

الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي دراسة ميدانية بالمركز الإستشفائي الجامعي باتنة

د/ جبالي نور الدين
جامعة باتنة (الجزائر)
أ/ عدودة صليحة
جامعة بسكرة (الجزائر)

Summary:

The study aimed to reveal the potential relationship between self-efficacy and life style of artery coronary patients, and that possibly comes within raising a number of questions like:

1. Is there any significant relationship between the self-efficacy and nitration factor leading to the artery coronary patients.
2. Is there any significant relationship between the self-efficacy and sport factor leading to the artery coronary patients.
3. Is there any significant relationship between the self-efficacy and smoke factor to the artery coronary patients.
4. Is there any significant relationship between the self-efficacy and alcohol factor to the artery coronary patients.

The present study contains a sample of 40 persons: 21 males and 19 females.

The study depended on following means:

1. self- efficacy expectation scale of "Ralf Schzarwer".
2. Life style questionnaire.

Thus the study arrived to the following results:

1. There is a positive relation ship between the self-efficacy and the nitration factor to the artery coronary patients.
2. There's a positive relation ship between the self-efficacy and the sport factor to the artery coronary patients.
3. There's a negative relation ship between the self-efficacy and smoke factor to the artery coronary patients.
4. There's a negative relation ship between the self-efficacy and alcohol factor to the artery coronary patients, but it doesn't reach the statistic value level.

Key words : self efficacy, life style, artery coronary.

مقدمة:

إذا كانت غالبية الإحصاءات تشير إلى أن زيادة نسبة الإصابة بالأمراض المختلفة بين البشر تفوق كثيرا ما تعرض له الإنسان في الماضي، فقد أصبح من المسلم به أن الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجاً طويلاً الأمد أو علاجاً باهض الثمن، من الأمراض الأكثر انتشاراً، والتي سببت العديد من التعقيدات سواء كانت الصحية أو الاقتصادية، ويعد مرض قصور الشريان التاجي من بين هذه الأمراض الفتاكة في عصرنا، وهو عبارة عن تضيق في الشرايين التاجية بسبب الرواسب الدهنية أو العصيدية، أي أنه يرتبط بتغذية (توزيع) دموي ضعيف (معطل) في جزء من عضلة القلب، مما يسبب ألم حاد (الذبحة الصدرية) أو في حالات خطيرة، نوبة قلبية مع موت فجائي أحياناً.

و يعتبر أسلوب الحياة الذي ينتهجه الأفراد في حياتهم اليومية من العوامل الرئيسية المرتبطة بالأمراض التاجية، فمن سمات هذا العصر التقدم الحضاري المضطرب الذي سعى إليه الإنسان لتحقيق رفاهيته، فانتهج أسلوب حياتي معيشي متضمناً مجموعة من العوامل السلوكية من تغيير أسلوبه الغذائي كما و نوعاً، وإقباله على منتجات غذائية صناعية غير متوازنة، إلى توظيفه المفرط للتكنولوجيا، مما جعل حياته رخوة رتيبة إلى تعاطيه للتدخين و الكحول، كل هذه العوامل كان لها دور جوهري في ظهور مرض قصور الشريان التاجي.

وبالتالي فإن السيطرة على هذه العوامل يتطلب إعادة هيكلة للأسلوب الحياتي الذي ينتهجه الإنسان، و هنا تتجلى قدرة الأفراد و فاعليتهم فيما يخص ممارسة النشاطات اللازمة وتنفيذها قصد بسط السيطرة على حدث معين أو التحكم فيه، و هذا ما أدى به إلى توسيع أبحاثه لتشمل عدة مجالات منها مجال علم نفس الصحة.

و في هذا الصدد تعتبر الكفاءة الذاتية من أبرز موضوعات هذا العلم، وهي من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي لألبرت باندورا (Bandura.A)، حيث عرفت هذه النظرية عدة تطورات في السنوات الأخيرة، وأدخلت عليها تعديلات هامة أفقدتها طابعها الاجتماعي، وأصبحت نظرية معرفية بحتة تعرف حالياً بنظرية كفاءة الذات، حيث أن هناك العديد من الدراسات التي قام بها ألبرت باندورا و التي أثبتت من خلالها أن هناك علاقة بين الكفاءة الذاتية و عوامل أسلوب الحياة كالتدخين و الرياضة و التغذية و الكحول، الضغوط...إلخ.

وعليه فالدراسة الحالية تهدف إلى البحث عن العلاقة الكامنة بين كفاءة الذات و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، فإن هذه الدراسة تكتسب أهمية كبيرة في كونها من الدراسات الأولى في المجتمع المحلي التي تناولت هذه العلاقة، فهي بذلك تشكل مساهمة مهمة في جمع المعلومات حول كفاءة الذات و أسلوب الحياة و الكشف عن العلاقة بينهما، و بالتالي التوصل إلى الموارد المنمية للصحة، والعمل على تطويرها، و تحديد العوامل و الاتجاهات المعيقة لها من أجل العمل على تعديلها، الأمر الذي ينعكس في النهاية على تنمية الصحة وتطوير البرامج الوقائية المناسبة.

1. الإشكالية:

بالرغم من أهمية تأثير العوامل البيولوجية و البيئية في صحة الإنسان، إلا أن الأسلوب الذي يعتمده في حياته، و العادات الصحية التي يمارسها تُعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية، حيث تُشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك و الصحة، بمعنى أن نشأة و حدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية، ولو أن هناك مسببات

أخرى لا تقل أهمية عن العوامل النفسية و السلوكية، ففي العقدين الأخيرين ازدادت الأدلة الطبية و العلمية التي تشير بكل وضوح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد نمطا غير صحي في الحياة و تعرضه لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة الخطيرة كتلك التي تعرف انتشارا كبيرا في المجتمعات المتقدمة (عثمان يخلف، 2001، ص 19).

و تعتبر أمراض القلب على رأس هذه الأمراض المزمنة المهددة للحياة التي سماها الأطباء في مؤتمرهم بباريس سنة 1979 بالآفة الاجتماعية الكبرى، إذ ترى منظمة الصحة العالمية أن هذه الأمراض أخذت بالانتشار بشكل وبائي نتيجة للتغير الاجتماعي، والتحديث الصناعي وعولمة أنماط السلوك، لذلك فهي ترتبط بأسلوب الحياة (Shabè.S,2001,p11)، هذا الأخير الذي يشير إلى تبني الأفراد لمجموعة من الأساليب السلوكية الإيجابية أو السلبية (صفوت فرج، 2000، ص 568)، و التي تعكس فعلا القيم والمبادئ التي يؤمن بها الإنسان، كما أنه يشير أيضا إلى مجموعة القرارات المؤثرة على صحة الأفراد متأثرين بذلك بمختلف العوامل الاجتماعية و الإقتصادية و الثقافية، فقد لاحظت منظمة الصحة العالمية سنة (2007) أن 80% من أسباب أمراض القلب و الأوعية تعود إلى عوامل سلوكية منها طريقة الغذاء و نقص الممارسة الرياضية و التدخين... إلخ، كما أشارت إلى أن عدد ضحايا أمراض القلب وصل إلى أكثر من 18 مليون حالة وفاة في عام (2005) (جمعية الصحة العالمية، 2007)، و يعتبر مرض الشريان التاجي المسبب لها في النصف الثاني من القرن العشرين إلى الآن (Jaques Delamare, 1997,p22)، وهو عبارة عن مرض ينشأ عن ترسب الكوليسترول و مواد أخرى على الجدران الداخلية للشرايين، و هذه المواد تشكل صفائح تعمل على تضيق الشرايين، إذ أن وجود هذه الصفائح يقلل من تدفق الدم عبر الشرايين، و يؤثر في تمرير المواد الغذائية من الشعيرات الدموية إلى الخلايا، مما يسبب تدمير الأنسجة و تلف جدران الشرايين، مما يؤدي إلى تجلط الدم الذي يمكن أن يسبب انسدادا في الأوعية الدموية وتضييق تدفق الدم (شيلي تايلور، 2008، ص ص 80-81)، و يمثل هذا المرض 20% من الوفيات في الدول النامية و 40% من كل الوفيات في الدول المتطورة، و من مسببات هذا المرض الاستعداد الوراثي المثبت بوضوح (Shabé. S, 2001, p12)، وكذا ارتباطه بعوامل خطيرة أخرى ذات صلة بأسلوب حياة الفرد كالإسراف في الكحول الذي تجددت صناعاته و انتشرت ليصبح كباقي المشروبات، إذ يعد تعاطيه مسؤولا عن أكثر من (100000) حالة وفاة تحدث في كل عام، مما يجعله السبب الرئيسي الثالث للموت بعد التبغ، و التغذية السيئة (شيلي تايلور، 2008، ص 280)، زد على ذلك التدخين الذي يعتبر عامل سببي قوي، حيث أن استهلاك التبغ في الدول المتطورة سبب 30% من كل الوفيات في الفئة العمرية بين (35-69 سنة)، و قد وجد (Veliest et al,1986) أن الأشخاص المصابين بمرض الشريان التاجي، الذين يقلعون عن التدخين تكون نسبة الوفيات الناجمة عن جميع أسباب الموت أقل عن أولئك الذين يواصلون التدخين، و يعانون أقل من غيرهم من النوبات القلبية (Shabé. S, 2001, p12)، بالإضافة إلى ارتباط هذا المرض بالشخصية نمط - أ - حيث يميل أصحابه بحكم العادة إلى الإسراع في تنفيذ كثير من الوظائف الجسمية والعقلية، و كذا يقظة عقلية و جسمية فوق مستوى اليقظة العادية (Gustave Nicolas Fisher,2002,pp53-55).

وفي هذا الصدد تُعد أساليب رعاية الذات و التحكم في الذات من الجوانب المهمة في مجال الرعاية الصحية في مثل هذه الحالات، يُساند هذه القضايا أن العقدين الأخيرين شهدا تطور أساليب سلوكية فعالة، و مجالات بحوث مساندة موجهة نحو تعديل نمط الحياة، و خفض الكدر المرتبط بخبرة العلاج و تيسير التغلب على المرض و التوافق

معها، حيث تعتبر الصورة التي يتمثلها كل فرد عن نفسه ذات أهمية قصوى في السلوك البشري، إذ تعتمد قدرتنا على الفعل، ودافعيتنا للنشاط و الإنجاز على مقدار ما ندرك من تقديرنا لذواتنا ووعينا بمفهوم الذات، و هذا ما يُعرف ب "الكفاءة الذاتية"، والتي تعد من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي، فاعتقاد المدخنين، على سبيل المثال بأنهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم سوف يمنعهم من محاولة التوقف عن هذه العادة، مع أنهم يعلمون تماما بأن التدخين فيه مجازفة و أن التوقف عن التدخين قد يمنع الكثير من المضاعفات الناجمة عنه، و عموما فإن أغلب الأبحاث توصلت إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية، و بين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في أسلوب حياته، و بين الحفاظ على هذه المتغيرات على المدى البعيد (شيلي تايلور، 2008، ص ص 146-147).

و لم يبتعد ألبرت باندورا (Bandura.A, 1977) عن هذا الاتجاه، فقد أشار بأن الفرد يُدرك مختلف المواقف من خلال طريقته و أسلوبه في تناولها ومعالجتها، وأن طريقته في معالجة الأحداث المحيطة بنا تلعب دورا أساسيا في بناء شعورنا بفاعليتنا إزاء معالجة هذه المواقف (سامر جميل رضوان، 1997)، فذوي الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل ومشاعرهم أكثر ايجابية، و بأن الكروب امتحان و تحد لإمكانيات الفرد فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه، و يرون أن المواقف الضاغطة تدفعنا إلى التكيف الإيجابي و التغلب عليها (Bandura.A, 1977, p259).

فأولئك الذين يظنون بأنهم لا يملكون فرص أو إمكانيات لتغيير سلوكهم و تحسينه غير قادرين على تنمية النية أو قصديه سلوكية قوية، عكس أولئك الذين لديهم إحساس قوي بالقدرة على التحكم في مجريات الأمور و السيطرة على الأحداث بفعالية (Zani.B, 2002)، و لذلك فالتدخل هنا يكون بتعديل هيكل المعتقدات للفرد في حالة تبني معتقدات خاطئة. (Caralino werle et al, p 10)

و قد أوضحت مجموعة من الدراسات التي قام بها "Bandura.A" أن الصحة لن تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية أو كفاءة الذات و الممارسة الفعلية للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تُصبح كفاءة الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي الصحي للفرد (عثمان يخلف، ص 103).

وعلى هذا الأساس انصبت جهود العلماء لإيجاد العلاقة بين كفاءة الذات و أسلوب الحياة لذوي الأمراض المزمنة كالدراسة التي قام بها (Clark & Dogs, 1999) و كذا دراسة إيوارت (Eawart,1992) بأمريكا حول كفاءة الذات و الشفاء من نوبة قلبية قلبية، و كذلك دراسة ميلاند و آخرون (Meland et al,1999) في النرويج على عينة من 110 مريضا تناولت دور كفاءة الذات في تغيير السلوكيات المضرّة بالصحة، و خاصة تلك السلوكيات التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية، و التي تتضمن عوامل أسلوب الحياة المحددة أساسا في: التغذية، الرياضة، التدخين و الكحول، و قد أسفرت نتائج هاته الدراسات بكل وضوح إلى أهمية توقعات كفاءة الذات في عملية القضاء على أكثر العادات الفردية المدمرة لصحة الإنسان و المجتمع كالتدخين و الكحول وكذا الشأن بالنسبة لممارسة العادات الصحية السليمة الأخرى كتناول أطعمة أكثر صحة و ضبط الوزن و ممارسة الرياضة .

وبناء على ما سبق تحاول الدراسة الحالية الإجابة على التساؤلات التالية:

هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

و يندرج تحت التساؤل العام مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
2. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
3. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
4. هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

2. الدراسات السابقة: فيما يلي عرض لبعض من هاته الدراسات حسب ترتيبها الزمني:

❖ دراسة (Heller & Krauss, 1991):

والتي أجريت في نيويورك بهدف التحقق من صحة افتراض أن الكفاءة الذاتية المكتسبة يمكنها أن تتبئ بصلاحية انتقال مرضى الإدمان من مرحلة إزالة السمية "Detoxification" إلى مرحلة الرعاية اللاحقة "After Care". و قد بلغ قوام عينة الدراسة (63) مدمنا ذكرا من ذوي الإدمانات المتعددة في أحد مستشفيات علاج الإدمان بنيويورك، و قد تُلخصت أدوات الدراسة في مقياسين هما: مقياس الرعاية اللاحقة و يتكون من (17) مفردة، و مقياس الكفاءة الذاتية المكتسبة المؤهلة للرعاية اللاحقة و يتكون من (30) مفردة، و لقد اقتضت إجراءات الدراسة أن يقوم كل مريض من أفراد العينة بتقويم ذاتي لمفردات المقياسين اللذين يحتويان على وصف للسلوكيات الواجب توافرها و اتباعها للانتقال من مرحلة إزالة السمية و هي المرحلة الأولى في العلاج إلى مرحلة الرعاية اللاحقة و هي المرحلة النهائية في العلاج من الإدمان، و ذلك على أن يحتوي هذا التقويم على أمرين هما:

- مدى أهمية السلوك المطلوب للانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة.
- ومدى قدرة كل مريض على الالتزام بهذا السلوك أو تعذر الامتثال له أو إمكان الاستغناء عن هذا السلوك أو الاستغناء عن المفردة التي تمثله في المقياس.

و لقد أسفرت النتائج عن أهمية توفر الكفاءة الذاتية لإمكان الانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة رغم أن النتائج لم تكن جوهريّة أو مرتبطة بشكل دال (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2003، ص ص 393-394).

❖ دراسة (Cantrell.B et al, 1993):

و التي أجريت على عينة قوامها (43) مدمنا للكحول بهدف دراسة العلاقة بين كفاءة الذات و الإرتكاس الكحولي و ذلك من خلال برنامج علاجي وقائي من الإرتكاس لمدة ثلاثة أسابيع، و لقد استخدم الباحثون استبانة الثقة الموقفية لقياس كفاءة الذات في المواقف ذات الخطورة العالية للإرتكاس الكحولي و ذلك قبل بدء العلاج و بعده.

و لقد أسفرت النتائج عن زيادة معدل الكفاءة الذاتية و فعاليتها بعد تلقي العلاج، و لقد ظهر ذلك في شعور المرضى بزيادة الثقة بأنفسهم، و ثمة اعتقاد قد نمى لديهم بأنهم يمكنهم أن يتفاعلوا و يتصرفوا بكفاءة و يستجيبوا بفعالية في أية موقف خطيرة.

و لقد أسفرت نتائج المتابعة التي استمرت لمدة عام عن استمرار تلك الفعالية الذاتية لديهم، و ما أكد ذلك هو عدم ارتكاسهم حتى بعد عام من العلاج، كما أن نشاطاتهم الخارجية قد اضطرت و زادت بشكل ايجابي و أن قلة قليلة منهم فقط قد تورطت في بعض مواقف التعاطي نظرا لبعض العوامل مثل: الانفعالات غير السارة، و الإحباطات، و

توصي الدراسة بأهمية برامج الوقاية من الإرتكاس الكحولي و التركيز على عامل الكفاءة الذاتية (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2003، ص 395).

❖ دراسة (Muddle et al...,1995):

أجرى مادل و آخرون دراسة طويلة تناولت العلاقة بين أبعاد كفاءة الذات الثلاثة (الصعوبة، التعميم، القدرة) و استخدموا ثلاثة مقاييس مختلفة يقيس كل واحد منهم بعدا من أبعاد كفاءة الذات الثلاثة، وقد توصلت نتائجها إلى أن:

- توقعات كفاءة الذات في شأن الامتناع عن التدخين تتبأت بالإقلاع عن التدخين على المدى المتوسط و البعيد.
- و تتبأ بعد الصعوبة لمفهوم كفاءة الذات بالامتناع عن التدخين على المدى القصير.
- بينما تتبأ بعد القدرة لكفاءة الذات بالإقلاع عن التدخين على المدى الطويل.
- و كان لبعدي التعميم و القدرة لكفاءة الذات أكبر قوة تنبئية في شأن الامتناع عن التدخين بعد العلاج على المدى الطويل (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010 ، ص 169).

❖ دراسة (محمد السيد عبد الرحمن، 1998):

و تهدف هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين كفاءة الذات و المتغيرات المرتبطة بسلوك التدخين مثل العوامل المؤدية لزيادة معدل التدخين أو خفضه، و سن الإنخراط في التدخين و كثافة التدخين، و عدد مرات الإمتناع الفاشلة، و مدة الإمتناع عنه، و تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الذكور:

- عينة المدخنين و قوامها 72 مدخنا تتراوح أعمارهم ما بين 14-38 عاما من طلاب المراحل الثانوية و الجامعية و الدراسات العليا .
- عينة غير المدخنين: و عددهم 144 فردا تتراوح أعمارهم ما بين 14-36 عاما، و العينتان متجانستان عمريا و تعليميا و مهنيا.

و طبقت على المجموعة الأولى كل من:

- قائمة التقرير الذاتي لسلوك التدخين : إعداد الباحث.
- مقياس كفاءة الذات للمدخنين: إعداد الباحث.

في حين طبق على المجموعتين مقياس الكفاءة العامة للذات إعداد كل من روبرت تبتون، و إيفرت ورثجتون (Tipton,R.M. & Worthington E).

و أسفرت الدراسة عما يلي:

1. وجود فروق جوهرية بين المدخنين و غير المدخنين في: الكفاءة العامة للذات، و الفروق في صالح غير المدخنين.
2. وجود فروق جوهرية بين المدخنين الأصغر سنا و الأكبر سنا في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية و في الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين، و الفروق في صالح المدخنين الأصغر سنا في حين لا توجد فروق بين المجموعتين في بعد الاستجابة للضغوط الخارجية و الكفاءة العامة للذات.
3. وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة التدخين (1-5 سنوات فأكثر) في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية، و في كل من الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين، و مقياس الكفاءة العامة للذات، و الفروق لصالح المدة الأصغر.

4. وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف كثافة التدخين (خفيف - متوسط - كثيف) و الفروق في صالح ذوي التدخين الخفيف (1-10 سجائر).

5. و جود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة الامتناع (أقل من شهر، و شهر فأكثر) في كل من كفاءة الذات للاستجابة للضغوط الخارجية و الدرجة الكلية للكفاءة الذاتية للمدخنين، و في كفاءة الذات العامة، و الفروق في صالح مجموعة الممتنعين عن التدخين لمدة طويلة بينما لا توجد فروق بين المجموعتين في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2003، ص 389).

❖ دراسة (Martinez et al, 1999):

إذ قام الباحثون بتعيين مجموعة من الأفراد للمشاركة مع مجموعة تقوم بالتدريب على بعض التمارين، و طلب منهم التلاعب بمشاعرهم المتعلقة بإحساس الكفاءة الذاتية في أثناء الأداء، و ذلك عن طريق تزويدهم بتغذية راجعة متناقضة حول مستوى جودة أدائهم أو ضعفه.

و قد أشارت النتائج بأن المجموعة التي وضعت في ظروف ولدت لديها شعورا بالكفاءة الذاتية كان لديها مستوى أعلى من الكفاءة الذاتية المدركة من المجموعة الضابطة، و أن هذه المدركات ارتبطت مع التحسن في المزاج و الصحة النفسية (شيلي تايلور، 2008، ص 202).

❖ دراسة (Booth et al,2000) :

قام بهذه الدراسة كل من بوث و آخرون (Booth et al,2000) من خلال دراسة ميدانية أجروها في استراليا على عينة عشوائية متكونة من 499 شخصا مسنا و تم قياس نشاطهم الرياضي إضافة إلى قياس كفاءة الذات و متغيرات نفسية و اجتماعية أخرى .

و لقد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الكفاءة العالية للذات كانوا أكثر نشاطا وحيوية من غيرهم (عثمان يخلف، 2001، ص114).

و عليه فمما سبق يتضح لنا أن معظم الدراسات تناولت متغير كفاءة الذات من حيث: الأهمية، و التأثير، و التدبر العلاجي، و لقد أجمعت تلك الدراسات على أهمية ذلك المتغير في تعديل أسلوب الحياة و الإرتقاء بالصحة إلى أعلى المستويات، مع بيان أهمية التدخلات المعرفية السلوكية التي ينتمي إليها.

وعلى هذا الأساس جاءت الدراسة الحالية لتؤكد أو تنفي ما قد تم التوصل إليه في بعض الجوانب التي تم التطرق إليها في الدراسات السالفة الذكر، فهي تهدف إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة المحدد أساسا في العوامل التالية: التغذية، التدخين، الرياضة، الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

3.الفرضيات:

1.3 الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

2.3 الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

-توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وعامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

- توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وعامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
- توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وعامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

4. أهداف البحث:

الكشف عن العلاقة القائمة بين الكفاءة الذاتية و عوامل أسلوب الحياة المتمثلة أساسا في " التغذية، الرياضة، التدخين، الكحول " لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

5. أهمية البحث:

في ضوء مشكلة الدراسة والتساؤلات التي تطرحها والمحددات النظرية والمنهجية لها، تكتسب الدراسة الحالية أهميتها على المستويين النظري والتطبيقي مما يلي :

فمن الناحية النظرية:

(1)- تدعيم التراث الأدبي إذ أن هذا البحث يصبح موضوعا ذا أهمية لما يلقيه من أضواء أكثر تفصيلا على هذه الدراسة، الأمر الذي ربما يؤدي لإثارة آفاق جديدة و إبراز أسئلة و مشكلات عديدة قد تتيح فرصا لحلها و مناقشتها من قبل المختصين المهتمين بهذا الموضوع.

(2)- أن هذه الدراسة تعد تدعيماً للاتجاه المعاصر لعلم النفس المعرفي الاجتماعي الذي يقوده " Bandura " وموضوعه: " كفاءة الذات - نحو نظرية موحدة لتعديل أسلوب الحياة لذوي الأمراض المزمنة عامة، و مرضى قصور الشريان التاجي خاصة.

ومن الناحية التطبيقية :

(1)- أن نتائج هذه الدراسة تدعم فرض مفاده أن الكفاءة الذاتية للأفراد هي المحدد الأساسي للنجاح والتفوق، و تعديل أسلوب الحياة وأنه يمكن تحسين أو الحفاظ على موارد صحتنا بتنمية مستوى هذه الكفاءة باستخدام استراتيجيات وبرامج تدريبية مختلفة.

(2)- تصميم استبيان أسلوب الحياة.

5. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

1.5 الكفاءة الذاتية:

و قد تحدث (Bandura,A,1997) عن مفهوم الكفاءة الذاتية وقد عنى بها : " أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض و تنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء و الجهد المبذول و مواجهة المصاعب و إنجاز السلوك، بمعنى آخر فإن الفعالية أو الكفاءة الذاتية تشير إلى الاعتقادات المفترضة التي يمتلكها الفرد حول قدراته ". (عماد الزغلول، 2003، ص 139)، و لقد حدد ألبرت باندورا أربعة مصادر للكفاءة الذاتية، و المتمثلة في: الإنجازات الأدائية، النمذجة أو الخبرات البديلة، الإقناع اللفظي، الحالة الفسيولوجية و النفسية (Bandura, A. 1994)

إجرائيا: و هي الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس الكفاءة الذاتية لـ رالف شفارتزر في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان .

2.5 أسلوب الحياة:

- **تعريف (Rutten, 1985)** : اقترح فروقات مهمة بين عدة مفاهيم حول أسلوب الحياة: شروط الحياة: (الموارد)، طريقة الحياة: (نوع السلوك)، أسلوب الحياة: (مجموع أنواع طريقة الحياة)، حظوظ الحياة: (الاحتمال البيئي للمراسلة بين أسلوب الحياة لشخص ووضعيته)، و قد أشار إلى أن المحيط الاجتماعي الثقافي يضطلع بدور هام وفعال جدا في أسلوب الحياة (Agence de santé publique du Canada, 2002).

- **تعريف محمود السيد أبو النيل (1994)**: هي طريقة الفرد و أسلوبه في الأخذ والعطاء مع الناس في تعامله الاجتماعي، و في حل مشاكله و في تغلبه على ما يواجهه من عقبات، و تبعا لذلك فإن أسلوب الحياة يختلف عند الناس من حيث قدرتهم و أسلوبهم في التوافق اختلافا كبيرا (**محمود السيد أبو النيل، 1994، ص 71**).

- **تعريف دوجلاس و آخرون (Douglas & al..)** : يعني مفهوم أسلوب الحياة كما حدده دوجلاس على أنه الأسلوب الذي يشمل العناصر و الكيفيات الفريدة التي تصف أسلوب الحياة و بعض الثقافات أو الأشخاص و اختلافهم عن الآخرين و تتضمن أنماط الحياة اليومية التي تنمو و تنبغ من خلال ديناميات الحياة في المجتمع.

- **تعريف جيمس و فرانكين (James & Feankin)** : يتكون أسلوب الحياة من الأنماط الثابتة لاتساق الشخصية و التي يمكن التعبير عنها بصور مختلفة و في مجالات متعددة تشمل عدة جوانب مثل الجوانب العقلية و الانفعالية و الاجتماعية و الجوانب الدافعية للفرد.

و يمكن أن نحدد أسلوب الحياة من خلال عدد من الحاجات المركزية و التي يمكن أن توصف في موضوعات الحياة الأساسية، و هي تتخلل كل شيء يقوم به الفرد، فيوضح أدلر "Adler" أن أسلوب الحياة هو الحالة الفريدة التي تتكون من المجموع الكلي للدوافع والاهتمامات و السمات و القيم، كما تظهر في سلوك الأفراد الكلي، و يكون أسلوب الحياة نتاج لقوى ذاتية داخلية موجبة و قوى بيئية خارجية تساعد أو تعوق تشكيل الاتجاه الذي ترغب الذات الداخلية في إتيانه، و أن أسلوب الحياة هو وسيلة الفرد إلى التحقيق الذاتي و تنمية الشخصية و التعبير عن الكفاح من أجل التفوق (هارون توفيق الرشدي، 1999، ص ص 103-104).

و قد عرف (Lalonde, 1974) أسلوب الحياة الصحي على أنه: "مجموع القرارات المؤثرة على صحة الأفراد و التي يملكون عليها رقابة أقل أو أكثر، و يضيف أن القرارات والعادات الشخصية السيئة تخلق مخاطر وضعية ارتدادية، وعندما تسبب هذه المخاطر المرض أو الموت فعندئذ يمكن عزو ذلك إلى أسلوب حياة الضحية و أنه هو المسؤول عن ذلك"، وقد كانت أول تبادلات وجهات النظر حول أسلوب الحياة تدور أساسا حول التغذية وممارسة التمارين الرياضية، التدخين واستهلاك الكحول، و البرامج الهادفة لتطوير و تحسين أسلوب الحياة كانت مبنية على الإعتقاد بأن توفير المعلومات و التربية الصحية سيغيران أنماط الحياة، و إذا كانت الفكرة ثورية آنذاك إلا أن فهمنا لأسلوب الحياة و علاقته بالصحة قد تطور بصفة معتبرة منذ ذلك الحين (Agence de santé publique du Canada, 2002).

و يعرف الباحثان أسلوب الحياة على أنه: "مجموعة الأساليب السلوكية الإيجابية أو السلبية التي يتبناها الأفراد في حياتهم اليومية".

إجرائيا: تدل الدرجة الكلية المتحصل عليها من استبيان أسلوب الحياة على درجة أسلوب الحياة لدى الأفراد .

3.5 مرض قصور الشريان التاجي:

يحدث مرض قصور الشريان التاجي عندما يتضيق واحد أو أكثر من هذه الشرايين التاجية نتيجة ترسب الدهون و الألياف على جدار الشريان، وهذا ما يؤدي إلى نقص كمية الدم والأكسجين الواردة إلى عضلة القلب، وخاصة أثناء الجهد حيث تحتاج عضلة القلب إلى مزيد من الأكسجين (Yves Marin Planches Illustrées, 2001, p 486) وحين لا يستطيع الشريان التاجي تأمين كمية كافية من الدم للعضلة القلبية يشكو القلب من نقص الأكسجين، وهذا ما يتظاهر بالألم الصدري، ويطلق على هذا الألم إسم الذبحة الصدرية "Angine pectoris"، ويحدث هذا الألم عادة عند القيام بالجهد، ويزول لدى التوقف عن ذلك الجهد، أما إذا انسد الشريان التاجي نتيجة تمزق اللويحة التي ضيقت الشريان وترسبت خثره في مكان التمزق، فيطلق على هذه الحالة اسم جلطة القلب أو احتشاء العضلة القلبية "Infraction"، وعليه فإن هذه التأثيرات تعد بمثابة نتائج لتقلص الشرايين التاجية عن طريق تراكم الدهون، البروتينات على جوانب الغشاء المبطن للأوعية الدموية (Marilou Bruchon – Schweitzer et Robert Dantzer ; 1994 ; P P 198- 199)

6. إجراءات الدراسات الميدانية:

1.6 منهج الدراسة: تم الاعتماد على المنهج الوصفي الإرتباطي لكونه الأنسب لدراسة العلاقات الإرتباطية.

2.6 حدود الدراسة الأساسية:

- الحدود المكانية: المركز الإستشفائي الجامعي - باتنة - قسم أمراض القلب.

- الحدود الزمانية: 2008 / 2009 .

- الحدود البشرية:

* عينة البحث:

لتحقيق أهداف البحث تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة قوامها 40 فردا (21 ذكورا و 19 إناثا)، متركزين في

الفئة العمرية ما بين (35-57 سنة) متواجدين بالمركز الإستشفائي الجامعي - قسم أمراض القلب -

3.6 الأدوات المستخدمة في الدراسة:

* مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة: لـ "Schwarzer & Jerusalem" في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان.
* استبيان أسلوب الحياة من تصميم الباحثة: إذ تم عرض الإستبيان على مجموعة من الأطباء المختصين و أساتذة من قسم علم النفس وعددهم (10)، و اعتمادا على هذه الخطوة تم حذف الأسئلة التي لم يوافق عليها المحكمين وإجراء تعديلات في صياغة بعض البنود، ليصل مجموعها النهائي إلى 40 بندا مقسمين إلى أربع محاور أساسية كما يلي:

- المحور الأول: خاص بعامل التغذية.

- المحور الثاني: خاص بعامل الرياضة.

- المحور الثالث: خاص بعامل التدخين.

- المحور الرابع: خاص بعامل الكحول.

4.6 الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

جرى اختيار التحليلات الإحصائية طبقاً لسمات العينة و فرضيات الدراسة، و قد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج (SPSS).

* مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة:

- ثبات المقياس: تم حساب الثبات بطريقتين:

- معامل ألفا كرونباخ: و الذي أسفر عن معامل مقداره 0.92 و هي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس.

- طريقة التجزئة النصفية: و التي تقوم على تجزئة الاختبار إلى نصفين متكافئتين (فقرات فردية وزوجية)، و ذلك بعد تطبيقها على نفس العينة (ن=40)، حيث نتحصل على مجموعتين من الدرجات، مجموعة تخص النصف الفردي من الاختبار (ن=20) ، و مجموعة تخص النصف الزوجي من الاختبار (ن=20) ، و بعدها تم حساب معامل الارتباط بين الفقرات الفردية و الزوجية بمعامل الارتباط بيرسون، و الذي يمثل معامل ثبات نصف الاختبار و الذي وصل إلى 0.86 و هي قيمة دالة على ثبات الاستبيان.

- صدق المقياس: تم حساب الصدق عن طريق :

صدق الاتساق الداخلي : فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار هي كما يلي على الترتيب:

0.80 - 0.73 - 0.79 - 0.85 - 0.82 - 0.66 - 0.88 - 0.68 - 0.91 - 0.73، وهي جميعها دالة عند 0.01.

* استبيان أسلوب الحياة:

الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين يوضحهما الجدول التالي:

جدول(2): يوضح طرق حساب الثبات لاستبيان أسلوب الحياة.

| | |
|------|--|
| ن=40 | طرق حساب الثبات |
| 0.64 | معامل ألفا كرونباخ |
| 0.43 | طريقة التجزئة النصفية(بعد تصحيح الطول بمعادلة براون سبيرمان) |

نلاحظ من خلال الجدول أن كلا الطريقتين لحساب الثبات تدلان على درجة ثبات مقبولة لاستبيان أسلوب الحياة.

- الصدق:

صدق المحكمين: إذ تم عرض هذا الاستبيان على عدد من المحكمين في مجال علم النفس (أساتذة قسم علم

النفس بباتنة) و أطباء من المركز الإستشفائي الجامعي، وهكذا تم اعتبار نسبة اتفاق المحكمين على بنود الإستبيان معياراً للصدق، معتمدين في ذلك على معادلة لوشي الخاصة بصدق المحتوى أو الصدق المنطقي و هي كالتالي:

$$\text{صدق} = \frac{\text{ن و} - \text{ن} / 2}{\text{ن} / 2}$$

حيث أن:

ن و : عدد المحكمين الذين اعتبروا أن العبارة تقيس.

ن : العدد الإجمالي للمحكمين.

و عند تطبيق معادلة لوشي لصدق المحكمين تبين أن بنود الإستبيان صادقة حيث أن :

ص.م < 0.05 ، مما يؤكد بأن البنود الموضوعية صادقة في قياسها.

5.6 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

جرى اختبار التحليلات الإحصائية طبقاً لسمات العينة و فرضيات الدراسة، و قد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية).

7. عرض النتائج:

يمكن تلخيص نتائج الدراسة وفقاً لترتيب فرضيات الدراسة من خلال الجداول التالية:

جدول رقم-1-: يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية

لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

| مستوى الدلالة | معامل الارتباط - بيرسون - | العينة | المتغيرات |
|---------------|---------------------------|--------|-----------------|
| 0.05 | 0.46 | 40 | الكفاءة الذاتية |
| | | | التغذية |

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل التغذية بلغ 0.46 و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.05.

جدول رقم-2-: يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة

لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

| مستوى الدلالة | معامل الارتباط - بيرسون - | العينة | المتغيرات |
|---------------|---------------------------|--------|-----------------|
| 0.05 | 0.34 | 40 | الكفاءة الذاتية |
| | | | الرياضة |

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة بلغ 0.34 و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.05.

جدول رقم-3-: يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين

لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

| مستوى الدلالة | معامل الارتباط - بيرسون - | العينة | المتغيرات |
|---------------|---------------------------|--------|-----------------|
| غير دال | -0.16 | 40 | الكفاءة الذاتية |
| | | | التدخين |

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة بلغ -0.16 و هو غير دال إحصائياً .

جدول رقم-4-: يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي

| المتغيرات | العينة | معامل الارتباط - بيرسون- | مستوى الدلالة |
|-----------------|--------|--------------------------|---------------|
| الكفاءة الذاتية | 40 | -0.21 | غير دال |
| الكحول | | | |

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل الكحول بلغ -0.21 و هو غير دال إحصائياً .

6. تفسير و مناقشة النتائج:

فيما يلي تفسير و مناقشة النتائج المتحصل عليها حسب فرضيات الدراسة:

*مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أنه: "توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول رقم 1- و كانت تساوي 0.46 ، و هي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05، و تشير هذه النتيجة إلى تحقق صحة الفرضية الأولى، أي أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

إن نتيجة الفرضية الأولى جاءت مؤيدة للعديد من الدراسات السابقة التي أجمعت على أنه توجد علاقة جوهرية بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي، فالغذاء الصحي له أثر بالغ الأهمية في التخفيف من حدة هذا المرض، و لا يوجد أي خلاف على ذلك ، حيث أن هناك الكثير من الدلائل العلمية ما يشير إلى تحقق فوائد صحية أكيدة جراء الالتزام بنمط غذائي متوازن، و لعل من أهم هذه الدراسات تلك الدراسة الحديثة التي أجراها ميلاندوز و آخرون في النورفيج "Meland & al ;1999"، على عينة من 110 مريضا تناولت دور الكفاءة الذاتية في تغيير السلوكيات المضرة بالصحة، و خاصة تلك السلوكيات التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية "Cardiovascular health" كالتغذية غير الصحية، و لقد أظهرت نتائجها أن كفاءة الذات برزت أقوى متغير من بين المتغيرات المستقلة العديدة التي تم فحصها، كما كانت نتائجها متفقة مع الدراسة التي قام بها شمبليس و موري (Champlis & Murry,1979) ، و التي تم التطرق إليها في الإطار النظري و التي توصلت نتائجها إلى تأكيد أهمية كفاءة التحكم المعرفي في السلوكيات الصحية و الدور التأثيري الذي تلعبه كفاءة الذات المدركة في هذه العملية لتخفيض الوزن و الالتزام بنظام غذائي أكثر صحة.

و الملاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها أن المرضى الذين يمتلكون كفاءة عالية كانوا يقبلون على إتباع نظام غذائي صحي، و لقد عزز كفاءتهم :

1. التهديد المدرك لخطورة تطور المرض، و هذا ما يتفق مع نظرية المعتقدات الصحية التي تم الإشارة إليها في الفصل النظري.

2. نصائح الطبيب المعالج فيما يخص ضرورة الالتزام بالحمية الغذائية.

فمعظم هاته الفئة من المرضى كانوا يتجنبون تناول الدهون، ويتناولون ما أمكن من الخضر والفواكه و الألياف، يقللون من نسبة الملح في الطعام ...، في حين أظهر المرضى الذين يمتلكون كفاءة ذاتية منخفضة عدم مقدرتهم الالتزام بنظام غذائي صحي، رغم إدراكهم لأهمية القيام بذلك، و رغم صفات الطعام الصحي المقدم إليهم من طرف الطبيب، فعندما يوصى المريض المصاب بمرض الشريان التاجي بتعديل نظام تغذيته، فإن عليه أن يراعي اتباع هذه التوصية طوال سنوات حياته، و مع ذلك فإن دفع الناس لتغيير نظام تغذيتهم يعد من الأمور الصعبة، وذلك نظرا لعامل صعوبة الحفاظ على التغيير، فالالتزام بالنظام الجديد في التغذية قد يكون بدرجة أكبر في بادئ الأمر، و لكنه ينحدر مع مرور الوقت، و السبب في ذلك قد يرجع إلى بعض العوامل التي تعطل جميع الجهود التي تسعى إلى تغيير العادات السيئة في التغذية، مثل عدم إعطاء أهمية كافية للمراقبة البعيدة الأمد، و لإستراتيجيات الوقاية من الإنتكاس. و في حالة الحمية، فإن عوامل أخرى تتدخل أيضا فالإدارة الذاتية تشكل عاملا جوهريا، لأن التوصيات المتعلقة بالتغذية قد تتم مراقبتها بطريقة غير مباشرة فقط من قبل السلطات الطبية، كالأطباء مثلا، الذين يستندون إلى معايير عامة فقط للحكم على مدى الإلتزام، و من هذه المعايير الإعتماد على قياس مستوى الكوليسترول، في حين أن توفر درجة كبيرة من الإحساس بالكفاءة الذاتية (أي اعتقاد المريض بأنه قادر على تغيير نظام تغذيته)، و المساندة الأسرية باعتبارها مصدر رئيسي من مصادر الكفاءة الذاتية، و إدراك أهمية تغيير نظام التغذية في تحقيق الفوائد الصحية، جميعها من العوامل المهمة جدا في النجاح في الإلتزام بتغيير نظام التغذية المتبع.

و يمكن أن تكون بعض التوصيات المتعلقة بالتغذية قاسية، و مكلفة و من الصعب تحضيرها، و قد يتطلب الأمر حدوث تغيير جذري في التبضع و التخطيط في إعداد الوجبات، و طرق تحضير الأطعمة، و عادات الأكل، إضافة إلى ذلك فقد يكون من المتعب تغيير المذاق، فنفضيل الأطعمة الغنية بالدهون من الأمور الراضية في مجتمعنا، مما يجعل الناس يميلون لاستهلاك كميات أكبر من الأطعمة التي أخبروا أنها غنية بالدهون من الأطعمة الأخرى التي أخبروا بأنها لا تحوي كميات كبيرة من الدهون، حتى و لو كانت هذه المعلومات غير صحيحة، و عليه فإن هذه العوامل ترتبط ارتباطا جوهريا بالإحساس المتدني بالكفاءة الذاتية، هذا الإعتقاد السلبي الذي يندرج ضمنه المستوى المتدني من الوعي الصحي، و نقص الوعي بالعلاقة ما بين عادات الأكل و المرض.

*مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أنه: "توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون، كما هو موضح في الجدول رقم 2- و كان يساوي 0.34 ، و هي قيمة دالة إحصائيا عند 0.05 ، و تشير هذه النتيجة إلى تحقق صحة الفرضية الثانية

جزئياً، مما يعكس و جود علاقة ارتباطيه جزئية موجبة بين الكفاءة الذاتية و عامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، إذ أن ثقة المرضى المصابين بنوبة قلبية بشأن القدرة على مزاوله النشاط الرياضي تعمل على إزالة التخوف الشديد من أي ممارسة بدنية، لأن ذلك الخوف إذا ما استمر يؤدي حتما إلى مضاعفات صحية خطيرة ، وهذا ما أيدته العديد من الدراسات كالدراصة التي تم ذكرها في الجانب النظري لإيوارط في أمريكا "Eawart, 1992" على مجموعة من مرضى القلب و التي توصلت نتائجها إلى أن كفاءة الذات تساعد على إكساب المرضى أنماط سلوكية صحية تساعد على المحافظة على نشاطهم و صحتهم القلبية الوعائية.

و قد أشارت النتائج إلى أن المرضى الذين يمتلكون كفاءة مرتفعة يداومون على ممارسة التمارين الرياضية بانتظام و يواظبون على حضور حلقات التأهيل القلبي بشكل دوري، و يطبقون النصائح المقدمة إليهم من قبل متخصصي التأهيل، و هذا ما يتفق مع النتائج التي توصل إليها كل من بوث و آخرون "Booth et al, 2000" من خلال دراسته ميدانية أجروها في استراليا على عينة عشوائية مكونة من 499 شخصا، و تم قياس نشاطهم الرياضي، إضافة إلى قياس كفاءة الذات و متغيرات أخرى نفسية و اجتماعية، و قد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الكفاءة الذاتية العالية كانوا أكثر نشاطا و حيوية من غيرهم، في حين أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها (Martinez et al, 1999) الدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية في تحسين مستوى جودة الأداء أو ضعفه فيما يخص ممارسة التمارين الرياضية، و انعكاس ذلك على تحسن المزاج و الصحة النفسية، وتظهر أهمية الإحساس بالكفاءة الذاتية بشكل خاص في تقرير استمرار المرضى من الرجال و النساء في الالتزام بممارسة الرياضة على الرغم من تقدمهم في السن، فكما أشرت في الدراسة الأساسية فإن أعمار العينة تراوحت ما بين (35-57 سنة)، فمع التقدم في السن فإن الاتجاهات نحو الرياضة و مشاعر الكفاءة الذاتية فيما يتعلق بالقدرة على القيام بالتمارين تتدنى، مع أن الدافع يبقى عاليا. في حين أظهر الأفراد ذوي الكفاءة المنخفضة عدم القدرة على القيام بهذه النشاطات، و أقروا بأنهم أقل احتمالا للاستمرار في الممارسة، و هم يعززون ذلك إلى:

1. بعد مقر تقديم هذه الخدمات،
 2. أو لأسباب مادية تجعلهم لا يستفيدون من برامج التأهيل القلبي.
- تجدر الإشارة انه في دراستنا الحالية لم تسجل إلا حالتين من النساء اللاتي يمارسن الرياضة، وهذا ما لفت الإنتباه إلى عامل النوع الاجتماعي الذي يلعب دورا في تحديد من يقوم بممارسة الرياضة، لاسيما في مجتمعنا المحلي، إذ يقوم الأولاد منذ المراحل العمرية المبكرة بممارسة الرياضة أكثر من البنات، وفي أواسط العمر ومرحلة الشيخوخة تكون النساء -بشكل خاص- أقل ميلا لممارسة التمارين الرياضية إن لم نقل منعهما، ويعود ذلك جزئيا لأن نمط حياتهن لا يتيح لهن الفرصة للتمرين المنتظم ولأن الرياضة لم تصبح من أولويات النساء في مرحلة أواسط العمر إلا حديثا.

***مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:**

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على أنه: "توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين كما هو موضح في الجدول رقم -3- و كان يساوي -0.16 ، و هو ارتباط سلبي و غير دال إحصائياً، مما يشير إلى عدم تحقق الفرضية الجزئية الثالثة و بالتالي فإن هذه النتيجة جاءت مناقضة لما تم ذكره في الجانب النظري و الدراسات السابقة كالدراسة التي أجراها مادل و آخرون (Muddle & al,1995) ، و التي أشارت نتائجها بكل وضوح إلى أهمية توقعات الكفاءة الذاتية في عملية القضاء على عادة التدخين على المدى الطويل، و هي نفس النتيجة التي توصل إليها كليمنته و بروشكا (1985) إذ وجدوا أن توقع الكفاءة يكون في المراحل المتقدمة من الإقلاع عن التدخين أعلى من المراحل المبكرة، كما أن نجاح الإقلاع عن التدخين كان أعلى كلما كانت توقعات الكفاءة الذاتية أعلى، فالأشخاص المصابين بمرض الشريان التاجي الذين يقلعون عن التدخين تكون نسبة الوفيات الناجمة عن جميع أسباب الموت لديهم أقل من أولئك الذين يواصلون التدخين، ويعانون أقل من غيرهم من النوبات القلبية.

***مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:**

تنص الفرضية الجزئية الرابعة على أنه: "توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و عامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول رقم -4- و كان يساوي -0.21 ، و هو ارتباط سالب، غير دال إحصائياً، مما يعكس عدم تحقق الفرض الرابع، و بالتالي فإن هذه النتيجة جاءت مناقضة لما تم ذكره في الدراسات السابقة، كالدراسة التي قام بها (Heller & Krauss,1991) و التي أظهرت نتائجها ان الكفاءة الذاتية المكتسبة يمكنها أن تتبئ بصلاحية انتقال مرضى الإدمان من مرحلة إزالة السمية "Detoxification" إلى مرحلة الرعاية اللاحقة "After Care"، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها (Cantrell.B et al ,1993) فيما يخص فعالية الكفاءة الذاتية لمنع حدوث الإرتكاس الكحولي.

و هذا ما يدفعنا أن نقول أن عدم الوصول إلى مستوى الدلالة الإحصائية في الفرضية الثالثة و الرابعة قد ترجع إلى بعض خصوصيات المجتمع المحلي، و إلى المعايير و العادات و التقاليد السائدة و التي تفرض على أفرادها انتهاج أسلوب حياتي خال من الشوائب و خاصة فيما يتعلق بتناول الكحول و التدخين، و لا سيما إذا كان الأمر يمس النساء، مع العلم أن نصف العينة كن من فئة الإناث، مما انعكس ذلك على نتائج الدراسة.

كما أن للمستوى التعليمي دور مهم في مثل هذه النتائج التي تحصلنا عليها، فمعظم أفراد العينة لديهم مستوى تعليمي محدود ، و بالتالي فإن عدم فهمهم لبنود الاختبار قد يؤدي بهم إلى الإجابة العشوائية على الاختبار، و منه فالأمر يتطلب عينة ذات حجم أكبر و أكثر تمثيلاً للمجتمع من حيث عدد المتغيرات، المستوى التعليمي، و المستوى الاجتماعي و السن... إلخ

و أخيرا تجدر الإشارة أن هذه النتائج تبقى بحاجة إلى مزيد من البحث و الدراسة بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات بتحسين شروط البحث و باستخدام أدوات أكثر دقة على عينة أكبر حجما و بالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها.

الإقتراحات:

- بناءا على النتائج المتحصل عليها من الدراسة الحالية يمكن إدراج التوصيات و الاقتراحات التالية
- إجراء المزيد من الدراسات للكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
 - إجراء دراسات حول نظريات أسلوب الحياة، و التي تساعد على التنبؤ بمختلف أنماط السلوكيات الصحية، مثل المقاصد و التهديد المدرك، و المعتقدات الصحية السلبية و الإيجابية... إلخ لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
 - ضرورة المزوجة بين التكفل العضوي و التكفل النفسي في المستشفيات و جميع القطاعات الصحية.
 - ضرورة إجراء حصص تحسيسية و حملات توعية بغرض تسليط الضوء على أهمية أسلوب الحياة الذي ينتهجه الأفراد في حياتهم اليومية و علاقة ذلك بالصحة و المرض.
 - إعطاء أهمية كافية لإستراتيجيات الوقاية من الانتكاس و للمراقبة البعيدة الأمد لهاته الفئة من المرضى.

قائمة المراجع:

1. جمعية الصحة العالمية (2007)، توقّي الأمراض غير السارية و مكافحتها "تنفيذ الإستراتيجية العالمية" (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_15-ar.pdf: 12/02/2007-15 :56).
2. سامر جميل رضوان (1997)، توقعات الكفاءة الذاتية " البناء النظري و القياس " مجلة شؤون اجتماعية، ع1 مدون في: ([http :de.geocities.com/psychoarab/komp](http://de.geocities.com/psychoarab/komp) :02/02/2008 -14 :45)
3. شبلي تابلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و آخرون، (ط1)، دار الحامد للنشر و التوزيع عمان-الأردن.
4. صفوت فرج (2000)، المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، دار الأنجلو المصرية .
5. عثمان يخلف (2001)، علم نفس الصحة: الأسس النفسية و السلوكية للصحة، دار الثقافة، الدوحة، قطر.
6. عماد الزغلول (2003)، نظريات التعلم، (ط1)، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
7. محمود السيد أبو النيل(1994)، الأمراض السيكوسوماتية، (ط2)، المجلد الأول، دار النهضة العربية، بيروت.
8. مدحت عبد الحميد ابو زيد (2003)، العلاج النفسي و تطبيقاته الجماعية، الجزء الخامس، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
9. هارون توفيق الرشيدى (1999)، الضغوط النفسية: طبيعتها و نظرياتها،(ط1).
10. Agence de santé publique du Canada (2002). **La santé de la population-Mode de vie sain:** (www.phac-aspc.gc.ca/ph.sp/ddap/docs/sain/chaps1.htm 08/03/2008-16:00)
11. Bandura.A (1977), **Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavior change**, vol84, N02.
12. Bandura, A. (1994). **Self-efficacy**. In V.S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press : (<http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html#sources>: 04/12/2007-10:20)
13. Caralino Werle et al, **Les déterminant du comportement de santé préventive**, revue de la littérature, perspectives de recherche et étude exploratoire
14. gustave Nicolas Fisher (2002), **Traité de psychologie de la santé**, Dunod, Paris
15. Jaques Delamare (1997), **cardiologie**, édition2, édition vigot, Paris.
16. Marilou Bruchon Schweitzer et Robert Dantzer (2003), **introduction à la Psychologie de la santé**, Presses universitaires de frances, Paris.
17. Shabé. S, (2001), **Hand book of cultural health psychology**, academie press.
18. Zani,B (2002), **Théorie et modèle en psychologie de la santé**, Dunod , Paris.
19. Yves Marin Planches, (2001), **Petit la rousse de la médecine**, Edieth ybert