

أثر برنامج إرشادى لتحسين الوعى الصحى والغذائى والانضباط الصحى لدى مرضى الفشل الكلوى المتعاشين بالاستصفاء الدموى

سميرة احمد قنديل^١، إكرام رجب سليمان^١، سهير أبو الفضل عبد العال^٢، مدوح محمود أحمد قاسم^١

^١ كلية الزراعة الشاطئى جامعة الاسكندرية.

^٢ كلية التمريض جامعة الاسكندرية.

الملخص

يستهدف البحث بناء وتنفيذ وتقيم برنامج إرشادى يهدف إلى تحسين الوعى الصحى والغذائى والانضباط الصحى لدى مرضى الفشل الكلوى المتعاشين بالاستصفاء الدموى الذى تم تنفيذه على عينة من مرضى الفشل الكلوى المتعاشين بالاستصفاء الدموى، من خلال تحقيق الأهداف البحثية التالية: دراسة الوعى الصحى والغذائى، ودراسة الانضباط الصحى وقياس تأثير البرنامج الإرشادى، وتم الحصول على البيانات البحثية من خلال الاستبيان حيث تم ملء الاستبيان عن طريق المقابلة الشخصية للعينة والتى عددها إثنا عشر مريضاً، واستخدم لتفصيل وعرض البيانات: النسبة المئوية، التكرارات، المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى، ومعامل كوهن لقياس تأثير البرنامج، واختبار (ت).

واسفر البحث عن أهم النتائج التالية:

١. وجود فروق معنوية بين الوعى الصحى والغذائى قبل وبعد تنفيذ البرنامج.
٢. وجود فروق معنوية بين الانضباط الصحى قبل وبعد تنفيذ البرنامج.
٣. وجود تأثير كبير للبرنامج الإرشادى بنسبة ٩٨٪ على الوعى الصحى والغذائى والانضباط الصحى.

الكلمات الدليلية: الوعى الصحى والغذائى، الإنضباط الصحى.

أفريقيا ويرجع هذا إلى الزيادة في معدل حدوث الأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم بنسبة ١٢٪ (Katz, 2005). وأوضحت منظمة الصحة العالمية أن ٧٥٪ من أسباب الأمراض المزمنة يعود إلى أسباب سلوكية، منها طريقة تناول الغذاء ونقص النشاط البدني، ويتوافق إرتفاع نسبة هذه الأمراض بسبب الشيخوخة ونسبة السمنة وتغيير نمط الحياة اليومية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣).

من أهم وظائف الكلية تنقية الجسم من المواد السامة، حفظ حجم الدم وسوائل الجسم ثابتًا وذلك بإخراج الماء الزائد من الجسم في شكل بول، المحافظة على نسبة الأملاح المختلفة بالجسم ثابتة، إفراز بقايا الاحتراق الداخلي والضارة بالجسم كالبوليينا، وحمض البيوريك والأحماض الأخرى والتخلص منها في البول، بالإضافة إلى الاحتفاظ بالممواد التي يحتاجها الجسم مثل

المقدمة

تشكل الأمراض المزمنة أكبر سبب للعجز والوفاة في العالم، وقد انتشرت بشكل وبائي نتيجة التغيرات الاجتماعية والتحديث الصناعي وممارسة عادات غذائية خاطئة وعلمة أنماط السلوك وأساليب المعيشة الأقرب إلى نمط الثقافة الغربية، لذلك فهي ترتبط بجودة الحياة ونمط المعيشة وبالسلوك الصحى (زعوط وقريشى، ٢٠١٢). وشهدت السنوات الأخيرة إرتفاعاً ملحوظاً في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة وخاصة الفشل الكلوي وإرتفاع التكاليف الصحية المتعلقة بها، حيث تشير الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن حوالي ٥٪ من إجمالي عدد السكان يعانون من أحد الأمراض المزمنة، و٩٪ من إجمالي عدد السكان يعانون من الفشل الكلوى المزمن (تايلور، ٢٠٠٨). ويرتفع معدل حدوث الفشل الكلوى المزمن في شمال

بسبب إرتفاع الاليوريا في الدم *Ureamia*، والفقد الدائم لمكونات الطعام في محلول الغسيل مثل البروتينات والأحماض الأمينية والفيتامينات، وزيادة معدل الإصابة بالعدوى والالتهابات *Inflammations*، وأيضاً التغيرات الهرمونية (شققو، ٢٠١٠). كما قد تُسمم أمراض الجهاز الهضمي في كثير من الأحيان إلى انخفاض استهلاك الغذاء. فعلاج أمراض الجهاز الهضمي عند مرضى الفشل الكلوي يمكن أن تحسن الحالة التغذوية وبذلك يمكن تجنب قيود النظام الغذائي غيرالضرورية وتوفير السعرات الحرارية من البروتين المناسب لهذه المرحلة من المرض (Krenitsky, 2004).

يحتاج مريض الفشل الكلوي لنظام غذائي وعلجي معين وخاصة فيما يتعلق بالبروتين، واملاح البوتاسيوم والصوديوم والفسفور والفيتامينات والمعادن والسوائل بحيث تحسب الكميات المسموح بها للمربيض حسب احتياجاته ، فيما يتعلق بالبروتين فيجب على المريض التقليل من البروتين وذلك من أجل إنقاص العباء الوظيفي على الكلى ، معدل التناول من ١٠ إلى ١٢ جم بروتين / كجم من وزن الجسم وأن يكون البروتين ذو قيمة حيوية عالية ويجب تناول هذه الكمية من البروتين دون أي زيادة أو نقصان ، لأن تناول كميات قليلة من البروتين في الطعام يؤدي إلى فقدان كتلة العضلات ونقصان المناعة المهمة للجسم السليم. وهو ما يسمى بإهدار طاقة البروتينات *Protein-energy wasting* الذي ينتشر في هؤلاء المرضى حيث أن ما يقرب من ١٨ إلى ٧٥ % من المرضى يعانون من ضعف الكتلة العضلية، وهي واحدة من أقوى أسباب الوفيات في هؤلاء المرضى (Jadeja and Kher, 2012).

أظهرت نتائج دراسة (Obi et al. 2015) أن نسبة انتشار ضعف كتلة العضلات نتيجة لأهدرار طاقة البروتين أثناء مراحل الفشل الكلوي المزمن كانت بنسبة ٦٧ - ٤٣ % من المرحلة الثانية حتى المرحلة الرابعة وهذا نتيجة لفقدان الشهية أثناء المرض فيلجأ الجسم إلى هدم بروتين العضلات لسد احتياجات

الجلوكوز والأحماض الأمينية والبروتين و تحويل فيتامين د من صيغته غير النشطة إلى صيغته الفعالة النشطة بما يؤدي إلى ترسب الاملاح في العظام مما يقي الإنسان من لين أو هشاشة العظام وكذلك التخلص من بقايا الأدوية التي تم تناولها لعلاج امراض أخرى لقد اثبتت الدراسات ان من أهم العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالفشل الكلوي النهائي هي ارتفاع ضغط الدم، وصعوبة التبول والحسوات أو التهابات مزمنة بالكلى، والتعرض لقصور سابق بوظائف الكلى بالإضافة إلى التاريخ العائلى لامراض الكلى وهذا بالإضافة الى تكرار التهاب الحلق وإدمان المخدرات ومرض السكر والنقرس والحمى الروماتيزمية مع وجود املاح زائدة في البول (عبد السلام، ٢٠١٠).

يعتبر تقييم الحالة التغذوية لمرضى الفشل الكلوى المزمن والمتعايشين بالإستصفاء الدموى من أهم الاختبارات التى تُجرى للوقوف على الحالة التغذوية لهؤلاء المرضى. ولهذا تعرف الحالة التغذوية على أنها حالة الجسم الناتجة عن Nutritional status العمليات الحيوية التى تحدث فى الجسم نتيجة تناول الغذاء (Moreira et al. 2013). ويعيد سوء التغذية عند مرضى الإستصفاء الدموى من المشكلات الشائعة والمتكررة وترتبط بشدة بتطور المرض وزيادة معدلات الوفيات غالباً ما يتم تجاهل الحالة التغذوية في العديد من مراكز الإستصفاء الدموى في حين أن الأساليب البسيطة للتقييم التغذوي يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي في علاج المرضى (Abozead et al. 2015)، فقد أظهر تقييم الحالة التغذوية علامات سوء التغذية بنسبة تتراوح من ٢٣ - ٧٦ % من مرضى الإستصفاء الدموى والمتعايشين بالإستصفاء الدموى، و ١٨ - ٥٠ % من مرضى غسيل الكلى البريتوني، هذه الاختلافات في انتشار سوء التغذية قد تكون ذات صلة بعدة عوامل مثل العمر والظروف المرضية ونوعية علاج غسيل الكلى، وقد يرجع أسباب سوء التغذية إلى فقدان الشهية، والطعام غير المتوازن، والغثيان، والقيء

الدم تحدياً حقيقياً في أمراض الكلى الحديثة، وخاصة أن تقليل الفوسفور غالباً ما يشكل خطر الحد من تناول البروتين، مما يسرع في حدوث سوء التغذية ، والهزال وصعوبة البقاء على قيد الحياة. لذلك فإن التنفيذ الغذائي والمتابعة المنتظمة تؤدي للتغلب على هذه الفجوة ومساعدة مرضى الإستصفاء الدموي في الحفاظ على انخفاض تناول الفوسفور وفي نفس الوقت الحفاظ على حالة غذائية جيدة (Rizk et al., 2017). وقد لاحظ Taketani et al., (2017) تكرار زيادة فوسفات الدم، وزيادة بوتاسيوم الدم، والسوائل الزائدة والتي تشكل المشكلات الفسيولوجية الكبرى في مرضي الكلى المزمن، والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعدم إتباع النظم الغذائية السليمة عن طريق تناول الأغذية الفوسفاتية، والتي تمثل تحديات كبيرة للعديد من المرضى.

الكلى هي العضو الرئيسي في توازن الماء في الجسم، فعندما تنتهي وظيفة الكلية تقل كمية البول، مما يتطلب إنفاص تناول السوائل، لأن زيادة نسبة السوائل يؤدي إلى احتباسها في الجسم وتسبب ضيق تنفس وتورم الجسم خاصة القدمين والكاحل ويرتفع ضغط الدم ويوصى لمرضى الإستصفاء الدموي بإستهلاك ١٠٠٠ مل فقط من السوائل بالإضافة إلى كمية من السوائل متساوية للبول التي تتجهها (Wisit et al., 2017) وتلعب الكلى دوراً محورياً في تنظيم الإلكتروليتات وتوازن الحموضة والقلوية، ومع فقدان التدريجي لوظيفة الكلى تحدث اضطرابات في الإلكتروليتات والحموضة والقلوية ويسهم ذلك في النتائج السيئة للمرضى. وبما أن مرض الكلى المزمن CKD أصبح وباءً عالمياً، فإن الأطباء يواجهون مثل هذه المشاكل بشكل متزايد. فعدم إهمال الإلكتروليتات والتوازن الحمضي القاعدي فهما من الأسباب المهمة لزيادة حموضة الدم Acidosis أو القاعدية Alkalosis وترتبط حدة المرض وإرتفاع الوفيات في مرض الكلى المزمن CKD والمراحل النهائية منها، إلا أنه يمكن التغلب على هذه المشاكل من خلال وضع نظام غذائي وعلاج دوائي Dhondup and

الجسم من الطاقة وعمل الصيانة اللازمة للجسم علاوة على إنخفاض المقاييس الجسمية، ومع تزايد فترة الإستصفاء الدموي تتفاقم حالة سوء التغذية وتنخفض نوعية حياة المريض ويصبح المريض عرضة للإقامة داخل المستشفى للعلاج وتتجه نسبة الوفيات نحو الإرتفاع بين المرضى.

بالنسبة لعنصر البوتاسيوم فإنه يؤثر في نشاط عضلة القلب والجهاز العصبي، ففي حالة الفشل الكلوي يصبح الجسم غير قادر على التخلص منه فترتفع نسبة في الدم كما أن المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن (Chronic Kidney Disease) CKD هم أكثر عرضة من غيرهم لزيادة نسبة البوتاسيوم في الدم (Luo et al., 2016) Hyperkalemia الضروري الانتباه إلى نوعية الطعام المحتوى على البوتاسيوم. بحيث لا تزيد كمية البوتاسيوم المتناول عن ٤،٤ جم يومياً لمريض الإستصفاء الدموي، كما يلزم فهم العبء الحقيقي الذي يشكله زيادة نسبة البوتاسيوم في الدم HK والتعرف على الدور الذي تقوم به العلاجات الدوائية، ومن المهم فحص حالات الإصابة وعوامل الخطر والنتائج السريرية HK في المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن (Thomsen et al., 2017).

إتضح من الأبحاث أن زيادة الفوسفات في الدم Hyperphosphatemia أكثر الحالات شيوعاً بين مرضى الإستصفاء الدموي في البلدان المتقدمة والنامية. بل هو منتشر بين المرضى الذين يتلقون الرعاية الطبية المثالية، وفي حالة القصور أو الفشل الكلوي تتعذر نسبة الفوسفور إلى ما فوق ٥،٥ ملجم/ ديسيلتر وتصبح الكلية غير قادرة على التخلص من الفسفور، وبالتالي زيادته تضر الجسم لأنه يعمل على سحب الكالسيوم من العظام، وأيضاً يمكن أن تؤدي المستويات المرتفعة من الفوسفور والكالسيوم إلى ترسيب الكالسيوم في الأوعية الدموية والرئتين والعينان والقلب وزيادة نشاط الغدة الجار درقية (Caldeira et al., 2011).

المعرفة الجيدة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه ترتبط بمستوى جيد لانضباط العلاجي وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمرضى ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية (Eknoyan, et al. 2004).

يهم المريض كثيراً بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب والمرشد الصحي ويرجع عدم الانضباط الصحي لدى المرضى ورفضهم للإرشادات الصحية لعدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب أو المرشد الصحي (الكحل، ٢٠١١).

كما أن الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل كلها عوامل تؤثر على الانضباط الصحي فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهماً بإيجابية في انضباطه الصحي أو عدم انضباطه يرجع للمساندة الاجتماعية من قبل الأسرة أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج مما يجعل مستوى الانضباط الصحي منخفضاً عند مثل هذه الفئات من المرضى (عليوة وجباري، ٢٠١٤).

وفيما يخص مرضى القصور الكلوى المزمن فإن تحديد مدى انضباطهم الصحي ليس بالشىء الصعب، لكن المرضى يداومون على جلسات الإستئفاء تقريباً يوم بعد يوم، إذ أن القائمين على رعاية مثل هؤلاء المرضى يقومون بوزن المريض قبل بداية جلسة تصفيية الدم ثم إعادة وزنه بعد جلسة الإستئفاء، فإذا وجد الفرق في الوزن تعدد ٢,٥ كجم عرف القائمون على رعاية المرضى بأنهم أكثروا من شرب الماء وباقى السوائل، التي تضر بحالتهم الصحية كما يقوم الأطباء أيضاً أثناء جلسة الإستئفاء بأخذ عينة من دم المريض وقياس نسبة البوتاسيوم في الدم، إذ أن ارتفاعها بنسبة كبيرة يعني بأن المريض غير منضبط في النظام الغذائي ويتناول المأكولات الغنية بالبوتاسيوم، ولهذا فإن أمر قياس إنضباط مرضى القصور الكلوى المزمن سهل بالنسبة للأطباء، أما في حالات عدم الانضباط الصحي لدى مرضى القصور

(Qian, 2017) كما يعتبر تناول الصوديوم من العوامل الهامة التي تؤثر في ضغط الدم حيث يرتبط الإفراط في تناول الصوديوم بزيادة ضغط الدم واحتباس السوائل في الجسم وهو أحد عوامل الخطر الرئيسية لأمراض الكلى المزمنة. ومعظم الإرشادات توصي بتناول الصوديوم من ٧٥٠ ملجم إلى ١٠٠٠ ملجم/ يومياً (Smyth, et al., 2013).

من المشكلات التي تواجه الفريق الطبي، والمرضى أو أسرهم على سبيل المثال وليس الحصر والتي تتطلب التدخل المهني هي عدم الثقة ورفض بعض المرضى للعلاج، وعدم إتباع التعليمات الطبية المقدمة من قبل الفريق الطبي، أو ممارسة المرضى لبعض العادات الغذائية الخاطئة أو تناول الأدوية دون إستشارة الطبيب، وعدم التزام بعض المرضى بتناول الأدوية في الوقت المحدد والتي بدورها تؤثر على خطة سير العلاج (عبد الجواد، ٢٠١٤).

لذلك يسود مصطلح الانضباط الصحي بين مرضى الفشل الكلوى والذى يعرف على أنه درجة الانسجام (أو الموافقة) بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية، إتباع النظام الغذائي، أو تعديل سلوك الحياة وإتباع الإرشادات الصحية والغذائية (رزقى، ٢٠١٢). وتوجد عدة عوامل تؤثر في درجة الانضباط الصحي منها عوامل متعلقة بالمريض وهي مشكلة إنكار المرض، مما يعني رفض العلاج وتناول الأدوية (نوار، ٢٠١٤).

وتوجد عوامل متعلقة بالمرض حيث يؤثر بطرق مختلفة على الانضباط الصحي لدى المرضى، فقد يزيد المرض من امتثال المريض وقد يكون العكس حسب طبيعته المرضية ودرجة خطورته ومن الأسباب التي تؤدى إلى عدم الانضباط الصحي بسبب المرض عدم ظهور الأعراض أو استمرارها (الكحل، ٢٠١١).

كما أن هناك عوامل متعلقة بالنظام العلاجي حيث أن الخضوع للعلاج ليس أمراً هيناً بالنسبة للمريض فتختلف استجابة المريض تبعاً لمدة العلاج، كما إن

المشكلة البحثية

ما سبق يتضح إنتشار مرض الفشل الكلوي مما يتحتم على الغالبية العظمى من المرضى إتباع أكثر أنواع العلاج شيئاً فشيئاً وهو الإستئناف الدموي حتى يمكن تقليل معاناة المريض وتحسين جودة الحياة لديه وبالتالي فإن المريض يحتاج إلى إتباع نظام غذائي معين وتناول العناصر الغذائية الضرورية بكميات تختلف عن الشخص السليم وتختلف من مريض لآخر كما أن المساعدة الاجتماعية تعتبر من العوامل المؤثرة في دعم المريض نفسياً وإنعكاس ذلك على حالة المريض . ولذلك كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو بناء وتنفيذ برنامج إرشادي يهدف إلى تحسين جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي المتعاشين بالإستئناف الدموي.

أهداف البحث

استهدفت هذه الدراسة بصفة أساسية بناء وتنفيذ برنامج إرشادي يهدف إلى تحسين الوعي الصحي وال الغذائي والانضباط الصحي لدى مرضى الفشل الكلوي المتعاشين بالاستئناف الدموي. وينبعق من هذا الهدف الرئيسي مجموعة من الأهداف

البحثية التالية:

- ١- تحديد خصائص العينة.
- أ. الخصائص الاجتماعية.
- ب. المقاييس الجسمية.
- ٢- قياس الوعي الصحي والغذائي.
- أ. الوعي بأسباب الاصابة بمرض الفشل الكلوي.
- ب. الوعي الغذائي.
- ج. الوعي بالمارسات الصحية
- ٣- دراسة الانضباط الصحي.
- ٤- نتائج اختبار الفروض.

الكولي المزمن فإن مضاعفاته تكون خطيرة خاصة على القلب، فكثيراً ما ينقل المريض في حالة عاجلة إلى وحدة إستئناف الدم، بسبب قد نراه بسيط كشرب كمية من اللبن. وقد يتبيّن لنا أن الأطباء الذين يسهرون على متابعة مرضى القصور الكلوي لا يجدون صعوبة في كشف المرضى غير المنضبطين بالعلاج، وإنما يجدون صعوبة في كيفية إيجاد الحلول من أجل انضباط أحسن لدى هؤلاء المرضى. من العرض السابق يتضح أن هناك عوامل أخرى تؤثر في حالة المريض وجودة الحياة غير العلاج الصحي ولذلك فإن المريض في حاجة إلى تدعيم نفسي وإجتماعي وتوعية في جوانب متعددة منها توعية صحية وتغذوية ويتأنى ذلك عن طريق تنفيذ برامج إرشادية تهدف إلى تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى. ويعرف البرنامج الإرشادي على أنه برنامج مخطط ومنظم يقوم على أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية بهدف تنمية أو تحسين أو تعديل أو تعزيز معارف أو معتقدات أو إتجاهات أو سلوك الفئة المستهدفة من خلال مجموعة من الأنشطة والخبرات المنظمة والمخططة والمحددة بجدول زمني معين (فنديل، ٢٠١٦).

يعتبر التغذيف الغذائي أحد البرامج المهمة في الخطط الوطنية للوقاية ومكافحة مشاكل التغذية، ويعرف (صابر، ٢٠٠٨) التغذيف الغذائي على أنه مساعدة أفراد المجتمع في الحصول على المعلومات والخبرات اللازمة لهم للقيام بالإختيار المناسب لغذائهم وذلك بالمحافظة على صحتهم خلال حياتهم. والتغذيف الغذائي الناجح والفعال هو الذي يجعل المعلومات المعطاة سهلة الفهم والإستخدام في الحياة اليومية ويعمل على تغيير العادات الغذائية للشخص أو المجتمع المستهدف (مصيقر، ٢٠٠٣).

ويقصد به في هذه الدراسة مرض الفشل الكلوي الذي يصاب به المريض ويلازمه بقية حياته ويؤثر على حالته النفسية والاجتماعية والاقتصادية.

الفشل الكلوي المزمن: Chronic renal failure هو حدوث قصور في عمل الكلية ووظائفها، أي اختلال عام في جسم الإنسان في معظم حالات الفشل الكلوي المزمن كيما كانت الأصابة فهي ناتجة عن تحطم كبير في النفرون (وحدة عمل الكلية) والباقي لا يكفي لقيام الكلية بعملها (سبع وعشرين، ٢٠١٥).

يعرف الفشل الكلوي المزمن إجرائياً على أنه التوقف التام لعمل الكليتين عن أداء وظيفتها المتمثلة في تصفية الدم داخل الجسم من الفضلات السامة.

الحالة الصحية العامة للمريض: يقصد بها في هذه الدراسة الأمراض والمشكلات الصحية المرتبطة بمرض الفشل الكلوي لدى المريض بالإضافة إلى مؤشر كثافة الجسم للمريض منسوبة للوزن الجاف للمريض وكذلك التحاليل البيوكيميائية المقاسة للمريض.

الانضباط الصحي: Health discipline

تعرف بأنها درجة الانسجام أو التوافق بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية وإتباع النظام الغذائي أو تعديل نمط الحياة وإتباع الإرشادات الصحية والغذائية (رزقي، ٢٠١٢).

ويعرف الانضباط الصحي إجرائياً على أنه مدى توافق سلوك المريض مع الإرشادات الصحية المتعلقة بالدواء والغذاء والصحة عامة.

الإرشاد الصحي: Health education

يعرف بأنه مساعدة المريض على اكتشاف نفسه وفهم وتحليل ذاته ومشكلاته الشخصية والأنفعالية والسلوكية وحل المشكلات وتحقيق التوافق والصحة النفسية ويهدف إلى دراسة الشخصية وتوجيه الحياة الوجهة السليمة (أبو سيدو، ٢٠٠٧).

مؤشر كثافة الجسم :Body Mass Index

هو ناتج قسمة الوزن بالكيلو جرام على مربع الطول بالمتر المربع. ويقسم إلى أربع مستويات من

أهمية البحث

ترجع أهمية البحث إلى بناء البرامج الإرشادية لتزويد المرضى بالمعلومات المتعلقة بالإحتياجات الغذائية التي يحتاجها المريض أثناء مرضه لتحسين حالته ونكيفه مع البرامج العلاجية. إذ أن عملية تعليم المريض تعتبر كأحد الحلول المنطقية لتزويد المريض بالمعلومات اللازمة وتغيير أفكاره الخاطئة حول المرض وبالتالي تغيير معارفه وسلوكيه. كما ترجع أهمية البحث أيضاً إلى مساعدة المرضى على تتنمية مستوى الطموح لديهم وذلك من خلال التغلب على المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يتعرضون لها من جراء إفتقار المريض للمساندة الإجتماعية من الأهل والأصدقاء. وبالتالي رفع المعاناة عن هؤلاء المرضى من خلال ايجاد افضل الطرق الإرشادية والاسس النظرية والمهارية للتعامل مع تلك الحالات واعادة التوازن النفسي للمريض قدر الامكان.

فروض البحث

١. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي وال الغذائي قبل وبعد تنفيذ البرنامج.
٢. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الانضباط الصحي قبل وبعد تنفيذ البرنامج.
٣. لا يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على الوعي الصحي وال الغذائي والانضباط الصحي قبل وبعد تنفيذ البرنامج.

المصطلحات العلمية والتعريف الاجرامية

المرض المزمن: Chronic disease

يختلف المرض المزمن عن المرض الحاد في كونه غير قابل للشفاء التام وضرورة علاجه المستمر واعاقته وظيفياً للمصاب به، إضافة إلى الأعباء النفسية والاجتماعية والاقتصادية المترتبة عليه (زعوط وقريشى، ٢٠١٢).

الإستئفاء الدموى ولديهم الرغبة فى الإشتراك فى البرنامج

ثالثاً: إجراءات البحث:

أولاً: أداة الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على استخدام الاستبيان بالمقابلة الشخصية لجمع البيانات المتعلقة بهذه الدراسة وقد أشتمل الاستبيان على سبعة محاور رئيسية هي:

١- خصائص العينة:

إشتملت دراسة خصائص العينة على بنددين وهى:
أ- **الخصائص الاجتماعية:** والتى تضمنت البيانات الخاصة بأفراد العينة من المرضى وهى نوع الجنس ومحل الإقامة والسن والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء إن وجد وطبيعة العمل.

ب- المقاييس الجسمية للعينة وتشمل: الطول بالسنتيمتر: تم حساب الطول بشرط مدرج لأقرب ١, سم بدون حذاء وكان الشريط مثبت على الحاطئ وقد تمأخذ المقاييس مرتين وعند التأكيد من القياس يحسب متوسط القرأتين.

الوزن بالكيلوجرام: تم حساب الوزن بالكيلوجرام لأقرب ٠,١ كجم بإستخدام ميزان رقمى بدون حذاء، وتمأخذ مقاييس الوزن مرتين الأولى قبل جلسة الإستئفاء (الوزن الرطب) والثانية بعد الجلسة (الوزن الجاف).

مؤشر كثافة الجسم BMI: تم حساب مؤشر كثافة الجسم عن طريق قسمة الوزن الجاف بالكيلوجرام على مربع الطول بالمتر المربع. وفي هذا البحث تم تقسيم مؤشر كثافة الجسم إلى خمس أجزاء نحافة (أقل من ١٨,٥)، وزن طبيعى (من ١٨,٥ - ٢٤,٩)، بدانة من الدرجة الأولى (٢٥ - ٢٩,٩)، بدانة من الدرجة الثانية (٣٠ - ٣٤,٩)، بدانة من الدرجة الثالثة (٤٠ - ٣٥). (Baker, 2018)

٢- الوعى الصحى والغذائى للعينة:

إشتمل هذا المحور على ثلاثة بنود وهى:

٣٤,٩ - ٢٤,٩ ، من ٢٥ - ٢٩,٩ ، من ٣٠ - ٣٤,٩ وأكبر من (٣٥) شاكر، ١٩٩٩).

البرنامج الإرشادى:

هو برنامج منظم فى ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردية وجماعياً، الهدف منه مساعدتهم في تحقيق النمو السوى والقيام بالاختيار الواعى والمتعلق ولتحقيق التوافق النفسي ويقوم بتطبيقه وتنفيذ لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين (زهران، ٢٠٠٣).

ويعرف إجرائياً على أنه مجموعة من الجلسات والأنشطة التعليمية الإرشادية التى تم تصميمها وتنفيذها في إطار وحدات دراسية متكاملة بهدف زيادةوعى المرضى تجاه الاسباب الرئيسية للإصابة بالفشل الكلوى وبعض السلوكيات الخاطئة التي تتسبب في الإصابة بمرض الفشل الكلوى وأيضاً زيادة الوعى والممارسات التغذوية لمرضى الإستئفاء الدموى. بالإضافة إلى دور وعى وممارسة الإنضباط الصحى فى التخفيف من حدة الآثار السلبية الناتجة عن الإستئفاء الدموى.

الاسلوب البحثي

أولاً: منهج البحث:

استخدم المنهج الوصفي التحليلي بجانب المنهج التجربى.

ثانياً: الشامله والعينة فى الدراسة الميدانية

- **شامله البحث:** تضمنت شاملة البحث جميع مرضى الفشل الكلوى المزمن والتعايشون بالإستئفاء الدموى والمترددون على وحدات الإستئفاء الدموى فى عدة مستشفيات فى محافظة الإسكندرية وقد بلغ عدد المرضى حوالي مائة وعشرون (١٢٠) مريضاً يقومون بعمل جلسات الإستئفاء الدموى على مدار الأسبوع بواقع ثلاث مرات أسبوعياً

- **العينة:** تم تطبيق البرنامج الإرشادى على عينة مكونة من (١٢) مريضاً يقومون بعمل جلسات

$$\text{والدرجة الصغرى} = 1 \times \text{عدد العبارات} = (1 \times 21) = 21$$

تتضمن أسباب متعددة للفشل الكلوى و والذى تدرجت فيه الإجابات بين نعم، لا، لا أعرف.
المعالجة الإحصائية:

تم معالجة البيانات إحصائياً باستخدام النسب المئوية والمتوسط الحسابي لوصف وتوزيع البيانات، وللمقارنة بين الاختبار القبلي والبعدي تم استخدام اختبار (t) وحساب معامل إيتا ومؤشر كوهن ، وذلك من خلال استخدام برنامج الحاسوب الآلي الإحصائي SPSS V.22.

ثانياً: تنفيذ البرنامج:
فيما يلى عرضًا لمحتوى البرنامج من حيث : الأهداف و طرق التدريس والمحتوى العلمي للبرنامج والوسائل الإرشادية المستخدمة .

الهدف الرئيسي للبرنامج الإرشادي:
تنمية الوعى الصحى والغذائى لتحسين قدرة المريض على ممارسة الإنضباط الصحى
الأهداف المعرفية: إكساب العينة معارف عن:
- الكلى كعضو مهم من أعضاء الجسم.
- مزايا وعيوب الإستصفاء الدموى.
- مصادر العدوى أثناء عملية الإستصفاء الدموى.
- دلالة كفاعة الإستصفاء الدموى.
- معلومات عن العناصر الغذائية الرئيسية فى النظام الغذائى للمريض.
- معلومات عن مصادر الأغذية المفيدة والضارة للحالة الصحية للمريض.

- معلومات عن حساب كمية السوائل حسب الحالة الصحية.
- العادات الغذائية التى يجب أن يمارسها المريض.
- مفهوم الإنضباط الصحى.
- الرعاية الصحية الذاتية والسلوك الصحى.
- التحاليل الدورية الازمة.
- الآثار السلبية المصاحبة للاستصفاء الدموى.

أ- الوعى بأسباب الإصابة بمرض الفشل الكلوى:
اشتمل هذا البند على عدد 11 عبارة تتضمن الأسباب المختلفة للإصابة بالمرض يجاب عليها بوضع علامة (✓) أمام الإجابة المناسبة له وكانت الإجابة على هذه العبارات في الإستبيان وكانت الإجابات بين نعم، لا، لا يعرف.

$$\text{وكانت الدرجة العظمى} = 3 \times \text{عدد العبارات} = (3 \times 11) = 33$$

$$\text{والدرجة الصغرى} = 1 \times \text{عدد العبارات} = (1 \times 11) = 11$$

ب- الوعى الغذائي: إشتمل على 11 عبارة لقياس الوعى الغذائي للعينة يجاب عليها بوضع علامة (✓) أمام الإجابة المناسبة له وكانت الإجابة على هذه العبارات في الإستبيان وكانت الإجابات بين نعم ، لا ، لا يعرف.

$$\text{وكانت الدرجة العظمى} = 3 \times \text{عدد العبارات} = (3 \times 11) = 33$$

$$\text{والدرجة الصغرى} = 1 \times \text{عدد العبارات} = (1 \times 11) = 11$$

ج- الوعى بالمارسات الصحيحة : إشتمل على 20 عبارة لقياس الوعى بالمارسات الصحيحة لمرضى للعينة يجاب عليها بوضع علامة (✓) أمام الإجابة المناسبة له وكانت الإجابة على هذه العبارات في الإستبيان وكانت الإجابات بين نعم، لا، لا يعرف. وكانت الدرجة العظمى = 3 × عدد العبارات = (3 × 20) = 60 والدرجة الصغرى = 1 × عدد العبارات = (1 × 20) = 20

٣- الإنضباط الصحى
دور الإنضباط الصحى فى التخفيف من حدة الآثار السلبية الناتجة عن الإستصفاء الدموى.

اشتمل هذا الجزء على عدد 21 عبارة يجاب عليها بوضع علامة (✓) أمام الإجابة المناسبة له فى الإستبيان وكانت الإجابات بين نعم، لا ، لا يعرف.
وكانت الدرجة العظمى = 3 × عدد العبارات = (3 × 21) = 63

أولاً: الجلسة الأولى: تشمل أسباب الإصابة بالفشل الكلوي.

الهدف من الدرس: إكساب المرضى معارف عن وظيفة الكلى وكيفية التخلص من الفضلات والسموم الناتجة من عمليات الميتابوليزم وكذلك مزايا وأهمية المداومة على عملية الاستئفاء الدموى وأخطار التوقف عنها.

عناصر الدرس:

١- تنقيف المريض عن الكلى ووظيفتها وطريقه أدائها.

٢- التعريف بمفهوم مرض الفشل الكلوى المزمن.

٣- ارشاد المريض عن كيفية الحفاظ على صحة الكلى.

٤- التوعية بالأسباب الشائعة التي قد تصيب المريض بالفشل الكلوى المزمن.

٥- تعريف المريض بعملية الاستئفاء الدموى.

ثانياً: الجلسة الثانية: دور الوعي التغذوي في التغلب على المشكلات الصحية لمرضى الاستئفاء الدموى.

الهدف من الجلسة: إكساب المرضى معارف ومعلومات عن كيفية التعامل مع مرض الفشل الكلوى وإكسابهم معارف ومهارات خاصة بإختيار العناصر الغذائية الازمة والتي تؤثر على صحة وسلامة المرضى.

عناصر الجلسة:

١- التعريف بالعناصر الرئيسية فى النظام الغذائي لمرضى الاستئفاء الدموى.

٢- تنقيف المريض بمخاطر زيادة أو نقص العناصر الغذائية المختلفة.

٣- التعريف بالأنواع المختلفة من الأغذية المفيدة والضاره لحالته المرضية.

٤- مناقشة العادات الغذائية التي تحتاج إلى التأكيد أو تغيير.

- النظام الغذائي والعلاج.

الأهداف السلوكية (المهاريه)

إكساب العينة مهارات فى:

- المحافظة على صحة وسلامة الكليتين.

- الحد من المضاعفات المصاحبة لفشل الكلوى.

- التخلص من عيوب عملية الاستئفاء الدموى.

- كيفية الحد من إنتقال العدوى أثناء عملية الاستئفاء الدموى.

- اختيار الغذاء المناسب للمريض.

- اختيار الأغذية المفيدة والحد من الأغذية الضارة للحالة الصحية للمريض.

- اختيار العادات الغذائية الصحيحة المناسبة للمريض.

- الالتزام بتعليمات الفريق الطبي المعالج للمريض.

- كيفية التغلب على الآثار السلبية المصاحبة للإستئفاء الدموى.

- كيفية الالتزام بالنظام الغذائي والعلاجى للحالة المرضية.

طرق التدريس والوسائل الإرشادية والأنشطة التعليمية

المتبعة في البرنامج الإرشادي:

١. العصف الذهني

٢. المحاضرات

٣. المناقشة

٤. فيلم تعليمي

٥. صور

٦. لوحات إرشادية

محتوى البرنامج:

يحتوى البرنامج على ٣ وحدات تتضمن الوحدة الأولى معلومات ومهارات عن اسباب الإصابة بالفشل الكلوى، تتضمن الوحدة الثانية معلومات ومهارات عن الحالة التغذوية لمرضى الاستئفاء الدموى، أما الوحدة الثالثة تشمل على معلومات ومهارات عن دور ممارسة الإنضباط الصحى للتخفيف من حدة الآثار السلبية الناتجة عن عملية الاستئفاء الدموى.

نقطن فى حى غرب وأن ثلث العينة(٣٣,٣%) نقطن فى حى العجمى.

جدول ١: توزيع المبحوثين وفقاً لنوع الجنس والسن

ومحل الإقامة (ن = ١٢)

الخصائص	العدد	النسبة المئوية (%)	(ن = ١٢)
نوع الجنس			
ذكر	٨	٦٦,٧	
أنثى	٤	٣٣,٣	
المجموع	١٢	١٠٠	
السن			
> ٣٠ سنة	٢	١٦,٧	
> ٤٠ سنة	١	٨,٣	
> ٥٠ سنة	٦	٥٠	
٦٠ فأكثر سنة	٣	٢٥	
المجموع	١٢	١٠٠	
محل الإقامة			
حي شرق	١	٨,٣	
حي غرب	٥	٤١,٧	
حي المنتزه	٢	١٦,٧	
حي العجمي	٤	٣٣,٣	
المجموع	١٢	١٠٠	

كما يتضح من نتائج جدول (٢) أن ٧٥% من العينة كانوا متزوجون و١٦,٧% أرمل والسبة الباقية (٨,٣%) أعزب. كما أن ٦٦,٧% كان لديهم من ١ إلى ٢ من الأبناء. وقد يتضح أن النسبة الأكبر (٤١,٧%) كان تعليمهم إبتدائي وأن ١٦,٧% كانوا يحملون الشهادة الإعدادية و٨,٣% يحملون الشهادة الجامعية. أما بالنسبة لطبيعة العمل كانت النسبة الأكبر (٦٦,٧%) بدون عمل وكان ١٦,٧% من الحرفيين والسبة الباقية مهنى أو يعملون بالأعمال الحرية.

بـ- المقاييس الجسمية

تراوحت أوزان العينة قبل جلسة الاستقصاء الدموى بين ٥٢-١١٥ كجم وكان متوسط الوزن $19,31 \pm 77,33$ كجم أما بعد الجلسة فقد تراوحت الاوزان بين ٤٨ و ١١٢ كجم

ثالثاً الجلسة الثالثة: الإنضباط الصحى ودوره فى التخفيف من حدة الآثار السلبية الناتجة عن الإستقصاء الدموى.

عناصر الدرس:

- التعريف بمفهوم الإنضباط الصحى.
- تنمية فاعلية الرعاية الصحية الذاتية لضبط السلوك الصحى للمريض.
- تنمية ممارسة الإنضباط الصحى للمحافظة على الحالة الصحية للمريض.
- إرشاد المريض بالطرق التى تساعده على تقبل الوضع الصحى للمريض.
- التوعية بالآثار السلبية المصاحبة للإستقصاء الدموى.

نتائج البحث

تشتمل هذه النتائج على خصائص العينة ونتائج تقييم وعي أفراد العينة قبل وبعد تنفيذ البرنامج الإرشادى بالإضافة إلى نتائج اختبار الفروض:

١- **خصائص العينة:** الخصائص الاجتماعية يشتمل هذا الجزء على خصائص العينة من حيث الخصائص الشخصية والتاريخ المرضى للعينة وآراء المرضى فى وحدة الإستقصاء. وفيما يلى عرضاً لهذه النتائج:-

- **الخصائص الاجتماعية:**- وتشمل خصائص أفراد العينة من حيث نوع الجنس والسن ومحل الإقامة والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء والمستوى التعليمى وطبيعة العمل. حيث يتضح من جدول (١) أن ثلث العينة (٣٣,٣%) كن من الإناث والنسبة الأكبر (٦٦,٧%) من الذكور كما يتضح أن نصف العينة (٥٠%) كانت فى فئة السن من ٥٠ < - ٦٠ سنة. كما أن ربع العينة (٢٥%) كن فى فئة ٦٠ سنة فأكثر وهناك نسبة لا يستهان بها من صغار السن (١٦,٧%) < ٣٠ سنة أما بالنسبة لمحل الإقامة فقد تبين من النتائج أن أكبر نسبة من العينة (٤١,٧%)

حيث كان المتوسط $26,4 \pm 0,07 \text{ م}$ ومتناصف مؤشر كتلة الجسم $19,69 \pm 1,65 \text{ كجم}$ ومن $6,37 \pm 0,07$

الملحوظ حدوث إنخفاض في الوزن بعد جلسة الاستصفاء الدموي، أما طول أفراد العينة فكان المتوسط

جدول ٢: توزيع المبحوثين وفقاً للحالة الاجتماعية وعدد الأبناء والمستوى التعليمي وطبيعة العمل (ن = ١٢)

الخصائص	الحالة الاجتماعية	
	النسبة المئوية %	العدد (ن = ١٢)
أعزب	٨,٣	١
متزوج	٧٥	٩
أرمل / مطلق	١٦,٧	٢
المجموع	١٠٠	١٢
عدد الأبناء		
لا يوجد	١٦,٧	٢
٢_١	٦٦,٧	٨
٣	١٦,٧	٢
المجموع	١٠٠	١٢
المستوى التعليمي		
ابتدائية	٤١,٧	٥
إعدادية	١٦,٧	٢
مؤهل متواسط	٣٣,٣	٤
جامعي	٨,٣	١
المجموع	١٠٠	١٢
طبيعة العمل		
بدون عمل	٦٦,٧	٨
حرفي	١٦,٧	٢
مهني	٨,٣	١
أعمال حرة	٨,٣	١
المجموع	١٠٠	١٢

جدول ٣: الوزن قبل وبعد الجلسة ومؤشر كتلة الجسم بعد الجلسة

الوزن قبل الجلسة على أساس الوزن بعد الجلسة BMI	الطول م'	الوزن بعد الجلسة	الوزن قبل الجلسة
١٦,٦١	١,٧	٤٨	٥٣
٢٦,٩١	١,٥٣	٦٣	٦٦
٢٥,٥١	١,٦٨	٧٢	٧٥
٣٥,٣٥	١,٧٨	١١٢	١١٥
٣١,٩٦	١,٦٥	٨٧	٩٠
٢٧,٦٨	١,٧	٨٠	٨٤
١٦,٠٤	١,٧٣	٤٨	٥٢
٣٣,٢٠	١,٦	٨٥	٨٨
٢٤,٩٧	١,٥٥	٦٠	٦٣
٢٢,٣٢	١,٦٨	٦٣	٦٧
٣٤,٦٠	١,٧	١٠٠	١٠٣
٢٦,٩٥	١,٦	٦٩	٧٢
$6,37 \pm 26,84$	$0,07 \pm 1,65$	$19,69 \pm 73,91$	$19,31 \pm 77,33$

كما أشارت نتائج جدول (٥) أن حوالي ثلث أفراد العينة (٣٣,٣%) يعلمون أن زراعة الكلى تعتبر بديل عملية الاستئصال الدموى أو أنه يمكن أن تقوم كلية واحدة فقط بكافة الوظائف التى يحتاج إليها الجسم وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج %٨٣,٣ على التوالي، بينما ما يزيد عن نصف العينة (%٥٨,٣) يعلمون أن الكلى تخلص من الماء الزائد عن حاجة الجسم أو أن الوظيفة الأساسية للكلية هى إزالة الفضلات والأملاح والسوائل الزائدة عن إحتياجات الجسم وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج %.١٠٠.

٢- تقييم وعي أفراد العينة قبل وبعد تنفيذ البرنامج الإرشادى وقد تضمن هذا الجزء الوعي الصحى والغذائى والانضباط الصحى:

أ- الوعى بأسباب الفشل الكلوى:

تم تقسيم العينة إلى ثلاثة فئات تبعاً لوعيهم عن أسباب الإصابة بالفشل الكلوى قبل وبعد تنفيذ البرنامج وقد يتضح جدول (٤) أن %٢٥ من العينة كان وعيهم جيد قبل تنفيذ البرنامج فى مقابل %٧٥ فى نفس الفترة بعد تنفيذ البرنامج.

جدول ٤: تقييم الوعى بأسباب الفشل الكلوى قبل وبعد تنفيذ البرنامج

الوعى بأسباب الفشل الكلوى (ن = ١٢)			
بعد تنفيذ البرنامج	قبل تنفيذ البرنامج	بعد تنفيذ البرنامج	قبل تنفيذ البرنامج
%	عدد	%	عدد
٨,٣	١	٣٣,٣	٤
١٦,٧	٢	٤١,٧	٥
٧٥,٠	٩	٢٥,٠	٣
١٠٠	١٢	١٠٠	١٢
المجموع		أقل درجة مشاهدة	
٢٧		١٦	
٣٣		٢٨	
المتوسط الحسابى + الانحراف المعيارى		أعلى درجة مشاهدة	
٢,١٦ +٣١,٣		٣,٨٢ + ٢١,٦٦	

جدول ٥: تقييم الإجابات الصحيحة بالوعى بأسباب الفشل الكلوى قبل وبعد تنفيذ البرنامج (ن = ١٢)

الإجابات الصحيحة بالوعى بأسباب الفشل الكلوى			
بعد تنفيذ البرنامج	قبل تنفيذ البرنامج	العدد	%
%	العدد	%	العدد
الوظيفة الأساسية للكلية هي إزالة الفضلات والأملاح والسوائل الزائدة عن إحتياجات الجسم	١٠٠	١٢	٥٨,٣
يُضخ القلب الدم إلى الكلى بمعدل لتر واحد يومياً	١٠٠	١٢	١٦,٧
يمكن أن تقوم كلية واحدة فقط بكافة الوظائف التى يحتاج إليها الجسم	٩١,٧	١١	٣٣,٣
تتخلص الكلى من الماء الزائد عن حاجة الجسم	١٠٠	١٢	٥٨,٣
في فصل الصيف أو عند الصيام تزيد الكلى من خروج البول	١٠٠	١٢	٨,٣
تفرز الكلى هرمون الأتروبوبوتين الذى يعمل على الإصابة بالأنيميا أو فقر الدم	١٠٠	١٢	٨,٣
مرض السكر وارتفاع ضغط الدم يعتبروا من الأسباب الرئيسية لحدوث الفشل الكلوى	٩١,٧	١١	٤١,٧
التورم المائى من المضاعفات المصاحبة للفشل الكلوى	٨٣,٣	١٠	١٦,٧
عملية الإستئصال الدموى تعتبر علاج لمرض الفشل الكلوى	١٠٠	١٢	١٦,٧
زراعة الكلى تعتبر بديل لعملية الإستئصال الدموى	٨٣,٣	١٠	٣٣,٣
من العلامات الدالة على كفاءة عملية الإستئصال الدموى إختفاء أعراض الفشل الكلوى مؤقتاً	١٠٠	١٢	٤١,٧

مثل حالتهم هو البروتين الحيوي وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج %٩١,٧ و %٨٣,٣ و %١٠٠ على التوالي. أما ١٦,٧ % فيعلمون أن تعديل النظام الغذائي يؤدي إلى التجويع وحالة من سوء التغذية وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج %١٠٠.

ج. الوعى بالمارسات الصحيحة:
عند تقسيم العينة إلى ثلاثة فئات تبعاً لمستوى وعيهم بالمارسات الصحية والغذائية قبل وبعد تنفيذ البرنامج نتبين أن %٨,٣ كان وعيهم جيد قبل تنفيذ البرنامج وإرتفعت النسبة إلى %٥٨,٣ بعد تنفيذ البرنامج جدول (٨).

بـ الوعى بالمارسات الغذائية لمرضى الاستصفاء الدموى

يشير جدول (٦) إلى أن المستوى الجيد لوعى العينة بلغ %٨٣ قبل البرنامج وإرتفع إلى %٥٨,٣ بعد تنفيذ البرنامج أي أن أفراد العينة تحسن لديهم أساليب أو الطرق الصحيحة للمارسات الغذائية. كما تبين من نتائج جدول (٧) أنه لا يوجد أي من أفراد العينة يعلمون أنه من الأفضل أن يتم وضع نظام غذائي موحد لجميع مرضى الاستصفاء الدموى أو أن الإقلال من تناول اللحوم الحمراء يؤدي إلى تدهور وظائف الكلى أو أن أسهل البروتينات التي يمكن للجسم أن يستفاد منها فى

جدول ٦: الوعى بالمارسات الغذائية قبل وبعد تنفيذ البرنامج

		الوعى بالمارسات التغذوية لمرضى الاستصفاء الدموى		(ن = ١٢)
		قبل تنفيذ البرنامج	بعد تنفيذ البرنامج	
%	عدد	%	عدد	
٨,٣	١	٦٦,٧	٨	ضعف
٣٣,٣	٤	٢٥,٠	٣	متوسط
٥٨,٣	٧	٨,٣	١	جيد
١٠٠	١٢	١٠٠	١٢	المجموع
	٢٧	١٥		أقل درجة مشاهدة
	٣٠	٢٥		أعلى درجة مشاهدة
	٢,٣٨ + ٣١,٣٣	٢,٨٢ + ١٧,٠٠		المتوسط الحسابي + والانحراف المعيارى

جدول ٧: الوعى الغذائي لمرضى الاستصفاء الدموى

		الوعى الغذائي لمرضى الاستصفاء الدموى		
		قبل تنفيذ البرنامج	بعد تنفيذ البرنامج	
%	العدد	%	العدد	
٨٣,٣	١٠	٨,٣	١	١- تختلف الاحتياجات الغذائية من مريض لآخر
٩١,٧	١١	٠,٠	٠,٠	٢- من الأفضل أن يتم وضع نظام غذائي موحد لجميع مرضى الاستصفاء الدموى
٨٣,٣	١٠	٠,٠	٠,٠	٣- الإقلال من تناول اللحوم الحمراء يؤدي إلى تدهور وظائف الكلى
١٠٠	١٢	٠,٠	٠,٠	٤- أسهل البروتينات التي يمكن للجسم أن يستفاد منها في مثل حالتكم هو البروتين الحيوي
١٠٠	١٢	٨,٣	١	٥- نسبة الكرياتينين لها علاقة بكمية البروتين المتناول بالطعام
٩١,٧	١١	٨,٣	١	٦- يتم فقد نسبة كبيرة من البوتاسيوم عند نقع وتقشير وتنقليع وسلق الخضروات
١٠٠	١٢	٢٥	٣	٧- تقوم الكلية بالحفظ على المستوى الطبيعي لنسبة الأملاح كالصوديوم والبوتاسيوم والماغنيسيوم في الدم
٧٥	٩	٢٥	٣	٨- زيادة مستوى الأملاح الأساسية في الدم تؤثر إيجابياً على الحالة الصحية للجسم
١٠٠	١٢	٨,٣	١	٩- تؤثر عملية الاستصفاء على نسبة الدهون الموجودة في الدم المصاحبة لمرضى الفشل الكلوي عموماً
٩١,٧	١١	٨,٣	١	١٠- تقل نسبة البولينا إذا كانت هناك سعرات حرارية كافية في الطعام
١٠٠	١٢	١٦,٧	٢	١١- تعديل النظام الغذائي يؤدي إلى التجويع وحالة من سوء التغذية

(الماء والمشروبات) كما وصفت لهم وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج %٧٥

أما بالنسبة للوعي بالمارسات الصحيحة فتبين من النتائج الواردة بجدول (٩) أن حوالي ثلث العينة (٣٣,٣%) يتقيدون بشرب الكمية المحددة من السوائل

جدول ٨: تقييم الوعي بالمارسات الصحيحة قبل وبعد تنفيذ البرنامج

الوعي بالمارسات الصحيحة (ن = ١٢)			
بعد تنفيذ البرنامج		قبل تنفيذ البرنامج	
%	عدد	%	عدد
٨,٣	١	٦٦,٧	٨
٣٣,٣	٤	٢٥,٠	٣
٥٨,٣	٧	٨,٣	١
١٠٠	١٢	١٠٠	١٢
	٢٤	١٤	
	٣٠	١٩	
<u>المتوسط الحسابي + الانحراف المعياري</u>		<u>١,٩٢ ± ١٦,٥٨</u>	
<u>أقل درجة مشاهدة</u>			
<u>أعلى درجة مشاهدة</u>			

جدول ٩: الوعي بالمارسات الصحيحة (ن = ١٢)

الوعي بالمارسات المرتبطة بأسباب الفشل الكلوي			
بعد تنفيذ البرنامج		قبل تنفيذ البرنامج	
%	العدد	%	العدد
٨٣,٣	١٠	٨,٣	١
٧٥	٩	٨,٣	١
٧٥	٩	٣٣,٣	٤
٧٥	٩	٨,٣	١
٩١,٧	١١	٨,٣	١
٩١,٧	١١	٨,٣	١
٩١,٧	١١	٦٦,٧	٨
١٠٠	١٢	٨٣,٣	١٠
١٠٠	١٢	٨,٣	١
٧٥	٩	٨,٣	١
١٠٠	١٢	٠,٠	٠,٠
٩١,٣	١١	٠,٠	٠,٠
١٠٠	١٢	٨,٣	١
١٠٠	١٢	٨,٣	١
١٠٠	١٢	٨,٣	١
١٠٠	١٢	٨,٣	١
٨٣,٣	١٠	٠,٠	٠,٠
٩١,٧	١١	٨,٣	١
١٠٠	١٢	٤١,٧	٥
٩١,٧	١١	٠,٠	٠,٠

عند الاحساس بأى مشكلة صحية وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج ١٠٠٪، وكان لا يوجد أى من أفراد العينة يعلمون أن زيادة نسبة الفوسفور فى الدم يسبب حدوث حكة وتهيج بالجلد أو أنه يجب تجنب الإصابة بالامساك لمنع النزيف وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج ٩١,٧٪ و ١٠٠٪ على التوالي. أوضحت نتائج جدول (١١) أن ٥٨,٣٪ من أفراد العينة يلتزمون بمواعيد جلسات الاستصفاء الدموي "الغسيل الكلوى" لأنه يحسن من الحالة الصحية في مقابل ١٠٠٪ بعد تنفيذ البرنامج، وكان حوالي ثلث أفراد العينة (٣٣,٣٪) يتبعون سلوك صحي مناسب لحالتهم لأنها مناسب للانضباط الصحي للمريض وقد أصبحت هذه النسبة ٦٦,٦٪ بعد تنفيذ البرنامج، أما ٩١,٧٪ يلتزمون بالنظام الغذائي لأنه يحمى من خطر الإصابة بالأمراض ولأنه يحمى من الإصابة بألام المفاصل وهشاشة العظام وقد أصبحت هذه النسبة ٩١,٧٪ بعد تنفيذ البرنامج.

٤- نتائج اختبار الفروض:

تم إجراء تقييم البرنامج بعد نهاية كل جلسات البرنامج وقد يستخدم في التقييم جمع البيانات قبل وبعد تنفيذ البرنامج وإشتمل التقييم على قياس الوعى والممارسات المرتبطة بأسباب الفشل الكلوى والوعى والممارسات الغذائية لمرضى الاستصفاء الدموى والوعى والممارسات المرتبطة بالانضباط الصحى.

أما حوالي ٦٦,٧٪ من أفراد العينة يقومون بتحليل وظائف الكلى بإستمرار وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج ٩١,٧٪. أما ٨٣,٣٪ من الأفراد يحافظون على مواعيد الإستصفاء الدموى كما حددتها الطبيب المعالج وقد أصبحت هذه النسبة ١٠٠٪ بعد تنفيذ البرنامج. أما بالنسبة للممارسات الغذائية فتبين أن ٤١,٧٪ من أفراد العينة يشجعون ممارسة العادات الصحية المفيدة والتخلص من العادات الضارة لأنه يؤثر في صحة الفرد وسلامة المجتمع وقد أصبحت هذه النسبة ٨٣,٣٪ بعد تنفيذ البرنامج، كما كان ٥٨,٣٪ من أفراد العينة لا يكثرون من تناول الدهون لأنها تؤدي إلى تدهور في وظائف الكلى أو المشروبات الغازية لأنها تسبب الإصابة بهشاشة العظام ويتناولون الموز بكثرة لأن له تأثير إيجابي على النظام الغذائي وقد أصبحت هذه النسبة بعد تنفيذ البرنامج ١٠٠٪ كما أن جميع أفراد العينة لا يمارسون أي نشاط رياضي خفيف وقد تحسنت هذه النسبة إلى ٩١,٧٪ بعد تنفيذ البرنامج.

٣- الانضباط الصحي

من حيث مستوى الإنضباط الصحي تشير النتائج جدول (١٠) أن ٨,٣٪ من العينة كان مستوى إنضباطهم الصحي جيد قبل البرنامج وإرتفعت النسبة في نفس المستوى إلى ٦٦,٧٪ بعد البرنامج من دركوا أهمية إتباع إجراءات الإنضباط الصحي وأثره على المرض والمريض. كما وأشارت نتائج جدول (١١) أن أكثر من نصف العينة (٥٨,٣٪) يعلمون أن إستشارة الطبيب

جدول ١٠: تقييم الانضباط الصحي قبل وبعد تنفيذ البرنامج

	الانضباط الصحي (ن = ١٢)			
	قبل تنفيذ البرنامج	بعد تنفيذ البرنامج		
	عدد	٪	عدد	٪
ضعيف	٦	٥٠,٠	٢	١٦,٧
متوسط	٥	٤١,٧	٢	١٦,٧
جيد	١	٨,٣	٨	٦٦,٦
المجموع	١٢	١٠٠	١٢	١٠٠
أقل درجة مشاهدة	١٩	٢٦		
أعلى درجة مشاهدة	٢٧	٣٠		
المتوسط الحسابي \pm الانحراف المعياري	٢٣,١٦	٢,١٦٠	$1,٢٤ \pm ٢٩,٥٠$	

جدول ١١: الوعي بالانضباط الصحي قبل وبعد تنفيذ البرنامج

				الوعي بالانضباط الصحي
قبل تنفيذ البرنامج		بعد تنفيذ البرنامج		
%	العدد	%	العدد	
١٠٠	١٢	٨,٣	١	الإنضباط الصحي يشتمل على الالتزام الدوائي فقط
١٠٠	١٢	٨,٣	١	الإنضباط الصحي ليس له علاقة بتعديل سلوك الحياة للمريض
٧٥	٩	٨,٣	١	من أهم العوامل التي تؤثر على الإنضباط الصحي هو نوعية الإرشادات التي تقدم للمرضى
١٠٠	١٢	٥٨,٣	٧	يجب استشارة الطبيب عند الإحساس بأى مشاكل صحية
٨٣,٣	١٠	٨,٣	١	الفحوصات الطبية الدورية لا تؤثر في حالة الصحية للمريض
٩١,٧	١١	٨,٣	١	التوعية العلاجية والغذائية لا تؤثر على كفاءة الإستصناف الدموي
٨٣,٣	١٠	٨,٣	١	يمكن التحكم في نسبة الأنيميا عن طريق الالتزام الغذائي المتوازن
٨٣,٣	١٠	٨,٣	١	الشعور بالصداع ليس له علاقة بارتفاع ضغط الدم.
٩١,٧	١١	٠,٠	٠,٠	يسبب زيادة نسبة الفوسفور في الدم إلى حدوث حكة وتبيح بالجلد
١٠٠	١٢	٠,٠	٠,٠	يجب تجنب الإصابة بالإمساك لمنع تزيف
٨٣,٣	١٠	٢٥	٣	يمكن أن يحدث انخفاض لضغط الدم أثناء عملية الإستصناف الدموي
٩١,٧	١١	٨,٣	١	تغيرات الدهون المصاحبة لمرضى الفشل الكلوي المزمن تتأثر بعملية الاستصناف الدموي.
١٠٠	١٢	٥٨,٣	٧	الالتزام بمواعيد جلسات الإستصناف الدموي "الغسيل الكلوي" لأنه يحسن من الحالة الصحية
١٠٠	١٢	٣٣,٣	٤	أتبع سلوك صحي مناسب لحالتي لأنه مناسب للإنضباط الصحي للمريض
١٠٠	١٢	٦٦,٧	٨	الالتزام بالنظام الغذائي لأنه يحمي من خطر الإصابة بالأمراض
٩١,٧	١١	٦٦,٧	٨	الالتزام بالنظام الغذائي لأنه يحمي من الإصابة بألم المفاصل وهشاشة العظام
٩١,٧	١١	٥٠	٦	أتناول دوائي في الوقت المحدد وحسب الجرعات الموصوفة لي
١٠٠	١٢	٣٣,٣	٤	الالتزام بمواعيد وعدد ساعات جلسة الإستصناف الدموي لأنه يساعد على التخلص من نسبة البولينا
١٠٠	١٢	٦٦,٧	٨	أمتنع عن شرب الشاي والقهوة لأن له علاقة بأضطرابات النوم والقلق
٩١,٧	١١	٥٠	٦	أستعمل فرشة أسنان ناعمة لا تسبب تزيف اللثة
١٠٠	١٢	٧٥	٩	أتناول تناول وجبات صغيرة (ستة وجبات يومياً)
١٠٠	١٢	١٦,٧	٢	أتناول الألبان والأطعمة الغنية بالألياف لأنه يحمي من الإصابة بالإمساك

تنفيذ البرنامج أصبح الوعي جيداً بنسبة ٥٨,٣%. وكانت الفروق معنوية عند مستوى إحتمالي ٠,٠٠١ وكانت قيمة "ت" ٢٦,٥٤٧ ولذلك يرفض الفرض. أي أن توجد فروق معنوية في الوعي بالممارسات الصحية والغذائية قبل وبعد تنفيذ البرنامج.

الفرض الأول: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي وال الغذائي قبل وبعد تنفيذ البرنامج. وبشير جدول (١٢) إلى أن الوعي الصحي وال الغذائي كان ضعيفاً بنسبة ٦٦,٧% ومتوسطاً بنسبة ٢٥,٠% وجيداً بنسبة ٨,٣% قبل تنفيذ البرنامج، أما بعد

جدول ١٢: الوعي الغذائي والصحي قبل وبعد تنفيذ البرنامج

مستوى الوعي بالممارسات الصحية والغذائية (ن = ١٢)	قبل تنفيذ البرنامج		بعد تنفيذ البرنامج	
	%	عدد	%	عدد
ضعيف	٨,٣	١	٦٦,٧	٨
متوسط	٣٣,٣	٤	٢٥,٠	٣
جيد	٥٨,٣	٧	٨,٣	١
المجموع	١٠٠	١٢	١٠٠	١٢

جدول ١٣: الانضباط الصحي قبل وبعد تنفيذ البرنامج

		قبل تنفيذ البرنامج		بعد تنفيذ البرنامج		مستوى الوعي بأهمية الانضباط الصحي (ن = ١٢)
	عدد	%	عدد	%		
٦٦,٦	٨	٨,٣	١	٦	٥٠,٠	ضعيف
١٦,٧	٢	٤١,٧	٥	٢	١٦,٧	متوسط
١٦,٧	٢	١٠٠	١٢	١٢	١٢	جيد
١٠٠						المجموع

التوصيات

توصى الدراسة بعدة توصيات يمكن إدماجها الثالث نقاط التالية:

أولاً: الوقاية من الإصابة:

إعداد برامج إرشادية لوعية أفراد المجتمع بأسباب الإصابة بالفشل الكلوي وطرق الوقاية منه بواسطة ممارسة التنشئة الصحية أو التربية الصحية والتى هي تقافة يكتسبها الفرد عبر مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية والمتمثلة في:

- إتباع نظام غذائى صحي مع نظام للنشاط البدنى.
- تناول السوائل ومياه الشرب بكثرة.
- زيارة الطبيب وعمل التحاليل الطبية عند التعرض لأى وعكة صحية.
- عدم الإفراط فى تناول الأدوية وخاصة المسكنات.
- الوقاية من الأمراض المزمنة.

ثانياً: الطرق والوسائل المساعدة:

- توفير وحدات إرشاد صحي داخل المستشفيات لإمداد الأقسام المختلفة بالمرشدين الصحيين.
- إقامة الندوات لوعية عائلات المرضى بطبيعة الحالة النفسية للمريض وكيفية التعامل معه.
- إعداد برامج ترفيهية دورية للتخفيف من معانات المرضى.
- تدريب الطاقم الطبي المعالج على آلية التعامل والاهتمام بالجانب النفسي لهؤلاء المرضى.
- عقد محاضرات توعية عبر وسائل الإعلام المرئية- المسموعة، فى النوادى للتعریف بخطورة المرض.
- تخصيص لجنة من الطاقم الطبي والإرشادى لمتابعة أحوال المرضى خارج المستشفى.

الفرض الثاني: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الانضباط الصحي قبل وبعد تنفيذ البرنامج ويشير جدول (١٣) إلى أن الوعي بأهمية الانضباط الصحي كان ضعيفاً بنسبة ٥٠% وجيداً بنسبة ٨,٣% قبل تنفيذ البرنامج أما بعد تنفيذ البرنامج فقد تحسنت هذه النسبة وأصبح الوعي منخفضاً بنسبة ١٦,٧% وجيداً بنسبة ٦٦,٦% لذلك يرفض الفرض. أى أن هناك فروق معنوية بين الوعي بأهمية الانضباط الصحي قبل وبعد تنفيذ البرنامج.

الفرض الثالث: لا يوجد تأثير للبرنامج الإرشادى على الوعى الصحى والغذائى والانضباط الصحى.

قياس حجم الأثر: تم حساب حجم الأثر للبرنامج بحسب مربع إيتا من خلال استخدام المعادلة الآتية

$$\text{معادلة مربع إيتا} = \frac{\text{ت}}{\text{ت} + 2}$$

ت ٢ + درجات الحرية

تبين أن قيمة مربع إيتا ٢ قد بلغت ٩٨٪ (وهو حجم تأثير مرتفع) وتدل على أن ٩٨٪ من التباين أو التغير الحادث في المتغير التابع (الوعى الصحى والغذائى والانضباط الصحى) يرجع إلى المتغير المستقل (البرنامج)، وهذا يعني أن البرنامج أثر بنسبة ٩٨٪ في تغيير الوعى بالمارسات الصحية والغذائية وكذلك الانضباط الصحى لدى العينة. ولذلك يرفض الفرض الثالث حيث تبين وجود تأثير كبير للبرنامج على تحسين وعي العينة.

- ضرورة إدماج المريض منذ البداية في الخطبة العلاجية ومشاركته فيها.
- تنظيم دورات تدريبية حول موضوع الانضباط الصحي للمرضى المزمنين
- تشجيع البحث العلمي في مجال الإنضباط الصحي للأمراض المزمنة.

المراجع

- أبو سيدو، سماح (٢٠٠٧). تقييم دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المتنفعين- رسالة ماجستير - قسم علم النفس- كلية التربية - الجامعة الإسلامية - غزة - فلسطين.
- تاييلور، شيلي (٢٠٠٨). علم النفس الصحي- ترجمة وسام درويش بريك، وفوزي شاكر طعمنية داود، دار الحامد للنشر والتوزيع عمان، الأردن.
- رزقى، رشيد (٢٠١٢). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحى لدى مرضى الفشل الكلوى المزمن- رسالة ماجستير- كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية والعلوم الإسلامية-جامعة الحاج لخضر-باتنة-الجزائر.
- زعوط، رمضان وقريشي، عبد الكريم (٢٠١٢): نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات- رسالة دكتوراه- قسم العلوم الاجتماعية - كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية - جامعة قاصدي مرباح -ورقلة-الجزائر.
- زهران، حامد (٢٠٠٣). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، عالم الكتب، القاهرة، الطبعة الأولى.
- سبع، سهام وغنية، عثمان (٢٠١٥). التفاؤل والتشاؤم والوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن- رسالة ماجستير - قسم العلوم الاجتماعية- كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية- جامعة أكلي محنـد اولـحـاج -البـوـيرـة- الجزائـر.

- تعزيز دور الجمعيات الأهلية في تلبية احتياجات هذه الفئة.

- إنشاء المزيد من وحدات غسيل الكلى فى المستشفيات القريبة من سكن المريض حتى لا يضطر المريض لتحمل جهد اضافي و تكالفة المواصلات.

ثالثاً: المرضى:

- الإنداخ فى الأنشطة الإجتماعية والترفيهية والرياضية قدر المستطاع.
- يجب على مريض الفشل الكلوى أن يتحلى بالألترام والتحدي لكي يتصدى للمرض ويتعايش معه بنجاح.
- تخصيص مبلغ مالي بصورة شهرية من الحكومة يقدم دعم ومسانده لهذه الفئة.
- تعظيم دور الأسرة فى الوقاية من الأمراض المزمنة.
- تشجيع العمل الجماعي(طبيب مختص، طبيب عام، أخصائي نفساني، أخصائي التغذية، ممرض)من أجل إنجاح البرامج العلاجية مع المرضى المزمنين ومنهم مرضى القصور الكلوي المزمن.
- إجراء الدراسات و المسوحات الدورية التي تحدد أهم المشاكل الصحية التي يمكن اعتبارها أساسا لإعداد برامج التنفيذ الصحي.
- إعداد خطط الإرشاد والتنفيذ الصحي لجميع فئات المجتمع للتعریف بخطورة الأمراض المزمنة.
- توفير وحدات إرشاد صحي داخل المستشفيات لإمداد الأقسام المختلفة بالمرشدين الصحيين.
- يجب على المرضى المصابين بأمراض السكري والضغط متابعة الحالة المرضية لهم حتى لا تتطور إلى أمراض أكثر خطورة.
- يجب على المرضى بداء الكلى إتباع إرشادات المرشد الصحى والفريق الطبى من حيث إتباع السلوك الصحى أثناء المرض.

مروى، محمد شحاته (٢٠٠١). إدراك المساندة الاجتماعية وعلاقته بالوحدة النفسية لدى المسنين المتقاعدين ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة حلوان.

مصيقر، عبدالرحمن عيد (٢٠٠٣) : العوامل المؤثرة على السمنة، المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الثامن، ملحق(٤)، مركز البحرين للدراسات والبحوث، دولة البحرين، ١٤-١٩.

منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٣). النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الأمراض المزمنة، جنيف.
نوار، شهرزاد (٢٠١٤) : دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد ١٣.

Abozead, SH., Ahmed, A.and Mahmoud. (2015). Nutritional Status and Malnutrition Prevalence among Maintenance Hemodialysis Patients, Journal of Nursing and Health Science, 4(4):51-58

Allain, C.C. (1974): Cholestrol enzymatic colorimetric method. J. of Clin. Chem; 20: 470.

Baker C. (2018). Obesity Statistics.House of Commons Library, No.3336, www.Parliment.UK/commons-library.

Bockelman, H.W. (1984). Quality control of electrolyte analyzers: evaluation of the anion gap average. American Journal of Clinical Pathology, 81; 219-223.

Caldeira, D., Amaral, T., David C. and Sampaio, c. (2011). Educational strategies to reduce serum phosphorus in hyperphosphatemic patients with chronic kidney disease: systematic review with meta-analysis, Journal of Renal Nutrition, 21(4): 285-294

Camilo, M. (2013). Nutritional status influences generic and disease- Specific quality of life measures in haemodialysis patients, Nutr. Hosp.J. 28(3):951-957.

Dhondup, T. and Qian, Q. (2017). Electrolyte and Acid–Base Disorders in Chronic Kidney Disease and End-Stage Kidney Failure, Blood Purif 43:179–188.

شاكر مالك (١٩٩٩). مؤشر كثافة الجسم (BMI) لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية) ١٣(٢): ٧٣٦-٧٤٩.

صابر، يحيى (٢٠٠٨) . فاعلية برنامج إرشادي للمساندة الاجتماعية لزيادة مستوى الطموح لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة بنها.

عبد الجود، جيهان محمد (٢٠١٤) : المشكلات الإجتماعية التي تواجه أسر مرضى الفشل الكلوي ودور طريقة خدمة الفرد في مواجهتها - رسالة ماجستير - كلية الخدمة الإجتماعية - جامعة الفيوم - جمهورية مصر العربية.

عبد السلام، نانى محسن احمد (٢٠١٠) : الفشل الكلوى يؤدى إلى الإكتئاب- دراسة ميدانية لحالات الفشل الكلوى بمركز الغسيل الكلوى بمستشفى المبرة التابع للتأمين الصحى ببورسعيد فى اطار فعاليات مشروع رعاية مرضى الاورام و الفشل الكلوى، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ببورسعيد.

عليوة، سمية و جبالي، نورالدين (٢٠١٤). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري- جامعة الحاج لخضر باتنة- مجلة الوحدات للبحوث والدراسات، ١٧٧(٢): ١٧٧.

١٩٢

قشقو، عبدو (٢٠١٠). تقييم الحالة الغذائية عند المرضى المعالجين بالتحال الدموى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية ٢٦(٢).

قدليل، سميرة أحمد (٢٠١٦) : البرامج الإرشادية والتدريبية في الإقتصاد المنزلي، كلية الزراعة، جامعة الإسكندرية.

لكل، رفيقة (٢٠١١). تأثير التربية الصحية على الإلتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم - رسالة ماجستير - قسم العلوم الإجتماعية- كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية- جامعة الحاج لخضر باتنة- الجزائر.

- Wasting in Chronic Kidney Disease, Effect of stage-based education provided by dedicated dietitians on hyperphosphataemic haemodialysis patients: results from the Nutrition Education for Management of Osteodystrophy randomised controlled trial. Rastegar A, Soleimani M. (2001). Hypokalaemia and hyperkalaemia. Postgrad Med J; 77:759-764.
- Rizk, R., Karavetian, M. Hiligsmann, M. and Evers, S. (2017). Effect of stage-based education provided by dedicated dietitians on hyperphosphataemic haemodialysis patients: results from the Nutrition Education for Management of Osteodystrophy randomised controlled trial, Journal of Human Nutrition and Dietetics, 30(5): 554-562.
- Smyth, A., O'Donnell, M., Yusuf, S., Clase, C., Teo, K., Canavan, M., Reddan, D. and Mann. (2013). Sodium Intake and Renal Outcomes: A Systematic Review American Journal of Hypertension 27(10):1277-1284.
- Taketani, Y., Koiwa, F. and Yokoyama, K. (2017). Management of phosphorus load in CKD patients. Clin Exp Nephrol. 21(1):27-36.
- Thomsen, R., Nicolaisen, S., Hasvold, P., Sanchez, R., Pedersen, L., Adelborg, K., Egstrup, K., Egfjord, M. and Sørensen, H. (2017). Elevated potassium levels in patients with chronic kidney disease: occurrence, risk factors and clinical outcomes-a Danish population-based cohort study, Nephrology Dialysis Transplantation, 33(9): 1610–1620.
- Trinder, P. (1969). Determination of glucose in blood using glucose oxidase with an alternative oxygen acceptor. Ann. Clin. Biocheme. 6: 24-28.
- Wisit, Ch., Charat, Th., Wonngarm, K. and Ankit, S. (2017). Impact of Admission Serum Potassium on Mortality in Patients with Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease, an International Journal of Medicine, 110(11): 713–719.
- Young, J. (2001). Functional bakery products: current directions and future opportunities. Food Industry Journal 4, 136e144.
- Doumas, B.T., Ard Watson, W. and Biggs, H.G., (1971). Albumin standards and the measurement of serum albumin with bromcresol green. Clinica Chimica Acta 31: 87-96.
- Eknayan, G., Lameire, N., Barsoum, R., Eckardt, K., Levin, A., Levin, N., Locatelli, F., Macleod, A., Vanholder, R., Walker, R. and Wang, H (2004). The burden of kidney disease, improving global outcomes. Kidney International, 66(4):1310–1314.
- Foster, L. B. and Dumns, T. T. (1973). Determination of triglycerides. J. Clin. Chem.; 19: 338-353.
- Fraser, D., Jones, G., Koon, S. and Radde, I.C. (1986). Calcium and phosphate Metabolism. In Tietz, N.W (ed.) Fundamentals of Clinical Chemistry. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, pp. 705-716.
- Jadeja, Y. and Kher, V. (2012). Protein energy wasting in chronic kidney disease: An update with focus on nutritional interventions to improve outcomes, Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, 16(2): 246–251.
- Katz, I. (2005). Kidney and kidney related chronic diseases in South Africa and chronic disease intervention program experiences. Advances in chronic kidney diseases, 2005, 12(1):14–21.
- Krenitsky, J. (2004). Nutrition in Renal Failure: Myths and Management, Practical Gastroenterology 20: 40-59
- Luo, J., Brunelli, S., Jensen, D. and Yang, A. (2016). Association between Serum Potassium and Outcomes in Patients with Reduced Kidney Function Clin J Am Soc Nephrol. 11(1): 90–100.
- Moreira, A., Carolino, E., Domingos, F., Gaspar, A., Ponce, P. and Park, H.-S., Shin, K.-O., Kim, and J.-S., (2013): Assessment of reference values for Hair minerals of Korean preschool children. Biol. Trace Elem. Res. 116, 119–130.
- Obi, Y., Qader, H., Csaba, P., Kovacsy, C., and Kalantar-Zadeh, K. (2015). Latest Consensus and Update on Protein Energy-

Impact of Health Discipline, Nutritional Status and Social Support on Quality of Life of Patients with Chronic Renal Failure in Some Hospitals in Alexandria

Samira Kandil¹, Ekram Soliman¹, Soheir Abo Alfadl², Mamdouh Kassem¹

¹Faculty of Agriculture Alexandria University.

² Faculty of Nursing Alexandria University.

ABSTRACT

The research aimed at building, implementing and evaluating a counseling program aimed at improving health and nutritional awareness and health discipline among patients living with hemodialysis, which was implemented on a sample of patients living with hemodialysis by achieving the following research objectives: Measuring the effect of the indicative program, the research data were obtained through the questionnaire. Standard deviation, Cohen coefficient for program impact measurement, and test (t).

Keywords: Health and nutrition awareness, health discipline