

أسلوب الحياة لدى عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء

Lifestyle among a sample of coronary artery insufficiency patients and healthy Individuals

رمزي صمادي^{1*} يوسف عدوان²

¹ مخبر سيكولوجية مستعمل الطريق، جامعة باتنة 1 (الجزائر)، ramzi.smadi@univ-batna.dz

² مخبر تطوير نظم الجودة في مؤسسات التعليم العالي والثانوي، جامعة باتنة 1 (الجزائر)، youcef.adouane@univ-

batna.dz

تاريخ القبول: 2023/12/17

تاريخ الإرسال: 2023/07/11

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين أسلوب الحياة في عوامل (التغذية، التدخين، الكحول، قلة النشاط البدني) لدى عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء، وقد أجريت هذه الدراسة على (60) فردا مقسمة بالتساوي بين مرضى قصور الشريان التاجي بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة والأصحاء بمدينة باتنة، بتطبيق استبيان أسلوب الحياة. وتوصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في عوامل أسلوب الحياة بين مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء. كلمات مفتاحية: أسلوب الحياة، التغذية، التدخين، الكحول، قلة النشاط البدني، قصور الشريان التاجي.

Abstract

This study aimed to know the differences between lifestyle factors (nutrition, smoking, alcohol, lack of physical activity) among a sample of coronary artery insufficiency patients and healthy people, This study was conducted on (60) individuals, divided equally between coronary artery insufficiency Its results revealed that there were statistically significant differences in lifestyle factors between patients with coronary artery disease and healthy people.

Keywords: Lifestyle, nutrition, smoking, Alcohol, lack of physical activity, coronary artery disease.

1- مقدمة

على الرغم من الاعتراف بأهمية التفاعل بين العقل والجسم كان منذ وقت طويل، إلا أن الاعتراف تزايد خلال العقدين الأخيرين بأهمية العمليات النفسية في خبرة الصحة والمرض، وقد كان المحفز لذلك عددا من العوامل، فبعد التحكم في الأمراض الحادة الناتجة عن العدوى ظلت وتيرة الأمراض المزمنة والأمراض القاتلة والمستفحلة ثابتة التزايد، وتشمل الأسباب المؤدية للموت في الوقت الحاضر أمراض القلب، السرطان، السكتة الدماغية، التي تتأثر جميعها بعوامل أسلوب الحياة كالتغذية والتدخين وممارسة النشاط الرياضي، يضاف إلى ذلك أن الأمراض المزمنة كالربو والسكري والتهاب المفاصل، والتي يكون الشفاء منها أقل تعلقا بعوامل أسلوب الحياة يعيش الناس أعواما في محاولة التغلب على الأمراض الجسمية والأوجاع الإنفعالية المرتبطة بها.

وقد أعلن اهتمام العلماء بهذه القضايا ظهور علم نفس الصحة، ليصف تطبيقات النظريات والممارسات النفسية على مشكلات الصحة الجسمية، والتي تبناها قسم علم نفس الصحي في جمعية علم النفس الأمريكية انطلاقا من مقترحات جوزيف مатарازو الذي اعتبر علم نفس الصحة، بأنه مجموع الإسهامات التربوية والعلمية والمهنية لعلم النفس في تحسين الصحة والإرتقاء بها ومنع الأمراض وعلاجها وتحديد المتعلقات التشخيصية والخاصة بأسباب المرض والإضطرابات المتعلقة بها وتحليل وتحسين نظم الرعاية الصحية وصياغة السياسة الصحية. (ليندازي و بول، 2000، صفحة 567)

هذا، إضافة إلى مجال الطب السلوكي كذلك، والتي تؤكد دراساته العلمية أن تجاهل الفرد للارتباطات بين مشكلاته الصحية من جهة، ونمط سلوكه من جهة أخرى من شأنه أن يعرضه لمخاطر صحية في المستقبل، ونظرا للدور الحيوي للسلوك في صحة الفرد الفزيولوجية خصص الأطباء والعلماء فرعا علميا جديدا يعرف بعلم الاوبئة السلوكية. (يخلف، 2001، صفحة 25)

ونظرا لحدثة علم نفس الصحة في الجزائر، تطرق الباحثان إلى إحدى اهتماماته في محاولة منهما لتسليط الضوء عليه، مما قد يمهد الطريق أمام الدراسات والأبحاث فيه مستقبلا. في بيئتنا المحلية لتكون مراجع علمية له في ظل ندرتها، إذ تعتبر هذه الدراسة حسب حدود علم الباحثين الأولى من نوعها محليا من خلال ما تطرحها وفق المحددات المنهجية لها تكتسب أهميتها وماتكشف عنه من نتائج يؤدي إلى فتح آفاق جديدة، وإثارة أسئلة متنوعة، واستكشاف مشكلات مختلفة ربما يتاح أن تجد إجابات علمية مناسبة حين تخضع للمناقشة من طرف المختصين المهتمين بهذا الموضوع.

ولعلّ ما سبق هو ما وجّه هدف الدراسة الأساسي نحو محاولة في معرفة أوجه التباين بين عوامل أسلوب الحياة (التغذية، التدخين، الكحول، قلة النشاط البدني) ومرض قصور الشريان التاجي لدى عينة أفراد الدراسة، التي تكونت من مجموعتين إحداهما أفرادها مصابون بمرض قصور الشريان التاجي والأخرى أصحاء، وهذا من خلال تطبيق استبيان أسلوب الحياة الذي تمّ إعداده من طرف الباحثان، ولقد كشفت نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في عوامل أسلوب الحياة بين مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء.

2- اشكالية الدراسة

بالرغم من أهمية تأثير العوامل البيولوجية والبيئية في صحة الإنسان، إلا أن الأسلوب الذي يعتمده في حياته والعادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية، حيث تشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة، كما توصلت العديد من البحوث الطبية والعلمية في العقود الأخيرة إلى تحديد العوامل المؤثرة على صحة الانسان وتم تصنيفها الى الوراثة، البيئة، النظام الصحي أو الطبي، ونمط الحياة.

هذا الأخير الذي اكتسب أهمية كبيرة في الدراسات البوئية في مجال الصحة العامة، حيث تعتبر بعض الممارسات الصحية كالعادات الغذائية، النوم، النشاط البدني، من العوامل الأكثر تأثيراً في الصحة والمرض لدى المجتمعات المعاصرة. (يخلف، 2001، صفحة 19).

إذ تشير منظمة الصحة العالمية أن الأمراض المزمنة انتشرت بشكل وبائي نتيجة للتغير الاجتماعي والتحديث الصناعي وعولمة أنماط السلوك. (Shabé, 2001, p. 11)

لكن من الصعب تقييم المدى الذي يتضمنه كل نمط من أنماط الحياة من تهديد للصحة، التي غالباً ما تظهر كمجموعة متجانسة، والفرد الذي لديه سلوكيات التدخين والكحول، هناك احتمال أكبر أن ينخرط في عادات غير جيدة لتناول الطعام وممارسة غير ملائمة للرياضة. كما أن بعض عوامل الخطر تتضمن إمكانية أكبر لإتلاف الصحة من غيرها، فالممارسة الغير آمنة للجنس عامل أساسي في الإيدز، بالإضافة إلى ذلك يقدر أن ربع الوفيات الناتجة عن السرطان هي مما يمكن تجنبه من خلال تعديل عادات التدخين. (ليندازي و بول، 2000، الصفحات 568-569)

الذي يعتبر أيضاً عامل سببي قوي للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، إذ تبلغ الوفيات الناتجة عنه ثلاثة أضعاف من غير المدخنين، وباجتماعه مع عوامل الخطر الأخرى كارتفاع الكولسترول يؤدي الى زيادة مخاطر مرض الشرايين التاجية، ارتفاع الضغط الشرياني، الإحتناق الصدري إنسداد شرايين الدماغ، تصلب شرايين الساقين. (Shabé, 2001، صفحة 148)

إضافة إلى زيادة وفيات الأطفال عند الولادة أو في الرحم، والاصابة بالورم الدموي في غشاء الجنين بنسبة ستة أضعاف لدى المرأة الحامل المدخنة. (زيدات، 2001، صفحة 71)
إلى الكحول الذي تجددت صناعاته وانتشرت بشكل واسع، وتأثيراته السيئة على صحة الأفراد والكبد، وهذا ما أكدته الدراسات المثبتة علمياً. (مصباح، 2004، صفحة 115)
كما أن اتباع نظام غذائي غير متوازن ومفرط يسبب العديد من الأمراض كالسرطان، القلب، السكري، إضافة للمشكلات الصحية الأكثر تعقيداً كالسمنة لدى الأفراد الذين يعيشون حياة رتيبة قليلة الحركة والنشاط من انخفاض حجم الدم وتأثيراته القلبية. (فطامي وآخرون، 1997، صفحة 71)

وإن الإفراط في النشاط البدني يزيد من معدل الوفيات لدى الأفراد بالأمراض القلبية. (مجموعة من الباحثين، 1997، صفحة 235)
ومجمل ما تم التطرق، والتي تشير إلى دور العوامل المختلفة للسلوك في الصحة والمرض، فقد تتعدد العوامل وتختلف التأثيرات.

ومن هنا جاءت هذه الدراسة الحالية، انطلاقاً من التساؤل المبدئي الآتي، وهو التساؤل الذي تشكل الإجابة عنه المحور الأساسي لها: هل توجد فروق في أسلوب الحياة بين عينة من مرضى قصور الشريان والأصحاء؟
3-فرضيات الدراسة:

إرتأى الباحثان أن تتم معالجة إشكالية هذه الدراسة، من خلال اختبار الفرضيات التالية:
- يختلف عامل التغذية اختلافاً دالاً بين الأصحاء ومرضى قصور الشريان التاجي.
- يختلف مرضى قصور الشريان التاجي في عامل التدخين عن الأصحاء اختلافاً دالاً.
- يختلف مرضى قصور الشريان التاجي عن الأصحاء في عامل تعاطي الكحول اختلافاً دالاً.
- يختلف عامل قلة النشاط البدني بين كل من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء اختلافاً ذا دلالة.

4-تحديد مصطلحات الدراسة:

1-4- أسلوب الحياة:

مجموعة الأساليب السلوكية الإيجابية أو السلبية التي يتبناها الأفراد في حياتهم اليومية والتي تنعكس على صحتهم وهي عديدة ومتنوعة.
والباحثان في هذه الدراسة تطرقا إلى عوامل أسلوب الحياة المتمثلة في: التغذية، التدخين، الكحول، قلة النشاط البدني.

2-4- مرض قصور الشريان التاجي:

عبارة عن تضيق في الجدران الداخلية للشريان التاجي، نتيجة ترسب الدهون ومواد أخرى، إذ تشكل صفائح به، مما تؤدي إلى تقليل تدفق كمية الدم والأكسجين في عضلة القلب، ومن أشكاله الذبحة الصدرية وجلطة القلب.

5- النماذج النظرية المفسرة لتغيير أسلوب الحياة:

هناك نظريات عديدة حول تغيير نمط الحياة، ومنها نظرية فشبين في السلوك المبرر ونموذج المعتقدات الصحية للذات كانا منطلقا للدراسة الحالية.

1-5- نموذج فشبين في السلوك المبرر:

هذا النموذج الذي يحدد العلاقة بين كل من المعتقدات، المواقف، المعايير، النية، سلوك الأفراد. (Fishbein & Ajzen, 1975, p. 302) يذهب إلى أنّ قدرا كبيرا من سلوكنا يخضع للتحكم الإرادي ومحكوم بالمقاصد، وتتأثر المقاصد بكل من اتجاهاتنا نحو هذا السلوك والمعايير الذاتية حول مدى ملاءمته، وتتشكل المعايير الذاتية مما يعتقد أن الناس يعتبرونه السلوك الملائم (المعتقدات المعيارية) ودافعيتنا للإذعان لهذه المعايير فمثلا إذا قصدت التوقف عن التدخين لكي أصبح أكثر صحة وأعتقد ان تغييرا سلوكيا سيؤدي إلى النتيجة المرغوبة وأن الأشخاص المهمين بالنسبة لي سيؤيدون سلوكي فسيكون لدي قصد قوي لهذا السلوك.

وعلى الرغم من أن نموذج فشبين استخدم للتنبؤ بمجال عريض من السلوك، إلا أن استخدامه محدود في مجال السلوك المتعلق بالصحة، وهناك بعض البحوث التي اوضحت امكانية تطبيق النموذج للتنبؤ بقصد ممارسة سلوك معين وفي التغذية من الزجاجة مقابل الرضاعة الطبيعية.

وقد عرض (Ajzen & Madden) في فترة احدث صورة معدلة من النظرية يشار اليها باعتبارها نظرية السلوك المخطط، ويقترحان فيها ضرورة تعرف مدركات الأفراد نحو التحكم في السلوك المستهدف، بالإضافة إلى الإتجاهات والمعايير الذاتية وهو مكون شبيه بمفهوم باندورا حول الكفاءة الذاتية.

وتوفر نتائج دراسة حديثة حول سلوك ممارسة الفحص الذاتي للخصية بحثا عن سرطان الخصية دعما لتعديلات النظرية، وقد ارتبط إجراء الفحص الذاتي للخصية جوهريا بالاتجاهات نحو القيام بهذا الفحص والمعايير الذاتية، وباحتمال أن الاشخاص الاخرين المهمين لدى الشخص يرغبون في قيامه بهذا الفحص في الوقت الذي تؤدي فيه الاعتبارات الخاصة بالكفاءة الشخصية المدركة (الثقة في القدرة على القيام بفحص الخصية) ومعرفة طريقة الفحص الى تحسن التنبؤ بالقصد.

وعلى الرغم من ذلك فإن احدى مشكلات النظرية أنها لا تضع في الاعتبار القرارات الغير منطقية التي يتخذها الناس حول صحتهم مثل الفشل في السعي الى العلاج الطبي عند ظهور

أعراض المرض، وكذلك أن المقاصد والسلوك ليس مرتبطين بالضرورة بمعنى أن السلوك لا يتبع دائما القصد أو النية ومن المؤكد أن العلاقة بينهما يمكن ان يتوسطهما مجال من العوامل التي تتضمن الخبرات الأولية والتاريخ السابق لممارسة السلوك الصحي. (ليندازي و بول، 2000، الصفحات 570-571)

2-5- نموذج المعتقدات الصحية:

يعتبر من النماذج التي يعتمد عليها في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية، وتحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي مما سيساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أكثر دقة وفعالية في التنفيذ. (يخلف، 2001، صفحة 21)

فالسلك الصحي في هذا النموذج يعتبر وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة. (سامر، 2002، صفحة 142)

إن احتمال تنفيذ السلوكيات الوقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقدير الأفراد لخطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، وهكذا حسب هذا النموذج ينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعتين ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك المرض عالي، وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة ويتم تنفيذ مثل هذا السلوك على وجه الخصوص عندما تتوفر عدد من الشروط التالية:

- عندما يدرك الفرد ويقتنع أن عدم ممارسته للنشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الاصابة بالمرض.

-قد تكون هناك عواقب وخيمة لإمتناع الفرد عن اتخاذ اجراءات وقائية.

- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية.

- تكون فناعة ذاتية بأن ممارسته للنشاط الوقائي ستسفر عنه النتائج الإيجابية المتوقعة.

- أن تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الوقائي وتعززه. (يخلف، 2001، صفحة 22)

وقد أدى هذا النموذج إلى قدر كبير من البحوث التي دعم الكثير منها التنبؤات المستخلصة منه، وبالنظر الى سلوك تحسين الصحة اتجهت البحوث نحو قضايا مثل المشاركة في برامج فحص سرطان عنق الرحم والحد من عوامل الإقلاع عن التدخين وتغيير عادات التغذية، ومن خلال مراجعة 24 دراسة في هذا المجال من طرف الباحثين، استخلص جانس وبيكر أن نية اتخاذ إجراء وقائي أرجح لدى أولئك الذين يعتقدون أنهم أكثر حساسة للظروف الصحية موضوع التساؤل، وأن المرض المتوقع ستكون له تأثيرات خطيرة وأن مزايا القيام بإجراءات وقائية تفوق التكاليف، وهناك تقارير حول النتائج المشابهة في ضوء المدى الذي يذعن به الناس للنصيحة العلاجية.

يضاف إلى ذلك ما أوضحته البحوث أن مؤشرات القيام بإجراء مثل تذكر إجراء فحص ذاتي للثدي تؤثر في قرارات الشخص للقيام بإجراء وقائي.

وعلى الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج والبحوث التي حفزها، إلا أنه لم يسلم من النقد مثال ذلك أنه لا يضع في الحسبان السلوك المتعلق بالصحة كغسل الأسنان الذي يقوم به الناس بشكل معتاد، وثانيا لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات في النموذج مثل الحساسية الإدراكية أو الخطورة، ولا شك أن هذا الأمر هو المسؤول عن النتائج المتباينة في مجال الدراسات. وحقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات، وثالثا وكما هو الحال بالنسبة لنظرية السلوك المبرر لا يضع في الحسبان حقيقة أن تكلفة ومزايا تعديل السلوك يمكن ان تتباين عبر الزمن.

هذا، بالإضافة أن النظريتين يفترضان عقلانية اتخاذ القرار أي أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة في سلوك معين وتعديل سلوكهم وفقا لذلك بعناية، وكما توجي عديد من الدراسات فان اتخاذ الناس القرارات يميل إلى الانحراف عن العقلانية، وتشير الكثير من نتائج البحوث الى أن الناس متفائلون فيما يخص صحتهم بشكل غير واقعي (التفاؤلية الغير واقعية) ولديهم خبرة ضئيلة بالتهديدات الصحية، ونحن نعطي تقييما أقل لاستهدافنا بالمرض، أو نجد أنه من الصعب تصور ما يمكن أن يكون عليه مرض خطير، والواقع أن تعديل السلوك يحدث غالبا نتيجة لعوامل أقل تحديدا. (ليندازي و بول، 2000، الصفحات 571-572)

6- النموذج البيو نفسي اجتماعي المفسر للإصابة بالأمراض القلبية:

توجد نماذج عدة مفسرة للإصابة بالأمراض القلبية ومن بينها:

- نموذج سميث وأندرسون التبادلي (Le modèle transactionnel de Smith et Anderson. 1986).

- نموذج كونرادا التكامل (Le modèle intégratif de Contrada, 1990)

- نموذج غلاس في التحكم (Le modèle du contrôle de Glass 1977)

وفي مقال علي مطول ضمن هذا السياق استطاع سميث (Smith 1992) اقتراح ثلاث افتراضات ممكنة حول تأثير الشخصية على النشاط القلبي الوعائي، وهي التفسير النفسي الفيزيولوجي، وفرضية الاستعداد النفسي الاجتماعي، وفرضية السلوك الصحي، هذا الافتراض الأخير هو الذي يتماشى مع أهداف الدراسة الحالية.

6-1- التفسير النفسي الفيزيولوجي:

إنّ العدائية قد تسبب الأمراض القلبية الوعائية وغيرها من الأمراض العضوية الأخرى، من خلال ارتباطها المباشر بالاستثارة النفسية الفيزيولوجية الشديدة بين كل من الجهاز القلبي الوعائي والجهاز العصبي الهرموني، فذوي الشخصية العدائية يظهرون ارتفاعا كبيرا في مستوى

ضغط الدم وزيادة في دقات القلب وزيادة في إفراز هرمونات الضغط كالأدرينالين في مواجهة للضغوط المحتملة التي تلاحقهم، ونظرا لميلهم الشديد للاستجابة بغضب وتوتر علاقاتهم الدائم مع الآخرين يحتمل أن يتسبب كل هذا في استثارة نفسية فزيولوجية كبيرة التي تكون سببا في ظهور أعراض قلبية وعائية قد تتطور إلى أمراض قلبية في المستقبل.

2-6- الاستعداد النفسي الاجتماعي:

فالمشكلات الصحية التي يتعرض لها ذوي الشخصية العدائية تنجم عن الصراعات الحادة والدائمة في علاقاتهم الزوجية والمهنية، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالأمراض القلبية.

3-6- السلوك الصحي:

فالأفراد في تبنيهم عادات أو سلوكيات غير صحية، نراهم غالبا يتجنبون النشاط الرياضي ويدخنون بشراهة، إلى الإدمان الكحولي وإلى نمطهم الغذائي الغير صحي وإهمالهم للسلوكيات الصحية الوقائية كنظافة الفم والأسنان ومراجعة الطبيب لإجراء الفحوصات الدورية. فالدراسات التي فحصت العلاقة بين العدائية والسلوك الصحي وجدت ارتباطا وثيقا بينهما مما يؤكد صحة فرضية السلوك الصحي. (يخلف، 2001، الصفحات 79-80)

7- إجراءات الدراسة:

1-7- حدود الدراسة:

هناك جملة ملاحظات أساسية ترتبط بموضوع الدراسة، إذ تعتبر بمثابة حدود لها عند التعامل مع النتائج المتحصل عليها من أجل تحقيق أدنى شروط الموضوعية التي يجب أن تتوفر في إجراء البحوث العلمية وهي:

أ- خصوصية العينة من حيث التمثيل هذا من جهة، ومن جهة أخرى انحصرت في مدينة باتنة وبمدي انعكاسات البيئة المحلية لدى الإناث المرضى والأصحاء في عاملي التدخين والكحول، والتي تم التطرق إليها مفصلا في مناقشة النتائج.

ب- المدة الزمنية التي يمكن أن تكون لها أثارها على نتائج الدراسة.

ج- القدرة التنبؤية لأدوات الدراسة وبمدي فاعلية الأساليب الإحصائية المستخدمة.

ومن هذا المنطلق يرى الباحثان أن استخدام نتائجها خارج حدودها يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار.

2-7- المنهج:

تمّ الاعتماد في إنجاز الدراسة على أحد التصميمات غير العشوائية من نوع تصميمات ما بين المجموعات، وذلك لأنّ هذه الدراسة هدفت إلى الكشف عن بعض الفروق المتوقعة في أسلوب الحياة لدى مجموعة تتكوّن من مرضى قصور الشريان التاجي ومجموعة أخرى تتكوّن الأصحاء.

3-7- العينة:

أجريت الدراسة على عينة قوامها (60) فردا، تم اختيارهم بطريقة قصدية، وموزعة بالتساوي بين (30) مريضا بقصور الشريان التاجي، يتلقون العلاج في مصلحة أمراض القلب بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة و(30) فردا من الأصحاء يقيمون في مدينة باتنة، والجدول التالي توضّح خصائص هذه العينة.

الجدول رقم (01): يمثّل توزيع عينة المرضى حسب الجنس والسن

النسبة (%)	المجموع	إناث	ذكور	الجنس السن
10.00	03	02	01	39-30
13.33	04	02	02	49-40
23.33	07	04	03	59-50
26.66	08	02	06	69-60
20.00	06	04	02	79-70
06.66	02	01	01	89-80
100	30	15	15	المجموع

الجدول رقم (02): يمثّل توزيع عينة المرضى حسب مدة الإصابة

النسبة (%)	العدد	مدة المرض
13.33	04	أقل من عامين
50.00	15	من 2-5 سنوات
36.66	11	6 سنوات فأكثر
100	30	المجموع

النسبة (%)	المجموع	قلة النشاط البدني	الكحول	التدخين	التغذية	العوامل الجنس
62.44	931	167	103	254	407	الذكور
37.55	560	171	0	0	389	الإناث
100	1491	338	103	254	769	المجموع

الجدول رقم (03): يمثّل توزيع عينة المرضى حسب عوامل أسلوب الحياة

أسلوب الحياة لدى عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء

الجدول رقم (04): يمثل توزيع عينة الأصحاء حسب الجنس والسن

الجنس السن	ذكور	إناث	المجموع	النسبة (%)
39-30	00	04	04	13.33
49-40	02	02	04	13.33
59-50	04	04	08	26.66
69-60	03	02	05	16.66
79-70	02	03	05	16.00
89-80	03	01	04	13.33
المجموع	15	15	30	100

الجدول رقم (05): يمثل توزيع عينة الأصحاء حسب عوامل أسلوب الحياة

العوامل الجنس	التغذية	التدخين	الكحول	قلة النشاط البدني	المجموع	النسبة (%)
الذكور	407	254	103	167	931	62.44
الإناث	389	0	0	171	560	37.55
المجموع	769	254	103	338	1491	100

4-7- أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية:

تم تصميم استبيان أسلوب الحياة من قبل الباحثان، وتعد مبررات ذلك إلى قلة الاستبيانات لعوامل أسلوب الحياة المراد دراستها لدى مرضى الشريان التاجي وفق علم نفس الصحة، ويضم (32) وفق (04) محاور (عوامل) وهي :

- التغذية: 2- 6 - 10-14-18--22-26-30

-التدخين: 3-7-11-15-19-23-27-31

-الكحول: 4- 8-12-16-20-24-28-32

-قلة النشاط البدني: 1-5-9-13-17-21-25-29

وتتم الإجابة على بنود الاستبيان وفق بدائل خمسة كما يوضحها الجدول رقم (06):

الجدول رقم (06): يمثل بدائل عوامل أسلوب الحياة

لا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
0	1	2	3	4

- تم حساب ثبات إستبيان أسلوب الحياة وفق طريقة التجزئة النصفية لكل عامل من العوامل الأربعة التي يقيسها وكانت النتيجة كما يوضحها الجدول رقم (07)

الجدول رقم (07): يوضح ثبات استبيان أسلوب الحياة

العوامل	معامل الثبات	R الجدولية	مستوى الدلالة
التغذية	0.76	0.41	عند 0.05
التدخين	0.61	0.51	0.01
الكحول	0.70		
قلة النشاط البدني	0.58		

نستنتج من الجدول رقم (07) أن المعاملات الأربعة للارتباط الخاصة باستبيان أسلوب الحياة دالة إحصائيا عند 0.05 و 0.01 وهو ما يعني أن أبعاد الإستبيان ثابتة. كما تم حساب الصدق لهذا الاستبيان بطريقة صدق الاتساق الداخلي بحساب معاملات الارتباط بين المحاور (العوامل) والدرجات الكلية للاستبيان كما يوضحها الجدول رقم (08) الجدول رقم (08) : يوضح صدق الاتساق الداخلي لإستبيان أسلوب الحياة .

العوامل	معامل ارتباطه	R الجدولية	مستوى الدلالة
التغذية	0.61	0.41	عند 0.05
التدخين	0.74	0.51	0.01
الكحول	0.69		
قلة النشاط البدني	0.56		

نستنتج من الجدول رقم (08) أن المعاملات الأربعة الخاصة باستبيان أسلوب الحياة دالة إحصائيا عند 0.05 و 0.01 وهو ما يعني أن أبعاد الإستبيان صادقة.

5-7- الأساليب الإحصائية:

-معامل بيرسون للارتباط لحساب صدق وثبات الإستبيان.

-اختبار (T) لتحديد الفروق بدقة بين عينة مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء.

8- عرض النتائج:

الجدول رقم (09) : يوضح الفروق في عوامل أسلوب الحياة لدى عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء.

المقاييس الإحصائية العوامل	م	ع	ن	(T) المحسوبة	درجة الحرية	(T) الجدولية
التغذية	52.06	43.26	30	05.53	14	02.97 عند مستوى دلالة 0.01
التدخين	16.93	05.80	30	04.23		
الكحول	0	06.86	30	02.51		
قلة النشاط البدني	22.23	22	30	02.26		
						02.14 عند مستوى دلالة 0.05

9- تفسير النتائج:

-تفسير نتائج الفرضية الأولى:

تحققت الفرضية والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة احصائية في عامل التغذية بين عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء، فمن خلال الجدول رقم (09) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية وهي دالة احصائيا وهو ما يعني صحة الفرضية.

-تفسير الفرضية الثانية:

تحققت الفرضية والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة احصائية في عامل التدخين بين عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء، فمن خلال الجدول رقم (09) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية وهي دالة احصائيا وهذا ما يعني صحة الفرضية.

- تفسير الفرضية الثالثة:

تحققت الفرضية الثالثة والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة احصائية في عامل الكحول بين عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء، فمن خلال الجدول رقم (09) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند درجة حرية (14) ومستوى الدلالة (0.01) ما قيمته (02.97) غير دالة في هذه الدرجة بينما في مستوى الدلالة (0.05) ما قيمته (02.14) دالة احصائيا وهو ما يعني صحة الفرضية.

-تفسير الفرضية الرابعة:

تحققت الفرضية والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة احصائية في عامل قلة النشاط البدني بين عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء، فمن خلال الجدول رقم (09) يتضح أن قيمة (ت) المحسوبة اصغر من قيمة (ت) الجدولية والتي تساوي عند درجة حرية (14) ومستوى الدلالة 0.01 ما قيمته (02.97) غير دالة في هذه الدرجة بينما في مستوى الدلالة (0.05) ما قيمته (02.14) دالة احصائيا وهو ما يعني صحة الفرضية.

10- مناقشة النتائج:

من خلال نتائج الدراسة الحالية، وكذلك الإطار النظري لها نجد أن كل من المعتقدات، المواقف، المعايير، النية، سلوك الأفراد قد تنعكس عليهم بالإيجاب أو السلب، كما أنها تتفق مع (Rutten) في أن المحيط الاجتماعي الثقافي يضطلع بدور هام وفعال جدا في أسلوب الحياة (Agence de santé publique du Canada, 2006)

كما دلت نتائجها من خلال الجدول رقم (09) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في عوامل أسلوب الحياة بين عينة من مرضى قصور الشريان التاجي والأصحاء، ففي عامل التغذية نجد أن مرضى قصور الشريان التاجي لديهم نمط غذائي سلبي من إفراط في تناول الأغذية المشبعة بالدهون وعدم الالتزام بنظام غذائي صحي رغم إدراكهم لأهمية ذلك، إضافة إلى نقص النشاط البدني من الحركة اليومية العادية وأما التمارين الرياضية فمنخفضة سواء للمرضى أو الأصحاء وهذا راجع للسن وللثقافة المحلية.

إضافة إلى ما لاحظته الباحثان أن بعض مرضى قصور الشريان التاجي يكون لديهم في بداية الاستشفاء أو عند حدوث مضاعفات سواء داخل المركز الاستشفائي أو في الوسط العائلي التزام صحي، لأن النظام الغذائي يتم مراقبته بطريقة غير مباشرة من طرف الطاقم الطبي وتوجيهات لأفراد الأسرة، ولكنه ينحدر مع مرور الوقت في اتباعهم نظام غير صحي كما كان قبل الإصابة بالمرض مما يزيد من التعقيدات المرضية وهكذا الحال بالنسبة لعامل التدخين، وهنا يتضح دور الدعم الأسري الفعال الذي يعتبر مصدر هام للكفاءة الذاتية في الوقاية وهوما تتفق مع دراسة (Melland & al) حول دور فاعلية الذات في تغيير السلوكيات المضرة بالصحة خصوصا على الصحة القلبية الوعائية. (يخلف، 2001، صفحة 114)

ومن جهة أخرى فإن أعراض مرض قصور الشريان التاجي بالنسبة لبعض الأصحاء من أفراد العينة غير موجودة لكنهم قد يصابون بمختلف الأمراض المزمنة مستقبلا عموما وإلى الأمراض القلبية خصوصا إذا لم يعملوا بإجراءات وقائية وإلى ممارسات تحافظ على صحتهم، وهو ما يتفق مع ما أشار إليه (Sarafino) حول السلوك الصحي الذي يمارسه الفرد بهدف

الوقاية من المرض أو لغرض التعرف عليه أو تشخيصه في المرحلة المبكرة وفق ثلاثة أبعاد، البعد الوقائي والحفاظ على الصحة والإرتقاء بالصحة. (يخلف، 2001، صفحة 20)

بينما بعض الأصحاء الآخرين لديهم ممارسات صحية شخصية من تناول إفطار الصباح يوميا وانتظام الوجبات الغذائية وممارسة النشاط البدني والنوم الصحي الكافي وعدم التدخين وتناول المشروبات الكحولية، وبذلك تتفق مع نتائج دراسة (Breslow & Belloc) (يخلف، 2001، صفحة 22)

وأما عامل الكحول لم يصادف الباحثان أي حالة عند إجراء الدراسة لدى المرضى، وقد يرجع ذلك إلى عدد أفراد العينة وخصائصها التي قد تكون غير ممثلة للمجتمع الأصلي بالنسبة للمرضى أو الأصحاء على حدّ سواء، و من جهة أخرى عامل حاسم يرتبط بالثقافة والبيئة الإجتماعية يكون ذا أثر نوعي في ورود النتائج المتعلقة بعامل الكحول بهذه الصورة لكنها موجودة وفي مختلف المراحل العمرية، والتي أكدها نظام المراقبة (stepwise,2003) الذي يعتبر من البرامج التي تساعد على مراقبة الأمراض المزمنة في الجزائر ومدى انتشار سلوكيات الخطر المسببة والمهددة لصحة الأفراد .

كذلك هذه الدراسة تتفق مع ما ورد في التقرير الخاص بالصحة لمنظمة الصحة العالمية في أن الامراض القلبية الوعائية سبب الوفاة في العالم نتيجة التدخين والكحول و الكولسترول، أو أنها عوامل مجتمعة. (منظمة الصحة العالمية، 2002، صفحة 8).

وبالتالي اعتماد أسلوب الحياة الصحي من خلال إعطاء مكانة أكبر للعوامل المحددة له في طريقة العيش المبنية على نماذج سلوكية معروفة ومحددة بالتفاعل بين الخصائص الشخصية والعلاقات الاجتماعية وشروط الحياة الاجتماعية الاقتصادية المحيطة بالفرد، وهذا يتطلب نوعا من الاعتقاد والإلتزام وضرورة اتباعه لما له من دور في تحقيق الفوائد الصحية والمساهمة في الوقاية والتدخلات الأولية للرعاية الصحية.

11-خاتمة:

إن موضوع هذه الدراسة يستند إلى مبدأ أساسي يفترض بكل وضوح وجود علاقة بين الشخصية والسلوك الصحي، فالشخصية من خلال متغيراتها وأبعادها المختلفة لها دور هام في تكوين العادات الصحية التي تنعكس إيجابا أو سلبا.

ولقد اتضح أن هناك العديد من العوامل المعرفية والنفسية والاجتماعية التي تدخل في تحديد نوع السلوك، هذه العوامل هي نفسها التي تشكل المحتوى النظري لمختلف النماذج المفسرة للعلاقة بين السلوك والصحة والتي يطرحها علم نفس الصحة من نموذج (فشين) في السلوك المبرر أو ما اقترحه (Ajzen & Madden) في فترة أحدث صورة معدلة منه والتي يشار إليها بالسلوك المخطط، وكذلك نموذج المعتقدات الصحية وغيرها، إلى النموذج البيو نفسي

اجتماعي المفسر للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية وهو ما يتفق مع هذه الدراسة، والتي عند إجرائها صادفت الباحثان جملة من الملاحظات تم ذكرها في المقترحات.

12- مقترحات الدراسة:

- لقد أشارت الدراسة الحالية لإحدى اهتمامات علم نفس الصحة وأثارت مشكلات، يمكن أن تكون مواضيع لدراسات مستقبلية، ومن كل ذلك يقترح الباحثان ما يلي:
- 1- إجراء المزيد من الدراسات بين أسلوب الحياة والمشكلات الصحية.
 - 2- البحث في العلاقة بين أسلوب الحياة والأمراض القلبية.
 - 3- البحث في علاقة الكفاءة الذاتية بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
 - 4- البحث في مصدر الضبط الصحي لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
 - 5- البحث في كيفية إعداد برامج التربية الصحية في بيئتنا المحلية.
 - 6- البحث في كيفية إعداد برامج التربية العلاجية لمرضى قصور الشريان التاجي خصوصاً والأمراض القلبية الوعائية عموماً.
 - 7- البحث في النموذج البيونفسي اجتماعي وفق النماذج العالمية الحديثة.

قائمة المراجع

اولا المراجع باللغة العربية

1. سامر جميل رضوان. (2002). الصحة النفسية. عمان الأردن: دار المسيرة.
2. مصباح عبد الهادي. (2004). الإدمان: الدار اللبنانية المصرية.
3. يخلف عثمان. (2001). علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الدوحة: دار الثقافة.
4. زيدان كرم. (2001). التدخين: مكتبة لبنان ناشرون.
5. ليندازي، و بول. (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. ترجمة صفوت فرج. القاهرة: دار الانجلو. مصرية.
6. مجموعة من الباحثين. (1997). علم وظائف الأعضاء وعلاقته باللياقة البدنية. ليبيا: منشورات جامعة السابع أفريل.
7. فطامي نايفة، وآخرون. (1997). علم النفس الطفل. عمان الأردن: دار الأرز.
8. منظمة الصحة العالمية. (2002). التقرير الخاص بالصحة العالمية. <https://iris.who.int/handle>. (Mars,2006)

ثانيا المراجع باللغة الاجنبية

1. Agence de santé publique du Canada, (2006), *la santé de la population - mode*
2. *de la vie sain*//www.phac -aspc.gc.américan psychological.
3. Fishben.m& ajzen.i, (1975), *belief -attitude-intention and behavior an*

4. *introduction to theory and research reading* ,addition on wesley. Shabé.s.(2001),*handbook of cultural health, psychology//* www.grand
5. dictionnaire terminologique.com
6. Steps Oms, Algérie(2003), *steps_country_data/algeria.pdf* <http://afro.who.int/cdp/documents>. (Mai,2006)