة مهنية يحقق من خلالها التعبير عن المشاعر السلبية التي تولدت عن انخفاض تقديره لذاته كذلك التخلص من الصراعات النفسية والتركيز على معاناته المرضية والعزلة الاجتماعية.. ويتولى الأخصائي الاجتماعي مع بقية الأعضاء الفريق المعالج بجناح التنويم مهمة اختيار المرضى الذين يمكنهم الاستفادة من المركز والذين لا يخشى عليهم من استخدام الأدوات والأجهزة الكهربائية.. فلا يلحق بالمركز إلا المرضى المستقرين, وعلى الأخصائي الاجتماعي ضرورة الإشراف عليهم في مواقع تدريبهم وملاحظة استجاباتهم لما يتلقونه من تدريب حيث سيتم تسجيل تلك الملاحظات والمشاهدات الحية ضمن البحث الاجتماعي التتبعي لأنها تساعد الطبيب النفسي وبقية أعضاء الفريق المعالج على تكوين انطباع تشخيصي يفيد بدرجة كبيرة في تحديد مسار الخطة العلاجية مثال: قسم التربية الفنية بمركز العلاج بالعمل يوجد به الكثير من الأعمال الفنية من رسم وخط وخلافه والتي وأن قد تبدو للبعض أنها غير ذات معنى أو أدنى قيمة إلا أنها في حقيقتها تعكس ما بداخل أولئك المرضى من مشاعر وأفكار يقومون بإسقاطها على الورق.

تاسعاً: توجيه الخطابات لذوي المرضى وإجراء الاتصالات الهاتفية معهم:

لحث ذوي النزلاء على زيارة مرضاهم ويحرص الأخصائي الاجتماعي على مقابلتهم لإقناعهم باستلام مرضاهم (المتحسين) وتوضيح خطورة إبقائهم بالمستشفى دون حاجة وكيف أن ذلك سيؤدي إلى انتكاسة حالتهم المرضية وتدهور حالتهم الصحية فضلاً عن فقدانهم لفرصة استعادة مهاراتهم الاجتماعية والتي فقدوا بعضها أن لم يكن معظمها بسبب بقائهم لسنوات عدة داخل أقسام التنويم كحالات مرفوضة اجتماعياً.

كما يتصل الأخصائي الاجتماعي (كتابياً . هاتفياً) بذوي النزلاء عند حاجة الفريق المعالج لبعض المعلومات عن حالة المريض قبل دخوله المستشفى... ومعرفة منذ متى بدأ معه المرض؟ وما هي المحاولات العلاجية؟ والتعرف على تصرفاته داخل المنزل؟ وخارجه؟ وغيرها من المعلومات الضرورية التي تساعد على وضع أو تأكيد التشخيص النهائي للبدء في الخطة العلاجية. والتي للأخصائي الاجتماعي نصيب الأسد في تنفيذ معظمها.

ولمتابعة تلك الاتصالات وإعادة إجرائها عند الحاجة ولأهمية تسجيل استجابات ذوي المرضى وقياس مدى تعاونهم مع الفريق المعالج فلقد تم إعداد استمارة خاصة لهذا الغرض. (انظر الملاحق ص ٤٥)
عاشراً: عقد الجلسات الدينية:

لقد بات من الضروري جداً التركيز وحرص على الجانب الديني في علاج العديد من الحالات النفسية كحالات القلق النفسي واضطرابات الشخصية وحالات المخاوف ذلك لأن العلاج الديني يعد على جانب كبير من الأهمية لا يقل في ذلك شأناً عن بقية العلاجات النفسية الأخرى كالعلاج الدوائي (العقاقيري) وغيره. وفي مجال الطب النفسي فإن الغاية من أقامته هو

العودة بالمريض النفسي إلى مجتمعه من جديد ليتفاعل معه وبالصورة العادية التي لا يشوبها أي خلل أو اضطراب بعد أن أعيد له توازنه النفسي والاجتماعي. وإذا كان هذا هو الهدف الذي يسعى إليه الطب النفسي فإن هذا ما يحققه الدين الإسلامي كركيزة أساسية من أعظم الركائز والدعائم التي يركز عليها الكيان النفسي لأي مسلم.

ومن هذا المنطلق فإنه يوجد بالمستشفى مكتب يتولى هذا الجانب العلاجي ويعرف بمكتب التوعية الدينية (٣) وهو يقدم ما يمكن أن نسميه (علاج ديني) وإلى حد ما حيث أن الأسلوب المتبع هو الإرشاد الديني، وتخفف أيضاً من وطأت الأزمات والمتاعب النفسية والصعاب الاجتماعية خصوصاً مع حالات اضطراب الشخصية بأنواعها وبطريقة جماعية. ودور الأخصائي الاجتماعي في هذا الجانب هو الإسهام في اختيار الموضوعات الدينية المناسبة ومناقشتها مع مشرف العلاج الديني وبراى عند اختيار تلك الموضوعات أن تتناسب مع مستويات المرضى العلمية والثقافية والتي تمكنهم قدراتهم الذهنية من الاستيعاب والفهم. وأن تحمل في مضامينها سبل الهداية وبيان أضرار المخدرات والمسكرات وتجنب سوء الأخلاق، انطلاقاً من أهمية تقوية صلة العبد بخالقه جل وعلا ولكونها وبطبيعة الحال تحقق الطمأنينة النفسية، يقول الخالق سبحانه وتعالى:

(٣) البروفيسور العالمي/ الوفي أبو شته (مغربي)، أستاذ الطب النفسي ورائد العلاج الديني في الوطن العربي وواضع التكنيكات العلاجية التي تقوم على الإقناع واستمالة مشاعر المضطرب نفسياً.. عمل بالمستشفى الفترة (١٩٩٣.١٩٩٦م) إلا أن قصر مدة بقاءه بالمستشفى لم تمكنه من تقديم اتجاهه العلاجي بشكلٍ كافٍ. وتدريب من يمكن أن يقومون بهذا النوع من العلاجات وكان ذلك قبل صدور قرار وزارة الصحة (٢٠٠٠م) بإنشاء مكاتب التوعية الدينية في مرافق ووحدات الوزارة المختلفة ليكون هذا الدور من ضمن ما تقوم به هذه المكاتب من أدوار مع الفرق في الكيفية.

((الذين أمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب))
"الرعد ٢٨" وحالات الإدمان والوسواس القهري، وغيرها من الحالات الذهانية
والتي يمكنها الاستفادة من هذه الجلسات الدينية التوعوية.
مكان هذه الجلسات الدينية مكتب التوعية الدينية أو في أقسام التنويم
الداخلية أو في أغلب الأحيان مسجد المستشفى.

أحد عشر: القيام بالزيارات الميدانية للمرضى بعد خروجهم من المستشفى:
حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي المسئول عن المريض الذي تقرر زيارته
من قبل الفريق المعالج بزيارته في منزله يسبق ذلك التنسيق مع ذويه وأخذ
موافقتهم على الزيارة. (١)

والهدف منها الاطمئنان على استقرار حالة المريض والتأكد من انتظامه على
تناول العلاج وفي مواعيده المحددة من قبل الطبيب النفسي. والتعرف على مدى
تقبله وتكيفه مع بيئته الاجتماعية داخل أسرته ومجتمعه. ومن خلال الزيارة
يناقش مع ذوي المريض مستقبل المريض الزواجي والمهني ومجالات قضاء
وقت الفراغ، ونوعية العلاقات الاجتماعية، والمسؤوليات التي يوكلها الأهل
للمريض. ويوجه الأخصائي الاجتماعي الأسرة إلى الطريقة السليمة والصحية في
التعامل مع المريض النفسي لتجنب الانتكاسات المرضية.

(١) هذا الدور يعيقه العديد من الصعاب بسبب قصور الثقافة الصحية النفسية لدى معظم
الأهالي وجهلهم بدور الأخصائي الاجتماعي.

وكيف أنه لا بد من عدم وصمه بالمرض النفسي والحرص على تجنب ترديد العبارات السالبة المحطمة للذات. وحثه على تخفيف نبرة الانتقاد وتعزيز جانب المبادرة لدى المريض في اتخاذ قراراته المصيرية بنفسه وبمتابعة أسرية واعية ومتوازنة لا تسلط فيها ولا إهمال.

أثنى عشر: التعاون مع قسم التدريب والتعليم المستمر:

ويتم ذلك عن طريق القيام بالمهام التالية:-

١- إعداد وتقديم المحاضرات التخصصية ذات العلاقة بطبيعة العمل الاجتماعي.

٢- المشاركة في عرض الحالات السريرية (الجانب الاجتماعي للحالة).

٣- تقديم المساعدات والتسهيلات التدريبية لطلاب وطالبات الجامعات والكليات والمعاهد الصحية بنين وبنات.

وما الدليل الحالي . المتواضع . إلا نموذجاً لهذا التعاون.

ثلاث عشر: القيام بدور العلاقات العامة بالمستشفى:

ويتم هذا من خلال استقبال زوار المستشفى من عاملين في حقل الصحة النفسية على مختلف فئاتهم الصحية. وطلاب وزارة التربية والتعليم على مختلف مراحلهم التعليمية وطلاب وأعضاء هيئة التدريس من مختلف الجامعات المحلية والعالمية كنوع من محاولة ربط المجتمع بالمستشفى كمؤسسة لها دورها في المجتمع والتعريف بما تقدمه هذه المؤسسة من خدمات علاجية وتأهيلية وتوعوية. ومن الأنشطة الإعلامية التي يشارك فيها الأخصائي الاجتماعي مع قسم العلاقات العامة والإعلام بالمستشفى المشاركات الصحفية.(أنظر الملاحق

ص ٤٨. ٥٣)

وهي على النحو الآتي:

- ١- الرد على تساؤلات واستفسارات المواطنين والصحفيين عن كل ما يتعلق بالمستشفى. ولكن في نطاق ما يسمح به النظام والذي يؤكد على عدم المساس بكرامة نزلاء المستشفى وخصوصيتهم.
- ٢- الإدلاء بالرأي الاجتماعي المتخصص فيما يطرحه الصحفيون من تحقيقات وقضايا ومشكلات اجتماعية تشغل المجتمع ويطلبون المشاركة في تشخيصها وطرح الحلول المناسبة لها.
- ٣- تقديم الاستشارات النفسية والاجتماعية (أنظر الملحق الرابع ص ٥٠.٤٥) هدف آخر؛ وهو الإسهام توعوياً وعبر مختلف الوسائل الإعلامية المتاحة في تصحيح الاتجاهات السالبة والمعتقدات الخاطئة والتي خلفتها الموروثات الشعبية البالية وضعف الوعي الصحي النفسي لدى البعض من أفراد المجتمع نحو حقيقة:

- المرض النفسي.
- المريض النفسي.
- الطبيب النفسي.
- العلاج النفسي.
- المصحة النفسية.
- العيادة النفسية.

في محاولة جادة للتخفيف من حدة وطأة وصمة عار Stigma المرض التي يعاني منها المريض النفسي المقيم في المصحة النفسية أو من يعيش خارجها والتي من أثارها السلبية أيضاً إجمام من يحتاج للعلاج النفسي عن مراجعة

العيادة النفسية لخشيته من نظرة المجتمع الجائرة والتي قد تدفعه إلى اللجوء لمدعي العلاج الشعبي من السحرة والمشعوذين طلباً للعلاج.

أربع عشر: العمل بالعيادة الخارجية: (١)

حيث يحدد لكل أخصائي اجتماعي يومين أو ثلاثة أيام من كل شهر ضمن الجدول الشهري (أنظر الملاحق ص ٤٦) لمقابلة الحالات الجديدة بالعيادة الخارجية وإعداد البحوث الاجتماعية الشاملة لها . إلى جانب التدخل المهني لحل ما قد يحدث من مشكلات داخل العيادة، مثال: مريض يرفض الاستجابة لتعليمات الهيئة التمريضية بالعيادة. أو يرفض (التنويم) حين يُقرر له.. وهنا تبرز مهنية الأخصائي الاجتماعي في إقناع المريض وتبصيره بأهمية قبول ما قُرر له من إجراء هو في صالحه لا ريب.

وقد يقفز إلى الأذهان سؤال وهو إذا كان هذا هو ما يقوم به الأخصائي الاجتماعي من أدوار ومهام في ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية (المجال النفسي) فما هي إذاً أدوار ومهام الأخصائية الاجتماعية في المجال نفسه؟ والإجابة هي: يقع على عاتق الأخصائية الاجتماعية وفي حدود قدراتها وخصوصيتها كمواطنة سعودية معظم هذه الأدوار والمسؤوليات نحو المريضات بأقسام التنويم الداخلية وعيادة النساء وزائرات المستشفى.

(١) وضع دور الأخصائي الاجتماعي في العيادة الخارجية كأخر دور ليس لأنه أقل الأدوار ممارسةً . كما قد يعتقد . ولكن لارتباط الأدوار السابقة ببعضها البعض . ولأنه يمارس معظمها بأقسام التنويم.

المراجع

- ١- إقبال, بشير (١٩٨٠م) الخدمة الاجتماعية الطبية, القاهرة: وزارة الشؤون الاجتماعية.
- ٢- الصادي, أحمد فوزي , عجوبة, مختار إبراهيم (١٩٩٩م) الخدمة الاجتماعية وقضايا التنمية في الدول النامية, الرياض: دار اللواء.
- ٣- جمل الليل, محمد جعفر (٢٠٠٢م) المساعدة الإرشادية النفسية , ط٢, جدة: الدار السعودية للنشر والتوزيع.
- ٤- زهران, حامد عبدالسلام (١٩٩٧م) الصحة النفسية والعلاج النفسي, ط٣, القاهرة: عالم الكتاب.
- 5- Bisno ,H. Philosophy Of Social Work, Public Affairs Press. 1953,P.I.
- 6-Ross.M. Community Organization: Theory and Principles, Harper and Brothers,1955 MP 36

الملاحق

عناصر البحث الاجتماعي الشامل

اليوم:- (يُسجل اليوم

التاريخ: (يُسجل التاريخ)

أولاً: البيانات الأولية:

أ- الاسم / يسجل الاسم رباعياً في الصفحات المخصصة للبحث الاجتماعي

الشامل داخل الملف الطبي (١)

ب - العمر / يسجل العمر لأسباب عدة منها ارتباط بعض الأمراض النفسية بمرحلة عمرية معينة.

ج - العنوان/ يُسجل العنوان بالتفصيل، وأرقام الهواتف الثابتة وأرقام (الجوالات)

الخاصة بذوي المرضى لأهمية ذلك في التواصل معهم عند الحاجة

لاستكمال البحث الاجتماعي الشامل، أو عند الحاجة لطلب موافقتهم على

إجراء تدخل جراحي، أو عمل جلسات العلاج بالكهرباء

(Electroconvulsive Therapy) أوحين تظهر الحاجة لاستدعائهم لاستلام

مرضاهم عند تحسن حالاتهم وتأهلهم للخروج من المصحّة، أو عند أي

طارئ كالوفاة مثلاً.

ثانياً: الشكوى:

ولها مصدرين/ المصدر الأول: وهو المريض نفسه حيث يتاح له المجال

للحديث عن معاناته المرضية. وهنا يجب الالتزام بتطبيق كامل شروط المقابلة

المهنية ومنها: الاستماع والإصغاء إلى ما يذكره له المريض ولا بد من تسجيل

اسم المريض رباعياً الهدف منه تجنب حدوث الخطأ. ولكي يسهل التعرف على

ملفه الطبي عند الحاجة سواء في جناح التنويم أو في العيادة الخارجية لأن تشابه بعض الأسماء في الاسم الثاني والثالث وأحياناً عدم وضوح الرقم الطبي على الغلاف الخارجي للملف يؤدي إلى ضياع الوقت في التحقق من صحته. وخصوصاً حين يُجرى البحث للمريض في العيادة فقد يتضجر المريض من الانتظار وربما يغادر العيادة دون أن يحصل على الخدمة.

تسجيل حديثه بنفس المفردات التي نطقها تماماً.

المصدر الثاني: المرافقين للمريض كأحد الوالدين أو أحد الأخوان أو إحدى الأخوات أو أحد الأقارب حتى يتم وضع تصور نهائي عن طبيعة الشكوى المرضية الحالية. وإثبات أو نفي ما ذكره المريض عن نفسه.

ثالثاً: التاريخ المرضي:

ويشمل على الآتي:

أ- التاريخ المرضي السابق: وذلك لمعرفة في أي سن بدأ المرض؟ ومعرفة ما إذا كان المرض مزمن أو حاد؟ وما هي المحاولات العلاجية التي أجريت؟ وما هو التشخيص النهائي الذي وضع للمريض حينها؟

ب - التاريخ المرضي في الأسرة: لتأكد من تأثير العامل الوراثي على حالة المريض من عدمه.

رابعاً: التكوين الأسري:

حيث يتم تسجيل أسماء أفراد الأسرة كاملة ولا بد من الحرص قدر الإمكان على استيفاء كافة البيانات الخاصة بكل فرد من الأسرة. من حيث الاسم، درجة القرابة، السن، المستوى التعليمي، العمل، الدخل. وإن كان عدد الأخوة الأشقاء أكثر من سبعة أشخاص فيكتفى بذكرهم فقط ويشار للبقية بالعدد على هذا النحو: الأخوة الأشقاء (يسجل العدد) ، الأخوات الشقيقات (يسجل العدد)،

الأخوة غير الأشقاء (يسجل العدد) , الأخوات غير الشقيقات (يسجل العدد)
من جانب الأب, أو من جانب الأم.

خامساً: السمات الشخصية للوالدين: (١)

حيث يُسأل عن سمات الأب الشخصية : هل هو عصبي؟ , أم هادئ؟ , معتدل المزاج؟ , أم متقلب؟ , هل هو صعب في التعامل؟ , أم متسامح؟ , والحال نفسه ينطبق على الأم في تعاملها المستمر مع أبنائها.

سادساً: البيئة والسكن:

بحيث تحدد مكان الإقامة هل يقيم في مدينة؟ , أم قرية؟ , أم هجرة؟ كذلك التطرق لطبيعة المسكن هل هو بناء مسلح؟ , أم بناء شعبي؟ (٢)

سابعاً: الدخل المادي :

ويقصد به مقدار الدخل؟ , وكيفية إنفاقه؟ , وما هو مصدره (راتب حكومي, معاش تقاعدي, جمعية خيرية, أهل الخير)؟ , وهل هو مطالب بديون يصعب عليه سدادها؟ (٣)

(١) السمات الشخصية الوالدية تنعكس على طريقة التعامل مع الأبناء. وتؤثر بالتالي على مستوى صحتهم النفسية. فالمعاملة السيئة تزيد من احتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية.

(٢) التعرف على نمط المأوى والمعيشة يسهم في تحديد ما إذا كان للحالة المادية أثر في معاناة المريض؟ أم لا؟

(٣) الاستقرار المادي له دوره الهام في مستوى التمتع بالصحة النفسية والاستقرار الاجتماعي.

ثامناً: التاريخ التطوري للحالة :

هل الحمل كان مرغوباً فيه؟ لأن هذا يوضح مدى تقبل أفراد الأسرة للمريض منذ أن كان جنيناً.

كذلك حالة الأم أثناء الحمل؟ وما هي الأمراض التي تعرضت لها أثناء الحمل به؟ وإن أمكن التعرف على العلاجات التي تناولتها حينها، حيث أن الجنين . وكما هو معروف . يتأثر بما تعانیه أمه من مضاعفات العلاج وتأثيراته الجانبية. وحالة الولادة هل هي طبيعية أم قيصرية؟ ، كما يتم التطرق إلى طفولة المريض من حيث الأتي: التسنين.. الحبو.. المشي.. الكلام.. عملية ضبط الإخراج. وما هي الأعراض العصبية التي ظهرت عليه أثناء طفولته (مثل: مص الأصبع، قضم الأظافر، التجوال الليلي، التبول اللاإرادي)؟ هل تعرض في حياته لأي من الأمراض؟ (تذكر أن وجدت).

هل تعرض لأي حادث من أي نوع كحادث سيارة مثلاً تعرض بسببه لإعاقة أو فقد على أثره الوعي، كما يجب تحديد في أي سن حدث فقدان الوعي؟ وتحديد مدة الإغماء . إن أمكن . ولو بشكل تقريبي. وفي الغالب فإن المصدر الأساسي لهذه المعلومات هو الأم ثم الأب. (١)

(١) (فقدان الوعي) من المعلومات الهامة التي يحرص الطبيب النفسي على معرفتها عند تشخيصه للحالة.

تاسعاً: العلاقات الاجتماعية: (١)

وهنا يتم التعرف على اتجاه المريض الشخصي نحو مفهوم العلاقات الاجتماعية؟ عدد الأصدقاء؟

وما هي طبيعة تلك الصداقات؟ وما هي مستوياتها؟

عاشراً: العادات والهوايات: (٢)

وهنا يتم التركيز في جانب العادات على السيئة منها بشكل أكبر كتدخين السجائر والسهر. والتعرف أيضاً على الهوايات (الاهتمامات الخاصة) والنشاطات التي يحرص المريض على ممارستها، ويفضل سؤال المريض الذي يهوى القراءة عن نوعية القراءات التي يحرص على قراءتها لتحديد اتجاهاته الفكرية، واهتماماته المعرفية، وعلاقتها بالمرض إن وجدت. (٣)

(١) (٢) من مظاهر الصحة النفسية السليمة القدرة على عقد صداقات مع أفراد أسوياء وصالحين. لأن العزلة والانطواء من مؤشرات عدم التوافق النفسي والاجتماعي. ومن مظاهرها أيضاً الابتعاد عن ممارسة العادات السيئة. والميل نحو ممارسة الهوايات والأنشطة النافعة التي تعيد للنفس نشاطها وحيويتها. وتجعلها أكثر إقبالاً على الحياة والتمتع بمباهجها.

(٣) هناك بعض الضلالات المرضية لدى بعض مرضى الفصام كضلالات العظمة Grandiose ترتبط باعتقاد ينشأ عن فهم خاطئ لدى المريض لفكرة ما قرأها في كتاب أو مطبوعة ما الأمر الذي يجعله يؤمن بها مرضياً ويطبقها (أو ينسبها) إلى نفسه. مثال: مريض يعتقد أنه رسول!! أو أنه زعيم!!

الحادي عشر: الاتجاهات السلوكية:

وهنا يتم التركيز تحديداً على الخبرات الجنسية التي مر بها المريض لاحتمال تأثيرها على حالته المرضية، لهذا يُسأل المريض عنها بأسلوب مهني مناسب يشجع المريض على البوح عن انحرافه الجنسي أن كان منحرفاً جنسياً بالفعل فيفصح عنه بلا خوف ولا حرج. ومن هذه الانحرافات ممارسة الجنسية المثلية Homosexual أو إقامة علاقات جنسية غير شرعية، ومن الاتجاهات السلوكية الأخرى الاتجاه السلوكي العدوانية.

الثاني عشر: إدمان المخدرات: (١)

وهنا يُسأل المريض عن ما إذا كان يتعاطى أي نوع من المخدرات أو المسكرات أو أنه قد سبق له وأن تعاطى نوعاً منها ثم امتنع عن التعاطي، وحين يصرح بتعاطيه لأياً منها يطلب منه حينها أن يحدد أنواع وكميات المواد، ومدة ومرات التعاطي. التي كان أو مازال يتعاطاها.

الثالث عشر: الحياة الزوجية:

وهنا يُسأل المريض عن الآتي:

- . هل تم الزواج برغبته؟ أم برغبة أحد من والديه؟ أو غيرهما؟
- . ما هو السن الذي بدأ فيه حياته الزوجية؟
- . هل كانت الزوجة أكبر منه سناً أم أصغر منه؟

(١) غالباً ما ينكر المريض أنه قد تعاطى أي نوع من المخدرات أو المسكرات. ولكن يستطيع الأخصائي الاجتماعي الحاذق تشجيع المريض على البوح حين يكون قد نجح معه في إقامة علاقة مهنية تقوم على مبدأ الثقة والسرية التامة.

. هل يعاني أياً من أفراد الأسرة من مرض مزمن أو إعاقة يتطلب رعاية وخدمة خاصة (ظروف صحية تشكل عبء إضافي على الزوج المريض أو الزوجة المريضة أو الابن المريض أو الابنة المريضة)؟

. هل هناك خلافات زوجية (غير الخلافات البسيطة المعتادة)؟

. كم عدد مرات الزواج؟ وعدد مرات الطلاق؟ وعدد الزوجات اللاتي مازلن في نمته؟ وعدد الأطفال الأشقاء؟ (وفي حالة زواجه بأكثر من زوجة فيسأل عن عدد الأطفال من كل زوجة)؟ وما هو سبب أو أسباب الانفصال

(إن وجدت)؟

الرابع عشر: التاريخ الدراسي:

وهنا يسأل المريض عن الآتي:

. مستواه الدراسي الحالي (آخر مؤهل علمي يحمله)؟

. مستوى تحصيله الدراسي بصفة عامة؟

. المشكلات الدراسية التي قابلته ؟

. طبيعة علاقاته مع زملائه الطلاب؟ ومع المعلمين؟ ومع إدارة المدرسة (أو

المعهد أو الكلية)؟

الخامس عشر: التاريخ المهني:

وهنا يُسأل المريض عن الآتي:

. السن الذي بدأ يمارس فيه العمل.

. ما هو عمله السابق؟ وما هو عمله الحالي (إذا حصل تغيير للمهنة)؟

. ما هي سبب أو أسباب الفصل من العمل السابق (إن وجد فصل وظيفي)؟

. مستوى رضاه الوظيفي؟

. هل مازال يعمل؟ أم أنه الآن بلا عمل؟

السادس عشر: مرئيات الأخصائي الاجتماعي:

○ وصف حالة المريض أثناء المقابلة (التعبيرات غير اللفظية) من حيث

النواحي التالية:

. مدى رغبته في إجراء المقابلة الاجتماعية.

. طريقة جلوسه (متكف, كثير الحركة, عادي).

. طبيعة حديثه (منطقي, مترابط, مضطرب).

. تعبيرات وجهه.

. مظهره الخارجي.

○ وصف الحالة العقلية Mental Stat (١) من حيث النواحي التالية:

. الحالة المزاجية Mood بشكل عام.

. مدى استبصاره Insight بحالته المرضية.

(١) وصف الحالة العقلية للمريض هي من اختصاص الطبيب النفسي. ولكن لا غضاضة من أن يسأل الأخصائي الاجتماعي (حسب قدرته العلمية في هذا الجانب) بعض الأسئلة التي تتعلق بجزء يسير من تقييم الحالة العقلية حتى يكون لديه تصور عام عن حالة المريض.

. إدراكه Orientation للزمان والمكان والأشخاص.

. مستوى الذاكرة Memory: حيث توجه له أسئلة للتأكد من مستوى

ذاكرته (الحالية Immediate, القريبة Recent, البعيدة Remote).

. الهلاوس Hallucinates (سمعية - مرئية - حسية - شمعية - ذوقية).

. حكمه Judgement العام على الأشياء.

○ التعليق على اتجاهاته الخاصة.

○ تقييم عام (تشخيص اجتماعي).

○ نظرتة للمستقبل (طموحاته).

الاسم: إسم الباحث

التوقيع:

توقيع الباحث

عناصر البحث الاجتماعي التتبعي

التاريخ:-

يُسجل التاريخ.

١. حالة المريض الراهنة:- من حيث مدى إدراكه للزمان والمكان والأشخاص ومدى صلته بالواقع من حيث قوة تلك الصلة أو ضعفها أو انعدامها. كذلك مدى استبصاره بحالته المرضية بمعنى أنه لا ينفي وجود المرض وأنه بالفعل يحتاج للعلاج بل ويطلبه. كذلك التركيز على الأعراض المرضية المتبقية. والكشف عن مدى حرصه على تناول العلاج.
٢. أثناء المقابلة:- تسجيل ما مدى تقبله للجلوس أمام الأخصائي الاجتماعي؟ وما مدى قدرته على التحدث والحوار؟ هل هو صريح في إجاباته على الأسئلة التي يطرحها عليه الأخصائي الاجتماعي؟ أم أنه مراوغ؟ كذلك الكشف عن طبيعة الكلام: هل هو كلام واضح؟ أم أنه كلام غامض؟ وهل هو كلام منطقي؟ أم أنه غير منطقي؟ وهل حديثه مترابط؟ أم أنه غير مترابط؟ وهل يمكن الدخول معه في حديث مجدي؟ أم أنه يخلط في الكلام؟ فيقفز من فكرة إلى أخرى بطريقة غير منطقية؟ وهل محتوى الحديث يتضمن أي نوع من الاعتقادات الضلالية Delusions أم أن حديثه أصبح طبيعياً وبدأ ينم عن تحسن حالته.

٣. سلوكياته ومشاركاته:-

- داخل الجناح

ويسجل الأخصائي الاجتماعي سلوكيات المريض من حيث هل هو اجتماعي؟ أم أنه انطوائي؟

وهل يثير مشكلات مع المرضى؟ أو العاملين؟ أم أنه هادئ؟

وهل يستجيب لتعليمات الأطباء وتوجيهات الهيئة التمريضية؟

أم أنه لا يستجيب..؟

- خارج الجناح

ويُسجل الأخصائي الاجتماعي مدى رغبة المريض في المشاركة فيما هو متاح من أنشطة خارجية كالخروج الحر (النزهة الحرة) وخروج اليوم الكامل، وكذلك رغبة في الحضور والمشاركة في الحفلات الترفيهية المقامة أسبوعياً بالمركز الترفيهي بالمستشفى.

٤. خدماته الخاصة: حيث يُسجل الأخصائي الاجتماعي ملاحظاته على المظهر الخارجي للمريض. ويوضح في البحث مستوى اهتمامه بنظافته الشخصية؟ و هل يعتمد في تلبية احتياجاته الخاصة على نفسه؟ أم على الهيئة التمريضية؟

٥. الزيارات وموقف الأسرة:- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتسجيل الزيارات والاتصالات الهاتفية الشخصية التي يتلقاها المريض، وتحديد الأشخاص الذين زاروه أو اتصلوا به هاتفياً، ودرجة قرابتهم له. وتسجيل أثر هذا التواصل الاجتماعي على حالته النفسية.

ولابد أن يكون الأخصائي الاجتماعي على دراية وافية عن تلك الموانع (١) الطبية أو الإدارية والتي تحول دون خروج المريض من المصححة نهائياً أو حتى

في إجازة قصيرة. ولا يفوت الأخصائي الاجتماعي تسجيل رأيه الاجتماعي عن مدى إمكانية المريض في العيش والاندماج مع المجتمع الخارجي.

الاسم: إسم الباحث

التوقيع: توقيع الباحث

(١) الموانع الطبية يقصد بها المبررات الطبية الهامة التي تجعل من بقاء المريض بالمصحة أمراً ضرورياً، أما الموانع الإدارية فهي التوصيات أو التوجيهات الرسمية التي ترد من مقام الوزارة أو جهات أخرى حكومية والتي تطلب بقاء المريض مدة معينة كونه مثلاً على ذمة قضية ما، أو كاستجابة لطلب الأهل ببقاء مريضهم بالمصحة لفترة ما حتى يتسنى لهم تهيئة ظروف مناسبة لعودته للعيش معهم من جديد.

البحث الاجتماعي النفسي الشامل

أولاً: بيانات الهوية: تاريخ البحث / / ١٤ هـ

الاسم رباعي:-----: العمر: --

الجنسية:-----: المهنة:-----

الحالة الاجتماعية:-----

العنوان بالتفصيل: المنطقة:-----: المدينة:-----: القرية:-----

الشارع/الحي:-----: بواسطة:-----

تلفون:-----: رقم آخر:-----

مصدر المعلومات:-----

اسم وعنوان أقرب شخص يمكن الرجوع إليه:-----

جهة التحويل:-----

السبب:-----

نوع الحالة:-----: ١. جديد ----- ٢. متكرر ----- ٣. عيادة خارجية ----- تنويم

بالأقسام الداخلية:-----

هل هناك مشكلات اجتماعية:.

هل هناك مشكلات مهنية: لها علاقة بالمريض (تذكر بالتفصيل)

هل هناك مشكلات مادية:.

التكوين الأسري

الاسم السن درجة القرابة مستوى التعليم العمل الدخل

- الأسرة من النوع العاطفي الناقد المتدخل. نعم () لا ()
- الأسرة من النوع المتسلط. نعم () لا ()
- الأسرة من النوع الذي لا يتحمل المسؤوليات بالشكل المطلوب نعم () لا ()
- الأسرة من النوع المبالغ في الحب والحماية. نعم () لا ()
- الأسرة من النوع المتفهم الواعي الذي يشجع على بناء الشخصية الاستقلالية. نعم () لا ()

البيئة والمسكن: (بادية, حضر, ملك, ايجار)-----

التاريخ التطوري للحالة:-----

أ. مكان الولادة حالة الأم أثناء الحمل . الولادة.

ب . مراحل النمو والضغط التي تعرض لها.

ج . الأعراض العصابية في الطفولة: (مص الأصابع . قضم الأظافر . التجوال

الليلي):-----

الحوادث وفقدان الوعي (مدته وتاريخه)-----

العادات والهوايات:-----

اتجاهات سلوكية:-----

التاريخ الدراسي:-----

التاريخ المهني:-----

الدخل:----- مصدره:-----

الحياة الزوجية: سن الزواج:-----درجة القرابة بين الزوجين:-----عدد
 الزوجات:-----عدد مرات الطلاق:-----حالات الوفاة:-----عدد الأبناء من
 كل زوجة:-----

مع من يعيش الأبناء:-----

. نظرتة لنفسه:-----

. نظرة الناس له:-----

. نظرتة للناس:-----

الإدمان وسوء استخدام العقاقير:-----

الشخصية قبل المرض:-----

المرئيات العامة:-----

الاسم:

التوقيع:

الخدمة الاجتماعية في غرف الطوارئ
SOCIAL WORK IN EMERGENCY ROOMS

إعداد

عبدالمجيد طاش نيازي

محاضر الخدمة الاجتماعية
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

٢٠٠٨-١٤٢٩

تمهيد

أجرى عدد من الباحثين مجموعة من الدراسات التي استهدفت التعرف على مدى توفر الخدمات الاجتماعية والنفسية للمرضى المترددين على أقسام الطوارئ في المستشفيات، وتحديد نوعية البرامج والخدمات الاجتماعية التي يحصل عليها المرضى وأسرههم في هذه الأقسام، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسات عدم توفر هذه الخدمات في كثير من المستشفيات، وعدم كفايتها وفعاليتها في البعض الآخر.

من المعروف أن الخدمات الاجتماعية في المستشفيات متوفرة خلال ساعات العمل الرسمي، حيث يقوم الطبيب المختص في قسم الطوارئ بتحويل بعض الحالات إلى قسم الخدمة الاجتماعية في المستشفى رغبة في الحصول على بعض المعلومات عن حياة المريض والتي يعتبرها ذات أهمية في تشخيص المرض وعلاجه، ومن خلال تعامل أقسام الخدمة الاجتماعية مع هؤلاء المرضى -المحولين من أقسام الطوارئ- اتضح أن الكثير منهم في حاجة إلى خدمات اجتماعية ونفسية مباشرة وسريعة نظرا للمواقف المختلفة التي يواجهونها، هذا بالإضافة إلى وجود حالات كثيرة لا يتم تحويلها إلى قسم الخدمة الاجتماعية ولا يعرف إن كانت بحاجة إلى مثل هذا النوع من الخدمات أم لا.

لهذا ظهرت الحاجة في الآونة الأخيرة إلى التفكير جديا في توفير خدمات اجتماعية متخصصة للمرضى المترددين على أقسام الطوارئ وأسرههم، وأهمية توفير أخصائيين اجتماعيين مؤهلين للعمل بهذه الأقسام طوال الأربع والعشرين (٢٤) ساعة وعدم الاقتصار على ساعات العمل الرسمي فقط.

والخدمات الاجتماعية في أقسام الطوارئ هي خدمات سريعة ومباشرة تهدف إلى التعامل مع مشاعر المرضى وسلوكياتهم واتجاهاتهم المرتبطة

بالمرض أو الموقف بشكل عام، وضمان حصولهم على الخدمات الطبية،
وتوجيههم للاستفادة من الخدمات المتاحة.

دور الأخصائي الاجتماعي في أقسام الطوارئ

لمعرفة دور الأخصائي الاجتماعي بأقسام الطوارئ في المستشفيات لعل من المفيد تحديدها من خلال الحديث عن أربعة عناصر رئيسة ترتبط ارتباطاً مباشراً بوظيفته هي:

- ١- المريض.
- ٢- العاملين في قسم الطوارئ.
- ٣- المستشفى.
- ٤- المجتمع المحلي.

أولاً: المريض:

بما أن المستفيد الأول من خدمات الأخصائي الاجتماعي في أقسام الطوارئ هو المريض فإن من الأهمية معرفة الأخصائي الاجتماعي لنوعية المرضى المترددين على هذه الأقسام، وتحديد خصائصهم النفسية والاجتماعية، ومعرفة الصعوبات والمشكلات التي قد يواجهونها.

ولعل من أهم الجوانب التي ينبغي على الأخصائي الاجتماعي المتخصص للعمل في أقسام الطوارئ أن يهتم بها هي ما يطلق عليها: "سلوكيات المرض Illness behaviors" وهذا المصطلح يستخدم لوصف استجابات الناس وردود أفعالهم عند تعرضهم لمرض أو حادث أو موقف يتطلب نقلهم إلى أقسام الطوارئ في المستشفيات.

واستجابات أو سلوكيات المرض تتضمن الأفكار أو طريقة التفكير، والمشاعر، والأفعال المختلفة الناجمة عن المرض أو الحادث أو الموقف.

وقد لاحظ الأخصائيون الاجتماعيون العاملون في أقسام الطوارئ في المستشفيات أن استجابة الأشخاص في أقسام الطوارئ تختلف من حيث نوعيتها

وشدتها وخطورتها، وتبين لهم أن من أبرز المشاعر التي تنتاب هؤلاء الأشخاص الشعور بالذنب والقلق والخوف والحزن والغضب والمفاجأة والإنكار، كما تبين لهم أيضا أن بعض هؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى وقت أطول من غيرهم للتكيف أو التحكم في هذه المشاعر، وقد حددوا المدة التي يقضيها الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع هؤلاء الأشخاص فيما بين ساعتين إلى ثمان ساعات (٢-٨)، وأن هذه المدة تعد كافية لتكوين العلاقة والقيام بعملية التدخل المناسبة. واستناداً إلى بعض التقارير العيادية والممارسات الميدانية فإن الأعراض التي تنتاب أسر وأصدقاء المرضى والمصابين الذين يتواجدون مع المرضى في أقسام الطوارئ تتلخص في:

١- عدم القدرة على الحديث أو التوتر أثناء الحديث.

٢- سرعة التنفس.

٣- الشعور بالصداع وتشنج العضلات والغثيان.

٤- الشعور بالإغماء وفقد القوة.

٥- الشعور بالقلق والحساسية الشديدة.

٦- ارتفاع ضغط الدم.

٧- عدم القدرة على التركيز والتفكير السليم.

وفي مثل هذه الحالات ينصح بسرعة تدخل الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع هذه الأعراض سواء عن طريق توفير الخدمات الطبية اللازمة أو التعامل مع الحالة النفسية التي يمكن أن تخفف من حدة هذه الأعراض. أما في مجال تصنيف المرضى المترددين على أقسام الطوارئ في المستشفيات فقد أشارت بعض التقارير إلى صنفين رئيسيين من المرضى هما:

أولاً: مرضى حياتهم في خطر شديد وبحاجة ماسة إلى خدمات طبية سريعة، ويتم تأجيل تدخل الأخصائي الاجتماعي مع هذه الفئة حتى الانتهاء من تقديم الخدمات الطبية اللازمة، ويوجه الأخصائي الاجتماعي جل اهتمامه ورعايته لأسر المرضى وذلك من خلال إطلاعهم على حالة المريض، وتوضيح الخطوات والإجراءات العلاجية اللازمة، والإجابة على تساؤلاتهم واستفساراتهم، والاستماع إليهم، وإتاحة الفرصة لهم للتعبير عن مشاعرهم، وتوفير المعونة والدعم النفسي، ومساعدتهم للتخلص أو التخفيف من مشاعر الخوف والقلق، هذا بالإضافة إلى مساعدتهم لاتخاذ القرارات المناسبة، فبدون هذا النوع من التدخل تترك الأسرة للوساوس وزيادة المعاناة النفسية.

ثانياً: مرضى لا تستدعي حالتهم المرضية التدخل الطبي السريع، وبمعنى آخر مرضى حالتهم المرضية ليست خطيرة أو لا تشكل تهديداً على حياتهم، وهذا الصنف من المرضى يمكن تقسيمهم إلى ثلاثة أقسام:

١- مرضى عاديين Regulars وهم مرضى صغار في السن غالباً ومصابون بأمراض مزمنة ولا تتوفر لهم الرعاية الأسرية السليمة، وغالباً ما يعاني هؤلاء المرضى من العزلة والكآبة.

٢- المرضى الذين تعرضوا لمواقف طارئة خارجة عن إطار المألوف أو المعتاد (غير طبيعية) Disrupters ويندرج تحت هذا القسم الأفراد الذين يعانون من مشكلات عاطفية "انفعالية" ومشكلات الإدمان، وضحايا الاعتداء والحوادث والكوارث بمختلف أنواعها، والأطفال الذين أسيء معاملتهم Abused Children.

٣- المسنين THE aged المرضى بأمراض مزمنة وهم عادة بحاجة إلى الخدمات الطبية الطارئة بجانب الخدمات الاجتماعية بسبب ما يعانونه من مشكلات العزلة وسوء التكيف.

وهذه الفئة من المرضى وأسرههم بحاجة إلى تدخل الأخصائي الاجتماعي فبالإضافة إلى الخدمات التي سبق ذكرها مع الفئة الأولى فإن الأخصائي الاجتماعي يعمل على مساعدة الفريق العلاجي لفهم المريض وتوضيح الطرق المناسبة للتعامل معه، كما يقوم بتوعية المريض وأسرته بالمشكلات التي تواجههم، وحاجتهم إلى خدمات متخصصة تساعدهم على مواجهة هذه المشكلات، كما يقوم بتحويلهم إلى الأقسام الطبية المتخصصة (بعد حصولهم على الخدمات اللازمة في قسم الطوارئ) والمؤسسات الأخرى المتاحة في المجتمع المحلي، ومساعدتهم في إنجاز الإجراءات اللازمة لذلك. ويمكن أن نلخص دور الأخصائي الاجتماعي مع المريض وأسرته في الجوانب التالية:

- ١- معرفة استجاباتهم الناجمة عن المرض أو الموقف والتدخل للتعامل معها باستخدام الأساليب المهنية المناسبة.
- ٢- توفير المعلومات اللازمة والإجابة على تساؤلاتهم واستفساراتهم.
- ٣- شرح الموقف وتوضيح طبيعة الإصابة أو المرض وشدته والإجراءات العلاجية اللازم اتخاذها.
- ٤- توفير المعونة والدعم النفسي ومساعدتهم في التخفيف من حدة مشاعرهم المؤلمة والتحكم فيها.
- ٥- مساعدتهم في اتخاذ القرارات العلاجية المناسبة.

٦- تحويلهم إلى الأقسام الطبية والاجتماعية المتخصصة إذا دعت الحاجة والاستفادة من برامج وخدمات المؤسسات الأخرى المتاحة في المجتمع المحلي.

ثانياً: العاملين في قسم الطوارئ:

تظهر الحاجة إلى وجود الأخصائي الاجتماعي ضمن الفريق العلاجي في قسم الطوارئ بصورة أوضح خلال ساعات العمل المسائية وأيام العطلات الرسمية (الأسبوعية أو أيام المناسبات) ففي معظم المستشفيات تتوفر العيادات الخارجية المتخصصة والخدمات الاجتماعية الطبية التي يستفيد منها المرضى وأسره، وبالتالي فإن هذه العيادات تساعد في تخفيف العبء عن قسم الطوارئ، لكن عندما تغلق هذه العيادات أبوابها في الفترة المسائية وأيام العطلات فإن الضغط يزداد على قسم الطوارئ، ووجود الأخصائي الاجتماعي في هذه الأقسام يساعد في تخفيف العبء الواقع على الفريق العلاجي نتيجة كثرة عدد الحالات ومحدودية عدد العاملين في القسم.

كما وأن الطبيب -وبسبب كثرة مشاغله وطبيعة عمله- لا يجد الوقت الكافي للاهتمام بالجوانب الاجتماعية والنفسية للمرضى، ناهيك عن الاهتمام بالمريض وأسرتة في وقت واحد.

إن عمل الأخصائي الاجتماعي في قسم الطوارئ يتطلب منه معرفة زملائه العاملين معه في القسم ودور كل واحد منهم في العملية العلاجية، ويعمل على تكوين علاقات جيدة معهم خاصة الطبيب وهيئة التمريض وموظفي الاستقبال والتسجيل نظراً لطبيعة عملهم وحجم تدخلهم مع المريض.

ولعل من أبرز العوامل التي تساعد في دعم ونجاح علاقة الأخصائي الاجتماعي بالفريق المعالج في قسم الطوارئ وضوح دوره بشكل عام ودوره مع

المريض وأسرته على وجه الخصوص، وثبوت جدوى تدخلاته وخدماته وفعاليتها، كما أن التعاون والتنسيق بين العاملين في القسم بما فيهم الأخصائي الاجتماعي يعد من أهم العوامل التي تساعد في نجاح خطة التدخل والعلاج. وتلخص لنا كثير من الدراسات في مجال العمل الفرقي أهمية وفوائد هذا النوع من العمل والتي من أبرزها:

- ١- تنسيق الخدمات التي تقدم للمريض والتأكد من عدم تعارضها وتجنب الإزدواجية مما يوفر الوقت والجهد.
- ٢- حصول المريض على خدمات تتميز بالجودة والكفاية.
- ٣- تسهيل عملية الاتصال بين أعضاء الفريق المعالج.
- ٤- المساعدة في تحديد مسؤوليات كل عضو من أعضاء الفريق المعالج.
- ٥- العمل على تعزيز عملية التعليم لكل عضو في مجال تخصصه، كما أنها تسهل عملية التقويم للخدمات المقدمة للمريض.

ثالثاً: المستشفى:

المستشفى هو العنصر الثالث الذي ينبغي على الأخصائي الاجتماعي المتخصص للعمل في قسم الطوارئ دراسته والاستفادة من جميع الإمكانيات والموارد المتاحة فيه لمصلحة المريض وأسرته، وهذا الاهتمام يتطلب من الأخصائي الاجتماعي:

- ١- معرفة أهداف المستشفى والسياسات والأنظمة والإجراءات التي تنظم العمل والعمل في حدودها.
- ٢- معرفة البرامج والخدمات المتاحة في المستشفى سواء كانت خدمات طبية أو اجتماعية أو نفسية والاستفادة منها لصالح المريض وأسرته إذا دعت الحاجة لذلك.

٣- تكوين علاقات إيجابية مع الأقسام المختلفة في المستشفى وخاصة تلك التي لها علاقة مباشرة مع قسم الطوارئ.

٤- أخيراً فإن على الأخصائي الاجتماعي -باعتباره ممثلاً للمؤسسة الطبية التأكد من توفر جميع الخدمات الضرورية اللازمة للمرضى، وضمان حصولهم على نوعية جيدة من الخدمات وبنفس القدر، أي التأكد من عدم تمييز بعض المرضى عن الآخرين في المعاملة وفي نوعية الخدمات الطبية والاجتماعية التي يحصلون عليها.

رابعاً: المجتمع المحلي:

تعد مهنة الخدمة الاجتماعية المهنة الوحيدة التي تتحمل مسؤولية الربط بين المؤسسات الطبية وغيرها من المؤسسات الطبية والاجتماعية المتاحة في المجتمع المحلي، لذلك كان من الضروري استخدام الأخصائي الاجتماعي لبرامج وخدمات هذه المؤسسات بما يحقق أهداف العملية العلاجية، واستخدام الأخصائي الاجتماعي لبرامج هذه المؤسسات يتطلب منه معرفة أولاً بهذه المؤسسات وما تقدمه من برامج وخدمات لصالح المرضى وأسرهم، فهذه المعرفة تسهل عليه مهمة الاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن، كما تعمل هذه المعرفة على توفير الكثير من الوقت والجهد الذي يمكن أن يستنفذ في سبيل البحث والتقصي عنها.

وقد حددت بعض الدراسات مجموعة من المؤسسات التي تعد ذات

علاقة وثيقة بأقسام الطوارئ بالمستشفيات نشير إليها في التالي:

١- المؤسسات الطبية ودور العلاج المتخصصة.

٢- المؤسسات ذات العلاقة المستمرة بأقسام الطوارئ كالشرطة والمرور

والمحاكم.. الخ.

٣- مؤسسات الرعاية الاجتماعية المختلفة (مؤسسات رعاية الأسرة والطفولة والضمان الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية ومراكز خدمة المجتمع والجمعيات الخيرية ودور رعاية المسنين والمعوقين والأيتام والمؤسسات التأهيلية).

إن الاستفادة من هذه المؤسسات وبرامجها وخدماتها يتطلب كما أشرنا سابقا من الأخصائي الاجتماعي معرفتها ومعرفة ما تقدمه من خدمات لصالح المرضى وأسرههم والاستفادة منها بطريقة منظمة، لهذا فإن وضع دليل شامل لهذه المؤسسات يكون في متناول اليد متى ما تطلب الأمر ذلك مما يسهل ويسرع من عملية الاستفادة والتحويل، ولعل الاستفادة من محتويات الدليل أيضا يتطلب تصنيف مؤسسات المجتمع المحلي بطريقة منظمة بحيث يسهل ويسرع من عملية البحث، كما أن الدليل المقترح يفضل أن يتضمن معلومات وافية عن المؤسسات وذلك من حيث:

١- اسم المؤسسة، وعنوانها، ورقم الهاتف.

٢- نوعية البرامج والخدمات المتوفرة.

٣- نوعية المستفيدين وشروط الاستفادة من الخدمة.

٤- الإجراءات اللازمة للحصول على الخدمة.

خطوات التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي في أقسام الطوارئ

لخصت بعض الدراسات خطوات التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي

مع المترددين على أقسام الطوارئ في ست خطوات رئيسة هي:

الخطوة الأولى:

يقوم أحد العاملين في قسم الاستقبال أو التسجيل بإبلاغ الأسرة أو أصحاب العلاقة بوجود المريض في المستشفى وتزويدهم بالعنوان.

الخطوة الثانية:

يتم إبلاغ الأخصائي الاجتماعي من قبل موظف الاستقبال أو الممرضة بقدم الأسرة إلى المستشفى:

- يستعد الأخصائي الاجتماعي لمقابلتهم.
- يتعرف على وضع الحالة باستشارة الطبيب المعالج.
- مقابلة مصدر الحالة (الشرطة - الأصدقاء) لمعرفة السبب في وصول الحالة إلى المستشفى.

الخطوة الثالثة:

يقوم الأخصائي الاجتماعي أو الممرضة المسؤولة بمرافقة الأسرة أو الشخص المبلغ فور وصولهم إلى غرفة الأخصائي الاجتماعي:

- يرحب الأخصائي الاجتماعي بالأسرة ويشرح لهم دوره في المستشفى ويوضح لهم الحادث أو الموقف من بدايته، كما يبين لهم الوضع الحالي للمريض.
- يتحدث معهم عن حالة المريض وإمكانية رؤيتهم له من عدمه ولماذا؟

الخطوة الرابعة:

في حالة وفاة المريض ينبغي على الأخصائي الاجتماعي التمهيد لإبلاغ الخبر وذلك من خلال التأكيد على شدة الإصابة أو المرض الذي كان يعاني منه المريض وعدم القدرة على إنقاذ حياته:

- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعريف الأسرة بالطبيب المعالج ويتأكد من إطلاعهم على اسم الطبيب وتخصصه، ووضع المريض قبل الوفاة، والمحاولات أو الإجراءات العلاجية التي تم اتخاذها.
- التأكد من حصول الأسرة على كل المعلومات المتصلة بالحالة.
- توفير الدعم النفسي والتعامل مع المشاعر المؤلمة المرتبطة بالموقف وإتاحة الفرصة للتعبير عنها ومساعدة الأسرة للتعامل معها.
- مساعدة الأسرة على اتخاذ القرار المناسب بشأن رؤية المريض مباشرة أو تأجيل ذلك لوقت آخر، واصطحابهم لرؤية المتوفى، واختيار أحد أفراد الأسرة للتحدث معه في الإجراءات المتبعة لاستلام المتوفى.

الخطوة الخامسة:

- في الحالات الخطيرة أو التي لم يتم تحديد وضعها يعمد الأخصائي الاجتماعي إلى توضيح ذلك للأسرة:
- إذا لم يتمكن الطبيب من مقابلة الأسرة مباشرة فعلى الأخصائي الاجتماعي توضيح أسباب ذلك.
 - يقوم الأخصائي الاجتماعي بوصف وتوضيح الإجراءات العلاجية وحالة المريض ولو لعدة مرات إذا لزم الأمر حتى يتمكن الطبيب من مقابلتهم.
 - من المهم توضيح درجة الخطورة والنتائج المحتملة للإصابة أو المرض.
 - الحصول على المعلومات اللازمة عن المريض وتاريخه المرضي من الأسرة.

الخطوة السادسة:

- إذا تطلب الأمر تحويل المريض إلى قسم آخر فإن على الأخصائي الاجتماعي القيام بالتالي:

- تحويل الأسرة إلى الأخصائي الاجتماعي المختص في القسم المحول إليه المريض، وتزويده بالمعلومات اللازمة عن الحالة مع التأكيد على أهمية الاتصال به عند الحاجة.
- توضيح أسباب التحويل للأسرة، وتزويدهم ببعض المعلومات عن القسم المحول إليه المريض.
- مصاحبة الأسرة في عملية الانتقال، وإبلاغ العاملين بالقسم بوجودهم وتزويدهم ببعض المعلومات عن الحالة.

دور الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع حالات العنف والإيذاء في
المنشآت الصحية

إعداد

أ. فاديه أحمد عناني

رئيسة وحدة الخدمة الاجتماعية بإدارة الصحة النفسية

والخدمة الاجتماعية بصحة جدة

رئيسة الخدمة الاجتماعية بمستشفى الولادة والأطفال بجدة

منسقة فريق الحماية من العنف والإيذاء بصحة جدة

منسقة لجنة الحماية من العنف والإيذاء

بمستشفى الولادة والأطفال

تمهيد

لاشك أن ظاهرة العنف ليست ظاهرة وليدة العصر, بل هي ظاهرة قديمة وتعود إلى بدايات المجتمع, منذ أن قتل قابيل أخيه هابيل ولكن بناء على ماشهدته المجتمعات السابقة من أشكال القسوة والعنف والتعدي فهي ظاهرة قديمة.

فالعنف ظاهرة قديمة ولكنها ليست فطرية بل تعتبر من السلوك التعليمي المكتسب ولكن ماأستجد حديثا هو ظهور أشكال جديدة من العنف أكثر عدداً وأشد ضرراً وأبلغ قسوة وشدة وذلك نتيجة للعديد من العوامل المختلفة التي أدت إلى ذلك, من تقدم تقني, وثورة اتصالات, غياب لغة الحوار, وتصادم الثقافات, وقيم وظواهر نفسية واجتماعية وثقافية واقتصادية مستحدثة وغريبة. مما أدى إلى ظهور أشكال جديدة من العنف برغم قدم ظاهرة العنف قدم البشرية ولكن تغير الظروف وتطور الوسائل وزيادة الضغوط وعوامل القلق والاضطراب والغربة فإن المجتمع المعاصر ظهرت به أشكال وثقافات جديدة للعنف أكثر عدداً وأشد حدة مما يتطلب وقفة صادقة ومتبصرة من كل مسئول في كل مكان وعلى كل مستوى.

وتهدف الكاتبة إلى توفير المعلومات المساعدة للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي للتعرف على ظاهرة العنف والإيذاء حتى يتمكن العاملون من مساندة هذه الفئة وتقديم الخدمة والمساعدة الصحيحة لها بالإضافة إلى تفعيل العمل الجاد لاحترام وحماية حق الآخرين في العيش بأمان ومساندة المحتاج منهم بالأسلوب العلمي الصحيح سواء في الوقاية أو التشخيص أو العلاج والتدخل الصحيح في الأزمات وتوضيح الدور المهم للأخصائيين الاجتماعيين مع هذه الحالات .

مفهوم العنف:

إن مفهوم العنف واسع وعريض فيبدأ من التهديد واستخدام القوة إلى القتل والتدمير وهو يعني الاستخدام المتعمد للقوة أو القدرة سواء بالتهديد أو الاستعمال المادي الحقيقي ضد الذات أو ضد شخص آخر أو ضد مجموعة أو مجتمع حيث يؤدي إلى إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء نمو أو حرمان . ويشتق مصطلح العنف *violence* في الإنجليزية من المصدر *violate* بمعنى ينتهك أو يعتدي أما في بعض المعاجم اللغوية فإنه يشتق من مادة *عنف* حيث يقال *عنف به* وعليه أي أخذ بشده وقسوة فهو عنيف. ويرتبط مفهوم العنف بالقصد أو العمد عند اقرار العمل أو حدوث الفعل بغض النظر عن النتيجة التي يحدثها هذا العمل.

تعريف العنف

تشير الموسوعة العلمية (universals) أن مفهوم العنف يعني كل فعل يمارس من طرف جماعة أو فرد ضد آخرين عن طريق التعنيف قولاً أو فعلاً وهو فعل عنيف يجسد القوة المادية أو المعنوية هو أي سلوك مشوب بالقسوة والعدوان والإكراه وهو عادة سلوك بعيد عن التحضر والتمدن تستثار فيه الدوافع والطاقت العدوانية ويمكن أن يكون جماعياً ويصدر عن جماعة أو هيئة أو مؤسسة (زكريا لال/٢٠٠٧م) .

ويعرف العنف أنه استخدام شديد وقاس للقوة والسلطة مما يؤدي إلى حدوث إصابات أو التسبب في الإلتلاف ويرتبط مفهوم جرائم العنف crimes of violence بالجرائم التي تتسبب في حدوث أذى جسدي أو يمارس فيها المعتدي التهديد مثل الاعتداءات الخطيرة والضرب أو الاغتصاب أو الانتحار (Barker.2003:457) .

ويعرف العنف حسب آلية التعامل مع حالات العنف والإيذاء بالمنشآت الصحية بالمملكة العربية السعودية: بأنه استخدام أي شكل من أشكال القوة والإجبار بما يعرض سلامة الآخرين الجسدية والنفسية للخطر سواء كان ذلك السلوك فعلاً أو كلاماً.

العنف الاسري:

هو شكل من أشكال الاستخدام غير الشرعي للقوة يصدر عن واحد أو أكثر من أفراد الأسرة ضد آخر أو آخرين فيها بقصد القهر والإخضاع بصورة لا تتفق مع حريتهم وإرادتهم الشخصية ولا تقرها أعراف وعادات المجتمع وبما يعرض سلامتهم الصحية والنفسية للخطر .

وتشمل العنف كل أنواع الإيذاء والإساءة والإهمال في توفير الحاجات الأساسية والتي تشمل الحاجات الجسدية والصحية والنفسية والتربوية والثقافية وفقدان الشعور بالأمن كما يشمل تعريض للخطر والإصابة مما يؤدي إلى أضرار جسدية أو نفسية أو حدوث عجز مؤقت أو وفاة.

مفاهيم مرتبطة بالعنف :

العنف الأسري أو المنزلي domestic violence هو الإيذاء الداخلي أو المستتر لأنه يكون داخل جدران المنزل وفي الأسرة ويكون بين الزوجين أو إيذاء الزوجة أو إيذاء موجه من الزوجين أو أحدهما للأطفال أو موجه من أحدهما للطرف الآخر والأطفال أو يقصد به طفل بذاته دون الآخرين ويشمل أيضاً العنف بين أحد الأطفال وآخر أو من أحد المقيمين في الأسرة ذاتها موجه ضد الآخر.

وهو سلوك عدواني بين أفراد الأسرة يتسبب في أحداث أذى أو ضرر أو إساءة أو خضوع إذلالاً أو إعاقة أو وفاة أو تلف دائم أو حرمان دائم .
كذلك يشمل العنف الأسري الإيذاء النفسي والمشمتم على التوبيخ والإهمال المقصود والنبذ والهجر .

أنواع العنف:

١. عنف أو إيذاء جسدي physical Abuse .
٢. عنف أو إيذاء نفسي psychological Abuse .
٣. عنف أو إيذاء جنسي sexual Abuse .

٤. إهمال.

وقد يصحب أحد هذه الأنواع نوع أو أكثر أو يكون الإيذاء مشتملاً على نوع واحد فمثلاً الإيذاء الجنسي غالباً ما يصاحبه إيذاء جسدي ونفسي وهكذا....

مصدر العنف أو الإيذاء :

مصدر داخلي: ويقصد من داخل الأسرة أو العائلة أو المنزل ويشمل الضرب المبرح والمؤذي والاعتداء أو التحرش أو الاستغلال الجنسي والمعاملة المتسمة بالقسوة والحرمان والتهديد وتهديد الحرية.

مصدر خارجي: عنف من المجتمع الخارجي ويشمل البيئة المحيطة -الحيرة -المدرسة- مجتمع آخر.

إذاً المعتدي هو أي فرد يتعامل مع الصحة بصورة عنيفة قد يكون الأب، الأم، الأخ، أحد القرابة، الجيران، المدرسة، صديق العائلة، عمالة منزلية وغيرها.

أنواع العنف أو الإيذاء :

هناك أربعة أنواع رئيسية هي:

١. العنف أو الإيذاء الجسدي:

وهو يشمل كل استخدام للقوة الجسدية بشكل متعمد ضد طرف آخر وإلحاق الأذى والضرر بالغير ومنه اللطم، الضرب، الحرق، الدفع، الكي، الرفس، الخنق، الضرب بالأدوات....

٢. العنف أو الإيذاء النفسي:

وهو التعامل السلبي نفسياً بالفعل أو الكلام ويشمل التحقير، التخويف، التهديد، الاستغلال، العزل، فرض الرأي بالقوة، السخرية، النبذ، التجاهل. الإفساد، الترهيب.

٣. العنف أو الإيذاء الجنسي:

ويشمل الملامسة والملاطفة الحسية، إزالة الملابس بقصد الاستغلال الجنسي، كشف العورة، التعريض لصور وأفلام ومشاهد جنسية المشاركة في أي أنشطة جنسية، الإكراه على الملامسة، التلطف بالألفاظ الجنسية، الاغتصاب، اللواط، الاستخدام في الصور والمواقف الإباحية والأفلام الجنسية.

٤. العنف أو الإيذاء بالإهمال والتقصير المتعمد:

- إهمال عاطفي وإهمال تقديم الرعاية الطبية والجسدية
- إهمال أو حرمان من التعليم والتربية والإهمال الفكري
- إهمال الرعاية والتقصير.

أسباب العنف والإيذاء بصفة عامة:

أسباب اجتماعية: تتمثل في الخلافات والمشاكل والصراعات، التمييز وعدم

العدل، التعدي، الخلافات الأسرية، الإدمان.

أسباب اقتصادية: الفقر-البطالة-زيادة عدد أفراد الأسرة.

أسباب نفسية: الإحباط- التوتر- الضغوط النفسية- العدوانية- اضطرابات

الشخصية.

أسباب مجتمعية: وسائل الإعلام، المكتسبات الثقافية الخاطئة، الألعاب الإلكترونية.

الفئات الأكثر عرضة للعنف والإيذاء :

١. الأطفال "كل من هم دون الثامنة عشر من العمر حسب منظمة الصحة العالمية".
٢. النساء والفتيات
٣. كبار السن والعجزة
٤. ذوي العاهات وحالات التخلف العقلي
٥. خدم المنازل وذوي المهن الدنيا والدخول المنخفضة.
٦. الأقليات-المساجين-قاطني الملاجئ ودور الإيواء -المشردين(آلية التعامل مع حالات العنف بالمنشآت الصحية)

بعض مسببات العنف والإيذاء :

- يكثر العنف لدى الأشخاص ممن كانوا هم أصلاً ضحايا للاعتداء والعنف وبالتالي يصبحون أكثر قابلية لأن يكونوا معتدين.
- مشكلات التفكك الأسري، الطلاق، الخلافات المستمرة.
- انتشار وتعاطي المسكرات، المخدرات، وغيرها.
- وجود إعاقات مرضية سواء كانت ذهنية أو جسدية.
- الزوجات المعنفات أو الأشخاص الذين يتعرضون لاضطهاد يكونوا أكثر قابلية للاعتداء.
- عدم الإلمام وعدم توفر الخبرة الكافية في التعامل مع الأطفال.

- المكتسبات الثقافية الخاطئة والتي تمجد أشكال من السلوك العنيف والممارسات التي تتسم بالسيطرة والقوة والضرب والتملك.
- العوامل الاقتصادية مثل قلة الدخل والبطالة وغيرها من المشكلات والأزمات الاقتصادية التي تمر على الأسرة.
- الأطفال الغير مرغوب بهم. الأطفال غير الشرعيين أو الناتج عن حمل غير مرغوب به.

ماهي أهم المؤشرات لوجود اعتداءات؟

- هناك العديد من الأعراض التي يجب على العاملين في القطاع الصحي ملاحظتها وبالذات الأخصائي الاجتماعي بحيث تشير إلى وجود مشكلة ما تتطلب البحث والدراسة.
- أعراض سلوكية.
 - أعراض جسمانية.

الأعراض السلوكية:

- مثل الاكتئاب
- القلق
- فقدان الدافعية
- الانسحاب
- التغيير المفاجئ في السلوك والتغير العكسي في السلوك.
- الانطواء.
- العدوانية والكآبة.

- الغضب والتوتر .
- الدخول في نوبات من الحزن غير المبرر أو المسبب .
- رفض شخص أو أشخاص معينين .
- رفض الذهاب إلى أماكن معينة .
- التعلق الزائد بشخص معين مثل الأم ورفض المشاركة مع الأطفال الآخرين .
- محاولات الانتحار .
- الهروب .
- اضطراب النوم .
- القلق .
- العدائية والعدوانية والغضب .

الأعراض الجسمانية:

- وجود كدمات، حروق، سحجات، عض، إصابات متفاوتة في العمر الزمني بعضها قديم وبعضها حديث .
 - السحجات والخدوش والالتهابات المزمنة في الأعضاء التناسلية أو الشرج .
 - وجود إفرازات وأمراض جنسية معدية .
 - التبول أو التبرز اللاإرادي .
 - الحمل لدى الفتيات .
- ماهي أهمية وجود المؤشرات أو المشاهدات:
- أولاً: التأكد من وجود إساءة أو عنف .

ثانياً: تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية المناسبة للحالة.

ثالثاً: التشخيص هو بداية العلاج.

كيف يقوم الأخصائي الاجتماعي بأخذ سيرة العنف:

- التهوين والتضليل من أثر الصدمة والعمل على تقليل ذلك ما أمكن.
- لا بد أخذ الموافقة من ولي المعنف أو ولي أمره .
- شرح دور الأخصائي والخدمات التي يمكن تقديمها والمساعدة التي سيقوم بتقديمها للحالة ومن ثم يتطلب منه أن يكون بعيداً عن التحيز أو الإجحاف وأن يتعامل بواقعية وتجرد تام مع الحالة .
- أن يحافظ على كرامة الحالة ويؤكد تقديره واحترامه له.
- أخذ السيرة مرة واحدة.
- يفضل عدم استخدام الأسئلة المباشرة.
- الالتزام بالهدوء وعدم المبالغة في مشاعر التعاطف أو الغضب أو أي من اللوم أو التأنيب.
- من الممكن في حالة الأطفال يستخدم دمية أو الرسم للتعبير إن كان ذلك يساعد أكثر في التوضيح والتشجيع على الإفصاح.
- يجب أن توثق المعلومات وتكتب في تقرير اجتماعي واضح للاستفادة منه من قبل الفريق المعالج كذلك لوضع خطة وبرامج العلاج والتأهيل.
- وهناك آليات خاصة عند أخذ السيرة الخاصة بالعنف للأطفال لابد مراعاتها.
- أغلب حالات الإفصاح لدى الأطفال تكون عرضية وليست مقصودة.

- قد ينكر أو يتراجع الطفل عن قوله أو الأمور التي أفصح عنها عندما يسأل من الوالد أو شخص بالغ.
- في حالات الأطفال يكون عدم تطابق الإفادة وحدوث تغيير في التفاصيل ممكن جداً.
- الأطفال عادة لا يخلقون أمر الإساءة.
- الإفصاح يتم على مراحل ولا يعتمد على مقابلة واحدة فقط.
- من المهم جداً أن يكون الأخصائي لديه القدرة والمعرفة بكيفية الحصول على المعلومات .
- مقابلة الطفل منفرد بمعزل عن الوالدين أو مقدمي الرعاية.
- مقابلة الوالدين بصورة منفصلة كلاً على إنفراد.
- كثير في حالات الاعتداء على الأطفال يتراجع الطفل عن الأقوال وذلك نتيجة لخوفه من تبعات ما يحدث لو أبلغ عن الأمر أو خوفه من المعتدي والقلق من ردة فعل الأهل أو تدخل جهات أخرى كالشرطة وغيرها.

أهم المعلومات التي يجب أن يحصل عليها الأخصائي الاجتماعي:

- المعلومات الأولية:** وصف عن المبلغ ومن قام بالإبلاغ عن الحالة وماهية البلاغ، الجهة المحولة للحالة، محل الواقعة ومكانها، كيف تم الإفصاح عن المعلومات وكيف تم الاكتشاف، رأي الحالة، من كان هناك، ماذا رأى المبلغ أو ماذا سمع فعلاً؟ مالذي جعل التصرف مسيء أو غير مشروع ؟ .
- المعلومات الكافية عن تفسير الاعتداء أو الإصابة من الضحية.
- ومن كل مصدر مثل الأبوين - الأقارب، الملفات، التاريخ المرضي.

إذا كان الضحية طفل يجب أن يكون مكان المقابلة خالياً مما يشتت الانتباه.
أن تجري المقابلة في مكان آمن .

تذكر:

- أن تحافظ على الحيادية والاحترام للحالة .
- سلامة الضحية هي صاحب المرتبة الأولى في الاهتمام.
- عدم تقديم وعود غير ممكنة.
- عدم تقديم معلومات غير مسموح بها أو غير مرخص بها.
- أن تكون الشخص المناسب للتواصل مع الحالة وأسرتها.
- التأكد من إحالته لأي من الجهات الأخرى فور التأكد من الحاجة لذلك
مثل الشرطة ، الشؤون الاجتماعية، الطبيب....

دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في العمل مع حالات العنف:

- للأخصائي دور بالغ الأهمية فهو المنسق الأساسي والرئيسي في فريق العمل وهو الشخص الأكثر اتصالاً بالضحية وأسرتها لذا لا بد أن يأخذ بعين الاعتبار أي حالة يشتبه في تعرضها للعنف لوضعها موضع الدراسة والملاحظة.
- في حال ثبوت وقوع العنف وبالتنسيق مع الطبيب المعالج يجب إبلاغ لجنة التعامل مع حالات العنف بالمنشأة الطبية.
- عمل تقرير اجتماعي مفصل للحالة يتسم بالوضوح والواقعية وعدم التحيز.
- تقديم السلامة الشخصية للضحية قبل أي اعتبار.

- أن يحتوي التقرير الاجتماعي للأخصائي الاجتماعي على الدراسة الخاصة للحالة والتقارير والمستندات اللازمة لتشخيص الحالة والخطة المقترحة وبرامج التأهيل والعلاج مفصلة لكل حالة حسب ملامساتها.
- القيام بالدور الوقائي التوعوي من حيث الحقوق والواجبات والتوعية بآثار العنف السلبية وآثاره الضارة على الفرد والمجتمع.
- تنظيم برامج علاجية جماعية لبعض الحالات التي تعرضت لمشاكل متشابهة للدعم والمساندة.
- توعية الأسرة بالطريقة الصحيحة والسليمة للتربية.
- التعريف بحقوق الطفل والمرأة وواجبات المربين.
- مراقبة انضباط الأسرة مع خطة وبرنامج العلاج والالتزام بالتأهيل والاستمرار فيه.
- تقديم الخدمات الضرورية اللازمة للضحية وأسرتها ما أمكن.
- وضع التوصيات المناسبة للعلاج الأسري والمتابعة لتنفيذه.
- وضع الخطط اللازمة لترميم أي تفكك أصاب الأسرة بأقل قدر من الخسائر.

العلاج الاجتماعي:

يستخدم الأخصائي الاجتماعي ما يمكن استخدامه حسب ظروف وملابسات الحالة وقد يستخدم طريقة أو أكثر من طرق العلاج.

١. العلاج الفردي Individual Treatment.

٢. العلاج الجماعي Group Therapy.

٣. العلاج الاسري Family Therapy.

كما يركز الأخصائي في العمل مع حالات العنف على أسلوب نظرية الأزمات أي التدخل السريع والمباشر وعادة ما تكون جلسات العلاج من ٤-٦ جلسات.

ومن فوائدها: الوقاية من الانهيار النفسي الناتج عن الأزمة، الترميم السريع وتضميد الجراح النفسية العاجلة.

ويكون غالباً مع : حالات العنف والاعتصاب ويستخدم مع حالات الطوارئ الذين يكون تركيز العاملين على العلاج الطبي ولا يكاد يذكر العلاج النفسي والاجتماعي وبالتالي لا بد من تقديم المساندة والدعم الذي يمكنهم ويساعدهم في التخفيف من مشاعر الخوف والغضب والعار والخزي والخجل وتقديم المساعدة والخدمات التي تؤمن لهم الارتياح النفسي والشعور بالأمن واستعادة كرامتهم ويتطلب العمل في هذه الحالات: التقدير الدقيق للانفعال وما يصاحبه من مشاعر مختلطة بين الإحباط والحزن والقلق والغضب والانفعال والشعور بالعجز والمهانة.

تكوين علاقات مهنية تتسم بالمهنية ومدعومة بالتعاطف والإنصات والتقدير والاستجابة والمساعدة والتمكين من التعبير .

تحديد درجة الخطورة والخطة العلاجية حسب ما تتطلبه الحالة ولكن لا بد من تقديم العون السريع والمباشر للحالة والترميم النفسي العاجل لها.

ولا بد أن تشمل خطة العلاج .

- مساعدة الحالة للفهم الواضح والمتزن للأزمة.
- تقديم المساندة والدعم اللازم.
- العمل على أن تقوم الحالة بالتفريغ الوجداني.
- مكاشفة الذات والتصحيح لأي اختلالات خاطئة .

- تعزيز القدرات.

- التمكين من الاعتماد على النفس.

الأخصائي الاجتماعي الطبي:

○ هو مكتشف لحالات الإساءة .

○ هو منسق لفريق العمل.

○ هو معالج اجتماعي للضحية.

○ هو مرشد للضحية .

○ هو معلم وموجه للضحية .

○ هو مساند ومدافع للضحية.

○ هو محور الارتكاز في الفريق الطبي للعمل مع الضحية.

○ هو منسق العمل مع الجهات الأخرى لصالح الضحية.

○ هو همزة وصل بين الفريق والحالة وأسرتها.

○ هو همزة وصل بين المنشأة الطبية والضحية والمؤسسات

الرسمية والأهلية المعنية.

○ هو من يقوم بتلقي البلاغات ومتابعة استكمال الإجراءات.

المراجع:

- | | |
|---------------------------|--|
| أ. زكريا يحيى لال. | العنف في عالم متغير |
| العنف ضد النساء والأطفال | محاضرات غير منشورة |
| أ. عبدالمجيد طاش | محاضرات غير منشورة |
| أهمية المشاهدات للتشخيص | محاضرات غير منشورة |
| د. هاني جعشان | محاضرات غير منشورة |
| التقييم الاجتماعي والنفسي | محاضرات غير منشورة |
| د. باربرا بونر | آلية التعامل مع حالات العنف بالمنشآت (الإدارة العامة للصحة النفسية والاجتماعية)وزارة الصحة |

نظام التطوع للعمل الاجتماعي تجربة التمريض مع
الخدمة الاجتماعية الطبية بالمراكز الصحية

صمم البرنامج واعدته للتنفيذ

أ/ زكية محمد الصقعي

رئيسة الإشراف الاجتماعي

بإدارة الرعاية الصحية الأولية والطب الوقائي بالشرقية

1429هـ

تمهيد

يعتبر تخصص الخدمة الاجتماعية الطبية من الخدمات المساندة فنياً للخدمات الطبية والصحية في المراكز الصحية وأكثرها تدخلاً في الأمراض الاجتماعية التي تؤثر على نجاح خطة العلاج.

وقد بدأ هذا التخصص نشاطه في المراكز الصحية منذ وقت طويل كجزء من الخدمات الصحية ولم يكن في ذلك الوقت محدد الجزئيات في طبيعة العمل والمهام وإنما كان يعتمد على وصف وظيفي عام وعلى المعلومات المتوفرة لدى العاملين في التخصص من خلال تنفيذ أنشطة محدودة .

ولحاجة المجتمع والمراجعين بالمراكز إلى تفهم مشكلاتهم الاجتماعية بالمراكز الصحية فقد تم تصميم البرنامج الصحي الاجتماعي الأسري بالتساند مع الفريق الطبي تمريض وطب وخدمة اجتماعية ليشكل مجموعة من المفاهيم التربوية والمبادئ والأنظمة والخدمات الاجتماعية التي تقدم لتعزيز الحياة الأسرية قبل وبعد الزواج وأثناء الإنجاب وبالتالي تعزيز الصحة المجتمعية ككل من خلال المراكز الصحية وتهدف لتقديم الخدمات ضمن الإطار العام لخدمات الرعاية الصحية الأولية بالشرقية مع مساعدة الحالات الامراض المزمنة والمستعصية وحالات العنف الأسري والمراهقة والعناية بالجزء النفسي الاجتماعي للحالات

هذا البرنامج يترجم التوجه الاجتماعي نحو تجنيد كافة المؤسسات الاجتماعية والصحية التعليمية والثقافية من اجل استعادة الاستقرار للأسرة السعودية والمساهمة بتقديم المفيد صحيا واجتماعيا لهم ، نلاحظ وجود مراكز ارشادية اسرية ولجان تنمية وجمعيات خيرية ومهرجانات سنوية تساهم في ذلك الا انها

تفتقر لتعاون الجهات المتعددة التي تعمل في نفس المسار للأسلوب والمنهج العلمي في قياس هذه الخدمات وتنظيمها لتتطور وليس لتعيد نفسها في عدة أماكن كما أنها تقدم جهودها بعزلة عن الجهات الأخرى ولا يتم فيها التعرف على الاحتياجات الاجتماعية بشكل قياسي دقيق ، كما أن الجهود التطوعية لا تصمد طويلاً ، وتعتمد على دعم خارجي مؤقت . فالمنظومة ليست مكتملة بعد ولو تضافرت الجهود لتغلق الثغرات (المشاكل الاجتماعية) لتحقيق التماسك وكان من الصعوبة الإخلال بقيمة المجتمع أو ظهور مفرزات غير مرغوبة في المجتمع كالتفكك والانحراف والطلاق وغيرها من المشكلات بشكل كبير

من أجل ذلك الهدف السامي وندرة عدد الأخصائيين الاجتماعيين بالمراكز الصحية تم اقتراح فتح المجال لتعاون هيئة التمريض مع تخصص الخدمة الاجتماعية وإدراج مرشحات يرغبن العمل بالتخصص بعد التأهيل والتدريب المكثف

سنعرض هنا بصورة مختصرة جداً للبرنامج رغبة في توضيح الفكرة والمشاركة بها لنتم الاستفادة منها إن لاقى الاستحسان من ذوي الاختصاص

فكرة تأهيل التمريض للعمل مع الخدمة الاجتماعية

- تم التعميم على الجهات الصحية بذلك المقترح بعد الموافقة الرسمية
- ثم ترشيح الراغبات في الالتحاق بدورات التأسيس للخدمة الاجتماعية
- أقيمت ثلاث دورات تدريبية ثم رشحت ممرضات للعمل بناء على مقابلة شخصية وتقييم قياسي لقدرتها ومدى عطائها وتقييم جهتها الصحية
- أعطيت الوصف الوظيفي لعملها ومجموعة متعاونة أخرى بالمراكز لسهولة التواصل والتعرف على الحالات
- تمت متابعتها من خلال الزيارات الإشرافية للمراكز الصحية وإعداد الاجتماعات المنتظمة بالإدارة لمناقشة التقدم والمعوقات
- تقييم النشاطات في البرنامج واستبعاد الغير متعاونات
- هذا البرنامج بعد عامين من البدء به أعطى مردود جيد جدا للتعريف بالخدمة الاجتماعية بدء من الفريق داخل المراكز وانتهاء بالمراجع
- حقق البرنامج التكافل والتعاون بين الفريق الطبي والأخصائي الاجتماعي
- تم مراعاة عدم ترك الصلاحية كاملة لمنسقات الخدمة الاجتماعية من الممرضات المفرغات جزئيا في معالجة الحالات الصعبة والتي تحتاج لأدوات وطرق الخدمة الاجتماعية حيث تسلم للأخصائيات الموجودات إلى جانبهن في المراكز والقطاعات وتتم معالجتهن للحالات تحت إشرافهن.

أهداف البرنامج الصحي الاسري في المراكز الصحية :

- يهدف بصورة عامة الى حفظ وتعزيز الصحة المجتمعية ككل من خلال المراكز الصحية
- يهدف الى حفظ وتعزيز الصحة النفسية والغذائية والبيئية والاجتماعية للزوجين والابناء من سن الولادة - ١٢ عام .
- حل المشكلات الأسرية ضمن المتطلبات الطبيعية الاجتماعية وذلك عن طريق تقديم مختلف الخدمات الاجتماعية والتربوية والسلوكية والتأهيلية والتثقيفية للام .
- تقديم التوعية الاجتماعية الصحية داخل وخارج المركز الصحي
- التعاون مع الفريق الصحي لتحقيق التعاون وتقديم الخدمات بروح الفريق الواحد للمراجع بالمركز الصحي .
- تقديم البرنامج بصورة علمية قياسية تحقق التطوير عند الحاجة في البرنامج .

مبررات البرنامج الصحي الأسري الاجتماعي :

- يمثل المراجعين ثلث السكان على الأقل
- يعتبر الوصول إلى المراكز الصحية سهلا للمراجعين من الأسر والأطفال
- مراجعات الأسر للمراكز الصحية تمثل جزء كبير من حياتهم
- تتأثر الأسر (الزوجين والأبناء) بالتوعية المجتمعية .
- يستمر التأثير بالمفاهيم الاجتماعية والتربوية خلال مراحل الحياة الأسرية
- للأخصائيات الاجتماعيات والممرضات المفرغات للبرنامج دور مؤثر في الأسر حيث يمكن نقل الوعي الصحي من المركز الصحي إلى الأسرة والمجتمع .

- ٩٠٪ من برامج الرعاية الصحية الأولية تهتم بالخدمات الصحية فقط .
- البرنامج الصحي الأسري انطلاقة حقيقية لوقاية الأسر من الانحراف والعنف وكتفكك وغيرها من المشكلات الاجتماعية
- من خلال البرنامج التدريبي لهذا النوع من الأعمال ستنتقل معلومات أسرية قائمة على أساليب علمية إلى الأسر لتحقيق أقصى استفادة
- البرنامج للجميع دون تفرقة ومن حق الأسرة أن تحصل على الاهتمام الاجتماعي مثلما تحصل على الرعاية الصحية داخل المركز الصحي

البرامج الاجتماعية بالمراكز الصحية

- ١- البرنامج الصحي الاسري ويشمل :
 - برنامج المقبلات على الزواج ومشكلات الطلاق
 - حالات الحماية من العنف الأسري في المراكز الصحية
 - الأمراض المزمنة في المراكز الصحية
 - مع حالات العوز المادي أو المساعدات الاقتصادية
 - الرعاية الصحية لفترة المراهقة
 - برنامج التأهيل ضمن المجتمع للإعاقة
- ٢- برامج اخرى حسب التكليف :
 - العمل الاجتماعي مع حالات العيادة النفسية وبرنامج خدمة المجتمع التابعة للمراكز الصحية
- ٣- العمل الاجتماعي بالعيادة السلوكية لفرط النشاط والحركة عند الأطفال.

قواعد الخدمة الاجتماعية في البرنامج الصحي الاجتماعي الأسري

- ١- مراعاة استقبال الحالات الاجتماعية الجديدة عن طريق التحويل من العيادات المختلفة بالمركز أو من الإدارة بنموذج رسمي يوضح فيه سبب التحويل .
- ٢- ينبغي أن تتوفر استمارة بحث أولي لكل حالة جديدة .
- ٣- ترميز الحالات في الملفات والسجلات والاحتفاظ بدفتر ترميز هجائي أو بالأرقام خاص بذلك
- ٤- الاحتفاظ بالملاحظات اليومية للحالات المراجعة لمكتب الأخصائية الاجتماعية للاستفادة منها في المتابعة للحالة .
- ٥- أرشفة الملفات الاجتماعية التي تم العمل على مساعدة أصحابها بشكل نهائي حقق الهدف المطلوب لها وإقبالها مهنيًا .
- ٦- يتم توزيع الحالات حسب الإجراءات التي تم اتخاذها: (تحويل للضمان الاجتماعي، مراكز التأهيل الطبي، مؤسسات اجتماعية حكومية، جمعيات خيرية، مستشفيات، مراكز أخرى... الخ)
- ٧- مراعاة تنظيم الوقت المسموح به لمقابلة الحالة وعدم اجتياز الوقت المخصص للمقابلة إلا عند الضرورة .
- ٨- الاحتفاظ بنشرات متخصصة عن أعمال الخدمة الاجتماعية، والمؤسسات الاجتماعية، والموضوعات الصحية.
- ٩- مراعاة متابعة الحالة وعدم التأخير في أي متطلبات خاصة بها لضمان استمرار ثقة المراجعة بالأخصائية الاجتماعية .

- ١٠-وضع صورة من البحث الاجتماعي والتتبع بملف المريض الطبي بحيث تحول معه الى المستشفى .
- ١١-تنظيم عمل الاخصائية الاجتماعية اليومي زمنيا بحيث يقسم بجدول أسبوعي .
- ١٢-عدم التحدث علناً عن الحالات التي قامت الاخصائية الاجتماعية بعلاجها أمام العاملات بالمركز أو المراجعات والاقتصار على مناقشة الحالة عند الضرورة مع المختصين (أخصائي إجتماعي آخر، طبيب، أخصائي نفسي) .
- ١٣-يتم توزيع الحالات حسب الاسباب المؤدية لنشوء المشكلة الاجتماعية (مادية ،نفسية ، مرتبطة بالمرض، اسرية، مرتبطة بالعمل، معاقين ...الخ)
- ١٤-العمل بروح الفريق الاجتماعي اخوات يساندين بعضهن البعض ويتبادلن الخبرات
- ١٥-البرنامج مطبق بالشرقية بعدة قطاعات نموذجية كتجربة تخضع للتوسع في حالة النجاح

الوصف الوظيفي الخاص ببرامج الخدمة الاجتماعية بالمراكز الصحية لمنسقة الخدمة الاجتماعية بالقطاع والمراكز الصحية:

مسمى الوظيفة : منسقة الخدمة الاجتماعية (أخصائية اجتماعية أو ممرضة
مفرغة جزئياً وخاضعة لتدريب متخصص في الخدمة الاجتماعية)

الارتباط الإداري : مديراً لقطاع او مدير المركز الصحي الذي تعمل به.

هدف الوظيفة : (الإشراف الفني والإداري على أعمال الخدمة الاجتماعية
ومتابعة رفع مستوى الأداء الفني للعاملات بالخدمة الاجتماعية مع تفعيل
الأنشطة المناسبة مع عملها ضمن المهام العامة للخدمة الاجتماعية للعمل مع
الحالات)

المهام الوظيفية :

- ١- التواصل مع المراكز الصحية التابعة للمنسقة والتعرف يوميا على الحالات
وتوجيه الممرضات المتعاونات مع أعمال الخدمة لكيفية التصرف معها او
تحديد مواعيد لمقابلتها
- ٢- استقبال التقارير الشهرية من المراكز الصحية ومتابعة مستوى الأداء
والملاحظات قبل الرفع بها إلى إدارة الرعاية الصحية .
- ٣- القيام بالزيارات الإشرافية للمراكز الصحية لمقابلة رئيسات الأقسام النسوية
ورئيسات التمريض والتثقيف الصحي والممرضات المتعاونات للتعريف
بالخدمة الاجتماعية وخدماتها بشكل واضح

- ٤- الاطلاع من خلال الزيارات على السجلات الإحصائية والتتقيف المجتمعي للتسيق حول إقامة نشاطات اجتماعية
 - ٥- تسيق اجتماعات شهرية للعاملات بالخدمة الاجتماعية بالمراكز الصحية من الأخصائيات الاجتماعيات او المفرغات جزئيا
 - ٦- المشاركة في التوعية الاجتماعية وتشكيل جماعات الدعم الاجتماعي في المراكز الصحية
 - ٧- تفعيل لجان أصدقاء وصديقات الصحة بالتعاون مع الممرضات المتعاونات بالمراكز
 - ٨- تفعيل التواصل مع مجالس التنمية بالأحياء بالتعاون مع الممرضات المتعاونات بالمراكز
- للتواصل بخصوص الاستفسار اوإضافة أي ملاحظات: الأستاذة/ زكية الصقبي هاتف المكتب ٠٣٨٠٥٧٣٧٤

دور الأخصائي الاجتماعي مع مرضى الإيدز

إعداد

ليلى طه ضليمي

القائمة بإعداد هذه النشرة عن الإيدز
أخصائية اجتماعية نفسية العيادات التخصصية
بمستشفى الملك سعود بجدة

مقدمة عن المرض

الإيدز (AIDS) هو مختصر مسمى مرض متلازمة نقص المناعة المكتسب بالإنجليزية Acquired Immunity Deficiency Syndrome وهو ينتج عن فيروس نقص المناعة البشري (HIV) ويهاجم الجهاز المناعي للإنسان و عندما يدخل الفيروس جسم الإنسان يبقى مخفياً ولا توجد له أعراض وبالتالي يمكن أن ينقل العدوى لغيره دون ملاحظة الطرفين. ويقوم جهاز المناعة بإفراز أجسام مضادة لا تقتل الفيروس ولكن تساعد في الفحص المخبري للكشف عن وجود الفيروس.

وعندما ينتشر الفيروس في الجسم خلال ٨-١٠ سنوات تظهر أعراض المرض وتكثر المضاعفات والأمراض الإنتهازية في هذه الفترة.

وضع المرض بالمملكة

وقد بلغ عدد المصابين التراكمي منذ ١٩٨٤ حتى نهاية ٢٠٠٦ عدد ١١٥١٠ مصاب نسبة السعوديين منهم ٢٣.١٪. وتعتبر جدة أكثر مدينة في المملكة تسجل المصابين بالعدوى فالإحصائيات الرسمية في جدة تزيد عن ٦٢٪ من الإصابات في باقي المملكة.

طرق العدوى

- ١- العلاقات الجنسية وهي سبب إصابة ٩٠ % من الحالات في العالم ٨٨% حالة من السعوديين عام ٢٠٠٦ م
- ٢- تعاطي المخدر بالحقن وهي سبب إصابة ٥% من الحالات في العالم ١٠ % من السعوديين عام ٢٠٠٦ م
- ٣- العدوى من الأم إلى الجنين وهي سبب إصابة ٣% من الحالات من الأطفال في السعودية عام ٢٠٠٦ سواء كان عن طريق الولادة أو الرضاعة الطبيعية.
- ٤- نقل دم ملوث أو مشتقاته وكان ذلك منتشر في المملكة قبل ١٩٨٧م وأصبح الآن هذا العامل نادر بسبب الفحص الروتيني
- ٥- زرع عضو من شخص مصاب بالفيروس إلى شخص سليم في عمليات زرع الأعضاء كالكلية والكبد وأصبح الآن نادرا بعد عام ١٩٨٧م
- ٦- إصابة العاملين في الحقل الطبي بإبر ملوثة بدم مريض أو تعرض أغشية العينين أو الفم لدم مصاب.
- ٧- استخدام أدوات ملوثة بدم مريض مثل الحجامه والحلاقة والوشم وفرش الأسنان الملوثة بدم مريض.

تطور المرض

يهاجم الفيروس الخلايا للمفاوية المساعدة المسئولة عن مناعة الإنسان ويتكاثر هناك فينتج عن ذلك إنخفاض الخلايا المناعية مما يؤدي إلى نقص مناعة الجسم .

وعندما تنخفض المناعة عن حد معين تهاجم الأمراض الإنتهازية (Opportunistic Infections) والأورام أعضاء الجسم المختلفة مثل إلتهاب الفم والمريء والأمعاء بالفطريات وإلتهابات الرئة والدرن وإلتهاب الدماغ.

أعراض المرض

مرحلة حدة المرض

تحدث في الفترة الأولى من العدوى (٣ - ٦ أسابيع) عند ٥٠٪ من المرضى ويظهر على المصاب إرتفاع الحرارة، والعرق ليلاً، والسعال، والإعياء، وتضخم الغدد اللمفاوية، ويقع حمراء بالجلد وتستمر من (٣ - ٦ أسابيع) ثم يشفى المريض تماماً وتختفي جميع الأعراض السابقة .

مرحلة الكمون:

تستغرق من ٨ - ١٠ سنوات. ولا تظهر على المريض أي أعراض بينما يتكاثر الفيروس ويدمر خلايا المناعة (CD4) .

مرحلة الأعراض البكرة:

وتظهر فيها نقص الوزن وفقد الشهية والإسهال والحمى والعرق الليلي وإلتهابات فطرية وبثور بأعضاء الجسم المختلفة وجميع هذه الأعراض يمكن أن تصيب من هو غير مصاب بالفيروس.

مرحلة الإيدز:

هي المرحلة الخطرة من المرض ويتعرض المصاب إلى أحد أو بعض المضاعفات مثل الهزال الشديد، عدم المقدرة على الأكل، الدرن في الرئة أو المخ أو السحايا أو الغدد اللمفاوية، فقد الذاكرة، التشنجات والشلل، فقد البصر والأورام السرطانية المختلفة.

الوقاية من العدوى

- ١- تجنب العلاقات الغير شرعية بين الجنسين او الجنس الواحد
- ٢- فحص الإصابة من قبل الطرفين قبل الزواج
- ٣- الوقاية بين الزوج المصاب والطرف الآخر السليم
- ٤- الإبتعاد عن الخيانة الزوجية
- ٥- التأكد من نتائج فحص الدم قبل نقله أثناء العمليات
- ٦- التأكد من سلامة اجهزة الغسيل الكلوي.
- ٧- تجنب المخدرات التي تجر إلى إستخدام مشترك لإبر المخدرات
- ٨- إعطاء ادوية مضادة للفيروس للأم المصابة أثناء الحمل والولادة وإعطاء المولود مضاد لمدة ٦ أسابيع بعد الولادة.
- ٩- عدم إستخدام الرضاعة الطبيعية في تغذية المولود.
- ١٠- عدم إستخدام الأدوات الحادة مثل شفرات الحلاقة أو أدوات الحجاماة الخاصة بآخرين.
- ١١- لبس القفازات في غسيل الموتى.

الأسباب الاجتماعية للإصابة

إن نشأة الشباب في بيئة يسودها الفقر والانحراف والجهل بأسباب الإصابة بسبب عدم توفر برامج توعية مستمرة ومؤثرة في الشباب و جهل خطورة المرض والنشوء في أسرة غير محتوية للشباب وبيئة وصدقات غير مبنية على الفضيلة تساعد على البعد عن الدين بممارسة العلاقات الجنسية الغير شرعية بين الجنسين او الجنس الواحد او الدخول في إستخدام المخدر الذي يؤدي إلى الوقوع في شبكة مخدرات الإبر والتي تجعل الشخص في حالات غير واعية عند فترة الإنسحاب وسيطرة الشعور بالحاجة الملحة لأخذ الجرعة في أي ظرف دون القدرة على حساب الخطر والتحكم في كيفية أخذ المخدر وذلك يكثر في الأحياء العشوائية وبدرجة أقل في مختلف الطبقات والأحياء الأخرى.

إن كثير من الحالات أصيبت من خلال نقل الدم او مشتقاته قبل عام ١٩٨٨ م ومعظم مرضى الهيموفيليا عندئذ أصيبوا بالعدوى كما أصيب كثير من النساء نتيجة نقل الدم بعد الولادة. كما أن الفيروس ينتقل في صالونات الحلاقة في الأحياء العشوائية حيث يكثر الجهل في ممارسة العمالة للحلاقة كما تنتقل في الوشم وخرم الأذان خارج المرافق الصحية ، ومعظم عدوى النساء من الأزواج أما بالنسبة للأطفال فينتقل من الأم الحامل لجنينها أو من خلال الرضاعة الطبيعية.

الأثار النفسية والإجتماعية للإصابة بالإيدز

إن مرض نقص المناعة المكتسب له كثير من الأبعاد الإجتماعية والنفسية المؤثرة سلباً على حياة المرضى وأسرهم. فالمصاب يعاني من صدمة شديدة عند معرفته بالإصابة حيث أن المرض مرتبط بعدة جوانب مخيفة للمصاب فقد أرتبط المرض بوصمة إجتماعية تضع المريض في إطار الإنحراف السلوكي من التوجه إلى العلاقات الغير شرعية أو الإدمان أو كلاهما كما أن الإعلام رسم صورة مخيفة عن المرض ومضاعفاته المخيفة بالإضافة إلى ربط المرض بالموت السريع لعدم توفر العلاج الثلاثي لمعظم المرضى حتى عام ١٤٢٣ هـ كما أن تناقل كثير من المفاهيم الخاطئة عن طرق إنتقال العدوى بين الناس أثارت كثير من المخاوف الغير منطقية في التعامل مع المرضى مما أدى إلى حرمان المجتمع للمرضى من كثير من حقوقهم الإنسانية سواء كان حق التعليم او العمل في مهن غير ناقلة للعدوى او خدمات العمليات الجراحية في المستشفيات الحكومية والأهلية.

كذلك إنعكست هذه الوصمة والفوبيا على سلوك كثير من أزواج وأسر المرضى الذين تعاملوا بقسوة ونفور قد يصل إلى تعدي على حقوق المريض الشرعية والإنسانية والمادية.

ردود الأفعال النفسية للمريض

يواجه المريض عند التبليغ صدمة نفسية تختلف حدتها حسب ثقافة المريض ووضعه الإجتماعي ووضعه الأسري كما أن المريض تتغير حالته النفسية حسب المساندة الأسرية والإجتماعية والرعاية الصحية المقدمة ومرور الزمن. ولكنه في

جميع الأحوال يمر بردود أفعال نفسية متغيرة لا يشترط ترتيبها حسب الترتيب المكتوب وهناك بعض المرضى الذين لا يمرون بردود الأفعال المذكورة وهي كالتالي:

- ١- الصدمة: وقد تظهر في صورة تنميل أو ذهول أو إنكار أو اضطراب أو غضب نحو المقربين أو المسؤولين الصحيين وسهولة الإثارة لأتفه الأسباب والخوف من الموت والشعور بالذنب في حالة المخطيء والعزلة والبكاء .
- ٢- الضغط النفسي: يواجه المصاب عند معرفته بالإصابة كثير من المخاوف فيخاف الموت المبكر كما يخاف من معرفة الأهل والأقارب والأصدقاء وبقية المجتمع كما قد يقلق على فقدان الوظيفة أو قد يقلق على أسرته فيخشى عليها من الفقر والضياع بعد وفاته ويظهر على المريض الأرق وفقدان الشهية ونوبات الغضب والعزلة وتقلب المزاج.
- ٣- الغضب وهو جزء من الصدمة وقد يستمر لفترة طويلة وقد يوجه للذات أو للعائلة أو المسؤولين أو للقدر.
- ٤- الإنكار هو نتيجة تمسك الإنسان بميزات الحياة ورد فعل دفاعي للبقاء ولكن في حالة شدة رد الفعل قد يؤدي إلى رفض الرعاية الصحية والحاجة إليها.
- ٥- العزلة الاجتماعية : وقد يكون مفيداً إذا إستمر لفترة محدودة حيث يعيد المريض ترتيب حياته وتعديل مرئياته وأولوياته ومحاسبة نفسه

٦- لوم الذات: فقد احترام الذات والشعور بالذنب نتيجة نظرة الآخرين له وفقدانه كثير من المميزات الإجتماعية السابقة أو بسبب كونه السبب في عدوى شريك الزواج والأبناء.

٧- الاكتئاب: يشعر المريض بالاكتئاب بعد انتهاء فترة الذهول والإنكار وتتوقف حدة وطول الإكتئاب على شخصية المريض وثقافته وظروفه الأسرية والإجتماعية كما يمكن أن يشعر بالإكتئاب في أي مرحلة من مراحل المرض.

إحتياجات مريض نقص المناعة المكتسب

١- يواجه المريض صدمة عند تبليغه بإصابته بالفيروس تستدعي تقديم مساندة نفسية تساعده على التغلب على الصدمة .

٢- يحتاج المريض توعية صحية وإرشاد علاجي لتصحيح أي مفاهيم خاطئة عن العدوى والوقاية أو تطور المرض والعلاج المقدم وفوائده.

٣- يعاني المريض من إضطراب في العلاقات الإجتماعية الأسرية أو المهنية وإضطراب في نظام سير حياته وإجراءات الحصول على الخدمات العلاجية او الإجتماعية ويحتاج من إرشاد لإعادة التوازن والتكيف مع الظروف الإجتماعية الجديدة.

٤- قد يعاني المريض من مشكلات زوجية سواء كانت في الحقوق او العلاقات او الوقاية بين الطرفين.

- ٥- قد يعاني المريض من مشكلات إقتصادية تؤثر سلباً على توفير الغذاء والمسكن الصحي وتيسير التعليم لأطفال المرضى .
- ٦- قد تكون الإصابة نتيجة إعتداء مما يعرض المريض لضغوط نفسية شديدة.
- ٧- قد يكون المريض بحاجة إلى علاج ادمان أو تعديل سلوكيات أخرى معدية .
- ٨- قد يواجه المريض ضغوط إجتماعية في الأسرة او الجهة التعليمية او جهة العمل.
- ٩- يحتاج المريض التشخيص المبكر و الرعاية المبكرة مع أهمية الإنتظام في المتابعة والرعاية الصحية و تناول الدواء .

دور الأخصائي في الإجراءات الوقائية

- ١- الإتصال على المبلغ بإشتباه إصابته لتوجيهه إلى الرعاية الصحية المقدمة من المستشفى .
- ٢- التوعية الوقائية للمريض والمخالطين خاصة شريك الزواج.
- ٣- الإشراف على فحوصات المخالطين للمرضى للتأكد من سلامتهم والمتابعة الدورية لشريك الزواج.

دور الأخصائي في المشورة و الفحص الطوعي

- ١- تهيئة العميل نفسياً قبل الفحص للنتائج
- ٢- تعريف العميل بالخدمات العلاجية في حالة ثبوت الإصابة.

٣- توعية العميل عن أهمية الرعاية الصحية المبكرة والمتابعة الدورية.

٤- توعية وقائية عن نتائج السلوكيات الخطرة.

دور الأخصائي الاجتماعي في العيادات:-

١- تثقيف صحي لتصحيح جميع المفاهيم الخاطئة عن المرض والوقاية والعلاج.

٢- الإرشاد الاجتماعي للمريض عن حقوقه ومسئوليته الاجتماعية.

٣- الإرشاد النفسي للمريض للتأقلم مع المرض.

٤- علاج ديني لمساعدة المريض على الفكر الإيجابي والتغلب على التوجهات السلبية والضغط الاجتماعي.

٥- مساندة المريض من ذوي الحاجة مادياً وإحالاته إلى إحدى جهات الإعانة المادية.

٦- توجيه السلوك الوقائي للمريض وتقديم الإرشاد الإقتصادي والزواجي.

٧- الإرشاد القانوني للمرضى بمشكلات قانونية مرتبطة بالمرض وإحالتهم إلى جهات مساندة لإستخرج الحقوق قانونياً.

٨- إرشاد نفسي للمرضى الذين تعرضوا لإغتصاب و كان السبب في العدوى.

٩- إرشاد المرضى المدمنين وتحفيز إرادة العلاج والتنسيق مع أطباء علاج الإدمان وإحالتهم إلى مستشفى علاج الإدمان.

العلاج الأسري

- ١- الإرشاد الأسري للأزواج الذين يواجهون مشكلات وقائية.
- ٢- العلاج الأسري للعلاقات الزوجية التي تواجه تباعد أو خلاف.
- ٣- إرشاد تربوي للمرضى في مشكلات الأبناء السلوكية .
- ٤- العلاج السلوكي لأبناء المرضى الذين لديهم مشكلات سلوكية أو إنحراف.

الإرشاد المهني

- ١- إرشاد المريض للتعرف على قدراته العملية البديلة للوظيفة السابقة الغير مناسبة صحياً أو وقائياً.
- ٢- الإرشاد المهني لأبناء وبنات المرضى لمساندة الأسرة من خلال التأهيل والعمل.
- ٣- إحالة المرضى وأبناءهم إلى جهات التأهيل والجمعيات الخيرية المساندة في تشغيل المرضى.

تنسيق زواج المرضى

- ١- إرشاد المرضى عن برنامج الزواج بين المرضى وتعريفهم بمتطلبات وإجراءات الزواج .
- ٢- تنسيق الزواج بين المرضى حسب التكافؤ بين الطرفين و طلباتهم .
- ٣- إرشاد وقائي للمرضى عن إجراءات الإنجاب بين المتزوجين.
- ٤ - تأهيل المرضى المتقدمين للزواج في مبادئ الزواج الناجح.

خدمة المرضى المنومين

- ١- التعرف على آراء المرضى المنومين في الخدمات المقدمة والعمل على تحسينها.
- ٢- مساعدة المرضى في التغلب على صعوبات العلاج المرتبطة بالمعتقدات او المشكلات النفسية أو الإجتماعية.
- ٣- تمثيل المرضى مع الهيئة الصحية ومقدمي الخدمات الأخرى في المستشفى والعيادات.
- ٤- العمل على ربط المنومين لفترات طويلة بدعم الأسرة وإعدادهم للعودة لأسرهم.
- ٥- إعداد المريض للخروج بتوعية الأسرة بوسائل مساندة على إستعادة دوره الأسري والإجتماعي.

المراجع

- ١- الأيدز: التعامل معه، طرق الوقاية منه، كيفية التعايش مع المريض، علاجه، إعداد د. طارق أحمد مدني، إستشاري الطب الباطني والأمراض المعدية، وزارة الصحة
- ٢- دليل الإرشاد الصحي والنفسي والإجتماعي للعاملين في مجال الإيدز، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، البرنامج

العالمي للإيدز، جمهورية مصر العربية، البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز
١٩٩٢م.

٣- نشرة معاً من أجل الأطفال .. معاً ضد الإيدز"، إعداد البرنامج الوطني،
لمكافحة الإيدز بجدة ، إصدار خاص من Enigma بمناسبة اليوم العالمي
للإيدز ذو القعدة ١٤٢٧ هـ

الخدمة الاجتماعية الطبية مع ضعاف السمع

إعداد

الأخصائية الاجتماعية/ منال حسن الصومالي

المشرفة على الخدمة الاجتماعية الطبية

في مركز المساعدة

مقدمة

قال الله تعالى (إنك لا تسمع الموتى ولا تسمع الصم الدعاء إذا ولوا مدبرين. وما أنت بهادي العمى عن ضلالتهم إن تسمع إلا من يؤمن بآياتنا فهم مسلمون) سورة النمل : [٨٠ ، ٨١]

مع النصف الثاني من القرن العشرين بدأ العلماء في محاولة جادة لحل مشكلة فاقد السمع بصورة كاملة، أي: الصم تعريفاً، أما فاقدوا السمع بصورة جزئية فهم علمياً لا يطلق عليهم اسم الصم، بل معاقى السمع أو ضعاف السمع (hard of hearing and not deaf) فالصم: هو الفقد الكامل للحاسة السمعية، بما يناظر العمى الذي هو فقد كامل للإبصار وليس ضعف النظر فحسب.

وقد بدأ حلم تعويض حاسة السمع المفقود بصورة كلية (الصمم) يتبلور شيئاً فشيئاً مع تقدم علوم الطب والفهم الأعمق لخصائص السمع بما يتواكب مع تقدم علم الفيزياء، بما فيه من فهم أعمق لطبيعة الصوت وانتقاله في الأوساط المختلفة، وكذلك فهم أسلوب تحويل الإشارات السمعية الصوتية المعقدة إلى نبضات كهربائية ذات جوانب وصفات متعددة جداً وشديدة التعقيد، بحيث تتوازي بدقة مع خصائص الموجة الصوتية، وأيضاً الفهم الأعمق لطبيعة عمل كهربائية المخ، وكذلك مع تقدم العلوم الالكترونية والتقدم التقني في هندسة الأجهزة الالكترونية.

من كل هذه القواعد المتقدمة انطلقت فكرة ما يسمى بزرع القوقعة السمعية Implantcochlear أو Ear Electronic أو Ear Bionic أي: الأذن الالكترونية، وهي فكرة تقوم على محاولة محاكاة ما خلقه الله لنا من آليات سمعية تركزت في الأذن ومراكزها العصبية داخل الجهاز العصبي

المركزي. حيث تم تطوير أجهزة الكترونية دقيقة ومعقدة تحول الرسالة الصوتية بما فيها من تضاعفات وتخلخلات في جزئيات الوسط الحامل للصوت (الهواء) إلى نبذبات ميكانيكية، وبذلك يقوم الجهاز بتحويلها إلى نبضات كهربائية لها خصائص موازية لخصائص الصوت المنشئ لها أولاً. هذا فيما يختص بالجهاز الالكتروني الذي يحاكي عمل الأذن الداخلية من حيث وظيفة ترجمة التضاعفات و التخلخلات إلى تيار كهربائي محفز لمراكز عصبية معينة في المخ وقد تطورت هذه الأجهزة بشكل مثير جداً إلى حد أنها أصبحت تحتوي على ألياف تعد بالمئات تسمى الأقطاب، يختص كل قطب منها بنقل التيار الكهربائي المترجم عن الصوت والمعبر عنه إلى مناطق تحفيز الجهاز السمعي.

وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى ضعف السمع ثم اثر ضعف السمع ثم إلى المعينات السمعية و ثم إلى موديلات المعينات السمعية ويلي ذلك تاثير الاعاقة السمعية على الطفل ثم القوقعة والاذن الالكترونية.

ضعف السمع:

حدوث حالة ضعف السمع بشكل تدريجي مع تقدم العمر، من الأمور الطبيعية في الحياة الضوضاء الشديدة وتفاعلها مع الأذن لفترة طويلة من الزمن لها علاقة كبيرة بضعف السمع وذلك بسبب الضرر البالغ الذي يحدث لقوقعة الأذن.

يعتقد كثير من الأطباء أن الضوضاء المستمرة لأعوام طويلة مع العوامل الوراثية يرتبطان معاً بعملية ضعف السمع مع مرور الوقت. هناك عوامل أخرى قد تتعلق بضعف السمع أيضاً مثل انسداد الأذن بالشمع. حيث يعمل الشمع على منع وصول الصوت إلى الأذن.

الأعراض:

تتضمن أعراض الإصابة بضعف السمع:

- سماع الأصوات والكلام بشكل مكتوم وغير واضح.
- صعوبة في سماع وفهم كلام الآخرين حولك، خاصة مع وجود ضوضاء أو في مكان مزدحم بالناس.
- الطلب من الآخرين التحدث بصوت أعلى وشكل أوضح في الكلام.
- الحاجة الدائمة لرفع صوت الراديو أو التلفزيون.
- تجنب الانضمام إلى الأحاديث الاجتماعية.

الأسباب:

- توجد داخل قوقعة الأذن الآلاف من الشعيرات الدقيقة التي تتصل بالخلايا العصبية وتقوم بتحويل ترددات الصوت إلى إشارات كهربائية تنقل إلى المخ.
- تؤثر ترددات الأصوات المختلفة على الشعيرات الدقيقة بطرق مختلفة وبالتالي فإن الخلايا العصبية ترسل إشارات مختلفة إلى المخ وذلك هو السبب الذي يجعلنا نستطيع التفرقة بين الأصوات المختلفة.
- تحدث معظم حالات ضعف السمع نتيجة الضرر الذي يحدث لقوقعة الأذن.
- قد يحدث خلل في الخلايا العصبية، أو في الشعيرات الدقيقة وبالتالي لا ترسل الإشارات الكهربائية بشكل سليم إلى المخ، ويحدث ضعف في السمع أو عدم القدرة على تحديد الكلمات بشكل سليم خاصة مع وجود ضوضاء.

متى يجب اللجوء إلى الطبيب:

عندما تلاحظ وجود أي من الأعراض التي ذكرناها سابقاً عن احتمال حدوث فقدان للسمع.

أي عندما تجد أنك لا تستطيع سماع الحديث الذي تقوم به مع أي شخص بشكل جيد، خاصة مع وجود ضوضاء. أو إذا وجدت الأصوات التي تسمعها مكتومة وليست واضحة تماماً. أو أنك في حاجة دائمة إلى رفع صوت التلفزيون أو الراديو لتتمكن من سماعهم بوضوح. فيجب عليك اللجوء إلى الطبيب لاستشارته.

التشخيص:

سوف يقوم الطبيب المتخصص بفحص مدى قدرتك على السمع، وذلك بعمل بعض الاختبارات للسمع. يقوم الطبيب بفحص كل أذن على حدة وقياس مدى قدرة كل أذن على السمع ومدى استجابتك لمختلف درجات الصوت.

العلاج:

إذا كانت حالة ضعف السمع التي تعاني منها نتيجة خلل حدث في الأذن الداخلية، فقد يكون العلاج عن طريق استخدام سماعات الأذن. أما إذا كان ضعف السمع نتيجة تراكم المادة الشمعية على الأذن، فيمكن أن يقوم الطبيب بإزالة الشمع لتحسين عملية السمع عندك.

ما هو ضعف السمع؟

إن اصطلاح ضعف السمع يشمل مستويات عديدة تبدأ من الحالة البسيطة مروراً بالمتوسطة و الشديدة إلى العميقة ، بالإضافة إلى الصمم .

ما هي العوامل التي تؤثر في نمو اللغة؟

- العمر الذي حدث فيه ضعف السمع.
- نوع ضعف السمع ..
- درجة ذكاء الطفل.
- التدريبات المنزلية المقدمة .
- العمر الذي بدأ عنده استخدام المعين السمعي.
- بداية برنامج التدريب ومدته .

ما هي أنواع صعوبة السمع؟

- ١- ضعف سمع توصيلي (Conductive Hearing Loss) وينجم عن خلل في طريق التوصيل لعضو السمع ، ويؤثر على وصول الأصوات إلى العصب السمعي ، وهذا الخلل يكون في الأذن الخارجية أو الوسطى.
- ٢- ضعف سمع حس-عصبي (Sensory Neural Hearing Loss) وهو خلل في قوقعة الأذن أو المسار العصبي السمعي ومكانه في منطقة الأذن الداخلية.
- ٣- ضعف سمع مزدوج (Mixed Hearing Loss) ، وهو قصور في طريق التوصيل و المسار الحس عصبي.

ما هي أسباب ضعف السمع؟

- * - أسباب قبل الولادة كالأَسباب الوراثية وغير الوراثية مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية وخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل أو تناول أدوية معينة خلال مرحلة الحمل.
- * - أسباب عند الولادة مثل نقص الأكسجين و إصابات الرأس.
- * - أسباب بعد الولادة, مثل التهاب السحايا الدماغى أو أي مرض من أمراض الطفولة كالتعرض لفيروس الحصبة أو النكاف والإصابات والحوادث التي تتعرض لها الأذن .

ما هي أعراض صعوبة السمع؟

- ١- استجابة الشخص للصوت غير ثابتة.
- ٢- تأخر الطفل في تطور اللغة والكلام.
- ٣- كلام الشخص غير واضح.
- ٤- يرفع الشخص صوت الراديو والتلفزيون.
- ٥- لا ينفذ الشخص التوجيهات.
- ٦- دائما يقول الشخص " هاه " عند سؤاله.
- ٧- لا يستجيب الشخص إذا نودي.
- ٨- يرفع صوت الشخص بدون مبرر.

ما أثر ضعف السمع؟

أ- تأثير الضعف السمعي على تطور اللغة و الكلام:

١- المفردات:

تتطور المفردات عند الأطفال الذين يعانون من الضعف السمعي بشكل أبطأ من المعدل الطبيعي ، ونلاحظ أن تعلمهم الكلمات المادية مثل قطة و يقفز وخمسة وأحمر أسهل من تعلم الكلمات المجردة مثل قبل وبعد وغيره. ويظهر لدى هؤلاء الأطفال صعوبة في معرفة وظائف الكلمات مثل أدوات التعريف وفهم الكلمات متعددة المعاني.

٢- الجملة:

بعض هؤلاء الأطفال يفهمون ويتكلمون الجمل القصيرة سهلة التركيب، ويجدون صعوبة في الجمل المعقدة في تركيبها النحوي مثل المبني للمجهول، وكذلك سماع أو نطق أواخر الكلمات مما يؤدي إلى سوء الفهم وعدم وضوح الكلام.

٣- النطق:

يصعب على هؤلاء الأطفال سماع بعض الأصوات الساكنة مثل السين والشين والفاء والتاء والكاف ، ولهذا لا تظهر هذه الأصوات في كلامهم مع صعوبة فهم ما يقولون وفهم ما يقوله الآخرون لهم. ولأنهم لا يسمعون أصواتهم بشكل واضح فقد يتكلمون بدرجة صوتية أو بسرعة أو بنبرة صوتية غير ملائمة.

ب- تأثير الضعف السمعي على الإنجاز الأكاديمي:

يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبات في التعليم بشكل عام وخاصة في القراءة، والفارق التعليمي بين ضعاف السمع و ذوي السمع الطبيعي يتسع مع التقدم العلمي.

ج- تأثير الضعف السمعي على المهارة الاجتماعية:

الأطفال ذو الضعف السمعي الشديد أو الكلي يشعرون بعزلة اجتماعية كبيرة مع محدودية أصدقائهم. أما الأطفال ذوو الضعف السمعي الطفيف و المتوسط والملحوظ فتظهر لديهم المشكلات الاجتماعية أكثر من الفئات التي تعاني من ضعف سمعي شديد.

د- تأثير درجة الضعف السمعي على استيعاب الكلام واحتياجات التعليم:

١- الإعاقة الطفيفة:

لا يستطيع الأطفال الذين يعانون من صعوبة سمع طفيفة من سماع الأصوات الخافتة أو البعيدة مع عدم وجود صعوبات في التعليم. ومن الضروري الانتباه إلى تطوير مفرداتهم وتوفير مقاعد وإضاءة جيدة في الفصول تساهم في تحسين التعلم، وقد يستفيد الأطفال من تعلم قراءة الشفاه وقد يحتاجون إلى تصحيح الكلام.

٢- الإعاقة المتوسطة:

يفهم الأطفال الذين يعانون من صعوبة سمع متوسطة أحاديث الآخرين عندما يكونون وجهاً لوجه وعلى مسافة قريبة تقدر بثلاثة إلى خمسة أقدام، أما إذا كان الكلام خافتاً أو ليس في مستوى نظرهم فقد يفقدون ٥٠٪ من فهم الحوار. مع العلم أن مفرداتهم محدودة ومصاحبة باضطراب في كلامهم. وإذا وجدت مدارس مختصة لهذه الفئة يفضل إلحاقهم بها لتحقيق الاستفادة من المعين السمعي، ولا بد من الحصول على مقعد في مكان جيد في الفصل مع القيام بتدريبات خاصة لتطوير المفردات والقراءة وقراءة الشفاه.

٣- الإعاقة الملحوظة:

لا بد أن نتحدث مع الأطفال من هذه الفئة بصوت مرتفع لكي يستوعبوه. هؤلاء الأطفال يعلنون صعوبة واضحة في الكلام واللغة الإستقبالية والتعبيرية مع العلم أن مفرداتهم محدودة. ولا بد أن يلحقوا بمدارس خاصة تتعامل مع هذا النوع من الضعف السمعي ليحصلوا على تدريبات خاصة لتحسين مهاراتهم اللغوية والقراءة والكتابة وقراءة الشفاه و تصحيح النطق.

٤- الإعاقة الشديدة:

يسمع الأطفال من هذه الفئة الأصوات العالية التي تبعد قدماً واحداً عنهم، وقد يتعرفون على أصوات البيئة من حولهم، ويميزون بعض أصوات العلة، فاللغة و الكلام عندهم متأثرة بشكل كبير. ولذلك فهم بحاجة إلى إلحاقهم بمدارس للصم مع التأكيد على تطوير مهارات اللغة و الكلام وقراءة الشفاه والتدريب السمعي باستخدام المعين السمعي.

٥- الإعاقة التامة:

قد يسمع الأطفال من هذه الفئة بعض الأصوات العالية ولكنهم في الحقيقة يدركون اهتزاز الصوت أكثر من معرفته، ويعتمدون على قدراتهم البصرية عوضاً عن القدرات السمعية للتواصل مع الآخرين، وهذا النوع من الضعف يعد إعاقة حقيقية للغة وللکلام. لذلك فهم بحاجة إلى إلحاقهم إلى مدارس الصم التي تشمل برامجها تطوير مهارات اللغة وقراءة الشفاه والكلام وتدريب التآزر بين الاتصال الشفهي والإشارة وتدريب السمع الجماعي أو الفردي .

هـ- تأثير الضعف السمعي على الاتصال بالآخرين:

١. فقدان السمع من ٣٠ إلى ٤٥ ديسبل:

يتأثر انتباه الأطفال من هذه الفئة مع حدوث انفصال عن البيئة نتيجة لعدم تمييز أصوات البيئة المحيطة بهم بوضوح. أما اجتماعيا فيمكن لهؤلاء الأطفال التغلب على مشكلة التخاطب بمجرد اقترابهم من الشخص المتحدث أو باستخدام المعينات السمعية.

٢. فقدان السمع من ٤٥ إلى ٦٥ ديسبل:

يصبح تفاعل الأطفال الاجتماعي من هذه الفئة أكثر صعوبة، إذ يصعب استخدامهم للسمع لإدراك أصوات البيئة من كل الاتجاهات، فعلى سبيل المثال لو استخدم هؤلاء الأطفال المعين السمعي فانهم يستطيعون متابعة حديث شخص واحد فقط ولكنهم لا يستطيعون متابعة حديث مجموعة من الأفراد.

٣. فقدان السمع من ٦٥ إلى ٨٠ ديسبل:

يصبح اتصال هؤلاء الأطفال الشخصي بالآخرين و البيئة صعباً ، حيث يجب عليهم أن يعتمدوا على الوسائل الحسية الأخرى غير السمعية كالבصر و اللمس .

٤. فقدان السمع من ٨٠ إلى ١٠٠ ديسبل:

يصبح الأطفال من هذه الفئة معتمدين على البصر و اللمس بصورة أكبر وعلى قراءة الشفاه للاتصال مع الأسوياء ومن الممكن أن يستفيدوا من المعين السمعي لإدراك الأصوات العالية.

المعينات السمعية

هي جهاز صغير يعمل على تكبير الأصوات إلى مستوى يسمح لضعاف السمع بسماع الأصوات بالعلو الكافي ويمكنهم من استخدام الأصوات بشكل مناسب.

أنواع السماعات الطبية:

من حيث الحجم:

أ- السماعات الجسمية:

تتكون من جزئين، أحدهما داخل الأذن والآخر يعلق على الملابس وتصل الجزءان ببعضهما بسلك مرن، وتتميز بأنها تستخدم لحالات فقدان السمع الشديدة جداً وهي تستخدم للأطفال وذلك لسهولة التحكم بها وصعوبة كسرها أو تلفها.

ب- السماعات خلف الأذن:

يوضع الجزء الأساسي منها خلف الأذن ويتصل بقالب بلاستيكي أو صلب يوضع داخل الأذن الخارجية، و تلائم هذه السماعات مختلف الأعمار وجميع درجات ضعف السمع. ومن مزاياها أنها أسهل لصغار السن من حيث التحكم وقدرتها على المقاومة والاحتمال.

ج- السماعات داخل الأذن:

يوضع هذا النوع في الأذن الخارجية وهي تلائم مختلف الأعمار لمن لديهم ضعف في السمع ما بين المعتدل إلى الشديد. ومن مزاياها أنها لا تحتوي على أجزاء خارجية ظاهرة.

د- السماعات داخل القناة السمعية:

هذا النوع شبيه بالسماعات داخل الأذن.

هـ - سماعات داخل القناة السمعية كلياً:

هذا النوع هو أصغر أنواع السماعات ولا يمكن رؤيته بمجرد النظر إلى الأذن فهي توضع في آخر القناة السمعية. وتستخدم لمن لديهم ضعف سمعي ما بين المعتدل إلى المتوسط فقط.

و- السماعات الطبية المتصلة بالنظارة:

هذا النوع هو نادر جداً لصعوبة استخدامه وصيانته. تستخدم هذه السماعات لمن لديهم ضعف سمعي بين المعتدل إلى المتوسط الشديد ومصاحباً لذلك ضعف في النظر.

من حيث طريقة العمل:

أ- السماعات الطبية التقليدية:

تسمح هذه السماعات بتحويل الخصائص الفيزيائية للصوت عن طريق متغيرات فيزيائية أخرى خارجية.

ب- السماعات الطبية المبرمجة:

تحتوي هذه السماعات على مكبر وفلتر يمكن التحكم بها عن طريق مصادر رقمية خارجية.

ج- السماعات الطبية الرقمية:

تحتوي على شريحة تقوم بتحليل الإشارات الصوتية إلى أجزاء صغيرة جداً. وتقوم السماعات بذاتها باختيار الصوت المناسب حسب الضجيج في المحيط.

أجزاء السماعة الطبية:

- الميكروفون: يلتقط الأصوات من المحيط الخارجي ويوجهها إلى وحدة التكبير في داخل السماعة.
- المكبر: يقوم بتكبير الأصوات.
- البطارية: تمد السماعة بالطاقة.
- المفاتيح: مفتاح التشغيل ومفتاح التحكم بشدة الصوت.
- المستقبل: يقوم بتحويل الموجات الكهربائية من داخل السماعة إلى موجات صوتية تصل إلى أذن المستخدم.

كيفية اختيار السماعة المناسبة؟:

يجب مراعاة استشارة أخصائي السمعيات قبل اختيار نوع السماعة، حيث يتم من قبل تحديد درجة ضعف السمع ونوعه واختيار السماعة الطبية الأنسب للشخص.

الاهتمام والعناية بالسماعة:

- يجب مراعاة تغيير البطارية باستمرار.
- يجب مراعاة تنظيف السماعة باستخدام قطعة شاش نظيفة وجافة كما يجب تنظيف القالب باستمرار بالماء الفاتر والصابون.
- يجب حفظ السماعة في علبتها في حالة عدم الاستعمال.
- يجب حفظ السماعة بعيداً عن أي مصدر للماء والرطوبة ونزعها قبل الاستحمام والسباحة.
- يجب حفظ السماعة بعيداً عن متناول الأطفال.

تعليمات مهمة لاستخدام المعينات السمعية:

- يجب المحافظة على السماعه وإبعادها عن مصدر الماء او الرطوبة وعدم تغطية الميكروفون بأي حاجز حتى لا يسبب في حدوث التشويش.
- إبعاد السماعه عن أي مصدر للحرارة حتى أشعة الشمس المباشرة.
- الحرص على عدم إسقاط او وقوع السماعه على سطح الأرض او الأسطح الصلبة.
- التعامل مع المفاتيح بحذر وبدون قوة او عنف
- عدم العبث بالسماعة او محاولة فكها او تغيير عيار السماعه من الداخل.
- استعمال البطارية من النوع الموصوف للسماعة فقط.
- عدم استعمال السماعه أثناء النوم أو تحت المطر مباشرة او أثناء اللعب.
- يجب فك قالب الأذن من السماعه وتنظيفه بالماء والصابون مرة كل شهر على الأقل.
- عند عدم الحاجة لاستعمال المعينة السمعية يجب إطفاءها بواسطة مفتاح التشغيل لأن ذلك يوفر عمر البطارية وعمر السماعه.
- عدم رفع صوت السماعه إلى مستوى عال بحيث يتعدى حاجة المستخدم للمعينة السمعية ويؤدي ذلك إلى صفير وتشويش بالصوت.
- يجب التأكد من وضع القالب بالأذن بشكل صحيح وطبيعي من خلال المرآة وبعكس ذلك فإنه يسبب ألم في الأذن وحدث صفير وتشويش للصوت الصادر من السماعه.

- من المهم التعود على استخدام السماعه منذ البداية وخاصة بالتدرج ،
فمثلاً في اليوم الأول يمكن استعمالها لمدة ٣ ساعات ثم في اليوم الثاني
لمدة ٥ ساعات وهكذا حتى تصل إلى استعمالها لليوم الكامل وفي
البداية في بيئة هادئة نسبياً .

عند توقف السماعه عن العمل ،يرجى التأكد مما يلي :-:

- وجود البطارية في السماعه وبشكل غير معكوس .
- استبدال البطارية بأخرى .
- التأكد من مفتاح التشغيل على وضعيه M ومفتاح رفع الصوت على
الرقم ٤ .

- التأكد من عدم وجود ترسبات أو صمغ في قالب الأذن .
- عدم قطع او فصل في سلك السماعه إذا كانت من نوع الجيب .
- استشارة فني مختص عند الضرورة

تأثير الإعاقة السمعية على الطفل المعوق سمعياً:

تتباين تأثيرات الإعاقة من طفل إلى آخر، كما تختلف باختلاف عدة عوامل
منها: نوع الإعاقة السمعية ، شدتها، العمر عند حدوث الإعاقة، القدرات السمعية
المتبقية وكيفية استثمارها، وكذلك المستوى الاجتماعي والاقتصادي والخدمات
التعليمية المتاحة .

ويبدو تأثير الإعاقة السمعية في تأثير الخصائص الإنمائية المختلفة وفي وجود
احتياجات خاصة بالطفل المعوق سمعياً .

أ . الخصائص الإنمائية:

الخصائص اللغوية للمعوقين سمعياً:

يتأثر النمو اللغوي سلباً بالإعاقة السمعية، والطفل المعوق سمعياً قد يصبح أبكماً إذا لم تتوفر له فرصة التدريب الخاص الفاعل، ويعزى ذلك لافتقاده النموذج اللغوي، وغياب التغذية الرجعية السمعية عند صدور الأصوات وعدم الحصول على تعزيز لغوي كاف من الآخرين . أن الأطفال المعوقين سمعياً يتعلمون دلالات الألفاظ والبناء اللغوي تبعاً لنفس التسلسل، ولكن بمعدل أكثر بطئاً من الأطفال السامعين.

الخصائص الاجتماعية للمعوقين سمعياً:

أن بالكلمة المنطوقة نستطيع أن نتصل بالآخرين، وأن مهارتي الحديث والاستماع لهما أهمية خاصة في عملية الاتصال وتتوقف عليها قدرة الفرد في التفاعل الاجتماعي والعلاقات الشخصية ، كما يتوقف عليها نجاحه في التحقيق الذاتي وإشباع كثير من حاجاته.

والمتوقع عندما تكون الأصوات غير مسموعة ، وفي غياب مهارتي الحديث والاستماع أن يعاني الفرد من العزلة، لذا فإن الأطفال الصم أقل نضجاً من الناحية الاجتماعية مقارنة بالعاديين، كما يؤدي تأخرهم في اكتساب اللغة إلى جعل فرص التفاعل الاجتماعي محدودة.

الخصائص السيكولوجية للمعوقين سمعياً:

رغم تباين تأثير الإعاقة السمعية من فرد لآخر إلا أنه لا يمكن إنكار حقيقة تأثيرها بشكل مباشر أو غير مباشر على البناء السيكولوجي الكلي للإنسان،

ففقدان الاتصال ليس هو الخسارة الوحيدة للفرد المعوق سمعياً حيث ينتج عنه أضرار أكثر شدة من الصعوبة في الاتصال فحين يشعر المعاق سمعياً بالعجز وقلة الحيلة في مواقف لا تشكل مشكلة بالنسبة لغيره فإنه قد يشعر بالتعاسة والخجل والإحباط مما يزعزع بناءه النفسي ويدفعه إلى إصدار أنماط من السلوك اللاتوافقي، وأن أثر الإعاقة السمعية على الفرد يتوقف على المعنى الذي تحمله كما أن حصول الطفل الأصم على معلومات أدوار الكبار محدود وكذلك فرصته في التعلم من أنواع معينة من الألعاب وقد تكون النتيجة صرامة أو حدة الشخصية عند المعوقين سمعياً.

ب . الاحتياجات الخاصة بالطفل المعوق سمعياً:

لا يتوقف تأثير الإعاقة السمعية على ما تحدثه من تأثير في المظاهر الإنمائية المختلفة للمعوق سمعياً بل تفرض احتياجات خاصة بالطفل المعوق سمعياً ٠٠ وتظل للطفل المعوق سمعياً ذات حاجات الطفل السامع والتي يؤدي إشباعها إلى سهولة تكيفه وإعادة توافقه.

ويمكن تصنيف هذه الاحتياجات إلى ثلاث مجموعات:

١ - احتياجات تعليمية

يحتاج الطفل المعوق سمعياً إلى أساليب تعليمية تختلف عن الأساليب المتبعة مع الأطفال العاديين ، وكلما كانت الخبرات التعليمية التي يمر بها الطفل المعوق سمعياً أقرب إلى الواقعية كلما أصبح لها معنى ملموساً وثيق الصلة بالأهداف التي يسعى الطفل إلى تحقيقها ، ويرجع ذلك لبطء تعلم اللغة عند المعوقين سمعياً والذي يعوق نمو خبراتهم التعليمية بوسائل التعليم العامة.

٢- احتياجات مهنية:

يحتاج الطفل المعوق سمعياً إلى توجيهه لما تبقى لديه من قدرات ومواهب وما يناسبها من أساليب مهنية مما يمكنه من مقاومة الشعور بالنقص ويتغلب على النتائج النفسية المصاحبة لإعاقة.

٣- احتياجات تدريبية خاصة:

في ظل غياب الأصوات المسموعة لا يستطيع المعوق سمعياً تنمية وتطوير مهارات الكلام واستخدام اللغة من خلال حاسة السمع ، ويلزمه نوع من التدريب المنظم لتقنيات ذات طبيعة خاصة ، وقد يمكن تحقيق ذلك باستخدام المعينات السمعية وأجهزة تعليم الكلام بل وحديثاً بعض برامج الحاسوب.

أسرة الطفل المعوق سمعياً:

أولاً: أهمية الأسرة: أهمية دور الأسرة ووظائفها بما يمكن تلخيصه فيما يلي:
للأسرة وظيفة أساسية بعد الإنجاب هي وظيفة التنشئة الاجتماعية والثقافية بجانب وظيفتها العاطفية والاقتصادية وغيرها من الوظائف التي تتولاها أفرادها.
مفهوم الذات صناعة اجتماعية بالكامل تتكون من لحظة الميلاد الأولى من خلال علاقة الطفل بأمه ثم بالآخرين واحتكاكه معهم واتجاهاتهم نحوه.
تصورات الوالدين واتجاهاتهم تنطبع في تصورات الطفل وتتغرس عميقاً ضمن شخصيته وتلعب دورها الحاسم في نوعية توافقه.
التوافق النفسي للفرد يتأثر سلباً أو إيجاباً حسب نوع التجارب والخبرات الأسرية التي يمر بها.

ويبرز أهمية دور الأسرة حين يكون أحد أفرادها من المعوقين سمعياً .

أولاً : تأثير الإعاقة على الأسرة:

أ- ردود الأفعال:

من المتفق عليه أن الأسرة منظومة تتكون من التفاعل الديناميكي بين الآباء والأمهات والأولاد بهدف تحقيق أهداف معينة، ويترتب على ذلك أن ما يؤثر على أي فرد فيها يؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على كل فرد آخر فيها.

كما أن هناك تأثيرا خاصا وعميقا لوجود طفل معاق على علاقات الأسرة وأن ذلك غالبا ما يمثل صدمة قوية لطموحات الآباء ويؤدي إلى تعديلات عميقة في توقعاتهم. على أن أعاقة الطفل الأصم هي إعاقة لأسرته أيضا مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها.

ورغم أن ردود أفعال واستجابات الوالدين لميلاد طفل معوق تختلف باختلاف الأساليب السيكولوجية الدفاعية ، والاختلافات في بناء الشخصية وعوامل أخرى.

ردود الأفعال التي تصدر عند اكتشاف الإعاقة ومنها:

١- الصدمة shock

وهي أمر طبيعي إلا أن درجة الصدمة ومداهما يعتمدان على درجة الإعاقة وطبيعتها ووقت اكتشافها.

٢- الإنكار denial

وهو حيلة دفاعية عند المواقف الصعبة فيميل الفرد إلى إنكار ما هو غير مرغوب أو متوقع ومؤلم وليس أكثر إيلا ما من موقف يتعلق بالأبناء الامتداد الطبيعي للفرد.

٣- الأسى والحزن grief

ولعله الأسى والحزن على حرمان الطفل من كثير من الإشباعات والحاجات الناجمة عن إعاقة.

٤- الغضب anger

وهي مشاعر قد تبدو طبيعية في ظل الإحاطات التي تتعرض لها الأسرة نتيجة الإعاقة ، وقد يتم التعبير عنها بالشكوى .. كما قد يتم إسقاطها إلى مصادر أخرى كالطبيب والأخصائي والمدرس.

٥- الشعور بالذنب guilt

وهي مشاعر تسود في ظل بعض الثقافات يرى البعض أن الإعاقة عقاب من الله ، أو الإحساس بالتقصير أو الشعور بالمسئولية السببية عن الإعاقة سواء بالوراثة أو تناول أدوية أثناء الحمل، وقد يلعب الشعور بالذنب دوراً مهماً حين يتيح للوالدين مراجعة وتقييم معتقداتهما .. أو إعادة تقييم مدى مسؤولياتهما عن الأحداث الحياتية المختلفة.

٦- الخجل والخوف fear& same

من خلال بعض الثقافات يعتقد البعض فيها أن إعاقة الطفل هي عقاب على خطيئة قد يحاول الوالدان تجنب مخالطة الناس أو عزل الطفل المعوق خجلاً أو خوفاً من ردود أفعال الآخرين.

٧- الاكتئاب depression

ويعني هنا الغضب الموجه نحو الذات ويحدث ربما حين يشعر الآباء بالعجز أو أنهم كان يمكنهم عمل الكثير للوقاية من الإعاقة لذا فإن غضبهم من أنفسهم لأنهم لم يفعلوا كل ما باستطاعتهم.

٨- القلق anxiety

وهو ناجم عن المسؤوليات الجسيمة والضغط الهائلة والاحتياجات الخاصة المترتبة على إعاقة الطفل السمعية.

٩- القبول acceptance

ولا يجد الوالدان في نهاية المطاف مفرا من قبول طفلها كما هو، وقد لا يصل الوالدان لهذا المستوى إلا بعد فترات صعبة ومعاناة قاسية.

القوقعة (الأذن الالكترونية)

زرع القوقعة وسيلة من الوسائل التي قدمها تطور البحث العلمي في السنوات الأخيرة، وذلك لمساعدة الصم على تجاوز إعاقاتهم ، وتسهيل اندماجهم في المجتمع.

مبدأ زرع القوقعة :

زرع غرسه الكترونية داخل الأذن الداخلية لتقوم بوظيفة القوقعة موصلة بجهاز يوضع تحت الجلد ويتصل عبر الجلد بجهاز يوضع فوق فروه الرأس يثبت بواسطة مغناطيس يتصل بحاسوب صغير ذو ميكرفون حيث يقوم الجهاز بالتقاط الاهتزازات الصوتية من الوسط الخارجي ويرسلها إلى الغرسه الذي يقوم بتحليلها وتضخيمها، ثم ترسل الإشارة إلى القطعة الداخلية المزروعة التي تقوم

بإيصال الرسالة الكهربائية السمعية بواسطة أسلاك دقيقة إلى ألياف العصب السمعي ، ثم تتابع طرقها كالمعتاد.

من هم الصم المرشحون لزرع القوقعة ؟

هناك شروط عدة للترشيح لزرع القوقعة:

وجود نقص سمع حسي عصبي يتراوح في شدته بين الشديد والعميق.

- التأكد من سلامة ألياف العصب السمعي بواسطة اختبارات خاصة لأن الهدف هو زرع بديل للقوقعة وليس للعصب السمعي
- فشل حدوث أي تطور على مستوى النطق بعد تجربة معينات سمعية مناسبة مع الخضوع للتأهيل الخاص وذلك لمدة ستة أشهر على الأقل
- دور العمر في تحديد درجة نجاح زرع القوقعة.
- يتدخل العمر إلى درجة كبيرة في تحديد مستوى نتائج زرع القوقعة فمن المعلوم أنه كلما كان سن حدوث الإصابة أصغر كان تأخر النطق أوضح، لذا تم تقسيم المصابين بنقص السمع إلى مجموعات ثلاث حسب سن حدوث الإصابة:

١- ما قبل الكلام prelingual : وفيها تكون الإصابة بالصمم باكراً جداً (خلقية أو مكتسبة في الأشهر الأولى من العام)، وذلك قبل أن يتم اكتساب أي نطق.

٢- ما حول الكلام perilingual : وفيها تحدث الإصابة في عمر أكبر قليلاً من المجموعة السابقة ، وفي وقت يكون فيه الطفل قد تجاوز مرحلة معينة في اكتساب النطق.

٣- ما بعد الكلام postlingual: وفيها تحدث الإصابة عند طفل كبير أو كهل، ويكون اكتساب النطق قد تم بشكل كامل قبل حدوث الإصابة.

فمن الواضح أن ابناء المجموعة الأولى يحتاجون إلى تدريب وتأهيل مكثف بعد العمل الجراحي، بسبب انعدام وجود أي مخزون سمعي كلامي لديهم، وبالتالي فتأهيلهم طويل والنتائج لديهم متوسطة الجودة.

إذاً كلما حدثت الإصابة بالصمم في عمر أكبر كان إنذار التأهيل واكتساب النطق أفضل.

ولعل المجموعة الأخيرة هي المجموعة المثالية والتي تعطي أفضل النتائج، لأن المريض لديه مخزون كامل من الكلمات يستطيع العودة إليه بسهولة عند إجراء التأهيل.

إن عامل السن يتدخل أيضاً في أمور أخرى منها : صعوبة التيقن من درجة نقص السمع عند الأطفال صغار السن جداً، شروط التطور التشريحي لأجواف الأذن الوسطى لديهم.

وبشكل عام نقول إن أبكر عمر يمكن اقتراح زرع القوقعة فيه هو عمر السنتين لمن كان حدوث ضعف السمع لديهم ما قبل الكلام.

perilingual:

أما في الإصابات المكتسبة فيمكن اقتراح زرع القوقعة بعد فترة انتظار في حدود ستة أشهر للتأكد من ثبات الإصابة.

ما هو مخطط الدراسة المتوقع إجراؤها لمعرفة المرشحين لزرع القوقعة؟

تتضمن هذه الدراسة النقاط التالية:

- * - الاستجواب الدقيق للمريض والأهل: تاريخ حدوث نقص السمع، تطوره، درجة تطور النطق، المعينات السمعية، التأهيل، التطور الروحي الحركي، الوضع النفسي، الأمراض العامة، القدرة البصرية (قراءة الشفاه).
- * - دراسة السمع وتشمل: اختبار تمييز الكلام مع وبدون معينات سمعية.
- * - اختبار تنبيه ألياف العصب السمعي لمعرفة درجة سلامتها.

* - دراسة لمستوى النطق من قبل اختصاصي في هذا الفن ، وذلك لمعرفة درجة تطور النطق، قراءة الشفاه، لغة الإشارة.

* - دراسة نفسية اجتماعية للمريض وعائلته. (التقييم النفسي - والاجتماعي)

* - التحقق من وجود الدافع القوي والحماس في العائلة لمتابعة التأهيل الطويل التالي.

* - فحوصات إشعاعية للإذن

* - إجراء فترة اختبار بوضع المعينات السمعية وإخضاع المريض لتأهيل مناسب لمدة ستة أشهر على الأقل، ثم تقييم درجة استعادته من هذا الإجراء.

ماهي النتائج على المدى البعيد ؟

إن زرع القوقعة هو محاولة جادة للتعويض الجزئي عن السمع المفقود، لذا يجب أن لا ننتظر نتائج باهرة معتقدين أن الطفل الأصم سيتحول إلى صاحب سمع طبيعي . بمجرد عملية الزرع اذ إن الزرع سيقدم لصاحبه محاولة جديدة لدخول عالم الأصوات بعد أن فشلت الوسائل الأخرى المعتادة.

* - الحصول على نتائج جيدة سواء في مجال السمع أو النطق يعتمد (بعد العمل الجراحي المتقن) على التأهيل، والذي يجب أن يستمر لفترة تطول أو تقصر وذلك حسب عمر المريض، سن حدوث الإصابة، الزمن المنقضي منذ حدوث الإصابة، درجة تطور النطق،..... وقد تصل فترة التأهيل إلى سنوات عديدة.

أما إجراء العمل الجراحي وإهمال التأهيل فليس له من نتيجة سوى التعرض لعمل جراحي وأعباء مادية مرهقة، ولن نصل إلى أية نتيجة إيجابية من ناحيتي السمع والنطق.

كذلك يجب أن نأخذ بعين الاعتبار عند تأهيل هذه الحالات التطور الطبيعي للنطق عند الأطفال الطبيعيين، فهؤلاء الأطفال يمضون الفترة الأولى من حياتهم في اختزان الكلمات المسموعة لتتحول فيما بعد إلى كلام بشكل تدريجي. ويجب أن نتوقع على الأقل التطور ذاته بعد زرع القوقعة. وباختصار فالتدريب الجيد بعد الزرع المتقن يوصلنا إلى نطق مقبول مما يسمح بمتابعة حياة اجتماعية نافعة. وتبقى النتائج مرهونة بعوامل كثيرة.

أساليب تطوير اللغة:

١- قلد وتفاعل :

تكرار كلمات الأطفال أو أصواتهم وأفعالهم مع مراعاة اللفظ الصحيح؛ يظهر الاهتمام ويعزز قيمة التواصل الكلامي عند الأطفال بل وينمي لغتهم. تفاعل مع أي بادرة للتواصل بحب ومرح ونشاط، وقلد الأصوات المحيطة به، وشجعه على تقليد الأصوات وارتبطها مع ما يمثلها من الأشياء؛ فذلك مدعاة لتطوير لغته.

٢- أضف :

دائماً أضف كلمة إلى كلماته ومعنى إلى معانيه وصوتا إلى أصواته، إذا قال: سيارة، يمكن أن تقول: سيارة أحمد، وإذا قال لعبة، قل: لعبة كبيرة أو لعبة أحمد وما أجمل اللعبة، وإذا قال: " عن " يقصد " سيارة قل: السيارة تقول عن عن، سيارة تسير، هات السيارة، يالله ندف السيارة... الخ، بالإضافة تساهم في تطور اللغة.

٣- علق :

كن معلقاً بارعاً وصف كل ما يهم الطفل وما ينشغل به أو ينتبه له بالنظر أو بالاستكشاف أو باللعب وشد انتباهه بقدر المستطاع واصفا الحدث.

٤- فسر :

فسر وترجم كلماته وأصواته وحركاته الغامضة إلى كلمات أو عبارات ذات معنى، تتصل بما يقول أو يحاول أن يقول، أو بما يشير إليه؛ فذلك يعني المشاركة والتواصل. مثال ذلك إذا قال الطفل "اتلابلا" أثناء وقوفه عند الباب ممسكا بمقبض الباب، يمكن أن يفسر ذلك أنه يريد أن يقول: أنا أريد أن أخرج خارج الغرفة (أطلع برا)، كرر العبارة بنطق سليم . لتبين النموذج الصحيح ، ووفر له فرصة الاستماع.

٥- اهتم بالرسائل :

كن قارئ جيد لكل رسالة يرسلها لك طفلك؛ فكل محاولة من الأطفال للتواصل ذات أهمية لنمو اللغة، وإن كانت ضعيفة. الرسائل بقصد التواصل متنوعة منها النظرة بالعينين والابتسامة وحركة اليدين والذراعين، وحركة الرأس والرقبة والصدر، وحركات الأرجل، والإشارات والإيماءات، والأصوات غير المفهومة والصراخ والبكاء والأنين، والكلمات المفردة غير الواضحة والواضحة، والعبارات القصيرة والجمل الطويلة، كلها رسائل ينبغي على الراشد حسن التعامل معها وعدم رميها في سلة المهملات ؛ لأن ذلك يقضي على فرص التواصل بين الطفل ووالديه ومجتمعه بغرض تطوير لغته. لذا حين يشير الطفل إلى الكأس، استجب له وقل: تريد ماء، حسناً، سوف أسكب الماء، خذ الماء. إن تجاهل محاولاتهم سيثنيهم عن القيام بمحاولات أخرى، ولذا دعهم يعرفوا أنك تفهم رسائلهم الكلامية وغير الكلامية على أن تتواصل معهم شفهيًا.

٦- علم كلمات :

الطفل بحاجة أن يعبر بكلمات لكن قد تنقصه اللغة، مثال حين يسقط الطفل أرضاً ويصرخ من الألم ، قل له: آه، واستخدم مفردة مناسبة للحدث ، أو حين يمسك بحذائه في يده ، فقد يدل ذلك على أنه يرسل لأمه رسالة معناها " أمي أريد أن تلبسيني حذائي" فالاستجابة التواصلية والعملية تشجعه على تعلم التواصل .

٧- امنح خيارات :

أسلوب يسمح بالتواصل من دون إحباط ، مثل: إذا أشار الطفل إلى كأس، فقل له: تريد حليباً أو عصيراً؟ إن احتمال الحصول على إجابة لفظية لهذا السؤال ستكون أكثر مما لو طرح السؤال بصيغة ماذا تريد؟

٨- تعجب واستفهم للإيضاح :

فإذا قال الصغير: " صير " ، ويقصد "عصير" ، فقل مكرراً: صير ! صير! صير! ، ماذا تقصد؟ مع علامات دالة على التعجب ، وبعد فترة يسيرة ، قل: آه تقصد عصير. أنت تريد عصير ، تحب عصير ، سأسكب عصير ، عصير لذيذ ، التواصل بتلك الطريقة ينمي لغة الأطفال من دون إحباط.

٩- أعد ببطء :

لا تتوقع منهم نطق الأصوات بوضوح، ولكن أعد في هدوء وببطء وبالغ في نطق الصوت الذي لا يستطيع نطقه، أو قد حذفه أو استبدله أو شوهه. مثال: إذا قال :تمكه ويعني سمكه ، يمكن أن تقول: مازحاً (س س س سمكة كبيرة)، متيحاً لطفل فرصة النظر إلى فمك وتعلم اللفظ السليم. وحاذر أن تقول مباشرة لطفل: أنت تخطيء النطق أو أعد الكلمة قسراً، أو أن تضحك من نطقه أو تقولها كما هي. لكن أعد مباشرة ما قاله بنطق سليم

بطيء مع مبالغة في حركة الفم تكرارا ومرارا عند كل فرصة سانحة ووجهها لوجهه، ولا تجبره على التقليد إن لم يرغب ذلك.

١٠- توقف وأنظر :

أنزل على ركبتيك وقابله وجهاً لوجه ؛ ليعرف الطفل أنك تحاول فهم ما يقول وتقدر تواصله ، وامنحه وقتاً كافياً بالإصغاء له ، وامنحه وقتاً يجمع أفكاره ؛ ليعبر عما يجول بذهنه ، يؤكد هذا السلوك من الراشد أن جهود الصغير تلقى اهتمام من الآخرين ، وهذا يدعو لنمو اللغة والتواصل الكلامي.

١١- تعرف على مشاعر الإحباط :

إذا لاحظت أن الطفل محبط فتوقف وخطط للقيام بمحاولة أخرى فيما بعد، كن لطيفاً معه عند ما يحاول ويفشل أو عند ما لا تفهم كلامه. حاول تفسير مقصده ، وإن لم تنجح وجه انتباهه واهتمامه نحو شيء آخر في المكان ويمكنه التحدث عنه بنجاح.

١٢- تحدث عن ما يهمه:

راقب اهتمامات الطفل ، وتحدث معه عن ما يهمه وعن أنشطته وعن خبراته ، فالأطفال مركزيو التفكير ، ينشغلون في ما يهمهم ويتعلمون منها، وقد لا يهمهم ما يهم الآخرين .

١٣- القدوة:

كن نموذجاً وقدوة حسنة في كلامك وتواصلك ؛ ليستطيع الطفل الاقتداء بك لتطور لغته وكلامه.

١٤- علم إيصال المعنى بطرق عدة :

تكلم بأساليب مختلفة مثل تغيير نبرة الأصوات وسرعة الكلام ، أو استخدام المترادفات وتصحيح اللفظ . يمكن تعليم هذه الإستراتيجية عن طريق استخدامها حين تتحدث معه مرتكباً أخطاء متعمدة ، ليرى الطفل كيف تصححها. مثال ذلك: عندما تقول: أحضر يا أحمد تيارتك ، تيارتك !!! لا أعني سيارتك ، نعم سيارتك. حين يلاحظ الطفل أنك تستخدم هذه الإستراتيجية سينظر إليها على أنها أسلوب يمكن استخدامه إذا ما ارتكب خطأ ، أو أراد أن يبين المعنى الذي يقصد. حين يبدأ الطفل في تصحيح كلامه ، دعه يعرف أنك تقدر الجهود التي يبذلها كأن تقول له آه كنت رائعاً يا أحمد.

١٥- تحدث بكثرة :

تأكد من أن تتيح لطفل كثير من الفرص لتحدثا سويا من خلال القصص المصورة أو النشاطات اليومية عند تغيير الملابس ، أو الاستحمام ، أو الطعام أو الرحلات.

١٦- النظام :

ضع نظام روتين لتعليم اللغة ونفذه بحزم. النظام يمنحهم معرفة ما سيفعلون ؛ مما يشعرهم بقدر كبير من الأمان.

١٧- شارك :

شاركهم اهتماماتهم ، كالنظر إلى ما ينظرون إليه ، واللعب معهم ، والتحدث عما يريدون الكلام عنه.

١٨- كن ديموقراطي :

لا تكن دائما موجها للنشاط ، بل امنحهم الحرية في اختيار ما يرغبون القيام به ، فهذا أفضل للتواصل معهم.

١٩- لا تتطفل :

لا تشاركهم النشاط إن لم يرغبوا ذلك ، بل كن مراقب عن بعد ، وحاول وصف ما يقوموا به ، ثم حاول الانضمام لهم.

٢٠- شجع الأصوات :

شجعهم على الاستجابة الصوتية ولو لم تكن واضحة ؛ لأن ذلك أدعى لتطور التواصل.

٢١- الكمال لله :

لا تتوقع منهم الكمال ، وكن مشجعا لكل محاولة يقوموا بها حتى ولو لم يتحقق الهدف.

٢٢- كن كريما :

كافئهم على كل المحاولات التي يقوموا بها للكلام ، وابتسم أو هز رأسك أو كرر الصوت كنوع من التواصل ، فهذا يجعلهم يحاولوا التفاعل أكثر.

٢٣- لا تتنبأ :

لا تتوقع احتياجاتهم من غير تواصل بالكلام ، فهذا يلغي الدور المؤثر لاستخدام اللغة الكلامية ، ولا تنسى أن الحاجة هي أم الاختراع ، وإحدى وظائف استخدام اللغة بين البشر هي التعبير عن الاحتياجات.

٢٤- استمع :

استمع لما يقوله بانتباه واهتمام شديد ، فهذا يمنحهم الشعور بأهميتهم مما يدفعهم لتعلم المزيد من أجل تواصل فعال. ولا تقاطعهم أثناء تحدثهم وكن مستمعا جيدا .

٢٥- اجمع المعان :

اربط بين الأصوات والكلمات، والكلمات بالأشخاص والأشياء والنشاطات؛ بأن تسمي الأشياء مثل الملابس، وأعضاء الجسم، والألعاب، والأطعمة، وأسماء أفراد العائلة، وأثاث المنزل، والحيوانات وغيرها.

٢٦- أنشد لهم :

الإنشاد محبوب عند كل الأطفال فلما لا يستخدم لتنمية اللغة والتواصل.

٢٧- علمهم الإصغاء :

ساعدهم على تعلم الاستماع للآخرين. حاول لفت انتباههم للأصوات طوال اليوم ، وردد كثيراً عبارة "إسمع أو أنا أسمع."....

٢٨- بسط اللغة:

تكلم معهم من خلال جمل بسيطة ، وإن كانت لغتهم متأخرة جدا تكلم من خلال كلمات مفردة ، ولا تكن لغتك بعيدة كل البعد عن مستوى لغة الطفل.

٢٩- سهل المهمة :

أطلب منهم ما يستطيعوا عمله عند بداية تعليم اللغة ؛ لتشجيعهم على التعلم، وتدرجياً ضمن المهام الأكثر تعقيداً.

٣٠- لا تكن دكتاتور :

لا تجبرهم على قول كلام لا يرغبوا قوله ، إنما حاول تشجيعهم.

٣١- استخدم الجمل :

تكلم في جمل ذات معاني يفهموها ؛ لأن فهم اللغة يسبق استخدامها
ومتطلب لتأسيس التواصل.

٣٢- التكرار يعلم الشطار:

كرر كل ما تريد تعليمه ، ففي الإعادة إفادة.

٣٣- قف:

أكثر من الوقفات بين الجمل ، لتمنحهم وقتاً للمشاركة.

٣٤- لا إشارات:

لا تستمر في التواصل معهم من خلال الإشارات لأن ذلك يلغي أهمية
التواصل من خلال الكلام.

٣٥- الحلم:

كن صبوراً ومعلماً حكيماً ، فتعليم اللغة يتطلب بعض الوقت إلى أن تظهر
النتائج المرجوة ، والإهمال والتعاس يبطل من تطور اللغة ؛ الذي يعوق
الأطفال عن التواصل مع الآخرين وعن اللحاق بأقرانهم في النمو ، وقد
يعوق تعلمهم أيضاً. تذكر أن التعلم يتطلب وقتاً وجهداً.

٣٦- كن ممتعاً :

المرح والتسلية والمتعة ينبغي أن يترافقا مع تعليم اللغة ؛ لأن ذلك يعزز
الاكتساب السريع ويقلل الإحباط على الأطفال. لتكن أجواء تعليم اللغة
رسمية ورتيبة ومملة ، فذلك أدعى للفشل من النجاح.

٣٧- بالغ في النطق:

المبالغة في النطق تساعد الأطفال على تعلم نطق الأصوات بشكل أفضل ،
أفتح فمك وبالح في حركة شفاهك ولسانك وأسنانك وواجه الطفل ، فعندما يقول
الطفل على سبيل المثال: " وثخ " ويقصد " متسخ " ، قل مع المبالغة الشديدة :
وسسسخ ، ضاعطاً على الأسنان ومباعدة بين الشفتين ووجهها لوجه في حوار
جميل نتسأل عن من وسخ القميص ولماذا هو متسخ ... الخ .

٣٨- العِب:

لنكن معظم الأنشطة التعليمية من خلال اللعب والمرح ما أمكن فذلك أجدى
للحصول على أفضل النتائج. وتعلم كيف تلاعب الأطفال ، فجميع البحوث
الإنسانية في مجال التواصل البشري تؤكد أهمية اللعب لتعلم الأطفال اللغة ، بل
من أيسرها على المعلم والمتعلم ونتائجه أفضل بكثير من غيره من الأساليب.

٣٩- كن مبدعاً:

كن خلاقاً للنشاطات والأفكار ، ولا تكن مقيداً لأفكار محدودة، لأن اهتمامات
الأطفال مختلفة، مما يتطلب المرونة في العمل والأنشطة.

٤٠- الشمولية:

انطلق من خلال أفكار أكثر شمولية لتعليم اللغة ، فذلك أسرع في إلحاق
الأطفال بالأسوياء. انطلق من خلال تنمية مهارات عديدة وفي أوقات قريبة
، فذلك يوفر الجهد والوقت .

٤١- تبادل الأدوار:

واحد من أهم أهداف اللغة والتواصل هو تبادل الأدوار، علم الطفل تبادل الأدوار من خلال اللعب، وإن لم يشاركك دعه واللعب مع غيره حتى يرغب في المشاركة.

٤٢- الكثافة الحسية:

علم اللغة والتواصل باستخدام أكبر قدر من الحواس مثل الذوق والشم والسمع والبصر واللمس.

٤٣- إغتنم الفرصة :

يمنحنا الأطفال فرصاً لا متناهية للتواصل معهم وبطرق مختلفة ، وقد تكون وسائلهم للتواصل ضعيفة ، لكن على الراشدين إستغلالها لصالح تعلم اللغة والتواصل ، والتعرف على أنواع الفرص التي يمنحها الأطفال الكبار وكثيراً ما تهمل .

كيف تنفذ الأساليب لتعليم الأطفال اللغة والتواصل؟

١- اعرض الطفل أولاً على أخصائي أمراض التخاطب عند ملاحظة تأخره؛ لأن ذلك يساهم الكشف وعلاج الحالة في وقت مبكر.

٢- قيم الضعف؛ لتستطيع تعليم ما ينقصه، بمساعدة أخصائي أمراض التخاطب.

اطلع على جداول تطور اللغة والتواصل والتي تتوفر في كثير من الكتب التي تصف تطور الأطفال؛ فهذا يساهم في مراقبة تطورهم.

٣- إقرأ كل المبادئ وحاول استيعابها وطرق تنفيذ كل منها.

٤- أستعن بأخصائي أمراض التخاطب ليبين لك أسلوب تنفيذ كل منها.

- ٥- اختر مبدأ واحد من هذه المبادئ وابدأ في تنفيذه فقط ، وبعد تعلم طريقة تنفيذه على مدار عدة أيام وبنجاح ودونما تسرع ، أضف مبدأ آخر مع المبدأ السابق وهكذا.
- ٦- أشرك أكبر عدد من أفراد العائلة في تنفيذ المبدأ مع شرحه لهم .
- ٧- تبادى مناقشة اضطراب لغتهم أمام الآخرين، ولا تدع أحدا يضايقهم أو يسخر منهم ، أو يقلد طريقتهم في الكلام .
- ٨- أساليب تعلم اللغة بغرض التواصل هي أسس ينبغي تعلمها أولاً ومن ثم إنشاء النشاطات الملائمة لتنفيذها، تتنوع النشاطات بحسب كل أسلوب وباختلاف إهتمامات الأطفال واحتياجاتهم والمجتمع المحيط بهم والظروف الصحية والتطورية للأطفال والوضع الثقافي والاقتصادي للأسرة ؛ فعلى الأسرة تكوين النشاطات الملائمة بحسب كل أسلوب.

الخاتمة

وبعد... فإن هذا الجهد المتواضع ما هو إلا محاولة من ذوي الخبرة في مجال الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية لإثراء المكتبة العربية وتطوير العمل الاجتماعي ضمن الفريق الطبي في المؤسسات الصحية. وما من شك أن ما تضمنه هذا الكتاب يمثل عصارة الخبرات العلمية والمهنية التي اكتسبها الكتاب خلال السنوات الطويلة التي أمضوها في أقسام الخدمة الاجتماعية بالمؤسسات الصحية.

وإنني إذا أتشرف بالإشراف العلمي والمهني لما تم طرحه في هذا الكتاب، أتقدم بالشكر الجزيل لله سبحانه وتعالى أن وفق المشاركين اعدادا ومراجعة وإشرافا لإخراج هذا العمل، كما أشكر أخي سعادة الأستاذ/ طلال محمد الناشري رئيس قسم الخدمة الاجتماعية بمستشفى الملك فهد بجدة على تعاونه الدائم مع كافة الجهود التي تبذل لتطوير العمل الاجتماعي، والشكر موصول لأصحاب السعادة المشاركين والمشاركات في إعداد هذا الكتاب.

سائلا الله أن يتبع هذا الانجاز المزيد من الجهود لتطوير العمل الاجتماعي وتعزيز دوره المجتمعي.

أ.د. محمد مسفر القرني

أستاذ الخدمة الاجتماعية

جامعة أم القرى