Fatigue assessment in patients with Chronic kidney disease undergoing hemodialysis

Asmahan Hasan Kafa*

(Received 16 / 12 / 2021. Accepted 27 / 4 / 2022)

□ ABSTRACT □

Fatigue is one of the most common symptoms that accompanies Chronic kidney disease (CKD) patients undergoing hemodialysis HD, and affects them psychologically and physically in a way that reduces the quality of their daily life. Therefore, the aim of the current descriptive study was to assess fatigue in 50 CKD patients undergoing HD. In the dialysis department of the General Authority of Damascus Hospital, they were selected using the convenient sample method, and the data were collected using the Fatigue Scale in the Greek version translated into Arabic. The results of the study showed that about two thirds of patients suffer from fatigue after HD, and about a quarter of them have severe fatigue, and there was a statistically significant relationship between the degree of fatigue in patients and each of the variables of age, educational level, social status and work. The study recommended conducting close monitoring of patients' adherence to the diet and prescribed treatment, and making adjustments in the patient's environment, activities and food pattern to maintain his health and fitness to reduce fatigue, and re-applying the study to a larger sample.

Key wards: Fatigue, Chronic kidney disease, hemodialysis**.**

* **Master - Adult Nursing- Ministry of health. Damascus, Syria. asmahank84@gmail.com**

تقييم التعب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين للتحال الدموي

اسمهان حسن كفا *

(تاريخ الإيداع 16 / 12 / 2021. قُبِل للنشر في 27 / 4 / 2022)

□ ملخّص □

يعد التعب من أشيع الأعراض التي ترافق مرضى القصور الكلوي المزمن Chronic kidney disease (CKD) الخاضعين للتحال الدموي hemodialysis (HD)، ويؤثر عليهم نفسياً وجسدياً بشكل يقلل من جودة حياتهم اليومية، لذا كان الهدف من الدراسة الوصفية الحالية تقييم التعب لدى 50 مريض/ة CKD خاضع لـ HD في قسم التحال الدموي في الهيئة العامة لمشفى دمشق، وقد تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة، وتم جمع البيانات باستخدام مقياس التعب بالنسخة اليونانية المترجمة الى العربية. بينت نتائج الدراسة أن حوالي ثلثي المرضى يعانون من تعب بعد التحال الدموي، وربعهم تقريباً لديهم تعب شديد، وكان هناك علاقة مهمة احصائياً بين درجة التعب لدى المرضى وكل من العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والعمل. وأوصت الدراسة بإجراء مراقبة وثيقة لالتزام المرضى بالحمية الغذائية والعلاج الموصوف، وإجراء تعديلات في بيئة المريض ونمط نشاطاته وغذائه للمحافظة على صحته ولياقته للتخفيف من التعب، وإعادة تطبيق الدراسة على عينة أوسع.

الكلمات المفتاحية: التعب، مرضى القصور الكلوي المزمن، التحال الدموي.

* **ماجستير - تمريض البالغين - وزارة الصحة - دمشق – سورية. asmahank84@gmail.com**

مقدمة:

يمكن تعريف القصور الكلوي المزمن CKD بأنه عدم قدرة الكليتين على المحافظة على التوازن الداخلي للماء والأملاح المعدنية بالجسم وعدم قدرتهما على التخلص من الفضلات لمدة تزيد عن ثلاثة أشهر. ويعتبر التحال الدموي HD للكلى عند مرضى CKD من أكثر العلاجات استعمالاً على الإطلاق، ويستخدم لتنقية وفلترة الدم من الفضلات السامة، حيث يقوم جهاز HD مقام الكلية بشكل مؤقت، بتخليص جسم المريض من الماء والسوائل الزائدة ومن الفضلات الاستقلابية.[2,1]

يعاني مرضى HD من أعراض ومضاعفات كثيرة كفقر الدم وسوء التغذية وتراكم السموم الاستقلابية في الجسم مثل حمض البول والبولة والكرياتين وتراكم الشوارد والسوائل تفرض عليهم أعباء كثيرة ينتج عنها الإحساس العميق بالتعب، ونتيجة تطور الرعاية الطبية والتمريضية المقدمة لهم زادت فترة حياة مرضى CKD، مما أدى إلى مزيد من الاجهاد الجسدي والنفسي الذي رتب عليهم أيضاً الإحساس بالمزيد من التعب حتى بعد بدء التحال الدموي[3].

يعتبر التعب عرضاً شائعاً عند مرضى HD وله دور في تدني نوعية حياتهم، وتتراوح نسب حدوثه لديهم بين 60% و97%.[4] وفي دراسة (Artom et al, 2014) بينت أنه تبعاً لطريقة العلاج وأدوات القياس المستخدمة فإن نسبة انتشار التعب بين مرضى HD تتراوح بين 42% حتى 89% [5]. ويعد التعب لدى مرضى CKD الخاضعين لـ HD ظاهرة معقدة متعددة الأبعاد ومتعددة الأسباب، تشمل أعراضه الشائعة انخفاض الدافع والنشاط البدني، بالإضافة للخمول العام والإجهاد بسبب أبسط النشاطات، فعلى سبيل المثال، يحتاج بعض مرضى HD الذين يعانون من التعب إلى أكثر من 3 ساعات من الراحة بعد كل جلسة للتعافي، وهو ما يمثل عبئًا كبيرًا على نظام سير العلاج، لذا يعد تدبير التعب أولوية سريرية مهمة لتعزيز جودة الحياة لأولئك لمرضى [7,6,5].

اهتمت العديد من الدراسات باستقصاء التعب لدى مرضى HD ، فبينت دراسة (Bossola et al, 2018) حول مستوى التعب ومعدل انتشاره لدى مرضى HD في إيطاليا بأن 78.1% منهم يعانون من التعب، وقد ترافق التعب لديهم مع علامات جفاف وحكة الجلد وتكزز العضلات وآلام عظمية، والإحساس بالضيق والحزن، وعدم القدرة على التركيز والانتباه.[8] وفي دراسة (Debnath et al, 2021) حول خصائص التعب في أيام التحال الدموي مقارنةً بالتعب خارج أيام التحال الدموي عند المرضى الذين يعانون من CKD في الولايات المتحدة الامريكية، تبين أن التعب يكون أشد خلال يوم التحال الدموي ويؤثر سلبياً على أنشطة المريض اليومية وحالة المزاج لديه والقدرة على المشي والعلاقات مع الاخرين والتمتع بالحياة.[6]

يلعب الكادر التمريضي في قسم التحال الدموي دوراً مهماً جداً، نظراً للوقت الطويل الذي يقضونه برفقة المرضى خلال جلسات التحال الدموي، فهم في وضع مثالي لتقييم التعب لديهم، والتعرف على نشاطاتهم وأي تغير فيها، مما يمكنهم من تطوير خطط رعاية متخصصة تقلل من هذا التعب، وتحسن من مستوى الدعم العاطفي والجسدي للمرضى وترفع مستوى استجابتهم التكيفية، وبالتالي يساهم ذلك في تحسين نوعية حياتهم والتقليل من مستوى التعب لديهم،[9,4] ومن هذا المنطلق أصبح لدى الباحثة الحافز لإجراء هذه الدراسة للوقوف على مستوى التعب الناجم عن CKD وعلاجه المتمثل بـ HD، من خلال تقييم مستوى التعب لدى مرضى HD في الهيئة العامة لمشفى دمشق.

أهمية البحث وأهدافه

أهمية البحث:

يعتبر التعب مؤشراً حيوياً هاماً على انخفاض الطاقة والنشاط حيث تتعاكس مستوياته المرتفعة مع قدرة الانسان على العطاء والانجاز، وبالأخص مرضى CKD الخاضعين HD الذين يحتاجون لمقدار كبير من الطاقة لتحمل مرضهم المزمن ومقاومة مضاعفاته، ويمثل الكادر التمريضي عنصر مهم في فريق الرعاية الصحية بأولئك المرضى، ومن دورهم كباحثين فإن تقييم مستوى التعب لدى مرضى HD سيمكنهم من امتلاك معرفة مسندة بالدليل العلمي حول التعب الذي يعاني منه المرضى، وسيسمح لهم بتطوير خططهم للرعاية بالمريض وتطوير آليات تساعد المرضى بتجنب التعب او التكيف معه، كما ستشكل هذه الدراسة اسهاماً تمريضياً في اغناء المكتبة العربية ببحث علمي يرفد الادبيات التمريضية والطبية بمرجع يمكن الاعتماد على نتائجه والاستعانة بها للأبحاث اللاحقة، وذلك في ظل ندرة الابحاث التمريضية المماثلة في سورية، كما أن تقييم التعب سيمكن الكادر التمريضي من تصميم برامج تعليمية وتدريبية تساعد المرضى في تجنب او خفض مستويات التعب لديهم، بما يحقق تحسيناً في نمط حياتهم.

هدف البحث

1. تقييم التعب لدى مرضى CKD الخاضعين لـ HD.

طرائق البحث ومواده:

التصميم: تم اتباع منهج البحث الوصفي.

المكان والزمان: تم إجراء الدراسة الحالية في قسم التحال الدموي في الهيئة العامة لمشفى دمشق، في الفترة الواقعة بين 2021/9/25 حتى 2021/10/15م.

العينة: تتكون عينة الدراسة من 50 مريض/ة تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة، ضمن المواصفات التالية: يعانون من CKD ويخضعون لجلسات التحال الدموي، وقادرين على التواصل اللفظي، وأعمارهم أكبر من 20 سنة وأقل من 60 سنة، وأن لا يعانوا من أمراض قلبية أو نفسية تؤثر على تعب المريض.

أداة البحث:

تم جمع بيانات الدراسة الحالية باستخدام الأدوات الآتية:

الأداة الأولى: وهي مكونة من جزأين هما:

- استمارة المعلومات الشخصية للمرضى وتتضمن (الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والعمل).
- استمارة المعلومات الصحية للمرضى وتتضمن (وقت بدء جلسات التحال الدموي، والالتزام بالحمية وبالأدوية الموصوفة).

الأداة الثانية: هي عبارة عن مقياس لتقييم التعب لدى مرضى HD.

وهو النسخة اليونانية لتقييم التعب ((the Fatigue Assessment Scale (FAS) the Greek version of. وقد حاز على درجة اتساق داخلي عالية بلغت وفق اختبار الفا كرونباخ 0.761، [10] وقد تم استخدامه باللغة الانكليزية في دراسة (Zyga et al, 2015) لقياس التعب عند مرضى CKD في مرحلته النهائية الخاضعين لـ HD، وقد حاز على درجة اتساق داخلي عالية بلغت وفق اختبار الفا كرونباخ 0.825، [4]

تمت ترجمته من قبل الباحثة الى اللغة العربية، واشتمل على 10 عبارات لقياس التعب الجسدي والنفسي، ولكل عبارة خمسة استجابات، أعطيت كل منها وزناً وفق سلم ليكرت الخماسي كالآتي: (أبداً: 1، بعض الأحيان: 2، بشكل متكرر: 3، غالباً: 4، دائماً: 5)، وتم عكس هذه الأوزان في العبارتين (4 و10) لأنهما يحملان معنى مغاير لباقي العبارات. وتم تحديد مستوى التعب بناءً على مجموع النقاط الذي يحصل عليها المريض، مجموع النقاط يتراوح بين 10 و 50 نقطة، حيث تم تقسيم هذا المجال إلى ثلاثة مستويات من التعب على الشكل الآتي: لا يوجد تعب إذا كان المجموع أقل من 22 نقطة، يوجد تعب وإذا كان المجموع بين 22 و34 نقطة، ويوجد تعب شديد إذا كان المجموع 35 نقطة وما فوق.

طريقة البحث.

- تم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة لإجراء الدراسة.
- تم تطوير أداة الدراسة الأولى، ثم تم ترجمة أداة الدراسة الثانية إلى اللغة العربية من قبل الباحثة وتم عرضهما على لجنة من ثلاثة اختصاصين للتأكد من مصداقيتهما ووضوح الترجمة ومناسبتها لفهم أفراد العينة، وتم قبولهما كما هما دون تعديلات.
- تم أخذ موافقة المرضى للمشاركة في الدراسة، بعد أن قامت الباحثة بالتعريف بنفسها وعنوان الدراسة والهدف منها بوضوح، مع ضمان السرية والخصوصية والرفض.
- تم توزيع الاستبيان على المشاركين ليقوموا بالإجابة على محتواه، حيث استغرق كل مريض من 2–5 دقائق لملء الاستبيان، وحرصت الباحثة على التواجد بالقرب من المشاركين للإجابة عن أي استفسار.
- تم ترميز الاجابات وتفريغها ثم تحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS نسخة (20)، باستخدام:
  - التكرار (N) والنسبة المئوية (%) والمتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD).
  - واختبار تي تيست (t. test) للعينات المستقلة، واختبار انوفا للتباين الاحادي (One Way Anova).
  - الفروق عند عتبة الدلالة (p value ≤0.05) اعتبرت هامة إحصائياً ورمز لها (*).
  - الفروق عند عتبة الدلالة (p value ≤0.01) اعتبرت هامة جداً إحصائياً ورمز لها (**).

النتائج والمناقشة

النتائج

الجدول رقم 1: توزع المرضى في الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية

المتغيرات الديموغرافية		عدد العينة n= 50	
		N	%
العمر	20 – 35 سنة	20	40.0
	36 - 50 سنة	22	44.0
	51 – 60 سنة	8	16.0
الجنس	ذكر	28	56.0
	أنثى	22	44.0
الحالة الاجتماعية	عازب/ة	18	36.0
	متزوج/ة	20	40.0
	مطلق/ة	4	8.0
	ارملة/ة	8	16.0
المستوى التعليمي	ابتدائية	21	42.0
	اعدادية	13	26.0
	ثانوية	10	20.0
	جامعي وما فوق	6	12.0
العمل	عمل منزلي	23	46.0
	موظف/ة	10	20.0
	عمل حر	17	34.0

يبين الجدول رقم 1 توزع المرضى في الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية، حيث أظهر أن النسبة الأعلى من المرضى في الدراسة 44% تتراوح أعمارهم بين 36 – 50 سنة. وقد توزعوا بين 56% ذكور و44% إناث. كما كانت النسبة الأعلى منهم م40% تزوجين. و42% مستوى تعليمهم ابتدائي. و46% لديهم عمل منزلي..

الجدول رقم 2: توزع المرضى في الدراسة تبعاً لبياناتهم الصحية

المتغيرات الصحية		عدد العينة n= 50	
		N	%
متى بدأت بالتحال الدموي	أقل من 1 سنة	3	6.0
	1 – 3 سنوات	20	40.0
	أكثر من 3 سنوات	27	54.0
الالتزام بالحمية	دائماً	0	0
	أحياناً	22	44.0
	أبداً	28	56.0
الالتزام بالأدوية الموصوفة	دائماً	0	0
	أحياناً	14	28.0
	أبداً	36	72.0

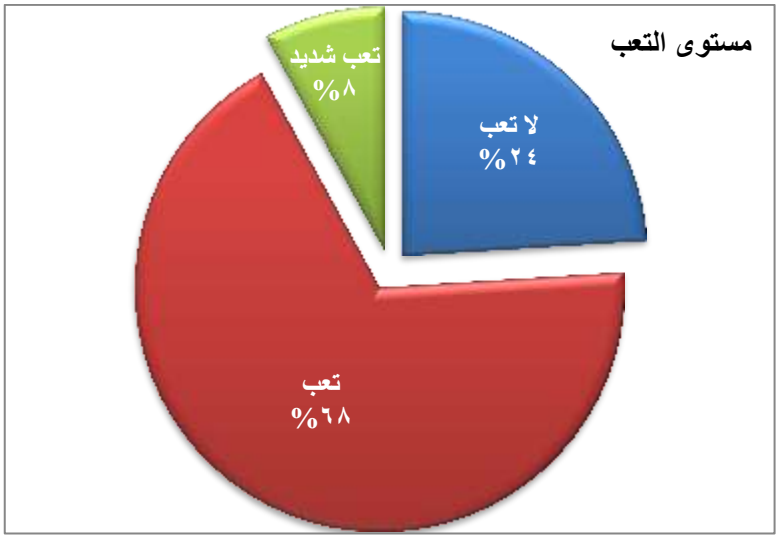
#: يمكن ان يجيب المريض بأكثر من اجابة.

يبين الجدول رقم 2 توزع المرضى في الدراسة تبعاً لبياناتهم الصحية، حيث أظهر أن النسبة الأعلى من المرضى 54% قد بدأوا بالتحال الدموي منذ أكثر من 3 سنوات، و40% من 1− 3 سنوات. ومن حيث التزام المرضى بالحمية فقد كان 56% غير ملتزمين أبداً، بينما 44% يلتزمون بها أحياناً. وبالنسبة للالتزام بالأدوية الموصوفة كان 72% منهم غير ملتزمين أبداً بينما 28% يلتزمون بها أحياناُ.

الجدول رقم 3: توزع المرضى في الدراسة تبعاً لإجاباتهم عن عبارات مقياس التعب

	العبارة	أبداً		بعض الاحيان		بشكل متكرر		غالباً		دائماً	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
.1	أنا منزعج من التعب	14	28.0	20	40.0	2	4.0	12	24.0	2	4.0
.2	أنا اتعب بسهولة جداً	7	14.0	25	50.0	10	20.0	6	12.0	2	4.0
.3	لا أقوم بالكثير من النشاطات خلال النهار	6	12.0	20	40.0	14	28.0	8	16.0	2	4.0
.4	لدي طاقة كافية للأنشطة اليومية	2	4.0	13	26.0	16	32.0	18	36.0	1	2.0
.5	جسدياً، أشعر بالإرهاق	5	10.0	15	30.0	18	36.0	12	24.0	0	0
.6	أجد صعوبة في البدء في فعل الأشغال	8	16.0	12	24.0	24	48.0	6	12.0	0	0
.7	أجد صعوبة في التفكير بوضوح	10	20.0	16	32.0	14	28.0	10	20.0	0	0
.8	لا أشعر بالرغبة في القيام بأي نشاط	10	20.0	22	44.0	8	16.0	10	20.0	0	0
.9	ذهنياً، أشعر بالإرهاق	13	26.0	19	38.0	10	20.0	8	16.0	0	0
.10	عندما أقوم ببعض النشاط يمكنني التركيز جيدًا	10	20.0	16	32.0	14	28.0	10	20.0	0	0
	متوسط التعب	M±SD: 25.6 ± 6.074									

يبين الجدول رقم 3 توزع المرضى في الدراسة تبعاً لإجاباتهم عن عبارات مقياس التعب، حيث أظهر أن 50% من المرضى يتعبون بسهولة في بعض الأحيان، ويجد 48% منهم صعوبة في البدء بعمل الاشغال بشكل متكرر، وفي بعض الأحيان فإن 44% منهم لا يشعرون بالرغبة في القيام بأي نشاط، و40% ينزعجون من التعب ولا يقومون بالكثير من النشاطات خلال النهار، و38% يشعرون بالإرهاق ذهنياً. وبالمحصلة بلغ متوسط التعب لدى المرضى في الدراسة (M±SD: 25.6 ± 6.074)، وهذا يشير الى معاناة المرضى في الدراسة من درجة متوسطة من التعب من جلسات التحال الدموي.



الشكل رقم 1: توزع المرضى في الدراسة تبعاً لمستوى التعب لديهم

يبين الشكل رقم 1 أن حوالي ثلثي المرضى تقريباً لديهم تعب، بينما ربعهم تقريباً 24% لا يشكون من التعب، و8% فقط منهم لديهم تعب شديد.

الجدول رقم 4: معنوية الفروق في درجة التعب لدى المرضى تبعاً لبياناتهم الديموغرافية

المتغيرات الديموغرافية		N	التعب		F/t	P value
			M	SD		
العمر	20 – 35 سنة	20	22.00	6.156	8.669	**0.001
	36 - 50 سنة	22	27.18	4.532		
	أكبر من 50 سنة	8	30.25	4.921		
الجنس	ذكر	28	26.86	6.276	1.681	0.099
	أنثى	22	24.06	5.538		
الحالة الاجتماعية	عازب/ة	18	21.22	5.976	12.254	**0.000
	متزوج/ة	20	26.60	4.005		
	مطلق/ة	4	25.50	0.577		
	ارملة/ة	8	33.00	3.625		
المستوى التعليمي	ابتدائية	21	29.05	4.544	7.079	**0.000
	اعدادية	13	24.46	7.666		
	ثانوية	10	23.40	2.171		
	جامعي وما فوق	6	19.67	4.926		
العمل	عمل منزلي	23	27.91	5.559	4.073	*0.023
	موظف/ة	10	25.20	5.789		
	عمل حر	17	22.71	5.914		
متى بدأت بالتحال الدموي	أقل من 1 سنة	3	23.33	4.619	0.358	0.701
	1 – 3 سنوات	20	26.3	4.33		
	أكثر من 3 سنوات	27	25.33	7.291		

T: يشير الى اختبار t. test للعينات المستقلة خاص بالمتغيرات ثنائية الفئة. F: يشير إلى اختبار التباين الأحادي One Way Anova خاص بالمتغيرات ثلاثية الفئة وأكثر من ثلاثية. **: P Value ≤ 0.05 ، *: P Value ≤ 0.01

يبين الجدول رقم 4 وجود فروق معنوية ذات دلالة احصائية مهمة في درجة التعب لدى مرضى HD تعزى لمتغير العمر (P= 0.001) والحالة الاجتماعية (P= 0.000)، والمستوى التعليمي (P= 0.000)، والعمل (P= 0.023)، حيث كان متوسط درجة التعب أعلى عند المرضى من الفئة العمرية (أكبر من 50 سنة) والأرامل ومن كان مستوى تعليمهم ابتدائي وممن لديهم أعمال منزلية مقارنةً بباقي الفئات في كل متغير. بينما لم تكن هناك أهمية احصائية للفروق في درجة التعب تعزى لمتغير الجنس (P= 0.099)، ومتغير زمن البدء بالتحال الدموي (P= 0.701) كون مستوى المعنوية أكبر من 0.05.

المناقشة:

أظهرت الدراسة الحالية أن النسبة الأعلى لمرضى HD يتعبون بسهوله في بعض الاحيان، وتتكرر لديهم الصعوبة في بدء أنشطتهم وأعمالهم، ولا يشعرون بالرغبة بالقيام بأي نشاط كما ينزعجون من التعب ويشعرون بالإرهاق ذهنياً في بعض الأحيان. تعزى هذه النتيجة إلى التغيرات الفيزيولوجية التي يسببها مرض CKD مثل ارتفاع نسبة البولة بالدم وانخفاض نسبة الهيموغلوبين [5]، بالإضافة لعملية HD نفسها التي تسبب تغيرات في الشوارد وحجم السوائل ونقص في عناصر متعددة في الجسم، تحدث اجهاداً لأجهزة الجسم الحيوية يتعارض مع قيامة بوظائفه الاعتيادية في تلبية احتياجات المرضى والقيام بنشاطاتهم الحياتية، وهذا القصور في الاداء يجعل المرضى أمام إجهاد نفسي ينعكس عليهم انزعاجاً من حالتهم ونقصاً في رغبتهم بالقيام بأنشطتهم المعتادة.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Georgios et al, 2015) حول تقييم مستوى جودة الحياة والتعب لدى مرضى HD في اثينا، والتي أظهرت وجود تأثير سلبي للتعب الناجم عن HD على نوعية حياة المرضى وبالأخص الجسدية والنفسية [11]. كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Bossola et al, 2018) التي أظهرت أن النسبة الأعلى من مرضى HD الذين عانوا من التعب قد شكوا من أعراض جسدية ونفسية رافقت احساسهم بالتعب مثل صعوبة التركيز والارهاق الذهني، وآلام الساقين والمفاصل مما حدد حركتهم وقدرتهم على القيام بأنشطتهم اليومية [8]. وتتفق مع دراسة (Bonner, et al, 2010) ودراسة (Debnath et al, 2021) اللتان بينتا وجود تأثير للتعب من HD على النشاطات اليومية والحالة المزاجية والقدرة على المشي عند المصابين بـ CKD في استراليا والولايات المتحدة الامريكية. [9,6] بالمقابل فإن دراسة (Zyga et al, 2015) حول تقييم التعب لدى مرضى المراحل النهائية من CKD الخاضعين للعلاج بـ HD أظهرت أن النسبة الأعلى من المرضى 56.6% لا يشكون من انعدام رغبتهم في القيام بالأنشطة المعتادة، و46.5% يستطيعون التركيز جيداً وبشكل دائم عند القيام بأنشطتهم.[4]

كما بينت الدراسة الحالية أن حوالي ثلثي المرضى يشكون من التعب وحوالي ربعهم لا يشكون من التعب. يعزى ذلك إلى عملية HD وما يتخللها من سحب للسوائل وبعض العناصر الهامة من الدم التي قد يؤدي انخفاضها او فقدانها في الدم الى المعاناة من التعب بعد جلسة التحال الدموي، وحسب الحالة الصحية للمريض من تراكم سوائل كبير في الجسم أو عدم التزام بالحمية الغذائية أو الأدوية الموصوفة، وحسب كمية السحب من جهاز الغسيل وطول الجلسة قد تظهر أثار التعب وتشتد[5]، وهو ما أكدته البيانات الصحية للمرضى بأن النسبة الأعلى منهم لا يلتزمون بالحمية الغذائية أو الدواء الموصوف.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Bossola et al, 2018) التي أظهرت أن النسبة الأعلى 78.1% من مرضى HD في الدراسة لديهم تعب، بينما 31.9% لا يشكون من التعب [8]. كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Georgios et al,

2015) الي بينت أن 52.9% من المرضى المشاركين بالدراسة لديهم مستوى متدني من التعب، مقابل 47.1% لديهم مستوى معتدل إلى شديد من التعب [11]. واتفقت مع نتائج دراسة (Jhamb et al, 2013) التي هدفت إلى مقارنة مستوى التعب عند المرضى الذين لديهم أمراض كلى مزمنة وبين مستوى التعب لدى مرضى CKD في مرحلته الأخيرة الخاضعين لـ HD، والتي أظهرت أن حوالي ثلثي المرضى ومن مجموعتي الدراسة لديهم تعب، ونسبة قليلة لديهم تعب شديد [12]. ولم تنسجم مع دراسة (Zyga et al, 2015) حول تقييم التعب لدى مرضى المراحل النهائية من CKD الخاضعين للعلاج بـ HD ، أظهرت أن 38% من المرضى لا يشكون من التعب بينما أقل من نصفهم 47.3% يشكون من التعب.[4]

بينت نتائج الدراسة أن هناك فروق مهمة في درجة التعب لدى المرضى تعزى لمتغيراتهم الديمغرافية كالعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والعمل، بينما لم تكن هناك فروق مهمة تعزى الى جنس المريض، حيث كان متوسط درجة التعب أعلى عند المرضى الأكبر عمراً والارامل ومن كان مستوى تعليمهم ابتدائي ومن لديهم أعمال منزلية مقارنةً بباقي الفئات في كل متغير. تعزى هذه النتيجة الى الدور الكبير التي تلعبه الخصائص الشخصية للمريض في الاحساس بالتعب والتعبير عنه وادراك طبيعته، فمضاعفات CKD وجلسات HD تزداد مضاعفاتها مع تقدم عمر المريض نظراً لانهاك الجسد وتراجع قدرته الفيزيولوجية على المقاومة ومعاناتهم من امراض مزمنة اضافية كالسكري والتهاب الكبد، ويميل ذوي التعليم الابتدائي لعدم الالتزام بالأدوية او بالتعليمات الغذائية قبل جلسات الغسيل نتيجة عدم ادراكهم الكافي بالعلاقة بين عدم التزامهم ونتائج جلسات التحال الدموي، ويسبب الفقد الذي يحصل لدى الارامل لأزواجهم الذين يمثلون سند مهم في تحمل معاناة HD فإنهم يشعرون بالكآبة والحزن والقلق وفقدان الحافز للحياة مما يجعلهم يعانون من مستويات اعلى من التعب الجسدي والنفسي، كما أن العمل في المنزل يحرم المريض من التفاعل الاجتماعي ومشاركة الاخرين في انشطتهم، ومردوده المادي ضعيف نسبياً، مما يجعلهم اكثر احساسا بالتعب ممن يعملون خارج المنزل.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Bonner, et al, 2010) حول تأثير التعب على النشاطات اليومية عند الأشخاص المصابين بـCKD حيث كان الرجال الأكبر سناً هم الأكثر تعباً مقارنةً بالأصغر سناً.[9] كما تتفق مع دراسة (Debnath et al, 2021) حول خصائص التعب في أيام التحال الدموي وعدم التحال الدموي عند المرضى الذين يعانون من CKD، التي بينت وجود علاقة مهمة احصائياً بين شدة التعب وكل من العمر والتعليم عند مرضى التحال الدموي.[6] وتتفق مع دراسة (Zyga et al, 2015) التي بينت أن شدة التعب تكون أكبر لدى مرضى HD العاطلين عن العمل وذوي المستوى التعليمي الأخفض.[4]

لم تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Bossola et al, 2018) التي أظهرت عدم وجود علاقة مهمه احصائياً بين شدة التعب لدى مرضى HD وأعمارهم، بينما اتفقت مع الدراسة الحالية من حيث اظهارها عدم وجود علاقة مهمة بين شدة التعب وجنس المريض[8]. ولا تتفق النتائج الحالية مع دراسة (Georgios et al, 2015) التي بينت أن النساء أعلى تعباً من الرجال بشكل هام احصائياً [11].على خلاف دراستنا الحالية.

الاستنتاجات و التوصيات

الاستنتاجات:

بينت الدراسة الحالية أن حوالي ثلثي مرضى CKD الخاضعين لـ HD يعانون من التعب، ونسبة قليلة منهم تعبهم شديد، بينما ربعهم لا يشكون من التعب، وكانوا يتعبون بسهوله في بعض الاحيان، وتتكرر لديهم صعوبة البدء بأنشطتهم وأعمالهم، و ينزعجون من التعب ويشعرون أحياناً بالإرهاق الذهني. وكان متوسط درجة التعب أعلى عند المرضى الأكبر عمراً والأرامل ومن كان مستوى تعليمهم منخفض ومن لديهم أعمال منزلية فقط.

التوصيات:

بناءً على نتائج الدراسة الحالية نقترح ما يلي:

1. ضرورة تثقيف مرضى HD وإرشادهم إلى ضرورة أخذ قسط كافي من الراحة قبل أداء أنشطتهم وأعمالهم اليومية، وتنظيمها بحيث لا تستهلك منهم طاقة كبيرة. ولا يصلون لدرجة الإرهاق عند أدائها وتشجيعه على الراحة كلما شعر بالتعب.
2. وضع خطط تمريضية تتماشى مع مستوى التعب لدى مرضى HD والتركيز على الفئات الاكثر تعباً بحيث يتمكن الكادر التمريضي من التقويم المستمر للإلتزام بالعلاج الموصوف، واتباع الاجراءات التي تقلل من التعب والإرهاق للمرضى.
3. إجراء ابحاث اضافيه على عينة أوسع من مرضى HD وتحري العوامل المساعدة على التخفيف من التعب.

Reference

1. ALGHYTHAN, K; ALSAEED, H. *Hematological changes before and after hemodialysis*. Sci Res Essays, 2012, Vol.7, N^{o}.4, 490-497.
2. HINKLE, L; CHEEVER, H. *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 14th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2018.
3. CHAO, C; HUANG, J; CHIANG, C. *Functional assessment of chronic illness therapy the fatigue scale exhibits stronger associations with clinical parameters in chronic dialysis patients compared to other fatigue-assessing instruments*. PeerJ, Vol.18, N^{o}.4, 2016, 1- 16.
4. ZYGA, S; ALIKARI, V; SACHLAS, A; FRADELOS, E; STATHOULIS, J; PANOUTSOPOULOS, G; GEORGOPOULOU, M; THEOPHILOU, P; LAVDANITI, M. *Assessment of Fatigue in End Stage Renal Disease Patients Undergoing hemodialysis: Prevalence and Associated Factors*. Med Arh, Vol.69, N^{o}.6, 2015, 376-380.
5. ARTOM, M; MOSS-MORRIS, M; CASKEY, F; CHILCOT, J. F*atigue in advanced kidney disease*. International Society of Nephrology j, Vol. 86, 2014, 497-505.
6. DEBNATH, S; RUEDA, R; BANSAL, S; KASINATH, B; KUMAR SHARMA, K; LORENZO, C. *Fatigue characteristics on dialysis and non-dialysis days in patients with chronic kidney failure on maintenance hemodialysis*. BMC Nephrology, Vol. 22, 2021, 1-9.
7. REZAEI, Z; JALALI, A; JALALI, R; SADEGHI, M. *Haemodialysis patients' experience with fatigue: a phenomenological study*. British Journal of Nursing, Vol. 29, N^{o}. 12, 2020, 684-690.

8. BOSSOLA, M; STASIO, E; MARZETTI, E; LORENZIS, K; PEPE, G; VULPIO, C. *Fatigue is associated with high prevalence and severity of physical and emotional symptoms in patients on chronic hemodialysis*. International Urology and Nephrology J, Vol. 50, N°. 7, 2018, 1341- 1347.
9. BONNER, A; WELLARD, S; CALTABIANO, M. The impact of fatigue on daily activity in people with chronic kidney disease. Journal of Clinical Nursing, Vol. 19, 2010, 3006–3015.
10. ALIKARI, V; FRADELOS, E; SACHLAS, A; PANOUTSOPOULOS, G; LAVDANITI M,PALLA, P. et al. reliability and validity of the Greek version of «the Fatigue Assessment Scale». Archives of Hellenic Medicine, Vol. 33, N°. 2, 2016, 231-238.
11. GEORGIOS, T; VICTORIA, A; EVANGELOS, F; SAVVAS, P; SOFIA, Z. *Assessment of quality of life and fatigue among haemodialysis patients*. American Journal of Nursing Science, Vol. 4, No. 2-1, 2015, 66-73.
12. JHAMB, B; LIANG, K; YABES, J; STEEL, J; DEW, M; SHAH, N; UNRUH, M. *Prevalence and Correlates of Fatigue in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Are Sleep Disorders a Key to Understanding Fatigue*?. Am J Nephrol, Vol. 38, 2013, 489–495.