



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية : العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم : علم الإجتماع



الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص:

علم الاجتماع الصحة

من إعداد :

شريط ايسر

معيزي اكرم

| رقم | الاسم واللقب | الرتبة | مؤسسة الانتماء | الصفة |
|-----|-----------------|----------------------|------------------|----------------|
| 1 | غول لخضر | أستاذ التعليم العالي | جامعة 8 ماي 1945 | رئيسا |
| 2 | سهيل يخلف | أستاذ محاضرأ | جامعة 8 ماي 1945 | مشرفاً ومقرراً |
| 3 | سريدي محمد منصف | أستاذ مساعد أ | جامعة 8 ماي 1945 | عضواً مناقشاً |

السنة الجامعية 2022-2023

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات اللهم لك الحمد فأنت
أهل أن تحمد وتعبد وتشكر الحمد لله كثيرا على انجاز هذه
الدراسة على الوجه الذي نرجو أن ترض به عنا، ثم نتوجه
بجزيل الشكر والعرفان للمشرف الفاضل "سهيل يخلف"
الذي كانت لديه بصمة في هذا العمل لم يبخل علينا من وقته
وجهدته وتوجيهه لنا .

كما نشكر زميلنا "قريني حسام" الذي ساعدنا في الكثير من
الأجزاء ونشكر جميع من أعاننا على انجاز هذا البحث وان لم
يسعفنا المقام هنا لذكرهم .

و ننسى عيادة بذرة الأمل التي قومنا بإجراء فيها دراستنا
الميدانية .

أهداء

بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله وعلى آله وصحبه أجمعين والحمد لله الذي

خلقنا وهدانا وأحسن خلقنا أهدي ثمرة جهدي وعملي الى:

والديّ رحمت الله عليهما

إلى جدتي رحمها الله

الى إخوتي سندي وقوتي في الحياة حفظهم الله ورعاهم

إلى خالتي

إلى ابن عمي صالح فرج الله كربه

إلى كل العائلة صغيرهم وكبيرهم

الى من عشت معهم أجمل سنين الدراسة زملائي في إنجاز هذا العمل

" أيسر "

إلى مرضى القصور الكلوي وتمنياتنا لهم بالشفاء.

أهديكم هذا العمل المتواضع راجيا من الله تعالى أن يمننا بعونه وتوفيقه.

أكرم

أهداء

إلى من أفضّلها على نفسي، ولمّ لا؛ فلقد ضحّت من أجلي ولم تدّخر جهدًا في سبيل إسعادي على الدوام (أمّي الحبيبة). نسير في دروب الحياة، ويبقى من يُسيطر على أذهاننا في كل مسلك نسلكه صاحب الوجه الطيب، والأفعال الحسنة. فلم يبخل عليّ طيلة حياته (والدي العزيز).

إلى اخوتي وأختي...

إلى صديقي ورفيق دربي وزميلي في انجاز هذا العمل

أكرم

إلى أصدقائي، وجميع من وقفوا بجواري وساعدوني بكل ما يملكون، وفي أصعدة كثيرة أقدم لكم هذا البحث.

إلى مرضى القصور الكلوي مع تمنياتنا لهم بالشفاء العاجل.
إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في انجاز هذا العمل.

أيسر

فهرس المحتويات

شكر وعران

إهداء

فهرس المحتويات

المقدمة:..... أ

الفصل الأول: الإطار التمهيدي للدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة 3

ثانياً: فرضيات الدراسة: 5

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع 5

رابعاً: اهداف الدراسة 6

خامساً: أهمية الدراسة 6

سادساً: المصطلحات الإجرائية للدراسة 7

سابعاً: الدراسات السابقة 8

الفصل الثاني: الإطار التمهيدي للدراسة

أولاً: نبذة عن الرعاية الصحية: 16

ثانياً: مفهوم خدمات الرعاية الصحية 16

ثالثاً: أنواع الخدمات الصحية: 17

رابعاً: سياسات الرعاية الصحية في الدول النامية : 19

خامساً: سياسة الرعاية الصحية في الجزائر: 20

سادساً: المقومات الأساسية للسياسة الصحية على المستوى القومي: 21

سابعاً: ميادين الرعاية الصحية في الجزائر: 22

ثامناً: تصنيف وأشكال الرعاية الصحية: 23

تاسعاً: مستويات الخدمات الصحية في الجزائر: 25

عاشراً: مبادئ إعادة هيكلة برامج الرعاية الصحية: 27

فهرس المحتويات

- احدى عشر: برامج وخدمات الرعاية الصحية للفقراء الحضر: 28
- ثاني عشر: الخدمة الاجتماعية والتخطيط الاجتماعي في مجال خدمات الرعاية الصحية: 29
- ثالث عشر: تخطيط برامج التثقيف الصحي ودورها في تحقيق الحماية الاجتماعية لفقراء الحضر: 30
- رابع عشر: التحديات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية في البلدان النامية : 32
- خامس عشر: التخطيط لتسويق الخدمات الصحية لتحقيق الحماية الاجتماعية للفقراء الحضر: 33
- سادس عشر: آليات تطوير خدمات الرعاية الصحية: 34

الفصل الثالث: الفشل الكلوي

- تمهيد 37
- أولاً: تعريف الكلية وتركيبها 38
- ثانياً: البنية التشريحية للكلية 38
- ثالثاً: وظائف الكلى 39
- رابعاً: تدهور واضطرابات الجهاز الكلوي 42
- خامساً: الفشل الكلوي 43
- سادساً: المفاهيم المرتبطة بالقصور الكلوي 44
- سابعاً: تشخيص الفشل الكلوي 45
- ثامناً: الفشل الكلوي المزمن 46
- تاسعاً: الفيزيولوجيا المرضية لتطور الفشل الكلوي المزمن 47
- عاشراً: أعراض الفشل الكلوي المزمن 47
- احدى عشر: أسباب الفشل الكلوي المزمن: 49
- اثنى عشر: الفشل الكلوي الحاد 52
- ثلاث عشر: أعراض الفشل الكلوي الحاد 52
- أربعة عشر: أسباب الفشل الكلوي الحاد 53
- خمسة عشر: نصائح طبية للحفاظ على سلامة الكلى 56
- خلاصة 57

الفصل الرابع: الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي في الجزائر

| | |
|----|---|
| 59 | تمهيد : |
| 60 | أولا: التثقيف الصحي: |
| 60 | ثانيا : الرعاية الصحية والتثقيف الصحي: |
| 61 | ثالثا : أهداف التثقيف الصحي: |
| 62 | رابعا : الوقاية من الفشل الكلوي: |
| 65 | خامسا : التغذية العلاجية..... |
| 68 | سادسا: استشارات طبية غذائية لمرضى الفشل الكلوي..... |
| 69 | سابعاً: الدعم التغذوي |
| 71 | ثامنا : العلاج الدوائي |
| 73 | تاسعا : الغسيل الكلوي |
| 76 | عاشرا: زراعة الكلى..... |
| 79 | احدى عشر : زراعة الكلى في الجزائر |
| 80 | اثنى عشر : زراعة الكلى في التشريع الجزائري |
| 81 | ثلاثة عشر: المستشفى الجامعي باتنة رائد زراعة الكلى في الجزائر |
| 84 | أربعة عشر: الخدمة الاجتماعية الطبية |
| 86 | خمسة عشر: اهداف الخدمة الاجتماعية الطبية..... |
| 87 | سته عشر: الجمعيات الخيرية..... |
| 89 | خلاصة: |

الفصل الخامس: الإطار التطبيقي للدراسة ومناقشة النتائج

| | |
|-----|--|
| 91 | أولا : قياس صدق وثبات الاستبيان..... |
| 92 | ثانيا : عرض وتحليل أسئلة ونتائج الاستمارة..... |
| 100 | ثالثا : عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضيات |
| 102 | رابعا : مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات |

فهرس المحتويات

| | |
|----------|------------------------|
| 105..... | خامسا: استنتاج عام |
| 107..... | خلاصة الفصل |
| 108..... | التوصيات والمقترحات |
| 110..... | خاتمة |
| 112..... | قائمة المصادر والمراجع |

مقدمة

إن الصحة من أهم جوانب حياة الفرد و المجتمع لذلك تسعى كل المجتمعات الى توظيف و بناء نظام صحي يسمح بتطوير و دعم الوضع الصحي و حماية الافراد من الامراض و الأوبئة ، فقد أصبحت مسألة الصحة من الاهتمامات الكبرى في مجالات التنمية ، بمختلف المجتمعات المتقدمة و المتخلفة ، فهي مفتاح تطور المجتمعات، وهي حق من حقوق الانسان و التي تجعله يستفيد من الخدمات الصحية ذات جودة عالية تحقق له الرفاهية ، و نقيه من عوامل الخطر في الإصابة بالأمراض خاصة منها المزمنة ، و التي تسبب اعاقات مختلفة عند المصابين بها ، مما يدعو الى ضرورة إعادة النظر في مثل هذه المواضيع ، كما نجده في دول العالم المتقدم ، من خلال تفعيل الخدمات المختلفة التي تميز مؤسسات الرعاية بهذه الفئة ، كونها شريحة من المجتمع حيث يعد الاهتمام بها واحدا من العوامل التي تسمح للدول بتحقيق الازدهار الاقتصادي و رقيها بين المجتمعات لخصوصية الخدمات المقدمة ، و من بين هذه الامراض التي اكتسحت العالم ، مرض الفشل الكلوي الذي يعتبر إعاقة جسدية تتميز بحاجة الفرد المستمرة الى الرعاية و الاهتمام الطبي و الاجتماعي الدائم ، و تكرار زيارته الى المشفى من اجل تصفية الدم كضرورة ملحة تجعله ملزما على التقدم الى مثل هذه الخدمات ، فالخوف من الموت او الانسحاب الاجتماعي الذي يجعله يتوقع على ذاته مشكلة تحتاج تكاثف العديد من التخصصات المختلفة و التي تتواجد داخل المراكز التي تعتبر ذات كفاءة في إدارة مثل هذه المواضيع ، و بناية حاجز وقاية للفرد و المجتمع من خلال الكشف المبكر للمرض ، و توعية الافراد بمدى خطورة المضاعفات التي يسببها في حالة عدم تلقي العلاج و الخدمة المناسبة ، و على هذا ضرورة الحديث عن فئة الأشخاص المصابين القصور الكلوي جد مهمة ، اخذين بعين الاعتبار واجب الدولة و المجتمع في احتواء الفرد من عدة جوانب ، نتيجة لما يشكله هذا المرض إعاقة صحية و اقتصادية في حياة الفرد و المحيطين به . و بالتالي الحديث عن تلك المستلزمات الطبية الواجب توفرها في هذه المؤسسات لما لها من ضرورة حيوية فقي علاج هذه المشكلة قبل تفاقمها ، فخصوصية المرض بحد ذاتها تضع المريض في حالة خطر دائم و مواجهة دائمة مع الموت الامر الذي يستدعي تكاثف تلك الجهود في سبيل الوصول الى مستوى جيد من الرعاية الصحية ، من اطقم طبية ، افراد العائلة ، الأصدقاء ، اخصائيين اجتماعيين و جمعيات خيرية .

الفصل الأول: الإطار التمهيدي للدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع

رابعاً: أهداف الدراسة

خامساً: أهمية الدراسة

سادساً: المصطلحات الإجرائية للدراسة

سابعاً: الدراسات السابقة

أولاً: إشكالية الدراسة

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة على انها ليس مجرد الخلو من المرض او العجز فقط وانما يعني حاله الكفاية والسلامة والصحة من جميع جوانب حياه الفرد الجسمية والاجتماعية فلا نستطيع القول على الفرد سليم من الناحية الجسدية فقط او من الناحية الاجتماعية فقط او الناحية العقلية انه سليم ومعافى وانما إذا اجتمعت هذه الجوانب الثلاثة كلها في الفرد نستطيع القول انه ذو صحة جيدة وانه معافى وسليم .ومنه فالمرض هو حاله يكون فيها الانسان معتل الصحة ويكون الجسم في حاله توعك بسبب المرض الذي هو انحراف سواء كان فيزيقيا او نفسيا او اجتماعيا والذي يخلق مشكلات اقتصادية للأفراد والمجتمع ككل، على الرغم من التطور والتقدم الصحي من خلال انشاء العديد من المستشفيات والمراكز الصحية المنتشرة في العالم الا ان ذلك لم يمنع من انتشار الامراض خاصه منها المزمنة التي تشكل تحديا لصناع القرار على مستوى العالم و تعد من التحديات الرئيسية التي تواجه النظم الصحية والتي استقطبت اهتمام عالميا كبيرا في السنوات الماضية نظرا لأنها تؤدي الى مضاعفات ومخاطر صحية واجتماعية واقتصادية اصبحت تعيق خطط التنمية العالمية وتؤثر سلبا على جودة الحياة في المجتمع فضلا على التكاليف المالية الباهظة التي تتحملها انظمة الرعاية الصحية بسبب هذه الامراض . وتعد الامراض المزمنة احدى سمات عصرنا الحالي وهي امراض معقدة الاسباب تتطلب بصفة عامة علاج طويل المدى وتدخل طبي مستمر وغالبا ما تستمر الى نهاية الحياة ويتبعها تدهور تدريجي في الجوانب الصحية ومن ثم تؤثر على جوده الحياة لدى المريض حيث يترتب تغيير نمط واسلوب الحياة صعوبة في اداء الادوار الاجتماعية وصعوبة في اتخاذ القرارات، كذلك مشكلات العزلة والشعور بالوحدة وعدم القدرة على التحكم في الضغوط ومشاعر القلق والخوف.

يكمن التهديد الحقيقي للأمراض المزمنة بإعاقه تحقيق التقدم نحو بلوغ اهداف التنمية المستدامة لدى جميع الدول بأنحاء العالم حيث ثبت عبر العديد من الادلة والبراهين الدور السلبي للأمراض المزمنة في هذا المجال وذلك بسبب الزيادة السريعة في انتشار هذه الامراض وعوامل الاختطار المتعلقة بها والتأثير على التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات . لا يزال الفرد مهددا بالأمراض العضوية الخطيرة والمزمنة من بين هذه الامراض نجد الفشل الكلوي فهو مرض عالمي تعاني منه جميع دول العالم وهو نقص دائم ومستمر وتدهور في وظائف الكلية وهذا النقص يؤدي الى اختلال عام في جسم الانسان حيث يخفض القدرات الوظيفية للأفراد وهو من اخطر الامراض التي تصيب الكلى حيث يسجل المريض فقدان

وظيفة حيوية لتقترح عليه وسيلة (آلة الدياليز) كبديلة لكليتها الطبيعية كي تضمن له البقاء على قيد الحياة فهو يعرف بأنه مرض صامت لمدة طويلة مفاجئ الظهور، وله خصوصيات في العملية العلاجية ، يكون نتيجة انخفاض مفاجئ في قدرات الكلية على تصفية وطرح مخلفات الدم ، ويتميز بنقص عدد النيفورات التي تعد وحدات أساسية للوظيفة الكبيبية (أين تتم التصفية) ، وعدم تجدها يؤدي الى ازمان المرض .

ان حق اي فرد الحصول على خدمات الرعاية الصحية فهي تشمل كل فئة المجتمع وتتمحور حول احتياجات اولويات الافراد والاسر، وجودها هو توفير الرعاية للشخص ككل فيما يخص الاحتياجات الصحية طوال الحياة، حيث تولي دول العالم وخاصة الجزائر أهمية فائقة لموضوع الرعاية الصحية كحق اساسي لكل مواطن، حيث نصت على ذلك الحق صراحة في دساتيرها كالتزام سياسي امام مواطنيها، كما اكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية.

فقد نصت المادة 23 من الاعلان العالمي لحقوق الانسان 1948 على ما يلي¹: لكل فرد الحق ان يعيش في مستوى يكفل له لأسرته الصحة والرفاهية ويضمن له بصفة خاصة الغذاء والكساء والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية وله الحق في الضمان في حالات المرض، العجز، والشيخوخة، و ان كانت الرعاية الصحية تعكس ضرورة انسانية فأنها ايضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الاداء الافضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية حيث تعد الصحة ركيزة اساسية من ركائز تحقيق التنمية بمختلف مجالاتها في المجتمعات لذلك سعت الجزائر الى العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة للأفراد خاصة منها المقدمة لمرضى الفشل الكلوي حيث يشكل هذا الاخير في الجزائر تحديا كبيرا لوضعي الاستراتيجيات الصحية والطبية.

و هذا ما دفعنا لطرح هذا التساؤل:

✓ ما مدى مستوى مساهمة جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي في صحتهم

الجسدية وتكيفهم الاجتماعي؟

✓ التساؤلات الثانوية :

✓ ما مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي ؟

✓ هل توجد فروق في مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج

لصالح المصحات الخاصة؟

¹ <https://www.un.org/ar/universal-declaration-human-rights-2023/04/25> ، سا 23:55

ثانيا: فرضيات الدراسة:

➤ الفرضية العامة:

- مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي مرتفعة.

➤ الفرضيات الجزئية:

- مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي مرتفعة.
- توجد فروق في مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح المصحات الخاصة.

ثالثا: أسباب اختيار الموضوع

➤ الأسباب الموضوعية:

من الأسباب الموضوعية التي كانت وراء اختيارنا لهذا الموضوع كالتالي:

- ✓ بناء على مجال تخصصنا والتمثل في علم الاجتماع الصحة والأهمية البالغة في دراسة مستوى جودة الخدمات الصحية المتنوعة لمرضى القصور الكلوي
- ✓ توسيع مجالات الدراسات السابقة المتعلقة بهذا الموضوع
- ✓ الرغبة في توسيع المدركات المعرفية العامة والخاصة بالموضوع محل الدراسة.

➤ الأسباب الذاتية:

نجد من الأسباب الذاتية التي دفعتنا الى اختيار هذا الموضوع دون غيره من المواضيع الأسباب

التالية:

- ✓ وجود صديق مقرب لنا يعاني من هذا المرض منذ مدة، مؤثرا بذلك في كيفية إدارته لعلاقاته الاجتماعية خاصة في الحي.
- ✓ اهتمامنا بدراسة هذه الفئة نظرا للتمهيش الذي نحس به في قطاع الخدمات الصحية
- ✓ محاولة الكشف عن العوامل والأسباب التي تعيق حقا سير الخدمات الصحية والاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية.
- ✓ رغبتنا في معرفة ما اذا كانت هنالك كفاءات تسمح في تحقيق الأثر الملموس في صحة المرضى ذو القصور الكلوي.

✓ الرغبة في الاندماج داخل قلب الميدان في محاولة الكشف عن واقع الرعاية الصحية لمرضى القصور الكلوي من ناحية الجودة، والعراقيل التي تحول دون رعاية صحية جيدة.

رابعاً: اهداف الدراسة

- معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي في المؤسسات الاستشفائية
- معرفة مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي
- معرفة ما اذا كانت توجد فروق في مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح

خامساً: أهمية الدراسة

- العلاقة بين الصحة العقلية والصحة الجسدية نتيجة ما يعانيه مرضى القصور الكلوي من أعباء جسدية ونفسية كبيرة. قد تؤثر حالة القصور الكلوي والعلاج الذي يتلقونه على الحالة العقلية للمرضى. وبالمثل، يمكن أن يؤثر الصحة العقلية السلبية على استجابة المريض للعلاج وجودة حياتهم العامة. لذا فإن دراسة الصحة العقلية لمرضى القصور الكلوي تساعد في فهم العلاقة بين الجوانب الجسدية والعقلية وتحسين الرعاية الشاملة لهم.
- التأثيرات الاجتماعية للتعامل مع المرض حيث يمكن أن يواجه مرضى القصور الكلوي تحديات نفسية كبيرة مثل القلق، والاكتئاب، والإجهاد النفسي، والاضطرابات الاجتماعية الأخرى. قد يكون لديهم أيضاً مشاكل في التعامل مع تغيرات نمط الحياة والتأقلم مع العلاجات المكثفة. دراسة الصحة العقلية تساعد في تحديد وفهم هذه التأثيرات وتوفير الدعم النفسي والعلاج اللازم لتحسين جودة حياة المرضى.
- تحسين التواصل والتفاهم اذ يمكن أن يساهم دراسة الصحة العقلية في تعزيز التواصل والتفاهم بين فريق الرعاية الصحية والمرضى. فهم حالة الصحة العقلية للمرضى يساعد في توفير الدعم اللازم والتعاطف والمساعدة في تحقيق الأهداف .

سادسا: المصطلحات الإجرائية للدراسة

- **القصور الكلوي:** وهو اضطراب يمس وظيفة العضو في حد ذاته، تعمل الكلى على تصفية الدم وإفراز الفضلات وفائض السوائل إلى البول، ويؤدي حدوث اضطراب ما في وظائف الكلى إلى تراكم الفضلات وفائض السوائل في الجسم ما يسبب مضاعفات خطيرة.
- يكون التدهور في أداء الكلى بطيئاً حيث لا يتم تمييز أية أعراض للمرض في مراحله الأولى، ويزداد ظهور الأعراض مع تفاقم الحالة؛ لذلك فإنه لا يتم اكتشاف المرض إلا في مراحل متأخرة.
- **الصحة والمرض:** الصحة الجسميّة، هي سلامة جميع أعضاء الجسم، ووجود التوافق والانسجام التام بين الوظائف العضوية المختلفة، حيث يقوم كل عضو من أعضاء الجسم بأداء وظيفته على أكمل وجه. كما أنها قدرة الجسم على مقاومة جميع الأمراض والتغيرات، والقدرة على التكيف وفقاً للظروف التي يمرّ بها الجسم، والإحساس بالقوة والحيويّة والنشاط، ومقاومة التعب والإجهاد، والتي يحس بها الفرد نتيجة تداعيات عوامل عديدة تؤثر بكل مباشر على المجتمع ككل.
- **الخدمات الصحية:** الرعاية الصحية تشمل مجموعة الخدمات والمؤسسات العامة والخاصة التي تقدمها الدولة للحفاظ على صحة مواطنيها، سواء في القطاع العام أو في القطاع الخاص، وتتمثل مسؤوليتها في تقديم الرعاية المناسبة للمرضى. تشمل هذه الخدمات جميع المستشفيات والعيادات والصيدليات، وتضم أيضاً الكوادر البشرية مثل الأطباء والممرضين ومهندسي الأجهزة الطبية والفنيين والباحثين، بالإضافة إلى جميع العاملين في هذا المجال.
- **الخدمات الاجتماعية:** تهدف الخدمة الاجتماعية في المقام الأول إلى تنمية المجتمعات من خلال استكشاف القوى والعوامل المختلفة التي تعوق النمو والتقدم الاجتماعي، مثل الحرمان والبطالة والمرض والظروف المعيشية السيئة التي تفوق قدرة الأفراد الذين يعانون منها وتسبب لهم المعاناة. تسعى الخدمة الاجتماعية أيضاً لتحديد أسباب هذه المشكلات في المجتمع والتصدي لها ومكافحتها، من خلال اتخاذ الإجراءات اللازمة واختيار الحلول الفعّالة في المجتمع للتغلب على هذه المشكلات أو تقليل أثارها والأضرار التي تنتج عنها إلى أدنى حد ممكن.
- **الرعاية الصحية:** يفترض المنظور الفلسفي للرعاية الصحية بكونها رعاية مستمرة وشاملة ولا تقتيد بفترة زمنية ولا مكانية ولا تقتنرن بفترة العلاج فقط، بل تحمل في طياتها أبعاد عديدة، وتعرف

الرعاية الصحية بأنها: مجموعة من الأنشطة التي وضعت موضع التنفيذ للعلاج والوقاية والكشف عن الاعتدال الجسدي والعقلي، وتدعيم الرفاهية البدنية والاجتماعية والاجتماعية.¹ كما تعرف بأنها برنامج شامل يقدم لكل الافراد في مظهر خدمات صحية تتضمن الفحص الطبي والتشخيص والعلاج، إضافة إلى صرف الأدوية، وبعض المستلزمات الطبية بالمجان.²

- **المفهوم الإجرائي للرعاية الصحية:** هي خدمات في المجال الصحي، منها العلاجية الوقائية موجّهة للأفراد والجماعات والتنظيم ككل. قصد تحسين الوضع الصحي وتقديم الخدمات الصحية في الوقت المناسب.

- تعريف الكلية:

- ✓ عبارة عن زوج (كليتان يمنى ويسرى)
- ✓ توجدان في كيسين ليفيين وهما محاطتان بمقدار من الدهن ومعلقتان بالظهر من خلال ارتباط وثيق بواسطة نسيج رابط، وللكلية غشاءان احدهما خارجي مكون من الدهون لوقاية الكلية من الصدمات الخارجية والثاني داخلي مكون من النسيج الليفي كما يتكون
- ✓ جسم الكلية من طبقتين تدعى الخارجية منها قشرة الكلية، أما الداخلية فتسمى بنخاع الكلية، والشريان الكلوي يتفرع داخل القشرة إلى فروع كثيرة جدا تكون حزما تسمى حزم
- ✓ الكلية (glomérules) ولكل حزمة شريان للاستيراد وآخر للتصدير وكل حزمة محاطة بقمع تمتد منه قناة بولية.³

سابعا: الدراسات السابقة

من اعداد الطالبة محمدا تتي شهرزاد 2005/2004 بعنوان **الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة** أقيمت الدراسة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع العائلي بكلية العلوم الإسلامية والعلوم الاجتماعية بجامعة العقيد الحاج لخضر باتنة

¹ أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر، 2000، ص338.

² الفاروق زكي يونس، الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي، عالم الكتب، مصر، (دس) ص 49.

³ أمين رويحة، أمراض الجهاز البولي، الكلى، المثانة، البروستات، دار القلم، ط، 1، بيروت، 1972، ص13.

هدفت هذه الدراسة الى محاولة معرفة أنواع وأساليب الرعاية الصحية للأمومة والطفولة بالجزائر

ومن خلال هذا البحث تم صياغة الفرضيات الآتية:

➤ الثقافة الصحية أداة حضرية لترقية الفرد والمجتمع

➤ الرعاية الصحية الجيدة وكما وكيفا في تناول الام والطفل

كلما كان البناء الاجتماعي للأسرة ومن خلال البناء الاجتماعي للمجتمع في وضع جيد.

كما اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على الرصد والمتابعة الدقيقة للظاهرة او حدث معين.

القشرة : طبقة بها عدد كبير من أجسام Malpighi وهي أجسام كروية الشكل ، مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي وبعد ذلك تتجمع لتشكل فروعا تخرج من جسم Malpighi ثم تتفرع إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي من الأنبوبة البولية التي تخرج بدورها من جسم Malpighi وهكذا تسير الأنابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات هرمية الشكل

- **النخاع:** عبارة عن طبقة واسعة توجد بها أهرامات Malpighi وهي تجمعات الأنابيب البولية حيث تنفتح هذه الأنابيب في قمم الأهرامات.

- **حوض الكلية:** عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر ويعتبر جزءا من الحالب وتصب فيه الأنابيب البولية.

-**الحالبان:** عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 25 سم ويخرج كل حالب من سرة الكلية ويمتد إلى الأسفل حتى يصل إلى المثانة ويفتح فيها بفتحة ضيقة مائلة تسمح للبول بالمرور إلى المثانة وتمنعه من الرجوع إلى الحالب

-**المثانة :** عبارة عن كيس غشائي بيضوي الشكل مبطن من الداخل بغشاء مخاطي يفتح فيه الحالبان بفتحتين مستقلتين ويضيق الجزء السفلي من المثانة ويسمى عنق المثانة ويحاط بعضلة عاصرة دائرية لا تفتح إلا عند التبول.
عند امتلاء المثانة.

- قناة مجرى البول: هي قناة تتصل بالمثانة وتفتح إلى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى وبفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر¹

تتضمن هذه الدراسة العينة العشوائية المتكونة من 100مبحوثة على مستوى مراكز الدراسة اما فيما يخص الفرضية الأولى فلقد تم التوصل من خلال البيانات المتحصل عليها والمتجلية في مجال الاستشارة الاسرية التي نجدها ضعيفة والتي تتم في بعض الأحيان بطلب من هيئة معينة أو لتكوين ملف.

أما الفرضية الثانية والمتمثلة في كلما كانت الرعاية الصحية جيدة كما وكيفا وفي متناول صحة الام والطفل كلما كان البناء الاجتماعي للأسرة ومن خلالها البناء الاجتماعي للمجتمع جيد كما اعتمدت الباحثة في دراستها على عدد من التقنيات المنهجية لجمع المعلومات والبيانات منها الملاحظة الشخصية والاستمارة وذلك لطبيعة التعامل مع الفئة المدروسة.

-تعريف القصور الكلوي : يعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي.²

دراسة حامد الشعبان (2012) ، دور الجمعيات الصحية في التثقيف الصحي لدى مرضى القصور الكلوي (جمعية القصور الكلوي "الخلود" أنموذج)

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الجمعيات الصحية على الأفراد في تنمية ثقافتهم الصحية ومعرفة الدور الذي تقوم به جمعية القصور الكلوي لولاية الأغواط في تثقيف وإكسابهم سلوكيات صحية سليمة، وكذا معرفة مدى التزام هؤلاء المرضى بإرشادات ونصائح الجمعية للحفاظ على صحتهم. وللوصول إلى نتائج دقيقة طبق الباحثان استبيان على عينة مقدره ب: 140 مريضا ب القصور الكلوي اختيرت بطريقة قصدية، معتمدا على تقنية الاستبيان والمقابلة المباشرة والملاحظة الاجتماعية في جمع المعلومات حيث كانت النتائج كالاتي: معظم مرضى القصور الكلوي يطبقون نصائح وارشادات الجمعية بشكل كلي لأسباب نفسية واجتماعية بدرجة أولى. تساهم جمعية مرضى القصور الكلوي بشكل كبير في رفع معنويات المرضى وتغيير سلوكهم الصحي

¹ زهير الكرمي ، الأطلس العلمي، فيزيولوجيا الإنسان ، دار الكتاب اللبناني، ب ط، بيروت، 1988،ص76/77.

² أمال بورقبة ، الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة ، دار النساء، ط1 ،الجزائر.2000،ص6.

نذكر بعض الدراسات التي تعرض بعض جوانب بحثنا وهذا عن طريق ذكر أهم ما توصلت اليه بما في ذلك من اثرء موضوع الدراسة الذي له علاقة وطيدة مع هذه الدراسات ومن بينها ما يلي:

يعقوب خديجة 2018/2017 بعنوان **الرعاية الصحية للمرأة وعلاقتها بالعوامل الديموغرافية الاقتصادية**

أقيمت الدراسة لنيل شهادة المستر أكاديمي في ميدان العلوم الاجتماعية شعبة الديموغرافية تخصص تخطيط سكاني بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة قصدي مرياح ولاية ورقلة

-**الفشل الكلوي الحاد** : هو تدهور لوظائف الكلى في وقت قصير ويظهر بسرعة نتيجة أسباب قد لا تكون للكلى بها أي علاقة وقد تكون عملية استعادة الكلية لوظائفها كبيرة.

-**الفشل الكلوي الحاد اجرائيا** : عدم قدرة الكلى على أداء وظائفها، يحدث ذلك في وقت قصير جدا .

-**القصور الكلوي المزمن اجرائيا** : نعني به العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة و طرحها عن طريق البول، إذ نجد المصابين بهذا المرض المزمن يعيشون باقي حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم من خلال الهيموديايز (Hémodialyse)

الفشل الكلوي المزمن:

الفشل الكلوي المزمن هو تدمير لا رجعة فيه لنيفرونات الكليتين تحدث بصورة بطيئة، وعملية حدوث المرض متطورة ومستمرة حتى يتم تدمير معظم نيفرونات الكلى وتستبدل بأنسجة مثليفة ، وقد يحدث الفشل الكلوي المزمن ببطء في المرضى المصابين بأمراض عادية أو أمراض تحوصل الكلى أو قد ينتج نتيجة الإصابة في التهاب خلايا الكلى أو التهاب لليفرونات الكلى ، والفشل الكلوي المزمن تفقد الكلى وظائفها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم.

-**جهاز تصفية الدم (الكلية الاصطناعية)** : هي جهاز خارج الجسم يوصل بالدورة الدموية للمريض ويمرر فيه الدم ليقوم بعمل توازن لألاح الدم والمواد الذائبة في الماء ويعيدها إلى مستواها الأصلي الطبيعي، ومزود بآلية تسمح بالترشيح المستدق الخروج الماء من الجسم. أهم مكونات دورة سائل الغسيل هي وحدة تجعله متناسبا على الدوام في تركيزه ودرجة حرارته مع وجود مقياس دقيق لسرعة مرور السائل وضغطه وتركيزه وآلية لوقف مرور السائل إذا اختلت أي من هذه المقاييس . الجزء الأساسي في جهاز الكلية الصناعية هي المرشح الذي ينبغي حساب قدرته الترشيحية بدقة قبل الاستعمال . يمرر الدم من

جسم المريض بخروجه من شريان يوصل بالمرشح ويعود إلى المريض في وريد بعد ترشيحه ويدفع الدم داخل المرشح مضخة الدم¹

ما الغسيل الدموي **Hémodialysais** : وهو ضخ الدم من خلال الكلية الصناعية، حيث يتم هناك رشح السموم والأملاح الزائدة في الجسم إلى سائل التقنية².

وتتعلق إشكالية الدراسة على التساؤل الرئيسي هل العوامل الديموقراطية تؤثر على تلقي الأمهات الرعاية الصحية بمدينة تقرة وتضمنت أسئلة فرعية:

- هل يؤثر سن الام على المتابعة الصحية
- هل يؤثر وسط إقامة الأمهات على اقبالهن لخدمات المتابعة الصحية
- هل يؤثر المستوى التعليمي للام على المتابعة الصحية لحملها

وكانت الإجابة عن التساؤلات من خلال الفرضيات التالية:

- يؤثر سن الام على المتابعة الصحية
- يؤثر وسط الأمهات على اقبالهن لخدمات المتابعة الصحية
- يؤثر المستوى التعليمي للام على المتابعة الصحية لحملها

وتمثلت أهداف وأهمية هذه الدراسة في

- معرفة العوامل التي تحول دون قيام العديد من الأمهات الحوامل بالمتابعة الطبية أثناء فترة الحمل وبعد الولادة
- الكشف عن الامراض والمشاكل الصحية التي تعاني منها الأمهات خلال فترة الحمل وبعد الوضع
- الإحاطة بالجوانب المتعلقة بالرعاية الصحية للحوامل في الجزائر مثل مدى توفر الهياكل الصحية الضرورية والموارد البشرية المختصة والتي تؤثر مباشرة على صحة الام

تمثلت نتائج الدراسة في :

¹ محمد صادق صبور، مرجع سابق، ص89.

² السويداء، مرجع سابق، ص 41.

- توجد علاقة بين سن الأمهات والمتابعة الصحية خلال فترة الحمل الأخير
- لا توجد علاقة بين رتبة الحمل والمتابعة الصحية خلال فترة الحمل الأخير
- تم الوصل أنه لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي والمتابعة الصحية خلال فترة الحمل
- لا توجد علاقة بين دخل الأمهات والرعاية الصحية خلال فترة الحمل
- لا توجد علاقة بين دخل الزواج والرعاية الصحية خلال فترة الحمل

من اعداد الطالبة خليفوي فهيمة 2005/2004 بعنوان الام ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من 5سنوات .

أقيمت هذه الدراسة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص ديموغرافية كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة الجزائر .

وتنطلق اشكالية الدراسة على التساؤل الرئيسي التالي:

ماهي أسباب وظروف عدم قيام بعض الأمهات بدور الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها الأقل من 5سنوات؟

وتضمنت مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- هل لتدني المستوى المعيشي للأسرة تأثير على عدم قيام بعض الأمهات بدور الرعاية الصحية؟
- هل حجم الاسرة ونوعها نووية وما مدى تأثير على عدم قيام بعض الأمهات بدورها الرعاية الصحية الزمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات؟
- هل للسكن تأثير على عدم قيام بعض الأمهات بدور الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات؟
- هل لتدني المستوى التعليمي تأثير على عدم قيام بعض الأمهات بدور الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات؟

وكانت الإجابة عن التساؤلات من خلال الفرضيات التالية:

- كلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة ز بالتحديد الدخل الاسري كلما التزمت الام بدور الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

- كلما كانت الاسرة نووية وحجمها صغير كلما التزمت الام بدور الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.
 - خصائص السكن الرديئة تأثر بالسلب على دور الام في رعاية أطفالها الأقل من خمس سنوات0
 - المستوى التعليمي المرتفع يزيد من التزام الام بدور الرعاية لأطفالها الأقل من خمس سنوات.
- وتمثلت أهداف الدراسة في:

- التحسيس بأهمية مرحلة الطفولة الأولى من حياة الطفل فهو موضوع يمس الجميع لان الحياة كلها تنطلق من هذه المرحلة لذلك يجب أن تدرك بالحيطة والحذر حتى ينشأ جيل أصحاء فأطفال اليوم هم رجال الغد.
- المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الكمي والكيفي.
- الأدوات المستخدمة في جمع البيانات نجد الطالبة استخدمت الاستمارة.

الفصل الثاني: الإطار التمهيدي للدراسة

أولاً: نبذة عن الرعاية الصحية:

ثانياً: مفهوم خدمات الرعاية الصحية

ثالثاً: أنواع الخدمات الصحية

رابعاً: سياسات الرعاية الصحية في الدول النامية

خامساً: سياسة الرعاية الصحية في الجزائر

سادساً: المقومات الأساسية للسياسة الصحية على المستوى القومي

سابعاً: ميادين الرعاية الصحية في الجزائر

ثامناً: تصنيف وأشكال الرعاية الصحية

تاسعاً: مستويات الخدمات الصحية في الجزائر

عاشراً: مبادئ إعادة هيكلة برامج الرعاية الصحية

أحدى عشر: برامج وخدمات الرعاية الصحية للفقراء الحضر

ثاني عشر: الخدمة الاجتماعية والتخطيط الاجتماعي في مجال خدمات

الرعاية الصحية

ثالث عشر: تخطيط برامج التنقيف الصحي ودورها في تحقيق الحماية الاجتماعية

لفقراء الحضر

رابع عشر: التحديات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية في البلدان النامية

خامس عشر: التخطيط لتسويق الخدمات الصحية لتحقيق الحماية الاجتماعية

لفقراء الحضر

سادس عشر: آليات تطوير خدمات الرعاية الصحية

أولاً: نبذة عن الرعاية الصحية :

إن الرعاية الصحية ضرورة أساسية ومطلب ملح بل أنها عنصر لا غنى عنه لبقائها، وللتتمية والنمو والإنتاجية والاستمتاع بالحياة وفي العصور الحديثة أصبح ينظر إلى الرعاية الصحية على أنها حق لكل إنسان ومن ثم فإنها تستمد شرعيتها من حقيقة أنها تشيع إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية¹.

وقد اختلف مفهوم الرعاية الصحية الأولية اختلافاً كبيراً مما كان عليه قبل ثلاثين عاماً، إذ لم تعد الرعاية الصحية تهتم بالدرجة الأولى بعلاج المرضى فهي ليست رعاية علاجية تتضمن بعض التحصينات ضد الأمراض وبعض المعارف الصحية التي تنتقل إلى الناس، وإنما أصبحت تعتمد الرعاية الصحية الأولية على مشاركة المجتمع ليس فقط في مجال تنفي مشروع ما بل في التخطيط والإعداد له².

ويقصد بخدمات الرعاية الصحية في معناها العام تلك التدابير التي تقوم بها الدولة لصالح أفراد المجتمع وتشمل الصحة والتعليم والإعانات الحكومية وسياسات الدعم لبعض السلع الاستهلاكية والتأمين الاجتماعي والخدمات الثقافية وخدمات الإسكان والبيئة³.

ومما لا شك أن انتشار الأمراض وانخفاض مستوى الرعاية الصحية للفقراء يعكس أمراً سيئاً على كل جهود التنمية ويعرقل التقدم الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع ومن المستحيل أن نخطط للرعاية الصحية متجاهلين التفاعل المستمر بين الصحة وبين البيئة الاجتماعية⁴.

ثانياً: مفهوم خدمات الرعاية الصحية

1. تعريف الخدمات الصحية:

- هي مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام سلع مساعدة، ولكن لا حول ملكية السلع إلى المستفيد من الخدمة"، فمثلاً إجراء عملية جراحية

¹ نصر خليل محمد عمران، تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهةها: ، بحث منشور ، العدد السادس، (2002)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ص05

² قرت أباد وروزماري ماكماهون: ترجمة على عبد الله، تطوير أساليب تعليم العاملين في الرعاية الصحية، (1989) دلمون للنشر، نيقوسيا، ص 11.

³ علي لطفی، التخطيط الاقتصادي، القاهرة، دار المعارف، (1983)، ص 395.

⁴ سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، البحيرة، مطبعة البحيرة، (2017) ص 09.

وإيواء المريض بالمشفى بهدف الحصول على العلاج والرعاية الصحية الضرورية للشفاء من مرضه تتطلب دفع ثمن الخدمة، ولا يمكنه امتلاك أدوات الجراحة أو السرير أو أي سلعة في المستشفى عند مغادرته¹.

- هي النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع رغبات وحاجات المستهلك النهائي، حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة².
- هي مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة، والتي تحقق إشباعاً ورضاً معيناً للمستفيد³.

2. مفهوم الرعاية الصحية Alesis were :

مجموعة الخدمات الطبية والوقائية المقدمة لكافة أفراد المجتمع بهدف رفع مستوى الصحة للمواطنين ومنع انتشار الأمراض والأوبئة، وعلى أن تشمل كافة الخدمات التي تساعد بالنهوض بالمستوى الصحي، ومن هذه الخدمات التربية الصحية، والماء الصالح للشرب والتغذية، والتطعيم، وصحة الأم والطفل، وتوفير الأدوية والعلاجات الخ...⁴.

ثالثاً: أنواع الخدمات الصحية:

تصنف خدمات الرعاية الصحية إلى ثلاث أنواع:

1. خدمات الصحة العامة: موجهة نحو خدمة المجتمع، تهدف إلى حماية صحة أفراد المجتمع والارتقاء

بها، وتتولى في العادة الدولة تقديم هذه الخدمات، وتشمل الآتي:

أ- خدمات الصحة العمومية:

- مكافحة الأمراض المعدية والقضاء عليها.
- الإشراف المباشر على حماية الأمومة والطفولة، مع التركيز على برامج التحصين.

¹ ردينة عثمان يوسف: التسويق الصحي والإجتماعي، دار المناهج، د.ط، عمان، الأردن، 2008، ص 98.

² فوزي شعبان مذكور: تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، د.ط، الجزائر، 1998، ص 97.

³ عبد المهدي بوعانة: إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية - مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد، ط1، عمان، الأردن، 2003، ص 26.

⁴ فريجات حكمت: مبادئ الصحة العامة، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1988، ص 103.

- التثقيف الصحي وتوعية الأفراد بالمشكلات الصحية، وكيفية الاستفادة المثلى من برامج الخدمات الصحية.
- الإحصاءات الحيوية والصحية، والأبحاث العلمية في المجال الصحي.
- القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والسياسات والإستراتيجيات التي تكفل الحفاظ على الصحة والرفاهية.

ب-خدمات الإرتقاء بالصحة:

وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية ايجابية لدى الأفراد وخاصة في ما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن وممارسة الرياضة، أي التركيز على العوامل غير الطبية لحفظ صحة الأفراد، كما تشمل أيضا النظافة الشخصية للمفرد وصحة البيئة المنزلية الخ ¹.

2. خدمات بالصحة البيئية:

هي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد، تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن وقضايا الإسكان والمسكن الصحي، بالإضافة إلى مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة، كسلامة الهواء الغذاء، مكافحة الحشرات والقوارض الضارة، والتخلص من النفايات، ومعالجة مياه الصرف الصحي والسيطرة على المواد المشعة الخطرة... الخ ².

3. خدمات الصحة الشخصية:

يقصد بها تلك الخدمات التي تقدم للفرد من قبل جميع المعنيين بتقديم الخدمات الصحية، وهي

أنواع:

- خدمات الصحة العلاجية وتشمل خدمات الرعاية الخارجية والداخلية.
- خدمات الصحة الوقائية.
- خدمات إعادة التأهيل والرعاية الصحية طويلة الأمد ³.

¹ فاطمة الزهراء تيلاني: التمثيل العمالي، النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية في المنظومة الصحية الجزائرية، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة2، الجزائر، 2013، ص 115.

² فاطمة الزهراء تيلاني: نفس المرجع السابق، ص ص 115 116.

³ غواري مليكة: إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، الطبعة العربية، عمان، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2016 ص ص 70 71.

رابعاً: سياسات الرعاية الصحية في الدول النامية :

من خصائص الدول النامية معدل نمو سكاني سريع، وتدني مستوى الدخل الحقيقية بها، وانخفاض الدخل الفردي، وسوء توزيع الدخل بين السكان، هذا وتعتبر الخدمات الصحية عنصراً مهماً في المجتمعات النامية إلا أن هناك بعض التحديات التي تواجه تقديم الخدمات الصحية منها سوء التخصيص كإنفاق أموال عامة على تدخلات صحية ذات مردود منخفض التكاليف، وعدم المساواة أيضاً، حيث يفتقر الفقراء إلى القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية ويتلقون رعاية منخفضة النوعية، هذا بالإضافة على عدم الكفاية حيث تقل نسبة الأموال بالنسبة للإنفاق وسوء العمالة الصحية¹.

وهناك ثلاثة مبررات لقيام الحكومة بدور كبير في القطاع الصحي هي:

1. كثير من الخدمات المرتبطة بالصحة مثل الوعي الصحي، ومكافحة الأمراض المعدية هي سلع عامة يجب إتاحتها للمجتمع ومشاركة الحكومة ضرورية فيها.
2. توفير الخدمات الصحية هو منهج فعال ومقبول اجتماعياً للإقلال من حدة الفقر حيث الحصول على الرعاية الصحية الأساسية حق من حقوق الإنسان.
3. قد يدعو الأمر إلى إجراء من جانب الحكومة لمواجهة بعض المشكلات الصحية مثل احتمال حدوث المرض، وكفاءة الرعاية الصحية، وقصور التأمين الصحي، والتدخل الحكومي، مما يحسن ويطور برامج الرعاية الصحية².

ويمكن تحديد خطوات دراسة السياسة الصحية فيما يلي:

1. توضيح العناصر الرئيسة للنظام الصحي والمشكلات الصحية في المجتمع.
2. دراسة أولويات السياسات الصحية في المجتمع.
3. دراسة مداخلات ومخرجات السياسة الصحية للمجتمع لتحديد نتائج هذه السياسات.
4. تقدير كفاءة السياسات الصحية في حالة تمكنها من استخدام الموارد.

¹ البنك الدولي للإنشاء والتعمير: تقرير عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة مؤشرات التنمية الدولية. القاهرة:

ترجمة مركز الأهرام للترجمة والنشر، (1999)، يونيو، ص 16.

² Howard Barnum Evaluating Health Days of Gained From Health Projects, Journal of Social and Medicine m Jun 2016, p 37.

وتتمثل عدم توفير خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية في التفاوت الواضح في توزيع الموارد البشرية كالأطباء والفنيين، وهيئة التمريض والإداريين، بالإضافة إلى عدم التوازن في توزيع الموارد المادية كالأجهزة الطبية الحديثة والأدوية... إلخ.

لذا يجب على الحكومات تمكين صناعات السياسة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية من التعرف على المعوقات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية سواء كانت مرتبطة بالجانب الإداري، أو التنظيمي، أو الصحي، أو حتى بالإمكانات المختلفة والمستشفيات الحكومية.

خامسا: سياسة الرعاية الصحية في الجزائر:

تركز مؤسسات تقديم الخدمات الصحية على الرعاية الاجتماعية والرعاية الأولية والمتخصصة والذين يمارسون العمل في مواقع المستشفيات أو الممارسات الفردية والجماعية والرعاية المبدئية الأولية وهي عبارة عن اتصال بالرعاية الصحية للأسرة في حين أن الرعاية الثانوية تحدث بالتحول إلى الأخصائيين الفرعيين وعادة ما تكون الرعاية المبدئية للحالة الحادة وفي كثير من المواقع فإن الممارس والممرض والممرضة أو الطبيب والمساعد يشتركان في العلاج المبدئي للمرضى وتحت إشراف الطبيب وهناك اتجاه نحو ممارسة جماعية يقدم فيها ثلاثة أو أكثر من الأطباء الرعاية الطبية في حين يقتسمون السجلات والجهاز الإداري من الناحية الإشرافية كهيكل للإدارة¹.

تتمثل المبادئ الإرشادية للسياسة في:

1. تحقيق نتائج صحية وأفضل وعادلة.
2. حماية الصحة وتعزيزها وضمان إتاحة الخدمات الصحية الأساسية للجميع مع توفير الحماية من المخاطر المالية الناتجة عن الإنفاق على الصحة.
3. تعزيز دور الحكومة في تقديم خدمات الصحة العامة.
4. تخصيص المزيد من الأموال للصحة الدستور الجديد وتحقيق أفضل النتائج الصحية مقابل ما يتم إنفاقه الكفاءة.
5. المساءلة والشفافية.
6. إشراك جميع الأطراف المعنية بما في ذلك المجتمع المدني والقطاع الخاص

¹ محمود محمد الكردي، التخطيط للبيئة الصحية، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، (2018)، ص 101.

التوجهات الاستراتيجية للسياسة:

1. بناء توافق حول رؤية للتحرك الفعال نحو التغطية الصحية الشاملة.
2. تطبيق خطة وفق إطار زمني محدد ومؤشرات قابلة للقياس.
3. التركيز على البرامج الرئيسية للصحة العامة.
4. تحسين جودة الخدمات الصحية وتقوية الموارد البشرية في مجال الصحة.
5. زيادة العدالة في قطاع الصحة والتغطية التأمينية الصحية لكل الجزائريين.
6. وضع وتنفيذ إجراءات تحسين الكفاءة وتطبيق أدوات لاحتواء التكلفة¹.

سادسا: المقومات الأساسية للسياسة الصحية على المستوى القومي:

وزارة الصحة هي في أغلب الأحيان الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية وتحديد الإستراتيجيات اللازمة لتنفيذها ووضع خطة العمل الكفيلة بذلك، ومهما كان الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة الصحية، فإن هذه السياسة لا تكون كاملة وممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على المقومات الآتية :

1. **الإلتزام السياسي:** إن رسم وتنفيذ السياسة الصحية القومية يتطلب إلتزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة وترجمتها إلى حقيقة واقعة.
2. **الاعتبارات الاجتماعية:** تتكامل السياسة الصحية السليمة مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، والتي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين منها.
3. **مشاركة المجتمع:** لابد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع، بحيث يتحمل الأفراد والأسر والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بصرف النظر عن المسؤولية الشاملة للحكومات عن صحة شعوبها على أن يكون ذلك على جميع المستويات بما فيها المستوى الوطني والمحلي.
4. **الإصلاح الإداري:** لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها، قد يكون من الضروري تعزيز الهياكل الإدارية في جميع القطاعات، وليس في القطاع الصحي فقط ولا بد من أخذ زمام المبادرة للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى.

¹ وزارة الصحة والسكان، رسم ملامح السياسة الصحية في جمهورية مصر العربية، جمهورية مصر العربية، (2015) ص

5. **تخصيص الموارد المالية:** عند وضع السياسة الصحية الوطنية تبرز الحاجة إلى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية، كما يجب دراسة تكاليف البرامج الصحية بغية الوصول إلى نظم أقل تكلفة، ودراسة طرق التمويل المختلفة من ضرائب وخطط الضمان الاجتماعي.
6. **سن التشريعات:** سوف يستلزم الأمر في معظم الأحيان من تشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية، كما يجب أن يرافق الإجراء التشريعي تعبئة ملائمة الوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام المختلفة لتعريف أفراد المجتمع بحقوقهم وواجباتهم¹.

سابعاً: ميادين الرعاية الصحية في الجزائر:

1. ميدان رعاية الأمومة والطفولة :

وهو ميدان يهتم بتوفير الرعاية الصحية للأم والطفل بهدف رفع مستوى الصحة للأمهات وخاصة التغذية الكافية وتوفير الظروف المناسبة العملية للحمل الطبيعي الولادة وتجنب الأخطار الصحية بالارتقاء بالمستوي الصحي والكشف الدوري والرعاية الطبية لاكتشاف الحالات المرضية مبكراً والتعامل معها إلى جانب توفير الرعاية الصحية للأطفال في سن ما قبل المدرسة لرفع المستوى الصحي للأطفال الرضع حتى خمس سنوات لوقايتهم وعلاج المشاكل الصحية التي يتعرضون لها مثل الأمراض المعدية وأمراض سوء التغذية والحوادث والوقاية من الإعاقة والاهتمام بالتطعيمات الإلزامية مثل التطعيم ضد الدرن ومن أهم المؤسسات التي تعمل في هذا الميدان مراكز رعاية الأمومة².

2. ميدان الوحدات الصحية:

وهي مؤسسات تقدم خدمات طبية وبعضها يتبع الحكومة مثل الوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة والوحدات التي تتبع بعض الوزارات كمستشفيات السكة الحديد التي تتبع هيئة السكة الحديد أو الوحدات الصحية الريفية التي توجد في القرى الصغيرة وتقوم بتقديم جميع خدمات الرعاية الصحية الأساسية وغالبا لا يتوفر بها قسم داخلي، وأغلب هذه الوحدات تؤدي خدماتها الصحية للمواطنين بالمجان أو بأجور زهيدة وتتولي الدولة تحمل تكاليف الخدمات الصحية التي تؤدي من خلال تلك الوحدات³.

¹ منظمة الصحة العالمية: طلب المجتمع، الكتاب الطبي الجامعي، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2018 ص 46.

² إقبال محمد بشير وآخرون، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، (2017) ص 133.

³ ماهر أبو المعاطي علي، الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، مكتبة زهراء الشرق، (2018)، ص 232.

3. ميدان التأمين الصحي:

ويهدف إلى تطوير الخدمات الصحية والارتقاء بها بحيث تكون خدمة مقبولة بما يتناسب مع الدخول المحدودة للأفراد أساسا لتحليل المشاركة والتكامل الاجتماعي والصحي بين الأفراد والمؤسسات ويقوم التأمين الصحي على فكرة أساسية موادها تقسيط الأعباء المالية لتكاليف معالجة الأمراض والحوادث على فترة زمنية عن طريق تعاون مجموعة من الأفراد في تغطية المصاريف والتكاليف المالية لحالات الأمراض والحوادث بدلا من أن يترك من حلت به الكارثة يتحمل نتائجها دفعة واحدة، ويوجد في الجزائر أنماط مختلفة للتأمين الصحي أهمها وأكثرها تغطية وتنظيما التأمين الصحي الحكومي الذي تشرف عليه الهيئة العامة للتأمين الصحي بالإضافة إلى بعض نظم التأمين التي تتولاها النقابات والشركات وصناديق العلاج الخاص¹.

ثامنا: تصنيف وأشكال الرعاية الصحية:

إتسمت برامج وأنظمة الرعاية الصحية في الجزائر والتي تقوم عليها وزارة الصحة والسكان بمراعاة تلك الخصائص والظروف الخاصة بطبيعة المجتمع².

حيث تنوعت البرامج والأنظمة في تقديم الخدمات الصحية لتتماشى مع احتياجات الفقراء وتتواءم مع التغيرات المجتمعية، وهناك اختلال في توزيع الخدمات الصحية لفقراء الحضر³ وتتمثل في:

1. الخدمة الصحية الوقائية: وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن تطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة⁴.

¹ إقبال محمد بشير وآخرون، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي، مرجع سبق ذكره، ص 133.

² هناء جمال علمي احمد، تقييم فعالية خدمات الرعاية الاجتماعية بوحدة طب الأسرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة طوان، (2000): ص 07.

³ إسماعيل سلام، استراتيجية الرعاية الصحية في مصر، المؤتمر السنوي السابع عشر للجمعية المصرية للطب والقانون، الإسكندرية(1999)، الجمعية المصرية للطب والقانون، ص 18.

⁴ محمد الصيرفي، التسويق الصحي، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، (2016)، ص 18 19.

2. **الخدمة الصحية العلاجية:** وهي تشمل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المراكز الصحية، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض.

3. **الخدمة الصحية التأهيلية:** وتهدف إلى إعادة تكيف المريض مع بيئته أو إعادة قدراته لأداء أدواره الاجتماعية بما يمكن استعادة أقصى ما يمكن استعادته من قدرات المريض الجسمية أو الاجتماعية أو الاجتماعية وذلك من خلال برامج التأهيل الطبي والنفسي والاجتماعي والمهني وذلك بغرض تحسين الظروف الإنسانية للمريض بصورة متكاملة¹.

ويتضح مما سبق أن خدمات الرعاية الصحية تصنف إلى خدمات صحية علاجية متمثلة في تقديم العلاج الدوائي المباشر داخل المراكز الصحية وتخفيف معاناة المريض من آلام المرض وأيضاً الخدمات الوقائية المتمثلة في حماية الأفراد من الأمراض المعدية والوبائية المنتشرة في البيئة والخدمات التأهيلية متمثلة في برامج التأهيل الطبي والنفسي والاجتماعي وتقديم كافة الأجهزة التعويضية المناسبة للمرضى من خلال مراكز التأهيل المختلفة وأيضاً تكيف المريض مع الظروف البيئية التي تتفق و ظروفه الاجتماعية.

ونجد أن سياسة الرعاية الصحية في الجزائر تركز حول مجموعة من السياسات الفرعية تتمثل في:

1. الرعاية الصحية الأولية.
2. الرعاية الصحية الوقائية.
3. الرعاية الصحية العلاجية.
4. الدواء والسكان.
5. التأمين الصحي.
6. العلاج الخاص.
7. تنمية القوى البشرية.
8. الإعلام الصحي.

فالرعاية الصحية في جمهورية الجزائر العربية كما هي في كل الدول هي مسئولية وزارة الصحة في المقام الأول ولقد تكفل الدستور والقانون للوزارة بالسلطة التنفيذية في إصدار كافة النظم واللوائح التي

¹ فيصل محمود غريبه، الخدمة الاجتماعية الطبية، الأردن، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، (2008)، ص 250 251.

تكفل لها تقديم الخدمة الصحية على الوجه الأمثل وبالمستوى اللائق للفرد والمجتمع إلا أن الوزارة قد تراجع دورها في هذا الأمر الدلائل تدل على ذلك دون تجاوز من حيث انحسار الخدمة الصحية في كثير من المناطق في الجزائر وتفشي الأمراض بصورة لم تكن معروفة في الماضي وعلى رأسها الأمراض الكبدية الالتهاب الكبدي الفيروسي وأمراض الرئة المزمنة السل وأمراض الشعب الهوائية مثل الربو.

لذلك فإن الخدمات الصحية في الجزائر يشارك فيها أيضا وزارات وهيئات ومؤسسات أخرى تساهم بتقديم الرعاية الصحية للعاملين بداخلها مثل الشرطة والبتروك بالإضافة إلى الخدمات الأهلية متمثلة في العيادات والمراكز الطبية الأهلية الخاصة والتي تساهم بقدر كبير في تقديم الخدمات الصحية المختلفة إلا أن النقطة الأساسية والتي تحول دون توفر تلك الخدمة للجميع هي التكلفة وعدم قدرة الناس على تغطيتها¹.

ومن خلال ما سبق نجد أن الخدمة الصحية والرعاية الطبية في الجزائر تحتاج إلى الكثير حتى تستطيع أن تؤكد وتقول إنها متوفرة وفي متناول كافة دون تفريق من حيث المال والجاه والمركز الاجتماعي حيث أن أي مواطن يجب أن يحصل عليها دون معاناة.

تاسعا: مستويات الخدمات الصحية في الجزائر:

وهي تنقسم إلى مستويات عديدة كالتالي:

1. الخدمات الصحية على مستوى الريف مراكز الرعاية الصحية الأولية²: وتتمثل الخدمات الصحية

على مستوى الريف في عدة مسميات هي:

أ- الوحدة الصحية الريفية: وهي نشأت لكي يكون لكل خمسة آلاف نسمة من السكان وحدة صحية تخدمهم حيث توفر الخدمات العلاجية عن طريق الفحص الطبي بالمجان وبالآجر، وفي العيادات الخارجية وتقديم الخدمة اللازمة للأمهات الحوامل منذ الحمل حتى الولادة علاوة على صرف بعض

¹ وزارة الصحة والسكان، الإصلاح الصحي بين النظرية والتطبيق، القاهرة، الإدارة المركزية للدعم الفني والمشروعات، (2002)، ص 29 39.

² إسماعيل يوسف وآخرون، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، (2008) ص 55.

الأدوية والمستويات مجاناً، كذلك تقديم الخدمات الوقائية للأطفال لوقايتهم من أمراض الحصبة وشلل الأطفال وغيرها.

ب- المراكز الصحية الريفية: وهي تتكون من عيادة داخلية بها حوالي عشرة أسرة ومعمل وصيدلية، وتقديم خدمات علاجية ووقائية وخدمات إسعافية ويتوافر بها مكان لإقامة الطبيب والممرضات.

2. الخدمات الصحية على المستوى المركزي: وتنقسم الخدمات الصحية على المستوى المركزي إلى قسمين:

أ- المستشفيات التعليمية.

ب- معاهد ومراكز الأبحاث الطبية.

3. الخدمات الصحية على مستوى المحافظة¹: وتتمثل في الآتي:

أ- مكاتب الصحة: وتتلخص وظائفها في تسجيل المواليد والوفيات والرقابة على الطعام وبعض الوظائف الوقائية الأخرى بالإضافة إلى أعمال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتطعيم الأطفال.

ب- خدمات الصحة المدرسية: وتكمن أهميتها في أنها تخدم حوالي ثلث سكان الجزائر وتضطلع عديد من المراكز الصحية بتقديم هذه الخدمات لتلاميذ المدارس كالتطعيم ضد الأمراض وتحديد الحالات المرضية وعلاجها وتشمل الوحدات مستشفيات الطلبة التابعة للوزارة والوحدات الوقائية والعلاجية المتخصصة وتقدم هذه الخدمات من خلال:

- المراكز الصحية المدرسية.

- مستشفيات الصحة المدرسية.

- وحدات الصحة المدرسية.

- الزائرون الصحيون.

ج- مراكز رعاية الأمومة والطفولة: وتتمثل مهامها في توفير الخدمات الصحية الوقائية للأمهات والأطفال من توعية غذائية وتطعيم بالإضافة إلى بعض الخدمات العلاجية وتتمثل خدمات هذه المراكز في رعاية الأمهات والأطفال في فترة ما قبل الولادة وأثنائها وبعدها ويضم كل مركز طبيباً وصيدلياً وطبيب أسنان وممرضة واثنتين وثلاث مساعدات ممرضات أو قابلات أو أخصائياً إجتماعياً وأخصائياً توعية غذائية وفني معمل.

¹ MOHP, Egypt Service provision Assessment (ESPA) Survey, Overview of the health in Egypt, p.2018, 56.

- د- **الوحدات الصحية في المناطق الحضرية:** وذلك بغرض تكامل الوحدات الصحية والوقائية والعلاجية رأسياً وأفقياً وهي:
- المركز الطبي العام وهي أساس الخدمة الصحية في الحضر كالوحدات الصحية الريفية ويقدم خدمات رعاية الطفولة والأمومة والطب العام والخدمات الوقائية والتسجيلية والإحصائية.
 - السيادة الشاملة المتخصصة وترتبط بمستشفى عام أو مركزي وتقوم بخدمة المدرسة والخدمة الوقائية والتسجيل والإحصاء والخدمة الاجتماعية والوسائل الحديثة للتشخيص وفحوص إشعاعية.
 - هـ- **المستشفيات:** وهي عامة وتخصصية وتقدم الخدمات العلاجية المجانية في العيادات الداخلية والخارجية لكل الأفراد بلا استثناء، مع فرض بعض الرسوم على العلاج الاقتصادي بها¹. وبالرغم من كثرة أعداد المستشفيات الحكومية، والمراكز الطبية الحضرية وغيرها من المؤسسات الصحية، إلا أنها ما زالت قاصرة على استيعاب المرضى أو تقديم خدماتها الصحية علاوة على سوء الإدارة والتسيب الذي يعصف بالكثير من فوائدها، هذا بالإضافة إلى زيادة المشكلات للتأمين الصحي وعدم جدواها في كثير من الحالات لذلك أصبح هناك قلق من تكاليف العلاج وزيادة أسعار الدواء، في ظل القوانين الجديدة أو المتوقع تطبيقها في إطار الملكية الفكرية في مجال الدواء مع زيادة الأمراض وانتشارها بسبب زيادة التلوث الغذائي والمائي والهوائي بالإضافة إلى أمراض العصر من القلق والضغط الناتج عن هموم المجتمع وأزماته².
 - و- **وحدات الخدمات الصحية للوزارات الأخرى:** مستشفيات جامعية معاهد تعليمية وهي أساساً وحدة خدمة بحثية تعليمية³.

عاشرا: مبادئ إعادة هيكلة برامج الرعاية الصحية:

1. الجودة القائمة على معايير محددة والمستندة على عناصر محددة لمقدمي الخدمة.
2. العدالة في توزيع الخدمات الصحية وتقديمها للمرأة وللشرائح المجتمعية المختلفة أو بالنسبة للمناطق الإقليمية.

¹ محمود محمد فكري: التخطيط للبيئة الصحية، مرجع سبق ذكره، (2018)، ص 180 181

² أحمد مجدي حجاري: العولمة بين التفكك وإعادة التركيب، القاهرة، الدار المصرية السعودية، (د.ت)، ص 76.

³ الهيئة العامة للتخطيط العمراني، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، وزارة السكان، (2014)، ص 19.

3. الاستجابة لتوقعات الأفراد بما يحقق مستويات الإشباع لاحتياجات المرأة من النظام وتحقيق الرضا لمقدم الخدمة.
4. الاستمرارية التي تقوم على تواجد الخدمات الصحية لفترات طويلة الأجل مع الحفاظ على نقص مستوى الجودة.
5. المرونة والقدرة على إحداث تغييرات أساسية للاستجابة للظروف الطارئة.
6. الرشادة الاقتصادية بما يضمن الاستخدام الأمثل للموارد دون إهدار للموارد المالية أو الطاقات البشرية.
7. الاستهداف جغرافيا - مهنيا حسب خصائص معينة.
8. التخطيط القائم على الشمولية والتكامل مع الحرص على لامركزية التنفيذ.
9. المشاركة المجتمعية سواء بالنسبة لتحديد أهداف النظام الصحي ومتابعته والإشراف عليها، بالنسبة للمشاركة في توفير التمويل اللازم لاستمرارية خدمات الرعاية الصحية ذات المستوى للجودة المطلوبة¹.

احدى عشر: برامج وخدمات الرعاية الصحية للفقراء الحضر:

إن برامج الرعاية الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى مطابقة لمعايير معينة وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية.

وعليه فإن الخدمة الصحية تمثل مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها فقراء الحضر على نحو نظامي وموضوعي، يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى الفقراء وحل المشكلات العارضة لهم بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وهذا يعني أن

¹ مصطفى محمود مصطفى، نحو تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في ضوء معايير الرعاية الصحية بالريف، بحث منشور في المؤتمر العلمي التاسع عشر، المجلد السادس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، (2006) ص 2970.

جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم¹.

ثاني عشر: الخدمة الاجتماعية والتخطيط الاجتماعي في مجال خدمات الرعاية الصحية:

تعتبر مهنة الخدمة الاجتماعية بحكم تكوين أفرادها وطبيعة عملهم ودراساتهم وتأهيلهم أكثر المهن إتصلاً بالجمهور وتفهماً لرغباته والالتحام معه وكسب ثقته بحيث يستهدف جوهر العمل الاجتماعي بوحدة المستشفيات الحكومية ما يلي²:

1. التعرف على آراء ومشاكل المرضى والناس المنتفعين بالخدمات الصحية داخل المستشفيات واتخاذ الخطوات اللازمة لحلها.

2. المساهمة في وضع الخطط الملائمة داخل المستشفى مع العمل على تطوير العمل بها وتحديد أهدافه الطبية والاجتماعية.

3. استطلاع رأي المرضى حول الخدمات الاجتماعية والطبية والاجتماعية التي تقدمها المؤسسة لهم.

4. مقابلة المسؤولين بالوحدات العلاجية وتعريفهم بأهمية دور العمل الاجتماعي داخل هذه الوحدات.

5. المساهمة في تقديم جميع المشروعات وبرامج المؤسسات الحكومية الطبية لقياس مدى نجاحها أو فشلها في تحقيق أهدافها.

دور الأخصائي الاجتماعي في مجال خدمات الرعاية الصحية³:

يلعب الأخصائي الاجتماعي دوراً كبيراً في هذا المجال بصفته المهنية للتخطيط لمواجهة المشكلات والمعوقات التي تعترض الأفراد عند حصولهم على خدمات الرعاية الصحية من المستشفيات الحكومية ومن هذه الأدوار:

¹ أبي سعيد الديوجي، عادل محمد عبد الله، النوعية والجودة في الخدمات الصحية "دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة"، بحث منشور في مجلة تنمية الرافدين، العدد 73، المجلد 25، (2003)، ص 14.

² أحمد محمد السنهوري، مدخل ونظريات ونماذج الممارسة المعاصرة للخدمة الاجتماعية، القاهرة، دار النهضة العربية، (1998)، ص 149.

³ عبد الله محمد عبد الرحمن، علم الاجتماع الطبي "مداخل نظرية ودراسات تطبيقية"، الإسكندرية، مطبعة البحيرة، (2009)، ص 275.

1. الدور الوقائي :

- أ- يعمل الأخصائي الاجتماعي في مجال التوعية والتثقيف الصحي بغرض نشر الوعي الصحي بين المواطنين والعمل على تحسين المستوى الصحي للإنسان على اعتبار أنه أهم مورد.
- ب- بما أن الوقاية خير من العلاج فإن الأخصائي الاجتماعي يعمل من أجل نشر الوعي الصحي من خلال الاهتمام بالتطعيمات المختلفة للإنسان خاصة في مرحلة المرضى.
- ج- يوجه الأخصائي الاجتماعي الفريق العلاجي نحو الواقع المجتمعي بغرض مواجهة العديد من المشاكل التي تواجه المؤسسات الطبية التي تواجه بالتالي المرضى.

2. الدور العلاجي:

- أ- أن يمارس الأخصائي الاجتماعي أدواراً عديدة داخل المستشفى أم خارجها كما أنه يمارس الأدوار العلاجية بشكل مباشر فيتعامل مع المريض نفسه كما أنه يمارس أدواره العلاجية بشكل غير مباشر من خلال توجيه جهوده إلى بيئة المريض والأنساق التي تتعامل معه كالأسرة والعمل والأصدقاء.
- ب- يقوم الأخصائي الاجتماعي باستخدام الطرق المهنية سواء الفرد أم الجماعة أو تنظيم المجتمع طبقاً لنوعية المرض والمريض ومدة العلاج ونوعية المؤسسات العلاجية.

3. الدور التنموي:

- أ- يشارك الأخصائي الاجتماعي في الأعمال التخطيطية التي تتم في المجال الطبي ما ييسر سبل العمل في المجال .
- ب- يقوم الأخصائي الاجتماعي بإجراء البحوث الاجتماعية التي تفيده في عمله المهني والتعرف على ما هو جديد من معارف ومهارات في المجال الطبي.

ثالث عشر: تخطيط برامج التثقيف الصحي ودورها في تحقيق الحماية الاجتماعية لفقراء الحضر:

يسعى التثقيف الصحي الحديث إلى تقديم الوسائل الفردية والجمعية التي تمكن الأفراد من النمو نمواً سوياً متكاملماً في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والتعليمية والمهنية، ويهتم التثقيف الصحي بجميع أفراد المجتمع بقصد تغيير اتجاهاتهم وسلوكهم الصحي بما يحقق للفرد تكاملاً في صحته ويحقق فرصة للناس حتى يشارك مشاركة إيجابية في تحمل المسؤولية مع الأجهزة التنفيذية.

والتنقيف الصحي هو أحد مجالات الصحة الذي يهدف إلى إكساب الأفراد العادات والسلوكيات الصحية السليمة، مما يساهم في تغيير العادات والاتجاهات والممارسات الصحية السليمة لدى الأفراد والجماعات والمجتمعات¹.

ويقوم الأخصائيون الاجتماعيون بمهمة التنقيف الصحي بالتعاون مع الأطباء وأخصائيو التغذية والعلاج الطبيعي من خلال إدارات وأقسام التنقيف الصحي بوزارة الصحة ومراكزها الميدانية التي تتعامل مع المواطنين فقراء الحضر مباشرة، ويهدف التنقيف الصحي إلى تحقيق ما يلي:

1. تغيير المفاهيم والقيم التي تتعلق بالصحة والمرض.
2. تكوين رأي عام يدرك أهمية الصحة ويجعلها موضوع اهتمامه بغرض تغيير سلوكهم واتجاهاتهم إلى أنماط من السلوك التي تؤدي للوقاية من الأمراض.
3. مساعدة الناس كأفراد أو جماعات في بذل الجهود الكافية لتحسين أحوالهم الصحية في حال الإصابة بالمرض.
4. استفادة الناس بأقصى ما يمكن من الخدمات الصحية العلاجية والوقائية والتأهيلية الموجودة في مجتمعهم.

ويتم التخطيط لبرامج التنقيف الصحي عادة عن طريق تشكيل لجنة ويختلف شكل هذه اللجنة والاختصاصات التي تتمثل فيها وفقاً للظروف المحلية، وتقوم هذه اللجنة بدراسة المشكلات الصحية والبرنامج التنقيفي، الذي يصلح للفئة المستهدفة المقصودة فقراء الحضر ولا بد أن يراعى في التخطيط التنقيف الصحي ما يلي:

1. تحديد دور كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي.
2. تحديد المدى الذي تتوقعه الهيئات المهنية من برنامج التنقيف الصحي.
3. مراعاة التسلسل في المادة العلمية التي تحتويها خطة التنقيف الصحي.
4. تحديد الطرق والوسائل وسائل الإعلام - الاتصال المباشر - المشاركة الشعبية التي تتبع في التنقيف الصحي.
5. تحديد الوقت الذي ينبغي أن يحدد التنقيف الصحي².

¹ عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب، ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، (2001)، ص 23.

² فيصل محمود غرابيه، الخدمة الاجتماعية الطبية، (2008)، مرجع سبق ذكره، ص 254.

رابع عشر: التحديات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية في البلدان النامية :

1. قصور الرعاية الصحية والتغطية والنفقات والموارد الصحية.
 2. يؤدي ارتفاع مستوى توقعات المجتمع بشأن الصحة والرعاية الصحية، يغذيه في ذلك إضفاء الطابع العصري، وزيادة إتاحة المعلومات وتحسين الثقافة الصحية إلى حفز الطلب على إتاحة الرعاية الصحية التي تركز على الناس، وتحسين حماية صحة المجتمعات المحلية والمشاركة بفعالية أكبر في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة.
 3. هناك اتجاه متزايد اكتسبته البلدان النامية من خلال التجارب والخبرات والمعارف نحو التغيير من جانب السكان وراسمي السياسات والمجتمع.
- وهناك مجموعة من الإجراءات يتعين اتخاذها وهي¹:
1. يجب أن تتولى الدول الأطراف صياغة السياسات بنفسها حسب مواصفات كل بلد، ويجب أن يستغل المجتمع الصحي العالمي نفوذه لحشد القدرات وتيسير عملية التجديد.
 2. القضاء على التباينات في المجال الصحي بالتحرك صوب التغطية الشاملة وهذا يعني التحرك من أجل توفير عدد كاف من الشبكات الخدمية التي تشمل ما يلزم من موارد بشرية وبنية تحتية وموارد وإدارة وتوجيه ليس فيها عوائق مالية أو أي عوائق أخرى ولكن فيها حماية للأسر من التبعات المالية ومن الفقر بسبب تكليف الرعاية.
 3. توسيع نطاق شبكات الرعاية الصحية حيثما كانت، تخفيف الرسوم عن المرضى وتحقيق التضامن والحماية الاجتماعية، وضع آليات لحماية صحة المجتمع.
 4. زيادة المساعدات المالية للقطاع الصحي.
 5. تصميم الخدمات وتنظيمها بغرض تمكين العملاء منها وخصوصاً الفقراء فقراء الحضر والمحتاجين.
 6. الإجراءات المتعددة القطاعات ودمج الصحة في جميع السياسات.
 7. تحسين السياسة العامة في القطاع الصحي وخارجه.
 8. وضع الاعتبارات الصحية في مكانها الصحيح في المداولات المتعلقة بسائر الميادين السياسية.

¹ محمود محمد الكردي، التخطيط للبيئة الصحية، مرجع سبق ذكره ص، 2015 ص 45 47.

خامس عشر: التخطيط لتسويق الخدمات الصحية لتحقيق الحماية الاجتماعية للفقراء الحضر:

إن مفهوم التسويق الصحي من المفاهيم الواسعة والمعقدة والذي يشمل العديد من المجالات الأخرى مثل التسويق الاجتماعي هذا ويستند تحديد المفهوم على مفهوم التسويق التجاري ولكن الاختلاف هو بالأهداف المتحققة حيث أن التسويق الصحي يمثل مجموعة من الأنشطة والفعاليات التي تهدف إلى تحقيق الاتصال بالجمهور المستهدف وجمع المعلومات عنهم وتحديد حاجاته بهدف تكوين سلوك صحي لدى الأفراد¹. ويرتكز التسويق الصحي على:

1. تحقيق الاتصال بالمستفيدين من الخدمات الصحية والذين سوف يستفيدون منها في المستقبل.
2. تشكيل المعلومات الركن الأساسي في تحديد وتوجيه أنشطة التسويق الصحي من خلال إجراء البحوث والدراسات والممسوحات اللازمة لتحديد الأنشطة التي من خلالها يتمكن العاملون في مجال التسويق الصحي من تحديد الحاجات والأنشطة التي من خلالها يتمكنون من توجيه الحملات الصحية الناجحة والتي تهدف إلى خلق الوعي الصحي لدى الأفراد على مختلف أجناسهم وتكوين سلوك صحي طوعي في جمهور المستهلك بالأنشطة التسويقية وإيصال المعلومات الضرورية لهذا الجمهور.
3. يمثل المستفيد من الخدمات الصحية محور الأنشطة في التسويق الصحي.
4. تخطيط استراتيجيات التسويق الصحي، تركز على خلق سلوك طوعي للأفراد الذين يشكلون السوق المستهدفة بهذه الاستراتيجيات والأنشطة التسويقية².

أهداف تسويق الخدمات الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية :

تشكل الخدمات الصحية حلقة مهمة في النظام العام للخدمات باعتبارها حق للمواطنين من خلال الخدمات الصحية المجانية أو المدعمة، ويسعى تسويق الخدمات الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية لتحقيق الأهداف التالية:

الهدف الأول: تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بالمجان والاهتمام برفع مستوى أداء الأطباء وهيئة التمريض بما ينعكس على تحسين الأداء وتوفير الخدمة الطوارئ.

¹ ردينة يوسف عثمان، التسويق الصحي والاجتماعي، عمان، الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، (2008)، ص 80.

² محمد الصيرفي، التسويق الصحي، مرجع سبق ذكره، (2011)، ص 15 19.

الهدف الثاني: زيادة معدلات التغطية الجغرافية بالخدمات الصحية وتطوير الوحدات الصحية الريفية والحضرية وتوفيرها في المناطق النائية.

الهدف الثالث: السعي إلى حصول المواطنين على الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية في إطار من العدالة الاجتماعية ومراعاة البعد الاجتماعي في توفير الخدمات الصحية بما يحقق التكامل بينها مع تقديم الخدمات التأهيلية.

الهدف الرابع: تبني سياسة واضحة لترشيد استخدام الأدوية، وإعداد قائمة أدوية أساسية مبنية على أساس علمي واقتصادي وتطوير مفهوم التخطيط الصحي للخدمات.

الهدف الخامس: تحديد الاتجاهات العامة لتوفير الخدمات الصحية ودراسة اقتصاديات الصحة ومعايير أولوية البرامج والخدمات بحيث تركز على الفئات الأكثر إحتياجاً، وإقامة مشروعات صحية جديدة في إطار تقييم السياسات القائمة لتوفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين¹.

سادس عشر: آليات تطوير خدمات الرعاية الصحية:

يتم تطوير خدمات الرعاية الصحية في المجتمع من خلال التعرف على مؤشرات الصحة داخل المجتمع وهذه الآليات يتحدد على أساسها سواء كان المجتمع بصحة جيدة أو متوسطة أو قليلة من خلال معرفة عدة مؤشرات²:

أ- مؤشر عدد أو نسبة المواليد إلى عدد السكان في الـ 1000، وعدد الوفيات من الاطفال الرضيع في الـ 1000، فلما قل عند الوفيات من الأطفال الرضع وزاد نسبة المواليد في المجتمع، عبر ذلك عن ارتفاع مستوى الصحة في المجتمع.

ب- مؤشر عدد الأطباء بالنسبة إلى عدد السكان إذ كلما زاد عدد الأطباء في المجتمع ارتفع المستوى الصحي في المجتمع والعكس صحيح.

ج- مؤشرات مدى توافر أعداد المهن التمريضية، إذا كلما توافر عدد مناسب وكاف من الممرضين كان المجتمع في مستوى صحي مناسب، والعكس صحيح.

¹ ماهر أبو المعطي علي، الاتجاهات الحديثة في تسويق الخدمات الاجتماعية وتكنولوجيا المعلومات "أسس نظرية - نماذج تطبيقية - دراسات ميدانية"، الإسكندرية، (2013): المكتب الجامعي الحديث، ص 103 104.

² عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب، ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية، مرجع سبق ذكره، (2002) ص 19.

د- مؤشر الأسرة: حيث يعتبر مؤشر عدد الأسرة بالنسبة لعدد السكان المجتمع في المستشفيات مؤشراً حقيقياً، لما يتميز به المجتمع من صحة.

هـ- مؤشر مدى توافر الأخصائيين الاجتماعيين في المجتمع والأخصائيين النفسيين وفريق العمل الطبي والاجتماعي الذين يقدمون الخدمات.

وتعتبر جودة الخدمة تعبير عن مقياس نسبي يختلف من شخص لآخر ويعتمد على مقارنة الجودة المتوقعة مع الجودة المدركة وتتضمن الجودة المدركة نوعين هما: الجودة الفني Technical Quality، والجودة الوظيفية Functional Quality.

والجودة الفنية ما يتم تقديمه للعميل فعلها ويتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى إلى إشباعها في حين أن الجودة الوظيفية هي درجة جودة الطريقة التي يتم بها تقدير الخدمة والتي يمكن أن يطلق عليها جودة المخرجات والتي يتم عادة تقييمها بعد الحصول على الخدمة وفي المقابل تعتبر الجودة الفنية هي جودة العمل والتي عادة ما يتم تقييمها أثناء تقديم الخدمة¹.

خلاصة القول، يتضح مما سبق أن هناك تحديات تواجه خدمات الرعاية الصحية خصوصاً في المناطق الفقيرة والمحرومة من هذه الخدمات ولا بد من مواجهتها كذلك إتباع أساليب التخطيط لخدمات الرعاية الصحية بخطوات محددة وعمل تحليل لسياسات الحماية الاجتماعية الصحية والتي تعتمد على قياسات دقيقة لتلك الخدمات والتسويق الصحي ونشر الوعي لهذه الخدمات مع مراعاة المبادئ والموجهات في كل عملية وأخيراً يجب صياغة سياسات جديدة توجه لتطوير خدمات الرعاية الصحية للمجتمع بصفة عامة وفقراء الحضر بصفة خاصة، وأن تكون هذه السياسات قابلة للتنفيذ ولا يواجهها معوقات سواء من الناحية المادية أو الموارد البشرية وكذلك التقنية والتكنولوجية.

¹ Lethinen, V. and Lethinend, R. Two Approach to service quality dimensions, service industries Journal, vol. 16. no3, (1999) pp.286-289.

الفصل الثالث: الفشل الكلوي

أولاً: تعريف الكلية وتركيبها

ثانياً: البنية التشريحية للكلية

ثالثاً: وظائف الكلية

رابعاً: تدهور واضطرابات الجهاز الكلوي

خامساً: الفشل الكلوي

سادساً: المفاهيم المرتبطة بالفشل الكلوي

سابعاً: تشخيص الفشل الكلوي

ثامناً: الفشل الكلوي المزمن

تاسعاً: الفيزيولوجيا المرضية لتطور الفشل الكلوي المزمن

عاشراً: أعراض الفشل الكلوي المزمن

أحدى عشر: أسباب الفشل الكلوي المزمن

اثنى عشر : الفشل الكلوي الحاد

ثلاثة عشر : أعراض الفشل الكلوي الحاد

أربعة عشر : أسباب الفشل الكلوي الحاد

خمسة عشر : نصائح طبية للحفاظ على سلامة الكلى

تمهيد

تعتبر الكلية من الأعضاء الأساسية التي يتكون منها الجسم والتي تقوم بوظائف حيوية مختلفة تتمثل في تخليص الدم من الشوائب الضارة من أجل المحافظة على توازن الجسم وصحته وأي إصابة في الكلى تترتب عنها أضرار على الصحة الجسمية، يجمع الأطباء على أن الكلى من أهم أجهزة الجسم الحيوية لبقاء الإنسان على قيد الحياة وهي قد تصاب بأمراض مختلفة تؤثر سلباً على وظائفها ولعل من أهم هذه الأمراض الفشل الكلوي حيث يمثل شكلاً من أشكال الأمراض المزمنة التي كانت ومازالت تهدد حياة الكائن البشري لتصل درجة خطورتها إلى الموت خاصة إذا تهاون الفرد المصاب في طلب المساعدة الطبية ، علماً أن هذا المرض قد يصيب مختلف الفئات الاجتماعية باختلاف أعمارهم ومستواهم الثقافي والاقتصادي والاجتماعي، وهو مرض تعددت الآراء حول أسباب حدوثه فهناك من يرجعها إلى عوامل طبية وهناك من يرجعها إلى عوامل اجتماعية مرتبطة بالحياة والمستوى المعيشي للفرد، وبالتالي الإصابة بهذا الداء يستلزم منه علاجاً قد يرافقه طول الحياة مما يؤثر سلباً على الحياة الاجتماعية للفرد من كل النواحي الاجتماعية والاجتماعية والجسدية.

ومن هذا المنطلق فقد تمكنا في هذا الفصل من تعريف الكلية وتركيبها، تشريح الكلية، وظائف الكلية، أهم اضطرابات الجهاز الكلوي، الفشل الكلوي المزمن، الفشل الكلوي الحاد، أسباب وأعراض كل منهما، كما أضفنا في نهاية الفصل نصائح طبية للحفاظ على سلامته الكلى.

أولاً: تعريف الكلية وتركيبها

في الجزء العلوي الخلفي من تجويف البطن وخلف الغشاء البريتوني الخلفي وعلى جانبي العمود الفقري وأسفل الحجاب الحاجز تقع الكلية وللجسم كليتان غاية في إبداع الصنعة الإلهية، وكل كلية تشبه حبة البقول الحمراء إحداهما في الجانب الأيمن، وهي منخفضة قليلاً عن اليسرى لأن الكبد في الجهة اليمنى، يجعل -بحجمه- الكلية اليمنى تنخفض قليلاً اليسرى، والكلية الثانية بالطبع في الجانب الأيسر في نظام إلهي بديع تقع الكليتان في الجسم¹.

- تركيب الكلية:

عند فحص مقطع طولي في الكلية نشاهد أنها تتكون من جزء خارجي يدعى القشرة (Cortex) وجزء داخلي يسمى النخاع (Modulla) وتحتوي القشرة على الوحدات الكلوية المعروفة باسم نيفرون (Nephron) (أي كلية: تصغير كلية). وتحتوي كل كلية على مليون ونصف المليون من هذه الوحدات الكلوية التي تقوم بتنقية الدم من السموم. أما النخاع فيتكون من مجموعة الفصوص على شكل أهرامات تتجه قممها إلى حوض الكلية الذي يتلقى قمم الأهرامات ويصب فيه البول وينتهي الحوض (Pelvis) بالحالب الذي يسير سفلًا حتى يفتح بزواوية في المثانة تجعله يعمل على هيئة صمام يسمح للبول بالنزول من الحالب إلى المثانة ولا يسمح له بالرجوع من المثانة إلى الحالب، إلا في حالات مرضية تعرف باسم الارتجاع المثاني الحالي².

ثانياً: البنية التشريحية للكلية

تحاط الكلية من الخارج بالمحفظة وهي عشاء ليفي رقيق ولو أخذنا مقطعاً طولياً فسنلاحظ ما يلي: القشرة: طبقة بها عدد كبير من أجسام malpigi وهي أجسام كروية الشكل مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي وبعد ذلك تتجمع لتشكل فروعاً تخرج من جسم malpigi ثم تتفرع إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي من الأنبوية البولية التي تخرج بدورها من جسم malpigi وهكذا تسير الأنبابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات هرمية الشكل النخاع عبارة عن طبقة واسعة توجد بها أهرامات malpigi وهي تجمعات الأنبابيب البولية حيث تتفتح هذه الأنبابيب في قسم الأهرامات.

¹ عاطف لماضة: أمراض الكلى والفشل الكلوي، دار النصر، مصر، 2001، ص9.

² محمد علي البار: الفشل الكلوي وزرع الاعضاء، دار القلم للطباعة والنشر، ط1، دمشق، 1992، ص14.

- **حوض الكلية:** عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر ويعتبر جزءاً من الحالب وتصب فيه الأنابيب البولية.
- **الحالبان:** عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 25 سم ويخرج كل حالب من سرة الكلية ويمتد إلى الأسفل حتى يصل إلى المثانة ويفتح فيها بفتحة ضيقة مائلة تسمح للبول بالمرور إلى المثانة وتمنعه من الرجوع إلى الحالب عند امتلاء المثانة.
- **المثانة:** عبارة عن كيس غشائي بيضوي الشكل مبطن من الداخل بغشاء مخاطي يفتح فيه الحالبان بفتحتين مستقلتين ويضيق الجزء السفلي من المثانة ويسمى عنق المثانة ويحاط بعضلة عاصرة دائرية لا تفتح إلا عند التبول.
- **قناة مجرى البول:** هي قناة تتصل بالمثانة وتفتح إلى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى وبفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر¹.

ثالثاً: وظائف الكلى

هذه الأعضاء ضرورية للحياة بسبب الوظائف التنظيمية التي يؤديها:

أولاً، تقوم الكلى بتصفية الدم وتخليصه من الفضلات التي ينتجها الجسم من الناحية الفسيولوجية، مثل اليوريا (منتجات تكسير البروتين) أو الكرياتينين (منتجات نشاط خلايا العضلات) أو الأحماض الفريدة. إن تراكم هذه المواد في الدم يكون ساماً، تقضيها الكلى عن طريق إنتاجها الثاني من البول. يحدث هذا داخل الوحدات الوظيفية nephrons، التي يبلغ عددها مليون لكل كلية، والتي تتكون كل منها من glomerule وأنبوب صغير. يصل الدم إلى الكلية (مجموعة من الأوعية) عبر الشريان الكلوي والشرايين حيث يتم إنتاج البول البدائي عن طريق الترشيح. يستمر إنتاج البول على طول الأنبوب مع إعادة امتصاص الماء والمعادن، ثم يعود الدم المفصول إلى الدورة الدموية العامة عبر الوريد الكلوي. يتدفق البول الناتج بعد ذلك من الأنابيب إلى الكؤوس، ثم إلى الحوض الكلوي ويتدفق أخيراً إلى الحالب ليتم تخزينه في المثانة.

تساهم وظائف الترشيح والتنقية هذه أيضاً في الحفاظ على التوازن مع توازن الماء في الجسم، أي كمية السوائل خارج الخلية، بالإضافة إلى تركيز المعادن في الدم، مثل الكالسيوم أو الصوديوم أو

¹ زهير الكرمي: الاطلس العلمي، فيزيولوجيا الانسان، دار الكتاب اللبناني، ط1، بيروت، 1988، ص76/77.

البوتاسيوم. أخيراً، تلعب الكلى دوراً حاسماً في تنظيم ضغط الدم بوظيفة إفراز الغدد الصماء ومكانها المركزي في نظام الرينين-أنجيوتنسين-الألدوستيرون¹.

وهناك وظائف ثانوية للكلية، نذكر منها وظيفتين:

الوظيفة الأولى: تصنيع هرمون إريثروبويتين وهو الهرمون المنشط لتكاثر كريات الدم الحمر في نخاع العظام. وتحدث زيادة في إنتاج هذا الهرمون في بعض أورام الكلى الخبيثة وفي حالات نادرة من مرض تعدد الكيسات ويحدث من جراء ذلك مرض: كثرة الحمر»، ولكن يقل إنتاج هذا الهرمون في أمراض الكلى المختلفة التي تؤدي إلى الفشل الكلوي المزمن. ولهذا فإن فقر الدم هو أحد المظاهر الرئيسية في الفشل الكلوي، وعلاج فقر الدم هذا لا يتأتى إلا بتناول هذا الهرمون حقناً بالوريد أو تحت الجلد.

الوظيفة الثانية: هي تصنيع الخطوة النهائية اللازمة لتحويل فيتامين د إلى الصورة الفعالة. وفيتامين د - اللازم للعظام - يتناوله المرء في الغذاء مع الدهون الحيوانية أو يصنعه تحت الجلد من التعرض للأشعة فوق البنفسجية أو أشعة الشمس، ولكن هذا الفيتامين بصورته الأصلية غير فعال. ويحوّله الكبد ثم الكلى إلى الصورة الفعالة. ثم يحمله الدم إلى الأمعاء حيث يحثها على امتصاص الكالسيوم من الغذاء، وينقله إلى العظام فيحملها إلى ترسيب هذا الكالسيوم في حالات أمراض الكلى المزمنة التي تؤدي إلى الفشل الكلوي فتصير العظام هشّة، مخلخلة ولينة، ولا يتحسن مرض العظام هذا بالعلاج التحفظي للفشل الكلوي ولا بالدليزة ولكنه يشفى تماماً إذا تمت عملية غرس الكلى في المريض بنجاح².

وهناك حقائق عديدة تتعلق بالكلية وطبيعة عملها، ومنها على سبيل المثال:

أن كمية الدم التي تمر بالكلية في الدقيقة الواحدة هي 1300 سم³. أي أن الكلية تقوم بتصفية حوالي 1800 لتر من الدم يومياً. تقوم الكلية بترشيح 127 سم³ من السوائل كل دقيقة في محفظة بومان أي ما يعادل حوالي 183 لتر من البول غير المكثف يومياً. تصل كمية البول التي تخرجها الكلى يومياً إلى حوالي 1.5 لتر فقط أما باقي كمية البول المرشحة والتي تمثل حوالي 181.5 لتر فتمتصه الأنابيب البولية وتعيده إلى الجسم مرة أخرى³.

¹ MAXIME RAFFRAY : Étude des parcours de soins des insuffisants rénaux chroniques Terminaux ayant démarré la dialyse en urgence par une approche méthodologique mixte (thèse de doctorat, santé publique), école doctorale, biologie santé, université de Rennes, France, 16/12/2021,p21.22.

² محمد صادق صبور: أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها، دار الشروق، ط1، القاهرة، 1994، ص 36.

³ نخبة من الأطباء الاختصاصيين، أمراض الكلى والمسالك البولية، (سلسلة وصفة طبية)، مجموعة النيل العربية، ط1،

وتستخدم عدة طرق لمعرفة مستوى وظائف الكلى وهي: مستوى البولينا والكرياتينين في الدم (Creatinine and Urea) وهي تعتمد على قياس هذه المواد في الدم، حالة وجود قصور في وظائف الكلى فإن هذه المواد تبدأ بالتجمع في الدم وترتفع مستوياتها. وتستخدم وحدتان لقياس هذه المواد هما الممول والمليجرام.

كمية الدم التي تم تنقيتها من السموم ومعدل الرشح الكلوي (Glomerular Filtration Rate): هي أدق المعايير لمعرفة مستوى عمل الكلية، ويتم معرفة هذا المقياس إما عن طريق استخدام المعادلات الحسابية أو عن طريق تجميع البول لمدة 24 ساعة، كذلك بالإمكان معرفتها عن طريق الأشعة النووية. عند الإنسان الطبيعي تنقي الكلية ما يزيد على 90 مل / الدقيقة. ويتم تقسيم مراحل القصور الكلوي إلى خمس مراحل؛ حيث تعتبر المرحلة الخامسة عندما تقل كمية الدم المصفى إلى أقل من 15 مل/ دقيقة مرحلة نهائية، وفي هذه المرحلة يحتاج المريض إلى البدء في الغسيل الكلوي.

سنتطرق من خلال الجدول أدناه إلى مراحل القصور الكلوي:

| المرحله | الكمية المصفاة | ماذا يجب عليك فعله |
|-----------------|---------------------|---|
| المرحلة الأولى | أكثر من 90 مل/دقيقة | المتابعة مع الطبيب المعالج |
| المرحلة الثانية | 60-90 مل/دقيقة | يجب عليك المتابعة مع طبيبك لإبقاء الوظائف في هذا المستوى |
| المرحلة الثالثة | 30-60 مل/دقيقة | يجب المحافظة على مستويات الأملاح والهيوموجلوبين في المستوى المطلوب والالتزام بالحمية |
| المرحلة الرابعة | 15-30 مل/دقيقة | إضافة إلى الخطوات السابقة يجب أخذ القرار عن أي البدائل لوظائف الكلى والبدء في الاعداد لذلك ويفضل الزراعة من الأقارب |
| المرحلة الخامسة | أقل من 15 مل/دقيقة | البدء في الغسيل الدموي أو البروتيني أو زراعة الكلى |

جدول يبين مراحل القصور الكلوي¹

¹ عبد الكريم السويداء: المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي، ط1، دار وهج الحياة للنشر، المملكة العربية السعودية، 2010، ص91/90.

رابعاً: تدهور واضطرابات الجهاز الكلوي

تبدأ وظائف الكلى في التدهور بعد سن الأربعين مع بداية التقلص في حجمها وبيولوج الإنسان سن الثمانين تكون الكلية قد ضمرت إلى ثلاثة أرباع حجمها عند اكتمال النمو في سن العشرين وتفقد الوظيفة المدخرة ولو أنها تستمر في أداء وظائفها المعتادة من أهم ما يجب ملاحظته لدى المسنين أن إفراز العقاقير المختلفة يقل، وينبغي على الطبيب أن يضع هذا في حسبانته تقادياً للجرعات الزائدة وحدوث الأعراض الجانبية والتسمم¹.

يتعرض الجهاز الكلوي إلى الإصابة بعدد من الاضطرابات ومن أكثرها شيوعاً هو:

- **التهاب الجهاز البولي:** يصيب النساء بشكل خاص، ويمكن أن يسبب ألماً شديداً، لا سيما في عملية التبول وقد يسبب إصابات أكثر خطورة إذا لم يعالج.
- **التهاب الكلية الكبيبي الحاد:** فهو مرض ينتج عن ردود فعل الأجسام المضادة لمواد المضادات مما يؤدي إلى حدوث التهاب قوي في الكبيبات، وهذه الكبيبات قد تحدث انسداداً كاملاً أو جزئياً لعدد كبير من الكبيبات، مسببة زيادة القابلية النفاذية في أغشيتها، فيتسع المجال لكميات كبيرة من البروتين للخروج، وعندما يحدث تمزق في الغشاء فإن كميات كبيرة من خلايا الدم الحمراء قد تعبر إلى ترشحات الكبيبات وفي الحالات الشديدة يحدث انغلاق كلوي كامل².
- **مرض اليوريمية (تبول الدم):** يقصد باليوريمية انحباس البول في صورة اليوريا في الدم، وتنتج هذه الحالة عند القصور الشديد في وظائف الكليتين. ومن المعروف أن اليوريا مادة سامة تتكون نتيجة احتراق بعض المواد الغذائية داخل الجسم، وهذه المادة يتخلص منها الدم بطردها خارج الجسم عن طريق الكليتين، وبالتالي فإذا انعدمت قابلية الكليتين على قيامها بهذه الوظيفة فإن ذلك يؤدي إلى تراكم البول مع زيادة اليوريا في الدم بشكل تدريجي³.
- **حصى الكلى Kidney stones:** تتكون الحصى نتيجة حموضة البول، وأشهر الحصى التي تتكون في هذه الظروف هي حصى الأوكزالات Oxalate stones، وحصى حمض البوليك Uricacid stones كما تنشأ الحصى الكلوية في الصحة والعافية تنشأ كذلك في المرض. فنتيجة

¹ محمد صادق صبور، مرجع سابق، ص 37.

² شيلي تايلور، علم النفس الصحي، دار حامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2008، ص 99.

³ نخبة من الأطباء الاختصاصيين، مرجع سابق، ص 41.

لالتهاب القنوات البولية تتكون حصوات وغالبا ما يكون البول قلويا، وأشهر الحصوات المتكونة: حصوات الفوسفات (فوسفات الكالسيوم، وفوسفات الماغنسيوم). ونشير إلى أن حصوات الأوكزالات، وفوسفات الكالسيوم تشكل نسبة كبيرة من الإصابات¹.

خامسا: الفشل الكلوي

كان الأطباء قديما يطلقون لفظ التسمم البولي على حالة مرضية متعددة الأعراض، مختلفة العلامات، تنشأ عن أسباب عدة، ولكنها تتعلق جميعا بكف الكلى عن القيام بوظيفتها. أعراض هذه الحالة تظهر في الجسم كله وعلاماتها تبدو واضحة في الأجهزة كلها وأسبابها متعددة. وتنشأ هذه الحالة التغير في التركيب الدقيق في البيئة الداخلية للجسم. كان يظن قديما أن وظيفة الكلى الوحيدة هي إخراج المواد السامة الناشئة عن أيض الطعام أو الناتجة عن تناوله، وعندما لا تستطيع الكلى القيام بهذه الوظيفة تتجمع هذه السموم في الجسم ويصاب المريض بما كان يعرف (بالتسمم البولي، وكان يعتقد أن سببه هو تراكم البول في الدم، ولكن عرف الآن أن وظيفة الكلى ليست فقط إفراز المواد السامة) من الجسم في البول، بل المحافظة على التركيب الدقيق للبيئة الداخلية للخلايا ، بإخراج ما يزيد عن حاجتها والاحتفاظ بما ينقصها مما تحتاجه، بالإضافة إلى إفراز هرمون ينشط نخاع العظام ويحثه على تكوين كرات الدم الحمر، وتعديل تركيب فيتامين د إلى صورته النهائية الفعالة التي تعمل على ترسيب أملاح الكالسيوم بالعظام، وغيرها، مما حدا بالأطباء إلى تعديل تسميتهم لهذه الحالة من اسم (التسمم البولي) إلى (الفشل الكلوي) مهما تباينت أسبابه. قد يكون الفشل الكلوي حادا، يحدث في ساعات أو أيام قليلة، وقد يكون مزمنًا يبدأ بالقصور التدريجي في وظائف الكلى على مدى شهور طويلة أو سنوات حتى ينتهي بالفشل الكلوي².

تعريف آخر للفشل الكلوي: هو عجز الكلية عن القيام بوظائفها السوية وهي إفراز نواتج الأيض بمستويات السائل وإذا لم يعالج. أو يصحح فإنه يؤدي إلى تسمم دموي (بولينا)، ويعرف الفشل الكلوي بأنه حالة فقد جزئي أو كلي الوظائف الكلى، وهذا الفشل لا يحدث إلا بعد تدمير حوالي (75%) من

¹ عاطف لماضة، مرجع سابق، ص50.

² محمد صادق صبور، مرجع نفسه، ص10/9.

النيفرونات العاملة في الكلية، والذي يعرف بأنه قصور في أداء الكلية لوظائفها الطبيعية مما يؤدي إلى تراكم وتجميع السموم والفضلات في الدم وينعكس ذلك بشكل سلبي على صحة الإنسان المصاب¹.

سادسا: المفاهيم المرتبطة بالقصور الكلوي

- **الانيميا (anemia)** : نقص مستوى الهيموجلوبين الموجود داخل كريات الدم الحمراء والذي ينقل الاكسجين إلى أعضاء الجسم.
- **الغسيل الدموي (hemodialyse)** : ضخ الدم خارج الجسم خلال الكلية الصناعية مما يسمح للسموم والسوائل بالرشح من خلال الغشاء الصفاقي ويتم ضخ السائل وسحبه بطريقة بدوية أو عن طريق استخدام الأجهزة الآلية.
- **التهاب الكبيبات الكلوية (glomerulonephths)** : التهاب وحدة التصفية الكلية مما يؤدي الى ظهور الزلال او الدم في البول مع اضطراب وظائف الكلى وارتفاع ضغط الدم.
- **الحالب (urter)** : أنبوب يصل بين الكلية والمثانة.
- **معدل طرد الكلية لسموم glomerular filtration** : هو معيار يعكس كمية الدم التي تتم تنقيتها من السموم في الدقيقة الواحدة وهو مقياس دقيق لوظائف الكلى، ويتم قياسه اما عن طريق قياس الكرياتين في البول خلال 24 ساعة او بالأشعة النووية.
- **الكرياتين (creatinin)** : مادة يتم تكوينها من العضلات وتطردها الكلى وهي تقاس في الدم وتعكس مستوى وظائف الكلى حيث يرتفع مستواها مع تعثر وظائف الكلى.
- **اليوريا (blood ureanitrogen)** : فضلات وسموم يتم تكوينها مع حرق خلايا الجسم للبروتين ويتم ازالته عن طريق الكلى وهي تقاس في الدم وتعكس مستوى وظائف الكلى.
- **الوعاء الدموي الطبيعي (Fistula)**: هو فصل الشريان بوريد مجاور له لكي يضمن ضخ كمية كافية من الدم إلى جهاز التنقية الدموي.
- **الوعاء الدموي الصناعي (Graft)**: هو وصل الشريان بوريد مجاور عن طريق استخدام أنبوب صناعي لكي يضمن ضخ كمية كافية من الدم إلى جهاز الغسيل الدموي في حال تعذر عمل الوعاء الدموي الطبيعي.

¹ هالة عبد كامل مدوخ: مرضى الفشل الكلوي المزمن في محافظات غزة (رسالة ماجستير، الجغرافيا الطبية)، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين، 2013، ص29.

– الهرمون (Hormones): مواد كيميائية في الدم تفرزها الغدد وتتحكم في وظائف خلايا وأعضاء الجسم.¹

سابعاً: تشخيص الفشل الكلوي

يحتاج الطبيب إلى معرفة تشخيص الفشل الكلوي وسببه إن أمكن، ودرجة شدته وبالتالي هل يحتاج المريض إلى المعالجة بالديليزة (الإفازة، الغسيل الكلوي) أو زرع كلية جديدة، أو أنه من الممكن إبقاء المريض بنظام غذائي معين لبضع سنوات أخرى قبل الوصول إلى المرحلة النهائية التي تقتضي إجراء الديليزة.

يتم تشخيص الفشل الكلوي من القصة السريرية والفحوصات المخبرية المذكورة أعلاه. ونجد أن البولينا (اليوريا) والكرياتينين قد ارتفع مستواه في الدم كما نجد أن تصفية الكرياتينين من البلازما (Clearance) (Creatinine Plasma) قد انخفض مستواه من 120 مليلتر في الدقيقة إلى 30 مليلتر أو أقل. ويبدو أن تشخيص سبب الفشل الكلوي ليس أمراً سهلاً، فمعظم المرضى لا يتذكرون وجود مرض معين بالكلية والفحوصات المخبرية في الغالب لا توضح سبب الفشل الكلوي وإنما توضح مدى هذا القصور والفشل، ولا يبقى أمام الطبيب للوصول إلى معرفة السبب في بعض الأحيان، إلا إجراء أخذ خزعة (عينة) من الكلية ذاتها، وهو إجراء سهل لمن تدرب عليه. وفي كثير من الأحيان توضح الخزعة (العينة) السبب العام لفشل الكلية وهل كان ناتجاً عن التهاب الكلية الكبيبي أو التهابات حوض الكلية المزمن أو تعاطي العقاقير المسكنة لفترة طويلة (وهو أمر يمكن أن يستدل عليه أيضاً من القصة المرضية وتاريخ المريض). ورغم أن الفحوصات تستطيع أن تدلنا على سبب الفشل في كثير من الأحيان، وتوضح لنا أن ذلك السبب راجع مثلاً إلى عيب خلقي مثل التكريس الكلوي المتعدد أو مرض مناعي (Immunological Disease) أو مغراوي (Collagen Disease) مثل الذئبة الحمراء أو التهاب الشرايين المتعددة المجري (Polyarteritis Nodosis)، أو وجود البول السكري ... إلخ. إلا أن هذه الفحوصات المختلفة بما فيها خزعة الكلية قد لا توضح لنا السبب الحقيقي الذي أدى إلى الفشل الكلوي.

¹ السويداء، المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي، ط 1، دار وهج الحياة للنشر، المملكة العربية السعودية، 2010، ص 91/90.

ومع ذلك فإن هذه الفحوصات توضح لنا بكل جلاء درجة هذا الفشل الكلوي وهل وصل إلى المرحلة النهائية End Stage Renal Failure أم لا يزال هناك رفق في وظيفة الكلى يجعلها تواصل العمل مع نظام غذائي وبعض العقاقير. ويوضح هل تحتاج إلى استخدام الديليزة وبالتالي إدخال المريض المناسب في قائمة المنتظرين لزرع الكلى أم أنه يستطيع البقاء لسنوات أخرى دون الحاجة لذلك¹.

ثامنا: الفشل الكلوي المزمن

يتم تعريف الفشل الكلوي المزمن (CRI) من خلال الانخفاض الدائم في معدل الترشيح الكبيبي (GFR)، وهو أفضل مؤشر لوظيفة الكلى. هذا هو الانخفاض التدريجي الذي لا رجعة فيه في قدرة الكلى على القيام بوظائفها المتمثلة في تصفية الدم وتنظيم تكوينه وإفراز الهرمونات. ينتج إما عن تطور مرض كلوي مزمن (CRD)، أو من عدم الشفاء بعد القصور الكلوي الحاد. وفقاً لإجماع دولي، يتم تحديد CRMs عن طريق الوجود لأكثر من 3 أشهر: من القصور الكلوي المحدد بواسطة معدل ترشيح كبيبي أقل (GFR)

60مل / دقيقة / 1.73 م² ؛ Ev / أو خلل كلوي مورفولوجي أو نسيجي ، بشرط أن يكون كذلك خلل في تكوين الدم أو البول الثانوي يؤدي إلى تلف الكلى، هذا التدهور البطيء في أداء الكلى يؤدي إلى مضاعفات مختلفة، بما في ذلك تراكم الفضلات الأيضية والمياه وفقير الدم واضطرابات القلب والأوعية الدموية، يمكن أن يؤدي مرض الكلى المزمن إلى مرض الكلى في نهاية المرحلة (الداء الكلوي بمراحله الأخيرة) والموت².

تعريف آخر: الفشل الكلوي المزمن هو تدمير لا رجعة فيه لنيفرونات الكليتين تحدث بصورة بطيئة، وعملية حدوث المرض متطورة ومستمرة حتى يتم تدمير معظم نيفرونات الكلى وتستبدل بأنسجة متليفة. وقد يحدث الفشل الكلوي المزمن ببطء في المرضى المصابين بأمراض عادية أو أمراض تحوصل الكلى أو قد ينتج نتيجة الإصابة في التهاب خلايا الكلى أو التهاب لنيفرونات الكلى، والفشل الكلوي المزمن تعقد الكلى وظائفها في ترشيح وحفظ التوازن بالدم³.

¹ محمد علي البار، مرجع سابق، ص79.

² Mile FOURNAUX Coralie : insuffisance rénale chronique a l'officine : prévention et prise en charge (thèse d'obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie), la faculté de pharmacie de Marseille, université de Marseille, France, p25/26.

³ هالة عبد كامل مدوخ، مرجع سابق، ص38.

تاسعا: الفيزيولوجيا المرضية لتطور الفشل الكلوي المزمن

أظهرت البيانات المرضية أن تطور مرض الكلى المزمن مرتبط بشكل أساسي بثلاثة أمراض غير محددة: وهي تصلب الكبيبات والتليف الكبيبي الخلالي والتصلب الوعائي.

يمكن أن يرجع تطور مرض الكلى المزمن إلى عدة عوامل:

– ارتفاع ضغط الدم هو مصدر لزيادة تدفق الدم في الكبيبات النيفرون الصحي المتبقي، ويؤدي إلى فرط الترشيح الكبيبات التي، من خلال آليات مفهومة بشكل غير جيد، يمكن أن تحفز آفات الهياكل التي تؤدي

إلى تقادم التصلب الكبيبي.

– يزيد النظام الغذائي الغني بالبروتين من التدفق الكبيبي للكليونات السليمة، والتي قد تشكل عاملاً من عوامل تصلب الكبيبات فرط كوليسترول الدم وفرط فوسفور الدم، عوامل متداخلة في تكوين الآفات الوعائية. النظام الغذائي الغني بالدهون له تأثيرات مشابهة للنظام الغني بالبروتينات.

– فرط فوسفات الدم.

– تعد البيئة البروتينية الوفيرة من المخاطر الرئيسية للتقدم إلى الازمان.

أخيراً، يمكن أن تؤدي العديد من الأدوية إلى تقادم الأشعة تحت الحمراء المتقدمة بالفعل ويجب تجنبها أو وصفها عن طريق تكييف الجرعات مع وظيفة الكلى¹.

عاشرا: أعراض الفشل الكلوي المزمن

قد وصف أبو قراط منذ حوالي 2500 سنة بعض مظاهر الفشل الكلوي ولكن البداية الحديثة لمعرفة هذا المرض ترجع إلى أوائل القرن التاسع عشر عندما وصف ريتشارد برايت تتابع أعراض المرض المعروف باسم (مرض برايت) وعندما قدر بوستوك نسبة بولينة الدم ووجدها مرتفعة. وتظهر مظاهر الفشل الكلوي في كل عضو من أعضاء الجسم وفي كل جهاز من أجهزته، ففي الجهاز الهضمي تبدأ الأعراض بفقد الشهية ثم التهوع فالقيء وتكون للنفس رائحة كريهة ثم تظهر أعراض التهاب المعدة والأمعاء. وقد يكون القيء مؤدياً لظهور قرح بالمعدة والاثني عشر، وقد يصاب المريض بإسهال قد يكون شديداً.

¹ BADR IDTALAB : l'insuffisance rénale chronique : diagnostic et thérapie (thèse pour obtenir diplôme d'état docteur en pharmacie), faculté de médecine, de pharmacie e d'odontostomatologie, université cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, 19/06/2009, p36.

في الجهاز الدوري: فكثيرا ما يكون المريض مصابا بارتفاع ضغط الدم من مرض الكلى الأصلي الذي سبب له الفشل الكلوي وكثيرا ما يعاني المريض من ضيق التنفس وكثيرا ما يعاني من أعراض تصلب شرايين القلب ولكن ما يميز الفشل الكلوي هو التهاب التامور وما يصاحبه من آلام الصدر وحكة يسمعاها الطبيب بالمساع عند التتصت على دقات القلب، وكثيرا ما تصاب عضلة القلب بالضعف والوهن.

في الجهازين العصبي والحركي: يشكو المريض من التعب والإعياء ويحدث له اضطراب بالنوم يظهر عادة بشكل سبات بالنهار وأرق بالليل والناس نيام ويعاني المرضى عادة من الصداع، ويشكون من تقلص العضلات والرجفة والكسل والبلادة والنعاس والتشنج العصبي والغيوبة ومن الناحية الاجتماعية يكون المريض مكتئبا، قلقا، ويتسم عادة بالإنكار. وقد تظهر العينان محمرتين وتظهر عيوب بالقرنية وكثيرا ما تتأثر شبكية العين بالارتشاحات والأنزفة وتتورم رأس العصب البصري من جراء ارتفاع ضغط الدم، وتسبب هذه التغيرات بالشبكية كف البصر المؤقت أو الدائم. ويشكو المريض من آلام برجليه وضعف الإحساس في قدميه من جراء التهاب الأعصاب الطرفية، ويشكو من ضعف بالعضلات، ونادرا ما يحدث الشلل.

أهم المظاهر بالجلد: هو شحوبه المطرد وسمرته الزائدة والحكة والنزف بالجلد، وقد تظهر الكدمات التلقائية، وتكثر الأنزفة مكان الحقن. وفي حالات ارتفاع نسبة البولينة الشديد يظهر ما يسمى بصقيع البولينة على الجلد وقد يصاب المريض بالنقرس الثانوي من جراء ارتفاع نسبة حمض البوليك فيتورم مفصل إبهام القدم ويلتهب ويحمر وترتفع درجة الحرارة. وتتأثر الغدد الصم فينقطع الطمث لدى النساء ويصبن بقلة فرصة الحمل أو بالعقم وتتأثر الرغبة الجنسية لدى الجنسين وتضعف القوة الجنسية لدى الرجال ويصابون بضعف الإخصاب أو بالعقم.

في الجهاز التنفسي: تزداد سرعة التنفس ويصير عميقا ويصاب المريض بحالة (جوع الهواء) وقد تظهر الارتشاحات في حويصلات الرئة.

في جهاز الدم: في حالات الفشل الكلوي فيحدث فقر الدم ويطرد باستمرار وقد تصل نسبة هيموجلوبين الدم إلى مستويات منخفضة بشدة ويحدث استعداد للنزف يظهر على الجلد أو الأغشية المخاطية أو يحدث النزف من الأحشاء الداخلية، ويشكو مريض الفشل الكلوي من العطش المستمر وجفاف الحلق واللسان والجلد، في حين تكون قدماء متورمتين ووجهه منتفخا في معظم الأحيان¹.

¹ محمد صادق صبور، مرجع سابق، ص 18/19.

➤ أعراض بولية:

- شحوب البول وقلة كميته وتركيزه.
- عدم استقرار الـ PH.
- كثرة التبول أثناء الليل.

➤ أعراض عظمية:

- هشاشة العظام عند الراشد وكساح عند الأطفال.
- التهاب ألياف العظام.¹

احدى عشر: أسباب الفشل الكلوي المزمن:

إذا كان الفشل الكلوي الحاد ناتجاً 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 على الأقل).
أهم أسباب الفشل الكلوي المزمن:

- **التهاب الكلية الكبيبي (Glomerulonephritis)** : هو التهاب يصيب الكبيبات الكلوية أساساً كما قد يصيب الأنسجة الخلالية. ولا يعرف السبب الحقيقي لهذه الإصابة، وإن كان هناك اختلال في الجهاز المناعي للجسم حيث تتكون مولدات الأجسام المضادة (Antigen)، وهي في الغالب أجزاء من مكونات الميكروبات وبالذات البكتريا السبحية (Streptococci) ويقوم الجسم بتكوين (مضادات الأجسام (Antibodies) لها ثم يحدث تفاعل كالتالي: مستضد + (Antigen) مضاد (أو) (ضد) (Antibody) في وجود المتممة (Complement) فيترسب الناتج على أغشية الكبيبات الكلوية. وقد يكون مصدر المستضد غير معروف. وغالباً ما يحدث التفاعل في الدم ذاته ثم يترسب خلال جدران الأوعية الشعرية المكونة للكبيبات ومنها إلى الغشاء القاعدي. وتقسّم أنواع الالتهاب الكبيبي على حسب درجة الترسيب وموقعه وما يصحب ذلك من تفاعل خلوي وبالتالي زيادة الخلايا وتكاثرها في ذلك الموقع المحدد.²

- **داء السكري (Diabetes Mellitus)** : يعتبر الأنسولين من الهرمونات المهمة وهو بمثابة رسائل كيميائية تتحكم بمستوى السكر في الدم وخلايا الجسم ولا نستطيع الحياة بدونه داء السكري هو مرض

¹ رزقي رشيد، مرجع سابق، ص 90/89.

² محمد علي البار، مرجع سابق، ص 45.

يحدث بسبب نقص الأنسولين في الجسم الذي يفرز من غدة البنكرياس، أو عدم قدرة خلايا الجسم على استخدام الأنسولين الموجود في الدم، يحتاج الجسم إلى الأنسولين، وقد يتعرض مريض السكري إلى المضاعفات بسبب الترسبات العضوية بجدار الأوعية ما يؤدي إلى تلفها، وهذا النوع يحدث في العين ووحدات الفلاتر الكلوية والأوعية الدموية في كافة أعضاء الجسم. وعلى الرغم من أن داء السكري هو السبب الرئيسي في حدوث الفشل الكلوي إلا أن الكثير يمكن فعله للوقاية من ذلك، بإذن الله¹.

– انسداد المسالك البولية: يؤدي إلى رفع الضغط داخل حوض وأنيب الكلى ويعوق إنتاج البول ويؤدي في النهاية إلى عمل الكلى. قد يصعب تشخيص انسداد المسالك البولية أو يتأخر، وقد تكون معرفة السبب محيرة إن استثنينا الأسباب الواضحة كالحصوات وتضخم البروستاتا. يحدث انسداد المسالك البولية في الأطفال حديثي الولادة، في الشباب، في متوسطي العمر وفي المسنين. ويلاحظ موه الكلية في حوالي 5% من المتوفين.

في الأطفال تتساوى النسبة بين الجنسين. موه الكلية هو أكثر أسباب الورم البطني لدى الأطفال حديثي الولادة ويحدث في نسبة 2% من الحالات. في الشباب يكثر انسداد المسالك البولية بين الرجال نتيجة انسداد أسفل الحالب من ضيق سببه البلهارسيا أو ضيق قناة مجرى البول من السيلان أو البلهارسيا، وفي متوسطي العمر يكثر في السيدات نتيجة الحمل وسرطان عنق الرحم، ويكثر في المسنين بين الرجال نتيجة تضخم البروستاتا الحميد وسرطان البروستاتا، ولكن لعل أهم أسبابه هو الحصوات التي تحدث في كل الأعمار والحدث بالتساوي بين الجنسين. وقد يربط الحالب خطأً من الجراح أثناء إجراء عملية (على القولون أو في الحوض)².

– النقرس: هو خلل في التمثيل الغذائي للبروتينات بعد امتصاصها من الأمعاء كأحماض أمينية مما يزيد نسبة حمض البوليك في الدم. وبلورات حامض البوليك لا تترسب في المفاصل فقط، بل تترسب تحت الجلد في الأنسجة، حيث أن هذه البلورات تترسب في الكليتين محدثة الالتهابات المزمنة بالنسيج

¹ عبد الكريم السويداء، مرجع سابق، ص25.

² محمد صادق صبور، مرجع سابق، ص74.

الخلوي للكلية نتيجة ترسب كرسيتيلات حامض البوليك في نسيج وأنايب الكلى، وقد يؤدي هذا بعد فترة غير قصيرة إلى الإصابة بالفشل الكلوي المزمن¹.

– **التهاب الكلية وحوض الكلية المزمن:** تماثل أعراض الالتهاب المزمن أعراض الالتهاب الحاد بالإضافة إلى الشعور بثقل في ناحية الكلية المصابة وأيضاً تظهر علامات جروح خفيفة في المثانة (خدوش). ومن أهم أعراض هذا الالتهاب زيادة عدد مرات التبول بكميات قليلة. وبعد فترة من الإصابة تشد الأعراض ويحدث ارتفاع في درجة الحرارة الجسم مع شدة الألم ثم تعود الحالة إلى الثبات مرة أخرى بعد فترة قصيرة. وإذا استمر الالتهاب المزمن مدة طويلة فقد يؤدي إلى ضمور في الكلية وفشل في وظائفها ثم تؤدي إلى وفاة الشخص في النهاية عند إصابة الكليتين. ويمكن تشخيص هذا المرض عن طريق فحص البول العام مع عمل أشعة ملونة للكليتين لتحديد مكان الإصابة².

– **الضغط الدموي المرتفع:** يؤدي ارتفاع ضغط الدم أو لدى بعض المرضى إلى الإصابة بالعجز الكلوي لأن إصابة الفرد بارتفاع ضغط الدم أو تؤدي مع مرور الوقت إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية وبالتالي يحصل ضمور في منطقة القشرة (cortex rénal) وهو ما يؤدي إلى العجز الكلوي .

– **الاستخدام المفرط لبعض الأدوية:** إن الإفراط في استخدام الأدوية وخاصة المسكنات ومضادات الالتهاب لفترة طويلة وبجرعات كبيرة من أهم الأسباب المؤدية للقصور الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية وحوضها وتؤدي إلى تلفها ومن بين هذه الأدوية نذكر:

- الأدوية المسكنة مثل البراسيتامول والأسبرين
- أدوية الروماتيزم مثل الفيتوبروفينو الاندوميتاسيون.
- بعض المضادات الحيوية وأهمها: مشتقات الامينوجليكوزيد.
- الصابغات المستعملة في الأشعة.
- الأدوية المستخدمة في علاج السرطان.
- الأدوية المستخدمة في التخدير³.

¹ عاطف لمامة، مرجع سابق، ص 43.

² نخبة من الأطباء الاختصاصيين، مرجع سابق، ص 35.

³ رزقي رشيد، مرجع سابق، ص 91.

اثني عشر: الفشل الكلوي الحاد

يحدث الفشل الكلوي الحاد عندما تعجز الكلى فجأة عن تنقية الفضلات من الدم. وعندما تفقد الكليتان وظيفتهما على القيام بعملية التنقية، فقد تتزايد مستويات الفضلات الخطرة مما قد يتسبب في إحداث خلل بالتركيب الكيميائي للدم.

يُطلق أيضاً على الفشل الكلوي الحاد اسم إصابة حادة بالكلى، ويصاب الأشخاص بالمرض بسرعة، عادةً في أقل من بضعة أيام. إن الفشل الكلوي الحاد هو الأكثر شيوعاً بين الأشخاص المحتجزين بالفعل في المستشفى، وخاصةً المصابين بأمراض خطيرة ويحتاجون إلى عناية مركزة¹.

ويعرف هذا القصور (I.R.A) على أنه التوقف المفاجئ مع انخفاض والمؤقت من بضع ساعات إلى أيام للوظيفة الإطراحية للكلى شديدة أو توقف كلي للتصفية الكبيبية، ويكون نقص إفراز البول في نصف الحالات².

ثلاث عشر: أعراض الفشل الكلوي الحاد

قد لا يشكو المريض من أي أعراض لعدة أيام بعد توقف الكلى عن العمل بصفة حادة وذلك إلى حين تجمع كمية كافية من السموم، إلا أن بعض المرضى يمكنهم ملاحظة نقص حجم البول، وتبدأ الأعراض بالغثيان أو القيء وقد يصاحبها بعض الاضطرابات في الأمعاء أو المغص أو إسهال وتزداد حدة هذه الأعراض يومياً إذا لم يتم التعامل مع الحالة.

الأعراض الأخرى للفشل الكلوي الحاد وتشمل:

- نقل شهية المريض عن الطعام نتيجة ارتفاع المواد السامة في جسمه ويحدث غثيان وقيء.
- اختزان الماء بالأنسجة وورشة اليد.
- حدوث مظاهر عصبية ونفسية عند المريض في حالات التسمم البولي الحاد .

¹ مصحة مايو، الفشل الكلوي الحاد، 18 / 2023/01/ 20.00 سا

<https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/kidney-failure/symptoms-causes/>.

² رشيد رزقي، الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن (رسالة ماجستير، علم نفس الصحة)، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والإسلامية، جامعة لحاج لخضر باتنة، الجزائر، 2012، ص88.

- يزداد تعرض المريض لحدوث العدوى والالتهابات نتيجة ضعف جهازه المناعي.
- تغير في كمية البول.
- انقطاع البول نهائياً (احتباس بولي)
- الجسم يمتلئ بالماء.
- تورم الساقين وتورم الجفن.
- تسارع في التنفس.
- زرقه الأطراف.
- عدم ثبات ضغط الدم.¹

أربعة عشر: أسباب الفشل الكلوي الحاد

- انسداد الحالبين: حصوة سادة لكل حالب، أو حصوة سادة لحالب واحد في الكلية السليمة والكلية الأخرى قد تمت إزالتها من قبل.
- النقص الحاد في سريان الدم بالكلية: قلة حجم الدم الناشئ عن النزف الشديد أو الجفاف الشديد فشل عضلة القلب الحاد إثر انسداد بالشريان التاجي.
- السموم الكلوية: عقاقير، سموم صناعية وغيرها في حالات الحمل إثر نزف رحمي شديد بعد ولادة أو إجهاض وأحياناً قبل الولادة.
- انسداد حاد بأوعية الكلى: أي بالشرايين أو الأوردة.²
- الذئبة الحمراء: هي التهاب مزمن يوتر في أعضاء كثيرة في الجسم. وسميت بهذا الاسم لأن الطفح الذي يظهر على الجلد يشابهه عضلة الذئب وهو يصيب النساء بنسبة تسعة أضعاف ما يصيب الرجال. وتظهر أعراض المرض في العقد الثاني أو الثالث من العمر. وسبب هذا المرض غير معروف، مع العلم أن المرض تزداد الإصابة به في بعض المناطق مما يدل على وجود بعض العوامل البيئية، هذا إضافة إلى عوامل أخرى جينية، وزيادة التعرض لأشعة الشمس. ولا يوجد في الوقت الحاضر دواء يشفي من المرض، ولكن توجد أدوية كثيرة في الوقت الحاضر تساعد على التحكم في نشاطه.

¹ هالة عبد كامل مدوخ، مرجع سابق، ص38.

² محمد صادق صبور، مرجع سابق، ص12.

– وأعراض الذئبة الحمراء هي: التهاب في المفاصل، وطفح خصوصا على المناطق التي تتعرض لأشعة الشمس كالوجه، كذلك تزداد إصابة الكلى مما يؤدي إلى ظهور زلال ودم في البول في التحاليل المخبرية، كذلك قد تتأثر الأعضاء الأخرى كالدم والرئة والأعصاب والأغشية المحيطة بالقلب وتجويف البطن. والأدوية التي تستخدم في علاج الذئبة الحمراء هي الكورتيزون وأدوية الملايا التي وجد أنها تساعد في الوقاية من آلام المفاصل وطفح الجلد، ولكن يعتبر دواء الميكوفينوليت (Cellcept) من أكثر الأدوية التي ساعدت على الاستغناء عن دواء سيكلوفسفاميد (Cyclophosphamide) الذي قد يؤدي إلى العقم عند استخدامه بجرعات كبيرة، لا سمح الله. ويمر المرض عادة بمراحل نشاط وفترات يكون فيها المرض خاملا. وقد يؤدي الحمل أحيانا إلى زيادة نشاط المرض. إلا أنه لا يكون أن تحمل المريضة تحت الإشراف مانعا من الطبي¹.

– أسباب متعلقة بإصابة الكلى ذاتها: هناك عدة أمراض تسبب الالتهاب الشديد بالكلى، ومن ثم قد تسبب القصور الحاد في وظائف الكلى. وأهم هذه الأمراض المؤدية إلى الفشل الكلوي الحاد هو نخر (موت)، تتركز الأنابيب الكلوية الحاد. (Acute Tubular Necrosis) وأهم أسباب هذا النخر الحاد ما يلي:

• **حوادث السيارات أو الهدم أو الحرق:** وفي هذه الكوارث الشديدة يحدث نزف شديد أو فقدان للبلازما (في الحروق بكميات كبيرة، كما تحدث الصدمة (Shock))، وينخفض ضغط الدم، وتقل التروية الدموية للكلى بشكل كبير جداً مع حدوث انقباض شديد في الأوعية الدموية التي تغذي الكلى وزيادة كبيرة في إفراز هرمون الرينين والأنجيوتنسين في محاولة من الجسم لرفع ضغط الدم المتدني. يضاف إلى ذلك حدوث الهرس وموت العضلات وانطلاق خضابها (المايوغلوبين) وترسبه في أنابيب الكلى، ومما يزيد الطين بلة وجود مواد سامة أخرى تنطلق من المواد المحروقة أو المتهشمة تؤثر على الكلى وتصيب الأنابيب كما تصيب قشرة الكلى والدورة الدموية فيها.

• **العقاقير:** هناك الكثير من العقاقير التي يستخدمها الأطباء والتي قد تكون بحد ذاتها سماً ناقعاً للكلى لدى بعض الأشخاص على الأقل. كما أن هناك مواد قد يتناولها الشخص عند محاولة الانتحار أو مواد موجودة في البيئة تسبب تسمماً حاداً للكلى، من هذه العقاقير السامة التي تؤثر

¹ عبد الكريم السويداء، مرجع سابق، ص30.

على الكلى لدى بعض الأشخاص وتسبب لهم تسمماً حاداً بعض المضادات الحيوية مثل الأمينوجلايكوسيد (Aminoglycosides)، مثل الكاناميسين والجنتاميسين والتيراميين، ومادة النتراسيكلين وخاصة القديمة منها، وبعض مشتقات السلفا... والزئبق وبعض مدرات البول... وعقاقير الصبغة المحتوية على اليود. والتسمم من الباربيتورات نتيجة محاولة الانتحار أو بالمسكنات وغيرها، وقد يحدث التسمم من البيئة (السّمك، السماد: المزروعات) بالزئبق أو الرصاص وأحياناً الزرنيخ. وقد حدثت حالات تسمم واسعة بالزئبق في العراق بسبب وضعه في الماء بطريق الخطأ وأدى إلى وفيات عديدة وإصابة الكلى بالفشل الحاد. وكل هذه المواد تسبب تسمماً حاداً نتيجة إصابة الأنابيب الكلوية.

- **التهاب الكبيبات الحاد التهاب الكلى الكبيبي (Acute Glomerulonephritis) :** وهو التهاب حاد يصيب كبيبات الكلى الموجودة في القشرة وقد يكون بالغ الشدة لدرجة تسبب القصور الكلوي الحاد.
- **تجلط في الشريان الكلوي:** وهو أمر نادر الحدوث وأكثر ندرة أن يحدث التجلط في كلا الشريانيين الكلويين أو فروعهما العديدة. ويؤدي ذلك إلى فشل كلوي حاد .
- **أسباب ما بعد الكلى:** في هذه الحالات تكون الكلى سليمة في الأساس ولكن الإصابة تنتج عن انسداد مجرى البول، إما في الإحليل (Urethra) أو في المثانة أو في الحالبين معاً، أو انسداد حالب واحد إذا كانت الكلية الأخرى معطلة أو غير موجودة (أزيلت بعملية مثلاً) ... وقد يكون الانسداد بسبب حصاة أو تليف أو تضخم في البروستاتة (الموثة) أو البلهارسيا أو ورم سرطاني أو ربط غير مقصود لأحد الحالبين أثناء عملية جراحية، أو حدوث تليف خلف البيرتون غشاء البطن الداخلي (Retroperitoneal Fibrosis) الذي قد يكون نتيجة تناول عقار الميثيسر جايد (Methyseride) الذي كان يستخدم لعلاج الشقيقة أو بدون سبب معروف. وكل هذه الأسباب وغيرها يمكن أن تؤدي إلى وجود قصور حاد في وظائف الكلى، وإن كان الأكثر شيوعاً هو إصابة مزمنة للكلى، ويضاف عليها عامل حاد، يجعل الإصابة اشد وأسرع¹.
- **أسباب أخرى:**

— التعرض لجفاف شديد جدا.

¹ محمد علي البار، مرجع سابق، ص 33/32

- الامراض المناعية كمرض الذئبة الحمراء.
- مرض ضغط الدم ومرض السكري التهابات البول الحادة.
- الاورام والاورام السرطانية¹.

خمسة عشر: نصائح طبية للحفاظ على سلامة الكلى

- الحفاظ على ممارسة الرياضة بانتظام؛ حيث تساعد الرياضة على عدم زيادة الوزن وتقي من ارتفاع ضغط الدم.
- مراقبة ضغط الدم، وعند الإصابة بارتفاع ضغط الدم يجب الحرص على تناول الأدوية المخفضة لضغط الدم.
- الابتعاد عن التدخين الذي يؤدي إلى نقص كمية الدم المتدفقة للكلى، ويزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الكلى، ويرفع ضغط الدم.
- مراقبة وزن الجسم حتى لا يصاب بالبدانة التي تجعل الإنسان عرضة للإصابة بأهم سببين للفشل كلوي وهما: ارتفاع ضغط الدم وداء السكري. 96/19
- عند الإصابة بداء السكري يجب على المريض مراقبة مستوى السكر ومراقبة العلامات الأولى لتأثر الكلى بالسكر.
- إجراء الفحص الدوري لوظائف الكلى وذلك لأن كثيرًا من أمراض الكلى تتميز بأنها خفية.
- تجنب أخذ الأدوية المسكنة والمضادات الحيوية من غير إشراف طبي .
- تجنب أخذ الأدوية الشعبية التي تحتوي على مواد سامة وضارة بالكلى.
- الحرص على الغذاء الصحي، وتجنب الإفراط في استهلاك الملح واللحوم والمشروبات الغازية.
- الحرص على استهلاك كمية كافية من الماء التي تعادل ثمانية أكواب يوميًا مما يسهل على الكلى طرد الفضلات، كما تقي من الإصابة بالحصيات².

¹ القصور الكلوي الحاد مع د: أحمد محمد عبد الوهاب دكتور كلى بالمنصورة، 3yadtti

https://youtu.be/jUft_0upql8.

² عبد الكريم السويداء، مرجع سابق، ص21.

خلاصة

ومما توصلنا اليه في هذا الفصل من حيث تناولنا لمرض القصور الكلوي بمختلف أنواعه نتضح لنا المعاناة التي تواجهها هذه الفئة من المرضى من كل جوانب الحياة، سواء كانت نفسية وتتمثل في القلق والاكتئاب والحزن وغيرها، أو اجتماعية من حيث انعزالهم وابتعادهم عن أفراد المجتمع، كذلك يتضح جليا دور الكلى المهم في جسم الإنسان مصداقا لقوله تعالى: « وَإِنْ تَعُدُّوا نِعْمَةَ اللَّهِ لَا تُحْصُوهَا » سورة النحل 18.

ويعد المرض العضوي عامة والقصور الكلوي خاصة موقفا ضاغطا بسبب جلسات الغسيل الدموي المستمرة والدائمة، ومضاعفاتها الخطيرة كالإصابة بأمراض أخرى كالأنيميا وارتفاع ضغط الدم وكذا الحمية الغذائية الشديدة، حيث أن المصاب يكون في مواجهة مباشرة مع الموت، في حين يتعايش المرضى مع هذه الوضعية بطريقة مختلفة.

الفصل الرابع: الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي في

الجزائر

تمهيد

أولاً: التثقيف الصحي

ثانياً: الرعاية الصحية والتثقيف الصحي

ثالثاً: أهداف التثقيف الصحي

رابعاً: الوقاية من الفشل الكلوي

خامساً: التغذية العلاجية

سادساً: استشارات طبية غذائية لمرضى الفشل الكلوي

سابعاً: الدعم التغذوي

ثامناً: العلاج الدوائي

تاسعاً: الغسيل الكلوي

عاشراً: زراعة الكلى

احدى عشر: زراعة الكلى في الجزائر

اثنى عشر: زراعة الكلى في التشريع الجزائري

ثلاثة عشر: المستشفى الجامعي باتنة رائد زراعة الكلى في الجزائر.

أربعة عشر: الخدمة الاجتماعية الطبي

خمسة عشر: اهداف الخدمة الاجتماعية الطبية

ستة عشر: الجمعيات الخيرية

تمهيد :

تمثل الرعاية الصحية لمرضى الأمراض المزمنة ولاسيما مرضى الفشل الكلوي تحديا للحكومة الجزائرية للنهوض بالقطاع الصحي، والتنمية الوطنية، وكذلك الاقتصاد الوطني حيث يرتبط مرض الفشل الكلوي بمشاكل صحية كبيرة وتكاليف رعاية صحية عالية. ففي الكثير من الأحيان يصاحبه أمراض أخرى كالسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية“. ومنه فقد يكلف الدولة أموال ضخمة.

يعد القصور الكلوي من الأمراض المزمنة المنتشرة بقوة في العالم بصفة عامة و في الجزائر بصفة خاصة و التي تتفاقم وتزداد حدة مع الوقت وذلك بسبب طبيعة المرض من جهة ووجود الأمراض المزمنة المصاحبة له من جهة أخرى، المرحلة الأخيرة تتضمن حالة من الاضطراب النفسي والاجتماعي الذي قد يدمر حياة المريض الاجتماعية والاقتصادية بل وتتسبب بأذى شديد للشخص المريض وأسرته بأكملها، فالتوقف التام لعمل الكليتين يجعل المريض المصاب به أسيرا لآلة تصفية الدم (آلة الغسيل الكلوي) مدى الحياة و هذا ما شد انتباه المختصين والقائمين بالرعاية الصحية لهذه الفئة من المرضى، فتزايد عدد المصابين به يزداد يوم بعد يوم في الجزائر.

فمرضى القصور الكلوي ملزمين بتغيير نمط حياتهم في كثير من السلوكات من أجل تجنب مضاعفات المرض التي قد تؤدي إلى الوفاة في كثير من الأحيان وفي أي لحظة خاصة عند عدم امتثال المريض لتعليمات الطبيب وعدم انضباطه بالحمية الغذائية الخاصة به وتغيير سلوك الحياة حسب حالته الصحية، هذه الفئة الحساسة يستوجب رعايتها صحيا، نفسيا واجتماعيا.

ومن هذا المنطلق تطرقنا في هذا الفصل إلى التثقيف الصحي والرعاية الصحية، التغذية العلاجية، والدعم التغذوي، العلاج الدوائي، غسيل الكلى بأنواعه، زرع الكلى في الجزائر، الخدمة الاجتماعية الطبية، دور الجمعيات الخيرية في الرعاية الصحية.

أولاً: التنقيف الصحي:

لقد شهدت العقود الماضية تغيراً جذرياً في أنماط الأمراض وانتشارها بين أفراد المجتمع من الأمراض المعدية، إلى الأمراض المزمنة لاسيما أمراض الكلى وكثير من هذه الأمراض إنما هي نتيجة لسلوك خاطئ ومن هنا فإن التنقيف الصحي هو حجر الزاوية للوقاية من هذه الأمراض بل هو أول نشاطات تعزيز الصحة فمن خلاله يتم الارتقاء بالمعارف والمعلومات وبناء التوجهات وتغيير السلوكيات الصحية.

مفهومه: هو مجموع الأنشطة الهادفة إلى الارتقاء بالمعارف الصحية وبناء الاتجاهات وغرس السلوكيات الصحية للفرد والمجتمع¹.

فقد أصبح من الأمور المقررة أن عملية التنقيف الصحي تكتسب أولوية مطلقة في مجال الخدمات الصحية، فهي خطة الدفاع الأول ضد المرض أو الانحراف في الصحة، وهي تلزم الأصحاء كما تلزم المرضى، فبالنسبة للأصحاء تشكل الثقافة الصحية (التنقيف الصحي - التربية الصحية أهم الخطوات الوقائية ضد الأمراض، فتحاول منع حدوثها ابتداءً، وبالنسبة للمرضى يسهم التنقيف الصحي في تحقيق الشفاء، وتجنب المضاعفات، وتنظيم عملية الغذاء والدواء والنشاط المناسب، وغير ذلك من الأمور المهمة، كما أنها تلعب دوراً مهماً في التأهيل للمعوقين. ولقد كان يظن قديماً أن التنقيف الصحي مسؤولية الطبيب والجهاز الطبي بصفة خاصة، أما اليوم فقد أصبح التنقيف الصحي مسؤولية الجميع، يستوي في ذلك الطبيب والممرضة والمعلم والأخصائي الاجتماعي، والمشرف الرياضي، ورجل الإعلام، وعالم الدين، وربة البيت وغيرها، حتى يمكن اليوم أن يقال: إن التنقيف الصحي مسؤولية الجميع بدرجات متفاوتة، على قدر استعدادات كل فرد من حيث المعرفة والقناعة وأساليب العمل².

ثانياً : الرعاية الصحية والتنقيف الصحي:

إن الهدف الذي تعهدت منظمة الصحة العالمية وجميع أعضائها من الدول بتحقيقه هو توفير «الصحة للجميع بحلول سنة ألفين». ولا يمكن بلوغ هذا الهدف الحفاز إلا إذا عمل العاملون الصحيون

¹ هاشم صادق حمودي وآخرون: دليل التنقيف الصحي، وزارة الصحة العراقية، ط1، العراق، 2012، ص6.

² نجيب الكيلاني: التنقيف الصحي للطلاب وأفراد المجتمع، دار الصحة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر، 2013، ص42.

والناس أنفسهم مع بعضهم البعض على نحو فعال ولقد حددت الرعاية الصحية الأولية على أنها وسيلة بلوغ هذا الهدف. فالرعاية الصحية الأولية تسعى إلى الوفاء بالاحتياجات الصحية الأساسية لأكبر عدد ممكن من الناس، بأقل تكلفة ممكنة، وهي تشمل أعمال المراكز الصحية والعيادات والمستوصفات وعيادات في المجتمعات المحلية وفي الأحياء. ناحية أخرى فإنها تتضمن أيضاً ما يستطيع الأفراد والعائلات عمله لأنفسهم. الأطباء ومن وهذا هو السياق الذي يحتل فيه التنقيف والتواصل من أجل الصحة مركزاً خاصاً من الأهمية، لأن الحقيقة هي أن الأفراد والعائلات - لا الأطباء والعاملين الصحيين الآخرين - هم الذين يتخذون معظم القرارات الهامة التي تؤثر في صحتهم. فالأمهات غذاء لعائلاتهن، وطريقة إعدادهن. والعائلات تقرر متى طبيب أو عيادة وإلى أين تذهب، وما إذا كانت تتبع، أو لا تتبع، التعليمات التي تقرر ما تقدمه من تلجأ إلى تتلقاها من عامل صحي.

وإذا كان لهذه الملايين من القرارات اليومية أن تتخذ بحكمة، فيلزم أن يزود الناس بالمعرفة والمهارات الضرورية لممارسة المسؤولية الفردية والمجتمعية. وعلى ذلك. فإن الرعاية الصحية الأولية تهتم اهتماماً عظيماً بتعزيز الصحة والتنقيف الصحي ولتحقيق المشاركة الفعالة من جانب المجتمع المحلي والأفراد، يلزم عمل شئيين. فيلزم الحكومات أن تسهل المزيد من مشاركة المجتمع المحلي في اتخاذ القرارات.. ويحتاج الناس إلى العلم بإمكاناتهم لتحسين صحتهم بجهودهم الشخصية¹.

ثالثاً : أهداف التنقيف الصحي:

- نشر المفاهيم والمعارف الصحية السليمة في المجتمع.
- تمكين الناس من تحديد مشاكلهم الصحية واحتياجاتهم.
- مساعدة الناس في حل مشاكلهم الصحية باستخدام إمكاناتهم.
- بناء الاتجاهات الصحية السوية.
- ترسيخ السلوك الصحي السليم وتغيير الخاطئ إلى سلوك صحي صحيح
- تحسين الصحة على مستوى الفرد والمجتمع
- خفض حدوث الأمراض.
- خفض الوفيات.

¹ منظمه الصحة العالمية: التنقيف من اجل الصحة، المكتب الاقليمي للشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1989، ص

- تحسين نوعية الحياة للفرد والمجتمع¹.
- أن يؤمن الناس بأهمية الصحة في حياتهم.
- تبصير الناس بمشاكلهم الصحية وقبولهم الاشتراك في حلها.
- التعريف بالخدمات الصحية وممارسة الاستفادة الكاملة منها سواء كانت وقائية أو علاجية².

رابعا : الوقاية من الفشل الكلوي:

إن المعلومات عن الصحة والأمراض متاحة بوفرة، وخاصة من خلال الإنترنت. وبذلك توجد فرصة للمرضى لتتقيد أنفسهم على نحو أفضل، وكثير منهم يفعل ذلك، ويأتي إلى الطبيب بأفكار ومتطلبات خاصة به عن تشخيص ومعالجة مشكلاته. وتأخذ الحكومات، والأفراد أيضاً، الوقاية على محمل الجد، ويحاولون تحقيق حياة أفضل صحة من خلال تطوير مزيد من الأنشطة الرياضية، ومنع العادات غير الصحية، مثل التدخين والبدانة. وتؤدي التطورات في الطب والتكنولوجيا الطبية دوراً مزدوجاً في زيادة أو تقليص تكاليف الرعاية الصحية فهي تسمح بتشخيص ومعالجة أفضل، وهذا يؤدي إلى ازدياد طول العمر، وإلى توفير حياة أفضل، حتى للناس الذين يعانون من مرض مزمن واحد أو أكثر. ومن أمثلة ذلك داء الفشل الكلوي حيث يمكن للتحليل والمعالجة إطالة أعمار المرضى الذين كانوا يموتون باكراً في الأزمنة القديمة، أو في البلدان غير المتطورة³.

تمثل أمراض الكلى قتلة صامتين. وقد تسبب فقدان تدريجي لوظائف الكلى مما يؤدي إلى الفشل الكلوي ويتطلب الأمر في نهاية المطاف الخضوع للغسيل الكلوي أو زرع الكلى لكي يعيش المريض حياة صحية. وبسبب التكلفة العالية لمشكلات التوافر، نجد في البلدان النامية فقط 5-10% من مرضى الفشل الكلوي يحصلون على العلاج مثل الغسيل الكلوي وزرع الكلى في حين يموت باقي المرضى بدون الحصول على أي علاج حاسم. ويمثل مرض الكلى المزمن أحد الأمراض الأكثر شيوعاً والتي ليس لها شفاء لذا فالوقاية

¹ هاشم صادق حمودي وآخرون مرجع سابق، ص9.

² المؤسسة العامة لتدريب التقني والمهني: التنقيف الصحي، الإدارة العامة لتصميم وتطوير المناهج، ط 1 الأولى، المملكة العربية السعودية، 2008، صفح 3.

³ غرهارد سبيكويوس، توماس فندلر، التطورات في تكنولوجيا الرعاية الطبية-تشكيل مستقبل الرعاية الطبية (سلسلة كتب التقنيات الاستراتيجية والمتقدمة) ت: حاتم النجدي، ط1، بيروت، 2015، ص8.

منها هي الخيار الوحيد. وفي كثير من الأحيان، يستطيع الكشف والعلاج المبكر الحفاظ على عدم تفاقم مرض الكلى المزمن وقد يقي أو يؤخر الحاجة إلى الغسيل الكلوي أو زرع.

فيما يلي بعض نصائح طبية للوقاية من أمراض الكلى بصفة عامة والفشل الكلوي بصفة خاصة:

- يكون لائقا ونشطا

- الحفاظ على اللياقة البدنية والنشاط والقيام بممارسة التمرينات الرياضية بانتظام حيث يحافظ النشاط البدني اليومي على ضغط الدم الطبيعي ويسيطر على السكر في الدم. فهذه الأنشطة البدنية تقي من مخاطر داء السكري وارتفاع ضغط الدم وبالتالي تحد من خطر الإصابة بمرض الكلى المزمن.

- النظام الغذائي المتوازن:

- جعل النظام الغذائي ذو أطعمة صحية مليئة بالفواكه والخضروات الطازجة.
- التقليل من تناول الأطعمة المكررة (المصفاة) والسكر والدهون واللحوم. فتقليل تناول الملح بعد بلوغ عمر 40 عام سوف يساعد غب الوقاية من ارتفاع ضغط الدم وحصيات الكلى.

-الإقلاع عن التدخين ومنتجات التبغ:

- يمكن أن يؤدي التدخين إلى تصلب الشرايين وهذا يقلل من تدفق الدم للكليتين وبالتالي يقلل من قدرتها الوظيفية الأفضل.

-الحذر من المسكنات:

- عدم الإفراط في تناول المسكنات على أساس بدون أمر الطبيب. فالمعروف أن الأدوية الشائعة مثل الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية كـ إيبوبروفين تسبب تلف الكلى والفشل الكلوي إذا ما تم تعاطيها بانتظام. والقيام باستشارة الطبيب للوصول إلى طريقة للسيطرة على الألم بدون تعريض الكليتين للخطر.

-شرب كميات كبيرة من المياه:

- شرب الماء الكافي (حوالي 3 لتر يوميا) لتخفي البول والقضاء على فضلات الجسم السمية والوقاية من حصيات الكلى.

-الفحص السنوي للكلى:

غالباً ما تكون أمراض الكلى من الأمراض الصامتة ولا تظهر أية أعراض إلى أن تصل إلى مراحل متقدمة. وتتمثل الطريقة الأكثر قوة وفعالية والتي للأسف لا تعتبر من الطرق المستغلة لتشخيص أمراض الكلى والوقاية منها في الفحص المنتظم للكلى. فلا بد من إجراء فحص سنوي على الكلى بالنسبة للأشخاص ذوي المخاطر العالية الذين يعانون من داء السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو السمنة أو لهم تاريخ مع أمراض الكلى بالعائلة. فإذا ما كنت تحب كليتيك (والأهم من ذلك، نفسك)، لا تنسى إجراء فحص منتظم على الكلى بعد سن الأربعين. حيث تتمثل الطريقة البسيطة للكشف المبكر عن أمراض الكلى في قياس ضغط الدم سنوياً وإجراء اختبارات البول لقياس نسبة الكرياتينين في الدم.

-الوعي بأمراض الكلى والتشخيص المبكر:

كن متنبهاً ولاحظ أعراض أمراض الكلى. حيث تتمثل الأعراض الشائعة لمرض الكلى في تورم الوجه والقدمين وفقدان الشهية والغثيان والقيء والشحوب والضعف وكثرة التبول ووجود دم في البول أو وجود البروتين في البول. وفي وجود هذه الشكاوى، ينصح باستشارة الطبيب وإجراء الاختبارات من أجل فحص الكلى.

-احتياطات من أجل مرضى داء السكري:

تعتبر احتياطات الوقاية من مرض الكلى بالنسبة لمرضى داء السكري ضرورية لأن داء السكري هو السبب الرئيسي وراء الإصابة بمرض الكلى المزمن والفشل الكلوي على مستوى العالم. فحوالي 45% من الحالات الجديدة لنهاية مرحلة مرضى الكلى تحدث نتيجة لمرض الكلى السكري. وبالنسبة للكشف المبكر عن مرض الكلى السكري، هناك طريقة بسيطة وفعالة تتمثل في قياس ضغط الدم وإجراء اختبار البول كل ثلاثة أشهر لفحص وجود البروتين في غميسة البول (البيلة الألبومينية الكلية). ويتمثل الاختبار الأفضل والمثالي للتشخيص المبكر لاعتلال الكلية السكري في اختبار البول من أجل قياس البيلة الألبومينية الكلية والذي يجب إجرائه كل عام. قياس نسبة الكرياتينين في الدم (ومعدل الترشيح الكبيبي المقدر) لتقييم وظيفة الكلى على الأقل مرة كل عام. ويمثل ارتفاع ضغط الدم ووجود البروتين في البول والتورم والانخفاض المتكرر للسكر في الدم وانخفاض مستويات الأنسولين ووجود مرض العين السكري (اعتلال الشبكية السكري) دلائل هامة على تطور المرض.

وللوقاية من مرضى الكلى السكري، يجب على جميع مرضى داء السكري السيطرة على داء السكري بدقة والحفاظ على ضغط الدم اقل من 80/130 مم زئبقي (يفضل تناول الأدوية المثبطة للإنزيم المحول للأنجيوتنسين أو أدوية حاصرات مستقبلات الأنجيوتنسين "أي: الأدوية الخافضة لضغط الدم") وتقليل كمية البروتين في نظامهم الغذائي والسيطرة على الدهون.

-احتياطات من اجل مرضى ارتفاع ضغط الدم:

ارتفاع ضغط الدم هو السبب الثاني الأكثر شيوعاً للإصابة بمرض الكلى المزمن ومع ذلك يمكن الوقاية منه. ونظراً لأن معظم المصابين بارتفاع ضغط الدم لا يعانون من أعراض، لا يتناول معظم مرضى ارتفاع ضغط الدم العلاج بشكل منتظم أو لا يستمرون في تناول العلاج. فقليل من المرضى هم الذين لا يستمرون في العلاج لأنهم يشعرون براحة أكبر بدون تناول الأدوية. لكن هذا الأمر خطر. فارتفاع ضغط الدم¹.

خامسا : التغذية العلاجية

التغذية العلاجية منهج علمي يهدف إلى علاج الأمراض والأعراض المتصلة بها عن طريق اتباع نظام غذائي معين يضعه أخصائي التغذية، ويرتكز هذا النظام الغذائي على التاريخ الطبي والنفسي والاجتماعي للمريض، علاوة على الفحوص الطبية وتاريخ النظام الغذائي للمريض. ويتمثل دور العلاج بالتغذية العلاجية في الوقاية من الأمراض وتحسين نمط الحياة، وفي تقليل تطور المضاعفات المرضية في حالات ما قبل الإصابة بالمرض مثل السكري، وكذلك في تخفيف آثار الأمراض الموجودة مثل ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم، وهناك العديد من الحالات المرضية التي تعالج باتباع نظام غذائي صحي وحالات أخرى تسوء باتباع نظام غذائي غير مناسب².

يمكن للعلاج المحافظ (الغذاء وبعض العقاقير أن يحافظ على ما بقي من وظائف الكلى لبضع سنوات؛ ولكن ينبغي أن يبقى المريض في هذه الفترة تحت الملاحظة الدقيقة بحيث يمكن تحويله في الوقت المناسب لإجراء الديليزة (الإنفاذ، الغسيل الكلوي). ولا شك أن المريض قد ينتكس في أي لحظة

¹ <https://www.kidneyeducation.com/Arabic/Prevention-of-Kidney-Diseases/518>، الوقاية من

أمراض الكلى، 2023/03/5، 20.00 سا.

² السعيد الناصري: التغذية العلاجية في الطب النبوي، مؤسسه الامه للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2019، ص8.

بسبب وجبة غنية بالبوتاسيوم أو البروتينات أو بسبب التهاب ميكروبي. ولذا ينبغي على الطبيب أن يكون مستعداً في هذه الحالة لإجراء الديليزة (الإنفاذ الغسيل الكلوي). التي وفي النهاية سيحتاج المريض قطعاً إلى الديليزة أو إلى زرع كلية جديدة.

وينبغي للمريض أن يتوقف فوراً عن التدخين أو استعمال التبغ (الطباقي) بأي شكل من أشكاله (مضغاً أو تدخيناً)، لأنه يزيد من المضاعفات ومشاكل الدورة الدموية ومشاكل الجهاز التنفسي والهضمي. كذلك ينبغي على المريض أن يتجنب الخمر فالخمر داء وهي تحطم الجهاز العصبي وتزيد من إصابة الكبد والجهاز الهضمي وتسبب أنواعاً من فقر الدم. كما تصيب حليمات الكلية بالنخر.

وفي الخمر أيضاً كمية زائدة من البوتاسيوم.. وتعتبر الكحول مادة سامة وتؤثر بالتالي على الجهاز البولي. وتزيد من إدرار البول وبالتالي يضطرب النظام الدقيق الذي يعيش عليه مريض الفشل الكلوي. ومريض الفشل الكلوي لا يتحمل زيادة شرب السوائل ولا نقصانها وينبغي: أن يكون في حدود مرسومة تساوي ما يفقده من البول بالإضافة إلى ما يفقده في العرق وإفرازات الجسم الأخرى¹.

• الحمية:

أظهرت الدراسات التجريبية أنه يمكن تأخير ترقى الداء الكلوي بتطبيق العديد من المناورات على الحمية، ومن أهمها تحديد الوارد من البروتين. إن نتائج هذه الدراسات المجراة على البشر أقل موثوقية وأضعف دلالة فمن الصعب على المريض أن يلتزم بالحمية قليلة البروتين بالإضافة لكونها قد تسبب سوء تغذية على كل حال تبقى هذه المسألة خلافية ولكن بالنسبة لمعظم المرضى الذين يعيشون في مناطق تتوافر فيها المعالجة المعيشية للكلية فإنه لا ينصح بتطبيق حمية صارمة جداً فقيرة بالبروتين. إن تحديد البروتين بشكل متوسط الشدة (60) غرام من البروتين يومياً يجب أن يترافق مع وارد كاف من الحيريات لمنع سوء التغذية، قد يشير القهم والضمور العضلي لضرورة البدء بالديليزة².

¹ محمد علي البار، مرجع سابق، ص82.

² ديفيدسون: أمراض الكلية والجهاز التناسلي، ت: محمد عبد الرحمن العينية دار القدس للعلوم، ط1، دمشق، 2005، ص61.

• الحمية النباتية:

معظم النظم الغذائية النباتية ليست غنية بالبروتين وان تناول سعرات حرارية كافية يعد طريقة مهمة لاستخدام هذه الكميات الصغيرة من البروتين في وظائف مهمة مثل بناء العضلات وشفاء الجروح ومكافحة العدوى. ويجب على المرضى التحدث مع اختصاصي التغذية حول أفضل الخيارات من البروتين النباتي مع كميات أقل من البوتاسيوم والفوسفور، أيضاً، ورصد مستويات البروتين في الدم (الزلال) بشكل وثيق مع أخصائي التغذية للتأكد من أنهم يحصلون على الكمية الصحيحة من السعرات الحرارية والبروتين.

• الفوسفات:

عندما يصل معدل الترشيح إلى أقل من 25 مل / دقيقة يحدث ارتفاع لمستوى اليوريا في الدم وعادة يعاني المريض من انخفاض مستوى الكالسيوم (Hypocalcemia) نتيجة نقص فيتامين د. ويرتفع مستوى الفوسفات في الدم (Hyperphosphatemia) نتيجة نقص إفرازه عن طريق الكلى. وحيث أن هذا المريض عادة يتناول وجبات محددة في البروتين فهي بالتالي تكون محددة في الفوسفات. في حالة المريض الذي يعالج عن طريق غسيل الكلى (Hemodialysis) قد لا يحدد البروتين في غذائه. في هذه الحالة يمكن تحديد اللبن حيث أنه عالي في محتواه من الفوسفات.

• الفيتامينات والأملاح:

في حالة تحديد الوجبات في البروتين والصوديوم والبوتاسيوم، لا يمكن أن تفي الوجبات المقدمة باحتياجات الفرد من الفيتامينات والأملاح المعدنية. لذلك يجب تناول الفيتامينات المركبة مع حمض الفوليك يومياً حتى نضمن حصول الشخص على احتياجاته منها كاملة. في حالة تحديد البروتين في الغذاء يحدث نقص الحديد، فيجب تعاطي حديد أيضاً عن طريق الإضافات، إلا أنه قد يكون غير فعال في حالة فشل الكلى حيث لها دور في تخليق خلايا الدم. فتكون الأنيميا الناتجة ليست نتيجة نقص الحديد في الغذاء فقط.

• الماء:

التحديد السوائل المأخوذة يحدث في المراحل المتقدمة من الفشل الكلوي فقد يحدد المأخوذ من السوائل في اليوم بالكمية التي تفرز في البول، قد يصل ذلك إلى 500 - 600 مل فقط. هذه الكمية تشمل الماء المستعمل للشرب والعصائر والداخل في طهي الطعام والمستعمل لتناول الأدوية¹.

سادسا: استشارات طبية غذائية لمرضى الفشل الكلوي

لخفض الصوديوم، على المريض أن يحاول استخدام الأعشاب والتوابل الطازجة أو المجففة بدلاً من الملح لتعزيز نكهة الأطعمة الخاصة به. أيضاً، عليه أن يحاول إضافة صلصة الفلفل الحار أو عصير الليمون للنكهة. يعد استخدام الأطعمة الطازجة بدلاً من الأغذية المجهزة أو الأطعمة المناسبة وسيلة جيدة لخفض كمية الفسفور في النظام الغذائي. وعلى المريض أن يقرأ ملصقات التغذية للبحث عن كلمة الفسفور في مكونات الأطعمة المصنعة.

يسمح لمعظم مرضى غسيل الكلى تناول نصف حصة إلى حصة واحدة يومياً (مقسومة على وجبتين) من قائمة الألبان بغض النظر عن محتوى الدهون أي ما يعادل نصف كوب إلى كوب. على الرغم من أن زبدة الفول السوداني والمكسرات والبذور والفاصوليا المجففة والبازيلاء والعدس لديها البروتين، إلا أن هذه الأطعمة لا ينصح بها عموماً لأنها عالية في كل من البوتاسيوم والفسفور. الأفراد الذين يحتاجون إلى الحد من الفسفور والبوتاسيوم والصوديوم في نظامهم الغذائي يمكن أن يقللوا منها من خلال تجنب وصفات تحتوي على كميات كبيرة من المكونات التالية: اللحوم المصنعة مثل السجق، الحليب واللين والجبن، الشوكولاتة، الفواكه المجففة والمكسرات وزبدة الجوز، الفاصوليا المجففة والبازيلاء، منتجات تحتوي على نسبة عالية من البوتاسيوم بما في ذلك البطاطا والبطاطم والأفوكادو والسبانخ والموز، الملح وصلصة الصويا وغيرها من الصلصات مسبقة الصنع. اتباع القيود على شرب السوائل على ألا يشرب مريض الغسيل الكلوي أكثر من كتر في اليوم بما في ذلك الماء والشاي.

عند الشعور بالعطش يمكنه تناول قطعة ثلج صغيرة. يمكن إزالة جزء من البوتاسيوم باستخدام إحدى الطرق التالية: طريقة الغليان المزدوج وهي قشر الخضار الصغيرة، وضعها في قدر كبير من الماء وعليها حتى استنزاف الماء وإضافة الماء العذب إلى القدر. يغل المزيج ويطهى لمدة 10 دقائق ثم يصفى

¹ منى خليل عبد القادر: التغذية العلاجية، مجموعه النيل العربية، ط2، القاهرة، مصر، 2004، ص195.

ويحضر. الرغبة. بالإضافة إلى طريقة الرش وتعني قشر الخضار، ووضعها في قدر كبير من ماء الصنبور الدافئ ونقعها لمدة 2 إلى 4 ساعات ثم غسلها وطهيها كما هو مطلوب. أي يمكن اختصار الطرق كما يلي: قطع الخضار إلى قطع صغيرة ونقعها لعدة ساعات أو بين عشية وضحاها، أو مضاعفة على الخضار، وهي طريقة فعالة بنفس القدر لخفض البوتاسيوم.

يمكن استخدام سلق الخضار لحمية الغسيل الكلوي لإخراج النكهات الحلوة من الخضروات وتخفيفها، ومن الخضار القابلة للسلق البروكلي، والملفوف، والجزر، والقرنبيط، والشومر، والفاصوليا الخضراء، والبصل، والفطر، حيث أن نصف كوب من هذه الخضار يحتوي على أقل من 250 مجم بوتاسيوم، ويكون سلق الخضار بتقطيع الخضار إلى قطع صغيرة وإضافة ملعقة طعام أو اثنين من الزيت، وإضافة التوابل الجافة ويخلط جيدا التغطية الخضروات، ويعتمد توقيت الطبخ على الخضار، وعادة يتم طهي الخضروات لمدة من 15-20 دقيقة، وتحميل الخضروات الأصعب مثل القرنبيط إلى أخذ وقت أطول 30 دقيقة أو أكثر¹.

سابعاً: الدعم التغذوي

وتستخدم لعلاج مرضى غسيل الكلى عدة طرق للدعم التغذوي وهي:

• التغذية الوريدية (التغذية بالحقن):

هي إحدى الطرق التي يتلقاها مرضى غسيل الكلى للتغذية في حالات عدم استطاعتهم تناول الطعام عن طريق الفم، أو صعوبة استخدام الجهاز الهضمي في التغذية المعوية لسبب ما، والتغذية الوريدية هي خليط من سائل خاص يعطى في الدم من خلال أنبوب في الوريد. ويحتوي الخليط على البروتين والسكريات والدهون والفيتامينات والمعادن وغيرها من العناصر الغذائية اللازمة. ويطلق عليه «التغذية الوريدية الكلية»، "TPN" (Total Parenteral Nutrition).

¹ منال بدرساوي وآخرون: دليل مرضى الغسيل الكلوي التغذوي، جامعة النجاح الوطنية- نابلس، جامعة بوليتكنيك فلسطين، دس، ص 62/61.

• التغذية المعوية:

هي طريقة أخرى تمكن مرضى الغسيل الكلوي من الحصول على احتياجاتهم من المواد الغذائية. وتسمى أيضاً "التغذية بالأنبوب"، ويكون الغذاء مزيجاً من جميع العناصر الغذائية اللازمة للمريض حسب وضعه الصحي. وهو أكثر كثافة من سوائل التغذية بالحقن، وفي بعض الأحيان يبدو وكأنه مخفوق الحليب، لكنه أكثر سمكا من الحليب، ويتم تصنيعه بطريقة تشبه الحليب، ويعطى من خلال أنبوب في المعدة أو الأمعاء الدقيقة.

• التغذية الفموية (المكملات الغذائية) :

المكملات الغذائية الفموية (ONS Oral Nutritional Supplements) هي سوائل شبه صلبة أو مساحيق وتوفر المغذيات الدقيقة والجزئية. وتستخدم على نطاق واسع في إطار الصحة للمرضى غير القادرين على تلبية احتياجاتهم الغذائية من خلال نظام غذائي عن طريق الفم وحده قد توصف المكملات الغذائية أثناء المرض الحاد، وأيضاً توصف للأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة طويلة الأجل. ودور المكملات الغذائية الفموية هو مكمل لغذاء المريض.

بعض المكملات الغذائية متاحة للشراء من دون وصفة طبية في محلات السوبرماركت أو (الصيدليات) عادة في شكل مسحوق ممزوج بالحليب أو الماء (لكن غالبية المكملات الغذائية متوفرة فقط بوصفة طبية ويفضل تناولها بعد استشارة أخصائي التغذية. وغالب ما تحتوي المكملات الغذائية الفموية على المغذيات الكبيرة) البروتين والطاقة (والمغذيات الدقيقة) الفيتامينات والمعادن بمستويات متفاوتة من التركيزات، لذلك لا تكون جميع المكملات الغذائية الفموية كاملة من الناحية التغذوية، بمعنى أنه لا يمكن استخدامها كمصدر وحيد للتغذية.

• محلول: Nepro

هو مصدر للسعرات الحرارية والبروتينات 17.82 جرام لكل زجاجة ويوفر التغذية الكلوية الكاملة للمساعدة في تلبية الاحتياجات الغذائية لمرضى الغسيل الكلوي، حيث تم تعديل محتوياته الغذائية بطريقة تناسب مرضى الغسيل الكلوي فهو يحتوي على نسبة عالية من البروتين للمساعدة في استبدال البروتين المفقود أثناء الغسيل الكلوي.

- يحتوي على تراكيز وكميات من الفيتامينات والمعادن بما في ذلك فيتامين 3 و B6 للمساعدة في إنتاج الطاقة وتقليل التعب.
- منخفض الصوديوم البوتاسيوم والفسفور لنتناسب مع حماية الغسيل الكلوي.
- غني بالسعرات الحرارية (401 كالوري لكل زجاجة) .
- محتوى ماء منخفض (161 مل لكل زجاجة 220 مل)
- يحتوي على أحماض دهنية أحادية غير مشبعة وأحماض أوميغا 3- الدهنية.
- بطيء الهضم، ومنخفض الكربوهيدرات¹.

ثامنا : العلاج الدوائي

الأدوية: يتناول المريض بالقصور الكلوي مجموعة من الأدوية لتصحيح بعض الاضطرابات والانعكاسات الناتجة عن المرض وكعدم للعلاج الغذائي والعلاج كذلك العلاج الأساسي (تصفية الدم) والتي من بينها: أدوية calcium أو renégat في المراحل الأولى من المرض إضافة إلى فيتامين D لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفسفور، أدوية خافضة للضغط الدموي hypotenseurs les ومن اجل خفض زيادة اليوري يبحث الطبيب عن التجاوزات التي يقوم بها المريض في حميته².

يمكن السيطرة على مضاعفات أمراض الكلى لكي تشعر بقدر أكبر من الارتياح. قد تتضمن

العلاجات ما يلي:

أدوية ضغط الدم المرتفع:

من الممكن أن يتفاقم ارتفاع ضغط الدم لدى المصابين بأمراض الكلى. وقد يوصي الطبيب بأدوية لخفض ضغط الدم وأشهرها مثبّطات الإنزيم المحوّل للأنجيوتنسين أو حاصرات مستقبلات الأنجيوتنسين والحفاظ على وظيفة الكلى.

¹ دليل مرضى غسيل الكلى، ص 30/29.

² رزقي رشيد ، مرجع سابق، ص 93.

يمكن أن تؤدي أدوية ضغط الدم العالي في بادئ الأمر إلى إضعاف وظيفة الكلى، وتغير مستوى الكهارل، ولذلك فقد تحتاج إلى إجراء فحوصات للدم لمراقبة حالتك. وقد يوصي الطبيب بتناول أقراص مُدرّة للبول واتباع حمية غذائية قليلة الملح.

-أدوية لتخفيف التورّم:

غالبًا ما تحتفظ أجسام المصابين بأمراض الكلى المزمنة بالسوائل. وقد يؤدي ذلك إلى تورّم الساقين، وكذلك إلى ارتفاع ضغط الدم. كما من الممكن أن تساعد الأدوية التي تُعرف باسم "مدرات البول" على الحفاظ على توازن السوائل في جسمك.

-أدوية لعلاج فقر الدم:

تساعد مكملات هرمون الإريثروبويتين، التي يُضاف إليها الحديد أحيانًا، على إنتاج المزيد من خلايا الدم الحمراء. وقد يخفف ذلك الإحساس بالتعب والضعف المرتبطين بفقر الدم.

-أدوية لخفض مستويات الكوليسترول:

قد ينصحك الطبيب بتناول أدوية تُعرف باسم "الستاتينات" (الأدوية الخافضة للكوليسترول) لخفض مستوى الكوليسترول لديك. وغالبًا ما يعاني المصابون بأمراض الكلى المزمنة من مستويات عالية من الكوليسترول الضار التي يمكن أن تزيد خطر الإصابة بأمراض القلب.

-أدوية لحماية العظام:

يمكن أن تساعد مكملات الكالسيوم وفيتامين D على الوقاية من هشاشة العظام والحد من خطورة تعرضها للكسر. كما قد تتناول أدوية تعرف بالأدوية المانعة لامتناس الفوسفات لتقليل كمية الفوسفات في الدم ولحماية الأوعية الدموية من التلف الناتج من ترسيبات الكالسيوم (التكلس)¹.

وجد أن مثبطات الخميرة القالبية للأنجيوتنسين أكثر فعالية في إبطاء ترقّي القصور الكلوي من الأدوية الأخرى التي تخفض التوتر الشرياني بشكل مكافئ لها قد ينجم هذا الفرق عن قدرة هذه المثبطات

¹ مرض الكلى المزمن، <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/chronic-kidney-disease/diagnosis-treatment/drc>، 2023/02/07، 15:00 سا.

على تخفيض ضغط الإرواء الكبدي بتوسيعها للشريينات الصادرة الأمر الذي يؤدي لانخفاض فوري في ضغط الرشح الكبدي عند بدء العلاج بها. إن انخفاض معدل البيلة البروتينية مؤشر إنذاري جيد ولكن من غير الواضح احتمال وجود علاقة سببية بين هذا الانخفاض وجودة الإنذار بغض النظر عن مثبطات الخميرة القالبة للأنجيوتنسين فإن مضادات مستقبلات الأنجيوتنسين تخفض أيضاً ضغط الإرواء الكبدي، كذلك قد يمكن الحصول على نفس هذا التأثير بإعطاء مضادات كلس معينة من غير زمرة ديهيدروبيريدين¹.

تاسعا : الغسيل الكلوي

عملية الديليزة (الإنفاذ) هي عملية تنقية الدم من المواد غير المرغوبة بمعاملته. مع محلول يشبه تركيب البلازما سائل الإنفاذ (Dialysing Fluid) - عبر غشاء رقيق يسمح بمرور بعض المواد ولا يسمح بمرور البعض الآخر. وقد انتشرت عملية الديليزة في مختلف بقاع العالم وبواسطتها أمكن إنقاذ الآلاف من الذين يعانون من الفشل الكلوي الحاد في كل عام.

وبما أن مرضى الفشل الكلوي يبلغون مئات الآلاف في العالم، فإن هؤلاء لا يجدون لهم وسيلة للعلاج سوى جهاز الديليزة، رغم ما يسببه لهم من مضايقات ومضاعفات في بعض الأحيان².

قد يمتد القصور الكلوي لسنين عديدة. ولكن في حالة استمرار ضعف الكلى إلى أقل من 15 مل/ دقيقة فإن ذلك يتطلب بدء الغسيل أو زراعة الكلى. مع العلم أن الغسيل لا يعالج الفشل الكلوي ولكنه يعوّض الجسم عن بعض وظائف الكلى، ويلزم على المريض الاستمرار في عملية الغسيل ما لم يتم بزراعة الكلى .

وللغسيل الكلوي نوعان:

- التقنية الدموية (الغسيل الدموي).
- التقنية البريتونية (الغسيل البريتوني).

¹ ديفيدسون، مرجع، سابق، ص 61

² محمد علي البار، مرجع سابق، ص 85.

الغسيل الدموي (Hemodialysis) :

وهو ضخ الدم من خلال الكلية الصناعية حيث يتم هناك رشح السموم والأملاح الزائدة في الجسم إلى سائل التقنية الكلية الصناعية هي أسطوانة تحتوي على أغشية تفصل بين الدم وسائل الغسيل وسائل الغسيل عبارة عن ماء منقى ومعالج بإضافة بعض الأملاح والمعادن، وتحتوي أغشية الكلية الصناعية على فتحات صغيرة جدا تعبر من خلالها السموم والأملاح الزائدة من الدم. وهذه الطريقة تشبه أكياس الشاي التي تسمح للشاي بالعبور إلى الماء بينما تبقى الأوراق داخل الكيس. ويتم إعادة الدم المنقى إلى الجسم أما سائل الغسيل المحمل بالسموم فيتم ضخه إلى التصريف في كل مرة يعبر الدم من خلال الكلية الصناعية يتم فيها إزالة كمية صغيرة من السموم لذلك تستمر هذه العملية لمدة أربع ساعات لإزالة كميات أكبر من السموم، كذلك يتم سحب الأملاح والماء الزائدين عن حاجة الجسم، ونظرا إلى وجود الدم خارج الجسم أثناء عبوره من خلال الأنابيب فإنه يكون عرضة للتجلط لذلك يتم إضافة مسيلات الدم ويعتبر الهبرين (Heparin) من أكثر الأدوية استخداما لهذا الغرض. نظرا لأنه لا يتم التخلص من السموم في الدم بشكل كلي عند مروره لمرة واحدة من خلال الكلية الصناعية، لذلك يتم تدوير الدم وإعادته بشكل متكرر حتى يتسنى إزالة أكبر كمية من السموم، وتستغرق هذه العملية من ثلاث إلى خمس ساعات، يجب أن تتم عملية الغسيل الدموي ثلاث مرات أسبوعيا على الأقل¹.

➤ عملية وصل المريض بجهاز الغسيل الدموي؟

يتم وصل المريض بجهاز الغسيل الدموي عن طريق الوعاء الطبيعي أو الصناعي أو عن طريق القسطرة، ويعتبر الوعاء الدموي الطبيعي من أفضل الطرق لوصل الجسم بالجهاز.

➤ الوعاء الدموي الطبيعي (الفيستيولا): هو عبارة عن وصل الوريد بالشريان في الساعد أو العضد.

وتحتاج العروق من 4 إلى 8 أسابيع حتى تلتئم؛ لذلك ينصح بإجراء عملية الوعاء الدموي الطبيعي عند تدني معدل الرشح الكلوي دون مستوى 20 مل للدقيقة. والوعاء الدموي الطبيعي هو أقل عرضة للالتهابات الجرثومية أو لحدوث التجلطات الدموية الداخلية.

¹ السويداء، مرجع سابق، ص 41/ 42.

➤ الوعاء الدموي الصناعي (Graft):

عندما تكون الأوعية الدموية لدى المريض صغيرة فيصعب وضع الوعاء الدموي الطبيعي لذلك فإنه بالإمكان وضع أنبوب صناعي بين الشريان والوريد، ويمكن أن يتم استخدام ذلك بعد 2 إلى 4 أسابيع من العملية، وتستمر فترة عمل الوعاء لفترة أقل من الوعاء الدموي الطبيعي، بمعنى آخر يكون عمره أقل من عمر الوعاء الدموي الطبيعي¹.

• الغسيل البريتوني:

تتم هذه العملية عن طريق حقن لتر أو لترين من محلول الاستصفاء البريتوني داخل تجويف البطن (الغشاء البريتوني) عن طريق إدخال أنبوب لين في تجويف البريتوني تحت مخدر موضعي ويبقى طرفه الآخر خارج البطن مع وجود عدة ثقوب في طرف الأنبوبة داخل البطن ليدخل ويخرج منها المحلول المستخدم في الغسيل ويمكن إجراء هذه العملية في المستشفى التي تضمن عدم دخول أي ميكروب في تجويف البطن أو في المنزل بعد تدريب المريض أو أحد أفراد عائلته على الخطوات الصحيحة².

وتتميز هذه الطريقة بأنها يمكن أن تتم في المستشفى أو المنزل، ويمكن تدريب المريض وأحد أفراد عائلته على تنفيذ الخطوات مع أخذ الاحتياطات اللازمة لضمان عدم دخول أي ميكروبات أو جراثيم إلى تجويف البريتون.. منعا لحدوث التهابات قد تكون خطيرة وإن كُنْتَ لا أميلُ إلى استعمالها في المنزل ضماناً للسلامة ... ويمكن عمل هذا النوع من الغسيل يوميا. حيث يقوم المريض بتبديل (4-5 أكياس يوميا).

وفي المستشفى يحضر المريض مرتين أسبوعيا لعمل هذه الجلسات. وتتم هذه العملية عن طريق حقن لتر أو لترين من محلول الاستصفاء البريتوني داخل تجويف البطن (الغشاء البريتوني)، والذي يتم تغييره بصفة منتظمة، ومن أجل ذلك يتم تنفيذ تلك العملية بإدخال أنبوب لين في تجويف البريتون تحت مخدر موضعي، ويبقى طرفه الآخر خارج البطن، ويوجد في طرف الأنبوب داخل البطن عدة ثقوب يدخل ويخرج منها المحلول المستخدم في الغسيل.

¹ السويداء، مرجع سابق، ص 42.

² محمد أبو زيد: الفشل الكلوي الوقاية والعلاج، دار المعارف للنشر والتوزيع، ط1 القاهرة، 2006، ص 33.

ويمكن استخدام هذا النوع من غسيل الكلى لحالات الفشل الكلوي الحاد، كما يمكن استخدامه أيضاً في حالات الفشل الكلوي المزمن (خاصة في كبار السن، ومرضى السكر) .

وفى حالة ما يتقرر أن الفشل الكلوي قد أصبح نهائياً، فإن على المريض أن يقوم بعمل استئصال دموي (في مراكز علاج الكلى) ويحتاج المريض عادة إلى عمل جلسات الاستئصال الدموي ثلاث مرات أسبوعياً. حسب حاجة المريض¹.

ولكن عملية الغسيل البريتوني لها عيوب تحد من استخدامها:

- التهاب بريتوني سيحدث إن عاجلاً أو آجلاً مهما تأكد الأطباء والممرضات والعاملون من تمام تعقيم كافة الآلات المستخدمة والسوائل المستعملة في هذه العملية ومهما أضيفت مضادات الحيوية المناسبة إلى سائل الغسيل يحدث الالتهاب البريتوني بعد مدة قصيرة) بعد عشر غسلات (في بعضا الوحدات) أو بعد مدة طويلة (بعد 50 غسلة في وحدات أخرى) ولكنه سوف يحدث حتماً. معظم حالات الالتهاب البريتوني يتسبب من ميكروبات غير ضارية وتسبب التهاباً بسيطاً، وضرره الأكبر أنه سيسبب ارتشاحات فبرينية بالغشاء البريتوني، تسبب الالتصاقات وبهذا يقل حجم تجويف البطن الصالح للدليزة تدريجياً حتى يمتنع.
- يشعر المريض بالألم بالبطن من امتلائها المتكرر بسائل الغسيل أثناء وبعد الغسيل البريتوني، وقد يكون هذا الألم من الشدة بحيث توقف العملية قبل أوانها².

عاشراً: زراعة الكلى

تعد عملية زراعة الكلى إجراءً جراحياً يهدف إلى وضع كلية سليمة من متبرع متوفى أو حي، إلى شخص يعاني قصوراً كلوياً شديداً، سواء بدأ المريض الغسيل الكلوي أو لم يبدأ بعد. وتُعد زراعة الكلى العلاج الأمثل للفشل الكلوي مقارنةً بغسيل الكلى³.

1 عاطف لماضة: مرجع سابق، ص 83.

2 محمد صادق صبور، مرجع سابق، ص 87/86.

3 الكلى والمسالك البولية

زرع الكلية تسمح هذه الطريقة بإمكانية استعادة الوظيفة الكلوية الطبيعية وبتصحيح كل الاضطرابات الاستقلابية الناجمة عن القصور الكلوي المزمن تؤخذ الكلية الطعم من متبرع متوفية أو من قريب للمريض، يجب أن تكون الزمرة الدموية (ABO) متطابقة بين المتبرع والمستقبل، وعادة يتم اختيار الكلية المتبرع بها على أساس التوافق النسيجي، مستخد الكريات البيض البشري التام بينها وبين نسيج المستقبل لأن ذلك يحسن بقائها. بعد رفض الطعم المتواسط مناعياً السبب الرئيس لفشل الزرع لقد تحسنت نتائج زرع الكلى بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة، حيث تبلغ نسبة بقاء الطعم المزروع حياً لمدة 3 سنوات حوالي 80 ونسبة البقاء الخاصة بالمريض لنفس المدة 90% تقريباً .

يجب إعطاء المريض معالجة طويلة الأمد مثبتة للمناعة بعد زرع الكلية. وضعت العديد من الخطط الدوائية لهذه الغاية ولكن أكثرها تداولاً يقوم على إشراك محضر بريدنيزولون مع سيكلوسبورين ٨ مع أز اثيوبيرين، يوجد تركيز حول السمية الكلوية الطويلة الأمد الناجمة عن محضر سيكلوسبورين حالياً أثبت الدور المفيد للأدوية الحديثة المثبطة للمناعة (تاكروليموس، ميكوفينولات موفيتيل راباميسين) في هذا المجال اعتماداً على التجارب السريرية .

يترافق تثبط المناعة مع ازدياد نسبة الأحماج ولاسيما الانتهازية منها، وارتفاع خطورة الإصابة بالأورام الخبيثة ولاسيما الجلدية منها، حيث أن 15% من المرضى البيض سيصابون بخيانة جلدية بعد مرور 15 سنة على الزرع. إن المقومات نادرة ولكنها تحدث باكراً وغالباً تكون مرتبطة بالإنتان بحمة الحلاً ولاسيما حمة ابشتاين بار .

رغم هذه المشاكل يعد الزرع مصدر الأمل الأفضل لممارسة حياة عادية بالنسبة للمريض، وهو أقل الطرق العلاجية كلفة مقارنة بنتائجه الجيدة في تدبير القصور الكلوي المزمن¹.

المتبرع الحي القريب (Living Related Donor) :

يعتبر المتبرع الحي القريب أفضل المتبرعين بالنسبة لموضوع زرع الكلى وتكون نسبة النجاح للسنة الأولى بعد عملية الزرع مرتفعة جداً، في حدود 90 - 95 بالمئة ... وذلك يرجع إلى أن الفحوصات العديدة يتم إجراؤها بالنسبة للمتبرع وبالنسبة للمستقبل حتى يتم اختيار أنسب المتبرعين وبحيث لا يكون هناك تضاد في فصائل الدم أو في فصائل الأنسجة، مما يؤدي في النهاية إلى رفض الكلية

¹ ديفيدسون، مرجع سابق، ص69.

المزروعة. ويعتبر الأخ التوأم الشقيق من التوائم المتماثلة أفضل أنواع المتبرعين، إذ لا يوجد أي نوع من الرفض بين الشخصين. ولهذا إذا تم الزرع في مثل هذه الحالة، فإن المريض لا يحتاج إلى استخدام عقاقير خفض المناعة.

ويلي ذلك الأخ أو الأخت من الأخوة توائم غير متماثلة أو أخوة أشقاء لأم وأب ثم يلي ذلك الأب والأم ثم أبناء العمومة وأبناء الخوالة. وهكذا كلما بعدت الأنساب كلما بعدت فصائل أنسجة الجسم في الغالب الأعم إذ قد يوجد شخص بعيد أفضل من شخص قريب ولكن هذا الأمر نادر الحدوث. أما المتبرع الحي غير القريب فيتحاشاه الأطباء ما عدا ما يمكن أن يكون بين الزوجين أو بين صديقين حميمين.. ويشترط أن توضح فحوص فصائل الدم وفصائل الأنسجة نوعاً من التطابق.... وهكذا يتضح أن المتبرع الحي، إما أن يكون قريباً للمتلقي (المستقبل قرابة دم ونسب، أو قرابة رحم ومصاهرة، أو صداقة حميمة. ولا شك أن قرابة النسب هي الأفضل في هذه الحالات لأنها أقرب إلى فصائل الدم وفصائل الأنسجة، ومع هذا فقد تكون مختلفة اختلافاً كبيراً وبالتالي لا تصلح للتبرع¹.

المتبرع الحي غير القريب:

لقد اتجه الأطباء في معظم البلدان إلى الابتعاد عن قبول المتبرع الحي غير القريب وذلك للأسباب التالية:

- إن التبرع من غير الأقارب الأحياء يماثل التبرع من جثث الموتى، وخاصة بعد انتشار عقاقير خفض المناعة وبالذات عقار السيكلوسبورين.
- إن التبرع من غير الأقارب قد يصحبه نوع من الندم أو الاضطراب النفسي للمتبرع وخاصة إذا أصيبت كليته الباقية.
- إن التبرع من غير الأقارب قد تشوبه شائبة الكسب وأخذ المقابل المادي، وهذا يفتح الباب على مصراعيه للمتاجرة في الأعضاء الإنسانية حيث يُستغل الفقراء والمعدمين فيبيعون أعضاءهم. وبالذات الكلى من أجل الحصول على مبلغ من المال... ويذهب المبلغ الأكبر للوسطاء وللمستشفى الذي يجري العملية. وللأسف فإن هذه الطريقة البشعة منتشرة في الهند وبالذات في بومباي وقد أدت إلى سوء سمعتها في العالم أجمع.

¹ محمد علي البار، مرجع سابق ص141.

وهناك مأس كثيرة تحدث في هذا الصدد. فهناك الفقير المعلم الذي يأخذ السماسرة إلى المستشفى ليتبرع بكليته، فيعطيه المستشفى مبلغاً تافهاً من المال ثم يجرى له العملية ويطرده من المستشفى بعدها قبل أن يلتئم جرحه. وقد حدثت مضاعفات كثيرة، وفقد بعض هؤلاء المتبرعين صحتهم إلى الأبد، وبعضهم فقد حياته بسبب هذه الممارسات البشعة¹.

زراعة الكلى من متبرع متوفى:

تتم عن طريق أخذ كلية من شخص متوفى، وذلك بموافقة العائلة، أو بموجب بطاقة المتبرع، ثم يتم زراعتها في جسم المتلقي المصاب بالفشل².

احدى عشر : زراعة الكلى في الجزائر

أعلنت السلطات الصحية في الجزائر عن قرب إطلاق برنامج محلي لنزع الأعضاء من الأشخاص المتوفين سريرياً، لإعادة زرعها لدى مرضى بحاجة إليها، بعد موافقة الشخص نفسه قبل وفاته أو عائلته، ضمن مسعى يستهدف تطوير عمليات زراعة الأعضاء في الجزائر.

وقال مدير عام الوكالة الحكومية لزرع الأعضاء، البروفيسور حسين شاوش، في برنامج بثته الإذاعة الرسمية، أن إطلاق برنامج لنزع الأعضاء من الأشخاص المتوفى سريرياً، يحتاج إلى جهود وعمليات تحسيس وتوعية المواطنين بأهمية التبرع بالأعضاء كفعل خير وفعل مواطنة، وأكد ضرورة تكاتف جهود التوعية بأهمية التبرع لإنقاذ حياة المرضى، والحاجة إلى توعية المواطنين، خاصة من طرف الأئمة في المساجد، مشيراً إلى أن السلطات ستطرح في المقابل سجلاً للامتناع عن التبرع بالأعضاء، يسمح للأشخاص الذين يرفضون نزع أعضائهم بعد وفاتهم، ما يسهل عملية تحديد المتبرعين الميتين سريرياً.

¹ محمد علي البار ، مرجع سابق، ص142.

² زراعة الكلى،

وأوضح المتحدث أن نجاح هذا البرنامج سيسمح بإنقاذ حياة الآلاف من الجزائريين ومعاقتهم من بعض الأمراض، ويتيح استغلال أعضاء الأشخاص المتوفين سريرياً، كفعل خير لصالح أشخاص آخرين، مشدداً على توفر الكفاءات الطبية في الجزائر لإنجاز عمليات الزرع ناجحة، وقال "من الضروري أن يضع المواطن ثقته في الطبيب الجزائري، سجلنا خلال الأربعة أشهر الأولى من سنة 2021، زرع أكثر من 100 عملية زرع كلي، وكل هذه العمليات كانت ناجحة بنسبة تقارب 99%".

وكشف شاوش أن ما بين 400 إلى 500 عملية زرع كلي تجري في المستشفيات الجزائرية، فيما تبلغ الاحتياجات السنوية للمرضى في الجزائر من عمليات زرع الكلى، بحدود 1500 كلية سنوياً، مشيراً إلى أن السلطات الصحية لا تستطيع تأمين هذا العدد من طرف المتبرعين، لذا وجب تحسيس المواطنين بأهمية التبرع بالأعضاء بعد الموت، مشيراً إلى أن الجزائر تسجل نقصاً في مجال زراعة باقي الأعضاء على رأسها زراعة الرئة، والقلب والكبد، وهو ما يحتاج تكوين الأطباء وتهيئة مستشفيات متخصصة في هذا المجال.

وكانت الحكومة الجزائرية باشرت منذ سنة حملة شرح ودعاية إعلامية للتحسيس بأهمية التبرع بالأعضاء، خاصة بالنسبة للأشخاص المتوفين، إذ أعلنت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن عمليات زرع الأعضاء، خاصة الكلى، لا تزال قليلة جداً مقارنة مع عدد المصابين بالقصور الكلوي، والتي قدر عددهم 26 ألف حالة وفق أرقام رسمية نشرتها وزارة الصحة بنهاية 2020، أي ما يعادل نسبة 12% من الجزائريين يعانون من الفشل الكلوي.

وتشير نفس الأرقام، إلى أن الجزائر تسجل ما يقارب الـ 3 آلاف حالة سنوياً، في مقابل 10 آلاف مريض في الجزائر ينتظرون دورهم لإجراء عمليات زرع الكلى، وأزيد من 23 ألفاً من المرضى يخضعون لتصفية الدم، أو الغسيل الكلوي¹.

اثني عشر : زراعة الكلى في التشريع الجزائري

استند الأطباء المختصون في مجال نقل الأعضاء، والتي أجازت نقل الدم، ونقل الأعضاء البشرية إلى فتوى المجلس الإسلامي الأعلى البشرية بين الأحياء أو من الموتى. وجدد المجلس إجازته

¹ الجزائر تستعد لإطلاق برنامج لنزع أعضاء المتوفين وإعادة زرعها للمرضى، <https://www.alaraby.co.uk/society/>، 2023/02/10، 21:00 سا.

لهذه العمليات مرة ثانية بمناسبة صدور القانون المتعلق بحماية الصحة وترقيتها تستند مشروعية عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية بين الأحياء في القانون الجزائري إلى نص المادة، 162 من قانون حماية الصحة وترقيتها رقم، 05-85 والتي تنص: "لا يجوز انتزاع الأنسجة أو الأعضاء من أشخاص أحياء إلا إذا لم تعرض هذه العملية حياة المتبرع للخطر. وتشتت الموافقة الكتابية على المتبرع بأحد أعضائه وتحرر هذه الموافقة بحضور شاهدين اثنين، وتودع لدى مدير المؤسسة والطبيب رئيس المصلحة."

وتستند مشروعية عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية من الأموات إلى نص المادة، 164 من قانون حماية الصحة وترقيتها السالف الذكر: "لا يجوز انتزاع الأنسجة والأعضاء من الأشخاص المتوفين قصد زرعها إلا بعد الإثبات الطبي والشرعي للوفاة، من قبل اللجنة الطبية المنصوص عليها في المادة 167 من هذا القانون، وحسب المقاييس العلمية التي يحددها الوزير المكلف بالصحة العمومية". يلاحظ من خلال هذين النصين أن المشرع الجزائري أجاز استئصال الأعضاء من جسم الشخص حيا كان أو ميتا. وبهذا يكون المشرع قد حسم الخلاف القائم حول مشروعية نقل وزرع الأعضاء البشرية من عدمه. فنظم هذه العمليات حسب المبادئ والشروط التي حددها علم الطب والفقهاء الجناي الحديث. وبالتالي يمكن القول إن كلا من النص القانوني والفتوى الصادرة عن المجلس الإسلامي الأعلى، يصلح أن يكون أساسا قانونيا لعمليات نقل وزرع

الأعضاء البشرية¹.

ثلاثة عشر: المستشفى الجامعي باتنة رائد زراعة الكلى في الجزائر

يعلق الفريق الطبي لزرع الكلى بالمستشفى الجامعي لباتنة آمالا كبيرة على دخول مركز زرع الأعضاء حيز الاستغلال في 2023 لتوسيع نشاطه وإجراء أكبر عدد ممكن من العمليات وتحقيق نقلة نوعية في هذا المجال الطبي.

فعندما يتم استلام المرفق الجديد الذي يوفر للفريق الطبي جناحا مخصصا لزرع الكلى سيصبح الرهان يتمثل في بلوغ 100 عملية في السنة مع العمل على تجاوز هذا العدد، حسب ما أفادت به لوائح رئيسة مصلحة أمراض الكلى بذات المؤسسة الصحية، البروفيسور سمية ميسوم.

¹ إسمي قاوة فضيلة، مرجع سابق، ص44/45.

وسيساهم هذا المركز الذي أنجز وفق المعايير المعمول بها، في فتح آفاق واعدة في مجال زرع الكلى التي تجرى منذ الشروع فيها بباتنة بمصلحة الاستعجالات الطبية للمركز الاستشفائي. كما سيسمح بالتكفل بالمسجلين ضمن قائمة الانتظار البالغ عددهم 70 مريضا من مختلف أنحاء الوطن من بينهم 6 أطفال.

وقد وصل عدد المستفيدين من زرع الكلى بالمركز الاستشفائي الجامعي لباتنة منذ انطلاق العملية في 31 مارس 2014، حسب ما ذكره من جهته، البروفيسور عثمان شينار، المختص في الأمراض الباطنية، 619 عملية من بينها 65 عملية استفاد منها أطفال وبعضها تمت في إطار توأمة مع بعض المستشفيات عبر الوطن.

وأكد ذات المختص - وهو أحد أعضاء فريق زرع الكلى بباتنة - أن 41 طفلا (أكبرهم عمره 7 سنوات وأصغرهم شهر ونصف) ولدوا في تلك الفترة لأمهات حاملات لكلى مزروعة وكن فاقدرات للأمل في الإنجاب بسبب تأثير الأدوية وتحقق هذا الحلم بفضل تكاتف جهود أطباء من مختلف الاختصاصات عبر 20 ولاية تتحدر منها هذه الأمهات.

وأضاف نفس المتحدث أن 5 حالات من الذين خضعوا لزرع الكلى قد استفادوا مرة أخرى من عمليات مماثلة للمرة الثانية بعد رفض الجسم للكلية المزروعة جراء التهاون في أخذ الأدوية التي يستوجب على من خضع لهذه العملية أن يتعطاها مدى الحياة.

وبرأي كل من البروفيسور ميسوم وشينار، فإن الأمل يبقى قائما في تحقيق زرع الكلى من الميت إلى الحي يراود كل الفريق الذي أكد على جاهزيته لهذه العملية التي ستمكن من رفع عدد المستفيدين من عمليات الزرع لاسيما أولئك الذين لا يجدون متبرعين لسبب أو لآخر¹.

وقد أجرى هذا الفريق الشاب الذي استقل في عمليات زرع الكلى منذ أواخر 2016: 100 عملية زرع كلى ناجحة في سنة 2018 ووصل منذ بداية سنة 2019 إلى 40 عملية و -حسب المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي بباتنة آنذاك مسعود بولقرون- أن قائمة الانتظار سنة 2019 تضم أكثر من 200 مريض من مختلف أنحاء الوطن.

¹ المستشفى الجامعي بباتنة، <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/>، 2023/02/10، 23:00 سا.

هذا وقد كللت أول عملية زرع لكلى من مانح في حالة موت دماغي إلى متلقي حي أجريت بالمركز الاستشفائي الجامعي بباتنة بالنجاح وهذا سنة 2019 وتمكن فريق زرع الكلى بالمركز الاستشفائي الجامعي بباتنة الذي تحول في السنوات القليلة الماضية إلى قطب في هذا المجال سنة 2019 من إجراء ما مجموعه 344 عملية زرع كلى ناجحة من مانحين أحياء إلى متلقين من مختلف أنحاء الوطن وذلك منذ انطلاق هذه التجربة في 31 مارس 2014 بإشراف من البروفيسور حسين شاوش.

بعد تقويم الوكالة الوطنية لزرع الاعضاء لسنة 2020، حصد المركز الاستشفائي الجامعي باتنة المرتبة الاولى على المستوى الوطني بنسبة 60% من العدد الاجمالي لعمليات الزرع في سنة 2020 ب 32 عملية زرع للكلى، رغم الوضع الوبائي الذي نجم عنه تجميد شبه كامل للنشاطات الجراحية على المستوى الوطني، وهذا راجع الى الارادة والعزيمة التي يمتاز بها كل الطاقم الطبي، الشبه الطبي والاداري للمستشفى، والهدف الاساسي الذي يسعى اليه هذا الفريق هو توسيع هذا النوع من النشاط الذي يتطلب إمكانيات مادية وبشرية كبيرة¹.

- هذا وقد نجح الفريق الطبي لزرع الكلى في عملية زرع كلية لطفل هي الاولى من نوعها مغاربيا وافريقيا نجح الفريق الطبي لزراعة الكلى بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة تحت قيادة البروفيسور وغلانت حسام الدين في زرع كلية لطفل يبلغ من العمر 03 سنوات ووزنة 11 كلغ من المانحة الأم.
- الفريق الطبي لزرع الكلى أولى اهتمام أكثر في السنوات الاخيرة على زرع الكلى للأطفال خاصة أقل من 05 سنوات وهذا ما أكدته البروفيسور سمية ميسوم الطبيبة رئيسة مصلحة أمراض الكلى وهو التركيز على العمليات النوعية والاستثنائية الخاصة بالأطفال الأقل عمرا ووزنا حيث وخلال سنة 2022 أجريت 14 عملية زرع الكلى للأطفال، أهمها الأولى من نوعها مغاربيا وافريقيا لطفل عمره 03 سنوات والأقل وزنا بحكم مرضى الكلى الأطفال يعانون تأخرا في النمو.
- للعلم وخلال سنة 2022 أجريت 79 عملية زرع الكلى تحت إشراف فريق طبي وجراحي وشبه طبي متكامل بكل الإمكانيات المادية والبشرية بمعدل عشر عمليات في الشهر والتي ابقت المستشفى تحتل الريادة وطنيا ومغاربيا، ويطمح الفريق الشاب في زيادة عدد العمليات بعد فتح مصلحة زرع

¹ المركز الإستشفائي الجامعي باتنة، <https://www.facebook.com/profile.php?id=100081326857519>

الكلى والتي سيتم استلامها بعد استكمال عملية التجهيز حيث سجلت عملية اقتناء التجهيزات على مستوى الوزارة الوصية وهذا خلال سنة 2023، أما عملية الأشغال انتهت خلال سنة 2022¹.

أربعة عشر: الخدمة الاجتماعية الطبية

• نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية:

ظهرت الخدمة الاجتماعية الطبية في إنجلترا عام 1880، عندما تبين أن المرضى المصابين بأمراض عقلية، يحتاجون إلى رعاية لاحقة بعد خروجهم من المصحات، وتقدم لهم هذه الرعاية في بيوتهم حتى يمكن تجنب تكرار المرض. وكانت الزائرات، يذهبن إلى بيوت المرضى، حيث يصرون أسرة المريض، وأصدقائه بنوع الرعاية والمعاملة اللازمة له بعد خروجه من المستشفى. وكان المصدر الثاني للخدمة الاجتماعية، فريق السيدات المحسنات اللاتي كن يتطوعن في المستشفيات الانجليزية في لندن عام للقيام بالبحوث الاجتماعية، لتقرير أحقية مقدم الطلب والاستعانة ببعض الجمعيات الخيرية لمساعدة المريض

وفي نيويورك عام 1893، قامت الزائرات الصحيات بزيارة بيوت الفقراء من المرضى في الأحياء المجاورة لمحلة هنري ستريت، لسداد نفقات الرعاية العلاجية والتمريض، ولقد استرعي انتباههن العديد من المشكلات الاجتماعية والشخصية التي تنشأ. المرض، وقد استفادت بعض مستشفيات نيويورك من خبرات محلة هنري ستريت، ولما أدركت أن الزيارة المنزلية تؤدي إلى تقدم كبير في تأثير العلاج الطبي، دأبوا على إرسال الزائرات الصحيات من المستشفى، لمباشرة الرعاية اللاحقة والإشراف على المرضى بعد خروجهم من المستشفيات وبذلك، كانت الزائرات الصحيات) من المصدر الثالث للخدمة الاجتماعية الطبية.

أما المصدر الرابع للخدمة الاجتماعية الطبية فكان طلاب كلية الطب، الذين أجروا تدريباً عملياً في المؤسسات الاجتماعية، فقد طلبت جامعة بالتيمور في عام 1902، أن تشمل الدراسة المشكلات الاجتماعية والانفعالية، وطلبت أن يعمل طلابها كمتطوعين في المؤسسات الخيرية حتى يكتسبوا فهماً وإدراكاً للآثار الاجتماعية والاقتصادية، وظروف المعيشة في حالة المريض.

¹ وكالة الأنباء الجزائرية، <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/>، 2023/02/10، 21:45 سا.

وعلى هدى هذه الخبرات، نشأت الخدمة الاجتماعية الطبية عام ١٩٠٥ ، في جهات مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية وأصبح الإخصائيون الاجتماعيون، أعضاء في هيئات موظفي المستشفيات العامة بعد أن أصبح الطبيب المتخصص الحديث، لا يستطيع أن يتعرف بدقة على الحالة المعيشية والدخل، والبيئة، وعادات ، وشخصية المريض، كما كان الأمر مع طبيب الأسرة السابق، وكان أطباء مستشفى ماساشوستس هم أول من لمسوا الحاجة إلى الأخصائي الاجتماعي، للقيام بمساعدة المريض بعد خروجه من المستشفى لملاحقة تنفيذ أوامر الطبيب، وإرشاد الأسرة في نوع التغذية الملائمة.

ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية:

عرض الدكتور ريتشارد كتابوت Richard Cabot وهو من الأطباء الرواد الأوائل في قيادة تطور الخدمة الاجتماعية الطبية - لتعريف هذا الميدان بقوله أن الخدمة الاجتماعية تساعد الطبيب في التشخيص والعلاج، طوال فترة دراسة حالة المريض في الموقف الاجتماعي الذي يحيط به، والظروف الاجتماعية التي يعيش فيها، بالإضافة إلى ذلك فإن الأخصائي الاجتماعي الطبي، يحقق المساعدة بواسطة تنظيم الموارد المتاحة في المستشفى، إلى جانب تلك التي توجد في الأسرة والمجتمع، إلى درجة يحقق معها فاعلية العلاج الطبي.

وللخدمة الاجتماعية الطبية تعريفات متعددة قد تختلف في الصياغة والشكل، ولكنها تنقل في الجوهر والمضمون. ولقد تعددت هذه التعريفات من خلال كتابات رواد العمل الاجتماعي والإخصائيين الاجتماعيين والمتخصصين في الجمال الطبي

تعريف أ. محمود حسن:

- العمليات المهنية والجهود العلمية التي يقوم بها الإخصائي الاجتماعي، لدراسة استجابات المريض نحو مشاكله المرضية وتتضمن كل من خدمة الفرد وخدمة الجماعة في بعض المواقف وتقوم الخدمة الاجتماعية الطبية بوظيفتها في المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية لتوفير الفرص الملائمة التي تسمح للمريض بالاستفادة من الخدمات الطبية بصورة فعالة، وتهتم الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة خاصة بتقديم المساعدة في مشكلات التكيف الاجتماعي والمشكلات الانفعالية التي

تؤثر في تطور المرض وسير العلاج وتهدف إلى مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج، ومساعدته وأسرتة على التكيف في بيئته الاجتماعية الخارجية¹

خمسة عشر: اهداف الخدمة الاجتماعية الطبية

-الأهداف الوقائيةAimsPreventive

وتتمثل هذه الأهداف في التعرف على المناطق الكامنة والمحتملة والمتوقعة لعدم التوازن بني الأفراد أو الجامعات وبين بيئاتهم التي يعيشون فيها بهدف منع أو تجنب ظهور عدم التوازن. ويتم ذلك من خلال عدة أساليب منها: مساعدة الأفراد والجامعات والمجتمعات على تقوية قدرتهم على الأداء الاجتماعي، وتقديم المساعدة المهنية لمن هم في حالة تكيف اجتماعي سليم حتى لا يصبحوا في حالة سوء تكيف. ولتحقيق ذلك على سبيل المثال يكمن في تعليم الأفراد مهارات جديدة لتحقيق أهدافهم ووقاية أنفسهم من الأمراض والمشكلات وتعديل البيئة كي تصبح أقل ضغطا وأكثر تدعيبا وحفزا لسكانها. باختصار فإن الأهداف الوقائية في الخدمة الاجتماعية الطبية تتمثل في مساعدة الناس على الوقاية من المشكلات المرضية المتوقعة أو المتنبأ بها أو المحتمل حدوثها.

-الأهداف العلاجيةAimsTherapeutic

تتمثل هذه الأهداف في مساعدة الأفراد والجامعات للتعرف على مشكلاتهم الناجمة عن عدم التوازن بينهم وبين بيئاتهم التي يعيشون فيها، والعمل على حلها أو تخفيضها إلى أدنى حد ممكن. بمعنى مساعدة الأفراد والجامعات والمجتمعات على استعادة قدراتهم على الأداء الاجتماعي، وعلى التغلب على صعوبات التوافق الاجتماعي مع أنفسهم مع الآخرين باختصار فإن الأهداف العلاجية في الخدمة الاجتماعية تتمثل في مساعدة المرضى على حل أو علاج مشكلاتهم الصحية، وتكمن في العمل مع المريض المحتاج إلى الخدمة الاجتماعية في المؤسسة العلاجية.

¹ ابراهيم عبد البادي محمد المليجي: الرعاية الطبية والتأهيلية -من منظور الخدمة الاجتماعية (سلسله جدران المعرفة) بدن، ب ط، الاسكندرية، 2006، ص، 27 /26.

-الأهداف التنموية Aims Developmental-

وتتمثل هذه الأهداف في تنمية قدرات ومهارات وموارد الأفراد والجامعات والمجتمعات وزيادة فرص الحياة الإنسانية الكريمة لهم، وتقوية الطاقات الحالية وإظهار الطاقات الكامنة لدى الأفراد والجامعات والمجتمعات.

ويتضح مما سبق أن الأهداف التنموية موجهة لتحقيق وإنجاح برامج التنمية الشخصية للإنسان (تنمية قدرات ومهارات وموارد الأفراد والجامعات) والتنمية المجتمعية للمجتمع. من خلال إعادة تكيف المريض مع البيئة وإعادته إلى الحياة الاجتماعية من خلال برنامج التأهيل الطبي والاجتماعي¹.

سنة عشر: الجمعيات الخيرية

تعرف الجمعية على أنها اتفاق بين شخصين، أو بين أشخاص عدة، وتهدف لتحقيق تعاون مشترك، أو غاية في نشاط مشترك فيما بينهم، باستخدام معلومات مشتركة، وتكون غير هادفة لتحقيق أرباح لها أو تقسيمها فيما بينها .

يشير مصطلح الجمعية الخيرية إلى مبادرة تقدم يد العون والمساعدة للأشخاص المحتاجين، من خلال جمع الصدقات لهم، ومن الأمثلة على الجمعيات الخيرية تلك المؤسسات التي تعمل في مجال إغاثة الفقراء، عبر جمع الأموال اللازمة لذلك من عامة الشعب إلى الفئات الفقيرة المحتاجة، ومن الجدير بالذكر أنه يمكن لأصحاب الأعمال تقديم المساعدة لهذه الجمعيات من خلال التبرعات، ويكون التبرع إما من قبل أفراد، أو من قبل المؤسسة².

أن ميدان الخدمات الاجتماعية ميدان شاسع جدا، والخدمات فيه متنوعة وصورها مختلفة كما رأينا - وهذا يستلزم انتظام الأفراد العاملين في الميدان الاجتماعي في جماعات تختص كل جماعة أو جمعية في ناحية من النواحي الاجتماعية.

¹ مدحت أبو النصر: الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي المجموعة العربية للتدريب والنشر، ط1، القاهرة، 2017.ص77/78.

² المبروك بن يطو، ربعة رميشي: (مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية: دور الجمعيات الصحية في التنقيف الصحي لدى مرضى القصور الكلوي) العدد1، 2021 جامعة تيزي وزو، الجزائر، ص129.

فالجمعيات الخيرية ليست إلا أدوات للشعب، تمثل الجهود المنظمة، المنسقة للأفراد والجماعات، وهي تلك الجهود التي تبذل لمواجهة حاجة من الحاجات الإنسانية، والعمل على علاج داء من الأدواء الاجتماعية في وسط معين.

ومن الواضح أن الجمعيات الخيرية ليست جمعيات تجارية إذ هي لا تبغي الكسب المادي كالشركات والهيئات الاقتصادية، ولكنها تقوم على الإعانات والتبرعات والأوقاف التي تأتيها من الأفراد والهيئات الرسمية أو الأهلية. وهذه الجمعيات متنوعة وتختلف وفق الصورة أو المجال الذي تتخذه الجمعية ميداناً لنشاطها: فهناك جمعيات تقوم أساساً على التخصص في خدمة الفرد، وتقدم الخدمات للأفراد واحداً بعد الآخر، وتصف العلاج لكل فرد بحسب ما يشكو منه، وثمة جمعيات من نوع آخر تقوم على أساس خدمة الجماعة أو خدمة الفرد في جماعة، ونوع ثالث يركز اهتمامه لتنظيم المجتمع، ومسائل التخطيط الاجتماعي. وقد تقوم جمعية من الجمعيات بجميع هذه الأنواع من النشاط الاجتماعي في آن واحد، بمعنى أن يكون فيها أقسام لخدمة الفرد، وأخرى لخدمة الجماعة ونوع ثالث من مهمته التنظيم الاجتماعي.

ويمكن تبويب الجمعيات وفق نوع النشاط الذي تقوم به أو الحاجة الاجتماعية التي قامت الجمعية لمواجهتها. وهنا نجد أن هذه الأنواع تنحصر في جمعيات العناية بالأطفال، وجمعيات الأسرة، وجمعيات الرعاية الصحية، وجمعيات تنظيم أوقات الفراغ والتنقيف العام وتوجيه الشباب.¹

¹ سغفان حسن شحاته: الخدمة الاجتماعية- ميدانها وتاريخها وبرامجها ومناهجها، مكتبة الانجلو المصرية، ب ط القاهرة 1990، ص110/ 111.

خلاصة:

و مما توصلنا اليه في هذا الفصل من حيث تناولنا للرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي في الجزائر يتضح لنا جليا أنها تتمثل في تكاتف الجهود من الطاقم الطبي كتقديم العلاج الدوائي و الغذائي ، و غسيل الكلى ، و الأخصائيين الاجتماعيين من خلال تقديم الخدمة الاجتماعية الطبية ، و الحكومة الجزائرية عبر توفير سبل الراحة و مراكز غسيل الكلى و اباحة زرع الاعضاء في الجزائر ، أفراد العائلة من خلال مساعدة المريض على تطبيق البروتوكول العلاجي الموصي به من قبل الطاقم الطبي ، و تبقى الوقاية خير من العلاج، من خلال التنقيف الصحي الذي يقوم به الاخصائي الاجتماعي و جمعيات خيرية همها الوحيد مساعدة المرضى دون مقابل مادي.

في الاخير يوصي الأطباء بالفحص الدوري للكلى، ضغط الدم، السكري، المتسببة في أكبر نسبة من مرضى الفشل الكلوي في الجزائر.

الفصل الخامس: الاطار التطبيقي للدراسة و مناقشة النتائج

أولاً: قياس صدق وثبات الاستبيان

ثانياً: عرض وتحليل أسئلة ونتائج الاستمارة

ثالثاً: عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضيات

رابعاً: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

خامساً: استنتاج عام

خلاصة الفصل

التوصيات والمقترحات

أولاً : قياس صدق وثبات الاستبيان

يقصد بالصدق قدرة الاستبيان على قياس ما أعد لقياسه، ويتم التأكد من صدق الاستبيان من خلال:

الصدق البنائي:

وهو يعبر عن متوسط درجة ارتباط كل محور الدراسة ومتوسط الدرجة الكلية الاستبيان وذلك عن طريق معامل الارتباط بيرسون، وهذا ما يوضحه الجدول الموالي:

| المحاور | معامل الارتباط | القيمة الاحصائية |
|----------------------------------|----------------|------------------|
| المحور الأول: الرعاية الاجتماعية | 0.508 | 0,00 |
| المحور الثاني: الرعاية الصحية | 0.679 | 0,00 |

من الجدول نلاحظ أن مستوى الدلالة الإحصائية يساوي 0 في كل المحاور كما نلاحظ معاملات ارتباط موجبة أكبر من 0.5 ، ومنه هناك ارتباط جيد بين المحاور والاستبيان ككل، ومنه الاستبيان صادق.

ويقصد بالثبات قدرة الاستبيان على إعطاء نفس النتائج، إذ كررنا نفس الدراسة على نفس العينة، ويتم حسابه بطريقة التجزئة النصفية.

الجدول رقم 01: ثبات أداة الدراسة ألفا كرومباخ:

| المحاور | معامل ألفا كرومباخ |
|----------------------------------|--------------------|
| المحور الأول: الرعاية الاجتماعية | 0.689 |
| المحور الثاني: الرعاية الصحية | 0.835 |
| الاستبيان ككل | 0.680 |

من الجدول نلاحظ أن قيمة معامل ألفا كرومباخ في جميع المحاور والاستبيان ككل مرتفعة وأكثر من 0.6، ومنه الاستبيان ثابت

ثانيا : عرض وتحليل أسئلة ونتائج الاستمارة

تم إعداد استمارة حول موضوع الدراسة المتمثل في الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي في قالمة، حيث تم توزيع 50 استبيان ورقي، وتم الاعتماد على معطياته وتحليلها واستخلاص النتائج، وقد تم تقسيمها إلى 3 أجزاء:

- الجزء الاول متكون من البيانات الشخصية وتمثلت هذه البيانات في، الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة العائلية، المهنة، مدة اكتشاف المرض، مكان العلاج.

- أما الجزء الثاني فشمّل محورين رئيسيين تضمننا 32 سؤال:

- المحور الأول: تناول الرعاية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي
- المحور الثاني: تناول الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي

البيانات الشخصية:

- الجدول رقم 02: يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

| النسبة المئوية | التكرار | الجنس |
|----------------|---------|---------|
| 64% | 32 | ذكر |
| 36% | 18 | أنثى |
| 100% | 50 | المجموع |

من الجدول نلاحظ أن عدد الذكور أكبر من عدد الاناث حيث بلغت نسبة الذكور 64% بينما نسبة الاناث قدرت ب36% ما يدل على أن المصابون بمرض الفشل الكلوي في قالمة أغلبهم ذكور.

- الجدول رقم 03: يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر

| النسبة المئوية | التكرار | الفئات العمرية |
|----------------|---------|----------------|
| 12% | 6 | من 10 الى 20 |
| 42% | 21 | من 21 الى 30 |
| 16% | 8 | من 31 الى 40 |
| 12% | 6 | من 41 الى 50 |
| 18% | 9 | أكثر من 50 |
| 100% | 50 | المجموع |

من الجدول نلاحظ أن الفئة العمرية السائدة لدى مرضى الفشل الكلوي بقالمة هي "من 21 الى 30 سنة" بنسبة 42 % تليها الفئات الأخرى متقاربة في النسب بين 12 الى 18 % ما يدل على أن مرض الفشل الكلوي يتم اكتشافه مبكرا و ينتشر في سن الشباب أكثر.

- الجدول رقم 04: يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى العلمي

| النسبة المئوية | التكرار | المستوى العلمي |
|----------------|---------|----------------|
| 18% | 9 | متوسط |
| 34% | 17 | ثانوي |
| 48% | 24 | جامعي |
| 100% | 50 | المجموع |

من الجدول نلاحظ أن نصف أفراد عينة الدراسة ذوي مستوى جامعي بنسبة 48 % تليها فئة المستوى الثانوي بنسبة 34% والمتوسط بنسبة 18%.

- الجدول رقم 05: يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

| النسبة المئوية | التكرار | الحالة الاجتماعية |
|----------------|---------|-------------------|
| 54% | 27 | أعزب |
| 44% | 22 | متزوج |
| 02% | 1 | مطلق |
| 100 | 50 | المجموع |

من الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد عينة الدراسة أعزب بنسبة 54% يليها المتزوجون بنسبة 22% والمطلقون بنسبة 2%

- الجدول رقم 06: يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المهنة

| النسبة المئوية | التكرار | المهنة |
|----------------|---------|--------------|
| 40% | 20 | بطل |
| 16% | 8 | عامل حر |
| 16% | 8 | موظف |
| 16% | 5 | متقاعد |
| 18% | 9 | طالب (تلميذ) |
| 100% | 50 | المجموع |

من الجدول نلاحظ تباين أفراد العينة حسب متغير المهنة، ونجد أن 40% بطالون، يليها التلاميذ والطلبة بنسبة 18% أما الموظف والعامل الحر فتحصلا على نفس النسبة 16% وأخيرا المتقاعدون بنسبة 10%.

- الجدول رقم 06: يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة اكتشاف المرض

| النسبة المئوية | التكرار | مدة اكتشاف المرض |
|----------------|---------|------------------|
| 38% | 19 | من 1 الى 5 |
| 42% | 21 | من 6 الى 10 |
| 16% | 8 | من 11 الى 20 |
| 4% | 2 | أكثر من 20 سنة |
| 100% | 50 | المجموع |

من الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد العينة بنسبة 42% اكتشفوا المرض في الفترة الزمنية قبل 6 الى 10 سنوات من الان، تليها بنسبة 38% الفترة قبل سنة الى 5 سنوات، و16% قبل 11 الى 20 سنة، وأخيرا بنسبة 4% قبل أكثر من 20 سنة.

- الجدول رقم 08: توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان العلاج

| النسبة المئوية | التكرار | مكان العلاج |
|----------------|---------|-------------|
| 50% | 25 | خاص |
| 50% | 25 | عمومي |
| 100% | 50 | المجموع |

من الجدول نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة انقسموا الى النصف حسب مكان علاجهم، 50% يعالجون في مصحات خاصة، و 50% الأخرى في مصحات عمومية.

جداول مركبة لتفاعل بعض متغيرات عينة الدراسة

- الجدول رقم 09: عمر المريض، ومدة اكتشافه للمرض:

| مدة اكتشاف المرض | | | | | | |
|------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|----------------|------------|
| المجموع | أكثر من 20 سنة | 20-11 سنة | 10-6 سنة | 5-1 سنة | | عمر المريض |
| 6 | 1 | 0 | 1 | 4 | من 10 الى 20 | |
| 21 | 0 | 1 | 10 | 10 | من 21 الى 30 | |
| 8 | 1 | 3 | 2 | 2 | من 31 الى 40 | |
| 6 | 0 | 2 | 3 | 1 | من 41 الى 50 | |
| 9 | 0 | 2 | 5 | 2 | أكثر من 50 | |
| 50 | 2 | 8 | 21 | 19 | المجموع | |

- الجدول رقم 10: المهنة ومكان العلاج

| مكان العلاج | | | | المهنة |
|-------------|-----------|-----------|----------------|--------|
| المجموع | عام | خاص | | |
| 20 | 13 | 7 | بطل | |
| 8 | 6 | 2 | عامل حر | |
| 8 | 4 | 4 | موظف | |
| 5 | 0 | 5 | متقاعد | |
| 9 | 2 | 7 | طالب (تلميذ) | |
| 50 | 25 | 25 | المجموع | |

- الجدول رقم 11: تحليل عبارات محور الرعاية الاجتماعية

| رقم العبارة | بدائل الاستمارة | | | | | | الاتجاه الإجابة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي |
|-------------|-----------------|-------|-------|-----------|----------------|----------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| | موافق بشدة | موافق | محايد | غير موافق | غير موافق بشدة | | | | |
| 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 45 | غير موافق بشدة | 0.69 | 1.20 | |
| 2 | 7 | 1 | 6 | 8 | 28 | غير موافق | 1.43 | 2.02 | |
| 3 | 8 | 2 | 2 | 10 | 28 | غير موافق | 1.49 | 2.04 | |
| 4 | 7 | 1 | 5 | 8 | 29 | غير موافق | 1.43 | 1.98 | |
| 5 | 8 | 2 | 10 | 5 | 25 | غير موافق | 1.50 | 2.26 | |
| 6 | 25 | 11 | 9 | 2 | 3 | موافق | 1.18 | 4.06 | |
| 7 | 37 | 9 | 3 | 1 | 0 | موافق بشدة | 0.69 | 4.64 | |
| 8 | 28 | 12 | 8 | 2 | 0 | موافق بشدة | 0.89 | 4.32 | |
| 9 | 22 | 11 | 12 | 5 | 0 | موافق | 1.04 | 4 | |
| 10 | 18 | 8 | 16 | 6 | 2 | موافق | 1.20 | 3.68 | |
| 11 | 11 | 6 | 13 | 8 | 12 | محايد | 1.46 | 2.92 | |
| 12 | 8 | 13 | 19 | 5 | 5 | محايد | 1.16 | 3.28 | |
| 13 | 8 | 7 | 10 | 7 | 18 | غير موافق | 1.49 | 2.60 | |
| 14 | 8 | 6 | 15 | 3 | 18 | محايد | 1.47 | 2.66 | |
| 15 | 6 | 7 | 14 | 6 | 17 | غير موافق | 1.40 | 2.58 | |
| 16 | 8 | 7 | 17 | 4 | 14 | محايد | 1.40 | 2.82 | |
| 17 | 5 | 8 | 14 | 7 | 16 | غير موافق | 1.35 | 2.58 | |

من الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعبارات المحور الأول تتراوح بين (1.20-4.64) وكان الانحراف المعياري في قيم متوسطة وعليه لم يكن هناك تشتت كبير في آراء العينة في معظم العبارات، حيث بلغت عدد العبارات في اتجاه موافق بشدة 2، وفي اتجاه موافق 3، وفي اتجاه محايد 4، واتجاه غير موافق 7، وأخيرا غير موافق بشدة 1، والتي رتببت حسب المتوسط الحسابي كما يلي:

- العبارة رقم 7 بأعلى متوسط حسابي 4.64 ما يدل على أن أقرب شخص في العائلة يلبي احتياجات مريض الفشل الكلوي الخاصة هي الأم.
- العبارة رقم 8 بمتوسط حسابي 4.32 ما يدل على أنه بعد الأم أكثر ثاني شخص في العائلة يلبي احتياجات مريض الفشل الكلوي الخاصة هو الأب.
- العبارة رقم 6 بمتوسط حسابي 4.06 ما يشير الى أن أغلب أفراد العينة يتناولون دوائهم بانتظام
- العبارة رقم 9 بمتوسط حسابي 4.0 ما يدل على أنه أكثر ثالث شخص في العائلة يلبي احتياجات مريض الفشل الكلوي الخاصة هي الاخت.
- العبارة رقم 10 بمتوسط حسابي 3.68 ما يدل على أنه أكثر رابع شخص في العائلة يلبي احتياجات مريض الفشل الكلوي الخاصة هو الأخ.
- العبارة رقم 12 بمتوسط حسابي 3,28 ما يدل على أنه أكثر شخص خارج العائلة يلبي احتياجات مريض الفشل الكلوي الخاصة هو الطبيب.
- العبارة رقم 11 بمتوسط حسابي 2.92 ما يدل على أن الأصدقاء يلبون احتياجات مريض الفشل الكلوي الخاصة بشكل متوسط.
- العبارة رقم 16 بمتوسط حسابي 2,82 ما يدل على أن المساعدة المعنوية المقدمة من قبل الجمعيات ضئيلة وغير كافية.
- العبارة رقم 14 بمتوسط حسابي 2,66 ما يشير الى أن الجمعيات الخيرية لا تقدم المساعدات الضرورية في معظم الوقت
- العبارة رقم 13 بمتوسط حسابي 2,60 ما يشير الى أن الجمعيات الخيرية لا تتصل بأغلب مرضى الفشل الكلوي.
- العبارة رقم 15 و 17 بمتوسط حسابي 2,58 ما يشير الى أنه لا توجد مساعدات سواء مادية او رمزية من قبل الجمعيات الخيرية لمرضى الفشل الكلوي.
- العبارة رقم 5 بمتوسط حسابي 2,26 ما يشير الى أن أغلب مرضى الفشل الكلوي لا يتبعون حمية مع اخصائي التغذية.
- العبارة رقم 3 بمتوسط حسابي 2,04 ما يشير الى أن أغلب مرضى الفشل الكلوي لم يقوموا بمراقبة ضغط دمهم قبل اكتشاف المرض

- العبارة رقم 2 بمتوسط حسابي 2,02 ما يشير الى أن أغلب مرضى الفشل الكلوي لم يقوموا بمراقبة مستوى السكر في الدم قبل اكتشاف المرض
- العبارة رقم 4 بمتوسط حسابي 1,98 ما يشير الى أن أغلب مرضى الفشل الكلوي لم تكن لديهم فكرة على المرض ولا على أسبابه واعراضه.
- العبارة رقم 1 بمتوسط حسابي 1,20 ما يشير الى أن أغلب مرضى الفشل الكلوي لم يقوموا بفحوصات دورية للكلى قبل الإصابة بالمرض.

-الجدول رقم 12: عرض وتحليل عبارات محور الرعاية الصحية

| رقم العبارة | بدائل الاستمارة | | | | | الاتجاه الإجابة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي |
|-------------|-----------------|-------|-------|-----------|----------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| | موافق بشدة | موافق | محايد | غير موافق | غير موافق بشدة | | | |
| 1 | 18 | 12 | 11 | 5 | 4 | موافق | 1.28 | 3.70 |
| 2 | 21 | 17 | 4 | 5 | 3 | موافق | 1.21 | 3.96 |
| 3 | 20 | 19 | 5 | 4 | 3 | موافق | 1.09 | 4.02 |
| 4 | 7 | 10 | 21 | 10 | 2 | محايد | 1.04 | 3.20 |
| 5 | 8 | 11 | 16 | 13 | 2 | محايد | 1.12 | 3.20 |
| 6 | 7 | 12 | 15 | 10 | 6 | محايد | 1.22 | 3.08 |
| 7 | 8 | 25 | 10 | 3 | 4 | موافق | 1.08 | 3.60 |
| 8 | 7 | 10 | 17 | 9 | 7 | محايد | 1.23 | 3.02 |
| 9 | 8 | 9 | 13 | 11 | 9 | محايد | 1.33 | 2.92 |
| 10 | 9 | 2 | 20 | 8 | 11 | محايد | 1.34 | 2.80 |
| 11 | 20 | 22 | 6 | 1 | 1 | موافق | 0.87 | 4.18 |
| 12 | 9 | 21 | 13 | 5 | 2 | موافق | 1.03 | 3.60 |
| 13 | 6 | 10 | 17 | 9 | 8 | محايد | 1.23 | 2.94 |
| 14 | 9 | 13 | 12 | 4 | 12 | محايد | 1.43 | 3.06 |
| 15 | 14 | 16 | 16 | 2 | 2 | موافق | 1.04 | 3.76 |

من الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعبارات المحور الأول تتراوح بين (2.80-4.18) وكان الانحراف المعياري في قيم متوسطة وعليه لم يكن هناك تشتت كبير في آراء العينة في معظم العبارات، حيث بلغت عدد العبارات في اتجاه موافق 7، وفي اتجاه محايد 8، والتي رتب حسب المتوسط الحسابي كما يلي:

- العبارة رقم 11 بأعلى متوسط حسابي 4.18 ما يدل على المؤسسة تحافظ على سرية معلومات المرضى بدرجة كبيرة
- العبارة رقم 3 بمتوسط حسابي 4.02 ما يدل على أن أغلب افراد العينة راضون بدرجة كبيرة على مجانية الدواء.
- العبارة رقم 2 بمتوسط حسابي 3.96 ما يدل على أن أغلب افراد العينة راضون بدرجة كبيرة على التأمين الصحي الخاص بمرض الكلى
- العبارة رقم 15 بمتوسط حسابي 3.76 ما يدل على أن أغلب افراد العينة لا ينتظرون كثيرا عند زيارة الطبيب من أجل الفحوصات اللازمة
- العبارة رقم 1 بمتوسط حسابي 3.70 ما يدل على أن أغلب افراد العينة راضون بدرجة كبيرة على تكفل الدولة بمصاريف العلاج.
- العبارة رقم 7 و 12 بمتوسط حسابي 3,60 ما يشير الى أن توفر المراكز على سيارة اسعاف المرضى بدرجة معتبرة، كما أن الطبيب يحرص بشكل كبير على راحة المرضى أثناء العلاج
- العبارة رقم 4 و 5 بمتوسط حسابي 3,20 ما يشير الى أنه تتوفر في المؤسسة الأدوية التي يحتاجها المريض بشكل متوسط، إضافة الى أن العاملون يقومون بتلبية حاجات المرضى بشكل متوسط
- العبارة رقم 6 بمتوسط حسابي 3.08 ما يدل على أن المصلحة لا تقوم بإبلاغ المرضى بدقة كافية بموعد تقديم الخدمة
- العبارة رقم 14 بمتوسط حسابي 3.06 ما يشير الى أن العبارات التي يستخدمها الأطباء لشرح حالة المريض علمية وليست بسيطة نوعا ما.
- العبارة رقم 8 بمتوسط حسابي 3.02 ما يشير الى أن سلوك العاملين بالمؤسسة مع المرضى لا يتسم بحسن المعاملة لدرجة كافية.

- العبارة رقم 13 بمتوسط حسابي 2.94 ما يدل على أن فريق الرعاية لا يحرص بما يكفي على تقديم وجبات ذات جودة غذائية.
- العبارة رقم 9 بمتوسط حسابي 2.92 ما يشير الى أن المرضى لا يتقنون بدرجة كافية في مؤهلات الطاقم الطبي.
- العبارة رقم 10 بمتوسط حسابي 2.80 ما يدل على أن المركز لا يستجيب بسرعة كافية لاستفسارات ومشاكل المرضى.

ثالثا: عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضيات

إن الهدف من هذه الدراسة هي التعرف على مستوى الرعاية الصحية بما فيها الاجتماعية لدى مرضى الفشل الكلوي بجامعة ومدى تأثرها ببعض المتغيرات، وذلك من خلال استخدام مجموعة من الاختبارات المعلمية والتي تشترط التوزيع الطبيعي، وعليه سنقوم من التأكد من أن بيانات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي وذلك عن طريق اختبار غلمنغروف وسميرنوف.

الجدول رقم(13): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي حسب Kolmogorov Smirnov

| | | |
|-------|-------|---------------|
| 0,200 | 0,108 | المحور الأول |
| 0,200 | 0,078 | المحور الثاني |

المصدر: من إعداد الطالبتين اعتمادا على نتائج Spss

من خلال الجدول نلاحظ أن مستوى الدلالة المستخرج 0,20.0 أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0,05) ومن البيانات تتوزع توزيع طبيعي.

- الفرضية الأولى: "مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي متوسط "

لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار T لعينة واحدة كما هو موضح في الجدول التالي:

| المحاور | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة T | مستوى الدلالة |
|----------------|-----------------|-------------------|--------|---------------|
| الرعاية الصحية | 2.96 | 0,62 | 33,68 | 0.00 |

من الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي قدر ب (2.96) وهو في مجال المتوسط الفرضي (2.34-3.67)، مما يدل على أن مستوى جودة الخدمات الصحية متوسط وهذا ما تؤكدده قيمة T الدالة عند الدلالة (0.05)، ومنه نقبل الفرضية التي تنص على أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي متوسط

- الفرضية الثانية: "مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي مرتفع " لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار T لعينة واحدة كما هو موضح في الجدول التالي:

| المحاور | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة T | مستوى الدلالة |
|--------------------|-----------------|-------------------|--------|---------------|
| الرعاية الاجتماعية | 3.40 | 0.64 | 37.01 | 0.00 |

من الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي قدر ب (3.40) وهو في مجال المتوسط الفرضي (2.34-3.67)، مما يدل على أن مستوى الرعاية الاجتماعية متوسط وهذا ما تؤكدده قيمة T الدالة عند الدلالة (0.05)، و من هنا يمكننا القول ان هذه الفرضية لم تتحقق،

- الفرضية الثالثة: "توجد فروق في ذات دلالة احصائية مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح المصحات الخاصة " لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار T لعينتين مستقلتين كما هو موضح في الجدول التالي:

| مكان العلاج | عدد الأفراد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة T | مستوى الدلالة |
|-------------|-------------|-----------------|-------------------|--------|---------------|
| خاص | 25 | 3,53 | 0.65 | 1.131 | 0,194 |
| عمومي | 25 | 3.28 | 0.63 | | |

نلاحظ من خلال الجدول رقم أن هناك تقاربا في درجات المتوسطات الحسابية بين الخاص والعمومي مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، حيث أن مستوى دلالة 0.194 وهو أكبر من 0,05، ومنه نرفض الفرضية التي تنص على وجود فروق في ذات دلالة احصائية مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح المصحات الخاصة. و بالتالي فان الفرضية الثالثة غير محققة.

رابعا : مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

❖ مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأساسية:

من خلال عرض نتائج الفرضية الأساسية ، بغرض معرفة ما اذا ما كانت هنالك دلالة إحصائية في ما يخص مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي متوسطة، و للتحقق من صحة هذه الفرضية ، تم حساب المتوسط الحسابي ، و الانحراف المعياري و معامل (T test) لاستجابات افراد العينة على الاستبيان الكلي ، حيث اتضح لنا انه ، أن مستوى جودة الخدمات الصحية جاءت بقيمة متوسطة وهذا ما تؤكدده قيمة T التي جاءت اقل من الدالة المعنوية المعتمدة في الدراسة الحالية ،ومنه نقبل الفرضية التي تنص على أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي متوسط

حيث قد تعزى هذه النتيجة الى تلك التصورات التي تبنيها عينة الدراسة الحالية اتجاه جودة الخدمة في حد ذاتها ، كون ان اغليبتهم يتابعون العلاج في مدة تتراوح ما بين 6 الى 10 سنوات ، فطريقة التكيف في ظل معالجة الحدث الصدمي تؤثر بشكل مباشر على طريقة تفكير الافراد اتجاه نوعية الخدمة و مدى اثرها على تلبية الحاجيات الاجتماعية و العاطفية في حياتهم ، ما ينتج عنها نوع جديد من أنماط الحياة ، المتعلقة بالواقع المعاش و تغير نظرة الفرد اتجاه ذاته ، و الافراد المحيطين من حوله ، فتنتج عنها عملة استثمار نفسي تعيد تشكيل التنظيم الانفعالي و علاقته بطريقة معالجة المعلومات في شكل يخص طبيعة المرض و نظرة الاخرين له ، فبالحديث عن الرعاية الاجتماعية التي تؤهل الفرد بالاحساس انه لم ينقطع عن المجتمع الذي ينتمي اليه و بالتالي دمجها بطريقة خاصة اين يتم فيها إعادة النظر الى طبيعة الاضطراب في حد ذاته و نوعية الخدمات المقدمة في المشفى ، فتفعيل الخدمة الاجتماعية الطبية في المؤسسات نقطة محورية قد تعزى اليها نتائج الدراسة الحالية ، باعتبار كل حالة قائمة بذاتها في ظل وجود متغيرات دخيلة تعمل على تبيان الفروق في وجهة نظر العينة نفسها على طبيعة الخدمة و مدى ارتباطها بمدخلات حياته التي تشكل عاملا أساسيا في استجابته من (مدة اكتشاف المرض ، و الحالة العائلية و طبيعة المرض في حد ذاته) ، و بالتالي فعمل الاخصائي الاجتماعي في توفير أنشطة فعالة تسمح ببناء نوع من التفاعلات الاجتماعية داخل المؤسسة و التي

تعوضه عن النقص الذي ربما يعيشه اتجاه أفكاره اللا عقلانية في نظرة المجتمع اليه و خصوصية المرض الذي يحتويه ، و بالتالي فتفعيل هذه الخصائص و النشاطات داخل المؤسسة تقيه من الشعور بالانسحاب الاجتماعي و قلة استثمار التفاعلات الإنساني اتجاهه ، و في نفس السياق قد تعزى هذه النتيجة الى ادماج الاسرة داخل و خارج المؤسسة في النشاطات الشخصية التي تؤهل الفرد الاندماج الحقيقي داخل المجتمع لعيشه إعاقة ، تميز حالته عن بقية الأشخاص العاديين ، و على هذا فإدراج النسق داخل خطة علاجية و خدماتية فعالة تحتوي الانفعالات السلبية و طريقة معالجة تنظيمه الذاتي و الانفعالي اتجاه نشاطاته مع الاخرين ، بنوع يفسح المجال الى تبني صورة جديدة عن نوعية الخدمة و احساسه بعدم الانقطاع الاجتماعي داخل النسق او في الفضاء الذي يذكره دوما بإعاقته ، كما قد ترجع نتائج هذه الفرضية الى خصوصية الخدمات الصحية في توفير قدر كافي من تلبية الاحتياجات العضوية المتعلقة بطبيعة المرض و اتاحة فرص رعاية طبية مناسبة تتيح لكل فرد الاستفادة من الأجهزة المادية التي تحتويها المؤسسة ، فقدرتها على ادارت مواردها بشكل يتيح للمرضى خلق فضاء يحتوي على كافة الإمكانيات التي تحسن من حالته الصحية ، و التخفيف من المعاناة الجسدية ، و كذلك الإشارة الى تنوع اساليب الرعاية ما يتيح تحقيق الشفاء ، بالإضافة الى توفر وسائل الرعاية الصحية ملائمة المظهر الداخلي للمستشفى مع نوعية الرعاية المقدمة للمرضى و رضى العينة بمعاملة بعض الأطباء والممرضين و الاخصائيين في المؤسسة و الاهتمام بالمشاكل المتعلقة بصحتهم على نحو جدي

❖ تفسير و مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

من خلال عرض نتائج الفرضية الاولى ، بغرض معرفة صحة الفرضية القائلة ان مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي مرتفع ، و للتحقق من صحة هذه الفرضية ، تم حساب المتوسط الحسابي ، الانحراف المعياري ، و معامل (T test) لاستجابات افراد العينة على الاستبيان الكلي ، حيث اتضح لنا أن المتوسط الحسابي قدر ب (3.40) وهو في مجال المتوسط الفرضي (2.34-3.67)، مما يدل على أن مستوى الرعاية الاجتماعية متوسط وهذا ما تؤكد فيمة الدلالة المعنوية ، التي جاءت اكثر من مستوى الدلالة المعنوية المعتمدة في دراستنا الحالية (0.05)، ومنه نرفض الفرضية التي تنص على أن مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي مرتفع .

حيث قد ترجع هذه النتيجة المتمحورة حول إجابة العينة في هذا الصدد تأكدت بأنه هناك رعاية اجتماعية متنوعة في المؤسسة حيث نوع الرعاية المقدمة لكل منهم تتمحور في المتابعة الدورية للمرضى

و ادراج اسرهم مع فحص دوري لهم في هذا السياق من طرف الاخصائيين النفسانيين و العاملين بالمؤسسة و بالتالي تبيان انه قد يكون بسبب

✓ توفر المصلحة على قسم الرعاية الاجتماعية والخدماتية في هذا المجال بتحديد خصائصهم الاجتماعية وتلبية احتياجاتهم الاجتماعية كون ان الانسان لا يستطيع العيش بمعزل عن الاخرين خاصة على ضوء الإعاقة التي يتميز بها هؤلاء الافراد

✓ وجود أخصائيين نفسانيين واجتماعيين داخل المؤسسة الاستشفائية بشكل يتيح تقديم فرص العلاج بطرق متكافئة، وهذا ما يرجع استجابتهم على الاستبيان بقدر متوسط فيما يخص انها تساهم بقدر متوسط في رعايتهم الشخصية لهذا المجال.

ومنه يمكننا القول ان خصوصية المستشفى في حد ذاته عند العمل في مجال الصحة الاجتماعية في سياق المواضيع التي تفتح الباب امام المريض في تنظيم انفعالاته و مدركاته لمرضه، و طبيعة المشاعر التي يحملها اتجاه الاخرين عامل مهم يجب التركيز عليه من اجل وصول الفرد الى نوع من التنظيم الذاتي، و العلائقي بينه و بين الأشخاص الاخرين.

❖ تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

من خلال عرض نتائج الفرضية الثانية بغرض معرفة ما إذا كانت هناك فروق، ذات دلالة إحصائية حول ما اذا توجد فروق في مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح المصحات الخاصة،

و للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم حساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، و معامل (T test) لاستجابات افراد العينة على الاستبيان الكلي ، و اتضح لنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى الى مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح المصحات الخاصة ، و عليه نجد ان الفرضية لم تتحقق

حيث قد تعزى هذه النتيجة الى الالتزام بالتواريخ المحددة لإجراء الفحوصات نظرا لتوفر الأدوية، أو تلك القوة البشرية المتمثلة في الأطباء بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة.

✓ استفادة غرف العلاج من التجهيزات اللازمة

✓ تعرض في كثير من الأحيان للأخطاء الطبية الناجمة عن نقص الموارد البشرية الناتجة عن الاكتظاظ ومنه الفرضية محققة من حيث النقائص في الامكانيات المتواجدة في المستشفيات الجزائرية الخاصة برعاية الاطفال

من خلال الجداول والاحصائيات نسبة كبيرة من المرضى وعمال القطاع راضين على نوع الرعاية المقدمة لكل من الحالات المتواجدة بالمؤسسة، واحساسهم بتحسن مستوى مصلحة الرعاية الطبية والاجتماعية التي تسمح بتقديم خدمات نوعية منها الخدمات الاجتماعية التي تؤهل الفرد للاندماج في تفاعلاته مع الاخرين بصفة طبيعية بعيدا عن تذكر المعاناة الاجتماعية التي يعيشها، و على هذا تعزى نتيجة هذه الفرضية الى النقاط التالية:

✓ تحسين السلوك والمعاملة في فضاء المؤسسة

✓ توفير الإمكانيات الازمة من تجهيزات وأدوية.

✓ توفير موارد بشرية كافية من أطباء مختصين وممرضات.

✓ توفي رعاية صحية للمرضى وتوعيتهم حول الرعاية الدورية مع اهتمام الطاقم الطبي والتزامهم بالمواعيد.

خامسا: استنتاج عام

هدفت هذه الدراسة الحالية الى الكشف عن مستوى الرعاية الاجتماعية، على ضوء متغيرات عديدة ومحاولة تبيان ما إذا كانت هنالك، فروق ذات دلالة إحصائية تعزى الى مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح المصحات الخاصة، بالإضافة الى تبيان دراسة مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي لدى عينة قدرت ب 50 مريضا في المؤسسة محل الدراسة وعلى ضوء معالجة البيانات الإحصائية نستطيع توصلنا الى:

✓ الرعاية الصحية المقدمة لا بد أن تتميز بدرجة عالية من تلبية احتياجات المرضى كونها مرتبطة بحياتهم وشفائهم.

✓ معاملة الأطباء والممرضين وعمال القطاع في المؤسسة الصحية تلعب دورا أساسيا في الرعاية الصحية ونفسية لمرضى القصور الكلوي.

- ✓ رضى العينة بشكل متوسط على نوعية الخدمات المقدمة - الاجتماعية والطبية، على ضوء عدم وجود فروق في وجهة نظرهم حول هذه الأخيرة
- ✓ الرعاية الصحية الجيدة تحقق رضا المرضى وتكسب ثقتهم وتحسن سمعة المستشفى.
- ✓ يجب أن تكون الرعاية الصحية وفق توقع مرضى القصور الكلوي باعتباره وسيلة للتطور.
- ✓ تعد الوسيلة الوحيدة لرضاء المرضى هو العمل على تحسين مستوى الرعاية الصحية والاجتماعية الحالية المقدمة لهم في المؤسسات الاستشفائية.
- ✓ وجوب تلقي المرضى واسرهم رعاية صحية متنوعة داخل المؤسسة الاستشفائية.
- ✓ كلما تحسن الخدمات كلما تحسن معها نوعية الرعاية المقدمة.

خلاصة الفصل

لقد تطرقنا من خلال هذا الفصل الى عرض نتاج الدراسة ومناقشتها من خلال الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، حيث قمنا بعرض وتفسير النتائج المتحصل عليها انطلاقا من الاستجابات المقدمة من قبل أفراد العينة، ثم قمنا بمناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة، وكذا على ضوء الدراسات السابقة، كما قمنا بعرض النتائج في جداول بسيطة و رسومات بيانية انطلاقا من المعطيات التي تم جمعها و بعدها تم الربط بين المتغيرات الدراسة باستخدام جداول مركبة، ومن خلال ما سبق ذكره تم استخلاص النتائج العامة للدراسة، والتي تبقى محصورة على هذه الدراسة وعينتها المختارة.

التوصيات والمقترحات

في ضوء النتائج التي توصلنا اليها في دراستنا الحالية والتي أظهرت ان مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي متوسطة ، كما بينت كذلك مخرجات هذه الدراسة ان مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي مرتفع ، و أظهرت كذلك أيضا انه لا توجد فروق في ذات دلالة احصائية مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح المصحات الخاصة و من خلال هذا نستطيع تقديم التوصيات التالية:

- ضرورة الاهتمام بتوفير خدمات متنوعة لرعاية مرضى القصور الكلوي والتعرف على أهم احتياجاتهم.
- العمل على توفير الوسائل والمعدات الطبية اللازمة في المستشفيات لتحسين من رعاية مرضى القصور الكلوي.
- الاهتمام أكثر بتوعية المرضى وتقديم النصائح والارشادات لهم وكذلك الإجابة على تساؤلاتهم وانشغالاتهم فيما يخص صحتهم الاجتماعية ومدى التكيف الاجتماعي.
- اثناء المؤسسات الاستشفائية بموارد بشرية متكونة من أطباء ومختصين جراحين وممرضات لتغطية احتياجات كل المرضى وتقليل ضغط العمل.
- كما نقترح أيضا اجراء مثل هذه الدراسة على عينة أوسع لتعزيز النتائج المتحصل عليها.

خاتمة

تجدر الإشارة في اخر هذه الدراسة في ضوء النتائج المتحصل عليها الى القول بأن الرعاية الصحية والاجتماعية تتمثل في مجموعة الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية لرفع المستوى الصحي للأفراد

كما تعد الرعاية الصحية لمرضى القصور الكلوي في المستشفيات الجزائرية أمر لا يبد منه، من خلال الاهتمام بأهم مقومات صحة الافراد فيها خاصة و ، مرضى الاعاقات بمختلف أنواعها ، ذلك لأن الرعاية بصحة مرضى القصور الكلوي تساعد على تشخيص المشاكل والمخاطر المحتملة، وبالتالي التعرف على حالات مضاعفات المرض و مخاطر تطوره التي تتطلب عناية خاصة ومراقبة دائمة، كما تتأثر الرعاية الصحية للفرد المصاب بنوع الرعاية التي يتلقاها من المؤسسات الاستشفائية، فغالبا ما تكون جيد، حيث تعد الحالات المتواجدة في المؤسسات من شرائح المجتمع، التي يجب حماية صحيا.

ولرفع مستوى الرعاية الصحية للمرضى يتطلب إجراءات لضمان رعاية صحية متكاملة، انطلاقا من خدمات الرعاية الصحية وتحقيق الوعي الصحي، وتوفير المستشفيات والإمكانيات اللازمة من موارد بشرية كالأطباء والممرضين وقابلات ...، وأدوية، النظافة، اللقاحات، رعاية دورية، معاملة جيدة من قبل عمال القطاع لكسب ثقتهم بشكل مباشر

فمن خلال دراستنا لهذا الموضوع، نستخلص أن الرعاية الصحية لمرضى القصور الكلوي في المستشفيات الجزائرية لا زال لا يرتقي الى المستوى المطلوب، وذلك لمعانات المستشفيات من نقائص من جهة، ونقص التنقيف الصحي بالنسبة لعمال القطاع من جهة أخرى.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- 1- أحمد مجدي حجاري: العولمة بين التفكك وإعادة التركيب، القاهرة، الدار المصرية السعودية، (دت).
- 2- أحمد محمد السنهوري، مدخل ونظريات ونماذج الممارسة المعاصرة للخدمة الاجتماعية، القاهرة، دار النهضة العربية، (1998).
- 3- إسماعيل سلام، استراتيجيات الرعاية الصحية في مصر، المؤتمر السنوي السابع عشر للجمعية المصرية للطب والقانون، الإسكندرية (1999).
- 4- إسماعيل يوسف وآخرون، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، (2008).
- 5- إقبال محمد بشير وآخرون، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، (2017).
- 6- البنك الدولي للإتشاء والتعمير: تقرير عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة مؤشرات التنمية الدولية. القاهرة: ترجمة مركز الأهرام للترجمة والنشر، (1999).
- 7- ردينة عثمان يوسف: التسويق الصحي والإجتماعي، دار المناهج، د.ط، عمان، الأردن، 2008.
- 8- ردينة يوسف عثمان، التسويق الصحي والإجتماعي، عمان، الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، (2008).
- 9- زهير الكرمي: الاطلس العلمي، فيزيولوجيا الانسان، دار الكتاب اللبناني، ط1، بيروت، 1988.
- 10- سعفان حسن شحاته: الخدمة الاجتماعية- ميدانها وتاريخها وبرامجها ومناهجها، مكتبة الانجلو المصريه، ب ط القاهره 1990.
- 11- سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، البحيرة، مطبعة البحيرة، (2017).
- 12- السويداء، المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي، ط 1، دار وهج الحياة للنشر، المملكة العربية السعودية، 2010.
- 13- شيلي تايلور، علم النفس الصحي، دار حامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، 2008.
- 14- عاطف لماضة: أمراض الكلى والفشل الكلوي، دار النصر، مصر، 2001.

قائمة المصادر والمراجع

- 15- عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب، ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والاجتماعية، مرجع سبق ذكره، (2002).
- 16- عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب، ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية والاجتماعية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، (2001).
- 17- عبد الكريم السويداء: المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي، ط1، دار وهج الحياة للنشر، المملكة العربية السعودية، 2010.
- 18- عبد الله محمد عبد الرحمن، علم الاجتماع الطبي "مداخل نظرية ودراسات تطبيقية"، الإسكندرية، مطبعة البحيرة، (2009).
- 19- عبد المهدي بوعانة: إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية - مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد، ط1، عمان، الأردن، 2003.
- 20- علي لطفى التخطيط الاقتصادي، القاهرة، دار المعارف، (1983).
- 21- غرهارد سبيكويس، توماس فندلر، التطورات في تكنولوجيا الرعاية الطبية-تشكيل مستقبل الرعاية الطبية (سلسلة كتب التقنيات الاستراتيجية والمتقدمة) ت: حاتم النجدي، ط1، بيروت، 2015.
- 22- غوارى مليكة: إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، الطبعة العربية، عمان، الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2016.
- 23- فريحات حكمت: مبادئ الصحة العامة، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1988.
- 24- فوزي شعبان مذكور: تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، د.ط، الجزائر، 1998.
- 25- فيصل محمود غريبه، الخدمة الاجتماعية الطبية، الأردن، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، (2008).
- 26- ماهر أبو المعاطي علي، الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي و رعاية المعاقين، مكتبة زهراء الشرق، (2018).
- 27- ماهر أبو المعطي علي، الاتجاهات الحديثة في تسويق الخدمات الاجتماعية وتكنولوجيا المعلومات "أسس نظرية - نماذج تطبيقية - دراسات ميدانية"، الإسكندرية، (2013): المكتب الجامعي الحديث.
- 28- محمد أبو زيد: الفشل الكلوي الوقاية والعلاج، دار المعارف للنشر والتوزيع، ط1 القاهرة، 2006.
- 29- محمد الصيرفي، التسويق الصحي، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، (2016).

قائمة المصادر والمراجع

- 30-محمد صادق صبور: أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها، دار الشروق، ط1، القاهرة، 1994.
- 31-محمد علي البار: الفشل الكلوي وزرع الاعضاء، دار القلم للطباعة والنشر، ط1، دمشق، 1992.
- 32-محمود محمد الكردي، التخطيط للبيئة الصحية، الإسكندرية، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، (2018).
- 33-مصطفى محمود مصطفى، نحو تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في ضوء معايير الرعاية الصحية بالريف، بحث منشور في المؤتمر العلمي التاسع عشر، المجلد السادس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، (2006) .
- 34-منظمة الصحة العالمية: طلب المجتمع، الكتاب الطبي الجامعي، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2018 .
- 35-منظمه الصحة العالمية: التنقيف من اجل الصحة، المكتب الاقليمي للشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1989.
- 36-المؤسسة العامة لتدريب التقني والمهني: التنقيف الصحي، الإدارة العامة لتصميم وتطوير المناهج، ط1 الأولى، المملكة العربية السعودية، 2008.
- 37-نجيب الكيلاني: التنقيف الصحي للطلاب وافراد المجتمع، دار الصحوة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر، 2013.
- 38-نخبة من الأطباء الاختصاصيين، أمراض الكلى والمسالك البولية، (سلسلة وصفة طبية)، مجموعة النيل العربية، ط1، القاهرة، مصر، 2001.
- 39-نصر خليل محمد عمران ، تحديات ممارسة الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية والتخطيط لمواجهتها: ، بحث منشور ، ، العدد السادس ،(2002)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان .
- 40-هاشم صادق حمودي واخرون: دليل التنقيف الصحي، وزاره الصحة العراقية، ط1، العراق ،2012.
- 41-هالة عبد كامل مدوخ: مرضى الفشل الكلوي المزمن في محافظات غزة (رسالة ماجستير، الجغرافيا الطبية)، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين، 2013.

قائمة المصادر والمراجع

- 42- الهيئة العامة للتخطيط العمراني، دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية، وزارة السكان، (2014).
- 43- وزارة الصحة والسكان، الإصلاح الصحي بين النظرية والتطبيق، القاهرة، الإدارة المركزية للدعم الفني والمشروعات، (2002).
- 44- وزارة الصحة والسكان، رسم ملامح السياسة الصحية في جمهورية مصر العربية، جمهورية مصر العربية، (2015).
- 45- السعيد الناصري: التغذية العلاجية في الطب النبوي، مؤسسه الامه للنشر والتوزيع، ط1، مصر، 2019.
- 46- ديفيدسون: أمراض الكلية والجهاز التناسلي، ت: محمد عبد الرحمن العينية دار القدس للعلوم، ط1، دمشق، 2005.
- 47- منى خليل عبد القادر: التغذية العلاجية، مجموعه النيل العربية، ط2، القاهرة، مصر، 2004.
- 48- منال بدرساوي وآخرون: دليل مرضي الغسيل الكلوي التغذوي، جامعة النجاح الوطنية- نابلس، جامعة بولتيكنيك فلسطين، دس.
- 49- ابراهيم عبد البادي محمد المليجي: الرعاية الطبية والتأهيلية -من منظور الخدمة الاجتماعية (سلسله جدران المعرفة) بدن، ب ط، الاسكندريه، 2006 .
- 50- مدحت أبو النصر: الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي المجموعة العربية للتدريب والنشر، ط1، القاهرة، 2017.

المذكرات والأطروحات:

- 1- رشيد رزقي، الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن (رسالة ماجستير، علم نفس الصحة)، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والإسلامية،
- 2- فاطمة الزهراء تيلاني: التمثيل العمالي، النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية في المنظومة الصحية الجزائرية، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة2، الجزائر، 2013.

قائمة المصادر والمراجع

2-هناك جمال علمي احمد، تقييم فعالية خدمات الرعاية الاجتماعية بوحدات طب الأسرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان،(2000).

المجلات:

3-أبي سعيد الديوجي، عادل محمد عبد الله، النوعية والجودة في الخدمات الصحية "دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة"، بحث منشور في مجلة تنمية الرافدين، العدد 73، المجلد 25، (2003).

2-المبروك بن يطو، ربيعة رميشي: (مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية: دور الجمعيات الصحية في التنقيف الصحي لدى مرضى القصور الكلوي) العدد1، 2021 جامعة تيزي وزو، الجزائر.

المراجع الأجنبية :

- 1-MAXIME RAFFRAY: Étude des parcours de soins des insuffisants rénaux chroniques. Terminaux ayant démarré la dialyse en urgence par une approche méthodologique mixte. (thèse de doctorat, santé publique), école doctorale, biologie santé, université de Rennes, France.
- 2- MOHP, Egypt Service provision Assessment (ESPA) Survey, Overview of the health in Egypt .
- 3- Mile FOURNAUX Coralie : insuffisance rénale chronique a l'officine : prévention et prise en charge (thèse d'obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie), la faculté de pharmacie de Marseille, université de Marseille, France
- 4- BADR IDTALAB : l'insuffisance rénale chronique : diagnostic et thérapie (thèse pour obtenir diplôme d'état docteur en pharmacie), faculté de médecine, de pharmacie e d'odontostomatologie, université cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, 19/06/2009, p36.
- 5-Lethinen, V. and Lethinend, R. Two Approach to service quality dimensions, service industries Journal, vol. 16. no3, (1999)
- 6 - Howard Barnum Evaluating Health Days of Gained From Health Projects, Journal of Social and Medicine m Jun2016

1. <https://www.un.org/ar/universal-declaration-human-rights>، 2023/04/25 سا 23:55
2. <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/kidney-failure/symptoms-causes/>.
مصحة مايو، الفشل الكلوي الحاد، 18/01/2023 20:00 سا
القصور الكلوي الحاد مع د: أحمد محمد عبد الوهاب دكتور كلى بالمنصورة، 3yadtti
https://youtu.be/jUft_0upq
4. <https://www.kidneyeducation.com/Arabic/Prevention-of-Kidney-Diseases/518> ، الوقاية من أمراض الكلى، 2023/03/5، 20:00 سا. <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/chronic-kidney-disease/diagnosis-treatment/drc> ، مرض الكلى المزمن، 2023/02/07 ، 15:00 سا.
5. <https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/Diseases/Urlogy/Pages/006.aspx#> ، 2023/02/07 ، 16:00 سا.
6. الجزائر تستعد لإطلاق برنامج لنزع أعضاء المتوفين وإعادة زرعها للمرضى، <https://www.alaraby.co.uk/society/>، 2023/02/10، 21:00 سا.
7. <https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/Diseases/Urlogy/Pages/006.aspx#> ، 2023/02/07 ، 16:00 سا.