

**إدارة الحالة كنموذج في خدمة الفرد للتخفيف من المشكلات الاجتماعية لمرضى انتكاسة
الالتهاب الكبدي الوبائي الفيروسي**

إعداد

جيهان محمد عبدالجواد

باحثة دكتوراه بقسم طرق الخدمة الاجتماعية
جامعة الفيوم.

2023م

ملخص البحث

إن الانتكاسة في حد ذاتها بالكارثة، إنما هي حدث إجرائي ينبغي أخذه في الاعتبار عند خضوع المريض المصاب لبرامج علاجية مهما كان نوعها، فالهدف الأسمى لبرامج العلاج هو منع الانتكاسة أو إطالة فترة العلاج، أو تخفيف مستوى الألم وتعلم الاستعمال الخفيف كمراحل أولية في العلاج يمكن التعامل معها، والتأكيد على تبصير المريض بصعوبة مرضه ومساعدته في تجنب مواقف الانتكاسة بقدر الإمكان من خلال المتابعة المستمرة، وتستهدف الدراسة اختبار فاعلية نموذج ادارة الحالة في خدمة الفرد في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لدى مرضى انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي " C ". وذلك بالتطبيق على عينة من مرضى الالتهاب الكبدي الوبائي في مستشفى الفيوم العام " مركز وحدة الفيروسات ". وذلك بتطبيق برنامج التدخل المهني على مجموعتين ضابطة وأخرى تجريبية بواقع (15) حالة.

وتوصلت الدراسة إلى أن أعلى عائد من التدخل المهني قد تحقق مع الحالات (السابعة، والعاشر، والثالثة عشر)، حيث وصل فرق القياس القبلي والبعدي لتلك الحالات إلى (74) درجة، وتلك هي أعلى درجة للتدخل المهني مع حالات مرضى انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي الفيروسي سي، وأن أقل عائد للتدخل المهني من بين الحالات كان للحالة الأولى للقياس القبلي والبعدي بدرجة (56) وهي أقل درجة حصلت عليها حالة من بين حالات برنامج التدخل المهني، وجاءت درجات الفروق للقياس القبلي والبعدي للحالات بين درجة (56: 74) وهذا يوضح أن هناك فروقاً بين الحالات أظهرتها درجات القياس القبلي والبعدي في مدى تأثير برنامج التدخل المهني في تحقيق أهدافه من التخفيف من المشكلات الاجتماعية لمرضى الانتكاسة من الالتهاب الكبدي الوبائي الفيروسي (C).

الكلمات المفتاحية: إدارة، حالة، انتكاسة، فيروس، سي

Summary

The relapse in itself is a disaster, but it is a procedural event that should be taken into account when the affected patient undergoes treatment programs of any kind. With it, and emphasizing the patient's insight into the difficulty of his disease and helping him avoid relapse situations as much as possible through continuous follow-up. The study aims to test the effectiveness of the case management model in serving the individual in alleviating the social problems of hepatitis C relapse. This was applied to a sample of hepatitis C patients at Fayoum General Hospital, "Virus Unit Center". By applying the vocational intervention program on two control groups and an experimental one with (15) cases.

The study found that the highest return from professional intervention was achieved with cases (seventh, tenth, and thirteenth), where the pre- and post-measurement difference for those cases reached (74) degrees, and this is the highest degree of professional intervention with cases of patients with relapse of viral hepatitis C. C, and that the least return to the vocational intervention among the cases was for the first case for the pre and post measurement with a score of (56), which is the lowest score obtained by a case among the cases of the professional intervention programme. There are differences between the cases shown by the scores of the pre and post measurement in the extent of the impact of the occupational intervention program in achieving its objectives of alleviating the social problems of patients who have relapsed from viral hepatitis (C).

key words

management, case, relapse, virus, c

مقدمة:

إن ظاهرة انتشار الأمراض تعد أحد أخطر المشكلات التي تؤرق المجتمع وتشكل خطراً كبيراً على أفراد وليس المصابين أو الحاملين للمرض فقط بل أن الظاهرة المرضية قد نالت قدرًا من الاهتمام خاصة من لديهم نوعًا من الانتكاسة والتي هي بحاجة إلى مزيدا من الدراسات العلمية، كونها تشكل عقبة حقيقية تحول دون إمكانية تحقيق العلاج لأهدافه المرجوة، إذ يبقى نجاح هذا الأخير مرهونا بعدم انتكاس المريض والحامل للفيروس وعودته إلى العلاج مجددا بعد انتهاء فترة العلاج، الشيء الذي يتطلب تضافر الجهود من قبل المتخصصين الطبيين والأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين وغيرهم من الفاعلين في الميدان حتى يمكنوا المريض من اكمال فترة علاجه وضمان عدم حدوث انتكاسة له مرة اخرى

أولاً: مشكلة الدراسة:

وهناك علاقة بين الصحة والتنمية فكلما ارتفع المستوى الصحي للعنصر البشري أدى ذلك إلى زيادة الإنتاج فجزء كبير من التقدم الصحي يعتمد اعتماداً كلياً على التقدم الاقتصادي والتعليمي فالصحة الجيدة للعنصر البشري في النواحي الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية هي أساس نجاح برامج الرعاية الاجتماعية لتنمية المجتمع. (Roland Federico 1989,16)

وتعتبر الرعاية الصحية هي إحدى مجالات الرعاية الاجتماعية التي توليها المجتمعات اهتماماً كبيراً، وبفضل التقدم العلمي تدخلت الخدمة الاجتماعية في تعديل الآثار الاجتماعية والنفسية، بالإضافة إلى تحسين أسلوب ومستوى الخدمات العلاجية والاجتماعية المقدمة للمريض في المؤسسات الطبية. (المليجي، 1991م، 71)

ولذلك تعد الرعاية الصحية سواء العلاجية أو الوقائية من مجالات التنمية الاجتماعية ولكي ينجح العلاج الطبي فإنه لا يجب التعرف على المرض الذي يصيب الإنسان فقط بل التعرف على ظروف المريض الاجتماعية والنفسية والثقافية فعلاج المريض دون النظر إلى هذه الظروف يعتبر إغفالاً لعوامل أساسية تؤثر على سير المرض وتعرقل الاستفادة من العلاج خاصة بعد اعتراف الأطباء بأن تجاهل العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية في ممارسة مهنة الطب يجعل هذه الممارسة متدنية وفي وضع غير مستقر ومن ثم يؤثر هذا على اتخاذ القرار المناسب للتعامل مع بعض الأمراض. (الباهي، 2004م، 629)

وتولي مصر كإحدى الدول النامية اهتماماً كبيراً بالرعاية الصحية وخاصة في البرامج الوقائية التي تهدف إلى منع حدوث المرض إيماناً منها بأهمية الوقاية للفرد والمجتمع ومن خلال ذلك أخذت وزارة الصحة والسكان على عاتقها وضع استراتيجية عامة للتعامل مع الأمراض الخطيرة وذلك من خطة قومية للكشف المبكر عن تلك الأمراض. (محمود، 2008م، 120)

وللمرض معاني متعددة تختلف باختلاف الأفراد فهو يشمل على نواحي طبية واجتماعية واقتصادية ويؤثر المرض على الفرد بطرق مختلفة إما مباشرة، أو غير مباشرة وله نتائج خاصة على الأفراد والمجتمعات، والمرض يحدث من قصور عضو وأكثر من أعضاء الجسم على القيام بدوره خير قيام، كما يحدث أيضاً إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها. (المليجي، 2012م، ص86)

المرض مما يشكل خطورة على حياة الإنسان ويغير من أدواره وأدائه وإن كان بصفه مؤقتة إلا أنه في حاله مرضي الكبد تزداد الخطورة وتحدث تغيرات جذرية في الأدوار وضعف شديد في أداء المريض لفترة طويلة، حيث يتسم المريض بطول فتره العلاج وطبعته في التأثير والتأثر بالعوامل الاجتماعية بجانب تأثره بالبيئة المحيطة من الأهل والأصدقاء والزملاء وفزعهم تجاه هذا المرض. (الهادي، 2000م، ص292).

وهذا ما اشارت اليه دراسة " شادية عبدالخالق " (2004) والتي اوضحت ان مريض التليف الكبدي يعاني من بعض الاضطرابات مثل اضطرابات النوم الشعور بالتعب وعدم الوعي بالذات، القلق والاكتئاب والقصور في جودة الاداء المهني.

كما هدفت دراسة " بدر محمد " (2003) والتي بعنوان استخدام نموذج التدخل في الأزمات للتخفيف من حدة أزمة مرض التهاب الكبد إلى تخفيف حدة أزمة مرض التهاب الكبد باستخدام نموذج التدخل في الأزمات وذلك من خلال التخفيف من المشاعر السلبية لدى مريض التهاب الكبد خلال فترة المرض، والتخفيف من الآثار المباشرة الناتجة عن مرض التهاب الكبد، وأيضاً تدعيم القدرات الإيجابية لمريض التهاب الكبد.

ويعتبر مرض التهاب الكبد من الامراض المزمنة والمعدية في آن واحد وهو مرض فيروسي يصيب الاطفال والبالغين، ويكون بدء المرض عادة فجائياً ويكون فيه المريض مصدراً لعدوى غيره.

وطبقاً للموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية، يعاني ما يتراوح بين (130-150) مليون شخص على مستوى العالم من عدوى مزمنة بالتهاب الكبد C، ويموت نحو (700000) سبعمائة الف شخص سنوياً من جراء أمراض الكبد المرتبطة بالتهاب الكبد C فيروسي ويمكن للأدوية المضادة للفيروسات ان تشفي نحو 90% من المصابين بعدوى التهاب الكبد C. ([www.Who.Int/factsheets/mediacentre/\(1\)www.Who.Int](http://www.Who.Int/factsheets/mediacentre/(1)www.Who.Int))

وتعتبر مصر من أعلى النسب في الإصابة بالمرض عالمياً، فوفقاً للجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء تصل نسبة الإصابة الى 23% من مجمل السكان، حيث تصل نسبة العدوى الى 14.7% من المصريين ما بين الى 15-60 عاماً، ونسبه العدوى به تصل الى 25% للأشخاص فوق 50 عاماً، بينما يولد سنويا 10 آلاف طفل مصاب فيرس C والنتائج التقديرية لعام 2017 توضح بأن نحو 290 ألف شخص في مصر سيصابون بالفيروس. (populationclock.aspx/pages/www.capmas.Gov.eg)

وتشير الإحصائيات بمحافظة الفيوم الي ان عدد إجمالي المرضى الذين يعانون من التهاب الكبد الوبائي الفيروسي " C " المترددين على وحدة الفيروسات بمستشفى الفيوم العام بلغ عددهم (1117)، بينما وصل عدد المرضى المنتكسين الذين يعانون من التهاب الكبد الفيروسي " C " (805) والذين تم صرف علاج لهم عدة مرات ولم يستجيبوا للعلاج. (سجلات وحدة الفيروسات بمستشفى الفيوم العام، 2017)

والأمر الذي يدعو للاهتمام بالمرض خاصة بعد مرحلة التعافي هو العود للانتكاسة كتحدٍ أساسي لعملية العلاج. وهي في نفس الوقت جزء من العملية العلاجية، فلا يوجد ما يسمى بالانتكاسة إلا في رحلة علاجية، فالمريض الذي لا يتردد على العلاج ومحاولات التوقف لا يعرف الانتكاسة، على خلاف من يمر بخبرة علاجية يوقف فيها لفترة عن العلاج أو المتابعة، فبمجرد أن يتمتع المريض بصحته دون العود للمرض يعد مكسباً صحياً

واقتمادياً ونفسياً (عبد الله عسكر، 2005م، ص 97). وهذا ما أكدت عليه دراسة (الصدقي 2020م) بضرورة تنمية الجوانب الايجابية عند مواجهة المشكلات للتقليل من حدة المشكلة، ومساعدة المريض على التخلص من العزلة الاجتماعية، وتوعية الاسرة بطريقة التعامل مع المرض بعد العلاج وخلال فترة التعافي، حتى لا تتجدد الاصابة مرة أخرى أو يقع المريض في مرحلة الانتكاسة.

ومن الواضح أن هناك الكثير من الانتكاس التي تعرف بين اوساط المعالجين إذ أن هناك ما يعرف بانتكاس عقيل، وانتكاس بدين، وعاطفي، فالانتكاس العقيل هو الشغف لتناول المخدر، أو الكحول، والتفكري في الأشياء المرتبطة بالاستخدام السابق لنمط الحياة، أصدقاء السوء، والبحث عن فرص الانتكاس، أو التخطيط للانتكاس، والانتكاس العقيل قد يؤدي إلى الانتكاس البدين، وهو البدء باستخدام العقاقير بعد انتهاء فترة العلاج والشفاء من علاج المرض، أما الانتكاس العاطفي فمن علاماته العزلة المستمرة، عدم حضور الاجتماعات، التركيز على الآخرين، التركيز على عادات الأكل والنوم الضعيفة (Holzel 2011, p11).

وترجع الانتكاسة أو فشل العلاج إلى المناحي العلاجية التقليدية التي تركز على التوجيهات السلبية (Negative Directives) كوسيلة لتغيير سلوك المريض الصحي والحياتي وهذه التوجيهات السلبية من شأنها أن تقلل التقدير الذاتي للمريض، حيث إنها تخبرهم بما يجب ألا يفعلوه دون أن تخبرهم بكيفية البحث عن مصادر أخرى بديلة لما يجب أن يفعلوه من تغير نمط الحياة (Tierney, 1990, p, 143).

إن الانتكاسة في حد ذاتها بالكارثة، إنما هي حدث إجرائي ينبغي أخذه في الاعتبار عند خضوع المريض المصاب لبرامج علاجية مهما كان نوعها، فالهدف الأسمى لبرامج العلاج هو منع الانتكاسة أو إطالة فترة العلاج، أو تخفيف مستوى الألم وتعلم الاستعمال الخفيف كمراحل أولية في العلاج يمكن التعامل معها، والتأكيد على تبصير المريض بصعوبة مرضه ومساعدته في تجنب مواقف الانتكاسة بقدر الإمكان من خلال المتابعة المستمرة للمريض خارج المستشفى (السيد، 2011م، ص 164). وهذا ما اشارت إليه دراسة (معوض 2021م) بأن الانتكاسة هي مرحلة لاحقة تتضمن مرحلة العلاج والتي يجب أن تتحدد وفق معاملات التوجيه والمتابعة أثناء مرحلة العلاج وبعد انتهاء فترة العلاج والتي يعمل فيها الفريق المعالج على توعية وتبصرة المريض بكيفية المحافظة على ذاته. وهذا أيضاً ما اشارت إليه دراسة (By Kelly 2018) بأن الانتكاسة مرحلة العود الناتجة عن المشكلات التي قد تحدث نتاجاً لخلل في البرنامج العلاجي والتي يمكن أن يكون أحد مسببته وشارت الدراسة أيضاً إلى ان العوامل الاجتماعية هي محدد مؤثر بشكل كبير على حدوث الانتكاسة للمرضة وعود المرض لهم بصورة أخرى قد تكون بشكل أكبر.

وفي هذا الشأن اتجهت دراسة (عبيد 2020م) إلى أن هناك فعالية للبرنامج المستخدم في تحقيق الدعم الاجتماعي وأن الوقاية من الانتكاسة تتحدد وفق العوامل المرضية المرتبطة بالانتكاسة، وأن ضعف مستوى

الدعم الاجتماعي يؤدي إلى حدوث الانتكاسة لدى المرضى وكذلك دراسة (Geibel 2018) دراسة والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وعلاقته بحدوث الانتكاسة، وبينت أهم نتائجها أن الحالات التي تلقت الدعم ظلوا متعافين وتجنبوا العودة مرة أخرى لمحدثات المرض.

وأشارت دراسة " سالم صديق أحمد " (2000) والتي كانت بعنوان " نموذج انتقائي في خدمة الفرد للتعامل مع أزمة المرض " إلى أن المرض يعتبر أزمة يتعرض لها الفرد، وتتلو هذه الأزمة مجموعة من المخاوف والقلق وعدم التوازن والاستقرار وقلّة زيارات الأسرة والاضطرابات في الاستقرار الأسرى بعد حدوث المرض، وأشارت الدراسة إلى فاعلية النموذج مع تلك المظاهر .

وللخدمة الاجتماعية أساليبها الخاصة في التعامل مع الحالات، والظواهر الاجتماعية المختلفة لأجل حل المشكلات الاجتماعية، حيث تمثل الخدمة الاجتماعية مجموعة الجهود والخدمات الإنسانية المختلفة التي يتم تقديمها بطرق علمية منظمة ومعروفة، والتي يمارسها أخصائيو اجتماعيون تم إعدادهم إعدادًا علميًا بغرض تقديم الخدمات العلاجية والوقائية والإنمائية، بما يساعد على تلبية ومقابلة احتياجات الإنسان كفرد أولاً، وعضو في الجماعة أو المجتمع ثانيًا، وذلك من خلال المؤسسات الاجتماعية التي تمارس من خلالها مهنة الخدمة الاجتماعية. (الشهري، 2008، 20).

فبرامج التدخل المهني للخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة تطورًا سريعًا خلال العقدين الماضيين وبرزت ملامح هذا التطور في الانتقال من التركيز على عوامل تفسيرية لا الشعورية بعيدة عن القياس الملاحظة إلى عوامل ومسببات إجرائية تخضع لجوانب القياس الإكلينيكي والملاحظة العلمية الدقيقة التي تقترب من الاتفاق وتبعد عن التحيز، وسعت إلى تطوير أساليبها وتقنياتها في الممارسة من خلال تقدم أفضل التدخلات المهنية التي تتمتع بمستوى عال من الكفاءة والفعالية فري آن واحد، وهذا المطلوب، ليس حديثًا بل يعد من المطالب الرئيسية للمهنة فقد ركزت الكتابات الأولى للمهنة على أهمية السعي الحثيث نحو تبني كل ما من شأنه أن قدم ممارسة تتمتع بمستوى عل من التقنين، فكان المنهج العلمي هو الوسيلة الرئيسية التي رأى ممارسو الخدمة الاجتماعية أنها ستؤدي للوصول للتدخلات مبنية على شواهد واقعية تم التحقق منها باستخدام المنهج التجريبي أو ما يعرف بالمنهج الأمبيريقى Method Empirical في الكتابات التي نشرت مع بداية ظهور مهنة الخدمة الاجتماعية (علي، 2020م، ص113).

ولقد ظهر مفهوم إدارة الحالة كرد فعل ووسيلة لمساعدة العملاء " أفراد، وأسر " في التعامل مع المجتمع الذي يزداد تعقيدًا، وفي مقابل ذلك التعقيد، توجد أنساق خدمات إنسانية معقدة وغير كافية، وهنا ظهرت إدارة الحالة كوسيلة لتنسيق وتوزيع الخدمات علي العملاء في مختلف مجالات الخدمات الإنسانية بالمؤسسات المختلفة. (Shoal, 2006,24).

وهذا ما اكدت عليه دراسة " فوزى محمد الهادي " (2001) والتي هدفت الى تحديد طبيعة الدور الذي يمكن أن يمارسه الأخصائي الاجتماعي لإدارة الحالة الفردية بالمؤسسات الإيوائية، وكذلك واقع الممارسة المهنية فيما يتعلق بإدارة الحالة، وأشارت في نتائجها إلى وجود أسباب ودواعي يتطلب معها ضرورة قيام الأخصائي الاجتماعي بدوره كمدير للحالة ومن تلك الاسباب عدم كفاية امكانيات المؤسسة لمقابلة جميع احتياجات العملاء، كذلك ما يتطلبه من رعاية المودعين بالمؤسسة من الحصول علي خدمات مؤسسات اخري متنوعه.

ومنذ ذلك الوقت وإدارة الحالة تستخدم في مجالات متنوعة: كالصحة النفسية، والعقلية، واحتياجات الأسرة، والاقتصاد، والتكنولوجيا، والشئون المالية، والعمالة، والعنف المنزلي، والعدالة الجنائية، والمحاكم، والسجون، والصحة والتعليم، وإدمان المخدرات، والإسكان، ودعم الأسرة. (Central Regional Office, 2004, 2)

وأوضحته دراسة (سونو تماكي وآخرون (Sono, Tamaki, et al 2012) في نتائجها إلى فاعلية نموذج إدارة الحالة القائمة على التوعية في مساعدة الأشخاص المصابين بمرض عقلي شديد من خلال توفير فريق متعدد التخصصات، والعمل على تقديم الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية من خلال تحسين الأداء الاجتماعي، والكفاءة الذاتية، ودعم أفراد الأسرة والمحيطين الذين يقدمون الرعاية للعملاء. (Sono, 2012, 463-470)

ومن منطلق الدراسة الاستطلاعية التي قامت بها الدارسة والدراسات والسابقة يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في " اختبار اسلوب إدارة الحالة في خدمة الفرد والتخفيف من حده المشكلات الاجتماعية لمرضى انتكاسة الانتهاب الكبدي الوبائي الفيروسي C ." .

مفاهيم الدراسة:

1- مفهوم إدارة الحالة:

لقد انتشر الاهتمام بإدارة الحالة الفردية بسرعة في السنوات الأخيرة خاصة في العمل مع حالات الأسر، والرعاية الإيوائية ، وبالمجال النفسي، ومجال رعاية الطفل، الأمر الذي جعل الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بالولايات المتحدة الأمريكية تعتبر وتحدد إدارة الحالة في كونها واحدة من إحدى عشرة وظيفة يقوم بها الأخصائي الاجتماعي. (الهادي، 2000م، ص 175)

وتعرف إدارة الحالة على أنها طريقة لحل مشكله ما، والتي تستند على مزيج من الكفاءة الإدارية جنبًا إلى جنب مع مهارات الخدمة الاجتماعية والعلاقات الإنسانية. (كواشيد، 2000م، 25)

وتُعرف بأنها عبارة عن أسلوب مهني أو مجموعة من الأساليب التي تختلف باختلاف الخدمات المهنية الاجتماعية، أي أنها تساعد أخصائي خدمة الفرد في تقدير احتياجات العميل والعملاء، كما أنها

ترتبط بالعديد من المتغيرات على سبيل المثال المدى الزمني، الترتيب، الإرشاد، التقييم، وتستخدم إدارة الحالة في خدمة الفرد لكافة المستويات، وكذلك تعتمد على العلاقة العلاجية مع العميل، والتي تتطلب التعاون مع مختلف الأنساق التي يتعامل معها الفرد. (همام، 2005م، ص 174)

من خلال العرض السابق للمفاهيم المختلفة لإدارة الحالة، يمكن أن تستخلص الباحثة مفهوم إدارة

الحالة إجرائياً في هذه الدراسة في الآتي:

1. أسلوب يتبعه الأخصائي الاجتماعي باعتباره قائماً علي إدارة الحالة.
2. إجراءات تعمل على تنسيق كل أنشطة المساعدة لصالح مرضي انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي.
3. هذه الإجراءات تهدف إلى تمكين العديد من العاملين في المجال الطبي من تنسيق جهودها لصالح مرضي انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي.

مفهوم مرض الالتهاب الكبدي الوبائي:

إن الالتهاب الكبدي يعد من الأمراض المعدية التي تنتج عن العدوى بكائنات حية أو فيروسات ويعد من الأمراض السارية لأنها تنتقل من شخص لآخر ويعد من أهم الأمراض في مصر، ويحدث في جميع الأعمار ويجوز عزل المرض لعدم أنتشاره. (وزارة الصحة والسكان، 1999، 251)

الالتهاب الكبدي حالة مرضية تصف بوجود الالتهاب بأنسجة الكبد وسببها الشائع الغالب هو حدوث عدوى فيروسية لأنسجة الكبد، لكنها قد تحدث كذلك بسبب تناول الخمور (الكحول)، أو بسبب تناول بعض العقاقير المعينة كأحد الأضرار الجانبية لهذه العقاقير، أو بسبب التعرض لبعض المواد السامة. (الحسيني، مرجع سبق ذكره، 15)

وتعرف الباحثة الالتهاب الكبدي الوبائي C طبقاً لدراساتها: بأنه هو مرض يسببه فيروس C الذي انتقل المريض عن طريق العدوى مما أدى ذلك المرض الى تعرض المريض للكثير من بعض المشكلات الاجتماعية المتمثلة في:

(أ) مشكلة ضعف العلاقات الأسرية (طلاق - نقص علاقة الأبناء مع بعضهم - نقص التكيف).

التهاب الكبد الفيروس:

هو مرض فيروسي ينتج عنه انتفاخ والتهاب الكبد، أعراضه الغثيان والحمى والضعف العام، وفقد الشهية، واليرقان، ويرتكز علاجه في الراحة السريرية التامة وضبط عملية التغذية، وينتشر فيروسه عن طريق تناول الغذاء الملوث أو المياه الملوثة بالفيروس، أو الحقن بدماء ملوثة به أو استخدام حقن ملوثة، وأحياناً يظهر المرض مركباً مع أمراض أخرى مثل تليف الكبد والدوسنتاريا. (السكري، 2000، 240)

يعتبر الفيروسات من أصغر الكائنات الحية التي لا ترى حتى بالميكروسكوب العادي ولكن يمكن رؤيتها بالميكروسكوب الإلكتروني أو بالميكروسكوب الإلكتروني المناعي، ويتراوح حجم الفيروس الواحد من

(0.01 إلى 0.3) من الميكرون (*) ولا تستطيع هذه الكائنات الحية أن تعيش مستقلة أو حرة، ولكن لا بد لها من أن تكون دائماً داخل خلية حيوان أو إنسان أو نبات، وفي داخل هذه الخلايا تندمج الفيروسات وتصبح جزءاً من الخلية نفسها، وتبدأ في التكاثر، ومن الغريب أن الفيروسات تستطيع أن تصيب البكتريا نفسها، ومن المعروف أن هناك حوالي 400 فيروس يستطيعون إصابة الإنسان محدثون أنواعاً مختلفة من الأمراض. (عبدالوهاب ، 1997 ، 44)

ويتكون الفيروس من

- لب داخلي: وهو الحمض النووي الذي يتكاثر ويكرر نفسه.
- غطاء خارجي: ويتكون من البروتينات التي تقوم بحماية محتويات الفيروس، ويساعد أيضاً في تمكين الفيروس من الالتصاق بجدار الخلية، ويمكن تقسيم هذه الفيروسات حسب مواصفاتها إلى عائلات، تضم كلاً من هذه العائلات أفراد لها خواص معينة مثل نوع الحامض النووي المكون للفيروسات أو مثل وجود غطاء بروتين من عدمه.

ثامناً: فيروسات التهاب الكبد الفيروسي:

وتصيب الكبد عدة أنواع من الفيروسات، منها ما يسبب مرض الحمى الصفراء، الذي ينتشر في أمريكا الجنوبية وأفريقيا، وبخاصة في المناطق القريبة من خط الاستواء، وأيضاً فيروسات الحمى الغدية (الهربس) وفيروسات مرض الخلايا الضخمة، وحمى ماربورج، أما أوسعها إنتشاراً فهي مجموعة من الفيروسات تصيب الكبد أساساً ويطلق عليها فيروسات التهاب الكبد الفيروسي. (مدور ، 1997 ، 20)

ولقد عرف الإنسان أمراض الصفراء منذ العصور القديمة، حيث ذكرت في العصر البابليوني، وكان الأب " زخاريوس " في القرن الثامن هو أول من فكر في أن بعض حالات الصفراء قد تكون معدية ، ونصح بعزل هذه الحالات حتى لا ينتشر المرض، وظلت أسباب هذه الأمراض غير معروفة حتى سنة 1908، حين تنبأ عالم يدعى " ماك دونالد " بأن سبب الأمراض هو كائن حي دقيق أصغر من البكتريا هو الفيروس. (عبدالوهاب، 1997، 44)

مفهوم الانتكاسة:

في اللغة: نكس: النكس: قلب الشيء علي رأسه. (أبن منظور ، 4540)

وقيل: رجوع الشيء الي ما كان عليه

ويعرف اجرائياً:

- المريض الذي تعرض لجرعات علاجيه عدة مرات.
- صعوبة استجابة المريض للعلاج.

- رجوع حالة المريض الي ما كانت عليه قبل العلاج.

: تصنيف الانتكاسة

للانتكاسة تصنيفات عديدة و صور متباينة تختلف باختلاف طبيعتها، و عواقبها و تكرارها وباختلاف الشخص والموقف والظروف المحيطة، وشدة الأعراض المصاحبة، و كذلك نمط الانتكاسة ذاته. ومن أشهر هذه التصنيفات ما قدمه كل من (لاندرى 1994م، Landry)، (يونج Young) كما أن الانتكاسة لا تحدث فجأة ولكن هناك بعض المراحل التي يجب أن ينتبه إليها المريض نفسه وأيضاً أعضاء الفريق العلاجي والأشخاص المحيطين به كالأسرة.

هناك بعض العلامات المنذرة بالانتكاسة والتي غالباً ما تحدث قبل عملية الانتكاسة الفعلية أو التامة والرجوع للمواد النفسية . ٩٩ النموذج الإكلينيكي ي لمنع الانتكاسة لجورسكى ظهر هذا النموذج على يد العالم (جورسكى Gorski عام 1979م)، كجزء من برنامج إكلينيكي يهدف إلى تحسين التعافى للمرضى مزمنى الانتكاسة للمواد النفسية يؤكد ليس مجرد عادة سيئة أو شكلاً للنموذج على أن الاعتماد مرض و من أشكال الاعتلال السلوكي. وهو يؤكد على أهمية التدخل دراسة الحالة، والمعرفي السلوكي، علاوة على إدراكه أهمية تغيير نمط أو أسلوب الحياة من أجل الحفاظ على تعافى طويل الأمد(محمود، 2018م، ص98).

رابعاً: أشكال الانتكاسة

إن للانتكاسة اشكال عديدة مختلفة، تتباين نسبياً لاختلاف العوامل المحيطة بها، ويمكن ان نتناولها فيما يلي (وسيلة، 2014م، ص190):-

1- الانتكاسة من حيث العائد (Outcome)

أ- الانتكاسة المفيدة الصحية (Relapse Health): وهذا النوع ويعد مفيد نسبياً، قد ينفع المريض إذا كان في حاجة إلى تعلم شيء جديد عن ذاته في تقوية وتدعيم الشفاء ومن ثم تكون سبب واعتماده دون إلحاق ضرر.

ب- الانتكاسة الضارة غير الصحية (Relapse Unhealthy) : وهي أكثر ضرراً وشيوعاً إذ قد تؤدي بالمريض المتعافي إلى الموت أو على الأقل الاكتئاب، وفقدان الأمل في الشفاء وفقدان الثقة في الذات وانخفاض الدافعية نحو العلاج، والاستسلام للمرض كنوع من الانتحار البطيء.

2- الانتكاسة من حيث الشدة (Severity) :

أ- انتكاسة يمكن تجنبها (Relapse Aviodable): كونها أقل شدة وأقل كثافة، و يمكن تحاشيها بشيء من مهارات التأقلم والمواجهة والتكيف .

ب- انتكاسة لا يمكن تجنبها (Relapse Unavoidable): وهي مصحوبة برغبة عارمة، ومواقف خطيرة ومثيرات متعددة مع ضعف الكفاءة الشخصية، وقصور في استخدام مهارات التأقلم والمواجهة والتكيف.

3- الانتكاسة من حيث الطبيعة (Nature)

أ- الانتكاسة الفعلية (wet Relepse): وتتعلق بالاعتیاد الكيميائي، وتعني العودة إلى استخدام العقار، فهي انتكاسة عقاقيرية (Relapse Drug).

خامسًا: المؤشرات أو العلامات المنذرة بحدوث الانتكاسة :

يرى أبو زيد 1998، أن هناك مؤشرات وعلامات منذرة تعتبر بمثابة ناقوس الخطر والإنذار بحدوث الانتكاسة، وهي متعددة ومتباينة في الوقت ذاته وتظهر تلك المؤشرات في مراحل التعافي وخاصة المراحل المبكرة أو في مرحلة الاعتدال في التعافي من المرض وسنسرده باختصار أهم تلك المؤشرات .

1. مؤشرات معرفية: تتمثل في ضعف القدرة على اتخاذ القرارات الإيجابية، وضعف القدرة على التخطيط البناء، ضعف القدرة على التفكير المنطقي، قلة التركيز، تفكير ارتكاسي وشروء وأفكار انهزامية، بالإضافة إلى سيطرة ذكريات التعاطي وتخيل نشوة العقار.

2. مؤشرات نفسية: (انفعالية، مزاجية، وجدانية)، ومنها: الشعور بالأسف الذاتي والميول والمشاعر الخاصة بالوحدة، الانفعال المصطنع وتجدد المعاناة النفسية، تغيرات المزاج وأحلام اليقظة، فقدان الرضا عن الحياة وفقدان الثقة بالنفس، الشعور بالتوتر وعدم الاستقرار و العدوانية. والإحساس بقوة خفية تدفع إلى معاودة المرض أو حدوث خلل أثناء الاستشفاء (العنزي، 2010م، ص79).

• مؤشرات علاجية: تتمثل في نقص الاعتناء بالذات، انخفاض الدافعية للعلاج وقلة حضور اجتماعات برامج المتابعة، انقطاع عن الاجتماعات التدميمية، حضور غير منتظم للحصص العلاجية وكذلك تناول عقاقير طبية للتأقلم وفقدان متزايد أو تام للبناء اليومي أي يظهر لديه عجز في أداء وظائفه اليومية، أو حسية وكذلك خلق الاشتياق الذاتي ذهني

4- مفهوم المشكلات الاجتماعية:

تعرف المشكلة الاجتماعية بأنها رد الأفعال أو الحالات الفردية أو الانفعالية التي تخالف القيم والأعراف السائدة، والتي تحدث ضررًا نفسيًا أو ماديًا على أفراد المجتمع أو فئة من فئاته، ويشعر بها

قطاع كبير من السكان ويسعون لإيجاد حل جماعي لها، ولها أسباب ونتائج على مستوى الأفراد والجماعات والمجتمعات. (العموش، 2009، 7)

وتعرف المشكلات الاجتماعية بأنها صعوبات أو تصرفات سلوكية غير سوية لشخص أو مجموعة أشخاص ترغب في إزالتها أو تصحيحها للتخلص من أضرارها ومخاطرها على الفرد أو الجماعة أو المجتمع. (الجولاني، 2010، 39)

كما تعرف أيضاً بأنها ظروف بيئية واجتماعية غير مرغوبة ومثال هذه المشكلات الاجتماعية: سوء الأحوال الصحية - البطالة - التفكك الأسرى - الطلاق إلخ والتي تحدث تعديلات غير مرغوبة في سمات الناس أنفسهم. (بيومي، 2000، 65)

في ضوء المفاهيم والتعريفات السابقة يمكن عرض تعريفاً إجرائياً للمشكلات الاجتماعية كما يلي:

- 1- صعوبات تواجه الأسرة نتيجة معاودة إصابة أحد أفرادها بفيروس سي.
- 2- تؤدي هذه الصعوبات إلى حالة من عدم الاستقرار والتوازن بين أفراد الأسرة.
- 3- تؤثر هذه الصعوبات على آدا الأسرة لأدوارها المختلفة.
- 1- المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على ادائهم الاجتماعي و متمثلة في (مشكلة ضعف العلاقة الأسرية).
- 2- المشكلات النفسية والتي تتمثل في (الخوف - العزلة - القلق).
- 3- المشكلات الاقتصادية والتي تتمثل في (قلة الدخل او انعدامه).

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تنطلق الدراسة من هدف رئيس مؤداه:

اختبار فاعلية نموذج ادارة الحالة في خدمة الفرد في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لدى مرض انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي " C " .

1- اختبار فاعليه أسلوب إدارة الحالة في التخفيف من حدة المشكلات النفسية المرتبطة بالخوف العزلة القلق التي يعاني منها مرضى انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي "C" .

2- اختبار فاعليه اسلوب اداره الحالة في التخفيف من حدة المشكلات الاقتصادية " المرتبطة بطبيعة قلة الدخل " التي يعاني منها مرضي انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي " C " .

: فروض الدراسة:

تحدد فروض الدراسة من فرض رئيس مؤداه:

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لمرضى انتكاسة الالتهاب

الكبدي الوبائي " C " باستخدام أسلوب إدارة الحالة والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي باستخدام أسلوب إدارة الحالة والمشكلات النفسية التي يعاني منها مرضي انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي " C " المرتبطة بالقلق الخوف العزلة.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي باستخدام أسلوب إدارة الحالة والمشكلات الاقتصادية " التي يعاني منها مرضي انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي " C " ارتبطت بقلة الدخل او انعدام " .

خامسًا: الإجراءات المنهجية:

(أ) نوع الدراسة والمنهج المستخدم:

1- نوع الدراسة:

تنتمي الدراسة الحالية إلى الدراسات التجريبية التي تهدف إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي في التخفيف من المشكلات الاجتماعية لمرضي انتكاسة الالتهاب الكبدي " C " (كمتغير تابع).

2- المنهج المستخدم: المنهج المستخدم هو المنهج التجريبي باستخدام تصميم منهج دراسة الحالة.

(ب) أدوات الدراسة: تعتمد هذه الدراسة علي: مقياس للمشكلات الاجتماعية لمرضي الالتهاب الكبدي الوبائي الفيروسي (c)

(ج) مجالات الدراسة:

1 - المجال المكاني:

يتمثل المجال المكاني للدراسة الحالية في مستشفى الفيوم العام " مركز وحدة الفيروسات " .

وقد اختارت الباحثة مستشفى الفيوم العام (مركز الفيروسات) لإجراء الجانب التطبيقي للدراسة وذلك للإعتبارات الآتية:

أ- موافقة ادارة المستشفى والمسؤولين عن مركز الفيروسات علي تطبيق هذه الدراسة وابدائهم روح التعاون مع الباحثة وتسهيل مهمتها في الحصول علي عينة الدراسة وتنفيذ كافة مراحل التدخل المهني.

ب- سهولة حضور عينة الدراسة من مرضي انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي " C " للمستشفى للمتابعة.

ج- نظام العمل داخل المستشفى يعتمد علي برنامج علي الحاسب الالي مسجل عليه جميع البيانات والمستندات الخاصة بعينة الدراسة مما يسهل عمل الباحثة.

2-المجال البشري:

يمكن توصيفه على النحو التالي:

إطار عام المعاينة:

بعد الاطلاع علي السجلات الموجودة بمركز الفيروسات بمستشفى الفيوم العام تبين أن:

بلغ العدد الكلي لمرضي الالتهاب الكبدي الوبائي عدد 1117 مريضاً، وعدد مرضي انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي 508 مريضاً.

4. تم تطبيق الدراسة على عينة بلغت (15) مريض كحالات فردية تم تنفيذ برنامج التدخل المهني معهم.

برنامج التدخل المهني المقترح لفاعلية برنامج التدخل في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لمرضى انتكاسة الالتهاب الكبدي الفيروسي C

(1) المنطلق النظري للبرنامج

(2) أهداف التدخل المهني:

الهدف العام لبرنامج التدخل يتحدد وفقاً للهدف العام للدراسة وهو:

"التخفيف من حدده المشكلات الاجتماعية لمرضى انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي" وينبثق عنه

الاهداف الفرعية التالية:

1- اختبار فاعلية برنامج مقترح في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية المتمثلة في ضعف العلاقات

الزوجية لمرضى انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي " C ."

2- اختبار فاعلية برنامج في التخفيف من حدة المشكلات النفسية المتمثلة في (القلق - الخوف من الموت

- العزلة) لمرضى انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي " C ."

3- اختبار أسلوب إداره الحالة في التخفيف من حدة المشكلات الاقتصادية المتمثلة في " قلة الدخل "

لمرضى انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي C.

(3) محتوى برنامج التدخل المهني

أ- علي المستوي النظري

- التعريف بطبيعة مرضي انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي C.

- الاثار المترتبة علي طبيعة مرض انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي C.

- ضرورة المحافظة علي بناء الأسرة.

- تدعيم العلاقات الاجتماعية بمستوياتها المختلفة لدي مريض انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي C.

- تدعيم الجوانب الدينية لدي مرضي انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي C وتقبله للمرض.

ب- علي المستوي العملي

- التعريف بالجمعيات الأهلية التي يمكن ان يستفيد منها مريض انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي C خاصة الخدمات الاقتصادية.
- الاتصال بأصحاب رؤوس الاموال لتحمل مصاريف العلاج لمرضي انتكاسه الالتهاب الكبدي الوبائي C.
- اتاحة الفرصة للمريض للتحدث عن مشكلاته واحتياجاته والاحداث التي تمر به والقيود التي تفرضها عليه المرض.

4) الاساليب المستخدمة

هناك العديد من الأساليب الاحصائية المستخدمة في تنفيذ البرنامج التدريبي والتي يمكن ان نحددها

فيما يلي:-

"المحاضرات - الندوات - تقديم النصح - المشورة - المدافعة - المساعدة - ورش عمل"

5) دور الاخصائي الاجتماعي كمديراً للحالة

- إنشاء علاقة من الثقة والاطمئنان بين مدير الحالة والمؤسسة والعميل.
- يؤدي ذلك الجو من الثقة إلي مشاركة العملاء بفاعلية والاعتراف بنقاط القوى والضعف الخاصة بهم.
- تعبئة شبكة العميل من المحيطين به من موارد وأنساق دعم رسمية وغير رسمية "الأسرة، النادي، المسجد، والكنيسة...." لإشباع احتياجات ومواجهة مشكلات العملاء.
- البحث عن البدائل الممكنة لمواجهة مشكلات واحتياجات العملاء.
- تقديم الاستراتيجيات المهنية والخبرة الميدانية لفريق العمل عند التخطيط لإدارة الحالة

سادساً: عرض وتحليل نتائج الدراسة

وصف خائص حالات الدراسة

أولاً: البيانات الأولية

جدول رقم (7) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير النوع (ن = 15)

م	النوع	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		العدد الكلي	
		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
1	ذكور	7	46.7	6	40	13	34.3
2	إناث	8	53.3	9	60	17	56.7
	المجموع	15	100%	15	100%	30	100%

باستقراء بيانات الجدول السابق رقم (7) والخاص بتوزيع عينة الدراسة من الحالات تبعاً للنوع، حيث يتضح لنا أن جاء في الترتيب الأول الإناث بنسبة بلغت (56.7%)، بينما جاء نسبة الذكور في الترتيب الثاني بنسبة بلغت (34.3%)، وقد يعزى تغلب نسبة الذكور عن الإناث إلى عدة عوامل حيث أن نسبة الإصابات بالنسبة للإناث أكبر من الذكور الأمر الذي يشير إلى تردد الإناث على مركز الفيروسات لتلقى الفحوصات أو العلاجات، وقد يشير أيضاً أن انشغال الرجال في اشغالهم يعد عاملاً وراء عزوفهم عن حضور البرنامج، فضلاً عن عدم قدرتهم عن تنظيم أوقاتهم بما تتناسب وحضور البرنامج.



شكل رقم (5) يوضح توزيع عينة الدراسة من الحالات تبعاً للنوع

جدول رقم (8) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير السن (ن = 15)

م	السن	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		العدد الكلي	
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
1	من 30 سنة لأقل من 35	20	3	13.3	2	16.6	5
2	من 35 سنة لأقل من 40	53.3	8	46.6	7	50	15
3	40 سنة فأكثر	26.6	4	40	6	33.3	10
	المجموع	%100	15	%100	15	%100	30

باستقراء بيانات الجدول السابق رقم (8) والخاص بتوزيع عينة الدراسة من الحالات تبعاً (السن) الفئة العمرية، حيث يتضح لنا أن جاء في الترتيب الأول الفئة العمرية من (من 35 سنة لأقل من 40) بنسبة

بلغت نحو (50%) لكلى المجموعتين (الضابطة -التجريبية) الأمر الذي يشير إلى أن هذه الفئة والمرحلة العمرية التي يمكن أن يتم فيها ملاحظة المرض وظهور الأعراض عليهم خاصة وأن غالبية الفئة العمرية خضعت للفحص نتيجة لظهور بعض من الأعراض التي تشير على إصابتهم بالمرض، بينما جاء في الترتيب الثاني الفئة العمرية (40 سنة فأكثر) بنسبة بلغت نحو (33.3%)، الأمر الذي يشير إلى أن تلك الفئة العمرية تعد فئة وسيطة بالنسبة للمرحلة الشبابية والتي هي مرحلة انتقال تعتمد على مقومات الصحة والتي بدأت بظهور الأعراض عليها من خلال الاحساس بالإعياء أو عن طريق إجراء بعض الفحوصات الطبية وهذا ما اشارات إليه دراسة (عزة إبراهيم 2016م) أن الفئات الشبابية جاءت اكتشافها للمرض عن طريق إجراء الفحوصات الطبية من قبيل الصدفة أو الاحساس بالتعب والأعياء .

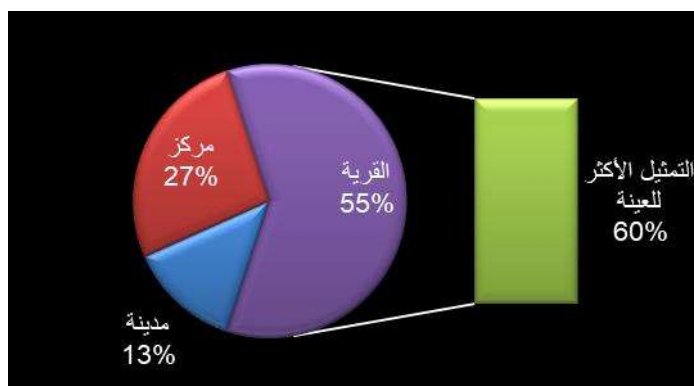


شكل رقم (6) يوضح توزيع عينة الدراسة من الحالات تبعاً للعمر

جدول رقم (9) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً لمحل الإقامة (ن = 15)

م	محل الإقامة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		العدد الكلي	
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
1	مدينة	13.3	2	13.3	2	13.3	4
2	مركز	33.3	5	20	3	26.7	8
3	قرية	53.3	8	66.6	10	60	18
	المجموع	%100	15	%100	15	%100	30

باستقراء بيانات الجدول السابق رقم (9) والخاص بتوزيع عينة الدراسة من الحالات تبعًا لمحل الإقامة حيث يتضح لنا أن محل الإقامة لدى عينة الدراسة غلب عليهم الإقامة بالقرى إذ بلغت نسبتهم نحو (60%) من إجمالي عينة الدراسة من المجموعتين في حين أن المجموعة الضابطة بلغت نحو (53.3%)، وبلغت المجموعة التجريبية نحو (66.6%) الأمر الذي يؤكد ارتفاع نسبة الإصابة في القرى عن المدن أو المراكز وقد يرجع ذلك إلى قلة الوعي بأساليب الوقاية الصحية من الإصابة بالمرض أو حدوث الانتكاسة مرة أخرى، بينما جاء في الترتيب الثاني المراكز حيث بلغت نسبتهم نحو (36.7%)، وهذا ما اشارت إليه دراسة (عادل عبد الوهاب 1995م) وجاء في المرتبة الأخيرة المدينة سكان المدن بنسبة بلغت (13.3%) كعدد إجمالي للمجموعتين والذي يؤكد على أن الإقامة في المدن والتحضر قد يقلل من فرص الإصابة بالمرض وذلك نظرًا لاتباع قاطني المجتمع الارشادات الطبية وأنهم غالبًا ما يكونوا على درجة عالية من الوعي بطرق الإصابة أو طرق التعامل مع المرض لعدم حدوث الانتكاسة.



شكل رقم (7) يوضح توزيع عينة الدراسة من الحالات تبعًا لمحل الإقامة

جدول رقم (10) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعًا للحالة الاجتماعية (ن = 15)

م	الحالة الاجتماعية	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
1	اعزب	6.6	1	6.6	1
2	متزوج/ متزوجة	73.3	11	60	9
3	أرمل/ ارمله	20	3	33.3	5
4	مطلق	0	0	0	0
	المجموع	%100	15	%100	15

باستقراء بيانات الجدول السابق رقم (10) والخاص بتوزيع عينة الدراسة من الحالات تبعًا للحالة الاجتماعية حيث يتضح لنا أن جاء في المرتبة الأولى المتزوجون بنسبة بلغت نحو (66.6%)، موزعة على المجموعتين حيث بلغت المجموعة الضابطة (73.3%)، وبلغت التجريبية (60%)، وقد يعزى ارتفاع هذه النسبة نظرًا للفئة الواقع الاختيار عليها والوقعة بين (من 35 سنة لأقل من 40) بجدول رقم (8) الأمر الذي يشير إلى ارتفاع نسبة المتزوجين المصابين بفيروس سي والمتعرضين للانتكاسة؛ بينما جاء في المرتبة الثانية أرمل/ أرمله بنسبة بلغت (26.7%)، بارتفاع نسبة المجموعة الضابطة عن التجريبية الأمر الذي يؤكد أن هناك اقبال من الأرامل على المتابعة وإجراء الفحوصات الطبية المتعلقة بالإصابة بمرض فيروس سي والذي يؤكد عليه دراسة (إيمان صبري 2016م)، بأن الحالة الاجتماعية للمرضى الحاملين للفيروس أو من ذوي الانتكاسة تمثلت في المتزوجون وارجعت هذا إلى أن العلاقات الأسرية قد تكون مؤشر لبعض ملاحظات المرض أو اعراضه وأشارت أيضًا إلى أن نقل الدم وأخذ العلاج بالوريد قد يكون أحد العوامل الناقلة للمرض خاصة في حالات الختان الناتجة عن التدخل غير الطبي.

ونستنتج مما سبق أن الحالة الاجتماعية للمرضى قد تكون احد مسببات وعوامل الإصابة بمرض التهاب الكبد الوبائي (C) وذلك ما أكدت عليه الحالات من أن غالبيتها جاءت من المتزوجون والتي اشارت في ذلك دراسة (أمينة محمد 2015م) والتي اكدت أن غالبية الحالات التي تقدمت للحصول على العقارات كانت من المتزوجون غذ وجدت بعض الحالات من الزواج كانوا حاملين لنفس الفيروس والتي أوصت في مضمونها بضرورة العمل على الاتجاه نحو الوقاية باتباع التعليمات الطبية الوقائية من الاهتمام بأخذ العقاقير والمتابعة لكى الزوجين.

جدول رقم (11) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعًا للحالة لعدد أفراد الأسرة (ن = 15)

م	افراد الاسرة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		العدد الكلي	
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
1	من 2- 4 أفراد	33.3	5	40	6	36.6	11
2	من 5- 7 أفراد	46.6	7	40	6	43.3	13
3	من 8- 10 أفراد	20	3	20	3	20	6
4	10 أفراد فأكثر	0	0	0	0	0	0
	المجموع	100%	15	100%	15	100%	30

باستقراء بيانات الجدول السابق رقم (10) والخاص بتوزيع عينة الدراسة من الحالات تبعاً لعدد أفراد الأسرة حيث يتضح لنا أن جاء في المرتبة الأولى عدد الأسرة من (5-7 أفراد)، وجاء في المرتبة الثانية عدد الأسرة من (2-4 أفراد)، بينما جاء في المرتبة الثالثة عدد الأسرة من (8-10 أفراد). ونستنتج مما سبق أن الفئة عدد أفراد الأسرة قد يتحدد بطبيعة الثقافة الأسرية والعادات والتقاليد والتي قد تكون عاملاً مؤثراً في مدى ثقافة الأسرة في الوقاية من المرض أو طرق التعامل مع أو حتى عدم العودة أو حدوث الانتكاسة مرة أخرى ، فكبر حجم السرة يعد أحد العوامل التي تؤثر في بعض الأحيان على اكتمال العلاج أو آمال المريض لعلاجه أو أنها تكون عاملاً لحدوث بعض من المشكلات الاجتماعية أو الاقتصادية التي تمثل ضغطاً وعبأً على المريض ، أو تكون عاملاً في أحداث البعد أو العزلة أو التجاهل خوفاً من انتقال المرض إليهم عبر الشخص المصاب بالالتهاب الكبدي.

جدول رقم (12) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً للحالة التعليمية (ن = 15)

م	الحالة التعليمية	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		العدد الكلي	
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
1	لا يقرأ ولا يكتب	13.3	2	13.3	2	13.3	4
2	يقرأ ويكتب	26.6	4	26.6	4	26.6	8
3	مؤهل متوسط	60	9	53.3	8	56.6	17
	مؤهل فوق متوسط	0	0	0	0	0	0
4	مؤهل عالي	0	0	6.6	1	3.3	1
	المجموع	%100	15	%100	15	%100	30

باستقراء بيانات الجدول السابق رقم (12) والخاص بتوزيع عينة الدراسة من الحالات تبعاً للحالة التعليمية حيث يتضح لنا أن جاء في المرتبة الأولى مؤهل متوسط بنسبة بلغت (56.6%)، بينما جاء في المرتبة الثانية يقرأ ويكتب بنسبة بلغت (26.6%)، وجاء في المرتبة الثالثة لا يقرأ ولا يكتب بنسبة بلغت (13.3%)، وجاء في الترتيب الأخير مؤهل عالي بنسبة (3.3%) كتوزيع إجمالي لكلي المجموعتين الضابطة والتجريبية.

جدول رقم (13) يوضح القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية

رقم الحالة	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	السادسة	السابعة	الثامنة	التاسعة	العاشرة	الحادية عشر	الثانية عشر	الثالثة عشر	الرابعة عشر	الخامسة عشر	المجموع	المتوسط
القياس القبلي	119	124	126	125	122	123	131	128	126	131	127	120	133	121	125	1881	125.4
القياس البعدي	63	61	60	60	61	61	57	57	59	57	58	61	57	61	60	893	59.5
الفرق بين القياسين	56	63	66	65	61	62	74	71	67	74	69	59	74	60	65	986	65.7

باستقراء بيانات الجدول السابق رقم (23) والخاص بتحديد يوضح "القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية"، حيث يتضح لنا مجمع القياسات القبليّة للحالات بلغ نحو (1881) ومتوسط حسابي (125.4)، بينما جاءت القياسات البعديّة للحالات بنحو (893) ومتوسط حسابي (59.5)، وبينما جاءت مجموع الفروق بين القياسين القبلي والبعدي بنحو (986) ومتوسط حسابي (65.7). وتشير البيانات السابقة إلى ما يلي :-

- (1) أن أعلى عائد من التدخل المهني قد تحقق مع الحالات (السابعة، والعاشرة، والثالثة عشر)، حيث وصل فرق القياس القبلي والبعدي لتلك الحالات إلى (74) درجة، وتلك هي أعلى درجة للتدخل المهني مع حالات مرضى انتكاسة الالتهاب الكبدي الوبائي الفيروسي سي.
- (2) أن أقل عائد للتدخل المهني من بين الحالات كان للحالة الأولى للقياس القبلي والبعدي بدرجة (56) وهي أقل درجة حصلت عليها حالة من بين حالات برنامج التدخل المهني.
- (3) جاءت درجات الفروق للقياس القبلي والبعدي للحالات بين درجة (56: 74) وهذا يوضح أن هناك فروقاً بين الحالات أظهرتها درجات القياس القبلي والبعدي في مدى تأثير برنامج التدخل المهني في تحقيق أهدافه من التخفيف من المشكلات الاجتماعية لمرضى الانتكاسة من الالتهاب الكبدي الوبائي الفيروسي (C).

مراجع الدراسة:

- أحمد، أيمن صبرى. (2016). العدوى بفيروس التهاب الكبد (سى) بين أطفال المدارس الأصحاء ومجموعتين أكثر عرضة للإصابة بالعدوى، رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة بنها.
- درويش، يحيى حسن. (1998). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، الشركة المصرية العالمية للنشر، القاهرة.
- السكري، أحمد شفيق. (2000). قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، دار المعرف الجامعية، الإسكندرية.
- الجولانى، فادية عمر. (2010). نماذج المشكلات الاجتماعية والنفسية "تشخيص وعلاج" ،موسوعة العلوم الاجتماعية، الجزء الثاني، المكتبة المصرية، الاسكندرية.
- العموش، أحمد، العليمات، حمود. (2009). المشكلات الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة.
- المليجي، ابراهيم عبدالهادي وآخرون. (1991) ، (2012). الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية.
- بدر، ليلي حسن وآخرون. (1988). اصول التربية الصحية والصحة العامة، ط2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- بيومي، محمد محمد. (2000). سيكولوجية العلاقات الأسرية، دار قباء للطباعة، القاهرة.
- محمد، بيومي، محمد محمد. (2000). سيكولوجية العلاقات الأسرية، دار قباء للطباعة، القاهرة.
- مدور، محمد على. (1977). الكبد والمرارة بين الصحة والعافية، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة.
- الهادي، فوزي محمد. (2000). ازمه المرض من المنظور البيئي تصور لدور خدمة الفرد في مواجهتها بالتطبيق علي مرضي السرطان، بحث منشور في المؤتمر العلمي الحادي عشر (الخدمة الاجتماعية والعولمة)، كلية الخدمة، جامعة القاهرة، فرع الفيوم.
- منظمة الصحة العالمية. (1991). المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط: الدليل الصحى للأسرة، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة.

- عبد الخالق، شادية احمد. (2004). دراسة بعض الاضطرابات النفسية لدى مرضي التهاب الكبد الفيروسي المزمن C من الخاضعين للعلاج بالانترفيرون الفا واكربايفيرين، بحث منشور في المؤتمر الثانوي الحادي عشر لعلم النفس في مصر، مجلد 2، القاهرة.
- عبد الله، فاطمة احمد نعمان. (2014). المشكلات الاجتماعية لأسر أطفال مرضي سرطان المخ ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم.
- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (1985). المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري (1954-1980)، المجلد العاشر، الصحة، القاهرة.
- الشهري، عائض بن سعد. (2008). الخدمة الاجتماعية وظاهرة العنف الأسري، بحث منشور في مجلة الجمعية السعودية لعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، الرياض.
- Dorothy C. Gabon R. (1999). Intensity of Case Management and Outcomes for Individuals with Developmental Disabilities, A Bell & Howell Information, New Jersey.
- John Mecheod, Davidson. (1984). **principles and practice of medicine**, Edinburgh, London.
- Rollage- Hthorvaldsenj. (1990). Hepatitis C Virus Infections among Persons Attending Special Clinics Dealing with Problems Related to Social, Conditions K Bota R Iologisk institute Rikshospitalat .Oslo.
- Roland Federico. (1989). The Social Welfare Institution an Introduction, 4th Edition De Health And Company Lexington.
- Sam Shoal. (2006). Case Management and Michel Services for Substance Abusing Mother With Co-Occurring Problems in Child Welfare, Parquets in Formation and Learning Company.
- Kathryn Villa Gomez. (1999). What Leads to Utilization of Case Management Services, A Bell & Howell Information Company, New York, May.
- Kathryn Lu Magnuson. (1999). Defining the Relationship Between TI-IE Perceived Social Support of Cocaine-Using Mothers and two Case Management approaches, Bell & Howell Information Company May, New York.
- Dauber, et al. (2012). Impact of Intensive Case Management on Child Welfare System Involvement for Substance-Dependent Parenting Women on Public Assistance, Children and Youth Services Review. Vol (7), New York .