

التصميم والتفصيل (التخطيط) لمقابلة متطلبات (حاجيات) المريض Tailoring to Patient Needs

تخطيط الإرشاد التغذوي لكل حالة مريض هو المفتاح لتغيير نمط الحياة على المدى البعيد. يعتمد مفهوم التغيير على مدى مقارنة تكافؤ السلوكيات الجديدة مع العادات القديمة. ومن غير معرفة السلوكيات الأساسية (القاعدية)، لا مرجع لنا نستطيع به رسم مسار تغييرات نمط الحياة. مفهوم الحجم الوحيد المناسب للجميع One size fitting all concept هو عبارة عن معادلة لحدوث كارثة في الإرشاد التغذوي. وينطبق التصميم والتفصيل tailoring على مختلف أشكال الإرشاد counseling formats، وكما يمكن استخدامه في نظام الإرشاد الفردي وفي نظام المجموعات group setting.

(٩, ١) التعرف على مريضك

(9.1) Identifying your Patient

بدون فهم تام لخصائص المريض، يصبح بدء وإنشاء إرشاد لتغيير نمط الحياة عملاً مختلفاً ناقصاً.

(٩, ١, ١) الجنس

(9.1.1) Gender

تفهم الفروقات الجنسية gender difference في الإرشاد لتغيير نمط الحياة يعني معرفة الطرق التي يؤثر بها الغذاء على السلوك. فعلى سبيل المثال، قد ترى المرأة في الغذاء أنه رمز وشعار للعواطف والمشاعر symbol of affection بينما قد يركز الرجل على أثر أكل نوع معين من الغذاء على أدائه الرياضي. كل منهما يدرك أهمية الغذاء، ولكن لكل منهما تركيز مختلف فيما يتعلق بفوائده.

أوضحت دراستان سريريتان عشوائيتان محكمتان مولتان من قبل المعهد الوطني للصحة، two NIH funded, randomized, controlled, clinical trails، وجود فروق كبيرة بسبب اختلاف الجنس. توفر دراسات عيادة أبحاث الدهون The Lipid Research Clinic وبصفة خاصة تجربة الوقاية الأولية لأمراض الشرايين التاجية (Coronary Primary Prevention Trial (CPPT وهي دراسة للرجال فقط، ومبادرة (تحفيز) صحة المرأة (WHI) وهي دراسة للنساء فقط، توفر هاتان الدراستان معلومات حول الفروقات بسبب الجنس. تم إنهاء قليل من الجلسات في دراسة

الـ CPPT بدون حضور كل من الزوجين وغيرهم من الأشخاص المهمين. وكان واضحاً جداً أن النساء الشريكات في زواج تقليدي كن مسؤولات عن معظم أعمال الطبخ وقد لعبن دوراً كبيراً في عادات أكل الأسرة. في العائلات غير التقليدية، تلاحظ وجود علاقات تعاون بين الزوجين فيما يتعلق بإعداد الأكل - في المقابل أو عكس ذلك، وفي مبادرة تحفيز صحة المرأة (WHI) وهي دراسة للنساء فقط، كان واضحاً جداً أن إعداد الطعام هو حقل المشاركين بالكامل. ونادراً ما يكون الرجل الشريك مسؤولاً عن معظم أعمال إعداد وتحضير الطعام في العائلات غير التقليدية في هذه الدراسة، مرة أخرى غالباً ما تكون العلاقات المتعلقة بإعداد الطعام علاقات تعاون.

(٢، ١، ٩) العمر

(9.1.2) Age

لقد صنف هذا الكتاب الدراسي المرجعي الأشخاص بناء على العمر بالتركيز على ثلاث مراحل في تغييرات نمط الحياة. ويتطلب العمل مع مختلف مجموعات العمر different age groups فهماً للأدوار التي يلعبها الناس عندما يكبرون. أحياناً يتم تصنيف مجموعات العمر في أنواع (نمطية) محددة stereotype age group، على سبيل المثال، عندما بدأنا مبادرة تحفيز (تحسين) صحة المرأة المدعومة مادياً (ممولة) من المعهد الوطني للصحة (NIH) كانت لنا نظرة نمطية عن ما تركز عليه المرأة المسنة فيما يتعلق بالالتزام بنمط غذائي قليل الدهون. وقد اعتقدنا بأن المسنات المتقاعدات قد يستخدمن الغذاء كهدف يركزن عليه ويكرسن جهدهن في الدراسة خلال ما تبقى من عمرهن. ولكن الذي وجدناه هو أن المسنات غالباً ما يواجهن أحداث حياتية تذكارية نصية هامة تؤثر على قدرتهن على الالتزام بالتوصيات التغذوية dietary recommendation.

لهن أزواج على فراش الموت، يضعونهن في وضع لم يتعاملن معه من قبل مما يجبرهن على تركيز اهتمامهن بالكامل في هؤلاء الأزواج. ومطلوب منهن أن يصحبن مقدمات خدمة ورعاية للأطفال الذين يعانون من مصاعب ويحتاجون لكل من الدعم المادي financial support والدعم العاطفي emotional support وتصيح هؤلاء النسوة أقل توجهاً أو تكيفاً تركيبياً Less structure-oriented ويعملن بعفوية وتلقائية، مع نيل الغذاء لأولوية أقل مما كان ينال عندما كن أصغر عمراً. وتنظر هؤلاء النسوة للحياة بأنها في النهاية ولا تشكل النسخة الأصغر للخلود والبقاء جزءاً من رؤيتهن للحياة They see life in terms of ending and the younger version of immortality is not a part of their vision. وأيضاً، قد تبدل وتغير الأحداث الحياتية وجهة نظرهن في أهمية الالتزام التغذوي بشكل إيجابي. على سبيل المثال، قد تؤدي سكتة قلبية (heart attack) أو اكتشاف الإصابة بالداء السكري النوع الثاني إلى لحظات تعلم درس لا ينسى teachable moments يدفعهن لزيادة الالتزام التغذوي. كثيراً ما يعمل صغار البالغين بجذلرفع مستوى العائلات ويقدرن أهمية الغذاء لصحة الأطفال ولكن يحددهم الوقت، أيضاً. وقد تجبرهم محدودية الوقت على أوضاع؛ حيث يجعل الأكل من أجل البقاء أحياء كل فرد من أفراد العائلة ملتزم أو ملزم بجدول مواقيت، وعندها يصبح الاستمتاع بشراء وإعداد واستهلاك الغذاء الصحي بهدوء رسالة ثانوية.

في المنازل حيث يعطى اعتبار للأكل الصحي، كثيراً ما يصبح الآباء والأمهات ذوي النوايا الطيبة (well-meaning parents)، عنيدين في رغبتهم فيما يتعلق بإجبار أطفالهم على نمط حياة صحي؛ مما يولد كراهية هؤلاء الأطفال للأكل ويقائهم بصورة دائمة وثابتة في مزاج رافض للأكل.

توضح الأبحاث أهمية تشجيع وتنشئة الأطفال على ممارسات الأكل الصحي (انظر الفصل الخامس)، وكما توضح لنا أبحاث إضافية في النقيض، بأن المجتمعات غير المؤاتية (الفقيرة disadvantages population) قد تعاني من مشكلات؛ حيث يؤدي ضعف الاقتداء والتشكيل (التنشئة بشكل معين Little modeling structure) إلى العادات الغذائية السيئة (لدى الأطفال) [١-٤]. وتوضح لنا هاتان المجموعتان المختلفتان بأن للثقافة دورًا بالغ الأهمية في تصميم وتخطيط استراتيجيات الإرشاد التغذوي.

(٩, ١, ٣) الإثنية (العرق)

(9.1.3) Ethnicity

تلعب الإثنية (العرق) دورًا كبيرًا في مقدرتنا على تصميم استراتيجيات الإرشاد بكفاءة وكمرشدين تغذويين، علينا أن نستمع لكلمات Airhihenbua's words التي تتحدث عن موضوع الاتصال بالثقافات الأخرى:

تعد الخبرات الجماعية للبشر (الثقافة والحضارة) الناس للتعامل مع بعضهم البعض وفي بعض الأحيان تعدهم لتبديل ومقاومة حالات القهر والاضطهاد بطرق غير معروفة للظالم المعتدي. مثل هذه الخبرات والحكمة الناتجة منها تتجاوز وتفوق مستويات الدخل والعمر والأجيال. وعلينا أن لا نفترض أبدًا، أن يكون أعضاء مجموعة فقيرة اقتصاديا فقراء عقليا وفلسفيا وعمليا، أيضًا. وكما يجب علينا أن لا نفرض أن الحكمة بالضرورة بذاتها ستدفع وتغالب القهر الاقتصادي. لذا، يجب أن توجه الجهود المبرمجة نحو مزامنة وموائمة وتنسيق فلسفة الناس مع ممارساتهم [٥]. ناقشت كيومانريكا (Kumanyika) أهمية الإثنية في الطريق التي نتواصل بها مع المرضى. وأشارت إلى حقيقة أن معظم الذي نراه في زيادة معدلات الإصابة بالأمراض ومعدلات وفيات الأشخاص من الإثنيات، قد يكون نتيجة مباشرة (من بعد إرادة الله) لعدم التزامهم بالنظم أو الرجيم العلاجي therapeutic regimens [٦].

وفي الأساس، من المهم أن نعرف العرق والإثنية كما هو موضح في الجدول (٩, ١). ومن الممكن فصل العرق عن الإثنية في تصنيفات أو مجموعات categories ولكن تحذر كيومانيا، أنه مع اهتمامنا بالالتزام التغذوي، فإن العرق والإثنية مفهوماً يندجان ويتضافران interlined مما يؤدي إلى خصائص تصنيف أكثر تعقيداً. وكثيراً ما يكون صعباً أن يفهم لماذا قد يكون الالتزام الغذائي مختلفاً وفقاً للإثنية، ذلك لأنه مع تنفيذ الدراسات، فإن عملية الاختيار تركز على انتقاء المجموعات المتحفزة أو المحفزة motivated groups من بين المجتمعات السكانية الإثنية. وتقدم كيومانيا ملخصاً للأبحاث التي أجريت، بالنظر أولاً: في الدراسات التي أظهرت فروقات في الالتزام الغذائي لدى المجموعات الإثنية جدول (٩, ٢). وثانياً: فقد وصفت هذه الباحثة الدراسة التي تمت خصيصاً للفعالية مع المجموعات السكانية الإثنية جدول (٩, ٣).

وبتلخيص جدول (٩, ٢) و جدول (٩, ٣)، نجد أنه بصفة عامة، تميل المجتمعات اللاتينية لأن تكون أقل إذعانا والتزاماً (بالتوصيات الغذائية) من المجتمعات القوقازية (ذات العرق الأبيض، البيضاء). ويجب ملاحظة أنه في كثير من الدراسات لا يكون الهدف الأساسي للدراسة هو المقارنة بين المجموعات الإثنية. في جدول (٩, ٢) قدم بحث ماجونير (Majonnars) البيانات الوحيدة التي أوضحت بأن مجتمعات الأمريكيين الأفريقيين أظهرت التزاماً غذائياً أفضل مما أظهرت دراسة المجتمعات القوقازية (مجتمعات البيض). وأوضحت كل الدراسات الأخرى بأن للمشاركين الأمريكيين الأفريقيين مقارنة بالمشاركين القوقازيين مصاعب أكثر فيما يتعلق بالإذعان والالتزام الغذائي.

صممت بعض الدراسات بهدف وغرض معرفة الفعالية لدى المجموعات الأثنية. ويصف جدول (٩, ٣) خمس دراسات؛ فيها صممت برامج تغيير النمط المعيشي بصفة محددة من أجل بحث الموضوعات الاجتماعية الثقافية القرينية cultural contractual ssues للمجتمعات الإثنية. تختلف الدراسات في هذا الجدول من الدراسات المعروضة في جدول (٩, ٢) لأنها تركز على فعالية تدخلات تغيير نمط المعيشة التغذوية لدى مجموعات إثنية معينة. يركز جدول (٩, ٢) على الفعالية النسبية بين المجموعات الإثنية.

الدراسات المعروضة في جدول (٩, ٢) مهمة لأنها تساعد في تحديد مختلف توقعات نجاحات الالتزام الغذائي باستخدام مقارنات عرضية بين الإثنيات. وتوفر هذه الدراسات وقتاً أطول لتحقيق الأثر التغذوي. أيضاً، تشير هذه الدراسات إلى التفضيلات الكامنة للمجموعات الإثنية لاستراتيجيات محددة من ضمن استراتيجيات البرنامج التي قد تكون أكثر إيجابية من ناحية أو معيار نجاح الالتزام الغذائي. وأيضاً، تمكننا هذه الدراسات من اكتشاف المشاكل التي قد تنتج من استخدام مدخل أو معالجة عامة غير إثنية لكل المجموعات، بصرف النظر عن الإثنية. توضح نتائج هذه البيانات وجود فروقات إثنية بالنسبة للانخراط الأساسي الأولي كما توفر معدلات ساقطة أو مبعدة dropout rates في مراحل التتبع للدراسة.

تأتي أهمية جدول (٩, ٣) من كونه يوضح طرق تقييم معالجات الدراسات التي صممت للإثنيات ضمن موضوع تغيير نمط الحياة. استخدمت القيم الثقافية والأعراف norms والتفضيلات لتمكين من المعالجات على أساس فردي. تُرى الفروقات الإثنية لدى الأسر الأمريكية من أصل إفريقي، حيث أن الأسر الممتدة أكثر ترابطاً مع قلة الوحدات العائلية المميزة، مقارنة بالأسر الأمريكية العادية. وأيضاً، كثيراً ما تتميز الأسر الأمريكية الأفريقية بارتفاع نسبة قيادة (رعاية) المرأة للأسرة [٧]. لهذا النوع من تركيب الأسر التي تسود فيها النساء حيث يترابط أعضاء الأسرة، قد تكون التدخلات والمعالجات التي تركز على الفرد أقل فعالية. لاحظت كيومانايكا ومورسينك Morssink نتائج دراسة والدين وآخرين (Walden et al) حيث تركز البحث فيها على الفتيات الأمريكيات الإفريقيات والتزامهن الغذائي [٩, ٨]. أدى العمل مع الأمهات وبناتهن معاً إلى معالجة فعالة إيجابية بدرجة أكبر إذ أنهن يعملن معاً في بيئة داعمة (صالحة للعمل supportive atmosphere).

ويناقض هذا عمل براونيل (Brownell) الذي درس الفتيات القوقازيات (البيض)؛ حيث كانت حالة الأمهات وبناتهن مثبطة للعمل [١٠].

لقد استخدمنا إرشاد منفصل للأمهات عن ما للمراهقين، في دراسة التدخل الغذائي في الأطفال Diet Intervention Study in Children، ودراسة تغذية الصبيان المراهقين (أولاد العشرات من العمر Study of Nutrition in Teens ودراسة TREK (الموصوفة في الفصل الرابع). في كل من مجتمعات القوقازيين من الطبقة المتوسطة هذه middle-class Caucasian populations، عملنا مع الآباء والأمهات والمراهقين بطريقة منفصلة، وكانت النتيجة والحاصل معدلات التزام غذائي ممتازة. وقد كان مدخل الجلسة المنفصلة (للمراهقين وأخرى للآباء والأمهات) وحيث يكون المراهقون مستقلين (أحرار الإرادة والقرار) تركيباً أو تخطيطاً مكماًً للديناميكيات العائلية الموجودة.

في مبادرة تحفيز صحة المرأة (WHI) أوضح تحليل الالتزام الغذائي لدى مجموعة مسنات، أن العوامل المرتبطة بالالتزام الغذائي الضعيف تشمل كون المسنات أمريكيات أفريقيات أو من أصل إسباني (Hispanic) مقارنة بالنساء القوقازيات (البيض). أيضاً، ارتبط ضعف الالتزام الغذائي بالخصائص التالية: أن تكون النساء طاعنات في العمر being older أو ذوات دخول منخفضة (فقيرات having low income) أو أن يكن بدينات being obese [١١].

الجدول رقم (١, ٩). التصنيفات (المجموعات) العرقية الاثنية في إحصاء عام ١٩٩١.

Race Ethnicity Categories in the 1990 census

Race	العرق
White	البيض
Black or Negro	السود أو الزنوج
Chinese	الصينيون
Indian (Amer.)	الهنود (الأمريكان)
Japanese	اليابانيون
Philipino	الفلبينيون
Asian Indian	الهنود الآسيون
Korean	الكوريون
Aleut	الأليوت
Eskimo	الاسكيمو
Hawaiian	الهاوايون
Vietnamese	الفيتناميون
Guamanian	الغوانتيناميون
Samoaian (أبناء ساموا من جزء في المحيط الهندي)	الساموايون
Other Asian/pacific Islander	آسيويون آخرون من جزء الباسيفيكي
Other Race	أعراق أخرى
Mexican, Mexican Amer., Chicano	مكسيكيون، مكسيكيون أمريكيان، شيكانو
Puerto Rican	البيرتوريكيون
Cuban	كوبيون
Other Spanish / Hispanic / لاتينيون / أمريكيون لاتينيون / لاتينيون /	إسبانيون آخرون / أمريكيون لاتينيون / لاتينيون /
Latino	لاطينو
Not Spanish / Hispanic / Latino	غير الأسبانيين / الأمريكيين اللاتينيين / اللاتينيين

المصدر: Pollard, K.M. and O'Hare, W.P., America's racial and ethnic minorities. Population Bulletin 54.3, Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 1999.

الجدول رقم (٢، ٩). الدراسات التي توضح الفروقات الاثنية في القياسات المباشرة أو غير المباشرة للالتزام الغذائي.

Studied Reporting Ethnic Differences in Direct or Indirect Measures of Dietary Adherence

مؤلف الكاتب	هدف الدراسة	تصميم الدراسة	النتائج والاكتشافات
موجنير وآخرون ١٩٨٠ Mojonnier et al., 1980	تقييم مداخل التوعية التغذوية تحضيراً لتجربة خفض مخاطر أمراض القلب الوعائية	المشاركون (١٩٩ من البيض و ٨٤ من السود) يعانون من ارتفاع الدهون Hy-percholesterolemia، تم اختيارهم عشوائياً لواحد من أربعة من برامج التوعية والتعليم أو لا تعليم وتوعية.	مقارنة بالبيض، حصل المشاركون السود على معارف أكثر خلال شهر. وخلال ٦-٩ شهور من التتبع أفاد السود بحدوث تغيرات غذائية أكثر كما انخفض مستوى الكوليستيرول لديهم بدرجة أكبر.
كيومانيايكا وآخرون Kumanyika et al., 1991	فعالية إنقاص الوزن لمنع والوقاية من فرط التوتر (ارتفاع ضغط الدم)	تحليل النتائج المحددة للجنس والعرق من دراستين منفصلتين عشوائيتين متحكم فيها، أجريتا في عدة مراكز؛ وشملت رجالاً ونساءً عمر ٢٥-٤٩ سنة مرتفعي الضغط (HPT) أو عمر ٣٠-٥٤ سنة (TOHP) في تجربة الوقاية من ارتفاع الضغط لا يستخدمون أدوية مضادة لارتفاع الضغط؛ وكان ضغطهم / ضغطهن الانقباضي عند بداية الدراسة ٨٠-٨٩ ملم زئبق، وكان تتبعهم لمدة ١٨ أو ٣٦ شهراً.	في كلتي الدراستين كان متوسط تغير الوزن الكلي لدى السود أقل مما لدى البيض، وبصفة خاصة وسط النساء.
كايلي وآخرون، ١٩٩٣ Kiley et al. 1993	تقييم الالتزام (الاذعان) بالرجيم الغذائي والدوائي بعد زراعة الكلى	بيانات ملاحظة لسلسلة ١٠٥ مريض (٢٧ من البيض، ٥٤ من السود، ٢١ من ذوي الأصول الأسبانية، ٣ من الآسيويين) زرعوها كلي في مستشفى جامعي حضري خلال فترة عامين؛ التتبع لفترة ١٨ إلى ٥٥ شهراً؛ بمتوسط ٦، ٣٤ شهراً.	المرضى السود أقل تمثيلاً من بين المرضى الملتزمين بكل من الغذاء والدواء؛ ذوو الأصول الأسبانية كانوا ملتزمين بالغذاء والدواء معاً أو غير ملتزمين بأي منهما.

تابع الجدول رقم (٢، ٩).

مؤلف الكاتب	هدف الدراسة	تصميم الدراسة	التائج والاكتشافات
ويالبي روسيت وآخرون، ١٩٩٣ Wylie-Rosett et. al. 1993	دراسة فعالية غذاء منخفض الصوديوم/ عالي البوتاسيوم أو دراسة فعالية إنقاص الوزن فقط، أو إنقاص الوزن مع العلاج الدوائي للتحكم في ارتفاع ضغط الدم.	مقارنة إثنية بعد ٦ شهور من تجربة مكثفة عشوائية لتدخل غذائي مع ٥٨٢ من الرجال والسنة (٣٢٤) من البيض و١٥٨ من السود؛ المشاركون يعانون من ارتفاع خفيف في ضغط الدم mildly hyper tensives ضغط دم انقباضي ٩٠-١٠٠ زئبق) زيادة وزن (١١٠-١٦٠٪ من الوزن القياسي لشركات التأمين (MLIC) وبلا علاج للضغط لمدة على الأقل أسبوعين	حقق عدد قليل نسبياً (وبدرجة معنوية) من السود أهدافاً تغذوية متعلقة بالصوديوم والبوتاسيوم.
كيومانيكيا وآخرون، ١٩٩٣ Kumanyika et. al., 1993	فعالية تخفيض الصوديوم لمنع والوقاية من ارتفاع ضغط الدم	تجربة متعددة المراكز عشوائية متحكم فيها لخفض الصوديوم عند مشاركين رجالاً ونساء عمر ٣٠-٥٤ سنة لديهم ضغط انقباضي ٨٠-٨٩ ملم زئبق عند بداية التجربة	كان السود أقل احتمالاً (وبدون معنوية) في أن يحققوا هدف خفض الصوديوم مقارنة بالبيض.
وينج وانجلين ١٩٩٦ Wing & Anglin., 1996	مقارنة عشوائية لنقص الوزن في برنامجي معالجة مختلفين، لمدة سنة	المعالجة برنامج سلوكي مع غذاء منخفض السرعات باستمرار أو متضمناً فترتين (طول كل واحدة ١٢ أسبوعاً) لغذاء منخفض السرعات بدرجة كبيرة ولمدة سنة.	فقد السود أوزاناً قليلة كما أفادوا بتغيرات أساسية أولية بسيطة في تناول السرعات، وأيضاً كانوا أقل حضوراً للبرنامج.
فان هورن وآخرون ١٩٩٧ Van Horn et al., 1997	Cardiovascular disease risk reduction in high-risk men خفض مخاطر أمراض القلب الوعائية لدى الرجال المعرضين للمخاطر.	تحليل قياسات الالتزام المباشرة وغير المباشرة، مع تضمين نمذجة العوامل القاعدية كمؤشر أو منبأ بالالتزام.	أظهر السود التزاماً ضعيفاً بالغذاء كما كان انخفاض الكوليسترول لديهم أقل مما لدى البيض، وكان الوضع عكس ذلك بالنسبة للأسويين (كانوا أكثر التزاماً وأكثر انخفاضاً في الكوليسترول).
ملحوظة TOHP = Trials of hypertension prevention تجارب الوقاية من فرط التوتر (ارتفاع ضغط الدم)			
MLIC = Metropolitan life Insurance Company شركة التأمين على الحياة			
المصدر Kumanyika, S.K., Minority Populations, in compliance in Health care and Pesearch, Burke, LE. And Ockene, L.S., Eds. Armonk, Y: Futara. Publishing, 2001, chap. 12.			

الجدول رقم (٣، ٩). أمثلة للدراسات المصممة للفعالية مع مجتمعات الأقليات.

Examples of Studies Designed for Effectiveness with Minority Populations

التقييم Evaluation	الوصف Description	هدف وتركز البرنامج، والمجتمع Program, focus and Population	الكاتب المؤلف Author
قسم المشاركون لمجموعات حسب الوزن وتم اختيارهم عشوائياً لتلقي الدليل فقط (المجموعة المرجعية) أو العلاج مجموعة على أساس فردي مقابل مجموعة على أساس عائلي. لقد تلاحظ وجود نمط أو اتجاه خطي لنقص الوزن لدى كل المجموعات مع مجموعة الأفراد والمجموعة العائلية المعالجة (التحسن بدرجة أكبر لدى المجموعة العائلية (ولكن ليس بدرجة معنوية) مقارنة بالمجموعة المرجعية (الكنترول).	تم إصدار دليل تغيير السلوك "Guidando el Corazon" وكتاب طبخ Cookbook، ذلك من أجل تسهيل الالتزام بخطة أكل منخفض الدهون الكلية والدهون المشبعة، والتمكين من إنقاص الوزن. اعتمد كتاب الطبخ على الأغذية المكسيكية الأمريكية النموذجية في تكساس. تتوافر نسخ بالإنجليزية والأسبانية. تشمل المعالجة الفردية على ٢٤ درس أسبوعي و٦ دروس شهرية يدرسها اختصاصيو تغذية يتحدثون لغتين (ثنائي اللغة Bilingual). تستخدم المعالجة العائلية نفس المدخل ولكن تضمنت معلومات للشركاء، تشجيع الأزواج على الحضور ودروس منفصلة للأطفال ما قبل المدرسة.	إنقاص وزن النساء الأمريكيات المكسيكيات (عدد ١٦٩ امرأة زائدة الوزن، عمر ١٨-٤٥ سنة) متزوجات ولهن على الأقل طفل واحد في عمر ما قبل المدرسة.	كوسينس وآخرون، ١٩٩٢ Kousins et. al ١٩٩٢

تابع الجدول رقم (٣، ٩).

التقييم Evaluation	الوصف Description	هدف وتركز البرنامج، والمجتمع Program, focus and Population	الكاتب المؤلف Author
أشارت معدلات المشاركين العالية إلى تحقيق هدف الاجتماع واللقاءات الجماعية؛ كانت النشاطات الدروس الأسبوعية الرياضية من ضمن النشاطات الأكثر تفضيلاً، إنخفض الضغط الانبساطي والانقباضي في السنة الثانية مقارنة بالسنة الأولى، حدث تحسن ملحوظ في الممارسات التغذوية الغذائية والنشاطات الرياضية، بالرغم من عدم معنوية كل التغيرات السلوكية، إحصائياً.	تم تكوين مجلس مرشدين صحيين من قيادات كنيسة محلية بقيادة موظفين طوروا البرنامج؛ راجع مجلس المرشدين الصحيين (HAC) المعلومات القديمة الخلفية حول البرامج الصحية الناجحة، أجرى تقييمين للاحتياجات من بيانات الإحصائيات الحيوية كما أجرى مسحاً للمشاكل الصحية المحلية، وطور برنامجاً نموذجياً (Model Program). أقام الموظفون العاملون ورش عمل لقيادات الكنيسة لتمكينهم من تطوير البرنامج. تضمن البرنامج منشورات إعلامية (medial publicity)، عرض للموضة ودروس في الطبخ، تمارين في أشرطة فيديو لموسيقى الكنيسة (Gospelsize) ونشاطات توعية في الصحة العقلية والتغذية. تمكن المجلس من تسهيل كل هذه النشاطات، بما في ذلك تطوير أو تحديد الموارد المادية الممكنة (سهلة الحصول).	توعية معتمدة على الكنيسة لتحفيز الصحة فيما يتعلق بالأمراض القلبية الوعائية CVD في بلدة أو منطقة ريفية في شمال فلوريدا. مشاركة سنوية في نشاطات تحفيز الصحة المقامة في الكنيسة، ٢٩٤ مشارك في السنة الأولى و ٣٤٣ (٨٩٪) من المشاركين في السنة الأولى + ٨١ مشارك جديد؛ ٦٨٪ من المشاركين من النساء.	تيرنر وآخرون، ١٩٩٥ Turner et. al, 1995

تابع الجدول رقم (٣، ٩).

التقييم Evaluation	الوصف Description	هدف وتركز البرنامج، والمجتمع Program, focus and Population	الكاتب المؤلف Author
وزعت دروس الرقص عشوائياً من أجل الصحة أو دروس النشاط الرياضي النظامية، لمدة ١٢ أسبوع. ارتبط الرقص من أجل الصحة بمؤشر كتلة جسم منخفض (LowerBMD)، بتحسين اللياقة، وكانت هذه التغيرات معنوية إحصائياً لدى البنات الفتيات أيضاً، تحسنت نظرة وتوجه الفتيات نحو النشاط الرياضي، ولكن ساءت توجهات الأولاد ونظرتهم للرياضة.	ارقص من أجل الصحة Dance for Health ؛ طور برنامج رقص كنشاط رياضي لاستبدال حصص الرياضة المدرسية العادية النظامية (معظمها نشاطات العاب في ميادين) للطلاب في المستوى السابع (7th grade)، الحضور إجباري كما في الدروس النظامية، تمت دعوة الطلاب من كل اثنية لطلب الموسيقى المفضلة لديهم؛ بالإضافة لذلك، يحضر طلاب هذا البرنامج دروس توعية صحية (مأخوذة من منهج أو برنامج توعية في الأمراض القلبية الوعائية) مرتين أسبوعياً كما يحضرون دروس النشاط الرياضي الهوائي ثلاث مرات في الأسبوع.	برنامج نشاط رياضي هوائي aerobic exercise program لمراهقين أمريكيين من أصل افريقي وأسباني من ذوي الدخل المحدود (عدد ٨١؛ ٥٤٪ منهم من الإناث)؛ ٤٣٪ من ذوي الأصول الأسبانية، ٤٤٪ أمريكيين أفارقة و ١٣٪ من أثنيات أخرى، ٤٣٪ يتحدثون الأسبانية في المنزل؛ متوسط أعمارهم/أعمارهن ٦-١٢ سنة.	فلوريس، ١٩٩٥ Flores, 1995

تابع الجدول رقم (٣، ٩).

التقييم Evaluation	الوصف Description	هدف وتركز البرنامج، والمجتمع Proqram, focus and Population	الكاتب المؤلف Author
قسم ووزع الأفراد عشوائياً إلى برنامجين وتم اختبارهم مرة بعد ٦ شهور وأخرى بعد ١٢ شهراً. قدمت التغذية الاسترجاعية للمشاركين والمتعلقة بالوزن، وجلوكوز وكوليسترول مصلى الدم في زيارات التتبع، لقد تم تتبع حالة مجموعة إضافية خاصة من الأفراد والذين رفضوا التوزيع العشوائي، للملاحظة أيضاً؛ صاحب كل من التدخلين زيادات في النشاط الرياضي، وبينما انخفض استهلاك الشويات لدى مجموعة كبرياء (البابيا). ساءت كثير من القياسات السريرية بما فيها الوزن لدى مجموعة الفعل (Action) مقارنة بمجموعة الكبرياء Prides؛ وأيضاً ساءت المؤشرات السريرية (الإكلينيكية) لدى مجموعة الملاحظة؛ وكان الرضى عن البرنامج أكثر لدى مجموعة البابيا.	فرض كبرياء البابيا التعلم بتوجه شخصي والمتضمن حوارات شهرية وفي مجموعات صغيرة، للثقافة الوطنية (Pima cultre) والتاريخ ونمط الحياة المعاصر. تشمل المواد المكتوبة نشرة ومعلومات تغذوية ورياضية أساسية. كان برنامج البابيا العملي تقليدياً بدرجة كبيرة وأكثر تخطيطاً مع تشجيع مستمر لتغيير أنماط التغذية والنشاط من خلال اجتماعات جماعية أسبوعية موجهة سلوكياً وزيارات مطلوبة مخطط لها.	تدخل معالجه (تغيير) نمط المعيشة لمنع الإصابة بالداء السكري عند هنود البابيا Pima Indians زاندي الوزن وغير المصابين بالداء السكري من النساء والرجال عمر ٢٥-٥٤ سنة (العدد= ٩٥)، في ولاية أريزونا.	ناريان وآخرون ١٩٩٦ Narayan et. Al. 1996

تابع الجدول رقم (٣، ٩).

التقييم Evaluation	الوصف Description	هدف وتركز البرنامج، والمجتمع Program, focus and Population	الكاتب المؤلف Author
قسم الأفراد عشوائياً لمجموعة تحصل على مغلف الـ CARDES أو مجموعة تحصل فقط على كروت الأغذية والكتيب. تلقى كل المشاركين إرشاد موجز من اختصاصي تغذوي كما تلقوا تغذية استرجاعية (معلومات) عن ارتفاع ضغط الدم والكوليستيرول، حضر المشاركون الذين تلقوا توجيهات أو تعليقات كاملة درساً شهرياً خلال الأربع أشهر الأولى. وقد تم تتبع ٧٧٪ من المشاركين في الشهر الثاني عشر. صاحب كل من المجموعتين تحسن ملحوظ ومعنوي في مستوى الدهون لدى النساء؛ وكان للرجال في مجموعة التوجيهات الكاملة نتائج دهون أفضل؛ كما تحسن ضغط الدم لدى الذين كان لديهم ارتفاع في بداية التجربة؛ لم تختلف النواتج بسبب مستوى الجهل ولكنها ارتبطت بالتكرار الأساسي لاستخدام مواد الـ CARDES.	طورت مواد التوعية والإرشاد التغذوي لبرنامج الـ CARDES للاستخدام في منظومات عيادات خارجية (Out Patient Settings)؛ المواد الأساسية هي عبارة عن مجموعة ١٠٠ كرت عليها صور أغذية في صندوق، وتصور هذه وتصف حصص نموذجية للأغذية شائعة الاستهلاك وتشمل أغذية أئنية للأمريكان الأفارقة، ومنها كتيب صور منقولة من الكروت المشار إليها أعلاه ومعلومات تغذوية إرشادية إضافية. ومن أجل معالجة أو تدخل غير كمي، تُرمز الكروت برموز تشير إلى محتوى منخفض أو متوسط أو عالي من الدهون والكوليستيرول والصوديوم. وأيضاً أعدت سلسلة أشرطة فيديو وأشرطة سمعية لـ ١٢ برنامج تتحدث عن الأسرة الممتدة للأمريكان الأفارقة، وكل هذه تعد وتقدم لتحفيز واستحثاث تغيير السلوك وتقديم توجيهات وتعليقات تغيير تغذوي محددة في شكل موجز.	تثقيف وتوعية تغذوية حول الأمراض القلبية الوعائية للأمريكان الأفارقة ذوي خبرات أمية متنوعة العدد ٢٤٤ امرأة و ٨٦ رجلاً، متوسط أعمارهم/ أعمارهن ٥٥ سنة؛ يعاني كل المشاركين من ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع الكوليستيرول	كيومانريكا وآخرون ١٩٩٩ Kumanyika et.al, 1999

المصدر من Kumanyika, S.K., Minority populations, in Compliance in Healthcare and Research, Burke, L.E. and Ockene, I.S., Eds., Armonk, NY: Futura Publishing, 2001, Chap. 12

(٩, ٢) التعرف على وتحديد رغبات مرضاك

(9.2) Identifying your Patients Desires

كثيراً ما نفترض تفضيلات المرضى بدون أن نسألهم عن رغباتهم. على سبيل المثال: في مبادرة تحفيز صحة المرأة افترضنا أن المشاركات في الدراسة سيصبن بالدهشة والانفعال للعمل في مجموعات صغيرة لتحضير وإعداد أطباق منخفضة محتوى الدهون. بعد مسح المشاركات، وجدنا أن رغبتهم أو خيارهن الأول هو أن يرين المرشد التغذوي وهو يوضح تقنية إعداد وصفة منخفضة الدهون (كعمل إرشادي تعليمي). أصبحت هذه الرغبة البسيطة الوحيدة للمشاركات رغبة ثابتة في الجلسات الجماعية التي صممت، كما كانت سبباً رئيساً لحضورهن ومشاركتهم في الدراسة.

(٩, ٣) تحديد متطلبات (احتياجات) مرضاك

(9.3) Identifying your Patients Needs

تختلف متطلبات (احتياجات) المرضى عبر الوقت مع تغيرات في أحداث الحياة. للمحافظة على تغييرات نمط الحياة، يصبح الفهم والإدراك الجيد لمتطلبات المرضى أمراً إلزامياً. كثيراً ما يكون ضرورياً تنظيم أهداف الالتزام الغذائي وجعلها أمراً سهلاً انسياقياً بينما يجاهد ويكابد المرضى أحداث الحياة المدمرة. وإذ أن أحداث الحياة تلعب دوراً في الساحة وتؤثر على تغيير سلوكيات نمط الحياة، فلا بد أن تكون وتتميز مقدرات المرشد التغذوي بالمرونة التي تملئها الحاجة الماسة لتحقيق مستويات عالية من الالتزام الغذائي، في النهاية. يركز مثل هذا التصميم في حقيقة أن خطوة بسيطة للخلف في مستوى تحقيق الهدف (الالتزام الغذائي dietary adherence) قد تؤدي إلى زيادة مستوى الالتزام في لحظة لاحقة مع الوقت عندما تكون أحداث الحياة المؤثرة على التغذية أكثر ثباتاً وإيجابية.

(٩, ٤) تصميم (تخطيط) الاستراتيجيات

(9.4) Tailoring Strategies

توجد عدة استراتيجيات تمكن من تحقيق التزام ممتاز بالرجيم أو التوصيات الغذائية. مفتاح تحويل (نجاح) استراتيجية في تحقيق التزام بغذاء ما، هو مستوى التخطيط والتصميم الذي يستخدم لضمان أن مريضاً ما يتبع الاستراتيجية توجد أمثلة للاستراتيجيات وطرق تخطيطها وتصميمها في الجدول (٩, ٤).

الجدول رقم (٤, ٩). تخطيط استراتيجيات الالتزام Tailoring Adherence Strategies.

طرق التخطيط	الاستراتيجيات
تحضير نموذجي سريع لحلوى البارفيه ذات المكونات الأربعة	النموذج
بتضمين أو استخدام استمارتين بسيطتين للرقابة الذاتية تسمحان بالتأكد من أنواع الأغذية مثلاً، عدد حصص الفاكهة والخضروات	الرقابة الذاتية
ناقش خطة العمل، عندما يكون المريض مستعداً لهذه المرحلة، والتي تتضمن عدد مرات اختيار مشروب حمية معتاد	الادارة الذاتية

(٩, ٥) تصميم (تخطيط) الرسائل

(9.5) Tailoring Messages

كثيراً ما تكون رسائنا للمرضى عامة وليست لكل مريض بمفرده. وعلى سبيل المثال، افتراض أن الأكل في الخارج مشكلة لكل فرد وتقديم استراتيجيات لتحسين الاختيارات يكون أمراً عاماً جداً عندما يكون الأكل خارج المنزل حلاً وفقاً لوجهة نظر المرشد الغذائي، ولكن ليس وفقاً لرأي المريض. وحتى إذا نظر إلى الأكل خارج المنزل كمشكلة من قبل المريض، وحتى يكون المريض مستعداً للعمل في حل هذه المشكلة، فستكون خطة العمل إستراتيجية بلا جدوى صممت لتثبيط إحباط كل من المريض والمرشد الغذائي. يوجب التخطيط عرفان المريض بأن الفعل المستهدف عملاً قابلاً للتحقيق من وجهة نظره/ نظرها.

طور كامبيل (Campbell) نشرات شخصية (للأفراد كل بمفرده) والتي ركزت على خطة العمل حيث يحدد المريض حقل تغيير نمط الحياة التغذوي [١٢]. يوضح عمل وبحث كامبيل بأن تخطيط أو تصميم رسالة بهذه الطريقة يؤدي إلى تغيير في السلوك الغذائي.

(٩, ٦) استخدام التصميم في المنظومات الجماعية

(9.6) Using Tailoring in Group Setting

التقييم قابل للتطبيق في المنظومات الجماعية. يناقش المشاركون في مجموعات حقل تغيرات نمط الحياة التغذوي الذي يرغبون العمل فيه والذي سيصبح المحور (لعملهم). كثيراً ما يصبح الأشخاص العاملين في مجموعة ناجحة في

إجراء تغييرات في ذلك الحقل، قيادات إيجابية لأعضاء المجموعة الذين يواجهون مصاعب فيما يتعلق بإجراء التغييرات. على سبيل المثال، تقرر المجموعة التركيز على حجم الحصص. وقد تصف إحدى أعضاء المجموعة كيف استطاعت أو تستطيع تقليل حجم الحصص عندما تأكل خارج المنزل:

- فقط أقوم بطلب مغلف خذ إلى المنزل بعد طلب الوجبة ثم أقوم باستبعاد الثلث من كل شيء في طبقي

I Just ask for a take-home container after ordering my meal and then remove 1/3 of every thing on my plate.

أهمية التخطيط لمتطلبات المريض مظهر أو جانب بالغ الأهمية من جوانب الإرشاد التغذوي من أجل تغيير نمط الحياة. وتركز العوامل التي تمت مناقشتها في السابق على الجوانب (الحقول) التي يجب مراقبتها والاستجابة لها، مما يمكن من أقصى درجات النجاح بعد الاستشارة التغذوية.

المراجع

1. Baughcum, A.E. et al., Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood, *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 22, 391, 2001.
2. Melgar-Quiñonez, H. and Kaiser, L., Relationship of feeding practices to overweight to low-income Mexican American preschool-age children, *J. Am. Diet. Assoc.*, 104, 110, 2004.
3. Robinson, T.N. et al., Is parental control over children's eating associated with childhood obesity? Results from a population-based sample of third graders, *Obes. Res.*, 9, 306, 2001.
4. Wardle, J. et al., Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk, *Obes. Res.*, 10, 453, 2002.
5. Airhihenbuwa, C.O., *Health and Culture*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
6. Kumanyika, S.K., Minority populations, in *Compliance in Healthcare and Research*, Burke, L.E. and Ockene, I.S., Eds., Armonk, NY: Futura Publishing, 2001, Chap. 12.
7. Pollard, K.M. and O'Hare, W.P., America's racial and ethnic minorities, *Population Bulletin* 54.3, Washington DC: Population Reference Bureau, 1999.
8. Kumanyika, S.K. and Morssink, C.B., Cultural appropriateness of weight management programs, in *Overweight and Weight Management*, Dalton, S., Ed., Gaithersburg, MD: Aspen Publisher, 1997, 69-106.
9. Walden, T.A. et al., Obesity in black adolescent girls: a controlled clinical trial of treatment by diet, behavior modification and parental support, *Pediatrics*, 85, 345, 1990.
10. Brownell, K.D., Kelman, J.H., and Stunkard, A.J., Treatment of obese children with and without mothers: changes in weight and blood pressure, *Pediatrics*, 71, 515, 1983.
11. Women's Health Initiative Study Group, Dietary adherence in the women's Health Initiative Dietary Modification Trial, *J. Am. Diet. Assoc.*, 104, 654, 2004.
12. Campbell, M.K. et al., Improving dietary behavior: the effectiveness of tailored messages in primary care settings, *Am. J. Pub. Health*, 84, 783, 1994.