

الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة

د. رمضان زعوط

أ.د. عبد الكريم قريشي

جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر)

Abstract:

Chronic diseases are strong burden for individuals and societies; they are the first cause of mortality in the industrial world and developing countries as Algeria where the epidemiologic transition attends that chronic diseases become a community health problem. Thus, the prevalence of diabetes and hypertension reached alarming threshold. These are life style and behaviour related diseases. Physicians expect that 60% of these chronic conditions' prevalence can be decreased only by changing health behaviours.

The aim of the present study is to explore attitudes towards health behaviour in chronic patients and their relationship with religiosity. We hypothesized that chronic patient attitudes towards health behaviour may be negative. To assess health behaviour attitude we construct an Arabic version questionnaire. Other instrument such as Mahdi's religious behaviour scale are used.

Results show that 54% of chronic patients adopt negative attitude towards health behaviour; diabetic patients have a positive behaviour(53%) compared with negative one of hypertensive patients(38%).

Attitude towards health behaviour changed according to sex, age, social economic status and chronicity. Attitude was negative among hypertensive old women with low socioeconomic status. The correlation between attitude and the religiosity is positive(R=0.43).

Key words: chronic disease, attitude, health behaviour, religiosity.

1- مقدمة:

نعيش في بداية الألفية الثالثة للميلاد تغيراً وبائياً واضحاً في خريطة الأمراض التي تصيب البشر من حيث النوعية والخطورة والإزمان وعبء المرض، سواء في العالم المتقدم حيث تظهر هذه النقلة الوبائية جلية أو في العالم النامي مثل ما يحدث في الجزائر. لقد كان السبب الرئيسي للوفيات في بدايات القرن الماضي هو الأمراض المعدية مثل السل الرئوي والزكام والتهابات الرئة والإسهال، أما اليوم فإن أمراضاً مثل السرطان أو أمراض القلب أو السكتة الدماغية أو السكري وحوادث الطرقات هي المتسبب الرئيس في الوفيات (الكندري، 2003).

ورغم أن هذا التغير الوبائي ومراحله تخص المجتمعات الغربية الصناعية بالدرجة الأولى، ومع تقديرنا للسياق الاجتماعي والظروف الحضارية والعوامل النفسية الاجتماعية والثقافية المميزة لتلك المجتمعات إلا أن الملاحظة المتأنية في الخريطة الوبائية للدول النامية تشير إلى أننا معنيون بهذا التغير في نوعية الأمراض والعبء الفادح الذي تضعه على عاتق الأفراد وهيئات الرعاية الصحية ومؤسسات الدولة، حيث نلاحظ هذا التحول الوبائي في الجزائر منذ بداية تسعينيات القرن الماضي (MSP, 2005). ففي دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية في 1990 اتضح أن أهم الأمراض المنتشرة في عينة البحث هي: أمراض القلب والأوعية وخاصة ارتفاع ضغط الدم، ثم السكري، وأمراض التنفس المزمنة و السرطان وغيرها. وهو ما أكدته الدراسة العربية المشتركة لصحة العائلة PAPFAM سنة 2002 حيث برزت أهمية ارتفاع ضغط الدم، والسكري والربو، وارتفاع دسم الدم، والأمراض التنفسية وأمراض القلب.

و تشير الاحصائيات المستمدة من تلك الدراسات إلى أن نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم و وصلت إلى 3 % وأن نسبة انتشار السكري هي 1.5 %، و يوجد في الجزائر اليوم أكثر من 6 ملايين مصاب بارتفاع ضغط الدم، و أكثر من مليون ونصف مصاب بالسكري، و هذه الأرقام دون الواقع بكثير (MSP, 2005).

ركز الباحثون اهتماماتهم على السلوك الصحي و علاقته بهذه الامراض (Rowley, 2002)، فإذا اعتبرنا السكري ممثلاً لهذه الأمراض المزمنة، فإن عدم امتثال المصاب به بالسلوك الصحي يتمثل في :

- عدم احترام الغذاء الصحي 35-75 %
- أخطاء العلاج الصحي 20-80 %
- عدم انتظام فحص الدم 30-70 %
- عدم العناية بالقدمين 23-52 %
- انخفاض النشاط الرياضي 70-81 %

ويمكننا تعميم هذه الملاحظة على الأمراض المزمنة الأخرى مثل ارتفاع ضغط الدم او أمراض القلب حتى اعتبرت هذه الأمراض "اضطرابات سلوكية". وترتبط الأمراض المزمنة بمتغيرات عديدة نفسية اجتماعية وديموغرافية مثل السن و الجنس و الوظيفة و الغذاء و السكن و الضغوط النفسية، و مستوى التعليم و الثقافة السائدة و تصورات الصحة و المرض و التدخين، و كذا ببعض المتغيرات الشخصية مثل كفاءة الذات، و أساليب مواجهة الكروب، و الاستعدادات الوراثية و الموارد الحيوية الجسدية (الكندري، 2003). كما بدأت تتضح آثار بعض العوامل التفاعلية بين الفرد و بيئته الاجتماعية و بناء علاقات حميمة و آمنة من الصراع.

هكذا يتبين لنا مدى صعوبة الرعاية الصحية للمريض المزمن بسبب تداخل العوامل الشخصية و الاجتماعية و البيئية. غير أن الدور الذي يلعبه السلوك الصحي في الأمراض المزمنة أصبح هو المنطلق الرئيس لمحاولات التدخل من أجل تغيير السلوك الهدام، و تحسين نوعية الحياة لدى المرضى (Colleen, 2000)، حيث ترى Taylor أن تغيير السلوك الصحي يؤدي إلى:

- خفض نسبة الوفيات المرتبطة بالأمراض المزمنة، بالتأثير على نمط المعيشة.
- ارتفاع العمر المفترض و التقليل من نسبة هذه الأمراض.
- ارتفاع المدة التي يتمتع فيها الفرد بعمر صحي و عافية و سعادة بعيد عن مضاعفات الأمراض و معاناتها و آلامها.
- التقليل من نفقات المرض على المستويين الفردي و الجماعي.

ويقصد بالسلوك الصحي كل نشاط يقوم به الفرد لتنمية صحته أو استدامة العافية، مثل الغذاء الصحي و النشاط الرياضي و الامتثال للتعليمات الطبية و متابعة العلاج و الابتعاد عن عوامل الخطر و السلوك الممرض (Taylor, 2003).

إن أهمية السلوك الصحي جعلت منه هدفاً لنظريات كثيرة و نماذج تفسيرية محاولة فهم هذا السلوك و استكشاف محدداته، مثل نظرية المعرفة الاجتماعية (Bandura) و نموذج المعتقدات الصحية لـBeker و زملائه، و نظرية الفعل المعقول أو المبرر لـAjzen و Fishbein و نظرية الدافعية للحماية لـRogers و نموذج المراحل لـProchaska و Diclemente و غيرهم. و يتضح من الدراسة التحليلية لهذه النظريات و النماذج أن من أهم المتغيرات المتفاعلة مع السلوك الصحي:

- مفهوم الاتجاهات و المقاصد السلوكية الكامنة وراء السلوك.
- المعايير و القيم التي يضعها الشخص أو يتواجد تحت تأثيرها، خاصة المرتبطة منها بمعتقداته و ممارساته كما تظهر في سلوكه التديني. لذلك ارتأينا في دراستنا هذه استكشاف طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي و علاقته بالتدين لدى

عينتين من المرضى المزمنين وهما: مرضى السكري ومرضى ارتفاع ضغط الدم الشرياني بمدينة ورقلة، ودراسة الفروق في هذه العلاقة حسب السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي الاجتماعي وكذا مدة إزمان المرض. وقد وقع اختيارنا على هاتين العينتين لكونهما يمثلان مجتمعين 80 % من مجموع الأمراض المزمنة بالإضافة إلى اشتراك هذين المرضين مع أغلبية الأمراض المزمنة في العوامل المؤثرة في السلوك الصحي (MSP, 2005).

II- مشكلة الدراسة وفروضها:

تعتبر دراسة السلوك الصحي لدى المريض المزمن نقطة التقاء بين علم النفس الصحي، وعلم النفس الطبي، وعلم النفس الاجتماعي انطلاقاً من النموذج الصحي الوقائي في فهم الصحة والمرض، بدل النموذج الطبي المرضي الكلاسيكي الذي أثبت قصوره (Colleen, 2003) و (Taylor, 2003)، و (flay, 1994). لذلك قامت دول كثيرة بتبني مشاريع تستهدف تغيير السلوك الصحي على المستوى الجماهيري مثل مشروع الجمهور الصحي (Healthy people 2015) الأمريكي الذي يركز على التدخل من أجل بناء سلوك ينمي الصحة، ويحافظ على الموارد التي يملكها الفرد والتي تسمح له بالتغلب على الأمراض والكروب. ويعتمد المشروع على التربية الصحية التي تهدف إلى ردم الهوة بين معارفنا المتعلقة بالصحة والمرض والعوامل المرتبطة بهما وبين سلوكنا الفعلي في واقع الحياة اليومية. حيث يرى Parkerson (1993) أن هذا السلوك يشمل أفعال الأفراد والجماعات والمنظمات وكذا المحددات والنتائج المترتبة عن التغيير الاجتماعي والسياسات الصحية الرامية إلى ترقية أنماط التكيف وتطوير نوعية الحياة.

إن الانتشار السريع للأمراض المزمنة والعبء النفسي والاجتماعي والاقتصادي لرعاية المصابين بها أدّى إلى اهتمام الباحثين بالمتغيرات الفاعلة في السلوك الصحي لدى المريض المزمن. لقد وصل عدد المصابين بالسكري في العالم سنة 2000 إلى 171 مليون مصاب، ومن المتوقع أن يصل هذا العدد في حدود سنة 2030 إلى 366 مليون مصاب، وعدد مرضى ضغط الدم المرتفع أضعاف هذا العدد بمرات (Wild, 2004) ولا تشذ الجزائر عن هذه القاعدة، حيث بدأت هذه الأمراض تشكل عبئاً على الفرد والمجتمع وعلى مؤسسات الرعاية الصحية.

إن دراسات كثيرة (Koenig, 1998، Albright, 2001، و Hauchbaum والكندي، 2003، ورضوان، 2001)، أشارت إلى أهمية الاتجاهات والكفاءة الذاتية والعلاقات الاجتماعية وقيم الفرد ومعاييرها في توجيه السلوك. ذلك أن المفارقة الرئيسة لدى المريض المزمن هي عدم امتثاله للتعليمات الطبية وقيامه بسلوكيات تتعارض ووضعها الصحي، بل تزيد من خطورة المرض واحتمالات المضاعفات الخطيرة و عليه طرحنا أسئلة الدراسة الرئيسية وهي:

- 1- ما طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين ؟
- 2- هل يختلف هذا الاتجاه باختلاف نوعية المرض وكذا باختلاف المتغيرات الديموغرافية والمرضية مثل: الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة إزمان المرض ؟.
- 3- هل توجد علاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدين لدى المرضى المزمنين ؟ وانطلاقاً من تلك الأسئلة نضع الفروض التالية:
- 1- نتوقع أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي سلبياً لدى المرضى المزمنين.
- 2- يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة إزمان المرض.
- 3- نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدين لدى المرضى المزمنين.

III. مفاهيم الدراسة:

أ- السلوك الصحي:

يختلف السلوك الصحي عن سلوك المرض حيث يشير هذا الأخير إلى الكيفية التي يتعرف بها المريض على الأعراض التي تظهر عليه وعلى مراقبة جسمه وطلب المساعدة، وهو جزء من السلوك الصحي العام. وتعرف Taylor (2004) السلوك الصحي بكونه السلوك الذي يقوم به الأفراد للحفاظ على صحتهم وتمييزها. أما السلوك الصحي كما نبتناه في دراستنا فهو كل سلوك يفترض القيام به من طرف المصاب بمرض السكري أو ضغط الدم لتجنب مضاعفات المرض وإتباع التعليمات الطبية وكذا السلوك الصحي الوقائي مثل التدخين، وقد تم التعرف على أهم هذه السلوكيات من خلال سؤال الدراسة الاستطلاعية المطروح على الأطباء، وكذا من الدراسات السابقة مثل دراسات Ware (2003)، و Taylor (2003) ورضوان (2002).

ب- الاتجاه نحو السلوك الصحي:

يعتبر الاتجاه من أهم المفاهيم في علم النفس الاجتماعي (Maisonneuve، 2002) منذ ظهور تعريفاته الأولى على يد Allport وZaniecki وAsch وغيرهم وصولاً إلى Chérif وNewcomb وStoetzel وغيرهم. ونرى أن تعريف Stoetzel يتميز بدقة نسبية حيث يعرفه بأنه الطريقة التي يتموقع بها الفرد تجاه أشياء ذات قيمة (Stoetzel، 1978).

وقد اختلف الباحثون في تعريف الاتجاه إلى درجة تعذر معها وجود تعريف شامل متفق عليه بسبب اختلافهم في مكونات الاتجاه. فقد أحصى Nelson سنة 1939 عشرين رأياً في تحديد طبيعة الاتجاه (سوف، 1966)، كما أحصى Fishbein وAjzen سنة 1972 خمسمائة تعريفاً إجرائياً للاتجاهات، حيث عرفت 80% من الدراسات التي شملها مسحهما الاتجاه بأكثر من معنى. ويتكون مفهوم الاتجاه كلاسيكياً من ثلاثة أبعاد: البعد المعرفي، والبعد الوجداني والبعد السلوكي (خليفة، 1998). غير أن الباحثين انقسموا إلى فئات أربع في اعتبارهم لطبيعة الاتجاه:

- الفئة الأولى: ركزت على المكونات الثلاثة الكلاسيكية.
- الفئة الثانية: ركزت على الجانب المعرفي على أساس أن المكون الرئيسي هو المعتقد.
- الفئة الثالثة: ركزت على الجانب الوجداني.
- الفئة الرابعة: المتأثرة بالمدرسة السلوكية، ترى أن الجانب الوجداني و المعرفي لا دليل عليه و أن الاتجاه مساو للسلوك ذاته.

غير أننا في دراستنا هذه نعتمد رأي Fishbein وAjzen في أن مفهوم الاتجاه يجب أن يستخدم فقط للتعبير عن الجانب الوجداني، ذلك أن غالبية المقاييس المستعملة (ثرستون، جوتمان، ليكرت) هي مقاييس وجدانية في أصلها، كما كشفت دراسات Wiggins وBreckler وغيرهم أن المعرفة والوجدان متميزان في بناء الاتجاهات النفسية (خليفة، 1992).

و يرى أصحاب هذا الاتجاه:

- 1- ضرورة الفصل التام بين كل من المكون الوجداني والمعتقد.
- 2- إمكانية دراسة العلاقة بين الاتجاه (المكون الوجداني) وبين المعتقد بصفة مستقلة.

لذلك فإن استعمال الاتجاه بمفهومه الوجداني التقييمي له ما يبرره، لذا نعرف الاتجاه في دراستنا بأنه: نسق من التقييمات الوجدانية أو المشاعر المرتبطة بالسلوك الصحي بعد الإصابة بالمرض المزمن وتتمثل في عبارات مثل: لا أحب، أكره، أفضل أتمنى، كما يقيسه الاستبيان المعد لغرض الدراسة.

ج- التدين:

يشير مصطلح الدين إلى مفهوم مركب يصعب وصفه لاختلاف التعريفات ثقافياً (المهدي، 2002). لذلك لجأ الباحثون إلى دراسة التدين كأحد مظاهر الدين. وقد عرف الغربيون التدين بطريقة ضيقة حيث حصروه في التردد على دور العبادة أو العضوية في منظمات دينية أو حصروه في الجانب العاطفي كما يشعر به الفرد بينه وبين قوة عليا (Peterson، 2003). لذلك اعتمدنا في دراستنا تعريف الباحثين المسلمين، ومنهم الصنيع (1993)، حيث يعرفه بأنه "التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح و ظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به و الانتهاء عن إتيان ما نهى الله عنه" (المهدي، 2002).

كما يشير Moayad وزملاؤه (2012) إلى أهمية التدين في السلوك الصحي لدى المسلمين والمسيحيين في الأردن، حيث تؤثر المعتقدات الدينية والممارسات الشعائرية على نمط المعيشة خاصة تلك العوامل المضرة بالصحة مثل نوعية الغذاء، وتناول المخدرات والكحول والتدخين والممارسات الجنسية وكذا السلوك الوقائي المرتبط بالإصابة بالسرطان.

وهناك عدة مقاييس للسلوك التديني منها مقياس الاتجاه الديني لعبد الحميد نصار، و مقياس مستوى التدين لصالح بن إبراهيم وغيرهم. إلا أننا اعتمدنا استبيان السلوك التديني لمحمد المهدي لسهولة بنوده مما يجعله ملائماً للمرضى المزمنين المسنين والأميين، وعليه نعرف التدين في دراستنا بأنه "سلوك القيام بالفرائض الرئيسية و إتباع التعاليم الدينية في الحياة اليومية، إضافة إلى الخلق القويم ومشاعر الخشوع والتأثر عند قراءة القرآن، كما يقيسه استبيان السلوك التديني لمحمد المهدي.

IV. العينة:

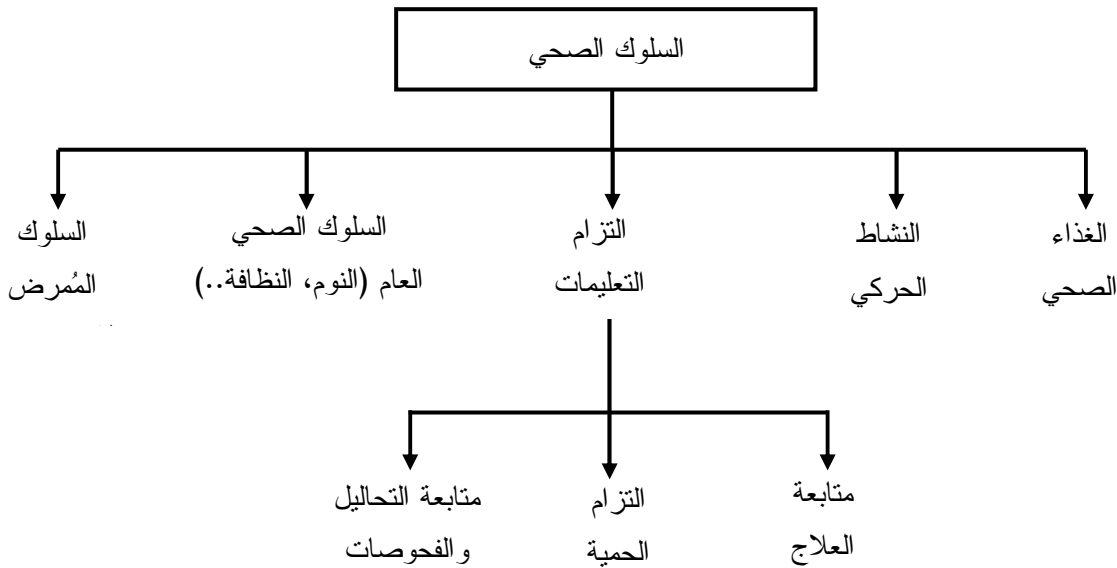
يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من 6000 مريض مزمن بولاية ورقلة المسجلين لدى مصالح الضمان الاجتماعي، ويشمل المؤمنين وغير المؤمنين المصابين بأحد الأمراض المزمنة كما تحدها اللوائح الطبية. بلغ عدد المصابين بالسكري 2300 أي 38% من المجتمع الأصلي، وعدد المصابين بالضغط الدموي 1990 أي 33% من المجتمع الأصلي. بحيث أن نسبة هذين المرضين بلغت 72% من مجموع المرض المزمنين؛ إضافة إلى خطورتها وتكلفتها، لذلك وقع اختيارنا على هذين النوعين من المرض المزمن على أساس تمثيلهما للمجتمع الأصلي. وكذا اختلاف طبيعة المرضين من الناحية الحيوية الإراضية. تم اختيار عينة الدراسة بإتباع خطوات العينة الاحتمالية المنتظمة (مجدوب، 2003). وتم استدعاء جميع المرضى، حيث استجاب 148 مريضاً بالسكري و 128 مريضاً بالضغط الدموي، وبلغت عينة الدراسة الحالية 276 مريضاً. بلغ متوسط العمر 50 سنة، (20 إلى 70 ± 11). بلغ عدد الذكور 131 فرداً (47%) وعدد الإناث 145 (53%).

V. أدوات الدراسة:**V. 1. مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي:**

يعتبر غياب التقييم والقياس بالنسبة لبعض المتغيرات البحثية أمراً شائعاً في بيئتنا العربية بسبب اعتمادنا على ترجمة ونقل الاختبارات والمقاييس الغربية، وعجزنا عن إنشاء أدوات سيكومترية نابعة من ثقافتنا وبيئتنا العربية والإسلامية، وهو الأمر الذي واجهنا في تقويم الاتجاه نحو السلوك الصحي، حيث لم نعثر - في حدود علمنا - إلا على أداة واحدة هي مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي لـ Steptoe، الذي ترجمه سامر رضوان وهو لا يتفق جزئياً مع تعريفنا الاجرائي حيث تناول الاتجاه على أساس مكوناته الثلاثة، لذلك أنشأنا مقياساً للاتجاه نحو السلوك الصحي.

يعتبر السلوك الصحي مفهوماً متعدد الأبعاد كما رأينا في المراجعة النظرية، إضافة إلى ارتباطه بالتقافة والمؤثرات النفسية الاجتماعية مثل تصورات المرض والصحة، وكذا بيئة المريض بما فيها شبكة الرعاية الصحية بهيكلها ممثلة في المؤسسات الصحية، أو في وظائفها الاجتماعية، وسياساتها مثل مجانية العلاج، وآليات الضمان الصحي. لذلك قمنا بدراسة استطلاعية لاستكشاف أبعاد السلوك الصحي من وجهة نظر الأطباء في تعاملهم مع المريض المزمّن بمدينة ورقلة، حيث وزعنا سؤالاً مفتوحاً عليهم، وقد ركّزنا على سلوكيات مثل: متابعة العلاج، واتباع نصائح الطبيب والوقاية العامة.

وبعد تحليل محتوى الإجابات ثم المراجعة النظرية للمفهوم، أمكننا تصور الأبعاد المكونة للسلوك الصحي كما يلي:



شكل 1: أبعاد السلوك الصحي

تم تحليل الأبعاد إلى مؤشرات السلوك الصحي وما يقابلها من بنود، وصياغتها بما يناسب عبارات الاتجاهات، ثم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة والأطباء من داخل الوطن وخارجه.

تم تقييم صدق المقياس بمقارنته بمحك استبيان السلوك، وهو من أهم المقاييس التي تم إعدادها في التسعينيات لتقييم السلوك الصحي، وقد استخدم للمرة الأولى في دراسة من تمويل لجنة المجموعة الأوروبية، ويحتوي على مقياسين فرعيين واحداً للسلوك الصحي والثاني للاتجاه نحو السلوك الصحي (رضوان، 1999) وقد تجاوز معامل الارتباط 0.80، وكان دالاً ($P < 0.001$)، كما تم التأكد من صدقه بطرق متنوعة مثل الصدق العاملي، وقد وصل معامل الارتباط بين المقياس والمحك 0.31، وهو دال عند 0.05.

كما وصلت قيمة (ت) في المقارنة الطرفية لمقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي إلى 14، وهي دالة عند مستوى 0.01، مما يشير إلى الصدق التمييزي للمقياس.

وتأكدنا من ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق حيث بلغ معامل الارتباط 0.81 وهو دال عند 0.01.

2.V. مقياس التدبير:

يعتبر تقييم السلوك التدبيري محفوفاً بصعوبات منهجية وقد تعذر علينا اعتماد مقياس غربي مترجم في تقييم السلوك الديني المرتبط بالإسلام، ورغم وجود عدة مقاييس بالعربية لهذا المفهوم إلا أننا استعملنا استبيان السلوك التدبيري الذي أعده محمد عبد الفتاح المهدي في رسالته للدكتوراه تحت إشراف محمد السيد خليل.

ويتكون الإستبيان من 65 بنداً، توزع على مقاييس فرعية للمعتقدات (المستوى المعرفي) والوجدان (المستوى الوجداني)، والممارسة (المستوى السلوكي) والأخلاق والمعالمات (المستوى الأخلاقي). وتعتبر هذه المقاييس مستقلة، تجمع درجاتها للدلالة على السلوك التديني العام. ويعتقد الحامد (2003) أن علاقة المسلم بدينه يميزها الفصام بين المعرفة والتطبيق، أو بين المعتقد والسلوك، حيث يرتبط تدين المسلمين بالجوانب الوجدانية والطقوسية أكثر من ارتباط بالمعرفة وبما أننا نعتمد على نفس الرأي فيما يتعلق بالاتجاهات، فقد اقتصرنا في دراستنا على المقياس الفرعي لمستوى الوجدان والممارسة اليومية للشعائر المفروضة مثل للصلاة والصيام والزكاة. ونظراً لكون المقياس نشر في 2002. لم نعرش على دراسات سابقة استعملته، ما عدى دراسة الباحث صاحب المقياس حيث تم التأكد من صدق المقياس عن طريق صدق التكوين والتحليل العاملي، كما بلغ ثباته التطبيقين 0.99. بالنسبة للمقياس الكلي، أما مقياس السلوك الوجداني والممارسة فقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين للمقياسين على التوالي (0.98 و 0.99) مما يدل على ثباتهما.

وللتأكد من صدق المقياس وثباته تم تطبيقه على العينة الاستطلاعية، حيث بلغت قيمة (ت) في المقارنة الطرفية 8.92 وهي دالة عند مستوى 0.01، وأما قيمة معامل الارتباط في إعادة التطبيق فبلغت 0.64 مما يدل على ثبات المقياس.

VI. نتائج الدراسة:

VI.1. نتائج الفرضية الأولى:

يبين الجدول التالي طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين وكذا الفروق بين ذوي الاتجاه الإيجابي و ذوي الاتجاه السلبي.

الجدول 1: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي و بين ذوي الاتجاه السلبي.

| الدالة | ت/ل | الانحراف المعياري | المتوسط | النسبة المئوية | العينة ن=276 | طبيعة الاتجاه |
|--------|-------|-------------------|---------|----------------|--------------|------------------|
| 0.01 | 23.2- | 7.47 | 86.70 | %46 | 127 | اتجاه إيجابي <75 |
| دح.274 | 0.000 | 7 | 66.28 | %54 | 149 | إتجاه سلبي >=75 |

و يتضح من الجدول ان نسبة ذوي الاتجاه السلبي أكبر من نسبة ذوي الاتجاه الإيجابي، وأن الفرق بين متوسطيهما دال عند 0.01

VI.1.1. الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى السكري:

يبين الجدول التالي طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بالسكري.

الجدول 2: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي المصابين بالسكري

| الدالة | ت/ل | الانحراف المعياري | المتوسط | النسبة المئوية | العينة ن=148 | طبيعة الاتجاه |
|---------|-------|-------------------|---------|----------------|--------------|------------------|
| دال عند | 16.9 | 7.5 | 87.6 | %53 | 78 | اتجاه إيجابي <75 |
| 0.01 | 0.000 | 7.5 | 66.6 | %47 | 70 | إتجاه سلبي >=75 |

يتضح من الجدول أن نسبة ذوي الاتجاه الإيجابي نحو السلوك الصحي لدى مرضى السكري أكبر من ذوي الاتجاه السلبي. كما أن الفرق بين المتوسطين في الاتجاه دال لصالح ذوي الاتجاه الإيجابي.

2.1.VI. الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى ضغط الدم:

يبين الجدول التالي طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى ضغط الدم.

الجدول 3: نتائج اختبار (ت) للفرق بين ذوي الاتجاه الإيجابي المصابين بضغط الدم

| الدالة | ت/ل | الإحراف المعياري | المتوسط | النسبة المئوية | العينة ن=276 | طبيعة الاتجاه |
|--------------|-------|------------------|---------|----------------|-----------------|--------------------|
| دال عند 0.01 | 15.36 | 7.1 | 85.18 | %38 | 49 | اتجاه إيجابي <75 |
| | 0.000 | 6.7 | 65.95 | %62 | 79 | إتجاه سلبي 75 ≥ |

ويتضح من الجدول أن نسبة ذوي الاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي تقارب ضعف نسبة ذوي الاتجاه الإيجابي وأن الفرق بين متوسطيهما دال إحصائياً.

2.VI. نتائج الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية إلى أننا نتوقع أن يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس والسن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة الإزمان.

1.2.VI. حسب الجنس:

يبين الجدول التالي نتائج الفرق بين الذكور والإناث في الاتجاه نحو السلوك الصحي:

الجدول 4: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين الذكور والإناث.

| الدالة | ت/ل | الإحراف المعياري | المتوسط | النسبة المئوية | العينة ن=276 | الجنس |
|---------|-----|------------------|---------|----------------|-----------------|-------|
| غير دال | 1.8 | 12.6 | 77.1 | %47 | 131 | ذكور |
| | | 12.2 | 74.4 | %53 | 145 | إناث |

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الإناث و الذكور المصابين بأمراض مزمنة غير دال.

2.2.VI. حسب السن:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن و صغار السن المصابين بأمراض مزمنة.

الجدول 5: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين كبار السن وبين منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

| السن | العينة ن=276 | النسبة المئوية | المتوسط | الإحراف المعياري | ت/ل | الدلالة |
|-------------------|-----------------|----------------|---------|---------------------|-------|---------|
| كبار السن <45 | 180 | 65% | 73.45 | 12.1 | 4.1- | دال عند |
| صغار السن 45 ≥ | 96 | 35% | 79.84 | 12.26 | 0.000 | 0.01 |

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين كبار السن وصغار السن دال لصالح صغار السن، حيث أن اتجاههم نحو السلوك الصحي إيجابي واتجاه كبار السن سلبي.

3.2.VI. حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرتفعي المستوى الاجتماعي الاقتصادي وبين منخفضي المستوى الاجتماعي الاقتصادي:

الجدول 6: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي وبين منخفضي المستوى الاجتماعي والاقتصادي

| المستوى الاجتماعي الاقتصادي | العينة ن=276 | النسبة المئوية | المتوسط | الإحراف المعياري | ت/ل | الدلالة |
|--------------------------------|-----------------|----------------|---------|---------------------|-------|---------|
| مرتفع <6 | 101 | 37% | 80.71 | 12.65 | 5.32 | دال عند |
| منخفض 6 ≥ | 175 | 63% | 77.77 | 11.5 | 0.000 | 0.01 |

و يتضح من الجدول أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع و بين ذوي المستوى المنخفض دال لصالح المستوى المرتفع.

4.2.VI. حسب مدة الإزمان:

يبين الجدول التالي الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرتفعي الإزمان ومنخفضي الإزمان لدى المرضى المزمنين.

الجدول 7: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين مرتفعي وبين منخفضي الإزمان.

| مدة الإزمان | العينة ن=276 | النسبة المئوية | المتوسط | الإحراف المعياري | ت/ل | الدلالة |
|--------------------|-----------------|-------------------|---------|---------------------|-------|---------|
| مرتفع <5 سنوات | 156 | 57% | 74.35 | 12.2 | 2- | دال عند |
| منخفض 5 ≥ سنوات | 120 | 43% | 77.4 | 12.7 | 0.045 | 0.05 |

و يتضح من الجدول ان الفرق بين ذوي الإلزام المرتفع وذوي الإلزام المنخفض في الاتجاه نحو السلوك الصحي لصالح ذوي الإلزام المنخفض حيث أن اتجاههم إيجابي و اتجاه ذوي الإلزام المرتفع سلبي.

5.2.VI. الفروق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري و مرضى الضغط:

تشير الفرضية الثالثة إلى أننا نتوقع أن يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري و الضغط. و محاولة منا لتلخيص النتائج، و التقليل من عدد الجداول، وضعنا جدولاً موسعاً يتضمن المقارنات بين عينتي السكري و ضغط الدم في الاتجاه نحو السلوك الصحي على أساس متغيرات الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة الإلزام:

الجدول 8: نتائج اختبار (ت) للفرق في الاتجاه بين المصابين بالسكري وبين المصابين بضغط الدم.

| المتغير | العينة | التمثيل العددي في العينة | النسبة | متوسط الاتجاه | الانحراف المعياري | ت/ل | الدلالة |
|-----------------------------|--------------------|--------------------------|--------|---------------|-------------------|-------|--------------|
| نوع عينة المرض | سكري | 148 | 54% | 77.72 | 12.9 | 2.95 | دال عند 0.01 |
| | ضغط الدم | 128 | 46% | 73.3 | 11.6 | 0.003 | |
| الجنس | ذكور سكري | 82 | 30% | 79 | 12.6 | 2.3 | دال عند 0.05 |
| | ذكور ضغط الدم | 49 | 18% | 74 | 12.2 | 0.02 | |
| السن | إناث سكري | 66 | 24% | 76 | 13 | 1.52 | غير دال |
| | إناث ضغط الدم | 79 | 29% | 73 | 11 | 0.13 | |
| السن | كبار السن سكري | 79 | 53% | 76 | 12.7 | 2.44 | دال عند 0.05 |
| | كبار السن ضغط الدم | 101 | 79% | 71.5 | 11 | 0.015 | |
| السن | صغار السن سكري | 69 | 47% | 80 | 13 | 0.07 | غير دال |
| | صغار السن ضغط الدم | 27 | 21% | 80 | 10.5 | 0.938 | |
| الاقتصادي الاجتماعي المستوى | مرتفع سكري | 63 | 43% | 82 | 12 | 1.57 | غير دال |
| | مرتفع ضغط الدم | 38 | 30% | 78 | 13 | 0.11 | |
| الاقتصادي الاجتماعي المستوى | منخفض سكري | 85 | 57% | 74 | 12.5 | 1.8 | غير دال |
| | منخفض ضغط الدم | 90 | 70% | 71 | 10 | 0.07 | |
| الإلزام | مرتفع سكري | 78 | 53% | 76 | 13 | 1.98 | دال عند 0.05 |
| | مرتفع ضغط الدم | 78 | 61% | 72 | 11 | 0.049 | |
| الإلزام | منخفض سكري | 70 | 47% | 79 | 12.6 | 1.99 | دال عند 0.05 |
| | منخفض ضغط الدم | 50 | 39% | 74.7 | 12 | 0.049 | |

ملاحظة: حسب النسب على أساس عينة كل من السكري و ضغط الدم، وليس على أساس العينة الكلية.

ويتضح من الجدول ما يلي:

1. أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرض السكري وبين مرض الضغط دال لصالح مرض السكري حيث أن اتجاههم إيجابي، عكس الاتجاه السلبي لمرض ضغط الدم.
2. أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الذكور المصابين بالسكري والذكور المصابين بضغط الدم دال لصالح مرضى السكري حيث أن اتجاههم أكثر إيجابية، عكس نظرائهم المصابين بضغط الدم.
3. أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين الإناث المصابات بالسكري والإناث المصابات بضغط الدم غير دال، كما أن اتجاههن سلبي.

4. أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى ضغط الدم بالنسبة للسن، دال لدى كبار السن وغير دال لدى صغار السن مع ملاحظة أن ذوي اتجاه كبار السن سلبي واتجاه صغار السن إيجابي.
5. إن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى ضغط الدم بالنسبة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي غير دال مع ملاحظة أن ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع سواء مرضى السكري أو الضغط يتجهون إيجابياً نحو السلوك الصحي.
6. إن الفروق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى ضغط الدم بالنسبة لمدة الإزمان غير دال، مع ملاحظة أن مرضى السكري ذوو اتجاه سواء طال الإزمان أو قصر عكس مرضى الضغط.

3.VI. الفرضية الثالثة:

و تشير إلى أننا نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدخين.

الجدول 9: معامل الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والتدخين لدى المرضى المزمنين

| المتغيرات | التدخين |
|--------------------------|---------|
| الاتجاه نحو السلوك الصحي | **0.43 |

ويتضح ان الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والتدخين دال وموجب عند مستوى (0.01).

1.3.VI. العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدخين حسب نوعية المرض:

يبين الجدول التالي العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والتدخين حسب طبيعة المرض.

الجدول 10: معاملات الارتباط حسب طبيعة المرض.

| المتغير | فئة التصنيف | التدخين |
|-------------|-------------|---------|
| نوعية المرض | سكري | **0.44 |
| | ضغط الدم | **0.36 |

** : دال عند مستوى 0.01

نلاحظ ان معامل الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدخين اكثر انخفاضاً لدى مرضى الضغط الدموي مقارنة بمرضى السكري.

VII. مناقشة النتائج:

1.VII. الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى أننا نتوقع أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي سلبياً لدى المرضى المزمنين، ويتضح من الجدول 1 أن 54% من العينة بلغ متوسط اتجاههم 66 وهي قيمة سلبية مقارنة بمتوسط العينة (75)، وأن 46% من العينة ذوو اتجاه إيجابي نحو السلوك الصحي، وأن الفرق بين المتوسطين دال احصائياً عند مستوى 0.01، لذلك نعتبر أن الفرضية تحققت وأن اتجاه المرضى المزمنين سلبي نحو السلوك الصحي في عينة دراستنا. ولأن عينة الدراسة تتضمن عينتين فرعيتين لكل من مرضى السكري ومرضى ضغط الدم، قمنا باستكشاف طبيعة الاتجاه في هاتين العينتين ويتضح من الجدول 2 والجدول 3 ان الاتجاه نحو السلوك الصحي يختلف باختلاف طبيعة المرضى حيث أن اتجاه مرضى السكري إيجابي بنسبة 53% وأن متوسط اتجاههم مرتفع (<87) بالنسبة

لمتوسط العينة الكلية كما أن الفرق بين ذوي الاتجاه السلبي وذوي الاتجاه الإيجابي دال أيضا، ويختلف الأمر بالنسبة للمصابين بضغط الدم، حيث أن 62% من العينة ذوو اتجاه سلبي نحو السلوك الصحي وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالعينة الكلية أو بعينة السكري.

وتتفق نتيجة العينة الكلية مع دراسة Wilkinson، حيث وجد أن اتجاه المرضى المزمنين نحو السلوك الصحي سلبي، لكنها تختلف مع دراسة Rowley بالنسبة لعينة السكري، حيث وجد أن 60% من مرضى السكري ذوو اتجاه سلبي بالنسبة للسلوك الصحي، ونعتقد أن هذا الاختلاف يعود إلى طبيعة البعد المقاس، حيث ركز Rowley على السلوك الفعلي وليس على الاتجاه نحوه.

إن الاتجاه نحو السلوك الصحي كما يظهر في عينة الدراسة الحالية يمكن أن تفسر بالعودة إلى ثلاثة عوامل مهمة في رأينا:

(1) طبيعة العينتين الفرعيتين:

حيث تتكون عينة السكري في أغلبها من الذكور المسنين، ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع، كما أن متوسطهم في الدعم الاجتماعي مرتفع وكذا بالنسبة للتدين، وبما أن مضاعفات مرض السكري تجبر المريض على الالتزام بالحمية واتباع العلاج، فمن المتوقع أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي ايجابيا، أما بالنسبة لعينة ضغط الدم فإنها تتكون في أغلبها من إناث مسنات ذوات مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض.

(2) طبيعة العوامل المتفاعلة مع السلوك الصحي:

إن الاختلافات التي ذكرناها سابقا بين عينة الذكور المصابين بالسكري، وعينة الإناث المصابات بضغط الدم، تتفاعل مع متغيرات أخرى من وجهة نظر علم النفس الاجتماعي والمتحكمة في سلوكنا اتجاه الصحة والمرض، وأهمها:

- اختلاف الدور الاجتماعي التابع للجنس، فالفرق بين الذكور والإناث في مجتمعنا كبيرة خاصة إذا تعلق الأمر بالسلوك المرتبط بالصحة والمرض حيث تؤثر المتغيرات الثقافية والاجتماعية والدينية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التعليم وإمكانية الوصول لمؤسسات الرعاية، والحرية المتاحة للنشاط، وهي التي يعبر عنها علماء النفس الاجتماعي بمفهوم السياق الاجتماعي (سوف، 1966)، ويرتبط الاتجاه حسب نظرية الفعل المخطط بالمعتقدات حول نتائج السلوك، وكذا الاعتقاد في التحكم في هذا السلوك، ولا شك أن الفرق بين الذكور والإناث في مجتمعنا بالنسبة لهذين المتغيرين ممكنة، حيث يحس الرجل بأنه يتحكم في سلوكه أكثر من المرأة كبيرة السن والأمية والماكنة في البيت.

كما أن لطبيعة المرض دخل بهذه الفروق، حيث يختلف مرضى ضغط الدم عن مرضى السكري في الشعور بالخطر والتعرض لمضاعفات المرض مع طول مدة الإزمان، ذلك أن مريض ضغط الدم يعتقد أنه بمنأى عن المضاعفات الخطرة خاصة إذا كانت مستويات ضغط دمه في الحدود المقبولة باتباع العلاج أو بالتقليل من نسبة الملح في طعامه، عكس مريض السكري الذي يتعرض كل يوم إلى اضطرابات في مستوى سكر الدم بالارتفاع أو الانخفاض (Taylor، 2003)، لذلك نجد أن نسبة زيارة المستشفى أو المكوث فيه لفترات معينة تزيد اضعافا لدى مرضى السكري مقارنة بمرضى الضغط وقد رأينا في المراجعة النظرية للدراسة أن العاملين الأساسيين في نظرية السلوك المخطط أو الفعل المعقول هما الشعور بالخطر أو التعرض له فعليا من أهم المتغيرات في السلوك الصحي والاتجاه نحوه.

2.VII. الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية إلى أننا نتوقع أن يختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ومدة الإزمان، ونلاحظ من خلال الجدول 4 أن الفرق بين الذكور والإناث المصابين بأمراض مزمنة غير دال، وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من Goldberg و Waldron و Courtenay، حيث وجدوا أن الفروق بين الذكور والإناث دالة لصالح الإناث على أساس أن الإناث أقل ميلاً للسلوك الخطر المضاد للصحة، وأنهن أكثر اهتماماً بجسمهن من الرجال. ونعتقد أن هذا الاختلاف بين الدراسات السابقة ودراستنا الحالية يعود إلى السياق الاجتماعي للسلوك ولل فروق الجنسية، حيث أن أغلب الإناث المصابات بالأمراض المزمنة أميات، وماكثات في البيت ومسنات، أما في الدراسات السابقة المذكورة، وحتى في دراسة رضوان وريشكه (1999) فإن عينة الإناث من طالبات الجامعة، ومن الشائع أن تهتم المرأة الغربية بصحتها وجسمها حتى بعد سن اليأس.

ويتضح من الجدول 5 أن الفرق بين كبار السن وصغار السن المصابين بأمراض مزمنة دال لصالح صغار السن، وأن سلوكهم إيجابي مقارنة بسلوك الذكور كبار السن وتختلف هذه النتيجة مع ما توصل إليه Breslon حيث وجد أن الذكور المسنين أكثر التزاماً بالسلوك الصحي من صغار السن على أساس أنهم أكثر إحساساً بالخطر مع التقدم في العمر وأكثر تعرضاً لمضاعفات الأمراض حسب النماذج المفسرة للسلوك الصحي وقد يرجع هذا الاختلاف في النتائج إلى نسبة الإناث كبيرات السن حيث بلغ عددهن ضعف عدد الذكور تقريباً في عينة ضغط الدم، كما يرتبط بعوامل أخرى تابعة للسن مثل مستوى التعليم حيث من المتوقع أن ينخفض لدى المرضى الذين تجاوز سنهم الخمسين وهم يمثلون 60% من العينة الكلية.

ويتضح من الجدول 6 أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يختلف باختلاف المستوى الاجتماعي الاقتصادي، لصالح ذوي المستوى المرتفع، حيث وصل متوسط اتجاههم إلى 80.7، مقارنة بمتوسط العينة (=75)، كذلك فإن اتجاه ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض سلبي رغم أنهم يشكلون 63% من العينة، وأن الفرق بين المتوسطين دال عند 0.01 وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Wisconsin ودراسة Macleod وكذا دراسة Lynch، بل إن أغلب الدراسات السابقة التي تناولت السلوك الصحي أكدت على الارتباط القوي بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي وبين السلوك الصحي (Taylor، 2003).

إن ارتباط الصحة بالدخل الفردي كما بينه Lantz (2001) وكذا بالمستوى التعليمي وبالوضع العائلي، حيث يعتبر الزواج عاملاً وقائياً ومنقذاً خاصة لدى المصابين بالمرض المزمن لأن الدعم الاجتماعي والرعاية التي يجدها المريض المزمن من لدن زوجه هامة جداً في مساعدته على مواجهة المرض والتزام العلاج، والتردد على مؤسسات الرعاية الصحية، وكذا عن طريق التعزيز الإيجابي للعادات المرتبطة بالصحة.

إن انخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي لنسبة كبيرة في عينة الدراسة (63%) ربما يعتبر أحد العوامل التي أدت إلى الاتجاه السلبي نحو الصحة في العينة الكلية، خاصة أن رعاية المرض المزمن مكلفة، من الناحية المادية والمعنوية، ورغم أن أغلب المرضى يتلقون دعماً من صندوق الضمان الاجتماعي بالنسبة لتكاليف علاج الأمراض المزمنة يصل إلى 100%، إلا أن العوامل المتفاعلة داخل شبكة الوضع الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي تجعل من العلاج الكيميائي أحد العوامل المساعدة بجانب الأبعاد النفسية الاجتماعية الأخرى والهامة أيضاً.

ويتضح من الجدول 7 أن الفرق في الاتجاه نحو السلوك الصحي بين ذوي الإزمان المرتفع وبين ذوي الإزمان المنخفض دال لصالح الأقل إزماناً عند مستوى 0.05 ولم نعثر - في حدود بحثنا - على أي دراسة تناولت مدة

الإيمان وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي، وإن كان الإزمان مرتبطاً بطبيعة المرض وبالسن، وقد وجدنا من قبل في مناقشة الفرضية الأولى أن صغار السن من عينة الدراسة أكثر إيجابية من ناحية الاتجاه نحو السلوك الصحي، وأن ذلك يرتبط بعوامل أخرى أيضاً مثل مستوى التعليم ومستوى الدخل وقلة الأعباء الاجتماعية، لذلك نرى أن متغير إزمان المرض يحتاج إلى دراسات إضافية.

3.VII. الفرضية الثالثة:

تشير الفرضية الثالثة إلى أننا نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدخين لدى المرضى، ويتضح من الجدول 9 أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين هي 0.43 بالنسبة للعينة الكلية، وبلغت 0.44 لدى عينة السكري مقابل 0.36 لدى عينة ضغط الدم المرتفع (جدول 10). إن أحد الأسباب التي تفسر هذا الفرق في رأينا هو صغر سن عينة الضغط الدموي وفي المقابل فإن أكثر عينة السكري من الذين تجاوز عمرهم الستين وأهم أشد تمسكاً وتطبيقاً للتعاليم الدينية.

ويعتبر الارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدخين دالاً وقوياً لدى أفراد عينة الدراسة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Fowler التي وجدت ارتباطاً دالاً بين التدخين ركز على الأبعاد الإيمانية وقد أشرنا في المراجعة النظرية إلى صعوبة قياس هذا البعد.

وتتفق دراستنا مع ما توصل إليه Walsh لدى المرضى المصابين بضغط الدم، حيث وجد ارتباطاً دالاً بين التدخين والسلوك الصحي لدى المهاجرين إلى الولايات المتحدة الأمريكية. كذلك ظهر هذا الارتباط في الدراسة المسحية التي قام بها Larson من المعهد القومي لأبحاث الرعاية الصحية في ماريلاند، حيث أشار إلى أن 84% من هذه الدراسات أشارت إلى الارتباط الإيجابي بين التدخين والصحة.

كذلك قام Byrd بدراسة العلاقة بين التدخين وبين السلوك الصحي على عينة عشوائية من 393 مريضاً مصاباً في الشرايين التاجية للقلب ووجد تأثيراً دالاً للصلاة على السلوك الصحي والتوافق مع المرض، ويعتبر Bussing أن الارتباط بين السلوك الإيجابي الداعم للصحة وبين التدخين يعود إلى تأثيره في القيم الإيجابية في حياة المريض وذلك بإصباغه معنىً على الابتلاء والمرض، وتخفيفه للقلق الوجودي الناتج عن الإصابة بالمرض، حيث يؤدي الإلحاد وانخفاض الشعور الديني إلى تعميق جراح المريض الجسدية والنفسية. وإن كانت المدرسة الوجودية ترى أنه بإمكاننا أن نستغل هذا القلق الوجودي والذي يتخذ مظاهر متنوعة مثل قلق الموت، والخوف من الألم والصراع مع مضاعفات المرض، وانعدام معنى الحياة، واضطراب مفهوم الحرية والعدل، لكي نعطي تفسيراً إيجابياً للحالة الراهنة التي يعيشها المريض المزمّن، غير أننا نعتقد أن التدخين يلعب دوراً هاماً في السلوك الصحي للأسباب التالية:

1. يعزز الدعم الاجتماعي وقد رأينا الارتباط الموجب بين الدعم الاجتماعي وبين السلوك الصحي.
2. يدعو المريض إلى السلوك الصحي عن طريق التعليمات الدينية.
3. يعزز استراتيجيات مواجهة الكروب، وتحسين المزاج مما يساعد الوظائف الحيوية والنفسية خاصة لدى المريض المزمّن.

VIII. الخلاصة:

استكشفت الدراسة الحالية طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى المرضى المزمنين، وخلصت الى أن:

- الاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي هو الغالب في العينة الكلية (54%)، بما يترتب عليه من نتائج سلبية للفرد والمجتمع، غير ان الاتجاه الايجابي هو الغالب لدى مرضى السكري (53%)، وان الاتجاه السلبي هو الغالب لدى مرضى ضغط الدم المرتفع (38%).
- لا توجد فروق بين الاناث والذكور في الاتجاه نحو السلوك الصحي بعكس الدراسات السابقة، كما كان المستوى الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي محددًا في ارتفاع الاتجاه الايجابي نحو السلوك الصحي.
- إن العلاقة الارتباطية الدالة والموجبة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدين تؤشر الى دوره المهم كمتغير فاعل في برامج التنقيف الصحي للمرضى المزمنين.

وتشير تلك النتائج عموماً الى ضرورة التربية الصحية والعلاجية للمرضى المزمنين لتغيير اتجاهاتهم نحو السلوك الصحي اعتماداً على متغيرات عديدة من اهمها التدين.

المراجع:

- 1- الكندري، يوسف يعقوب (2003) الثقافة، الصحة، المرض: رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، الكويت: جامعة الكويت.
- 2- المهدي، محمد عبد الفتاح (2002) سيكولوجية الدين والتدين، الإسكندرية: البطاش للنشر والتوزيع.
- 3- خليفة، عبد اللطيف محمد وشحاتة، محمود عبد المنعم (د.ت): سيكولوجية الاتجاهات: المفهوم-القياس-التغير، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- 4- خليفة، عبد اللطيف محمد (1998) دراسات في علم النفس الاجتماعي، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- 5- رضوان، سامر جميل وكونراد، ريشكه (2001) السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، إرسال شخصي عن طريق البريد الإلكتروني إلى الباحث بتاريخ 2005.4.23.
- 6- رضوان، سامر جميل (2002) الصحة النفسية، عمان: دار المسيرة.
- 7- سويف، مصطفى (1966) مقدمة في علم النفس الاجتماعي، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- 8- مجذوب، فاروق (2003) طرائق ومنهجية البحث في علم النفس، بيروت: شركة المطبوعات للتوزيع والنشر.
- 9- سعد ، عبد الرحمن (1998) القياس النفسي بين النظرية والتطبيق، القاهرة: دار الفكر العربي.

10- Albright, T. L. et al. (2001). Predictors of Self Care Behaviour in Adults with Type 2 Diabetes : An RRnesT Study, *Fam. Med.*, 33, (5), 354-360.

11- Bussing, A. et al. (2000). Role of religion and spirituality in medical patient confirmatory results with the SpRuk questionnaire, in: *www. hglo.com*. le 18-07-05

12- Byrd, R.C. J. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med.*, 81, 826-9.

13- Colleen, A. et al. (2000). Health behaviour models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3, 180-193.

14- Flay, B. R. et Petraitis, J. (1994). The theory of Triadic influence, *Advances in medical sociology*, 4, 19-44.

15- Fowler, S. B. (1997). Hope and health promoting life-style in persons with Parkinson's disease, *J. Neurosci. Nurs.*, 29, 111-116.

16- Healthy People 2010: objectives for improving health, online edition, version html. pp.12-16. at. www.healthy-people.gov, le 22.6.2005.

- 17- Macleod, J. et Davey, S. (2003). Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment ?, *Epidemiol. Community Health*, 57, 565-570.
- 18- Maisonneuve, J. (2000). Introduction à la psychologie sociale, Paris : Puf.
- 19- Maureen R. Benjamins ,(2012) Religious Beliefs, Diet, and Physical Activity among Jewish Adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 51(3): 588-597.
- 20- Ministère de la Santé et de la Population (2005). Santé des Algériens : rapport annuel.
- 21- Ministère de la Santé et de la Population, INSP. (2001). *Relevé Epidémiologique*, vol 3.
- 22- Moayad A. Wahsheh ; Brian F. Geiger; Zeineb M. Hassan. (2012). Considering cultural and Religious Perspectives when Conducting Health Behavior Research with Jordanian Adolescents . *Annals of Behavioral Science and Medical Education*. vol.18, N° .., 14-20.
- 23- Rowley, M. et al. (2002). The net work of psychological variables in patient with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control, *Diabetes Care*, 24, (1), 35-42
- 24- Harold G. Koenig ; Saad Al Shohaib (2014). *Health and Well-Being in Islamic Societies*. Springer International Publishing Switzerland.
- 25- Stoetzel, J. (1978). *La psychologie sociale*, Paris : Flammarion.
- 26- Taylor, S. E. (2003). *Health psychology*, 5^{em} ed. New York: Mc Graw-Hill.
- 27- Walsh, A. (1998). Religion and hypertension: testing alternative explanations among immigrants, *Behav. Med*, 24, (3), 122-130.
- 28- Ware, J. et Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483
- 29- Wardle, J., et Steptoe, A. (1991). The European Health and Behaviour Survey: Rationale, methods, and results from the United Kingdom. *Social Science and Medicine*. 33, 925 –936.
- 30- Wild, S., and King, H. et al. (2004). Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projection for 2030, *Diabetes Care*, 27, (5), 1047-1053.