نموذج الرعاية التكاملية النفس اجتماعية لرعاية مرضى السرطان

الصالح ابركان

جامعة خنشلة /الجزائر

ملخص:

العناية الصحية بمريض السرطان اضحت اكثر تعقيدا بدخول مايسمى بالعلاج الشخصي والحمية الغذائية الجديد ."personalized treatment regimens and complex healthcare systems" وكذا أنظمة الرعاية الصحية المعقدة وبالتوازي مع هذا التعقيد المتصاعد للرعاية الصحية لمريض السرطان ظهرت مقاييس نوعية تتحكم في التشخيص والبحث العالمي، وتقديم فهم صحيح للرعاية الصحية مندمجة بالرعاية بمريض السرطان. ظهور العتقيد في انظمة الرعاية الصحية وكذا في المتطلبات السريرية بات من الامهم تطور الانظمة المتعلقة بالرعاية الصحية النفس اجتماعية والتى اصبحت مكلفة الى حد كبير بالرغم من قابلتها للتكيف مع تلك الانظمة المختلفة والمتعلقة بالرعاية الصحية بمريض السرطان.

من هذا المنطلق جاء الاطار العام للنموذج التكاملي النفس اجتماعي الذي قدم سنة 2008 في تقرير المعهد الطبي بالولايات المتحدة، والذي أكد على خمس (05) مكونات مفتاحية:

1- التعريف بالمرضى ذوي الاحتاجات بالرعاية الصحية.
2-التخطيط للعناية الصحية لتحديد تلك الاحتياجات.
3-الآليات لربط المرضى بالمصالح الصحية النفس اجتماعية.
4-دعم تلقى الادارة الذاتية للمريض.
5- متابعة الرعاية الصحية.

بالرغم من ذلك هناك تحديات عديدة تنتظر تقديم خدمات صحية في الأماكن الرعاية النفس اجتماعية بطرق ذات كلفة فعالة وسهلة المنال من طرف المريض.

ففي هذا المقال نقدم نموذجا نظريا وعمليا للرعاية المشتركة كمقاربة تكاملية جديدة لتحسين العناية النفس اجتماعية لمريض السرطان.

الكلمات المفتاحية: الرعاية التكاملية النفس اجتماعية، نموذج الرعاية المزمنة.

مقدمة:

بدأت فكرة بناء نموذج الرعاية التكاملية النفس اجتماعية لرعاية مرضى السرطان في التسعينات من القرن الماضي بالولايات المتحدة الامريكية على يد كل من(دانفر وزملائه) من خلال وصف تلك الرعاية انطلاقا من فشل القائمين بالرعاية الطبية. (Adler, N.E, 2008) وكونوا فكرة مفادها ضرورة تنظيم (أنظمة صحية) (Wagner EH. 1998) متضمنة كل متطلبات المريض وعائلته. وسميت "بنموذج الرعاية المزمنة" وكان هدف وانفر وزملائه وضع أساس لمنظمة الرعاية الصحية لتحسين نتائج واثار الاصابة بالمرض المزمن (Hollingworth W, et al,2013) من خلال:

- وضع خطط وبرامج صحية علاجية.

- اعادة تنظيم الممارسة العيادية للمريض وفق مدة زمنية مستمرة.

- محاولة كشف المصادر التشخصية والتنظيمية التي يحتاجها القائمين بالرعاية الصحية لمحاولة تعزيز السلوكات الصحية وكذا التدخلات العلاجية المناسبة.

- دعم الانظمة الخاصة بجمع المعلومات حول احتياجات الرعاية الصحية.

ويعتبر تطبيق نموذج التكاملى للرعاية الصحية المزمنةعمليا كهيكل تكاملي وكدليل للممارسة العيادية المثالية وكهدف لتحسين الرعاية الصحية الغير استشفائية (النصف استشفائية).

وكثير من الدراسات قد اوجدت نجاعة وفعالية تلك الرعاية لدى المرضى المزمنين وخصوصا مرضى الربو الشعبي، مرضى القلب، السكري، الاكتئاب..... (Dobscha, SK et al, 2009)

نشأة الفكرة التكاملية النفس اجتماعية لنموذج الرعاية المزمنة:

نشات فكرة النموذج التكاملي للرعاية الصحية من خلال زيادة التباين والانقسام في خدمات دعم المريض المصاب بالسرطان، الأمر الذي وجب على ضرورة تطوير نظام توافقي منسجم مع دعم احتياجات ومتطلبات مريض السرطان وكذا الرعاية الصحية الاولية من خلال توفير مختلف تخصصات الرعاية الصحية. وكذا مختلف الهياكل الصحية المتخصصة للوصول إلى غاية نموذج الرعاية المزمنة الفعالة لمريض السرطان. (Institute of Medicine, 2011)

مكونات الرعاية التكاملية:

هدف نموذج الرعاية الزمنة هو تحسين إدارة نتائج وآثار المرض مثل الاضطرابات العقلية والنفسية كالاكتئاب والذي يقود إلى رعاية نفسية اجتماعية تكاملية مع الرعاية الطبية والتي على راسها الاطباء المختصين في أمراض السرطان والأورام. وتقوم الرعاية التكاملية على النقاط التالية: (Fann JR, et al, 2012)

- توفير القائمين بالرعاية الصحية من مختصينفي علم الأورام بالاضافة إلى أخصائي الرعاية النفس اجتماعية، بالإضافة الى توفير كل المرافق الهامة كامخابر وكل ما يتعلق بكشف المصادر الشخصية والتنظيمية للسلوك المريض.

- تسهيل مهمة جمع المعلومات العيادية حول المريض بداية من الفحوصات الاولية الى وسائل التشخيص بكل انواعها.

- توفير كل الوسائل المتعلقة بالتثقيف أو التربية العلاحية من وسائل ورقية أو متلفزة بالاضافة إلى الاكثار من المقابلات العيادية التحفيزية التربوية.

- العمل على تحقيق التدخلات العلاجية المناسبة مع أهداف المريض مثل تقديم العلاج المعرفي السلوكي، تعزيز الانضباط الصحي الايجابي للمريض، أو العلاج النفس اجتماعي القائم على الدليل المختصر...(Unützer, J et al, 2002)

- ضرورة تغيير الاستراتيجيات العلاجية اثناء الاستجابة العيادية الغير مناسبة اثناء العلاج الاولى. (Dobscha, SK et al, 2009)

أدوار القائمين بالرعاية التكاملية:

1- القائم بالرعاية الأولية أو مدير الرعاية: غالبا ما يكون برتبة أستاذ في أمراض الأورام. ويقوم بما يلي:

- تقييم الحالة العيادية للمريض.

- التنسيق وربط مهام فريق مصلحة أمراض الأورام.

- اختيار الاخصائيين الطبيين في العمل مع المريض.

- اختيار القائمين بالرعاية الاولية.

- تعزيز لغة التواصل في المصلحة

- تحفيز المريض وتعزيزوسائل الانضباط الصحي.

-الراعي الاول لطريقة التربية العلاجية وخصوصا التدخلات العلاجية لأثار السرطان على المريض مثل الاضطرابات العقلية والنفسية...

- يعتبر الراعى الاول للعلاج النفس اجتماعي، العلاج القائم على الدليل المختصر.....

2- فريق مصلحة طب الأورام:

- الالتزام بنصائح واوامر الراعي الأول.

- تقديم وتنفيذ تشخيص الأخصائي الأمراض العقلية والنفسية وتقديم الأدوية للمريض.

- ابلاغ الراعي الأول عن أي تغييرات في سلوك المريض وخصوصا عند ارتفاع الازمة النفسية.

3- الأخصائي النفساني وأخصائي الأمراض العقلية:

- إبلاغ بتقارير دورية للراعي الأول لأي تدخل علاجي.

- اطلاع المريض لأي ضرورة علاجية نفسية أو عقلية وارساله إلى مصلحة طب الامراض العقلية إن اقتضى الامر.

- مساعدة الراعي الاولاثناء تقديم الراعية في اطار التخصص.

- تدريب القائمين بالرعاية وكافة فريق طب الأورام على كيفية استعمال الادوية النفسية وكذا كيفية المساعدة أثناء العلاج النفس اجتماعي المختصر.

4- القائمين بالرعاية الأولية:

- التدخل اثناء وبعد تقديم التدخل العلاجي.
- التواصل مع الراعي الأول وفريق طب الاورام حول تاريخ الحالة.

5- المريض:

- ضرورة مساعدة القائمين بالرعاية على تقديم كل المعلومات والبيانات التي يحتاجونها.
- تسهيل اتخاذ القرار بشان العلاج المختار له (سواء العلاج الدوائي أو التدخل النفس اجتماعي..).
- التواصل الجيد مع الراعي الأول وفريق طب الأورام.

خاتمة:

يعتبر مجال الرعاية الصحية في علم نفس السرطان واسع جدا ويحتاج إلى نماذج نظرية كثيرة إضافة الى دراسات في مجال الرعاية الصحية لم يتم ذكرها في ورقة البحث. والتي تعزز البحث فى مجال الرعاية التكاملية. ونذكر على سبيل المثال الدراسات القائمة على المحاولات العشوائية العيادية، وكذا الدراسات المعتمدة على المقاربات القائمة على الدليل، والتى لها نتائج فعالة في تقديم كيفيات التدخل العلاجي لآثار السرطان كالاكتئاب، الألم والعجز،.... وكيفية ادارته في مختلف المواقف العيادية. بالرغم من عدم التطرق إلى التكلفة المالية لمثل تلك الخدمات العلاجية المكلفة، إلا أن هدف نموذج الرعاية التكاملية يبقى واضحا يشرك جميع التخصصات في سبيل الرعاية الصحية الاولية لمريض السرطان.

المراجع:

- R. Bell *et al.*, « Médecine intégrative et recherche systémique sur les objectifs [et non pas les «effets» ou «résultats»] thérapeutiques : Enjeux de l'émergence d'un nouveau modèle pour les soins primaires », *Arch. Intern. Medicine*, American Medical Association, vol. 162, 28 janvier 2002, p. 133-140
- Stéphanie Träger, « Place des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique dans l'organisation médicale », *Sciences sociales et santé*, vol. 33, avril 2015, p. 99-104 (DOI 10.1684/sss.2015.0406, lire en ligne [archive])
- (en) David S. Rosenthal, MD et Elizabeth Dean-Clower, MD, MPH, *Complementary and Alternative Medicine: Current State in Oncology Care* (Educational Book), American Society of Clinical Oncology, 2006.
- (en) Marc S. Micozzi, *Complementary and Integrative Medicine in Cancer Care and Prevention*, Springer Publishing, 2006 (ISBN 0826103057)
- (en) Michael H. Cohen, Mary Ruggie et Marc S. Micozzi, *The Practice of Intergrative Medicine*, Springer Publishing, 2006 (I
  - Dans **Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte (2004)**, pages 337 à 347
  - **Martine Bungener**, **L Demagny**, **KA Holtedahl**, **A Letourmy**Dans **Pratiques et Organisation des Soins 2009/3 (Vol. 40)**, pages 191 à 196
  - *Ménoret M. Les temps du cancer. Paris : Les Editions du CNRS ; 1999.*
  - *Pinell P. Naissance d'un fléau. Paris : Editions Métaillé ; 1992.*

- *Bungener M, Baszanger I. Les acteurs de la médecine : La médecine générale en redéfinition. In : Baszanger I, Bungener M, Paillet A, eds. Quelle médecine voulons-nous, Paris : Editions La Dispute ; 2002.*