جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

شعبة الديموغرافيا

مذكرة لاستكمال شهادة الماستر أكاديمي

في ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية

تخصص: التخطيط الديموغرافي والتنمية

من اعداد الطالبة: بن تاسة صفاء

بعنوان

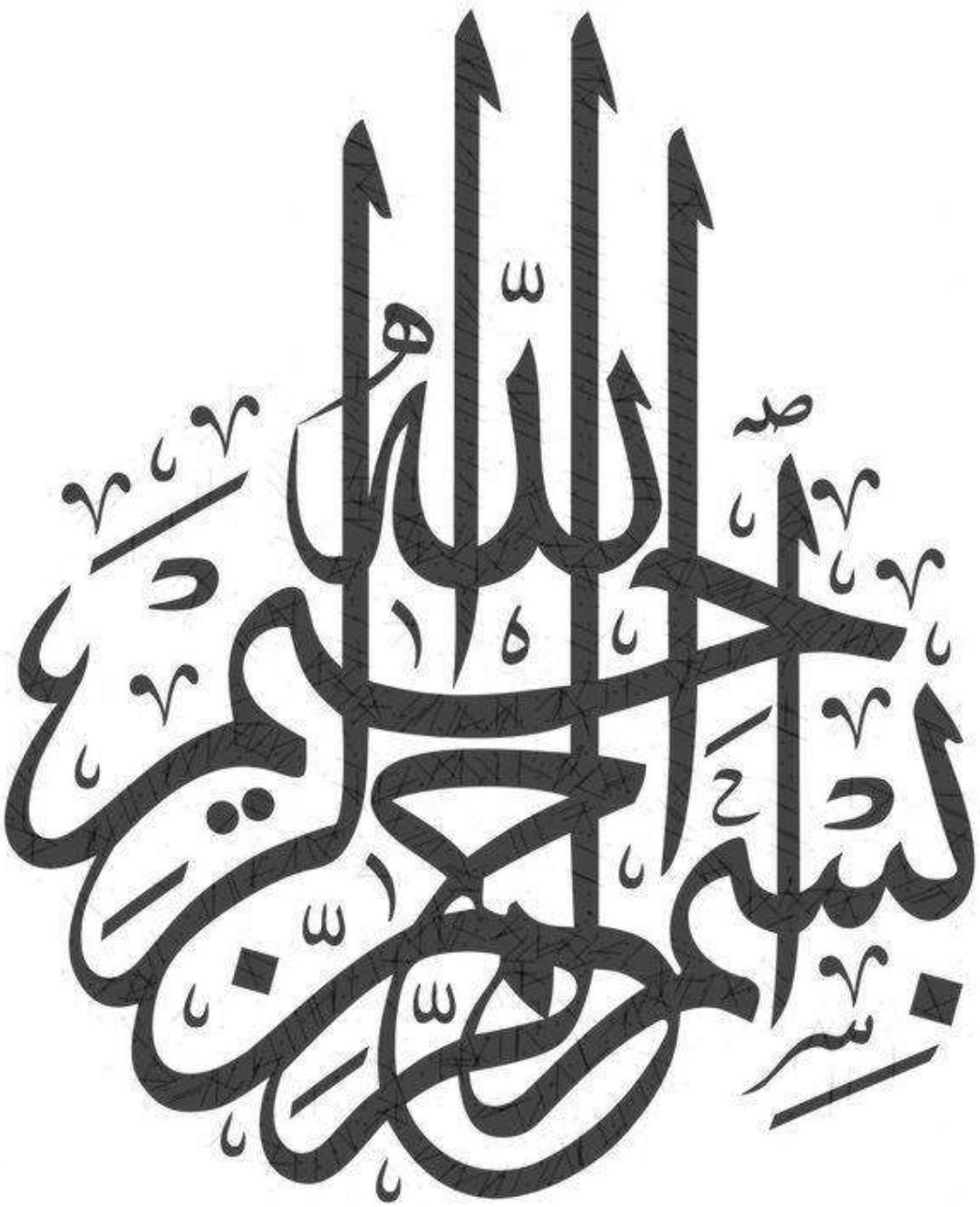
المحددات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية لمرضى القصور الكلوي بمدينة ورقلة

دراسة ميدانية لعينة من المرضى المترددين على مركزي المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف والعيادة الخاصة امي عائشة بمدينة ورقلة خلال سنة 2024

لجنة المناقشة:

• شماني أحمد	أستاذ محاضر-أ-	جامعة قاصدي مرباح	رئيسا
• سواكري خديجة	أستاذ محاضر-أ-	جامعة قاصدي مرباح	مشرفا ومقرر
• طلباوي حسين	أستاذ محاضر-أ-	جامعة قاصدي مرباح	مناقشا

السنة الجامعية: 2024/2023


بسم الله الرحمن الرحيم

جزيل الشكر والتقدير والاحترام

وشكر خاص الى أساتذة الديموغرافية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة دون أن أنسى شكر خالصا لكل المبحوثين الذين

فتحو لي أبوابهم واستقبلوا تساؤلاتي واستفساراتي وأجابوا عنها مامكنني الوصول الى هذه النتائج وإنجاح هذا العمل. والشكر موصول الى كل اعضاء لجنة المناقشة الذين سأنال شرف مني كل الشكر والعرفان على مجمل نصائحهم وتوجيهاتهم.

كما أشكر جميع ادارات مستشفى ولاية ورقلة في الحصول على كل المعلومات الخاصة بدراستي

وأخيرا احمد الحمد تعالى اوال ومن ثم الشكر إلى كل من ساهم من قريب او من بعيد بوضع بصمته في هذا البحث الذي أتمنى من هلل عز وجل أن ينال رضاه والقبول منكم

فالشكر كل الشكر الموصول مني اليكم.

و بسم اهلل الرحمان الرحيم نحمده حمدا كثيرا على عطاياه ونعمه وعلى وافر فضله وكرمه ومن ثم توفيقه لي لاتمام هذا العمل الذي أطرحه بمشيئته اليوم بين أيديكم أما بعد

فيشرفني كما يسعدني أن أتقدم بعظيم الشكر الى كافة من ساهم في اثمار جهدي وتسديد خطايا الى مبتغايا أتقدم بالشكر الى أستاذتي المشرفة سواكري خديجة على حسن توجيهي فلك مني استاذتي

جزيل الشكر والتقدير والاحترام

وشكر خاص الى أساتذة الديموغرافية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة دون أن أنسى شكر خالصا لكل المبحوثين الذين

فتحو لي أبوابهم واستقبلوا تساؤلاتي واستفساراتي وأجابوا عنها مامكنني الوصول الى هذه النتائج وإنجاح هذا العمل. والشكر موصول الى كل اعضاء لجنة المناقشة الذين سأنال شرف مناقشتهم فلكم مني كل الشكر والعرفان على مجمل نصائحهم وتوجيهاتهم.

كما أشكر جميع ادارات مستشفى ولاية ورقلة في الحصول على كل المعلومات الخاصة بدراستي

وأخيرا احمد الحمد تعالى اوال ومن ثم الشكر إلى كل من ساهم من قريب او من بعيد بوضع بصمته في هذا البحث الذي أتمنى من هلل عز وجل أن ينال رضاه والقبول منكم

فالشكر كل الشكر الموصول مني اليكم.

الإهداء

الحمد لله الذي منا عليا بكرمه ووفقني لإتمام مساري الدراسي في هذه المرحلة

الى من فتح ابواب الحياة في وجهي وأنار شموع الامل في دربي الى من علمني أحيا في ظل دين ربي اليك يا ابي الى بسمة الحياة الى من ربتني وأعانتني بالصلوات والدعوات الى أغلى امرأة موجودة في حياتي

والى خالاتي وعماتي الغاليات اطال اهلل في عمرهم والى

أخوالي وأعمامي حفظهم الله ورعاهم

الى صديقاتي الحبيبات التي قاسمنني الطفولة والصبا واللواتي رافقنني طيلة مشواري الدراسي واللواتي شاركنني الاقامة الجامعية.

الى كل دفعة التخطيط الديموغرافي والتنمية 2023-2024

الى كل من لم يخطهم قلمي ولكن طبعا يحملهم قلبي أهدي باكورة هذه العمل مع تمنياتي لهم جميعا بمستقبل زاهر

وفي الخير ارجو من المولى عز وجل أن يعينني على مواصلة طلب العلم.

فهرس المحتويات

الفهرس

شكر وتقدير

اهداء

الفهرس

قائمة الجداول

قائمة الاشكال

المقدمة

الفصل الاول: الاطار المنهجي للدراسة

الاشكالية..... **Erreur ! Signet non défini.**

الفرضيات..... 5

اهمية الدراسة..... 6

اهداف الدراسة 6

أسباب اختيار الموضوع..... 6

صعوبات الدراسة..... 7

مفاهيم الدراسة..... 7

الدراسات السابقة..... 8

منهج الدراسة:..... **Erreur ! Signet non défini.**

الفصل الثاني الإطار النظري: داء القصور الكلوي في الجزائر

تمهيد 14

1- تعريف القصور الكلوي..... 15

2- أنواع القصور الكلوي..... 15

2-1- القصور الكلوي العضوي..... 15

2-2- القصور الكلوي الوظيفي..... 16

2-3- القصور الكلوي الحاد : Insuffisance rénale aigue 16

2-4- القصور الكلوي المزمن: chronic kidney failure..... 17

3- عوامل الإختطار..... 18

4- أسباب القصور الكلوي..... 18

5- أعراض القصور الكلوي 19
6- التشخيص والعلاج 20
6-1- التشخيص..... 20
6-2- العلاج 20
6-2-1- الحمية..... 20
7ـ مضاعفاته..... 23
8- تطور مرض القصور الكلوي في الجزائر 24

الفصل الثالث :الاطار الميداني للدراسة

المبحث الأول: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية..... 30
1- مجالات الدراسة 30
2- مجتمع الدراسة..... 30
3- أداة جمع البيانات..... 30
المبحث الثاني: خصائص أفراد العينة..... 31
1- الجنس 31
2-السن 31
3- الحالة الزواجية..... 32
4- الاقامة 33
5- نوع السكن..... 33
6- الحالة المهنية..... 34
7- الدخل الأسري..... 34
8- السن عند الاصابة 35
9-عدد سنوات العلاج بآلة الديناليز 36
10-عدد ساعات الجلسة 36
11-أسباب الإصابة بالمرض 37
12- أعراض الإصابة بالمرض..... 38
13- مضاعفات المرض..... 38
14- التفكير بالعلاج البريتوني..... 39
15- القيام بالعلاج البريتوني..... 40
اختبار ومناقشة فرضيات الدراسة 41
1-مناقشة الفرضية الأولى..... 41
2-مناقشة الفرضية الثانية..... 50
3-مناقشة الفرضية الثالثة..... 57

4-مناقشة الفرضية الرابعة 59
5-مناقشة الفرضية الخامسة..... 61
6- نتائج الدراسة..... 64
الخاتمة..... 67
قائمة المصادر والمراجع 69
الملاحق..... 68-69
ملخص الدراسة 70

قائمة الجداول

قائمة الجداول :

رقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.2	تطور نسب المصابين بمرض القصور الكلوي في الجزائر حسب مختلف المتغيرات	24
2.2	تطور عدد المصابين بمرض القصور الكلوي بمدينة ورقلة من 2014-2023	26
3.1	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	30
3.2	توزيع أفراد العينة حسب السن	31
3.3	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزواجية	31
3.4	توزيع أفراد العينة حسب الاقامة	32
3.5	توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن	32
3.6	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية	33
3.7	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الاسري	33
3.8	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الاصابة	34
3.9	توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات العلاج بآلة الديباليز	35
3.10	توزيع أفراد العينة حسب عدد ساعات الجلسة	35
3.11	توزيع أفراد العينة حسب أسباب الإصابة بالمرض	36
3.12	توزيع أفراد العينة حسب أعراض الإصابة بالمرض	37
3.13	توزيع افراد العينة حسب مضاعفات المرض	37
3.14	توزيع افراد العينة حسب التفكير بالعلاج البريتوني	38
3.15	توزيع افراد العينة حسب - القيام بالعلاج البريتوني	39
3.16	توزيع أفراد العينة حسب سبب الإصابة بالمرض والعمر	39
3.17	توزيع أفراد العينة حسب أعراض الإصابة بالمرض حسب السن	41
3.18	توزيع أفراد العينة حسب مضاعفات الإصابة بالمرض حسب السن	46
3.19	توزيع افرد العينة حسب اسباب الإصابة وحسب الجنس	48
3.20	توزيع افراد العينة في أعراض الإصابة بالمرض حسب الجنس	49
3.21	توزيع أفراد العينة حسب مضاعفات الإصابة حسب الجنس	53
3.22	توزيع أفراد العينة في أسباب الإصابة بالمرض حسب الحالة الزواجية	54
3.23	توزيع افراد العينة في الدراية بالعلاج حسب المستوى التعليمي	56
3.24	توزيع أفراد العينة في التفكير بالعلاج البريتوني حسب المستوى التعليمي.	58

قائمة الأشكال

قائمة الاشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
2.1	أنواع القصور الكلوي	16
3.1	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	03
3.2	توزيع أفراد العينة حسب السن	13
3.3	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزواجية	13
3.4	توزيع أفراد العينة حسب الاقامة	23
3.5	توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن	23
3.6	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية	33
3.7	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الاسري	33
3.8	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الاصابة	43
3.9	توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات العلاج بآلة الديناليز	53
3.10	توزيع أفراد العينة حسب عدد ساعات الجلسة	53
3.11	توزيع أفراد العينة حسب أسباب الإصابة بالمرض	36
3.12	توزيع أفراد العينة حسب أعراض الإصابة بالمرض	37
3.13	توزيع افراد العينة حسب مضاعفات المرض	37
3.14	توزيع افراد العينة حسب التفكير بالعلاج البريتوني	38
3.15	توزيع افراد العينة حسب - القيام بالعلاج البريتوني	39

مقدمة

مقدمة :

الوباء هو العدوى الفيروسية أو الجرثومية سريعة الإنتشار ، وهو من (الأمراض غير السارية) طويلة الأمد تستمر لمدة عام فأكثر، وفقا لمنظمة الصحة العالمية ان نسبة الاصابة به بين البالغين 10 ٪أي ما يعادل 580 مليون شخص حول العالم وتعد الأمراض المزمنة السبب الرئيسي للوفاة في العالم حيث تمثل نسبة 60% من إجمالي الوفيات السنوية، فهي أمراض وليدة التطور الهائل والتحديث الصناعي والجدير بالذكر أن حدوث 80 ٪من جميع الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ومن أبرز هذه الأمراض نجد داء السكري وضغط الدم والقصور الكلوي، هذا الأخير الذي أصبح يمثل مشكلة عالمية حيث يصيب مختلف الفئات الاجتماعية، ومستوياتهم الاقتصادية والاجتماعية. حيت يعتبر القصور الكلوي من الأمراض التي تؤثر على حياة الملايين من الأشخاص حول العالم. وعلى الرغم من التطورات الطبية والعلاجية في هذا المجال، إلا أن انتشار هذا المرض لا يزال يشكل تحديًا كبيرًا للنظم الصحية في مختلف البلدان. ومن الملاحظ أن هناك اختلافات ملحوظة في معدلات الإصابة بالقصور الكلوي بين الفئات السكانية المختلفة، مما يشير إلى وجود عوامل ديموغرافية واجتماعية واقتصادية معينة قد تلعب دورًا محوريًا في تحديد خطر الإصابة بهذا المرض .وباعتبار الجزائر من الدول النامية التي شهدت تزايد كبير لهذه الأمراض المزمنة والتي لها علاقة بالضغوطات النفسية والاجتماعية وتباين انتشارها بين أقاليمها، حيث يختلف نمط واسباب الاصابة مناطق الوطن ارتأينا في الجنوب وبالأخص ولاية ورقلة، واعتمادا على ما سبق سنحاول في هذه الدراسة معرفة الخصائص الديمغرافية والسوسيو اقتصادية لمرضى القصور الكلوي بمدينة ورقلة من خلال الفصول وهي كالتالي: الفصل الأول: يمثل الاطار المنهجي للدراسة والذي يعالج الاشكالية، الفرضيات، أهمية الموضوع، أهداف الدراسة، صعوبات الدراسة، المفاهيم، الدراسات السابقة، المنهج المتبع الفصل الثاني: يمثل الاطار النظري للدراسة ومعلومات مفصلة عن المرض حيث يعالج مفهوم القصور الكلوي، اسبابه، مضاعفات، انواعه، التشخيص، العالج، تطور مرض القصور الكلوي في الجزائر وفي مدينة ورقلة .الفصل الثالث: والمتمثل في الإطار الميداني لدراسة حيث تطرقنا إلى مجالات الدراسة، عينة الدراسة، مصادر جمع المعطيات والبرامج الإحصائية المتبعة في الدراسة وبالتالي الحصول على جملة من النتائج والتحقق من صحة الفرضيات في السابق

الفصل الأول: الجانب المنهجي للدراسة

- االاشكالية
- الفرضيات
- أهمية الدراسة
- اهداف الدراسة
- اسباب اختيار الموضوع
- صعوبات الدراسة
- مفاهيم الدراسة
- الدراسات السابقة
- منهج الدراسة

الاشكالية:

يعتبر مرض القصور الكلوي من الأمراض المزمنة والشائعة في دول العالم، والمعروف عنها انها امراض غير معدية وتنتقل وراثيا فحسب احصائيات منظمة الصحة العالمية ارتفع عدد المصابين من 753مليون مصاب سنة 2016(أكثر من نصفهم ذكور)، إلى حوالي 850 مليون مصاب سنة 2019 .كما أشارت نفس المنظمة إلى أن الاسباب الرئيسية للإصابة بهذا المرض هما الضغط الدموي وداء السكري حيث يمثلان نحو 65٪ من حالات الإصابة بمرض القصور الكلوي، وهذا الأخير يمثل عبئ كبير بشكل خاص في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وهي الأقل تجهيزا للتعامل مع عواقبه. وهو حالة تقديمية تؤثر على أكثر من 10٪ من إجمالي السكان في جميع أنحاء العالم، أي مايصل إلى أكثر من 800 مليون فرد(حسب الإحصائيات الصادرة من منظمة الصحة العالمية 2019)، حيث يصنف في المرتبة 10 وان نسبة الاصابة عند الذكور تقدر ب14٪ بالمقابل 12٪ إناث (حسب منظمة الكلى الدولية سنة 2018).

كما أشارت منظمة الصحة العالمية أن معدلات الإصابة ترتفع كل عام وأوضح تقرير المنظمة على انه عدد المرضى المصابين حول العالم ب 5.4 ملايين بحلول عام 2030.

تعاني دول الوطن العربي هي الأخرى إنتشارا كبيرا في مرض القصور الكلوي، حيث نجد العديد من البلدان قد اجتاحها هدا المرض فحسب المنظمة الأوروبية لغسيل الكلى سنة 1996 نجد الكويت بلغ عدد المصابين 2.21 مصاب لكل مليون نسمة وتليها الأردن 3.45 مليون نسمة، وبالمقابل نجد اليمن 12.53 لكل مليون نسمة بمعدل إنتشار 4.9٪ حسب تقرير الأطلس العالمي بالإضافة إلى عمان يصل إلى 1.63 مصاب لكل مليون نسمة (حسب نفس المنظمة)، تم تليها مصر 58 مليون نسمة (منظمة الاوروبية لغسيل الكلى وزراعة الأعضاء)، وكذلك حسب الجمعية المصرية أن عدد المرضى المصابين بلغ 15 ألف أي معدل إنتشار200مريض لكل مليون نسمة سنة 2008،وحسب المنظمة الأوروبية لغسيل الكلى وزراعة الاعضاء صرحت بأن عدد المصابين في ليبيا بلغ 4.72 لكل مليون نسمة، وإضافة في نفس الصدد نجد لبنان 2.6 لكل مليون نسمة فإن معدل الانتشار 12.2٪ حسب تقرير الأطلس العالمي للصحة، ونجد المغرب العربي (المنظمة الأوروبية لغسيل الكلى وزراعة الأعضاء)، نجد المغرب 25.73٪ لكل مليون نسمة وتليها تونس 8.22 لكل مليون نسمة وكذلك حسب إحصائيات وزارة الصحة التونسية بلغ المصابين نحو 10 آلاف مصاب.

الجزائر هي الأخرى تعد من دول العالم العربي التي شهدت التحديث الصناعي، وانتشار الامراض منها مرض القصور الكلوي الذي أصبح يهدد المجتمع الجزائري فيعاني نحو 3.5 مليون مصاب من بينهم 50٪ مصابون بالضغط الدموي وداء السكري كما صرح رئيس الجمعية الجزائرية لأمراض الكلى وزراعة الاعضاء أن الجزائر تسجل سنويا حوالي 3000 حالة إصابة جديدة بالقصور الكلوي، وانها تحصي 120 ألف مصاب سنويا. حسب إحصائيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019 بلغت نسبة المصابين بأمراض الكلى حوالي 0.2 %.

تعد ولاية ورقلة هي الاخرى من مناطق الجنوب الجزائري التي شهدت ارتفاعا ملحوظا في أرقام مرضى المصابين بالقصور الكلوي، حسب الاحصائيات الصادرة من مستشفى محمد بوضياف والمركز الخاص امي عائشة نحصي حوالي 138 مصاب يقومون بعملية التصفية سنة2024. سنحاول في هذه الدراسة معرفة أهم الخصائص الديموغرافية والسوسيو اقتصادية للمرضى المصابين بالقصور الكلوي. ومنه نطرح التساؤل الرئيسي التالي:

ماهي أهم المحددات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية للمرضى المصابين بالقصور الكلوي في مدينة ورقلة؟

ومنه نقوم بطرح الأسئلة الفرعية التالية لتوجيه عملنا نذكر:

التساؤلات:

1.هل يوجد اختلاف في أسباب، أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب السن؟
2. هل يوجد اختلاف في أسباب، أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الجنس؟
3. هل تختلف أسباب ونوع الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الحالة الزواجية؟
4. هل توجد علاقة بين المستوى التعليمي و الدراية بمرض القصور الكلوي؟
5. هل توجد علاقة بين المستوى الاقتصادي للأسرة والعلاج بمرض القصور الكلوي؟

الفرضيات :

1.يوجد اختلاف في أسباب، أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب السن
2 يوجد اختلاف في أسباب، أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الجنس
3 تختلف أسباب ونوع الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الحالة الزواجية
4 هل توجد علاقة بين المستوى التعليمي والمعرفة بمرض القصور الكلوي
5 توجد علاقة بين الدخل الاسري وعلاج مرض القصور الكلوي

اهمية الدراسة:

1. اضافة علمية لموضوع الامراض المزمنة وبالأخص مرض القصور الكلوي
2. توفير دراسات ديموغرافية في الجانب الطبي حول مرض القصور الكلوي في ولاية ورقلة واضافتها الى المكتبات الجامعية

اهداف الدراسة:

1. تناول موضوع القصور الكلوي من الناحية الاحصائية والوصفية والديموغرافية
2. معرفة واقع انتشار مرض القصور الكلوي في ولاية ورقلة حسب المحددات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية (السن- الجنس -لمستوى التعليمي-الحالة الزواجية- المستوى الاقتصادي)

أسباب اختيار الموضوع:

1. تماشيا مع التخصص: يتماشى اختيار هذا الموضوع مع تخصص الباحث، مما يوفر له الفهم العميق والمعرفة اللازمة للبحث في هذا المجال بشكل فعال، ويساعده على تحقيق نتائج دقيقة وموثوقة
2. تقديم مقترحات تساهم في مواجهة مرض القصور الكلوي والحد من مضاعفاته: تهدف الدراسة إلى تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات التي يمكن أن تساهم في الحد من انتشار مرض القصور الكلوي وتقليل مضاعفاته، مما يعزز من جودة حياة المرضى.
3. الرغبة والميل الشخصي للبحث في المواضيع الطبية: يمتلك الباحث رغبة قوية وميلاً شخصيًا للبحث في المواضيع الطبية، مما يزيد من حماسه واهتمامه بهذا الموضوع ويعزز من جودة البحث
4. مساعدة المرضى على تقبل العلاج والالتزام به: من بين أهداف الدراسة مساعدة المرضى على فهم مرضهم بشكل أفضل وتقبل العلاج الموصوف لهم والالتزام به، مما يمكن أن يساهم في تحسين نتائج العلاج والحد من تطور المرض
5. انتشار هذا المرض بشكل كبير: يعد مرض القصور الكلوي من الأمراض المنتشرة بشكل واسع، مما يستدعي إجراء دراسات متعمقة لفهم أسباب انتشاره وتقديم الحلول المناسبة للتصدي له. سيساهم هذا البحث في تقديم فهم أفضل لهذا المرض وتوجيه الجهود الطبية

لمواجهته بفعالية أكبر.

صعوبات الدراسة:

قد لا يخلو اي بحث او اي دراسة من الصعوبات والمشاكل التي قد تواجه الباحث في القيام بمهامه لكن حجم المشاكل والعوائق يختلف من باحث لآخر وخلال المسارات التي قضيناها لإجراء بحتنا تلقينا بعض العوائق التي كنا في كل مرة نحاول محاربتها وتجاوزها لنتمكن من إكمال دراستنا هذه حيت نذكر منها:

- قصر مدة الدراسة الميدانية
- عدم توفر المراجع خاصة الديموغرافية وندرتها فغالبا ما كانت المراجع طبية
- ندرة وقلة المعطيات والاحصائيات المتعلقة بداء السكري سواء على الصعيد العالمي او الدولي او المحلي
- صعوبة الدراسة الميدانية المتمثلة في استجواب المرضى وهم على جلسات تصفية الدم حيث يكونون غير قادرين على التحدث وبالإضافة الى حالتهم النفسية سيئة للغاية فكنا نبدل جهد كبير في الحديث معهم حتى نحصل على المعلومات اللازمة

مفاهيم الدراسة :

أ/-القصور الكلوي: هو من الامراض الشائعة والمنتشرة التي تستحود اهتمامات الصحة العمومية نظرا لما يخلقه هدا المرض من اضرار صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية.

كما يعرف بأنه انخفاض في الكليتين على تأدية تصفية الدم وطرح الفضلات ومراقبة توازن الجسم من الماء والاملاح وتعديل الضغط الدموي.

ب/- المحددات الديموغرافية:

المحددات الديموغرافية هي مجموعة من الخصائص والحقائق المتعلقة بالسكان والعنصر البشري. تشمل هذه الخصائص حجم السكان وكثافتهم، وهجراتهم، وتوزيعاتهم الجغرافية، بالإضافة إلى توزيعهم حسب النوعية والعمر. كما تتضمن مستوياتهم المادية والتعليمية، والفوارق الأيديولوجية بينهم.

في سياق هذه الدراسة، تتمثل المحددات الديموغرافية الرئيسية فيما يلي:

1. السن: توزيع السكان حسب الفئات العمرية المختلفة.
2. الجنس: نسبة توزيع الذكور والإناث.
3. المستوى التعليمي: مستويات التعليم التي حققها السكان.
4. المستوى الاقتصادي: مستويات الدخل والثروة لدى السكان.

هذه المحددات تساعد في فهم توزيع السكان واحتياجاتهم المختلفة، مما يساهم في التخطيط والتطوير الاجتماعي والاقتصادي.

الدراسات السابقة :

الدراسة الأولى:

« المحددات الديموغرافية لمرضى القصور الكلوي» دراسة ميدانية لعينة من مرضى على مستوى مركزي تصفية الدم محمد بوضياف والمركز الخاص برويسات، وهي مذكرة لنيل شهادة الماستر اكاديمي تخصص التخطيط الديمغرافي والتنمية، إكرام خامرة، جامعة ورقلة، هدفها معرفة ووصف ومدى انتشار داء القصور الكلوي (2019-2020) من خلال المحددات الديموغرافية (السن -الجنس- المستوى التعليمي-المستوى الاقتصادية) وكدا تحليل وتفسير مدى انتشار القصور الكلوي بحسب المحددات المذكورة أعلاه وتوفير دراسة ديموغرافية سوسيولوجية حول مرض القصور الكلوي وتوضح علاقة المتغيرات الاقتصادية- اجتماعية- صحية مع الاصابة بالفشل الكلوي.

التساؤلات:

1. هل يوجد اختلاف في مرض القصور الكلوي حسب الجنس في مدينة ورقلة؟
2. هل يوجد اختلاف في مرض القصور الكلوي حسب السن مدينة ورقلة؟
3. هل يؤثر المستوى التعليمي في مرضى القصور الكلوي بمدينة ورقلة؟
4. هل يؤثر المستوى الاقتصادي على مرضى القصور الكلوي في مدينة ورقلة؟

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي الذي يقوم على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية و نوعية او عدة مطارات من اجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى او المضمون والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره.

وتتلخص دراستنا هذه فيما يلي :

تهدف هذه الدراسة إلى البحث في المحددات الديموغرافية لمرضى القصور الكلوي في مدينة ورقلة.، وذلك من خلال دراسة ميدانية لعينة من المرضى بالقصور الكلوي المترددين على مركز تصفية الدم بالمستشفى محمد بوضياف والمركز الخاص ببلدية الرويسات وقد توصلت الدراسة من خلال عرض وتحليل البيانات للمصابين بالقصور الكلوي في جداول بسيطة وأخرى مركبة تحوي متغيرين، المتبع التابع والمترجم إلى (أسباب المرض، اعراض المرض، مضاعفات المرض، ثقافة الصحية، عملية العلاج،) والمتغير المستقل المتمثل في أحد المحددات الديموغرافية التالية: الجنس، السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، من تم اختيار الفرضية الى جملة من النتائج أهمها:

-يوجد اختلاف الإصابة بالقصور الكلوي لبعض مسببات وأعراض ومضاعفات المرض حسب الجنس والسن، كما ان الذكور اكثر عرضة للإصابة به ويزداد مع التقدم في العمر ويصل إلى ذروته الفئتين العمريتين (40-60) سنة 70 سنة فما فوق، بالإضافة الى بروز أثر المستوى الاقتصادي مع عملية العلاج واختفاء أثر المستوى التعليمي على ثقافة الصحية عند المرضى.

-الدراسة الثانية:

مرضى الفشل الكلوي المزمن في محافظات غزة، دراسة الجغرافيا الطبية وهي مدكرة لنيل شهادة الماجستير في جغرافيا، هالة مدخ، الجامعة الاسلامية، غزة 2013

هدفها بيان وتوضيح تطور وازدياد عدد المرضى والوفيات لمرض القصور الكلوي المزمن، في محافظات غزة خلال (2002-2012) وكدلك التعرف على الجودة الكيميائية والنوعية لمياه الشرب في محافظة غزة، وتقدير نسب المرضى الدين يعتمدون على مياه البلدية وبالإضافة الى محاولة ايجاد العلاقة بين التلوث الكيميائي للمياه والاثابة بمرض القصور الكلوي المزمن وبيان وتوضيح علاقة المركبات الكيميائية لمادة النيكوتين في الدخان السجائر في الاصابة بالمرض، وكدا توضيح العلاقة بين المتغيرات

البشرية (الخصائص اجتماعية–اقتصادية –الصحية)

وقد طرحت هده الدراسة التساؤلات التالية:

–ماهي الكلية واهم وظائفها وتركيبها وما هو مرض الفشل الكلوي وماهي اسبابه وانواعه واعراضه؟

ما التطور الزمني لظاهرة الفشل الكلوي ومن وجهة نظر جغرافية؟

ما اكتر المحافظات زيادة في حالات مرضى الفشل الكلوي المزمن ونسبة كل محافظة؟

ما علاقة التلوث الكيميائي للمياه في الاصابة بمرض القصور الكلوي المزمن ودور الاحتلال في ازدياد التلوث الكيميائي؟

اعتمدت هده الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج التاريخي والاستنتاجي، حيت استعملت الاستمارة كأداة لجمع البيانات وكانت العينة القصدية المكانية ب 404مصاب

ولخصت دراستها الى ما يلى:

تناولت الدراسة لمحة عن مرض القصور الكلوي (الانواع، الاسباب، الاعراض، طرق العلاج) وكذلك واقع مرض الفشل الكلوي المزمن في مستشفيات محافظات غزة وبالإضافة الى التوزيع الجغرافي للمرضى من حيت الجنس، بنسبة للذكور بلعت (58،4٪) اما الإناث فكانت (41،6٪) حيت ارتفعت نسبة الذكور عن الاناث وقد تبين من خلال الدراسة ان محافظة غزة سجل بها اعلى معدل بمرض الفشل الكلوي بنسبة (33.2٪) واهم المصادر لتلوت المياه الجوفية بالعناصر الكيميائية في محافظة غزة والمتمثلة في استنزاف مخزون المياه الحوفية والمياه العادمة ودور احتلال الاسرائيلي في زيادة التلوث، وان اكتر المصابين بالفشل الكلوي ذو مستوى تعليمي منخفض حيت بلغت نسبتهم (72.5٪) وان العامل الاساسي للمرض هو عامل الوراثة حيت ان معظم المرضى لا يقومون بالمتابعة الطبية و التى لها الفضل في التقليل من الامراض والوقاية منها.

الدراسة الثالثة:

الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي، وهي مدكرة لنيل شهادة الماستر اكاديمي تخصص علم اجتماع الصحة، معيزي اكرام، جامعة 8ماي 1945قالمة

هدفت هذه الدراسة الى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي في

المؤسسات الاستشفائية وكدلك معرفة مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي، تعزى لمتغير مكان العلاج، حيث طرحت في هده الدراسة الى التساؤلات التالية:

1/-ما مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لمرضى الفشل الكلوي؟

2/-هل توجد فروق في مستوى الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير مكان العلاج لصالح المصلحة الخاصة؟

اعتمدت على المنهج الوصفي والمنهجي الكيفي لإنجاز هذه الدراسة والاستمارة كأداة جمع البيانات، والعينة القصدية المكانية ل 20مصاب حيت لخصت هده الدراسة كونها تناولت الرعاية الصحية لمرضى الفشل الكلوي في الجزائر واشارت الى مفهومه وانواعه ومضاعفاته واكدت على ضرورة الرعاية الصحية لهده الفئة، وكدا اشارة الى مدى معاناة المرضى من كل جوانب الحياة، سواء كانت نفسية وتتمثل في القلق والاكتئاب، كما توصلت الدراسة الى غياب التنشئة الصحية المتمثلة في الثقافة التي يكتسبها الفرد والمتعلقة بالسلوكيات الصحية، وأوضحت الدراسة كدلك ان العامل الاقتصادي يؤثر على الرعاية الصحية بحيث يتمكن المصاب بتلبية حاجات، وتغطية تكاليف العلاج المتمثلة في ادوية وغيرها.

المنهج المتبع:

هو المنهج الوصفي حيت يعرف على انه جمع الحقائق والبيانات الكمية او الكيفية من خلال ظاهرة معينة مع تفسير هذه الحقائق تفسيرا كافيا ان امكن، فلا يعتمد البحث الوصفي على جمع البيانات وتصنيفها وتبويبها وتحليلها بشكل دقيق وكافي بل كدلك يتضمن تفسير لهده النتائج بالإضافة الى استخدام اساليب القياس والتفسير بهدف الوصول الى استنتاجات ذات دلالة وتعميمها على موضوع الدراسة.

الفصل الثاني: داء القصور الكلوي في الجزائر

تمهيد

- تعريف القصور الكلوي
- انواع القصور الكلوي
- عوامل اختطار القصور الكلوي
- اسباب الاصابة بالقصور الكلوي
- اعراض القصور الكلوي
- تشخيص وعلاج القصور الكلوي
- مضاعفات القصور الكلوي
- علاج القصور الكلوي
- تطور مرض القصور الكلوي في ورقلة
- داء القصور الكلوي في الجزائر

تمهيد:

على الرغم من أن مرض القصور الكلوي من الأمراض الغير معدية . وتعد من الأمراض المزمنة التي شهدتها البشرية عبر العصور والأزمنة حيث بين القاموس الطبي عدم قدرة الكلى على ترشيح فضلات الاستقلاب من الدم الكافي مثل(الكرياتينين وتيتروجين اليوريا)، وقد يكون ارتفاع في معدلات الإصابة ناتجة عن مجموعة متنوعة من العوامل وراثية وبيئية والضغوط اليومية وغيرها حيث يعرف القصور الكلوي على أنه أنواع :

القصور الكلوي المزمن – الكلوي الحاد لا يمكن الوقاية منه أو معالجته بشكل عام، ويمكن السيطرة على أعراضه لأنها تؤثر على المريض في حد ذاته و يجب الأساس التكافل بالجانب النفسي لهذه الفئة وهو يمس كامل الشريحة السكانية في مختلف الاعصار والأجناس ومستوياتهم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

وسنتطرق في هذا الفصل على المحددات الديموغرافية والاقتصادية لداء القصور الكلوي على الصعيدين الديمغرافي والاجتماعي والبشرية من ناحية طبيبة ، وفي هذا الفصل وسنذكر بعض المفاهيم و غيرها خاصة بالقصور الكلوي

1- تعريف القصور الكلوي :

هو عدم قيام الكلى بوظائفها الأساسية ومنها طرد المواد غير المرغوبة إلى خارج الجسم [1] و هو كذلك عدم القدرة الكلى على ترشيح فضلات الاستقلاب من الدم بشكل كاف . أيضا يعرف القصور الكلوي (الفشل الكلوي):" هو توقف الكلية عن القيام بوظيفتها وقد يكون الفشل حادا أو مزمنا وأهم مؤشرات الفشل الكلوي ارتفاع نسبة البولينا في الدم (اليوريا)[2]ويعرف القصور الكلوي حسب القاموس الطبي: بأنه انخفاض قدرة الكلى على تأمين الرشح وإفضاء نفايات الدم، كذا مراقبة توازن الأملاح، الماء في الجسم.[3]

2- أنواع القصور الكلوي :

هناك نوعان من العجز أو القصور الكلوي insuffisance rénale الحاد والمزمن، سوف نشير من خلال بحثنا إلى العجز الكلوي الحاد و على القصور الكلوي المزمن إن القصور الكلوي في مختلف أنواعه هو أن الكلية تكون في حالة عجز أو عدم القدرة علم تحقيق مختلف وظائفها أو البعض منها :

وللإشارة يجب أن نميز أنه من خلال الإصابة يوجد نوعان: القصور الكلوي العضوي والقصور الكلوي الوظيفي.

2-1- القصور الكلوي العضوي :

يشير القصور الكلوي العضوي Lesionnelle إلى وجود خلل عضوي أو تشريحي على مستوى الجهاز البولي وبالتحديد في الكلية atteint rénale تكون الإصابة في غالب الأحيان عامة أو شاملة، وتكون مختلف وظائف الكلية مضطربة بدرجات متفاوتة.

- ويتميز القصور الكلوي العضوي الحاد بالحذف المفاجئ لوظائف الكلية الإفرازية Oligo–anurie
- (عدم إفراز البول)[4]

[1] الفيتوري محمد ناصر ،الفشل الكلوي والكلية الصناعية، دار الجبل ، بيروت ، 1419، ص19
[2] مدحت أبو النصر، الإعاقة الجسمية، ط1، مجموعة النيل العربية، القاهرة، د.ت، ص(157-158)
[3] Marrie Pierre Levallois, Veras Lemaine (2005). Larousse, Italie . P 350.
[4] زناد دليلة ، علم النفس الصحي تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيموديااليز نموذجا، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر، 2013م، ص 91-92

- يمكن للقصور الكلوي العضوي الحاد أن يتلاشى وتعود الكلية إلى طبيعتها إذا ما تم العلاج الفوري وتم حذف مسببات هذا العجز المفاجئ فمثلا في حالة الإصابة بمرض الكلية المتعلق بالنسيج والأنابيب الذي يمكن أن يزول بعد العلاج وتعود الكلية إلى حالتها الطبيعية.
- أما القصور الكلوي العضوي المزمن فهو يتميز بنقصان في المد الدموي للكلية Flux Sanguin rénal، يشير هذا الاضطراب إلى إصابة وظائف الأنابيب tubiles وكذلك عجز وظائف الأيض للكلية، والتطور نحو العجز الكلوي المزمن النهائي يكون بالتدريج وباستمرار واسترجاع الوظيفة الكلوية نادر جدا.[1]

2-2- القصور الكلوي الوظيفي :

أما القصور الكلوي الوظيفي Fonctionnel فهو لا يعود إلى وجود خلل عضوي تشريحي في الكلية وإنما يعود إلى قصور وظيفي للكليتين مثلا في حالة ظهور عراقيل ostacles تعيق الوظيفة الكلوية.

ويحدث القصور الكلوي الوظيفي نتيجة

- عجز في وظيفة القلب Insuffisance cardiaque
- أو الجفاف الخارجي للخلايا Déshydratation extra cellulaire
- أو نتيجة خلل في توازن بعض المكونات مثل نقص البوتاسيوم Hypokaliemie زيادة الكالسيوم hypercalcemie في الدم.

من الملاحظ أن هذه الاضطرابات الوظيفية للكلية بإمكانها أن تتلاشى في حالة العلاج السريع للأسباب الرئيسية المؤدية على هذا العجز الوظيفي.

أما من ناحية الزمن والمدة فنميز نوعين من القصور الكلوي الحاد والمزمن [2]

2-3- القصور الكلوي الحاد : Insuffisance rénale aigue

هو تدهور لوظائف الكلى في وقت قصير وسريع، مما يسبب حالة خطيرة مهددة للحياة

1زناد دليلة ، نفس المرجع، ص 92
[2] زناد، دليلة ، نفس المرجع، ص 93

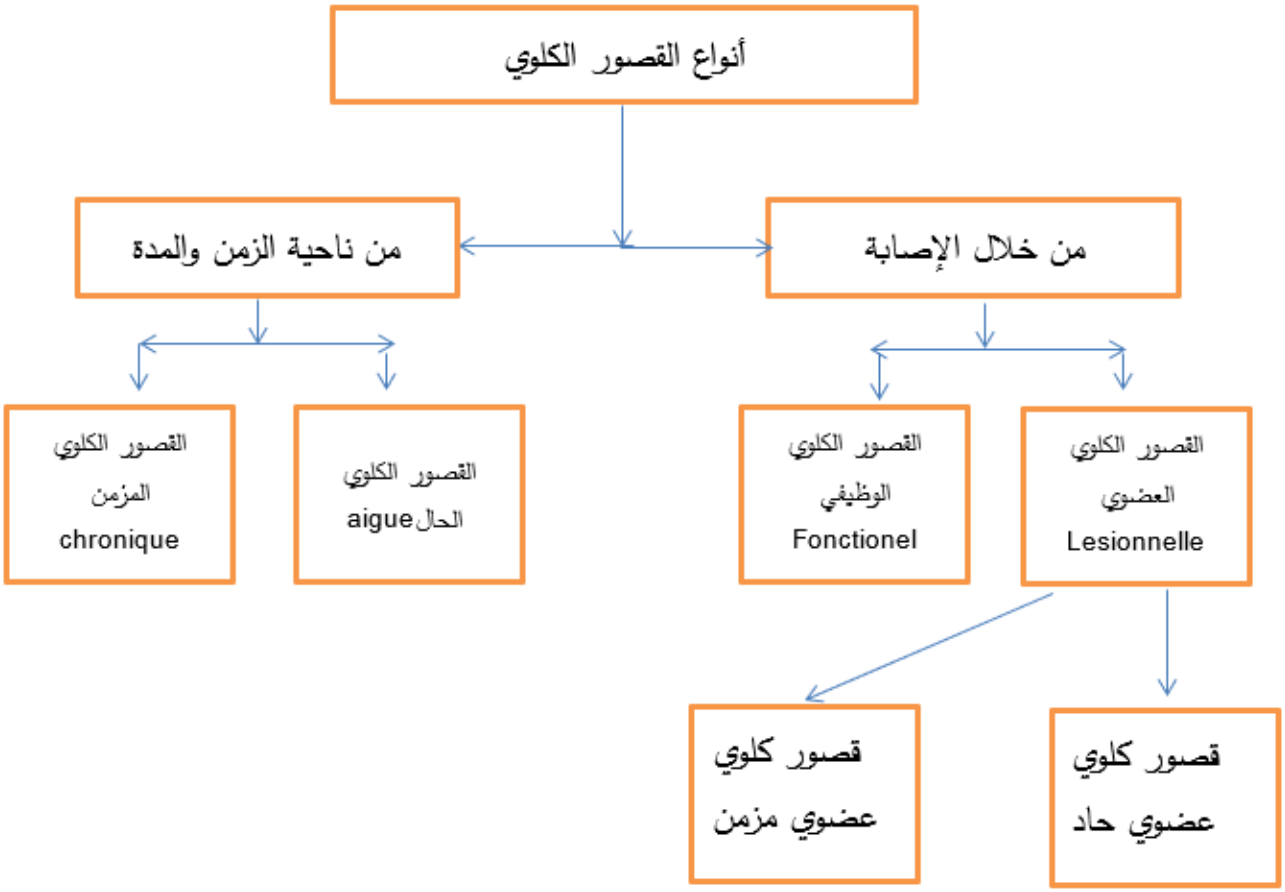
من تراكم السوائل النفايات في الجسم، ويمكن عادة الشفاء منه، إذا تم علاج سبب حدوثه [1]

2-4- القصور الكلوي المزمن: chronic kidney failure :

هو عدم قدرة الكلى القيام بوظيفتها الأساسية وذلك نتيجة أمراض مزمنة ومتعددة تصيب الجسم مما يؤدي إلى هبوط متدرج لوظائف الكلى، وفي النهاية تسبب الفشل الكلوي في المرحلة النهائية، وتقل وظائف الكلى إلى أقل من 25% عن مستواها الطبيعي.2

- وفي تعريف آخر للقصور الكلوي المزمن :

هي المرحلة التي تفقد فيها الكلى أكثر من 80% أو 90% ويحتاج المريض لعلاج طبي وغذائي وتعويضي3



شكل رقم (1-2): يوضح أنواع القصور الكلوي

[1] أبو الغيث وعبد المحسن صالح ، التوزع الجغرافي والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى الفشل الكلوي الذكور مدينة جدة لعام 1427هـ ، رسالة ماجستير الجغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة أم القرى المملكة العربية السعودية، 1430هـ، ص 8

[2] أبو الغيث وعبد المحسن صالح ، التوزع الجغرافي والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى الفشل الكلوي الذكور مدينة جدة لعام 1427هـ ، رسالة ماجستير الجغرافيا ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة أم القرى المملكة العربية السعودية، 1430هـ، ص 9

[3] المغازي، غالية المغازي القصبي ، التثقيف الصحي لمرض الفشل الكلوي المزمن المعاشون على جلسات الإستصفاء الدموي، مركز أمراض الكلى والمسالك البولية، جامعة المنصورة، د.ت، ص 3.

3- عوامل الإختطار:

تشمل العوامل التي قد تزيد من خطر الإصابة بأمراض الكلى المزمنة:

- داء السكري
- ارتفاع ضغط الدم
- مرض القلب والأوعية الدموية
- التدخين
- السمنة
- الانتماء الى دوي البشرة السوداء أو الأصول الأمريكية أو الأصول الأسيوية
- وجود تاريخ عائلي بمرض الكلى
- الشدود بنية الكلية
- التقدم في العمر
- كثرة تناول الأدوية التي قد تضر بالكليتين.

4- أسباب القصور الكلوي :

1. داء السكري: ويعتبر الآن هو السبب الرئيسي بنسبة 45,35% من الحالات.

2 ارتفاع ضغط الدم ويعتبر هو السبب الثاني لحدوث الفشل الكلوي.

3 التهاب الكبيبات الكلوية.

4. الأمراض الوراثية مثل التكيسات الكلوية.

5. التهابات المسالك البكتيرية المزمنة.

6. بعض الأدوية كالمسكنات وبعض المضادات الحيوية عند الإفراط في تناولها من غير الاستشارة

الطبية، كذلك الأدوية الشعبية التي تحوي مواد غير معروفة عادة ما تكون سامة ومضرة بالكلى[1]

7-يعد ارتفاع ضغط الدم وداء السكري غير المنضبط من أهمها، و تتمثل الأسباب الأخرى في :

- الجفاف نتيجة فقدان سوائل الجسم بسبب القيء أو الإسهال المزمن، أو نقص استهلاك السوائل، أو استخدام مدرات البول بشكل مفرط أو خاطئ أو المعاناة من الحروق الشديدة .
- أمراض القلب و الأوعية الدموية .
- انخفاض ضغط الدم الشديد .
- وجود رد فعل تحسسي .

5- أعراض القصور الكلوي :

إن أكثر الأعراض ظهورا في حالة القصور الكلوي هي كالتالي:

- نقص الوزن
- الخمول
- الغثيان والقيء
- فقدان الشهية
- ضيق التنفس بسبب تجمع السوائل في الجسم والرئة
- الشد العضلي
- الحكة
- جفاف الجلد وتغيير لون الجلد إلى السمرة
- رائحة اليوريا في نفس المريض
- التشنجات العصبية
- الرعاف أحيانا. (السويداء، 2010 (32)
- فقر الدم une anemie
- ارتفاع ضغط الدم Hepertension
- احتباس البولune anurie 2

[1] السويداء و عبد الكريم عمر، المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي، ط1، وهج الحياة للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية ، 2010، ص26

[2] Morin, Toman M. Jungers (2003). Hémodialyse transppleane, Paris Flammarion . P290

6- التشخيص والعلاج:

6-1- التشخيص:

يتم تشخيص مرض الفشل الكلوي من خلال الفحوصات السريرية مع بعض الفحوصات المخبرية والأشعة، حيث يجد الطبيب المختص عند تحليل دم المريض، ارتفاع بعض المكونات creatinine و Urée وزيادتها هي التي تعمل على تسمم الدم ولهذا يحتاج إلى تصفية بطريقة آلية في حالة العجز الكلي للكليتين.

ويحتاج الطبيب في تشخيص مرض الفشل الكلوي ودرجة شدته من خلال أخذ عينة من كلية Rein المريض لفحصها Biopsie renale وذلك حتى يقرر ما إذا كان المريض قد وصل إلى مرحلة متقدمة من المرض. وهل يحتاج إلى عملية الغسيل الكلوي Hemodialyse[1]

6-2- العلاج:

لا يوجد علاج نهائي لمرض القصور الكلوي لذلك نجد كل الجهود منصبة لتحقيق هدفين هما:

- إبطاء تطور المرض وتمكين المريض من تفادي الخضوع لعملية التصفية لمدة أطول.
- علاج آثار وانعكاسات القصور الكلوي المزمن في مرحلته النهائية بالاعتماد على برنامج مكثف يشمل على ما يلي:

6-2-1- الحمية:

تقدم للمريض مجموعة من الإرشادات والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لأن هذا المرض يؤثر على مختلف الأجهزة في الجسم، كما أن عملية تصفية الدم لا تكون فعالة إلا بإتباع حمية مدروسة وخاضعة لشروط صحية وهي كما يلي:

- الإنقاص من المواد الغذائية التي تحتوي على كميات معتبرة من البوتاسيوم مثل الفواكه[2]

يختلف الاحتياج الغذائي من فرد لآخر، وذلك يتحدد بعدة عوامل وهي وزن الشخص وظيفة الكلى – السن – الأمراض المصاحبة الأخرى.

1- البروتين:

[1] زناد دليلة، فعالية برنامج تدريبي في التخفيض من سلوك العدوانية الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية الدامعة الإسلامية، غزة، 2011،ص 257-258

[2] جواد، السعيد ، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن والخاضع لتصفية الدم (Hemodialyse)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2013م، ص 81

ينصح باستهلاك كمية البروتين لأن الجسم يفقد كمية كبيرة من البروتين أثناء عملية الغسيل الكلوي.

نقص البروتين في الغذاء يؤدي إلى :

- ضمور في العضلات
- ضعف في المناعة
- خمول في الجسم

الإفراط في أكل البروتين يؤدي إلى ارتفاع مستوى البوريا في الدم ويؤدي إلى:

- الخمول
- الغثيان والقيء
- طعم كريه في الفم
- الصداع

يمكن معرفة نسبة البروتين في الجسم عن طريق تحليل نسبة الألبومين ويجب ألا تقل عن 4 جرام / ديسيلتر .

2 – البوتاسيوم :

عبارة عن معدن يملك التأثير في نشاط العضلة القلبية والجهاز العصبي.

أعراض زيادة البوتاسيوم

-ضعف وارتخاء في العضلات، خفقان في القلب، ارهاق شديد. 5-2-2- الأدوية

يضطر كثير من المرضى المصابين بمرض الفشل الكلوي إلى استخدام أدوية متعددة للمحافظة على صحة الجسم وهذه الأدوية هي:

- الأدوية الخافضة لضغط الدم لأن القصور الكلوي يصاحبه ارتفاع ضغط الدم.
- الأدوية خافضة للكوليسترول.
- الحديد لتزويد الجسم بالمكونات الأساسية لتكوين كريات الدم الحمراء.
- الأدوية المنشطة لتكوين الدم كأبريكس (Eprex) او روكورمون (Rocormon) أورانسب (Aranesp) وهي تنشط نخاع العظم لتكوين كريات الدم الحمراء.

- فيتامين (D) للمحافظة على صحة العظام.
- الأدوية الرابطة للفوسفات مثل الكالسيوم وريناجيل Renagel فالكلية الطبيعية تزيل ملح الفوسفات، وعند حدوث القصور الكلوي فإن مستويات الملح ترتفع في الدم 14

5-2-3- غسيل الكلى:

هناك نوعين من التنقية أو الغسيل

أ- التنقية البريتونية (الغسيل البريتوني)

ب- التنقية الدموية (الغسيل الدموي أو تصفية الدم Hemodialyse)

- أولها : ما يسمى بالغسيل البريتوني:

وتتميز هذه الطريقة بأنها يمكن أن تتم في المستشفى أو المنزل، ويمكن تدريب المريض أو أحد أفراد عائلته على تنفيذ الخطوات مع أخذ الاحتياطات اللازمة لضمان عدم دخول أي ميكروبات وجراثيم إلى تجويف البروتيني ويمكن عمل هذا النوع من الغسيل يوميا ... حيث يقوم المريض بتبديل (4-5) اكياس يوميا).

وفي المستشفى يحضر المريض مرتين أسبوعين لعمل هذه الجلسات، وتتم هذه العملية طريق حقن لتر أو لترين من محلول الاستصفاء البروتيني داخل تجويف البطن أي يتم إدخال أنبوب لين في تجويف البروتين تحت مخدر موضعي ويبقى طرفه الآخر خارج البطن ويمكن استخدام هذا النوع من غسيل الكلى في حالات الفشل الكلوي الحاد2.

- ثانيها: الغسيل الدموي أو تصفية الدم (Hemodialyse)

هي كلمة تتكون من جزئين hemo وتعني الدم و dialyse وتعني التصفية وهي تقنية تستخدم من أجل علاج مرضى القصور الكلوي الذين وصلوا إلى مرحلة نهائية وفيها يعمل جهاز التصفية وفق نظام توازن الاملاح في الدم ويعيدها على مستواها الطبيعي3.

كما يعرف بأنه عملية يتم فيها أخذ جزء من دم المريض وتمريرها من خلال مرشح دموي في ماكنة الغسيل الدموي، حيث يتم تنقية هذا الدم من السموم والشوائب والسوائل الزائدة

[1] السويداء و عبد الكريم عمر، نفس المرجع، (2010)، ص 37
[2] لماضة عاطف ، أمراض الكلى والفشل الكلوي، الدار الذهبية للطبع والنشر والتوزيع، د.ت، ص 83
[3] الصبور محمد، أمراض الكلى وزرع الأعضاء، ط1، دار القلم، بيروت، لبنان، 1989م، ص 89

التي كانت الكلية السليمة تتخلص منها في الحالة الطبيعية، ومن ثم يعاد هذا الجزء من الدم التي تمت تنقيته إلى المريض، ثم يتم أخذ جزء آخر من الدم لتنقيته وإعادته للمريض وهكذا في عملية متصلة تدوم لمدة أربع (04) ساعات بواقع (03) جلسات أسبوعيا1.

أي أن: الغسيل الدموي أو الديناليز هو ضخ الدم من خلال الكلية الصناعية حيث يتم هناك رشح السموم والأملاح الزائدة في الجسم إلى سائل التنقية.

الكلية الاصطناعية:

هي أسطوانة تحتوي على أغشية تفصل بين الدم وسائل الغسيل، وسائل الغسيل عبارة عن ماء منقى ومعالج بإضافة بعض الأملاح والمعادن وتحتوي أغشية الكلية الصناعية على فتحات صغيرة جدا تعبر من خلالها السموم والأملاح الزائدة من الدم وهذه الطريقة تشبه أكياس الشاي التي تسمح للشاي بالعبور إلى الماء تبقى الأوراق داخل الكيس. ويتم إعادة الدم المنقى إلى الجسم أما سائل الغسيل المحمل بالسموم فيتم ضخه إلى التصريف في كل مرة يعبر الدم من خلال الكلية الصناعية.

يتم فيها إزالة كمية صغيرة من السموم، لذلك تستمر هذه العملية لمدة (04) أربع ساعات لإزالة كميات أكبر من السموم. كذلك يتم سحب الأملاح والماء الزائدين عن حاجة جسم ونظرا إلى وجود الدم خارج الجسم أثناء عبوره من خلال الأنابيب فإنه يكون عرضة للتجلط، لذلك يتم إضافة مسيلات الدم، ويعتبر الهيبرين Heparin من أكثر الأدوية استخداما لهذا الغرض2

7ـ مضاعفاته:

فبالإضافة إلى عجز الكلى عن ترشيح فضلات الاستقلاب (مثل الكرياتينين و نتروجين اليوريا) من الدم، فإنه يحدث تراجع في قدرتها على ضبط و توزيع الماء في الجسم (توازن السوائل) و مستويات الكهارل (الصوديوم و البوتاسيوم و الكالسيوم و الفوسفات) و الحمض في الدم .

يؤدي استمرار الفشل الكلوي لفترة زمنية إلى حدوث ارتفاع في ضغط الدم في كثير من الأحيان .تفقد الكلى قدرتها على انتاج كميات كافية من هرمون(الإريثروبويتين) الذي ينشط

[1] الغامدي عقيل ، برعاية الكلى، العدد 19، وزارة الصحة، مركز الأمير سلمان لأمراض الكلى، 2014، ص 28
[2] السويداء و عبد الكريم عمر ، ص14.

تشكيل خلايا الدم الحمراء الجديدة ،مما يؤدي إلى انخفاض عدد الخلايا الدم الحمراء(فقر الدم) كما تفقد الكلى قدرتها على إنتاج ما يكفي الكوليسترول (الشكل الفاعل من فيتامين D) وهو عنصر حيوي لصحة العظام يؤثر الفشل الكلوي في نمو العظام عند الأطفال ،يمكن أن يؤدي الفشل الكلوي إلى حدوث ضعف و تشوهات في العظام عند الأطفال و البالغين .

و من الممكن أن يؤثر داء الكلى على جزء من أجزاء الجسم تقريبا :

ـــــ احتباس السوائل، والذي قد يؤدي إلى تورم الدراعين و الساقين ،أو ارتفاع ضغط الدم ،أو تجمع السوائل (ودمة رئوية)

ـــــ ارتفاع المفاجئ في مستويات البوتاسيوم الدم (مما قد يضعف وظائف القلب، وقد يكون ذلك مهدد للحياة)

ـــــ فقر الدم (الأنيميا)

ـــــ أمراض القلب

ـــــ ضعف العظام و زيادة خطر الإصابة في كسور العظام

ـــــ تلف الجهاز العصبي المركزي ،و الذي قد ينتج عنه الصعوبة في التركيز، أو تغيرات في الشخصية أو تشنجات .

ـــــ انخفاض الاستجابة المناعية، مما يجعلك أكثر عرضة للإصابة في العدوة

8- تطور مرض القصور الكلوي في الجزائر:

يعد الفشل الكلوي أحد أهم مشاكل الصحة العامة في الجزائر، حيث يصيب نسبة كبيرة من السكان ويشكل عبئًا كبيراً على النظام الصحي والمجتمع.

وفقًا لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، فإن معدل الإصابة بالمرض في تزايد مستمر ويقدر بنسبة 50-60 لكل مليون شخص. في الجزائر، تشير الإحصاءات إلى تسجيل 3,500 حالة إصابة جديدة كل عام، مع وجود 1.5 مليون حالة إصابة بالمرض، منها 13,000 حالة يتم تصفيتها.

ويوجد في الجزائر حوالي 3 ملايين مريض مصاب بالقصور الكلوي الحاد في الجزائر،

منهم حوالي 50٪ يعانون من ضغط الدم والسكري. وبالإضافة إلى ذلك، وحسب البروفيسور طاهر ريان، رئيس المجلس العلمي للجمعية الوطنية لزراعة الأعضاء، فإنه يتم سنويا في الجزائر تسجيل حوالي 3000 مريض جديد مصاب بالقصور الكلوي المزمن يحتاجون إلى علاج متخصص لزرع الأعضاء.

وأضاف رئيس الجمعية الجزائرية لأمراض وزراعة الكلى أن عدد مرضى القصور الكلوي في الجزائر يفوق 120 ألف مريض، حيث يخضع أكثر من 1000 مريض لعمليات غسيل الكلى بشكل منتظم، كما استفاد حوالي 2500 جزائري من عمليات زرع الكلى خلال العشرية الماضية.

– تعاني بعض المناطق، مثل المناطق الصحراوية، من ارتفاع معدلات الإصابة بالفشل الكلوي بسبب ارتفاع معدلات الإصابة بأمراض الكلى الكيسية المتعددة وأمراض المناعة الذاتية.

عوامل التأثير:

– بالإضافة إلى ارتفاع ضغط الدم والسكري، هناك عدد من العوامل التي تساهم في الإصابة بالفشل الكلوي، بما في ذلك

العوامل الوراثية.

العوامل الوراثية.

التهابات معينة.

انسداد مجرى البول.

أدوية معينة.

الجدول رقم (1-2): نسب المصابين بمرض القصور الكلوي في الجزائر حسب مختلف المتغيرات

المؤشرات	المتغيرات	Mics 2019
حسب الجنس	ذكور	0.2
	إناث	0.2
حسب مكان الاقامة	حضري	0.2
	ريفي	0.3

حسب الإقليم	شمال الأوساط	0.3
	شمال الشرقي	0.2
	شمال الغربي	0.2
	الهضيبة العليا	0.2
	الهضبة الشرقية	0.2
	الهضبة الغربية	0.2
	الجنوب	0.2
حسب المستوى التعليمي	بدون مستوى	0.9
	ابتدائي	0.4
	متوسط	0.1
	ثانوي	0.1
	جامعي	0.1
	بدون اجابة	0.5
النشاط الاقتصادي	مشغول	0.1
	غير مشغول	0.3
مؤشر الثروة	الأكثر فقرا	0.3
	فقير	0.2
	متوسط	0.3
	غني	0.2
	الأكثر غنى	0.2
المجموع		0.2

المصدر: من إعداد الطالبة بناءا على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات mics[6] في الجزائر، 2019.ص 107.

يوضح الجدول 1-2 نسبة المصابين بداء القصور الكلوي في الجزائر وفقًا لمتغيرات مختلفة. في عام 2006، كانت النسبة 2.1%، بينما بلغت النسبة في عام 2019 5.1%. يمكن تصنيف انتشار مرض القصور الكلوي

المرض القصور الكلوي في ورقلة :

ان ولاية ورقلة ليست معزولة عن ولاية الوطن والتي شهدت ايضا تزايد كبير في عدد مرضى القصور الكلوي فحسب احصائيات المتوفرة لدينا في المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف والمركز الخاص امي عائشة فان عدد المصابين قد بلغ 182 مصاب سنة 2023

جدول رقم (2-2): تطور عدد المصابين بمرض القصور الكلوي بمدينة ورقلة من 2014-2023

السنة	2014	2020	2021	2022	2023
عدد المصابين	134	137	143	130	182

المصدر: من إعداد الطالبة بناءا على المعطيات المتحصل عليها من المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بمدينة ورقلة.

من خلاص القراءة الاحصائية للجدول نلاحظ أن عدد المصابين بمرض القصور الكلوي قد كان في زيادة خلال السنوات التالية 2014 إلى 2023 حيث بلغ عدد المصابين سنة 2014 (134) مريض ويرتفع في سنة 2020 الى 137 مريض ويستمر في الارتفاع الى غاية 2023 ب 182 مصاب

خلاصة:

تم التطرق من خلال هذا الفصل إلى مفاهيم متعلقة بمرض عرض القصور الكلوي والتعمق فيه والاشارة إليه من ناحية طبية. ومعرفة أهم الأسباب المؤدية له ، أعراضه ، مضاعفاته أنواعه، تشخيصه، ووجود علاج له وهذا معرفة مدى تأثيره على المجتمع وكيفية تعامل الفرد مع المرض من الجانب السيكولوجي والاهمال في العلاج وعدم تتبع للجلسات التصفية بشكل منتظم و قد يعرض بحياة المريض للخطر حيث يتم تجمع السموم في جسم الإنسان وبتالي الموت حتماً .أما عن الحديث عن الوضعية داء القصور الكلوي من الناحية الأيديولوجية فيمكنها القول.أن هذا المرض بشكل تحدياً كبير للصحة العمومية في العالم وخاصة الجزائر .

أما على الصعيد الدولي فتطور القصور الكلوي فيالجزائر على المسوح الجزائرية 2019 Mics.[6]

يبقى فيما يخص الجنس فإن نسبة الاناث أكثر من الذكور خاصة فنجد أغلب المصابين بالقصور الكلوي مستواهم التعليمي متوسط و الجيدبالذكر أن المستوى هو المحرك الأساسي و يكون على دراية بالمرض وكيفية التعامل معه وبالإضافة الى مستوى الاقتصادي نجد المرضة أغلبهم متوسطي الدخل أما بالنسبة لإقامة كانت نسب المرضى القانطين بالريف..

الفصل الثالث : الجانب الميداني للدراسة

تمهيد

المبحث الاول: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1- مجالات الدراسة

2- مجتمع الدراسة

3- اداة جمع البيانات

المبحث الثاني: خصائص افراد العينة

1- عرض وتحليل ومناقشة البيانات

2- عرض وتحليل بيانات خاصة بداء القصور الكلوي

3 -مناقشة الفرضيات

نتائج الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التطرق إلى الدراسات السابقة والإطار النظري الذي شمل مجموعة مفاهيم وتوضيحات متعلقة بمرض القصور الكلوي، سننتقل إلى الإطار التطبيقي (الميداني) لهذه الدراسة الهدف منها معرفة المحددات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية لمرضى القصور الكلوي لمدينة ورقلة، وتقديم وتبويب أهم البيانات والمعلومات التي تم جمعها ميدانيا والوصول الى جملة من النتائج ومن خلالها نتعرف عن الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لمرض القصور الكلوي بمدينة ورقلة، وفي الأخير نقوم بمناقشة وتحليل الفرضيات والخروج بنتائج.

المبحث الاول: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1- مجالات الدراسة:

1-1/- المجال المكاني: تمت الدراسة الميدانية في ولاية ورقلة، وقد طبقت في المؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف مصلحة تصفية الدم والمركز الخاص أمي عائشة.

1-2/-المجال الزمني: تمت الدراسة في الفترة الممتدة من 6 أفريل إلى غاية 18أفريل 2024 وشملت عينة من المرضى المصابين بداء الفشل الكلوي الذين يقومون بعمليات تصفية الدم بمستشفى محمد بوضياف والمركز الخاص أمي عائشة.

1-3/-المجال البشري: استهدفت الدراسة المرضى المصابين بالقصور الكلوي بمدينة ورقلة.

2- مجتمع الدراسة :

تم إجراء مسح شامل للمرضى المترددين على مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف والمركز الخاص أمي عائشة، والمقدر عددهم 138 مريض حيث تم توزيع:

-78 استمارة بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف، وقد تم استرجاع 67 استمارة بنسبة استجابة 86%.

-60 استمارة بالمركز الخاص أمي عائشة بنسبة استجابة 100%.

لنتحصل في الأخير على 127 استمارة صالحة للتفريغ والتحليل.

3- أداة جمع البيانات:

هي نموذج يضم مجموعة من الأسئلة المغلقة والمفتوحة تقدم للمرضى بغية الحصول على بيانات معينة، والاستمارة لها دور كبير في نجاح أي بحث علمي وهي كمفتاح ووسيلة الغرض منها الكشف ومعرفة المعلومات لمساعدة الباحث في بحثه، وعدم خروج عناصرها العريضة ومضامينه التفصيلية ومساراته النظرية والتطبيقية. وقد احتوت الاستمارة على 28 سؤالا منها أسئلة مغلقة وأخرى مفتوحة.

1/-اسئلة خاصة بالبيانات الشخصية (الخصائص السوسيو ديموغرافية)

2/-أسئلة متعلق بالمرض

أ/-أسئلة خاصة بالمحددات الديموغرافية

ب/-أسئلة متعلقة بالمحددات الاقتصادية

-وقد قمنا بملء هذه الاستمارة من طرفنا لعدة اسباب اهمها ان العينة حساسة تضم مرضى من كبار السن والأميين والبعض الاخر حالته الصحية متدهورة جدا.

المبحث الثاني: خصائص أفراد العينة

احتوت عينة الدراسة على 127 مبحوث، وتميزت بالخصائص التالية.

1- الجنس :

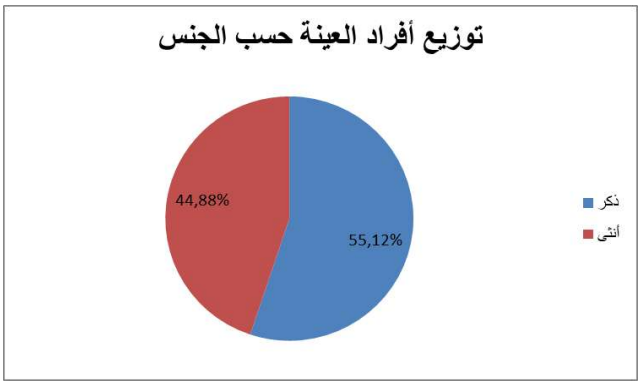
يعتبر الجنس من أكثر المقاييس استعمالا للكشف عن التوازن بين السكان، وفي دراستنا نريد تحديد الاختلاف الموجود بين الجنسين في الاصابة بمرض القصور الكلوي.

جدول رقم (1-3): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	70	55,12%
أنثى	57	44,88%
المجموع	127	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

شكل رقم (1-3)



المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

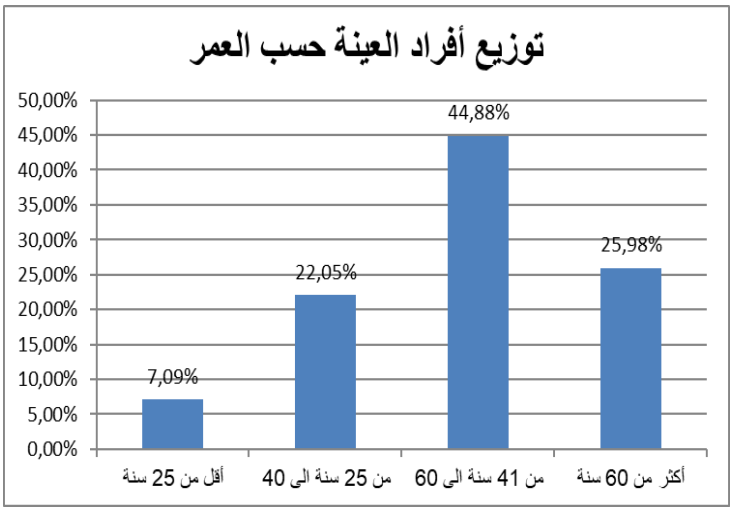
الجدول والشكل أعلاه يبينان أن العينة المكونة من 127 فرداً تتألف من 70 ذكراً (55.12%) و57 أنثى (44.88%)، مما يشير إلى أن الذكور يمثلون الغالبية في العينة، لكن الفرق ليس كبيراً.

2-السن :

هو من المتغيرات الأساسية في كل الدراسات الديموغرافية حيث تم استجواب المبحوثين عن اعمارهم.

جدول رقم (2-3): توزيع أفراد العينة حسب السن **شكل(2-3)**

العمر	التكرار	النسبة
أقل من 25 سنة	9	7,09%
من 25 سنة الى 40	28	22,05%
من 41 سنة الى 60	57	44,88%
أكثر من 60 سنة	33	25,98%
المجموع	127	100%



المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

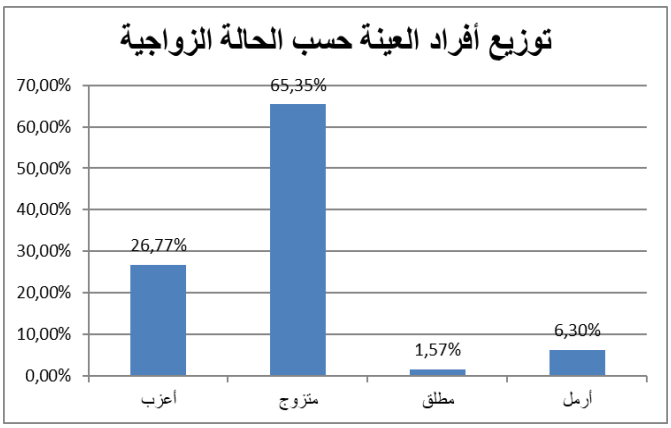
يظهر الجدول والشكل أعلاه توزيع الأعمار في عينة الدراسة، حيث يشكل الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة النسبة الأكبر بـــ 44.88%، بينما الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يشكلون النسبة الأقل بـــ 7.09%. الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يشكلون 22.05%، والأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يشكلون 25.98% من العينة.

3- الحالة الزواجية :

حيث يقصد (الأعزب، المتزوج، المطلق، الأرمل)

جدول رقم (3-3): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزواجية **شكل رقم (3-3)**

الحالة الزواجية	التكرار	النسبة
أعزب	34	26,77%
متزوج	83	65,35%
مطلق	2	1,57%
أرمل	8	6,30%
المجموع	127	100%



المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

يظهر الجدول والشكل أعلاه توزيع الحالة الزواجية في عينة الدراسة، حيث يشكل الأفراد المتزوجين

النسبة الأكبر بـ 65.35%، والأعزب يشكلون 26.77%، بينما الأرامل والمطلقين يشكلون النسب الأقل بـ 6.30% و1.57% على التوالي.

4- الاقامة :

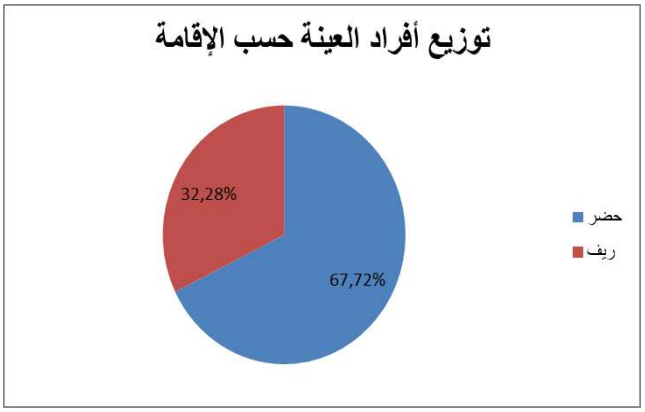
جدول رقم (4-3): توزيع أفراد العينة حسب الاقامة

وسط الإقامة	التكرار	النسبة
حضر	86	67,72%
ريف	41	32,28%
المجموع	127	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

شكل رقم (4-3):



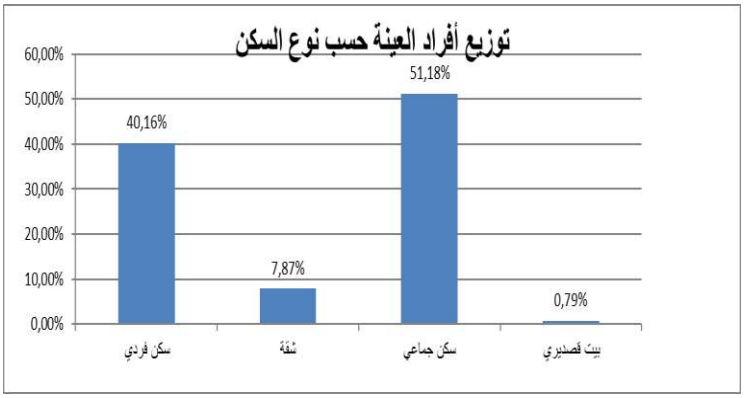
من خلال الجدول والشكل أعلاه نلاحظ أن الأفراد الذين يقيمون في المناطق الحضرية يشكلون النسبة الأكبر بـــ 67.72%، بينما الأفراد الذين يقيمون في المناطق الريفية يشكلون 32.28% من العينة. هذا يعني أن الغالبية العظمى من الأفراد في العينة يقيمون في المناطق الحضرية.

5- نوع السكن :

جدول رقم (5-3): توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن

نوع السكن	التكرار	النسبة
سكن فردي	51	40,16%
شقة	10	7,87%
سكن جماعي	65	51,18%
بيت قصديري	1	0,79%
المجموع	127	100%

شكل رقم (5-3): توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن

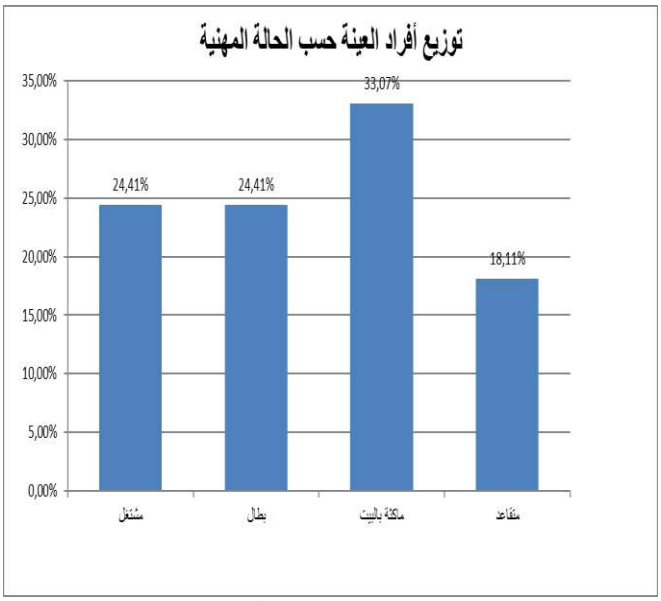


المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

6- الحالة المهنية:

جدول رقم (6-3): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية **شكل رقم (6-3):**

الحالة المهنية	التكرار	النسبة
مشتغل	31	24,41%
بطال	31	24,41%
ماكثة بالبيت	42	33,07%
متقاعد	23	18,11%
المجموع	127	100%



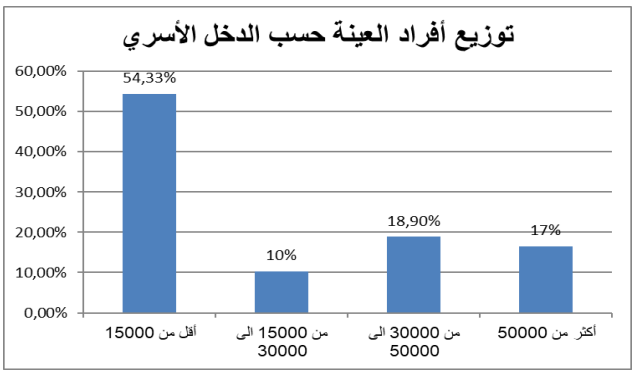
المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

الجدول والشكل يظهر توزيع نوع السكن في عينة الدراسة، حيث يشكل الأفراد الذين يقيمون في السكن الجماعي النسبة الأكبر بـــ 51.18%، والأفراد الذين يقيمون في السكن الفردي يشكلون 40.16%، بينما الأفراد الذين يقيمون في الشقق والبيوت القصديرية يشكلون النسب الأقل بـــ 7.87% و0.79% على التوالي.

7- الدخل الأسري :

جدول رقم (7-3): توزيع أفراد العينة حسب الدخل الاسري **شكل رقم (7-3)**

الدخل الأسري	التكرار	النسبة
أقل من 15000	69	54,33%
من 15000 الى 30000	13	10%
من 30000 الى 50000	24	18,90%
أكثر من 50000	21	17%
المجموع	127	100%



المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

الجدول يظهر توزيع الدخل الأسري في عينة الدراسة، حيث يشكل الأسر التي تتقاضى أقل من 15000 النسبة الأكبر بـــ 54.33%، والأسر التي تتقاضى بين 15000 و30000 تشكل 10%، بينما الأسر التي تتقاضى بين 30000 و50000 تشكل 18.90%، والأسر التي تتقاضى أكثر من 50000 تشكل 17% من العينة.

8- السن عند الاصابة :

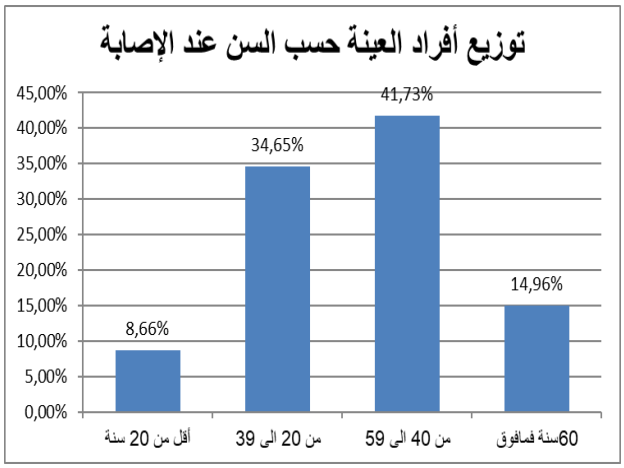
من خلال هذا العنصر نستطيع معرفة الأفراد عند تشخيصهم بالإصابة بمرض القصور الكلوي يوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (8-3): توزيع أفراد العينة حسب السن عند الاصابة

السن عند الإصابة	التكرار	النسبة
أقل من 20 سنة	11	8,66%
من 20 الى 39	44	34,65%
من 40 الى 59	53	41,73%
60سنة فما فوق	19	14,96%
المجموع	127	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

شكل رقم (8-3): توزيع أفراد العينة حسب السن عند الاصابة



المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

يبين الجدول والشكل أعلاه توزيع الأفراد الذين قاموا بالعلاج البروتيني في عينة الدراسة، حيث يشكل الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و59 سنة النسبة الأكبر بـــ 41.73%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و39 سنة يشكلون 34.65%، بينما الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة والذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يشكلون النسب الأقل بـــ 8.66% و14.96% على التوالي .

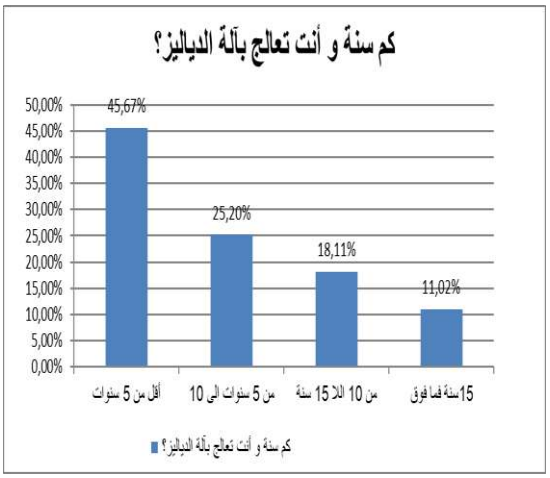
9-عدد سنوات العلاج بآلة الديباليز :

جدول رقم (9-3): توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات العلاج بآلة الديباليز

عدد سنوات المعالجة بآلة الديباليز	التكرار	النسبة
أقل من 5 سنوات	58	45,67%
من 5 سنوات الى 10	32	25,20%
من 10 الى 15 سنة	23	18,11%
15سنة فما فوق	14	11,02%
المجموع	127	11%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

شكل رقم (9-3):



المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

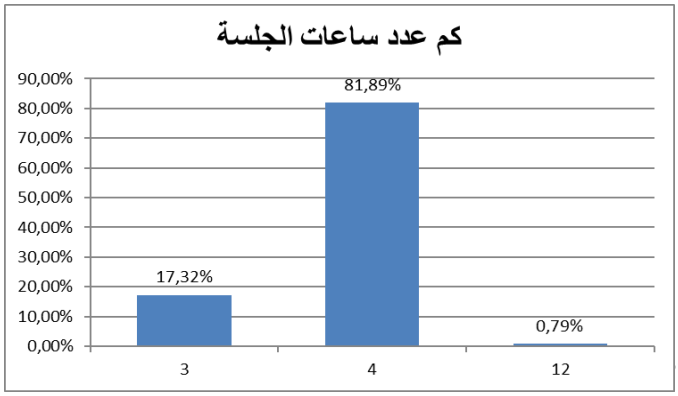
الجدول والشكل أعلاه يظهران توزيع مدة العلاج بآلة الديباليز في عينة الدراسة، حيث يشكل الأفراد الذين تتراوح مدة علاجهم بآلة الديباليز أقل من 5 سنوات النسبة الأكبر بـــ 45.67%، والأفراد الذين تتراوح مدة علاجهم بين 5 و10 سنوات يشكلون 25.20%، بينما الأفراد الذين تتراوح مدة علاجهم بين 10 و15 سنة يشكلون 18.11%، والأفراد الذين تزيد مدة علاجهم عن 15 سنة يشكلون 11.02% من العينة.

10-عدد ساعات الجلسة :

جدول رقم (10-3): توزيع أفراد العينة حسب عدد ساعات الجلسة

عدد ساعات الجلسة	التكرار	النسبة
3	22	17,32%
4	104	81,89%
12	1	0,79%

شكل (10-3)



المجموع	127	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

الجدول والشكل أعلاه يظهران توزيع عدد ساعات الجلسة العلاجية، حيث يشكل الأفراد الذين يقضون 4 ساعات في الجلسة النسبة الأكبر بـــ 81.89%، والأفراد الذين يقضون 3 ساعات في الجلسة يشكلون 17.32%، بينما الأفراد الذين يقضون 12 ساعة في الجلسة يشكلون النسبة الأقل بـــ 0.79%.

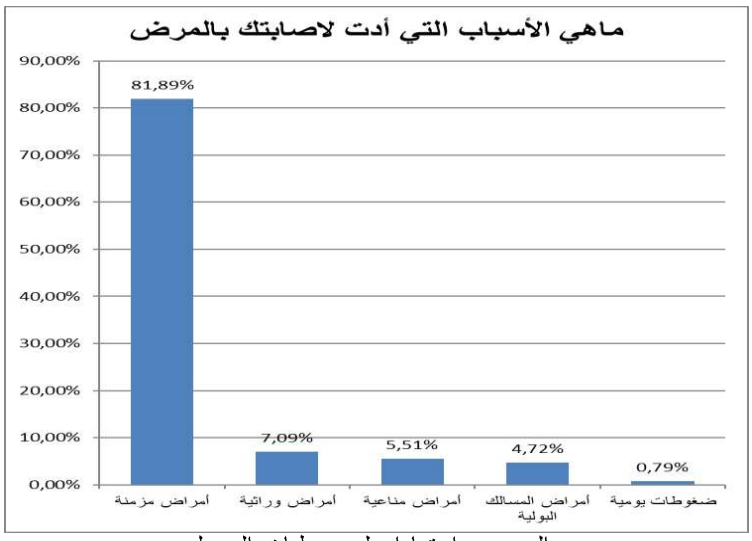
11-أسباب الإصابة بالمرض :

جدول رقم (11-3): توزيع أفراد العينة حسب أسباب الإصابة بالمرض

أسباب الإصابة بالمرض	التكرار	النسبة
أمراض مزمنة	104	81,89%
أمراض وراثية	9	7,09%
أمراض مناعية	7	5,51%
أمراض المسالك البولية	6	4,72%
ضغوطات يومية	1	0,79%
المجموع	127	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

شكل رقم (11-3): توزيع أفراد العينة حسب اسباب الاصابة بالمرض



المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

يظهر لنا الجدول والشكل أعلاه توزيع الأسباب التي أدت إلى الإصابة بالمرض، حيث يشكل الأفراد الذين أصيبوا بالمرض بسبب الأمراض المزمنة النسبة الأكبر بـــ 81.89%، والأفراد الذين

أصيبوا بالمرض بسبب الأمراض الوراثية يشكلون 7.09%، بينما الأفراد الذين أصيبوا بالمرض بسبب الأمراض المناعية يشكلون 5.51%، والأفراد الذين أصيبوا بالمرض بسبب أمراض المسالك البولية يشكلون 4.72%، والأفراد الذين أصيبوا بالمرض بسبب الضغوطات اليومية يشكلون النسبة الأقل بـــ 0.79 .%

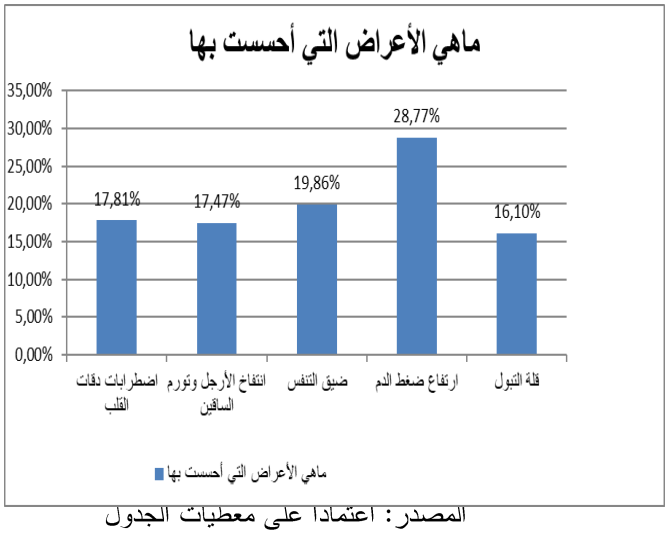
12- أعراض الإصابة بالمرض :

جدول رقم (12-3): توزيع أفراد العينة حسب أعراض الإصابة بالمرض

ماهي الأعراض التي أحسست بها	التكرار	النسبة
اضطرابات دقات القلب	52	17,81%
انتفاخ الأرجل وتورم الساقين	51	17,47%
ضيق التنفس	58	19,86%
ارتفاع ضغط الدم	84	28,77%
قلة التبول	47	16,10%
المجموع	292	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

شكل رقم (12-3): توزيع أفراد العينة حسب أعراض الإصابة بالمرض



المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

13- مضاعفات المرض :

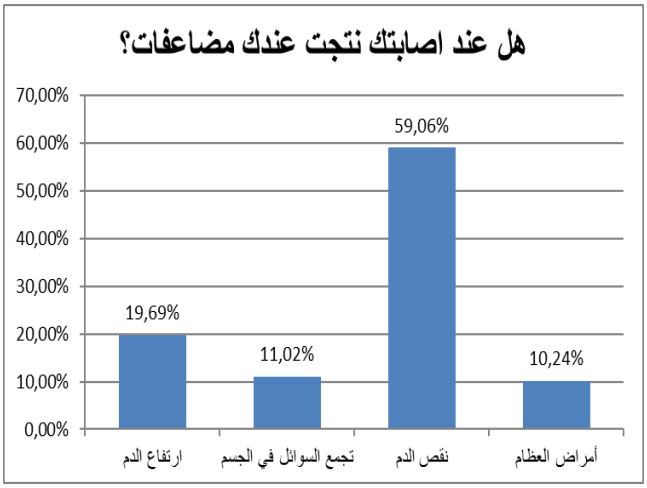
يظهر لنا الجدول أعلاه توزيع المصابين حسب الأعراض التي أصابتهم، حيث يشكل نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم النسبة الأكبر بـــ 28.77%، أما الذين صرحوا بضيق التنفس فيشكلون 19.86%، بينما الذين أصيبوا باضطرابات دقات القلب وانتفاخ الأرجل وتورم الساقين وقلة التبول فيشكلون النسب الأقل بـــ 17.81% و17.47% و16.10% على التوالي .

جدول رقم (13-3): توزيع أفراد العينة حسب مضاعفات المرض

المضاعفات	التكرار	النسبة
ارتفاع الدم	25	19,69%
تجمع السوائل في الجسم	14	11,02%
نقص الدم	75	59,06%
أمراض العظام	13	10,24%
المجموع	127	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

شكل رقم (13-3): توزيع أفراد العينة حسب مضاعفات المريض



المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

يظهر الجدول والشكل أعلاه توزيع المبحوثين حسب المضاعفات التي نتجت عن المرض، حيث يشكل الأفراد الذين عانوا من نقص الدم النسبة الأكبر بـــ 59.06%، والأفراد الذين عانوا من ارتفاع الدم يشكلون 19.69%، بينما الأفراد الذين عانوا من تجمع السوائل في الجسم وأمراض العظام يشكلون النسب الأقل بـــ 11.02% و10.24% على التوالي.

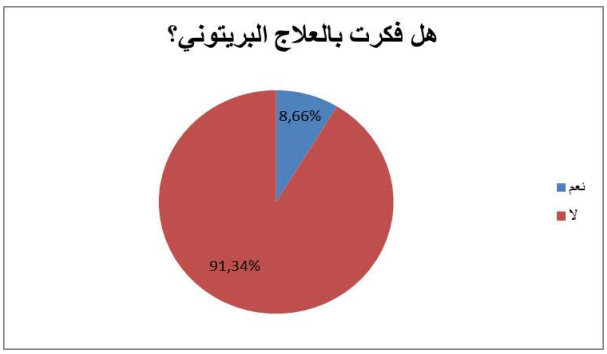
14- التفكير بالعلاج البروتيني :

جدول رقم (14-3): توزيع أفراد العينة حسب التفكير بالعلاج البروتيني

التفكير بالعلاج البروتيني	التكرار	النسبة
نعم	11	8,66%
لا	116	91,34%
المجموع	127	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

شكل رقم (14-3): توزيع أفراد العينة حسب التفكير بالعلاج البروتيني



المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

من الجدول و الرسم البياني أعلا نلاحظ أن الأفراد الذين فكروا في العلاج البروتيني يمثلون 8.66% من مجموع العينة، والأفراد الذين لم يفكروا في العلاج البروتيني يشكلون النسبة الأكبر بـــ 91.34%.

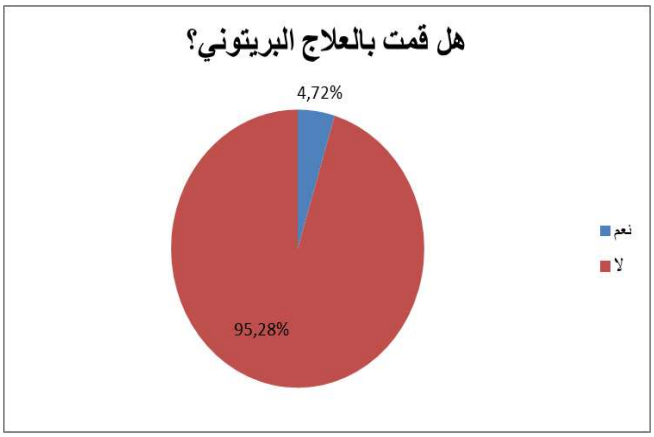
15- القيام بالعلاج البروتيني :

جدول رقم (15-3): توزيع أفراد العينة حسب حسب القيام بالعلاج البروتيني

القيام بالعلاج البروتيني	التكرار	النسبة
نعم	6	4,72%
لا	121	95,28%
المجموع	127	100%

المصدر: من اعداد الطالبة بناءا على معطيات الاستمارة

شكل رقم (15-3): توزيع أفراد العينة حسب القيام بالعلاج البروتيني



المصدر: اعتمادا على معطيات الجدول

يظهر لنا الجدول والرسم البياني أعلاه أن الأفراد الذين قاموا بالعلاج البروتيني يمثلون 4.72% من مجموع العينة، والأفراد الذين لم يقموا بالعلاج البروتيني يشكلون النسبة الأكبر بـــ 95.28%.

اختبار ومناقشة فرضيات الدراسة:

1-مناقشة الفرضية الأولى:

ىوجد اختلاف في أسباب، أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب السن.

لمعالجة هذه الفرضية قمنا بتقسيمها إلى ثلاث فرضيات جزئية.

الفرضية الجزئية الأولى: يوجد اختلاف في أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب السن

جدول رقم (16-3): توزيع أفراد العينة حسب سبب الإصابة بالمرض والعمر

السن * أسباب الإصابة							
Effectif							
		أسباب الإصابة					
		أمراض مزمنة	أمراض وراثية	أمراض مناعية	أمراض المسالك البولية	ضغوطات يومية	المجموع
السن	أقل من 25 سنة	8	1	0	0	0	9
	%	6,30%	0,79%	0,00%	0,00%	0,00%	7,09%
	من 25 الى 40 سنة	18	3	4	3	0	28
	%	14,17%	2,36%	3,15%	2,36%	0,00%	22,05%
	من 41 سنة الى 60	47	4	2	3	1	57
	%	37,01%	3,15%	1,57%	2,36%	0,79%	44,88%
	أكثر من 60 سنة	31	1	1	0	0	33
	%	24,41%	0,79%	0,79%	0,00%	0,00%	25,98%
المجموع		104	9	7	6	1	127

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه، يمكننا ملاحظة أن الأمراض المزمنة هي الأكثر شيوعا بين جميع الفئات العمرية،

حيث تشكل 81.9% من الحالات. الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 37.01%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 24.41%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 14.17%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 6.3.%

بالنسبة للأمراض الوراثية، فإنها تشكل 7.1% من الحالات، والأكثر شيوعا بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة بنسبة 3.15%، وبين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة بنسبة 2.36%، وأقل شيوعا بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة والذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة بنسبة 0.79% لكل منهما.

الأمراض المناعية تشكل 5.5% من الحالات، وهي أكثر شيوعا بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة بنسبة 3.15%، وأقل شيوعا بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة والذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة حيث لا توجد حالات مسجلة.

أمراض المسالك البولية تشكل 4.7% من الحالات، وهي أكثر شيوعا بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة بنسبة 2.36%، وأقل شيوعا بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة والذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة حيث لا توجد حالات مسجلة.

أخيرا، الضغوطات اليومية تشكل 0.8% من الحالات، وهي موجودة فقط بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة بنسبة 0.79%.

واستكمالا للصورة ارتأينا تأكيد النتائج المشار إليها باستخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (أسباب المرض) والمتغير المستقل ممثلا في السن.

وفق الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي و السن.

H1: يوجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي و السن.

والجدول التالي يوضح نتائج اختبار كاي مربع.

اختبار كاي مربع للاستقلالية				
أسباب الإصابة بالمرض	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
	,316	0.05	12	13,757[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه ان قيمة مستوى الدلالة SIG=0. 316 أكبر من مستوى المعنوية α و منه نقبل الفرضية الصفرية أي أنه لا توجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي والسن.

الفرضية الجزئية الثانية: يوجد اختلاف في أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب السن

جدول رقم (17-3): توزيع أفراد العينة حسب أعراض الإصابة بالمرض حسب السن

		اضطرابات في دقات القلب		المجموع
		نعم	لا	
السن	أقل من 25 سنة	6	3	9
	%	4,72%	2,36%	7,09%
	من 25 الى 40 سنة	9	19	28
	%	7,09%	14,96%	22,05%
	من 41 سنة الى 60	22	35	57
	%	17,32%	27,56%	44,88%
	أكثر من 60 سنة	15	18	33
	%	11,81%	14,17%	25,98%
المجموع		52	75	127

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن 40.9% من أفراد العينة يعانون من اضطرابات في دقات القلب. الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 17.32%،

بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 11.81%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 7.09%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 4.72%.

بالنسبة للأفراد الذين لا يعانون من اضطرابات في دقات القلب، فإن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر بـــ 27.56%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 14.17%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 14.96%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 2.36%.

		انتفاخ الأرجل وتورم الساقين		المجموع
		نعم	لا	
السن	أقل من 25 سنة	5	4	9
	%	3,94%	3,15%	7,09%
	من 25 الى 40 سنة	8	20	28
	%	6,30%	15,75%	22,05%
	من 41 سنة الى 60	23	34	57
	%	18,11%	26,77%	44,88%
	أكثر من 60 سنة	15	18	33
	%	11,81%	14,17%	25,98%
المجموع		51	76	127

يمكننا ملاحظة من الجدول أعلاه % من أفراد العينة يعانون من انتفاخ الأرجل وتورم الساقين. الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 18.11%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 11.81%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 6.3%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 3.94%.

بالنسبة للأفراد الذين لا يعانون من انتفاخ الأرجل وتورم الساقين، فإن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر بـــ 26.77%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 14.17%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 15.75%، وأخيرا

الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 3.15%.

		ضيق التنفس		المجموع
		نعم	لا	
السن	أقل من 25 سنة	3	6	9
	%	2,36%	4,72%	7,09%
	من 25 الى 40 سنة	8	20	28
	%	6,30%	15,75%	22,05%
	من 41 سنة الى 60	34	23	57
	%	26,77%	18,11%	44,88%
	أكثر من 60 سنة	13	20	33
	%	10,24%	15,75%	25,98%
المجموع		58	69	127

من الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن 45.7% من أفراد العينة يعانون من ضيق التنفس. الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 26.77%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 10.24%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 6.3%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 2.36.%

بالنسبة للأفراد الذين لا يعانون من ضيق التنفس، فإن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر بـــ 18.11%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 15.75%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 15.75%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 4.72%.

		ارتفاع ضغط الدم		المجموع
		نعم	لا	
السن	أقل من 25 سنة	6	3	9
	%	4,72%	2,36%	7,09%
	من 25 الى 40 سنة	19	9	28
	%	14,96%	7,09%	22,05%
	من 41 سنة الى 60	37	20	57

	%	29,13%	15,75%	44,88%
	أكثر من 60 سنة	22	11	33
	%	17,32%	8,66%	25,98%
المجموع		84	43	127

من الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن 66.1% من أفراد العينة يعانون من ارتفاع ضغط الدم. الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 29.13%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 17.32%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 14.96%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 4.72%.

بالنسبة للأفراد الذين لا يعانون من ارتفاع ضغط الدم، فإن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر بـــ 15.75%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 8.66%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 7.09%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 2.36%.

		قلة التبول		المجموع
		نعم	لا	
السن	أقل من 25 سنة	3	6	9
	%	2,36%	4,72%	7,09%
	من 25 الى 40 سنة	15	13	28
	%	11,81%	10,24%	22,05%
	من 41 سنة الى 60	19	38	57
	%	14,96%	29,92%	44,88%
	أكثر من 60 سنة	10	23	33
	%	7,87%	18,11%	25,98%
المجموع		47	80	127

من الجدول أعلاه نلاحظ أن 37% من أفراد العينة يعانون من قلة التبول. الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 14.96%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 7.87%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 11.81%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 2.36.%

بالنسبة للأفراد الذين لا يعانون من قلة التبول، فإن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر بـــ 29.92%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 18.11%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 10.24%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 4.72%.

و لتأكيد النتائج المشار إليها ارتأينا استخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (أعراض الإصابة بالمرض) والمتغير المستقل ممثلا في السن.

واعتمدنا على الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي و السن.

H1: يوجد علاقة بين أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي و السن.

ونتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية موضحة في الجدول التالي:

أعراض الإصابة بالمرض	اختبار كاي مربع للاستقلالية			
	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
اضطرابات في دقات القلب	,288	0.05	3	3,767[a]
انتفاخ الارجل وتورم الساقين	,417	0.05	3	2,838[a]
ضيق التنفس	,031	0.05	3	8,864[a]
ارتفاع ضغط الدم	,994	0.05	3	,080[a]

قلة التبول	,230	0.05	3	4,314[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه أن أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي ممثلة في اضطرابات في دقات القلب، انتفاخ الأرجل وتورم الساقين، ارتفاع ضغط الدم وقلة التبول، والتي كانت مستوى دلالات الاختبار هي 0.288، 0.417، 0.994 و0.230 على التوالي وهي أكبر من مستوى المعنوية α . هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي السابقة الذكر وبين سن المبحوث.

أما فيما يخص عرض ضيق التنفس، وبما أن مستوى دلالة اختباره sig=0.031 وهي أصغر من مستوى المعنوية α= 0.05 ومنه نستنتج أنه توجد علاقة ارتباطية بين أعراض مرض القصور الكلوي ممثلة في ضيق التنفس وبين عمر المبحوث.

الفرضية الجزئية الثالثة: يوجد اختلاف في مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب السن

جدول رقم (18-3): توزيع أفراد العينة حسب مضاعفات الإصابة بالمرض حسب السن

		المضاعفات				المجموع
		ارتفاع ضغط الدم	تجمع السوائل في الجسم	نقص الدم	أمراض العظام	
السن	أقل من 25 سنة	0	2	6	1	9
	%	0,00%	1,57%	4,72%	0,79%	7,09%
	من 25 الى 40 سنة	9	5	13	1	28
	%	7,09%	3,94%	10,24%	0,79%	22,05%
	من 41 سنة الى 60	9	5	35	8	57
	%	7,09%	3,94%	27,56%	6,30%	44,88%
	أكثر من 60 سنة	7	2	21	3	33

		5,51%	1,57%	16,54%	2,36%	25,98%
المجموع		25	14	75	13	127

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه يمكن أن نلاحظ أن نقص الدم هو الأكثر شيوعا بين جميع الفئات العمرية، حيث يشكل 59% من الحالات. الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 27.56%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 16.54%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 10.24%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة يمثلون 4.72.%

بالنسبة لارتفاع ضغط الدم، فإن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 41 و60 سنة يمثلون النسبة الأكبر بـــ 7.09%، بينما الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة يمثلون 5.51%، والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و40 سنة يمثلون 7.09%، وأخيرا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة لا يعانون من ارتفاع ضغط الدم.

ولتأكيد النتائج المشار إليها ارتأينا استخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (مضاعفات الإصابة بالمرض) والمتغير المستقل ممثلا في السن.

واعتمدنا على الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي و السن.

H1: يوجد علاقة بين مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي و السن.

ونتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية موضحة في الجدول التالي:

اختبار كاي مربع للاستقلالية				
مضاعفات	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة	كا^2 المحسوبة

الإصابة بالمرض			الحرية	
	,293	0.05	9	10,750[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه ان قيمة مستوى دلالة الاختبار sig=0.293 وهي أكبر من مستوى المعنوية α=0.05 و منه نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة أي أنه لا توجد علاقة بين مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي والسن.

*من خلال ما سبق نستنتج أنه **لا يوجد اختلاف في أسباب، أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب عمر المبحوث. نستثني من هذه النتيجة فقط عرض ضيق التنفس. أين أثبتنا أنه يوجد اختلاف في أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب سن المبحوث**

2-مناقشة الفرضية الثانية :

- يوجد اختلاف في أسباب، أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الجنس

لمعالجة هذه الفرضية قمنا بتقسيمها إلى ثلاث فرضيات جزئية.

الفرضية الجزئية الأولى: يوجد اختلاف في أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الجنس

جدول رقم (19-3): توزيع افرد العينة في اسباب الإصابة حسب الجنس

الجنس * أسباب الإصابة					
			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
أسباب الإصابة	أمراض مزمنة	التكرار	53	51	104
		%	41,70%	40,20%	81,90%
	أمراض وراثية	التكرار	5	4	9

			%		7,10%	3,10%	3,90%
		أمراض مناعية	التكرار	7	1	6
			%	5,50%	0,80%	4,70%
		أمراض المسالك البولية	التكرار	6	1	5
			%	4,70%	0,80%	3,90%
		ضغوطات يومية	التكرار	1	0	1
			%	0,80%	0,00%	0,80%
المجموع			التكرار	127	57	70
			%	100,00%	44,90%	55,10%

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه، يمكننا ملاحظة أن الأمراض المزمنة هي السبب الرئيسي للإصابة بين الجنسين، حيث تشكل 81.9% من الحالات حيث لدى الذكور تمثل نسبة 41.7% من الحالات بينما لدى الاناث تمثل 40.2%. الأمراض الوراثية والأمراض المناعية وأمراض المسالك البولية تشكل نسبة أقل بكثير من الحالات مقارنة بالأمراض المزمنة حيث تتراوح نسبها بين 4.7% و 7.1%، أما الضغوطات اليومية تشكل النسبة الأقل بـــ 0.8%. بشكل عام، الذكور يمثلون 55.1% من الحالات بينما الاناث يمثلون 44.9%. هذه النتائج قد تشير إلى أن الأمراض المزمنة هي السبب الأكثر شيوعاً للإصابة وأن الرجال قد يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة مقارنة بالنساء.

واستكمالا للصورة ارتأينا تأكيد النتائج المشار إليها باستخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (أسباب المرض) والمتغير المستقل ممثلا في الجنس.

وفق الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي و الجنس.

H1: يوجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي و الجنس.

والجدول التالي يوضح نتائج اختبار كاي مربع.

اختبار كاي مربع للاستقلالية				
أسباب الإصابة بالمرض	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
	0,19	0.05	12	6,121[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه ان قيمة مستوى الدلالة SIG=0,19 أكبر من مستوى المعنوية α و منه نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة أي أنه لا توجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي والجنس.

الفرضية الجزئية الثانية: يوجد اختلاف في أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الجنس

جدول رقم (20-3): توزيع افراد العينة في أعراض الإصابة بالمرض حسب الجنس

اضطرابات في دقات القلب * الجنس					
			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
اضطرابات في دقات القلب	نعم	التكرار	25	27	52
		%	19,70%	21,30%	40,90%
	لا	التكرار	45	30	75
		%	35,40%	23,60%	59,10%
المجموع		التكرار	70	57	127
		%	55,10%	44,90%	100,00%

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن 40.9% من أفراد العينة يعانون من اضطرابات في دقات القلب، يمثل الذكور 19.7% منهم بينما الاناث يمثلن 21.3%. بشكل عام، يمثل الذكور 55.1% بينما الاناث 44.9%.

وتورم الساقين * الجنس انتفاخ الأرجل

			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
انتفاخ الأرجل وتورم الساقين	نعم	التكرار	30	21	51
		%	23,60%	16,50%	40,20%
	لا	التكرار	40	36	76
		%	31,50%	28,30%	59,80%
المجموع		التكرار	70	57	127
		%	55,10%	44,90%	100,00%

من الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن 40.2% من أفراد العينة يعانون من انتفاخ الأرجل وتورم الساقين. الذكور يمثلون منهم 23.6% منهم بينما الاناث يمثلن 16.5%. بشكل عام، يمثل الذكور 55.1% من الحالات المدروسة بينما الاناث 44.9%.

الجنس * ضيق التنفس					
			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
ضيق التنفس	نعم	التكرار	37	21	58
		%	29,10%	16,50%	45,70%
	لا	التكرار	33	36	69
		%	26,00%	28,30%	54,30%
المجموع		التكرار	70	57	127
		%	55,10%	44,90%	100,00%

من الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن 45.7% من أفراد العينة يعانون من ضيق التنفس. يمثل الذكور منهم 29.1% بينما تمثل الاناث 16.5%. بشكل عام، يمثل الذكور 55.1% من أفراد العينة بينما يمثل الاناث 44.9%.

الدم * الجنس ارتفاع ضغط					
			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
ارتفاع ضغط	نعم	التكرار	39	45	84

الدم		%	30,70%	35,40%	66,10%
	لا	التكرار	31	12	43
		%	24,40%	9,40%	33,90%
المجموع		التكرار	70	57	127
		%	55,10%	44,90%	100,00%

من الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن 66.1% من أفراد العينة يعانون من ارتفاع ضغط الدم. حيث يمثل الذكور 30.7% مهم بينما تمثل الاناث 35.4%. أما بشكل عام، فنسبة الذكور هي 55.1% من مجموع أفراد العينة أما الاناث 44.9%.

الجنس *قلة التبول					
			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
قلة التبول	نعم	التكرار	32	15	47
		%	25,20%	11,80%	37,00%
	لا	التكرار	38	42	80
		%	29,90%	33,10%	63,00%
المجموع		التكرار	70	57	127
		%	55,10%	44,90%	100,00%

يمكننا ملاحظة أن 37% من أفراد العينة يعانون من قلة التبول. حيث يمثل الذكور 25.2% منهم بينما تمثل الاناث 11.8%.

و لتأكيد النتائج المشار إليها ارتأينا استخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (أعراض الإصابة بالمرض) والمتغير المستقل ممثلا في الجنس.

واعتمدنا على الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي و الجنس.

H1: يوجد علاقة بين أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي و الجنس.

ونتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية موضحة في الجدول التالي:

أعراض الإصابة بالمرض	اختبار كاي مربع للاستقلالية			
	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
اضطرابات في دقات القلب	0,184	0.05	1	1,765[a]
انتفاخ الارجل وتورم الساقين	0,492	0.05	1	0,473[a]
ضيق التنفس	0,072	0.05	1	3,248[a]
ارتفاع ضغط الدم	0,006	0.05	1	7,573[a]
قلة التبول	0,024	0.05	1	5,071[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه أن أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي ممثلة في اضطرابات في دقات القلب، انتفاخ الأرجل وتورم الساقين، ارتفاع ضغط الدم وقلة التبول، والتي كانت مستوى دلالات الاختبار هي 0,184، 0,492، 0,072 على التوالي وهي أكبر من مستوى المعنوية α ، مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي المتمثلة في اضطرابات في دقات القلب، انتفاخ الارجل وتورم الساقين، ضيق التنفس وبين جنس المبحوث.

أما فيما يخص عرض ارتفاع ضغط الدم، قلة التبول وبما أن مستوى دلالة اختبارهما 0,006، 0,024 على التوالي وهي أصغر من مستوى المعنوية 0.05 =α ومنه نستنتج أنه توجد علاقة ارتباطية بين أعراض مرض القصور الكلوي ممثلة في ارتفاع ضغط الدم، قلة التبول وبين عمر المبحوث.

الفرضية الجزئية الثالثة: يوجد اختلاف في مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الجنس

جدول رقم (21-3): توزيع أفراد العينة حسب مضاعفات الإصابة حسب الجنس

		المضاعفات				المجموع
		ارتفاع ضغط الدم	تجمع السوائل في الجسم	نقص الدم	أمراض العظام	
الجنس	ذكر	17	10	34	9	70
	%	13,39%	7,87%	26,77%	7,09%	55,12%
	أنثى	8	4	41	4	57
	%	6,30%	3,15%	32,28%	3,15%	44,88%
المجموع		25	14	75	13	127

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

من الجدول فوق نلاحظ أن نقص الدم هو الأكثر شيوعا بين جميع الجنسين، حيث يشكل 59% من الحالات. الرجال يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 26.77%، بينما النساء يمثلون 32.28%.

بالنسبة لارتفاع ضغط الدم، فإن الرجال يمثلون النسبة الأكبر بـــ 13.39%، بينما النساء يمثلون 6.3%.

بالنسبة لتجمع السوائل في الجسم، فإن الرجال يمثلون النسبة الأكبر بـــ 7.87%، بينما النساء يمثلون 3.15%.

أما بالنسبة لأمراض العظام، فإن الرجال يمثلون النسبة الأكبر بـــ 7.09%، بينما النساء يمثلون 3.15%.

ولتأكيد النتائج المشار إليها ارتأينا استخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (مضاعفات الإصابة بالمرض) والمتغير المستقل ممثلا في الجنس.

واعتمدنا على الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي و الجنس.

H1: يوجد علاقة بين مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي و الجنس.

ونتائج اختبار كاي مربع للاستقلالية موضحة في الجدول التالي:

اختبار كاي مربع للاستقلالية				
	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
مضاعفات الإصابة بالمرض	0,068	0.05	3	7,132[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه ان قيمة مستوى دلالة الاختبار sig=0.068 وهي أكبر من مستوى المعنوية α=0.05 و منه نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة أي أنه لا توجد علاقة بين مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي والجنس.

*من خلال ما سبق نستنتج أنه **لا يوجد اختلاف في أسباب، أعراض ومضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب جنس المبحوث. نستثني من هذه النتيجة فقط عرضي ارتفاع ضغط الدم، قلة التبول. أين أثبتنا أنه يوجد اختلاف في أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب جنس المبحوث**

3-مناقشة الفرضية الثالثة :

يوجد اختلاف في أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الحالة الزواجية

جدول رقم (22-3): توزيع أفراد العينة في أسباب الإصابة بالمرض حسب الحالة الزواجية

الحالة الزواجية * أسباب الإصابة							
			الحالة الزواجية				المجموع
			أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	
أسباب الإصابة	أمراض مزمنة	التكرار	25	69	2	8	104
		%	19,70%	54,30%	1,60%	6,30%	81,90%
	أمراض وراثية	التكرار	4	5	0	0	9
		%	3,10%	3,90%	0,00%	0,00%	7,10%

	أمراض مناعية	التكرار	3	4	0	0	7
		%	2,40%	3,10%	0,00%	0,00%	5,50%
	أمراض المسالك البولية	التكرار	2	4	0	0	6
		%	1,60%	3,10%	0,00%	0,00%	4,70%
	ضغوطات يومية	التكرار	0	1	0	0	1
		%	0,00%	0,80%	0,00%	0,00%	0,80%
المجموع		التكرار	34	83	2	8	127
		%	26,80%	65,40%	1,60%	6,30%	100,00%

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن 81.9% من أفراد العينة سبب اصابتهم هي الأمراض المزمنة. يمثل العزاب منهم 19.7% بينما المتزوجين يمثلون 54.3%، والمطلقين 1.6%، والأرامل 6.3%. أما بالنسبة للذين اصيبوا بالمرض بسبب الأمراض الوراثية فيمثلون 7,1% مقسومين بين المتزوجين والعزاب حيث يمثلون على الترتيب 3,9% و 3,1% اما من اصيبوا بسبب الأمراض المناعية فيمثلون 5,5% فقط منهم 3,1% متزوجون و2,4% عزاب، من مرضوا بسبب أمراض المسالك البولية يمثل منهم العزاب 1,6% أما المتزوجين 3,1% أما من يعاني من الضغوطات اليومية فهو فرد واحد وهو متزوج.

واستكمالا للصورة ارتأينا تأكيد النتائج المشار إليها باستخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (أسباب المرض) والمتغير المستقل ممثلا في الحالة الزواجية.

وفق الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي و الحالة الزواجية.

H1: يوجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي و الحالة الزواجية.

والجدول التالي يوضح نتائج اختبار كاي مربع.

اختبار كاي مربع للاستقلالية

	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
أسباب الإصابة بالمرض	0,958	0.05	12	4,998[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه ان قيمة مستوى الدلالة SIG=0,958 أكبر من مستوى المعنوية α و منه نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة أي أنه لا توجد علاقة بين أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي والحالة الزواجية.

من خلال ما سبق نستنتج أنه **لا يوجد اختلاف في أسباب، أعراض و نوع المرض حسب الحالة الزواجية.**

4-مناقشة الفرضية الرابعة :

هل يؤثر المستوى التعليمي على الدراية بمرض القصور الكلوي

الفرضية الجزئية الأولى: يوجد اختلاف في السماع بالمرض حسب المستوى التعليمي

لتأكيد النتائج المشار إليها ارتأينا استخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (السماع بالمرض) والمتغير المستقل ممثلا في المستوى التعليمي.

واعتمدنا على الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين السماع بالمرض و المستوى التعليمي.

H1: يوجد علاقة بين السماع بالمرض و المستوى التعليمي.

ونتائج اختبار مربع للاستقلالية موضحة في الجدول التالي:

اختبار كاي مربع للاستقلالية

	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
السماع بالمرض	, 069	0.05	9	8,707[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه ان قيمة مستوى دلالة الاختبار sig=0.069 وهي أكبر من مستوى المعنوية α=0.05 و منه نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة أي أنه لا توجد علاقة بين السماع بالمرض حسب المستوى التعليمي.

*من خلال ما سبق نستنتج أنه لا يوجد اختلاف دراية العلاج البروتيني، السماع بالمرض والمستوى التعليمي.

الفرضية الجزئية الثانية: يوجد اختلاف في دراية العلاج البروتيني حسب المستوى التعليمي

جدول رقم (23-3): توزيع افراد العينة في الدراية بالعلاج حسب المستوى التعليمي

دراية_العلاج_البروتيني * المستوى_تعليمي							
التكرار							
		المستوى_تعليمي					المجموع
		بدون مستوى	إبتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	
دراية_العلاج_البروتيني	نعم	26	28	6	5	9	74
	%	20,47%	22,05%	4,72%	3,94%	7,09%	58,27%
	لا	18	15	12	3	5	53
	%	14,17%	11,81%	9,45%	2,36%	3,94%	41,73%
المجموع		44	43	18	8	14	127

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

من الجدول أعلاه نلاحظ أن 58.27% من أفراد العينة لديهم دراية بالعلاج البريتوني. الأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي ابتدائي يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 22.05%، بينما الأفراد الذين ليس لديهم مستوى تعليمي يمثلون 20.47%، والأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي جامعي يمثلون 7.09%، والأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي ثانوي يمثلون 3.94%، وأخيرا الأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي

متوسط يمثلون 4.72.%

بالنسبة للأفراد الذين ليس لديهم دراية بالعلاج البروتيني، فإن الأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي ابتدائي يمثلون النسبة الأكبر بـــ 11.81%، بينما الأفراد الذين ليس لديهم مستوى تعليمي يمثلون 14.17%، والأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي جامعي يمثلون 3.94%، والأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي ثانوي يمثلون 2.36%، وأخيرا الأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي متوسط يمثلون 9.45%.

واستكمالا للصورة ارتأينا تأكيد النتائج المشار إليها باستخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغير التابع (دراية العلاج البروتيني) والمتغير المستقل ممثلا في المستوى التعليمي.

وفق الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين دراية العلاج البروتيني و المستوى التعليمي.

H1: يوجد علاقة بين دراية العلاج البروتيني و المستوى التعليمي.

والجدول التالي يوضح نتائج اختبار كاي مربع.

اختبار كاي مربع للاستقلالية				
دراية العلاج البروتيني	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
	,222	0.05	4	5,711[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه ان قيمة مستوى الدلالة SIG=0. 222 أكبر من مستوى المعنوية α و منه نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة أي أنه لا توجد علاقة بين الدراية بالعلاج البروتيني والمستوى التعليمي.

5-مناقشة الفرضية الخامسة :

هل توجد علاقة بين المستوى الاقتصادي للأسرة وعلاج مرض القصور الكلوي

جدول رقم (24-3): توزيع أفراد العينة في التفكير بالعلاج البريتوني حسب المستوى التعليمي.

القيام_العلاج_البروتيني * الدخل الأسري						
التكرار						
		الدخل_الأسري				المجموع
		أقل من 15000	من 15000 الى 30000	من 30000 الى 50000	أكثر من 50000	
القيام_العلاج_البروتيني	نعم	3	1	0	2	6
	%	2,36%	0,79%	0,00%	1,57%	4,72%
	لا	66	12	24	19	121
	%	51,97%	9,45%	18,90%	14,96%	95,28%
المجموع		69	13	24	21	127

المصدر: من إعدادا الطالبة بناء على بيانات الاستمارة

يمكننا أن نلاحظ أن أن 4.72% من أفراد العينة يقومون بالعلاج البروتيني. الأفراد الذين يكسبون أقل من 15000 يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 2.36%، بينما الأفراد الذين يكسبون أكثر من 50000 يمثلون 1.57%، والأفراد الذين يكسبون من 15000 إلى 30000 يمثلون 0.79%. لا يوجد أفراد يقومون بالعلاج البروتيني بين الذين يكسبون من 30000 إلى 50000.

بالنسبة للأفراد الذين لا يقومون بالعلاج البروتيني، فإن الأفراد الذين يكسبون أقل من 15000 يمثلون النسبة الأكبر بـــ 51.97%، بينما الأفراد الذين يكسبون من 30000 إلى 50000 يمثلون 18.9%، والأفراد الذين يكسبون أكثر من 50000 يمثلون 14.96%، وأخيرا الأفراد الذين يكسبون من 15000 إلى 30000 يمثلون 9.45%.

التفكير_العلاج_البروتيني * الدخل الأسري						
التكرار						
		الدخل الأسري				المجموع
		أقل من 15000	من 15000 الى 30000	من 30000 الى 50000	أكثر من 50000	
التفكير_العلاج_البروتيني	نعم	6	2	1	2	11
	%	4,72%	1,57%	0,79%	1,57%	8,66%
	لا	63	11	23	19	115
	%	49,61%	8,66%	18,11%	14,96%	90,55%
المجموع		69	13	24	21	127

من الجدول أعلاه نلاحظ أن 8.66% من أفراد العينة يفكرون في العلاج البروتيني. الأفراد الذين

يكسبون أقل من 15000 يمثلون النسبة الأكبر من الحالات بـــ 4.72%، بينما الأفراد الذين يكسبون أكثر من 50000 يمثلون 1.57%، والأفراد الذين يكسبون من 15000 إلى 30000 يمثلون 1.57%، وأخيرا الأفراد الذين يكسبون من 30000 إلى 50000 يمثلون 0.79.%

بالنسبة للأفراد الذين لا يفكرون في العلاج البروتيني، فإن الأفراد الذين يكسبون أقل من 15000 يمثلون النسبة الأكبر بـــ 49.61%، بينما الأفراد الذين يكسبون من 30000 إلى 50000 يمثلون 18.11%، والأفراد الذين يكسبون أكثر من 50000 يمثلون 14.96%، وأخيرا الأفراد الذين يكسبون من 15000 إلى 30000 يمثلون 8.66%.

واستكمالا للصورة ارتأينا تأكيد النتائج المشار إليها باستخدام اختبار الاستقلالية كاي مربع بين المتغيرين التابعين (القيام بالعلاج البروتيني والتفكير بالعلاج البروتيني) والمتغير المستقل ممثلا في الدخل الأسري.

وفق الفرضيات الإحصائية التالية:

H0: لا يوجد علاقة بين القيام بالعلاج البروتيني والتفكير والقيام بالعلاج البروتيني و الدخل الأسري.

H1: يوجد علاقة بين القيام بالعلاج البروتيني والتفكير والقيام بالعلاج البروتيني و الدخل الأسري.

والجدول التالي يوضح نتائج اختبار كاي مربع.

العلاج البروتيني	اختبار كاي مربع للاستقلالية			
	الدلالة الإحصائية	مستوى المعنوية α	درجة الحرية	كا^2 المحسوبة
التفكير في العلاج البروتيني	,898	0.05	6	2,225[a]
القيام بالعلاج البروتيني	,468	0.05	3	2,541[a]

تبين النتائج الواردة أعلاه أن القيام والتفكير بالعلاج البروتيني والتي كانت مستوى دلالات الاختبار هي 0.468، 0.898 على التوالي وهي أكبر من مستوى المعنوية α . هذا يعني عدم وجود علاقة

ارتباطية بينها و بين الدخل الأسري.

*من خلال ما سبق نستنتج أنه **لا يوجد اختلاف في التفكير والقيام بالعلاج البروتيني والدخل الأسري.**

6- نتائج الدراسة :

من خلال دراستنا الميدانية التي قمنا بها على عينة من المرضى المصابين بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بمدينة ورقلة

الفرضية الأولى : يوجد اختلاف في أسباب، أعراض، مضاعفات الاصابة بمرض القصور الكلوي حسب السن .

تم مناقشة هده الفرضية بإختبار كاف تربيع بين متغير (أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي والسن)(أعراض المرض والسن)(مضاعفات المرض والسن)، تم رفض هده الفرضية وبتالي نقول أنه يوجد إختلاف في أسباب، أعراض، مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب السن، حيث نستنتج هذه النتيجة فقط عرض ضيق التنفس أين أثبتنا أنه لايوجد إختلاف في أعراض الإصابة

الفرضية الثانية: توجد علاقة بين أسباب، أعراض، مضاعفات مرض القصور الكلوي حسب الجنس .

تم مناقشة الفرضية بتطبيق اختبار كاي مربع حيث تم الرفض وبتالي نقول أنه لايوجد إختلاف في أسباب، أعراض، مضاعفات الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الجنس المبحوث، ونستثني هده النتيجة فقط في عرضي إرتفاع ضغط الدم، قلة التبول أين أتبثنا فيما سبق انه يوجد إختلاف في أعراض الإصابة بداء القصور الكلوي حسب الجنس .

الفرضية الثالثة: يوجد اختلاف في أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الحالة الزواجية .

لقد ناقشنا الفرضية باختبار كاي مربع بين (أسباب الإصابة بالمرض والحالة الزواجية)، حيث تم الرفض وبتالي نقول أنه لا يوجد اختلاف في أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي حسب الحالة الزواجية .

الفرضية الرابعة: يوجد علاقة بين المستوى التعليمي والدراية بمرض القصور الكلوي .

تم مناقشة هذه الفرضية باختبار كاي مربع حيث تم الرفض وبتالي نقول أنه لا يوجد علاقة بين المستوى التعليمي والدراية بمرض القصور الكلوي .

الفرضية الخامسة: توجد علاقة بين الدخل الأسري والعلاج .

تم مناقشة الفرضية بتطبيق إختبار كاي مربع بين المتغير (التفكير القيام بالعلاج البروتيني والدخل الأسري، وبتالي نقول انه لا يوجد اختلاف في التفكير والقيام بالعلاج البروتيني والدخل الأسري .

خاتمة

خـــــــاتمـــة

خاتمة:

يشعر الإنسان بطبيعته بالآلام والأوجاع، عندما يشاهد شخص يتوجع بسبب المرض وخاصة الامراض المزمنة التي لابد من التكيف معها حيث أن ذلك يتطلب التعايش معها بصورة مستمرة مدى الحياة، حيث تتسبب في عبئ ضخم من حيث معانات البشر ويلحق ضررا خطير بالتنمية البشرية وعلى سبيل المثال مرض الفشل الكلوي الذي تطرقنا إليه في دراستنا الحالية حيث عرف إنتشار بشكل كبير في العالم عامة وفي الجزائر خاصة، حيث يمتل مشكلة صحية يؤدي إلى إنخفاض القدرات الوظيفية للجسم وهو مشكلة عامة عالمية وعلى ضوء ما سبق ومن خلال إلقاء نظرة عن واقع القصور الكلوي في مدينة ورقلة المحددات الديموغرافية والسوسيو إقتصادية من خلال دراسة ميدانية، تم التوصل إلى النتائج: المحددات الديموغرافية (الجنس–السن–المستوى الاقتصادي) ومن اهم المحددات المتحكمة فيه حيث تختلف الإصابة بمرض القصور الكلوي في المسببات التالية:(أمراض المزمنة– امراض وراثية– امراض المسالك البولية)، والمضاعفات (نقص الدم (الانيميا)، امراض العظام، تجمع السوائل في الدم).

اما بالنسبة للأعراض نجد (إضطرابات في دقات القلب–انتفاخ الأرجل وتورم الساقين، ضيق التنفس، إرتفاع الدم)

كما نجد أن الظروف المعيشية والعوامل الاقتصادية لها تأثير كبير في العلاج.

.

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

اولا: الكتب

1-الفيـــتـــوري مـــحـــمـــد نـــاصر، الفشل الكلوي والكلية الصناعية، دار الجبل، بيروت، 1419.

2- مـــدت أبو النصر، الإعاقة الجسمية، (ط1)،مجموعة النيل العربية، القاهرة، د.ت.

3- زناد دليلة، علم النفس الصحي: تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيموديااليز نموذجا، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر،2013م.

4- السويداء عبد الكريم عمر، المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي، (ط1)، وهج الحياة للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية الرياض ، 2010م.

5- لماضة عاطف، أمراض الكلى والفشل الكلوي، الدار الذهبية للطبع والنشر والتوزيع، د.ت.

6- الصبورمحمد، أمراض الكلى وزرع الأعضاء، (ط1)، دار القلم، بيروت، لبنان، 1989.

7- صبور، محمد صادق. (د.ت). أمراض الكلى: أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها (ط1). دار النشروق.

ثانيا: قائمة التقارير:

1-المغازي غالية المغازي القصبي، التثقيف الصحي لمرض الفشل الكلوي المزمن المعاشون على جلسات الاستسقاء الدموي. مركز أمراض الكلى والمسالك البيولية، جامعة المنصورة، د.ت.

2- الغامدي عقيل، برعاية الكلى، وزارة الصحة، العدد 19، مركز الأمير سلمان لأمراض الكلى، 2014م.

3- وزراة الصحة السعودية، الكلى والمسالك البولية. www.moh.gov.sa ، د.ت.

ثالثا : قائمة المذكرات والرسائل الجامعية:

1- أبو الغيث، عبد المحسن صالح، التوزع الجغرافي والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمرضى الفشل الكلوي الذكور بمدينة جدة لعام 1427هـــ (رسالة ماجستير). كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية، 1430ه.

2- زناد دليلة، فعالية برنامج تدريبي في التخفيض من سلوك العدوانية الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات. في رسالة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية. الدامعة الإسلامية، غز، 2011م.

3-جواد السعيد، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن والخاضع لتصفية الدم (Hemodialyse). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2013م.

رابعا :المواقع الالكترونيا:

1- amdalusiaegypt.com

2- mayoclinic.org

3- ncbi.nlm.gov

مراجع انجليزية:

1- Levallois, M. P., & Lemaine, V. (2005). Larousse. Italie.

2- Morin, T., & Jungers, M. (2003). Hémodialyse transpleane. Paris: Flammarion.

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الانسانية والديموغرافيا
قسم علم الاجتماع

شعبة الديموغرافية

استمارة الدراسة المحددات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية لمرضى القصور الكلوي بمدينة ورقلة

في اطار التحضير لمدكرة نيل الماستر اكاديمي ,تخصص التخطيط الديموغرافي والتنمية, يشرفني ان اضع بين ايديكم هدا الاستبيان الغرض منه الدراسة حول المحددات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية لداء القصور الكلوي بمدينة ورقلة , نرجو منكم الاجابة بكل صدق وموضوعية باختيار الاجابة الملائمة , وبوضع علامة (x)او كتابة الاجابة الملائمة , في الفرغات واعدكم ان هده المعلومات لا تستغل الافي مجال البحث العلمي وانها ستكون في سرية تامة .

السنة الجامعية : 2024/2023

أولا: المعلومات الشخصية الخصائص السوسيوديموغرافية

1- العمر: ☐ سنة

2- الجنس: ذكر ☐ انثى ☐

3- الحالة الزواجية:

- أعزب ☐
- متزوج ☐
- مطلق ☐
- أرمل ☐

4- الإقامة:

- حضر ☐ ريف ☐

5- نوع السكن:

- سكن فردي ☐
- شقة ☐
- سكن جماعي ☐
- بيت قصديري ☐

6 الحالة المهنية:

☐

- مشتغل
- بطال
- ماكث في البيت
- متقاعد

7- ما دخلك الشهري ؟

- بدون دخل
- أقل من 15000دج
- من 15000دج إلى 30000دج
- من 30000 دج إلى 50000دج
- أكثر من 50000 دج

8- ما هو دخل الاسري ؟

- بدون دخل
- أقل من 15000دج
- من 15000دج إلى 30000دج
- من 30000 دج إلى 50000دج
- أكثر من 50000 دج

9- المستوى التعليمي ☐

- بدون مستوى ☐
- ابتدائي ☐
- متوسط ☐
- ثانوي ☐
- جامعي ☐

المحور الثاني: المعطيات المتعلقة بالقصور الكلوي

10- السن عند الإصابة بالمرض؟ ☐ سنة

11- هل سمعت بهذا المرض من قبل ولديك معلومات عنه؟

12- نوع المرض: .....

13- كم سنة وانت تعالج بآلة الدياليز: ☐ سنة

14- كم عدد ساعات الجلسة: ☐ ساعة

15- ما هي الأسباب التي أدت إلى إصابتك بهذا المرض؟

- أمراض مزمنة (داء السكري، ضغط دموي) ☐
- أمراض وراثية ☐
- أمراض مناعية ☐
- أمراض المسالك البولية ☐

- ضغوطات يومية ☐

16- ما هي الأعراض التي أحسست بها؟

- اضطرابات في دقات القلب ☐
- انتفاخ الأرجل وتورم الساقين ☐
- ضيق التنفس ☐
- ارتفاع ضغط الدم ☐
- قلة التبول ☐

17- هل عند إصابتك بمرض القصور الكلوي نتجت عندك مضاعفات؟

- ارتفاع الدم ☐
- تجمع السوائل في الجسم ☐
- نقص الدم (الأنيميا) ☐
- أمراض العظام ☐

18- هل تعرف نوع مرض القصور الكلوي الذي لديك؟

- نعم ☐ لا ☐

19- إذا كنت تعرف فما هو هذا المرض؟.....

20- هل لديك معرفة ومعلومات عن المرض؟ .....

21- هل لديك دراية بالعلاج البروتيني؟

- 1/-نعم ☐ 2/-/لا ☐

22- هل فكرت بالعلاج البروتيني 1/-نعم ☐ 2/-لا ☐

23- هل قمت بالعلاج البروتيني؟

- 1/-نعم ☐ 2/- لا ☐

24- ماهي مدة الانتظار والتواصل مع المركز ؟

.....

25- كم بعد المسافة الى المركز الطبي ؟

- 1/-قريب ☐
- 2/-بعيد ☐
- 3/-متوسطة ☐

26- هل لديك الإمكانية اللازمة لإجراء عملية زرع الكلى في القطاع الخاص؟

- 1/-نعم ☐ 2/- لا ☐

27- هل هناك متابعة وتكفل من الجانب النفسي للمرضى بالمركز؟

- 1-/-نعم ☐ 2-/ لا ☐

28- ما هو تقييمك للخدمات الطبية المقدمة لك عند إجراء عملية تصفية الكلى؟

- 1/-جيد ☐
- 2/-متوسط ☐
- 3/-دون المتوسط ☐

29- حسب رأيك ما هي الإقتراحات التي تراها مناسبة للتحسين من نوعية الخدمات المقدمة؟

.....

.....

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى البحث في المحددات الديموغرافية والسوسيوإقتصادية لمرضى القصور الكلوي بمدينة ورقلة سنة 2024،وذلك مز خلال دراسة ميدانية شملت المؤسسة الاستشفائية والمركز الخاص أمي عائشة، وقدم تقديم وتحليل وتفسير البيانات على مرض القصور الكلوي في جداول بسيطة والآخرى مركبة تحتوي على متغيرين (تابع–مستقل)، بالنسبة للتابع (أسباب داء القصور الكلوي، أنواعه، مضاعفاته، التشخيص، العلاج) والمستقل ممثلا بأحد المتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى الإقتصادي، المستوى التعليمي) .

ومن تم إختيار الفرضيات الإحصائية والتوصل إلى جملة من النتائج أهمها: يوجد اختلاف في بعض الأسباب وأعراض ومضاعفات داء القصور الكلوي حسب السن والجنس، وأن الذكور أكثر عرضة للإصابة حيث أن العامل الأساسي هو التقدم في العمر، وكدا تأتير المستوى الإقتصادي على عملية العلاج والمتابعة الطبية مع عدم بروز (المستوى التعليمي) الثقافة الصحية .

الكلمات المفتاحية: **المحددات الديموغرافية، مرض القصور الكلوي، أنواع المرض، المسببات المرض، ثقافة صحية، عملية العلاج .**

Studay summary:

This study aims to investigate the demographic and socioeconomic determinants of kidney failure patients in the city of Ouargla in 2024. This involves a field study that includes both the hospital institution and the private center "Umi Aisha." Data on kidney failure patients were presented, analyzed, and interpreted using simple and compound tables containing two variables (dependent-independent). The dependent variables include the causes of kidney failure, its types, complications, diagnosis, and treatment, while the independent variable is represented by one of the demographic variables (gender, age, economic level, educational level).

The selection of statistical hypotheses led to several key findings: there are differences in some causes, symptoms, and complications of kidney failure based on age and gender, with males being more susceptible primarily due to aging. Additionally, the economic level affects the treatment process and medical follow-up, while the educational level does not prominently reflect health culture.

***Keywords*:** **Demographic determinants, kidney failure, types of disease, causes of disease, health culture, treatment process.**