

الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمرضى القلب بمدينة الرياض "دراسة في الجغرافيا الطبية"

أ. مناهل بنت سويعد المطيري^(١)

د. إبراهيم بن عبيد الشويش^(٢)

المُلخَص:

جاءت هذه الدراسة بهدف التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمرضى القلب بمدينة الرياض، وعلاقة هذه الخصائص بالإصابة بمرض القلب. استخدمت الدراسة مَرَبَع "كاي" وقياس حجم الأثر لتحقيق أهداف الدراسة. وكانت نتائج هذه الدراسة أن هناك علاقةً بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الاجتماعية والصحية لدى مرضى القلب بمدينة الرياض. بالإضافة إلى أن هناك علاقةً بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الاقتصادية: (الدخل الشهري - الحالة العمليّة) لدى مرضى القلب بمدينة الرياض، بينما لا تُوجدُ علاقةً بين الإصابة بمرض القلب و(ملكيّة السّكن - نوع السّكن).

أوصت الدراسة بضرورة اتّباع نمط حياةٍ صحيٍّ - خاصّةً مع التّقدّم في العُمُر - كممارسة الرياضة وتناول غذاءٍ صحيٍّ والابتعاد عن التدخين. وأكّدت الدراسة على ضرورة عمل فحصٍ لأفراد الأسرة بغرض الكشف المبكّر عن أيّ عوامل تُشكّلُ خطرًا أو تُساهم في حدوث مشاكل أو أمراضٍ للقلب، في حال تشخيص أحد أفراد العائلة بأمراض القلب.

الكلمات المفتاحيّة: أمراض القلب، الخصائص الاجتماعية، الخصائص الصحيّة، الخصائص الاقتصادية.

(١) طالبة دكتوراه بقسم الجغرافيا - كلية اللغات والعلوم الإنسانية - جامعة القصيم - المملكة العربية السعودية، mnh29s@gmail.com

(٢) أستاذ نظم المعلومات الجغرافية المشارك بقسم الجغرافيا - كلية اللغات والعلوم الإنسانية - جامعة القصيم - المملكة العربية السعودية.

١. المُقدِّمة:

تُعدُّ الصِّحَّةُ من أبرز الموضوعات وأهمِّها التي تستدعي اهتمامًا كبيرًا من قِبَلِ الحكومات، وذلك لارتباطها بمستوى إنتاجية قوَّة العمل. لذا تبذُل الحكوماتُ جهودًا كبيرةً في سبيل رفع المستوى الصِّحِّي لشعوبها من خلال استخدام الأنظمة الصِّحِّيَّة المتطوِّرة وتطوير البرامج والخطط التَّنمويَّة التي تتعلَّق بالصِّحَّة. ففي مايو ٢٠١٢م تعهَّد قادةُ دول العالم ببذل الجهود من خلال وضع السِّياسات الصِّحِّيَّة التي تُسهِّم في الحدِّ من الوفيات العالميَّة الناجمة عن الأمراض غير المُعدية بنسبة ٢٥٪ بحلول عام ٢٠٢٥م (وزارة الصحة السعودية، ٢٠١٨). يأتي مرضُ القلبِ على رأس قائمة هذه الأمراض، حيث يُعدُّ من الأمراض المزمنة التي تعيش مع المريض لسنواتٍ عديدة فتؤثِّر بمرور الوقت على قُدراته البدنيَّة والعقليَّة، وتؤثِّر كذلك على أحواله النَّفسيَّة والعصبيَّة، وبالتالي فإنَّها تُقلِّل من كفاءته وإنتاجه، وتُضعِف من مُقاومته للأمراض الأخرى (صديق وحسن، ٢٠١٧). وتشير إحصائياتُ مُنظمةِ الصِّحَّة العالميَّة WHO إلى أنَّ أمراض القلب تُعدُّ المسبِّبَ الأوَّل للوفاة عالميًّا، ففي عام (٢٠١٢م) توفي ما يُقارب ١٧.٥ مليون شخصٍ بسبب الإصابة بأمراض القلب، وهو ما يُشكِّل ٣١٪ تقريبًا من مجموع الوفيات حول العالم (وزارة الصِّحَّة السُّعديَّة، ٢٠١٨). كما أوضحت المنظمة أنَّ ثُلث الوفيات التي حصلت نتيجة الإصابة بأمراض القلب كانت من نصيب الدُّول المنخفضة والمتوسِّطة الدَّخل (منظمة الصِّحَّة العالميَّة، ٢٠١٧).

ولم يقتصر الاهتمام بقضايا الصِّحَّة على الحكومات فقط، فعلى مستوى الأفراد نالت الصِّحَّةُ اهتمامًا كبيرًا من قِبَلِ الباحثين من مختلف التَّخصُّصات ذات العلاقة بالصِّحَّة. وتُعدُّ الجغرافيا – والجغرافيا الطَّبَّيَّة تحديدًا – إحدى هذه التَّخصُّصات، حيث تهتمُّ بصورةٍ أساسيَّة بإبراز العلاقة بين صِحَّة الإنسان وبيئته الطَّبَّيَّة والبشريَّة، دون الخوض في الجوانب الطَّبَّيَّة إلا بالقدر الذي يُثري التَّحليل الجغرافي وتوزيع الظَّاهرة المرضيَّة (جابر والبنا، ١٩٩٨). ويتناول الجغرافيون الأمراض من عدَّة جوانب، منها ما يتعلَّق بخصائص المرضى وعلاقتها بالمرض وبيئته الطَّبَّيَّة والبشريَّة، ومنها ما يتعلَّق بتحسين الخدمة الصِّحِّيَّة ومدى كفاءتها لتسهيل الاستفادة منها والوصول إليها. ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدِّراسة التي تُسلِّطُ الصُّوء على الخصائص الاجتماعيَّة والاقتصاديَّة والصِّحِّيَّة لمرضى القلب في مدينة الرياض، كأحد الموضوعات في مجال الجغرافيا الطَّبَّيَّة.

٢. مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة البحث في تزايد أعداد المُصابين بأمراض القلب في المملكة، حيث تُعدُّ خطرًا يُهدِّدُ حياة معظم السُّكَّان. وبحسب تقرير وزارة الصِّحَّة ومنظَّمة الصِّحَّة العالميَّة فإنَّ أمراض القلب تُعدُّ السَّبب في ٤٢٪ من حالات الوفاة من الأمراض غير المُعدية بالمملكة، وكذلك (٤٠٪) من المرضى الذين تستقبلهم أقسام الطَّوارئ بالمستشفيات هُم من مرضى القلب (وزارة الصِّحَّة السُّعوديَّة، ٢٠١٣). ومن المُلاحظ أنَّ مُعدَّل انتشار أمراض القلب والشرابين بين سُكَّان المملكة (١٥ سنة فأكثر) قد بلغ (١٢١٢) حالة لِكُلِّ مائة ألفٍ من السُّكَّان، أي نسبة (١.٢١٪) من السُّكَّان (الهيئة العامَّة للإحصاء، ٢٠١٨). هذه الإحصاءات تستدعي اهتمام القائمين على التَّخطيط الصِّحِّي، حيثُ يتطلَّب هذا العدد من المرضى ضرورة توفُّر كافَّة الإمكانيات والخدمات العلاجيَّة والوقائيَّة لِحدِّ من الإصابات والوفيات النَّاجمة عن أمراض القلب.

يهدفُ هذا البحث إلى دراسة الخصائص الجُغرافية لمرضى القلب في مدينة الرياض من خلال اختيار مرضى القلب بمدينة الملك فهد الطِّبيَّة، ومرضى القلب بمستشفى الأمير محمد بن عبد العزيز. ويتطلَّب تحقيق هذا الهدف معرفة خصائص المرضى (مرضى القلب) الاجتماعية والاقتصاديَّة والصِّحيَّة، لذا تسعى الدِّراسة إلى توضيح العلاقة بين مرض القلب والخصائص الاجتماعيَّة والاقتصاديَّة والصِّحيَّة. تُحاولُ الدِّراسة الإجابة على التَّساؤل التَّالي:

ما العلاقة بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الاجتماعيَّة والاقتصاديَّة والصِّحيَّة لمرضى القلب بمدينة الرياض؟

٣. أهميَّة الدِّراسة:

تتمثلُ الأهميَّة العلميَّة لهذه الدِّراسة فيما يلي:

- تُعدُّ هذه الدِّراسة من الدِّراسات الجُغرافيَّة الأولى التي تتناول مرضى القلب في مدينة الرياض.
- تُسهمُ هذه الدِّراسة في إبراز دور الجُغرافيا في المشاركة في حلِّ العديد من المُشكلات.
- تفتحُ الطَّريق أمام الباحثين لإجراء المزيد من الدِّراسات المتعلِّقة بالمشاكل الصِّحيَّة.

تتمثل الأهمية العملية لهذه الدراسة فيما يلي: تبرز الأهمية العملية لهذه الدراسة من خلال الاستفادة من نتائجها في مساعدة صنّاع القرار على معرفة حجم المشكلة الصحيّة، وبالتالي تمكّينهم من وضع السياسات الصحيّة التي تُسهم في الحدّ من أمراض القلب. بالإضافة إلى تقدير الاحتياجات الوقائيّة والعلاجيّة التي يحتاجها مرضى القلب، كالبِرامج الصحيّة وإنشاء مراكز صحيّة أخرى مُتخصّصة في مدينة الرياض.

٤. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

- مقارنة الخصائص الاجتماعيّة والاقتصاديّة والصحيّة للأشخاص المُصابين بمرض القلب بالأشخاص غير المُصابين بمرض القلب بمدينة الرياض.
- التعرّف على العلاقة بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الاجتماعيّة والاقتصاديّة والصحيّة لمرضى القلب بمدينة الرياض.

٥. أبعاد الدراسة:

- البعد المكاني: طُبقت هذه الدراسة على مرضى القلب المُراجعين لمدينة الملك فهد الطبيّة، وكذلك مرضى القلب المُراجعين لمستشفى الأمير محمد بن عبد العزيز في مدينة الرياض الشكل (١).
- البعد الزماني: طُبقت هذه الدراسة على مرضى القلب المُراجعين لمدينة الملك فهد الطبيّة، وكذلك مرضى القلب المُراجعين لمستشفى الأمير محمد بن عبد العزيز بمدينة الرياض في عام ٢٠٢١/٥١٤٤٣ م.

- البعد الموضوعي: يتمثل موضوع هذه الدراسة في دراسة الخصائص الجغرافية لمرضى القلب في مدينة الرياض، وهو أحد الموضوعات التي تدخل ضمن مجال الجغرافيا الطبيّة. يتناول هذا الموضوع العلاقة بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الاجتماعيّة والاقتصاديّة والصحية لمرضى القلب بمدينة الرياض.

٦. منطقة الدراسة:

مدينة الرياض عاصمة المملكة العربيّة السعوديّة وأكبر مدنها. تقع في وسط المملكة، عند التقاء خطّي عرض ٣٨ . ٢٤ شمالاً، وطول ٤٣ . ٤٨ شرقاً (مشخص، ٢٠٠٠).

تشغل مدينة الرياض مساحة (٣,١١٥ كم^٢)، وترتفع ٦٠٠م فوق سطح البحر. تقع المدينة في القسم الذي يُعرف جيولوجيًا باسم الرّف العربي، حيث تمتدّ على هضبة رُسُوبية في الجزء الشرقي من هضبة نجد. ومن أشهر الأودية في مدينة الرياض وادي حنيفة الذي يخترقها من الشّمال الغربي باتجاه الجنوب الشرقي. مُناخ مدينة الرياض شديد الحرارة صيفًا وباردٌ شتاءً (الهيئة الملكية لتطوير الرياض، ٢٠١٨). من أبرز سمات مدينة الرياض توسّعها العمراني، حيث تشهد مدينة الرياض زيادةً في أعداد السُكّان والمساكن باستمرار. بلغ عدد سُكّانها - حسب المرصد الحضري لمدينة الرياض - ٦,٥ مليون نسمة في عام ٢٠١٧م. تُعدّ مدينة الرياض من أسرع المدن نموًا في العالم (المرجع السابق، ٢٠١٨). وتُمثّل أحد أهم المراكز الاقتصادية والتجارية والإدارية في المملكة، حيث تتركز فيها الوزارات والعديد من الهيئات والمؤسسات والشركات المحليّة والإقليمية والدوليّة.



المصدر: من عمل الباحثة اعتمادًا على بيانات (الهيئة الملكية لتطوير مدينة الرياض، ٢٠٢٠م).

الشكل (١): خريطة أحياء مدينة الرياض

٧. الدِّراسات السَّابِقة:

تُساهمُ الدِّراساتُ في مجال الجغرافيا الطِّبيَّة - إلى جانب الدِّراسات الأخرى من العلوم الطِّبيَّة المختلفة - في مُعالجة قضايا المجتمع الصِّحِّيَّة، كما تلعب دورًا في مجال الدِّراسات البيئيَّة وتقصي أسباب الأمراض والأوبئة المنتشرة بأيِّ مجتمعٍ من المجتمعات، وأخذت هذه الدِّراسات مكانًا بارزًا في الآونة الأخيرة، خاصَّةً في الدُّول المتقدِّمة (الحسن، ٢٠١٤).

٧-١ الدِّراسات المحليَّة:

درَسَ الوليحي (١٩٩١)، التَّوزيع الجُغرافي للأمراض في المملكة العربيَّة السُّعوديَّة والعوامل المؤثِّرة في هذا التَّوزيع. وقد هدفت هذه الدِّراسة إلى دراسة التَّوزيع الجُغرافي للأمراض في المملكة العربيَّة السُّعوديَّة، لإعطاء صورةٍ عامَّةٍ عن الانتشار الجُغرافي للأمراض بمناطق المملكة المختلفة، حيثُ اشتملت الدِّراسة على ما يُقارب ١٤ نوعًا من الأمراض. بالإضافة إلى تحليل العلاقات بين الأمراض ومُسبباتها من خلال ربطها بعددٍ من الخصائص الديموغرافيَّة والأوضاع الاجتماعيَّة والاقتصاديَّة. كما خصَّص "الوليحي" جزءًا من دراسته لدراسة الأمراض في مدينة الرياض. توصلت الدِّراسة إلى أنَّ لكلِّ مدينةٍ ومنطقةٍ في المملكة ظروفها الطَّبِعيَّة والبشريَّة التي قد تُساعد في خلق أجواءٍ مُعيَّنة وبيئاتٍ مُثلى لانتشار مرضٍ مُعيَّن بنسبةٍ تفوق المدن والمناطق الأخرى. كما أظهرت النَّتائج ارتفاع مُعدَّلات الإصابة بالأمراض المختلفة عند الذُّكور أكثر من الإناث.

ومن الدِّراسات في هذا المجال كذلك دراسة التميمي (٢٠١٣)، التَّبائُن المكاني لمرضى القلب بالمدينة المنورة. هدفت هذه الدِّراسة إلى تحديد العوامل الجغرافيَّة المؤثِّرة في التَّبائُن المكاني لمرضى القلب في المدينة المنورة. كما سعت الدِّراسة إلى تحديد الفئات السُّكَّانيَّة الأكثر تعرُّضًا لخطر الإصابة بأمراض القلب ثمَّ الوفاة. توصلت الدِّراسة إلى أنَّ أعلى نسبة إصاباتٍ ووفياتٍ بأمراض القلب في المدينة المنورة، وذلك بتقسيم السُّكَّان بحسب البلديات، وهي كالتَّالي: بلدية العوالي، ثمَّ تليها بلدية أُحد. وبالإضافة إلى ما سبق فقد توصلت كذلك إلى أنَّ فئة كبار السِّن (٦٥ فأكثر) الأكثر عُرضةً للإصابة بأمراض القلب. واقترحت الدِّراسة تحليل الخريطة الجيولوجيَّة للمدينة المنورة، وخاصَّةً في مناطق المُصابين بأمراض القلب.

درست العيبري (٢٠١٧)، الخصائص الجغرافيَّة لمرضى القلب بمنطقة القصيم. وهدفت هذه الدِّراسة إلى الكشف عن حجم الإصابة بأمراض القلب بمنطقة القصيم. وتناولت الدِّراسة أيضًا الخصائص

الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمرضى القلب. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة التباين في درجات الإصابة بأمراض القلب بين محافظات منطقة القصيم، حيث سُجّلت أعلى نسبة إصابة بأمراض القلب في مدينة بريدة. كما بيّنت الدراسة أنّ أعلى نسبة إصابة بمرض القلب – من حيث الحالة الاجتماعية – تظهر بين المتزوجين، سواءً من الذكور أو الإناث. وأظهرت أنّ أعلى نسبة إصابة بأمراض القلب لدى فئة لا تقرأ ولا تكتب.

٧-٢ الدراسات العربية:

ومن الدراسات في هذا الإطار دراسة أمان (٢٠٠١)، الأبعاد الجغرافية لأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات الناتجة عنها في دولة الكويت. هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العوامل البيئية المؤثرة في أمراض القلب والأوعية الدموية في الكويت. وتناولت أيضًا دراسة المؤشرات الإحصائية لأمراض القلب، مع تقدير حجم الوفيات الناتجة عنه. أظهرت نتائج هذه الدراسة أنّ منطقة حولي سجّلت أعلى عدد وفيات بسبب مرض القلب في دولة الكويت. بالإضافة إلى أنّ معدلات الوفيات عند الذكور أعلى من الإناث، وغالبية الوفيات هم من عمر ٥٦ فأكثر. أوصت الدراسة بضرورة نشر الوعي الصحي بتغيير أنماط الحياة اليومية سواءً في مجال التغذية أو ممارسة الرياضة والابتعاد عن مسببات التوتّر.

درس محمد (٢٠١٧)، أمراض القلب في جمهورية مصر العربية. تناولت هذه الدراسة العوامل المؤثرة في انتشار أمراض القلب في مصر. كما تناولت الدراسة النتائج الاجتماعية والاقتصادية لأمراض القلب. أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة قوية بين المناخ وأمراض القلب، حيثُ تزداد الإصابة بأمراض القلب في فصلي الصيف والخريف، وتقلُّ في الشتاء والرّبيع. كما يرتفع معدّل الوفيات بأمراض القلب عند الذكور أكثر من الإناث.

كما درس الركابي (٢٠٢٠)، الخصائص الديموغرافية للمصابين بأمراض القلب في محافظة ذي قار بالعراق. ركّزت هذه الدراسة على دراسة التّركيب العمري والتّوعي وكذلك المهني، بالإضافة إلى المستوى التّعليمي والحالة الزّوجية. توصلت هذه الدراسة إلى ارتفاع إصابات الذكور بأمراض القلب عنها لدى الإناث. بالإضافة إلى أنّ عامل السنّ يلعب دورًا في الإصابة بأمراض القلب.

٧-٣ الدراسات الأجنبية:

دراسة مورس Morris وآخرون (٢٠٠١)، التباين الجغرافي في الإصابة بأمراض القلب التّاجية في بريطانيا. جاءت هذه الدراسة لتحديد مدى الاختلاف الجغرافي في الإصابة بأمراض القلب التّاجية في

بريطانيا مع تفسير هذا الاختلاف. وجدت هذه الدراسة ارتفاعاً في معدلات الإصابة بأمراض القلب في المدن الإنجليزية الاسكتلندية والشمالية، وانخفاض معدلات الإصابة في المدن الإنجليزية الجنوبية. وأظهرت النتائج أيضاً ارتباط هذا الارتفاع في معدلات الإصابة بأمراض القلب بانتشار تدخين السجائر، وانخفاض النشاط البدني، واستهلاك الكحول، وانتشار الطبقة العاملة اليدوية.

كما درس لاولور Lawlor وآخرون (٢٠٠٣)، التباين الجغرافي في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية وعوامل الخطر، وسيطرتها على النساء المسنات في المملكة المتحدة. جاءت هذه الدراسة لبحث عوامل الإصابة بمرض القلب لدى النساء المسنات في بريطانيا. وأظهرت النتائج اختلاف معدلات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية من مقاطعة إلى أخرى، حيث تظهر المعدلات الأعلى في اسكتلندا، والمعدلات الأدنى في جنوب إنجلترا. كما توصلت الدراسة إلى أن أمراض القلب والأوعية الدموية هي السبب الرئيس للوفاة بين النساء في بريطانيا، حيث تمثل أكثر من ٤٠٪ من وفيات النساء في جميع الأعمار. توصلت الدراسة أيضاً إلى أن من أسباب الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية بين النساء البريطانيات المسنات الوضع الاجتماعي والاقتصادي، وكذلك الإصابة بارتفاع ضغط الدم، حيث إن نصف النساء البريطانيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٦٠-٧٩ مصابات بارتفاع ضغط الدم، و١٢٪ منهن مدخنات، وأكثر من ربعهن يعانين من السمنة.

ودرس كيم Kim وآخرون (٢٠١٠)، التباين الجغرافي في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية في المملكة المتحدة. وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى التباين الجغرافي لمريضات القلب في المملكة المتحدة، حيث اقتصرت هذه الدراسة على دراسة مريضات القلب من النساء فقط. أظهرت النتائج أنه عند مقارنة معدلات الإصابة بأمراض القلب لدى النساء في جنوب إنجلترا واسكتلندا بشمال إنجلترا وجود تشابه، بينما تقل النسبة في ميدلاند وويلز. يرجع هذا التباين إلى عدة عوامل منها: (العمر، والتدخين، والإصابة بأمراض ضغط الدم، والنشاط البدني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي).

٨. مناهج الدراسة وأساليبها:

١-٨ المنهج الوصفي:

هو "الطريقة التي يعتمد عليها الباحثون في التعرف على خصائص الظاهرة، وعليه فإن هذا المنهج يقوم على أساس وصف الظاهرة وصفاً دقيقاً، بمعنى تحديد أوصافها بالحالة التي هي عليها، وقد

يكون هذا الوصف بالكلمة وقد يكون بالرقم" (العثمان، ٢٠٠٩: ٣٣). يُستفاد من هذا المنهج في هذه الدراسة لوصف واقع المشكلة الحالية، مع توضيح خصائصها وحجمها.

٢-٨ المنهج المقارن:

هو إجراءات تهدف إلى توضيح وتصنيف عوامل السببية في ظهور ظواهر مُعيّنة وتطورها، وكذلك أنماط العلاقة المتبادلة في هذه الظواهر بينها وبين بعضها البعض، وذلك بواسطة توضيح التشابهات والاختلافات التي تُبينها الظواهر التي تُعدّ من نواحٍ مختلفة قابلة للمُقارنة (علي، ٢٠٠٦). يُستفاد من هذا المنهج في هذه الدراسة لمقارنة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية بين عينة المصابين بمرض القلب وغير المصابين بمرض القلب.

٣-٨ المنهج التحليلي:

يتناول هذا المنهج دراسة الظاهرة دراسةً تحليليةً بهدف الكشف عن العلاقات بين الظواهر المختلفة، فالبحث لا يُعدّ مُنتهيًا بمجرد الحصول على البيانات والمعلومات، بل لابدّ من تحليلها وإظهار العلاقة بين مُتغيراتها (العثمان، ٢٠٠٩: ٦٣).

يُستفاد من هذا المنهج في دراسة العلاقة بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمرضى القلب، ولتحقيق ذلك:

- تمّ استخدام اختبار كا^٢ (Chi-Square) للاستقلال لبيان العلاقة، حيث أنّ جميع المُتغيرَات اسمية.
- تمّ استخدام حجم الأثر (أو الدلالة العلمية)، حيث إنّ الدلالة الإحصائية وحدها ليست كافيةً لصناعة قرارٍ تربويٍّ أو نفسي، فهي شرطٌ ضروريٌّ وليس كافيًا، فلا بُدّ من حساب قوّة العلاقة بين المُتغيرِ التّابعِ والمُتغيرِ المُستقل وهو ما يُعرفُ بالدلالة العلمية، والذي يُعتبرُ بمثابة مؤشّرٍ لمدى قُدرة الباحث على استخدام النّتائج تفسيرًا وتطبيقًا (الصياد، ١٩٨٨، ٢٠١-٢٠٣)

وفي حالة استخدام كا^٢ فإنّ حجم الأثر (W) يُحتسبُ كما يلي (نور، ١٩٩٣، ١٢):

- في حالة جداول التّوافق (2 x 2) ذات درجة حُرّيّة واحدة، فإنّ:

حيث: قيمة كا^٢ من العينة، و n حجم العينة.

- وفي حالة جدول التّوافق (r x c) ذات درجة حُرّيّة أكبر من الواحد، فإنّ:

حيث C معامل التّوافق ويُحسبُ من العلاقة.

ويُصنَّفُ هذا التأثير طبقاً لقيمتِه إلى: (صغير، ومتوسِّط، وكبير) حسب معايير كوهن (Cohen, 1977) كما يلي:

تفسيرها	قيمة W
يُعبَّر عن حجم تأثيرٍ ضعيفٍ	0.1
يُعبَّر عن حجم تأثيرٍ متوسِّطٍ	0.3
يُعبَّر عن حجم تأثيرٍ كبيرٍ	0.5

(باخيور، ١٩٩٦، ٦٩)

٩. مصادر بيانات الدراسة:

أ. مصادر أولية:

تُعَدُّ الدِّراسة الميدانيَّة إحدى أبرز وسائل البحث الجغرافي التي تُمكنُ الباحث من الوقوف على واقع المشكلة وفهمها. ولتحقيق أهداف هذه الدِّراسة اعتمدت الباحثة على الاستبانة لاستيفاء البيانات بعد تحكيمها من قبل عددٍ من المختصين.

مجتمع الدِّراسة:

تمَّ توزيع استبانة مُزوَّدة بأسئلة ذات إجابات مُغلقة على عينة عشوائيَّة بلغت بعد استبعاد الاستبانات التي لم يتمَّ تعبئتها بالشكل الصَّحيح (٤٣٠ شخصاً لعينة غير المرضى) من عمر ١٦ سنة فأكثر من الذكور والإناث في مدينة الرياض، وبلغت (٤١٨ لعينة المرضى) من الذكور والإناث، من عمر ١٦ سنة فأكثر المراجعين لأقسام القلب التابعة لوزارة الصِّحة بمدينة الرياض (مدينة الملك فهد الطَّبَّيَّة، ومستشفى الأمير محمد بن عبد العزيز) لعام ٢٠٢٣م.

ب. مصادر ثانوية:

تتمثَّل في مجموعة البيانات التي تمَّ الحصول عليها من بعض الجهات الرِّسميَّة، مثل البيانات غير المنشورة: وهي البيانات الإحصائيَّة الصَّادرة من مدينة الملك فهد الطَّبَّيَّة، ومستشفى الأمير محمد بن عبد العزيز. والبيانات المنشورة مثل: البيانات الصَّادرة من الهيئة العامَّة للإحصاء. بالإضافة إلى الكتب والرِّسائل العلميَّة.

ج. الخرائط: خريطة لمدينة الرياض من الهيئة الملكيَّة لتطوير الرياض ٢٠٢٠م.

١٠. الخصائص الاجتماعية لمرضى القلب في مدينة الرياض:

وللتعرّف على الخصائص الاجتماعية لمرضى القلب في مدينة الرياض، ركّزت الدراسة على خمس متغيرات وهي: التركيب النوعي والعُمري، حجم الأسرة، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي.

أ. التركيب النوعي:

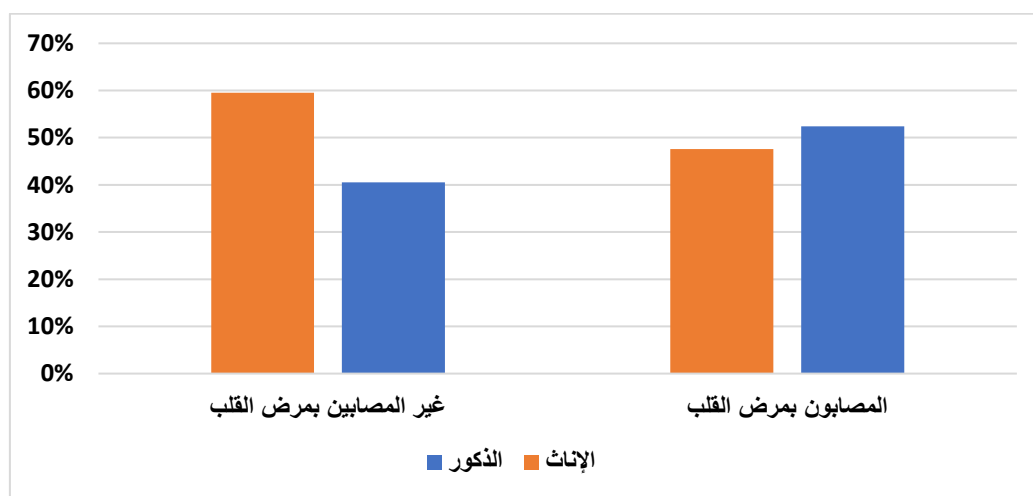
تُعَدُّ دراسة التركيب النوعي من العوامل المهمّة عند دراسة أي مرض. فنوع الإنسان له تأثيره في الصّحة والمرض، حيثُ تظهر بعض الأمراض في نوعٍ دون غيره (الحسن، ٢٠١٣).

يوضح الجدول رقم (١) والشكل رقم (٢) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقًا للتركيب النوعي. وتُشير نتائج هذه الدراسة إلى ارتفاع نسبة الذكور في عينة المصابين بمرض القلب، حيثُ بلغت ٥٢.٤% من إجمالي المرضى، بينما بلغت نسبة الإناث في عينة المصابين بمرض القلب حوالي ٤٧.٦%. على العكس من ذلك بالنسبة لعينة غير المرضى، فقد كانت نسبة الإناث أعلى من نسبة الذكور حيثُ بلغت ٥٩.٥% للإناث مقابل ٤٠.٥% للذكور. ومن خلال هذه النتائج يتّضح ارتفاع نسبة الإصابة بمرض القلب لدى الذكور.

الجدول (١): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقًا للتركيب النوعي لعام ٢٠٢٣م

النوع	المصابون بمرض القلب	النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة
الذكور	٢١٩	٥٢,٤٠%	١٧٤	٤٠,٥٠%
الإناث	١٩٩	٤٧,٦٠%	٢٥٦	٥٩,٥٠%
المجموع	٤١٨	١٠٠%	٤٣٠	١٠٠%

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (٢): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقًا للتركيب النوعي

يُتضح من الجدول (٢) وجود علاقةٍ معنويّةٍ بين النوع ومرضى القلب، وبحساب حجم التأثير تبين أنّ قيمته تساوي (٠.١٢) وهو حجمٌ تأثيرٍ ضعيفٍ، أي أنّ مرض القلب يتأثر تأثيراً ضعيفاً بنوع الإنسان. ويُلاحظ من خلال نتائج هذه الدراسة أنّ الذكور أكثر عرضةً لمرض القلب من الإناث. وهذا يتفق مع ما ذكره الوليعي (١٩٩١) في دراسته عن الأمراض في مدينة الرياض، والتي أظهرت ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المختلفة عند الذكور أكثر من الإناث. وكما جاء أيضاً في دراسة محمد (٢٠١٧) لأمراض القلب في جمهورية مصر، وكذلك دراسة أمان (٢٠٠١) لأمراض القلب في الكويت. وكما ذكر شرف (٢٠٠٤) أيضاً أنّ معدلات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدمويّة تزيد بين الرجال عنها بين النساء، وعلى سبيل المثال مرض تصلب الشرايين والذي يُصيب الرجال أقلّ من سنّ الأربعين. كما أنّ معدّل الإصابة بأمراض القلب واحدٌ بين الرجال والنساء بين عمر الأربعين والستين. أمّا بالنسبة لإصابات النساء بأمراض القلب عادةً تكون بعد عمر الستين. ويمكن تفسير أسباب ارتفاع إصابة الذكور بأمراض القلب عن الإناث بعدة أسبابٍ منها: أنّ نسبة تدخين الذكور أكثر من الإناث، والذي له تأثيرٌ على القلب، وبالتالي يزيد لديهم خطر الإصابة بأمراض القلب. حيثُ تبلغ نسبة تدخين الذكور في المملكة حسب إحصاءات وزارة الصحة ٢٢٪ مقابل ١.١٪ للإناث (وزارة الصحة، ٢٠١٤). كما يمكن أن يكون أحد الأسباب هو ارتفاع نسبة السمنة لدى الذكور، حيثُ أثبتت الدراسات وجود علاقةٍ بين السمنة وأمراض القلب، وأنّ ارتفاع الإصابة بأمراض القلب المرتبطة بالسمنة أعلى عند الرجال منه عند النساء، بينما تحرص الكثير من النساء على اتباع نظامٍ غذائيٍّ لتجنّب زيادة الوزن (Gao et al.2019). كما أنّ وجود هرمون الاستروجين لدى الإناث في سنّ الإنجاب يُوفّر لهنّ حمايةً كبيرةً من الإصابة بأمراض القلب (Galiuto & Locorotondo, 2015). وأيضاً نتيجةً لتحمل الرجال الكثير من مسؤوليات الأسرة، إلى جانب ما يتعرّضون إليه من ضغوطٍ وأعباءٍ في العمل، حيث إنّ كثرة التعرّض لضغوطٍ وبشكلٍ مستمرٍ تجعل الشخص أكثر قابليّةً للإصابة بالأمراض النفسية والجسدية، وبالتالي تُؤدّي إلى حالاتٍ مفاجئةٍ كالنوبات القلبية (العنزي، ٢٠١٥). بالإضافة إلى عدم ممارسة البعض من الذكور للرياضة، بينما تُعدّ الأعمال اليوميّة التي تقوم بها الإناث في المنزل بمثابة النشاط البدني.

الجدول (٢): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير لأفراد عينة الدراسة وفقاً للتركيب النوعي لعام ٢٠٢٣م

مستوى الدلالة	المصابون بمرض القلب	النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة
الذكور	٢١٩	٪٢٥,٨٠	١٧٤	٪٢٠,٥٠
الإناث	١٩٩	٪٢٣,٥٠	٢٥٦	٪٣٠,٢٠
المجموع	٤١٨	٪٤٩,٣٠	٤٣٠	٪٥٠,٧٠
مربع كاي	١٢,١٣			
مستوى الدلالة	**٠,٠٠١			
حجم التأثير	٠,١٢			

المصدر الدراسة الميدانية.

ب. التركيب العمري:

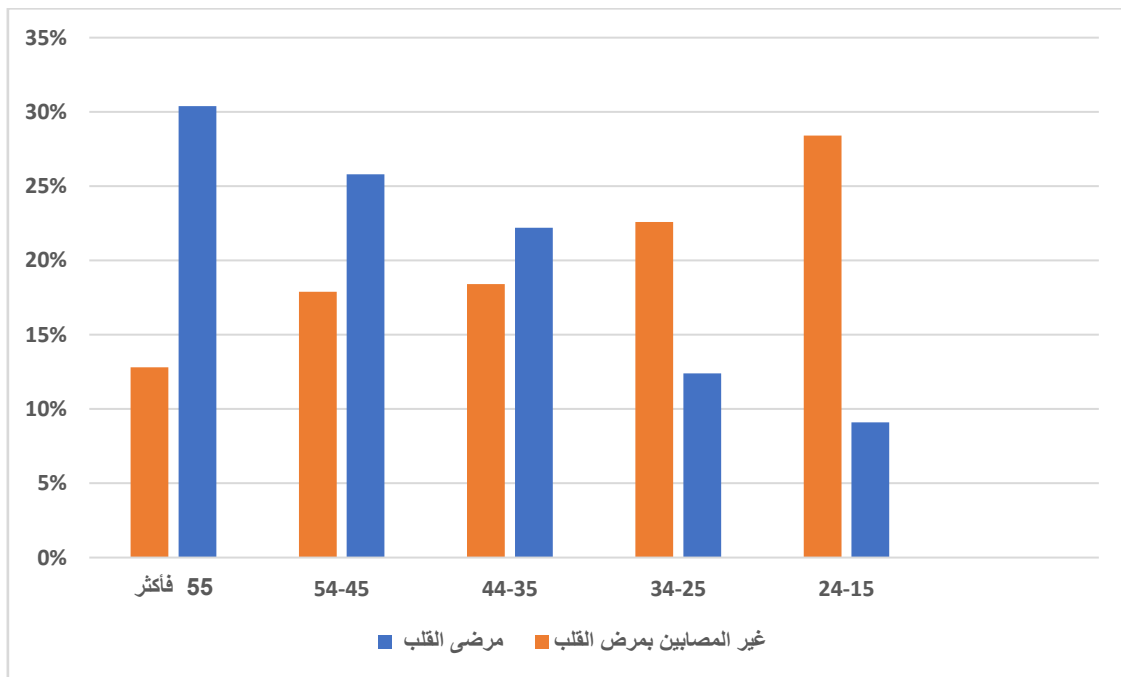
دراسة التركيب العمري من الموضوعات المهمة في الجغرافيا الطبية بشكل عام، وكذلك في الدراسات التي تتعلق بالتخطيط الصحي بشكل خاص، لما له من أهمية في التعبير عن حالة المجتمع. كما أن لكل فئة عمرية مشكلاتها الصحية وكذلك متطلباتها من الخدمات الصحية من حيث الكم والكيف (كافي وآخرون، ٢٠٢٠). اعتمدت الدراسة على تقسيم الفئات العمرية لمرضى القلب في مدينة الرياض إلى خمس فئات كما هو موضح في الجدول (٣).

وتشير البيانات في الجدول (٣) والشكل (٣) إلى توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمُنغِير العمر. وأوضحت الدراسة أن الفئة العمرية (٥٥ فأكثر) تُشكّل حوالي ٣٠.٤٪ من إجمالي عينة مرضى القلب، بينما تُعدُّ هي الفئة الأقل في عينة غير المرضى، حيث تُشكّل فقط ١٢.٨٪. تليها الفئة العمرية (٤٥-٥٤ سنة) حيث يُشكّلون ٢٥.٨٪ من عينة المرضى و١٧.٩٪ من عينة غير المرضى. تُمُّ الفئة العمرية (٣٥-٤٤ سنة) حيث يُشكّلون ٢٢.٢٪ لدى مرضى القلب و١٨.٢٪ لدى غير المرضى. تليها الفئة العمرية (٢٥-٣٤ سنة) حيث يُشكّلون ما نسبته ١٢.٤٪ من إجمالي المرضى، وتزيد هذه النسبة حتى تصل إلى ٢٢.٦٪ لدى غير المرضى. كما سجّلت أقل نسبة إصابة بمرض القلب عند الفئة العمرية الأقل في عينة الدراسة وهي (١٥-٢٤ سنة)، حيث بلغت ٩.١٪، بينما تُشكّل هذه الفئة العمرية النسبة الأعلى لدى غير المرضى حيث بلغت ٢٨.٤٪.

الجدول (٣): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً للتركيب العمري لعام ٢٠٢٣م

العمر (بالسنوات)	المصابون بمرض القلب	النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة
٢٤-١٥	٣٨	٪٩,١	١٢٢	٪٢٨,٤
٣٤-٢٥	٥٢	٪١٢,٤	٩٧	٪٢٢,٦
٤٤-٣٥	٩٣	٪٢٢,٢	٧٩	٪١٨,٤
٥٤-٤٥	١٠٨	٪٢٥,٨	٧٧	٪١٧,٩
٥٥ فأكثر	١٢٧	٪٣٠,٤	٥٥	٪١٢,٨
المجموع	٤١٨	٪١٠٠	٤٣٠	٪١٠٠

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (٣): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق التركيب العمري

يُلاحظُ من جدول (٤) وجود علاقةٍ معنويّةٍ (مستوى الدلالة أقل من ٠.٠٥) بين فئات العُمُر ومرض القلب. وبحساب حجم التأثير (الدلالة العلميّة) اتّضح أنّها كانت تساوي (٠.٣٣)، وهو حجمُ تأثيرٍ متوسّطٍ حسب تصنيف كوهن (Cohen, 1977) لمستويات حجم التأثير، ممّا يُشيرُ إلى أنّ العلاقة المعنويّة تعودُ لأثر المتغيّر المُستقل (فئات العُمُر)، أي أنّ مرض القلب يتأثرُ بفئات العُمُر، فكُلّما زاد العُمُر ارتفعت نسبة الإصابة بمرض القلب. ومن المُلاحظ خلال هذه النتائج أنّ مرض القلب يُصيبُ جميع الفئات العُمريّة التي شملتها الدراسة، إلّا أنّ نسبة الإصابة بمرض القلب ارتفعت مع النّقدّم في العُمُر وهذا ما ذكره (شرف، ٢٠٠٤) حيث قال: كّلما زاد العُمُر زاد احتمال تعرّض الإنسان لأمراض

الشيخوخة، ومن أهمها أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين. ويتفق هذا أيضًا مع دراسة التميمي (٢٠١٣)، ودراسة أمان (٢٠٠١)، بأن الإنسان يُصبح أكثر عُرضة للإصابة بأمراض القلب مع التقدّم في العمر.

يُمكن أن يرجع ذلك إلى أنّه مع التقدّم في العمر يزيد لدى الشخص احتمال التعرّض إلى ضيق أو تلف في الشرايين أو ضعف في عضلات القلب بسبب قلة مرونة الشرايين (الركابي، ٢٠٢٠). تبدأ عضلة القلب في التصلب عندما يصل عمر الإنسان إلى الخمسين عامًا، ممّا يُقلّل كفاءتها على ضخ الدماء ويُعرف ذلك بقصور القلب، وهذا يعني أنّ القلب غير قادرٍ على الاسترخاء بعد كلّ نبضة. بشكلٍ عامّ يكون الرجال أكثر عُرضة للإصابة بأمراض القلب، فمتوسّط عمر الرجال الذين يعانون من نوبات قلبية تقريبًا ٦٦ عامًا. أمّا بالنسبة للنساء فتزداد فرص تعرّض السيدات للنوبات القلبية عند الوصول لسنّ اليأس الذي يبدأ في سن الخمسين، حيث يؤدي إلى تغييرات في القلب والشرايين، ممّا يزيد من احتمال الإصابة لديهم بأمراض قلبية (قوارح وصالي، ٢٠١٧، ٥٠). ويتفق هذا أيضًا مع دراسة لاولور وآخرون (٢٠٠٣) عند دراسة أمراض القلب لدى النساء البريطانيات أنّ الخمس منهنّ يُعانين من أمراض القلب مع تقدّمهنّ في العمر.

الجدول (٤): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير لأفراد عينة الدراسة وفقًا للتركيب العمري لعام ٢٠٢٣ م

العمر (بالسنوات)	المصابون بمرض القلب	النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة
١٥ - ٢٤	٣٨	٤,٥٠%	١٢٢	١٤,٤٠%
٢٥ - ٣٤	٥٢	٦,١٠%	٩٧	١١,٤٠%
٣٥ - ٤٤	٩٣	١١%	٧٩	٩,٣٠%
٤٥ - ٥٤	١٠٨	١٢,٧٠%	٧٧	٩,١٠%
٥٥ فأكثر	١٢٧	١٥%	٥٥	٦,٥٠%
المجموع	٤١٨	٤٩,٣٠%	٤٣٠	٥٠,٧٠%
مربع كاي	٩٢,٣٦			
مستوى الدلالة	**,٠,٠٠٠			
حجم التأثير	٠,٣٣			

المصدر: الدراسة الميدانية.

ج. حجم الأسرة:

تُمثّل الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى التي ينتمي إليها الفرد. فهي تسعى دائمًا لتلبية احتياجات ومتطلبات أفرادها. كما أنّ لها دورًا في توفير الصحة ونشأة المرض من خلال الظروف التي

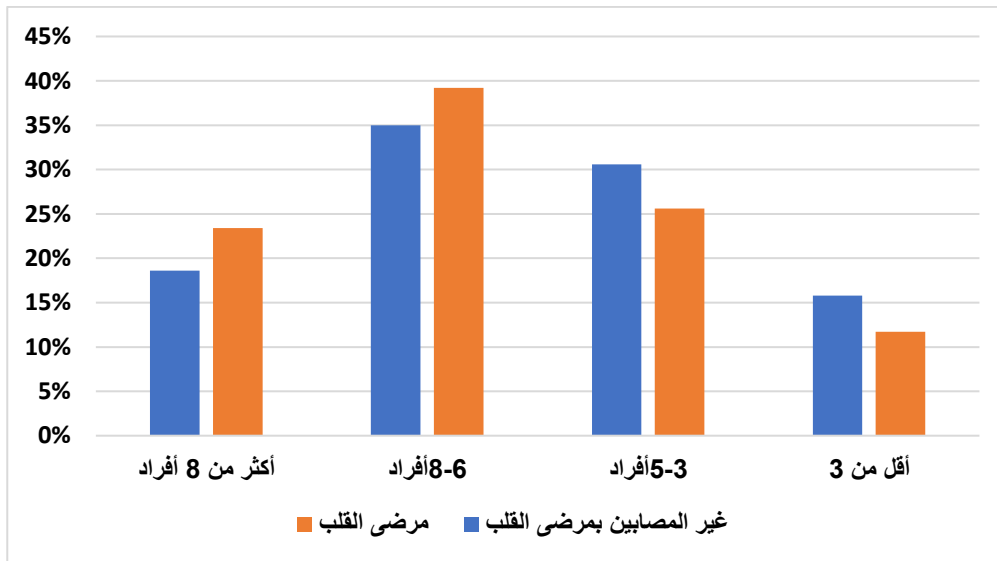
تُوقَرها لهم (مشري، ٢٠٢٢). وتُعدُّ دراسة حجم الأسرة من الأمور التي تُؤخَذُ في الاعتبار عند دراسة خصائص المرضى.

يُوضِّح الجدول رقم (٥) والشكل رقم (٤) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لحجم الأسرة. وأظهرت نتائج هذه الدراسة أنَّ ٣٩.٢٪ من مرضى القلب من أسرٍ يتراوح عدد أفرادها ما بين (٦-٨)، كما أنَّ ٣٥٪ من إجمالي عينة غير المرضى أيضاً عدد أفراد أسرهم ما بين (٦-٨). بينما ٢٥.٦٪ من مرضى القلب يتراوح حجم أسرهم بين (٣-٥) أفراد، وتزيد هذه النسبة لدى الأفراد غير المرضى حيثُ تصل إلى ٣٠.٦٪. كما يُشكِّل عدد المرضى الذين يبلغ عدد أفراد أسرهم أكثر من ٨ أفراد حوالي ٢٣.٤٪، وتقلُّ عن هذه النسبة حيث تبلغ ١٨.٦٪ لدى الأشخاص غير المرضى. وسُجِّلت النسبة الأقل للأشخاص الذين أسرهم أقل من ٣ أفراد حيث بلغت تقريباً ١١.٧٪ لدى عينة مرضى القلب و ١٥.٨٪ لدى غير المرضى.

الجدول (٥): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً لحجم الأسرة لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	المصابون بمرض القلب	حجم الأسرة
١٥,٨٪	٦٨	١١,٧٪	٤٩	أقل من ٣
٣٠,٦٪	١٣٢	٢٥,٦٪	١٠٧	٥-٣ أفراد
٣٥٪	١٥٠	٣٩,٢٪	١٦٤	٨-٦ أفراد
١٨,٦٪	٨٠	٢٣,٤٪	٩٨	أكثر من ٨ أفراد
١٠٠٪	٤٣٠	١٠٠٪	٤١٨	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (٤): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق حجم الأسرة

يُتضح من جدول (٦) وجود علاقةٍ معنويةٍ بين عدد أفراد الأسرة ومرض القلب، وبحساب حجم التأثير تبين أن قيمته تساوي (٠.٠٩)، وهو حجم تأثيرٍ ضعيفٍ، أي أن مرض القلب يتأثر تأثرًا ضعيفًا بعدد أفراد الأسرة. وبشكلٍ عامٍ فإن إصابة أحد أفراد الأسرة بالمرض يُؤثر سلبًا على الحياة الأسرية من الناحيتين النفسية والاجتماعية. كما يُشكل مرض أحد أفرادها عبئًا اقتصاديًا خاصًا في حال كان المريض هو العائل لها. فالمريض ليس حالةً فرديةً بل هو حالة اجتماعية تؤثر على سير الحياة الأسرية، لأنه قبل كل شيء فردٌ من أفراد الأسرة يُمارس دورًا داخلها (المرجع السابق، ٢٠٢٢). كما أن تأثير حجم الأسرة على صحة أفرادها قد يكون من ناحية قدرتها على توفير العلاج والرعاية الصحية المناسبة للمريض، خاصة في الأسر الكبيرة والتي تعاني ماديًا، فكلما زاد عدد أفرادها زادت تكاليف الإنفاق مما يقلل من نصيب الفرد في الحصول على كامل الرعاية والعناية الصحية التي يحتاجها. كما يتطلب من الأسرة توفير بيئة صحية لأفرادها كالتشجيع على العادات الصحية مع الالتزام بها، مثل الانتظام على ممارسة الرياضة وتناول الطعام الصحي والنوم الجيد. كما أن توفير جوٍ عائليٍّ بعيدٍ عن المشاكل والضغط له دورٌ في تحسين صحة أفرادها (مالكي، ٢٠١١).

الجدول (٦): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير لأفراد عينة الدراسة وفقًا لحجم الأسرة لعام ٢٠٢٣م

حجم الأسرة	المصابون بمرض القلب	النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة
أقل من ٣	٤٩	٥,٨٠%	٦٨	٨%
٣-٥ أفراد	١٠٧	١٢,٦٠%	١٣٢	١٥,٦٠%
٦-٨ أفراد	١٦٤	١٩,٣٠%	١٥٠	١٧,٧٠%
أكثر من ٨ أفراد	٩٨	١١,٦٠%	٨٠	٩,٤٠%
المجموع	٤١٨	٤٩,٣٠%	٤٣٠	٥٠,٧٠%
مربع كاي	٧,٩٧			
مستوى الدلالة	٠,٠٤٦			
حجم التأثير	٠,٠٩			

المصدر: الدراسة الميدانية.

د. الحالة الاجتماعية:

تعد دراسة الحالة الاجتماعية من المتغيرات المهمة عند دراسة الأمراض. كما أن لها أثرًا في اختلاف نسبة الإصابة بالأمراض. هناك بعض الأمراض التي تظهر عند غير المتزوجين بشكلٍ أكثر من المتزوجين والعكس (الوليبي، ١٩٩١).

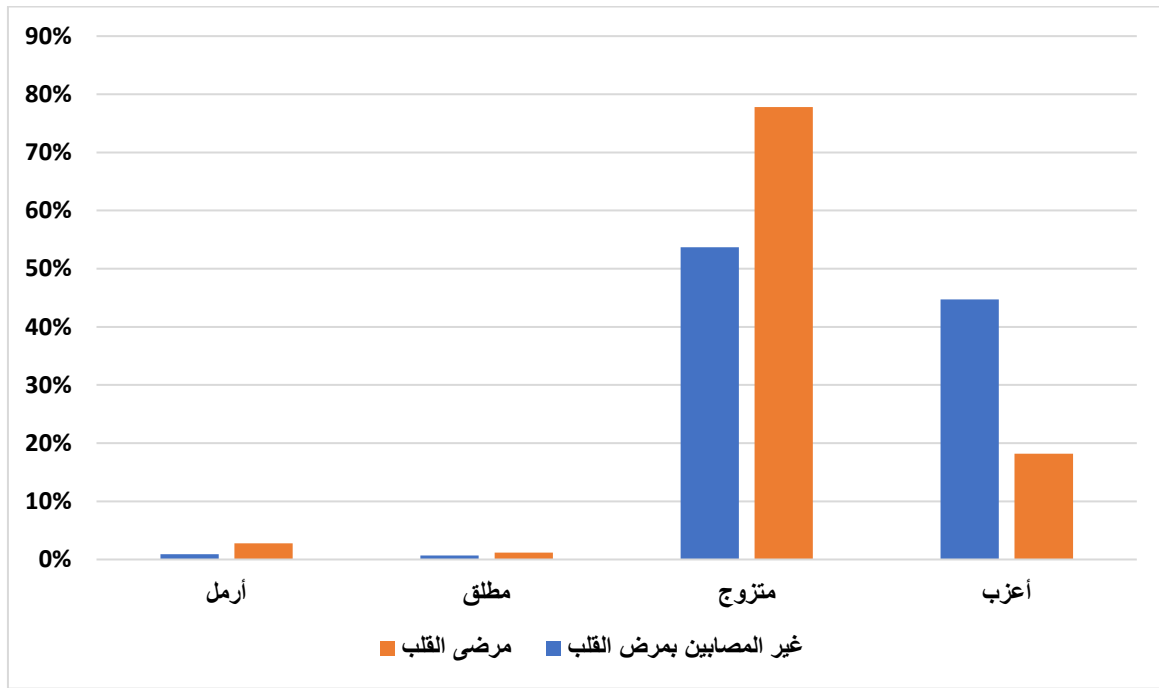
يوضح الجدول رقم (٧) والشكل رقم (٥) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقًا للحالة الاجتماعية. فقد بينت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف أفراد العينتين من المتزوجين، حيث بلغت النسبة ٧٧.٨% لدى

مرضى القلب و٥٣.٧% لدى غير المرضى. تليها فئة العُزَّاب من الجنسين، فقد كانت النسبة أعلى لدى غير المرضى، حيث بلغت ٤٤.٨%، وسُجِّلَت لدى مرضى القلب نسبة حوالي ١٨.٩%. كما سُجِّلَت نسبٌ ضئيلةٌ جداً لِكُلِّ من فئة: "أرمل/ة" و"مطلق/ة" لدى أفراد العينتين. فكانت النسبة ٢.٨% من فئة أرمل/ة لدى مرضى القلب و٠.٩% لدى غير المرضى. وبالنسبة لفئة مطلق/ة فقد ظهرت هي الأقل نسبةً لأفراد العينتين حيث يُشكِّلون فقط ما نسبته ١.٢% من إجمالي عينة المرضى و٠.٧% لغير المرضى.

الجدول (٧): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	المصابون بمرض القلب	الحالة الاجتماعية
٤٤,٧٠%	١٩٢	١٨,٢٠%	٧٦	أعزب/عزباء
٥٣,٧٠%	٢٣١	٧٧,٨٠%	٣٢٥	متزوج/ة
٠,٩٠%	٤	٢,٨٠%	١٢	أرمل/ة
٠,٧٠%	٣	١,٢٠%	٥	مطلق/ة
١٠٠%	٤٣٠	١٠٠%	٤١٨	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (٥): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية

يُتَّضح من جدول (٨) وجود علاقة معنوية بين الحالة الاجتماعية ومرض القلب، وبحساب حجم التأثير تبين أن قيمته تساوي (٠.٢٨)، وهو حجم تأثير قريب للمتوسط، أي أن مرض القلب يتأثر تأثراً قريباً للمتوسط بالحالة الاجتماعية.

أظهرت نتائج هذه الدراسة ارتفاع نسبة الإصابة بمرض القلب لدى المتزوجين وغالبهم من الذكور. يتفق هذا مع دراسة العييري (٢٠١٧) لمرضى القلب في منطقة القصيم، ربّما يكون السبب في ذلك هو زيادة المسؤوليات والأعباء في سبيل تلبية احتياجات الأسرة ممّا يؤدي إلى رفع مستوى التوتر والقلق، والتي تُعدُّ بدورها أحد العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بمرض القلب. يأتي بعد ذلك مرضى القلب من فئة العُزاب، وربّما يكون سبب الإصابة نتيجةً لعامل الوراثة أو نتيجة عادات غير صحيّة كالتمدخين أو غذاء غير صحيّ أو عدم ممارسة الرياضة. كما تظهر هناك نسبة إصابة بمرض القلب لدى الأرمال، وقد يكون ذلك نتيجةً لتحملهنّ المسؤوليّة وحدهنّ ووفاء الشريك، ممّا يعرضهنّ للضغوط النفسيّة.

الجدول (٨): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير لأفراد عينة الدراسة وفقاً للحالة الاجتماعية لعام ٢٠٢٣ م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	المصابون بمرض القلب	الحالة الاجتماعية
٢٢,٦٠%	١٩٢	٩%	٧٦	أعزب/عزباء
٢٧,٢٠%	٢٣١	٣٨,٣٠%	٣٢٥	متزوج/ة
٠,٥٠%	٤	١,٤٠%	١٢	أرمل/ة
٠,٤٠%	٣	٠,٦٠%	٥	مطلق/ة
٥٠,٧٠%	٤٣٠	٤٩,٣٠%	٤١٨	المجموع
	٧٠,٤			مربع كاي
	**٠,٠٠٠			مستوى الدلالة
	٠,٢٨			حجم التأثير

المصدر: الدراسة الميدانية.

هـ. المستوى التعليمي:

يُعدُّ التّعليم ركيزةً أساسيةً لجميع جوانب الحياة، فهو عاملٌ مهمٌ لدراسة أي مجتمع. وللتّعليم دورٌ في توسيع مدارك الأفراد، وبتيحُّ لهم فرصةً لفهم جوانب الحياة المختلفة كالجوانب الصحية والاقتصادية والاجتماعية.

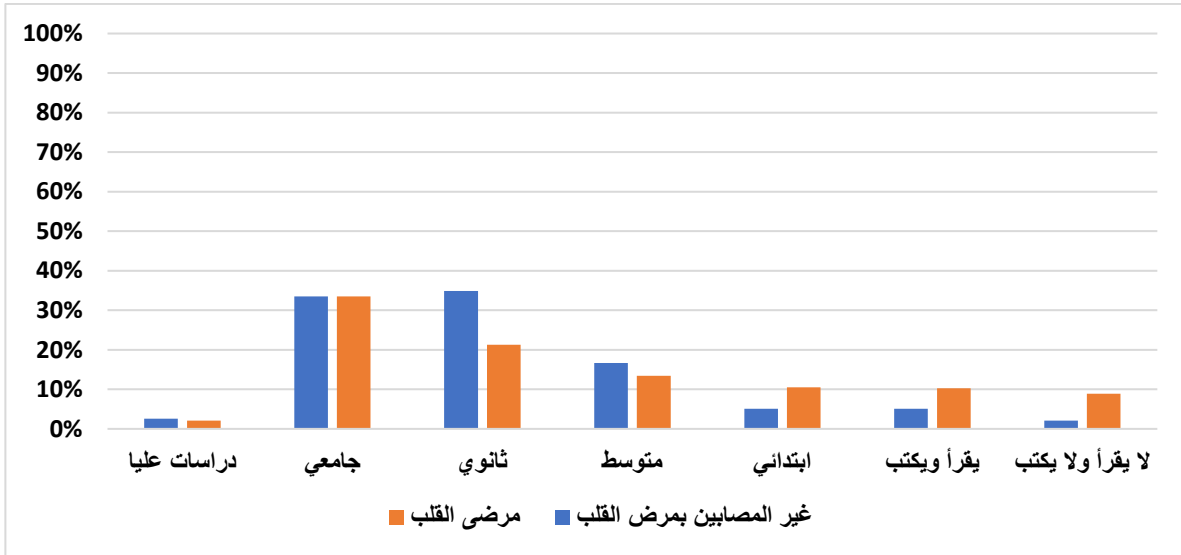
يُوضّح الجدول رقم (٩) والشكل رقم (٦) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للمستوى التعليمي. من الملاحظ تساوي النّسب بين أفراد العينتين بالنسبة للحاصلين على التّعليم الجامعي، حيثُ بلغت ٣٣.٥%. وهي النسبة الأعلى في هذه الدراسة بالنسبة لأفراد عينة مرضى القلب من حيث المستوى التعليمي. بينما سجّلت فئة الحاصلين على الشهادة الثانوية النسبة الأعلى لدى الأشخاص غير المرضى الذين شملتهم عينة هذه الدراسة حيث بلغت ٣٤.٩%، وبنسبة أقل لدى مرضى القلب بلغت حوالي ٢١.٣%. يلي ذلك فئة الحاصلين على التعليم المتوسط حيث بلغت ١٣.٤% لدى مرضى القلب و١٦.٧% لدى غير

المرضى. تليها الحاصلون على التعليم الابتدائي بنسبة ١٠.٥٪، وبنسبةٍ مُقارِبَةٍ لها جَدًّا فئة "يقرأ ويكتب"، حيثُ بلغت ١٠.٣٪ لدى مرضى القلب. بينما سجَّل الأشخاص غير المرضى النِّسْبَةَ ذاتها ٥.١٪ لكلِّ من التَّعليم الابتدائي وفئة يقرأ ويكتب. بينما ترتفع نسبة الأُمِّيِّين في عينة المرضى عنها في عينة غير المرضى حيث بلغت ٨.٩٪ للمرضى و ٢.١٪ لغير المرضى. كما ظهرت أقل نسبة لدى أفراد العينتين لدى الحاصلين على تعليم عالٍ "ما بعد الجامعي" بنسبةٍ بلغت ٢.١٪ لدى مرضى القلب و ٢.٦٪ لدى غير المرضى.

الجدول (٩): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدِّراسة وفق المُستوى التَّعليمي لعام ٢٠٢٣ م

النسبة	غير المرضى	النسبة	المرضى	المستوى التعليمي
٢,١٪	٩	٨,٩٪	٣٧	لا يقرأ ولا يكتب
٥,١٪	٢٢	١٠,٣٪	٤٣	يقرأ ويكتب
٥,١٪	٢٢	١٠,٥٪	٤٤	ابتدائي
١٦,٧٪	٧٢	١٣,٤٪	٥٦	متوسط
٣٤,٩٪	١٥٠	٢١,٣٪	٨٩	ثانوي
٣٣,٥٪	١٤٤	٣٣,٥٪	١٤٠	جامعي
٢,٦	١١	٢,١٪	٩	دراسات عليا
١٠٠٪	٤٣٠	١٠٠٪	٤١٨	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (٦): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق المستوى التعليمي

تشير بيانات الجدول رقم (١٠) إلى وجود علاقة معنوية بين المستوى التعليمي ومرض القلب. وبحساب حجم التأثير تبين أنّ قيمته تساوي (٠.٢٤)، وهو حجم تأثير قريبٍ للمتوسط، أي أنّ مرض القلب يتأثر متأثراً قريباً من المتوسط بالمستوى التعليمي. وتبيّن نتائج هذه الدراسة ارتفاع نسبة الإصابة بمرض القلب بين أفراد عينة مرضى القلب مع تدرّج المستوى التعليمي باستثناء التعليم العالي " ما بعد الجامعي". يُمكنُ أن يعود ذلك إلى سلوكيات غير صحيّة كتناول أطعمة غير صحيّة أو التدخين أو عدم ممارسة الرياضة. وقد يعود ذلك إلى عوامل وراثيّة تجعلهم أكثر عُرضة للإصابة بمرض القلب من غيرهم، أو ربّما يكون ذلك بسبب التّقدم في العمر. وقد أظهرت بعض الدراسات السابقة عكس ذلك، حيث ترتفع نسبة الإصابة بمرض القلب لدى فئة الأميين كما في دراسة (العبيري، ٢٠١٧) عن خصائص مرضى القلب في منطقة القصيم، ممّا يُشير إلى أنّ لمستوى التعليم علاقةً بالإصابة بمرض القلب لكن مع الفئات الأقلّ تعليمياً، حيث إنّ أعلى نسبة إصابة بأمراض القلب ظهرت لدى فئة "لا تقرأ ولا تكتب".

الجدول (١٠): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير لأفراد عينة الدراسة وفقاً للمستوى التعليمي لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المرضى	النسبة	المرضى	المستوى التعليمي
٪١,١	٩	٪٤,٤	٣٧	لا يقرأ ولا يكتب
٪٢,٦	٢٢	٪٥,١	٤٣	يقرأ ويكتب
٪٢,٦	٢٢	٪٥,٢	٤٤	ابتدائي
٪٨,٥	٧٢	٪٦,٦	٥٦	متوسط
٪١٧,٧	١٥٠	٪١٠,٥	٨٩	ثانوي
٪١٧	١٤٤	٪١٦,٥	١٤٠	جامعي
٪١,٣	١١	٪١,١	٩	دراسات عليا
٪٥٠,٧	٤٣٠	٪٤٩,٣	٤١٨	المجموع
	٤٨,٨			مربع كاي
	**٠,٠٠٠			مستوى الدلالة
	٠,٢٤			حجم التأثير

المصدر: الدراسة الميدانية.

١١. الخصائص الاقتصادية لمرضى القلب في مدينة الرياض:

الأحوال الاقتصادية هي إحدى العوامل التي لها علاقة بالأحوال الصحيّة، سواءً على مستوى الأفراد أو على مستوى الدول والشعوب. كما أنّ تأثير الوضع الاقتصادي لا يقتصر على صحّة الإنسان الجسديّة، بل صحّته النفسيّة وتطوّرها أيضاً. لذا فقد اعتمدت هذه الدراسة على عددٍ من الخصائص

الاقتصادية لمرضى القلب في مدينة الرياض مثل: الدَّخْل الشَّهْرِي للأسرة، ملكيَّة السَّكْن، نوعيَّة السَّكْن، الحالة العمليَّة.

أ. الدَّخْل الشَّهْرِي للأسرة:

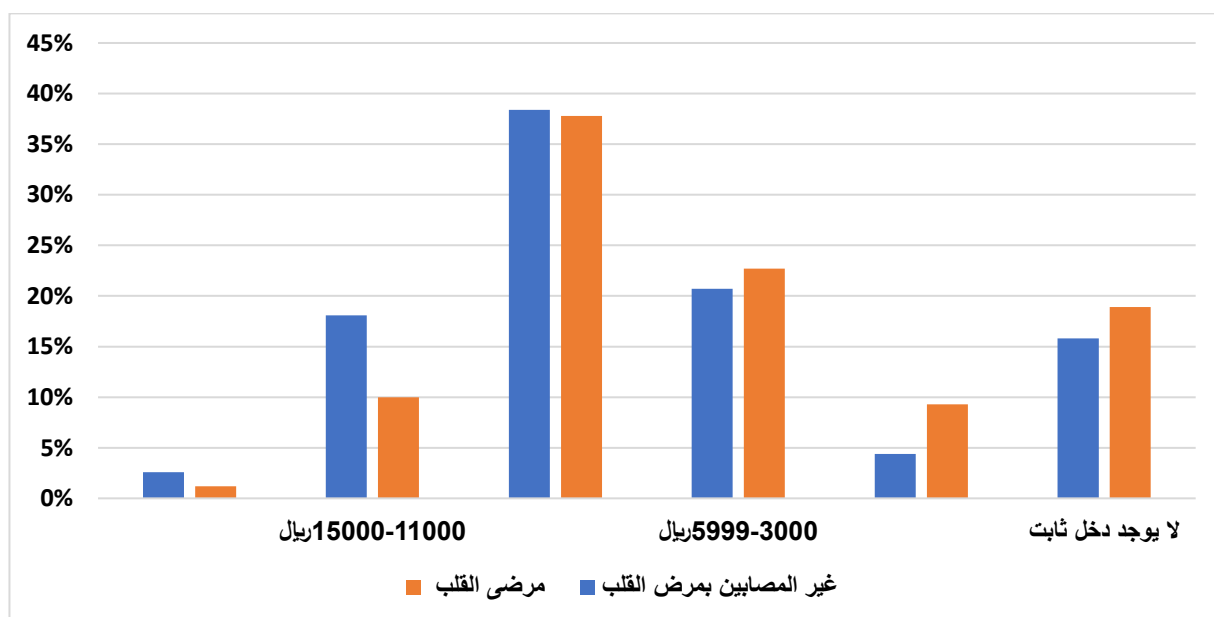
يُعدُّ الدَّخْل أحد العوامل الاقتصادية التي لها علاقة بالأحوال الصَّحيَّة. كما أنه من وسائل قياس مستوى المعيشة الذي يُعدُّ من المعايير المهمَّة في الحكم على المُستوى الصَّحيِّ للسُّكَّان. وتكمن أهميَّته في الحُصُول على الغذاء الصَّحيِّ الَّذِي يحتاجه جسم الإنسان كمًّا ونوعًا، وكذلك اختيار المسكن المناسب. كما تتجلى أهميَّة الدَّخْل في تلقي العلاج عند الإصابة بالأمراض في الوقت والمكان المناسبين (نجار، ٢٠٠٨).

يُوضِّح الجدول رقم (١١) والشَّكل رقم (٧) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقًا لمتغيِّر الدَّخْل الشَّهْرِي. ويظهر من خلال نتائج الدراسة أنَّ (١٥٨) مريضًا من مرضى القلب الذين شملتهم عينة الدراسة يتراوح دخلهم الشَّهْرِي ما بين ٦٠٠٠-١٠٩٩٩ ريال ويُشكِّلون ما نسبته ٣٧.٨٪ من إجمالي المرضى. وبنسبةٍ مقاربةٍ جدًّا لدى الأشخاص غير المرضى حيثُ بلغت ٣٨.٤٪. يلي ذلك الأشخاص الَّذين يتراوح دخلهم الشَّهْرِي بين ٣٠٠٠-٥٩٩٩ ريال حيثُ بلغت ٢٢.٧٪ لدى مرضى القلب. كما ظهرت النسبة قريبةً جدًّا أيضًا لدى الأشخاص غير المرضى الَّذين يتراوح دخلهم الشَّهْرِي بين ٣٠٠٠-٥٩٩٩ ريال بنسبة ٢٠.٧٪. كما أنَّ ١٨.٩٪ من مرضى القلب الذين شملتهم عينة الدراسة ليس لديهم دخلٌ ثابت، غالبيتهم من الإناث ربات البيوت اللَّاتي لا يعملن. بينما تقلُّ عن هذه النسبة لدى الأشخاص غير المرضى حيثُ تصل إلى ١٥.٨٪. وكذلك ١٠٪ من مرضى القلب يتراوح دخلهم بين ١١٠٠٠-٥٠٠٠ ريال. وتزيدُ عن هذه النسبة لدى الأشخاص غير المرضى الَّذين يتراوح دخلهم بين ١١٠٠٠-١٥٠٠٠ ريال حيثُ تصل إلى ١٨.١٪. ونسبة قليلة من عينة الدراسة رواتبهم أقل من ٣٠٠٠ ريال تبلغ ٩.٣٪ لدى مرضى القلب و ٤.٤٪ لدى الأشخاص غير المرضى. كما سجَّلت نتائج الدراسة أدنى نسبةٍ لمن يبلغ دخلهم أكثر من ١٥٠٠٠ لدى أفراد العينتين حيثُ بلغت حوالي ١.٢٪ من إجمالي أفراد عينة المرضى و ٢.٦٪ لدى الأشخاص غير المرضى.

الجدول (١١): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفق متغير الدخل الشهري لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	مرضى القلب	الدخل الشهري
٪١٥,٨٠	٦٨	٪١٨,٩٠	٧٩	لا يوجد دخل ثابت
٪٤,٤٠	١٩	٪٩,٣٠	٣٩	أقل من ٣٠٠٠ ريال
٪٢٠,٧٠	٨٩	٪٢٢,٧٠	٩٥	٣٠٠٠-٥٩٩٩ ريال
٪٣٨,٤٠	١٦٥	٪٣٧,٨٠	١٥٨	٦٠٠٠-١٠٩٩٩ ريال
٪١٨,١٠	٧٨	٪١٠	٤٢	١١٠٠٠-١٥٠٠٠ ريال
٪٢,٦٠	١١	٪١,٢٠	٥	أكثر من ١٥٠٠٠ ريال
٪١٠٠	٤٣٠	٪١٠٠	٤١٨	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (٧): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق متغير الدخل الشهري

يتضح من الجدول (١٢) وجود علاقة معنوية بين الدخل الشهري ومرض القلب، وبحساب حجم التأثير تبين أن قيمته تساوي (٠.١٦) وهو حجم تأثير ضعيف، أي أن مرض القلب يتأثر تأثراً ضعيفاً بالدخل الشهري. وهذا يتفق مع ما ذكره الوليعي (١٩٩١) في دراسته عن الأمراض في مدينة الرياض.

فقد أوضحت الدراسات علاقة مستوى الدخل بالصحة، حيث يُعدُّ انخفاض الدخل أحد العوامل المساعدة على الإصابة بالأمراض ومنها سوء التغذية. إنَّ انخفاض دخل الفرد يعني عدم قدرته على توفير كافة احتياجاته من المواد الغذائية، ويؤدي ذلك إلى نقص الفيتامينات والمعادن في الجسم، وبالتالي تقلُّ مقاومة الجسم للأمراض ثمَّ يُصابُ بالمرض، وبسببه يقلُّ نشاط الفرد وطاقته الإنتاجية، وبالتالي ينخفض دخله، وهكذا تظهر حلقة مترابطة تنتهي إلى انخفاض المستوى الاقتصادي ثمَّ حدوث المرض

أكثر (المظفر، ٢٠٠٢). كما أنّ انخفاض مستوى دخل الفرد يجعل الفرد لا يستطيع الحصول على الرعاية الصحيّة الكاملة، والتي تشمل على الرعاية الوقائيّة والرعاية العلاجيّة (صديق وحسن، ٢٠١٧). كما كشفت دراسة أمريكية أنّ تفاوت مستوى الدخل يترك آثاره على الأشخاص، إذ يؤدي انخفاضه أكثر من مرّة إلى التأثير سلبيًا على صحّة المُخ بنسبة كبيرة، كما يُصبح من ثقلٍ دُخولهم عُرضةً لأمراض القلب والأوعية الدموية (المرجع الالكتروني للمعلوماتية، ٢٠١٩:١).

الجدول (١٢): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير لأفراد عينة الدراسة وفق متغيّر الدّخل الشّهري لعام ٢٠٢٣ م

النسبة	غير المرضى	النسبة	المرضى	الدخل الشهري
٨٪	٦٨	٩,٣٪	٧٩	لا يوجد دخل ثابت
٢,٢٪	١٩	٤,٦٪	٣٩	أقل من ٣٠٠٠ ريال
١٠,٥٪	٨٩	١١,٢٪	٩٥	٣٠٠٠-٥٩٩٩ ريال
١٩,٥٪	١٦٥	١٨,٦٪	١٥٨	٦٠٠٠-١٠٩٩٩ ريال
٩,٢٪	٧٨	٥٪	٤٢	١١٠٠٠-١٥٠٠٠ ريال
١,٣٪	١١	٠,٦٪	٥	أكثر من ١٥٠٠٠ ريال
٥٠,٧٪	٤٣٠	٤٩,٣٪	٤١٨	المجموع
	٢٠,٩٥			مربع كاي
	**٠,٠٠١			مستوى الدلالة
	٠,١٦			حجم التأثير

المصدر: الدراسة الميدانية.

ب. نوع السّكن:

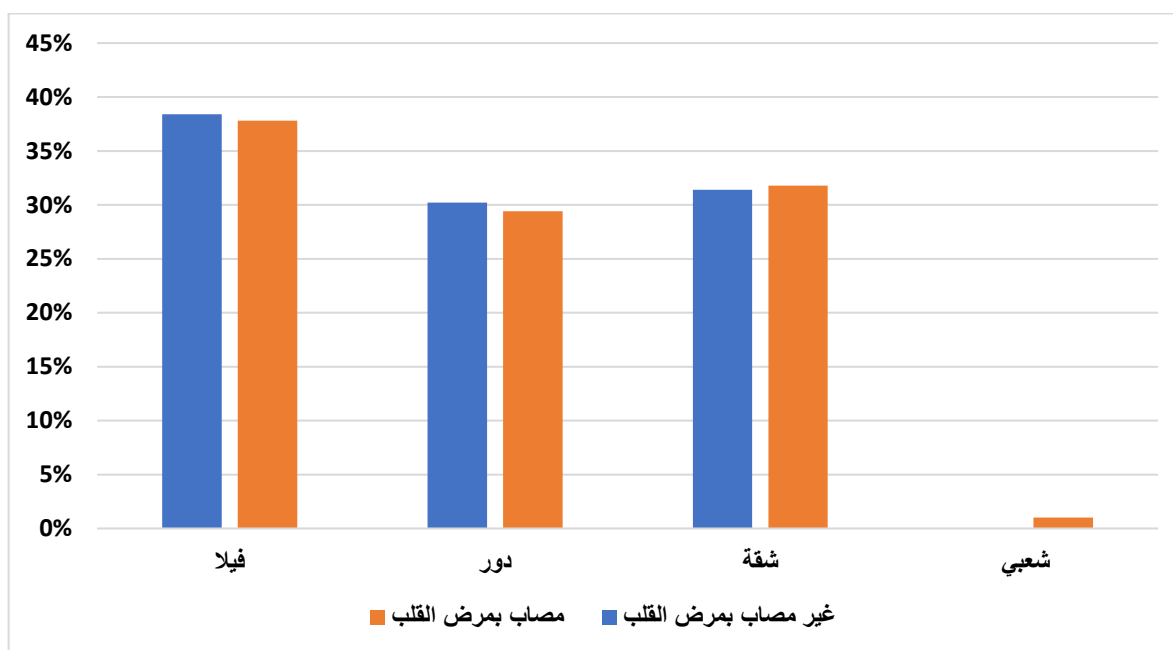
نوع السّكن أحد العوامل الاقتصادية المُهمّة عند دراسة موضوعاتٍ تتعلّق بالحالة الصحيّة والخدمات الصحيّة (كافي وآخرون، ٢٠٢٠). كما يُعبّر نوع السّكن عن وضع الفرد الاجتماعي والاقتصادي (الوليبي، ١٩٩١).

يُوضّح الجدول رقم (١٣) والشكل رقم (٨) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لنوع السّكن. بيّنت نتائج الدراسة الميدانية تقارباً كبيراً في نوعيّة المسكن لكلّ من أفراد العينتين، حيثُ يقطن حوالي ٣٧.٨٪ من مرضى القلب في فلل و ٣٨.٤٪ بالنسبة للأشخاص الأصحاء. ويسكن ٣١.٨٪ من مرضى القلب في شققٍ وبنسبةٍ مُقاربةٍ جداً لعينة غير المرضى التي بلغت ٣١.٤٪. كما يسكن ٣٠.٢٪ من الأشخاص الأصحاء في أودار، وتقلّ هذه النّسبة قليلاً بالنّسبة لعينة مرضى القلب حيثُ بلغت ٢٩.٤٪. ويسكن عدداً قليلاً جداً في مساكن شعبيةٍ و يبلغ عددهم ٤ مرضى ويُشكّلون ١٪ فقط من إجمالي مرضى القلب.

الجدول (١٣): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفق نوعية السكن لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	مرضى القلب	نوعية السكن
٪٠	٠	٪١	٤	شعبي
٪٣١,٤	١٣٥	٪٣١,٨	١٣٣	شقة
٪٣٠,٢	١٣٠	٪٢٩,٤	١٢٣	دور
٪٣٨,٤	١٦٥	٪٣٧,٨	١٥٨	فيلا
٪١٠٠	٤٣٠	٪١٠٠	٤١٨	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (٨): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق نوعية السكن

تشير بيانات الجدول (١٤) إلى عدم وجود علاقة معنوية بين نوع السكن ومرض القلب، أي أنه لا يوجد تأثير لنوع السكن على القلب. وجاءت نتائج هذه الدراسة فيما يتعلق بنوعية السكن على عكس نتائج بعض الدراسات التي ترى وجود ارتباط بين نوعية السكن والأمراض مثل دراسة الوليعي (١٩٩١)، التي ذكرت أن نسب الإصابة بالأمراض تختلف باختلاف نوع السكن. رُبما كان ذلك مرتبطاً ببعض الأمراض مثل أمراض الحساسية وأمراض الجهاز التنفسي، حيث إن مساحة المسكن تُعدُّ أحد العوامل المؤثرة في تهوية المبنى وتجديد هوائه، فكلما اتسعت مساحة الوحدة السكنية كان ذلك دليلاً على تهوية جيدة، وكلما ضاقت مساحتها أدى ذلك إلى عدم تجدد الهواء فيها، وبالتالي تزيد نسبة التلوث وتنتشر

الأمراض (الحسن، ٢٠١٣). وبشكلٍ عامٍّ فإنَّ سُكَّانَ المساكن الصالحة للسكنِ بِغَضِّ النَّظَرِ عن نوعِها_ يمتَّعون بِصِحَّةٍ أفضل من سُكَّانِ المساكن المُتدهورة القديمة (المظفر، ٢٠٠٢).

الجدول (١٤): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير وفق نوعيّة السَّكن لعام ٢٠٢٣م

نوعية السكن	مرضى القلب	النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة
شعبي	٤	٠,٥%	٠	٠%
شقة	١٣٣	١٥,٧%	١٣٥	١٥,٩%
دور	١٢٣	١٤,٥%	١٣٠	١٥,٣%
فيلا	١٥٨	١٨,٦%	١٦٥	١٩,٥%
المجموع	٤١٨	٤٩,٣%	٤٣٠	٥٠,٧%
مربع كاي	٤,١٩			
مستوى الدلالة	٠,٢٤٢			

المصدر: الدراسة الميدانية.

ج. ملكيّة السَّكن:

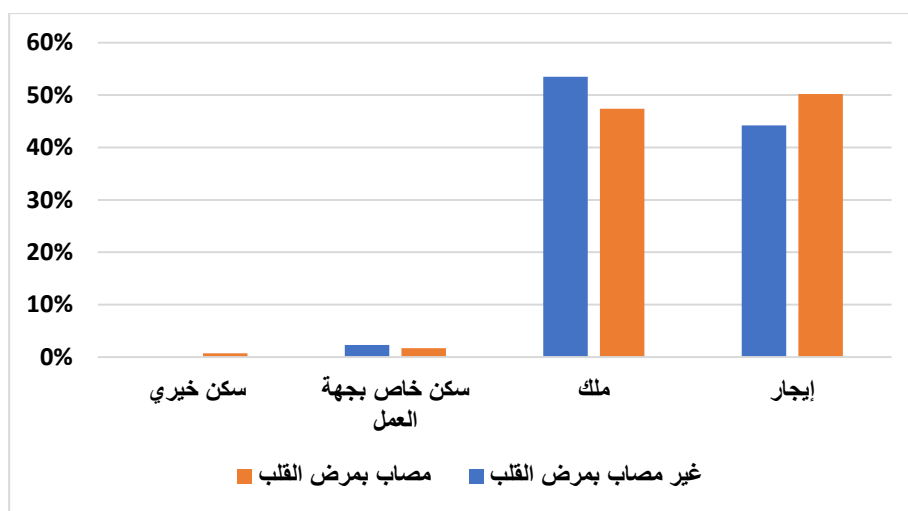
كما تختلف المساكن في نوعيّتها ومساحتها، فإنَّها تختلف أيضًا في ملكيّتها. فليس جميعُ ساكني المساكن مُلاك لها. قد لا يستطيع البعض بناء أو شراء وحدة سكنيّة فيضطر إلى السكن في مساكن تعود ملكيّتها لأفرادٍ آخرين مقابل مالٍ يُدفعُ لهم شهريًّا أو سنويًّا (نجار، ٢٠٠٨). تُعدُّ ملكيّة السَّكن أحد العوامل الاقتصادية التي تعكس الوضع الاقتصادي للفرد.

يُوضَّح الجدول رقم (١٥) والشَّكل رقم (٩) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقًا لمتغيّر ملكيّة السَّكن. ويظهر من خلال نتائج الدراسة ما يلي: أنّ حوالي نصف عينة مرضى القلب يسكنون في مساكن مستأجرة و٤٧.٤% منهم في ملك، بينما يظهر في عينة الأشخاص الأصحَّاء العكس، حيثُ إنّ حوالي أكثر من النصف منهم يسكنون في مساكن ملك، و٤٤.٢% منهم في مساكن مُستأجرة. وبالنسبة للسَّكن في مساكن خاصّةٍ بجهة العمل فتظهر النِّسبُ مُتقاربةً في العينتين، حيث تبلغ في عينة المرضى ١.٧% بينما تزيد النسبة قليلًا لدى الأشخاص الأصحَّاء حيث بلغت ٢.٣%. وتظهر نسبةً ضئيلةً جدًا تبلغ ٠.٧% لمن يسكنون في سكنٍ خيريّ، حيث تظهر هذه النسبة في عينة مرضى القلب فقط.

الجدول (١٥): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفق متغير ملكية السكن لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	مرضى القلب	ملكية السكن
٪٤٤,٢٠	١٩٠	٪٥٠,٢٠	٢١٠	إيجار
٪٥٣,٥٠	٢٣٠	٪٤٧,٤٠	١٩٨	ملك
٪٢,٣٠	١٠	٪١,٧٠	٧	سكن خاص بجهة العمل
٪٠	٠	٪٠,٧٠	٣	سكن خيري
٪١٠٠	٤٣٠	٪١٠٠	٤١٨	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (٩): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق متغير ملكية السكن

تُشير بيانات جدول (١٦) إلى عدم وجود علاقة معنوية بين ملكية السكن ومرض القلب، أي أنه لا يوجد تأثير لملكية السكن على القلب. جاءت نتيجة هذه الدراسة فيما يتعلق بملكية السكن غير مُتفقَة مع بعض الدراسات التي ترى وجود علاقة بين ملكية السكن والأمراض. كما ذكر الحسن (٢٠١٣: ١٣٧) أن المشكلات الصحية (بدنية وعقلية) تكون أكثر بروزاً في المناطق التي تُعاني تذبذبات سكانية قياساً بالمناطق التي تعيش حالة استقرارٍ سكنيٍّ وتماسكٍ اجتماعيٍّ.

الجدول (١٦): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير وفق ملكية السكن لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	مرضى القلب	ملكية السكن
٪٢٢,٤٠	١٩٠	٪٢٤,٨٠	٢١٠	إيجار
٪٢٧,١٠	٢٣٠	٪٢٣,٣٠	١٩٨	ملك
٪١,٢٠	١٠	٪٠,٨٠	٧	سكن خاص بجهة العمل
٪٠	٠	٪٠,٤٠	٣	سكن خيري
٪٥٠,٧٠	٤٣٠	٪٤٩,٣٠	٤١٨	المجموع
	٦,٧٥			مربع كاي
	٠,٠٨			مستوى الدلالة

المصدر: الدراسة الميدانية.

د. الحالة العمليّة:

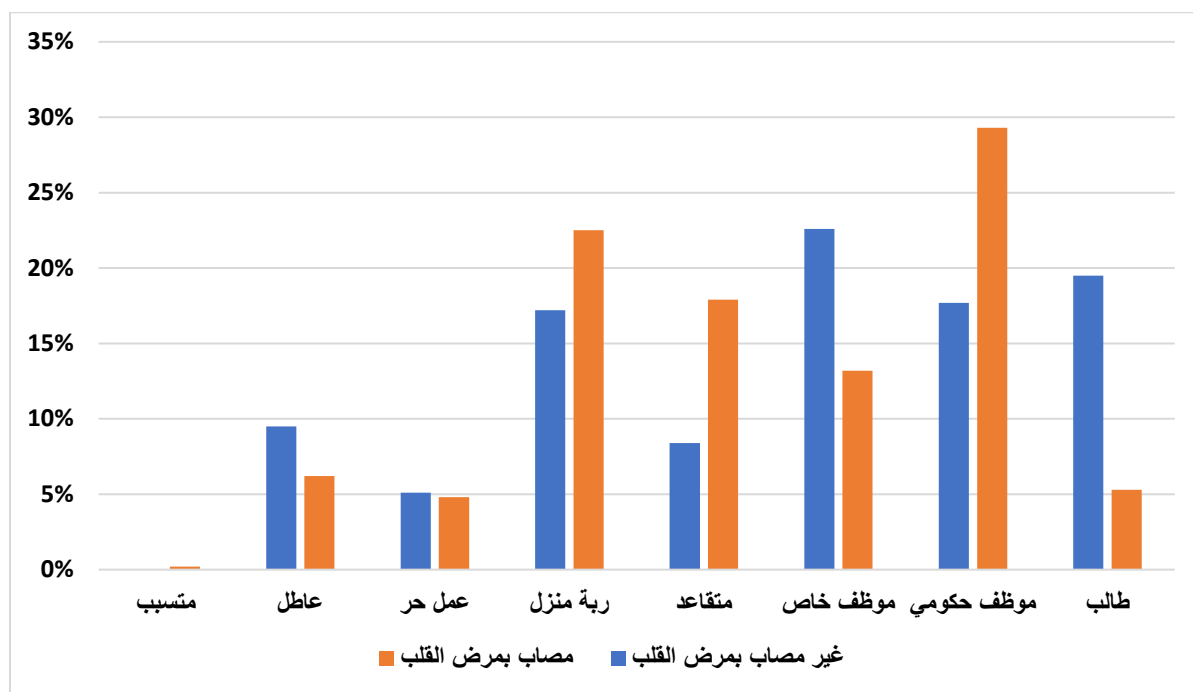
تُشكّل بيئة العمل أحد العوامل التي قد تُؤثّر في صحّة الإنسان، حيثُ يقضي الناس معظم وقتهم في العمل في أوضاعٍ وظروفٍ مختلفة. ونتيجة لهذه الظروف قد تظهر لدى العاملين أو الموظّفين مشكلاتٌ صحيّةٌ جسديّةٌ أو نفسيّةٌ، قد تكونُ ناجمةً عن الضّغط والتوتّر أو الإرهاق أو عدم مقدرتهم على التّوازن بين العمل والحياة الخاصّة، أو قد تكون نتيجة تعرّضهم لإصابات العمل.

يُوضّح الجدول رقم (١٧) والشكل رقم (١٠) توزيع أفراد عينة الدّراسة وفقاً للحالة العمليّة. وتُشير نتائج هذه الدّراسة إلى عمَلٍ أعلى نسبةً من المصابين بمرضى القلب ممّن شملتهم عينة الدّراسة في القطاع الحكومي بنسبةٍ بلغت ٢٩.٣%. بينما يعمل أعلى نسبة من أفراد عينة غير المرضى في القطاع الخاص بنسبة ٢٢.٦%. تليها ربّات المنازل بنسبة ٢٢.٥% لدى مرضى القلب و ١٧.٢% لدى عينة غير المرضى. كما بلغت نسبة مرضى القلب الذين شملتهم الدّراسة من المتقاعدين حوالي ١٥.٨%، بينما تقلّ هذه النسبة لدى غير المرضى لتصل إلى ٨.٥%. ثمّ جاءت نسبة مرضى القلب من الموظّفين في القطاع الخاص بنسبة ١٣.٢%. كما أنّ ٦.٢% من مرضى القلب هم من العاطلين، ويُمثّل الطّلاب ٥.٣% من مرضى القلب في هذه الدّراسة وبنسبةٍ مقاربةٍ جدّاً لمن يعملون عملاً حرّاً حيثُ يُشكّلون ما نسبته ٤.٨%. كما أنّ أقلّ نسبة من مرضى القلب تُمثّل ٠.٢% من فئة مُتسبّب.

الجدول (١٧): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدّراسة وفق الحالة العمليّة لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المرضى	النسبة	المرضى	الحالة العمليّة
١٩,٥%	٨٤	٥,٣%	٢٢	طالب
١٧,٧%	٧٦	٢٩,٣%	١٢٤	موظف حكومي
٢٢,٦%	٩٧	١٣,٢%	٥٥	موظف خاص
٨,٤%	٣٦	١٧,٩%	٧٥	متقاعد
١٧,٢%	٧٤	٢٢,٥%	٩٤	ربة منزل
٥,١%	٢٢	٤,٨%	٢٠	عمل حر
٩,٥%	٤١	٦,٢%	٢٦	عاطل
٠%	٠	٠,٢%	٢	متسبب
١٠٠%	٤٣٠	١٠٠%	٤١٨	المجموع

المصدر: الدّراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (١٠): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق الحالة العملية

يتضح من الجدول (١٨) وجود علاقة معنوية بين الحالة العملية ومرض القلب، وبحساب حجم التأثير تبين أن قيمته تساوي (٠.٣١) وهو حجم تأثير متوسط، أي أن مرض القلب يتأثر تأثيراً متوسطاً بالحالة العملية. وأكدت الدراسات أن التعرض المستمر لعمليات الإجهاد والتوتر في العمل مسؤول بشكل ملحوظ ومرتزايد عن الإصابة بمرض الشريان التاجي وتطوره (صديق وحسن، ٢٠١٧). وأيضاً يتفاوت تأثير ظروف الحالة العملية على العاملين بها وفق خصائصهم: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة الخدمة) (النوري، ٢٠٠٦). في هذه الدراسة جاء الموظف الحكومي، ثم ربة المنزل، ثم المتقاعد في أعلى ثلاث نسب إصابات بمرض القلب؛ ربّما يعود ذلك إلى الضغوط والجهود والمسؤوليات، وكذلك التقدم في العمر كما في حالات التقاعد، حيث ذكرت هذه الدراسة عند دراسة متغير العمر: تزيد الإصابة بمرض القلب مع التقدم في العمر.

الجدول (١٨): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير وفق الحالة العمليّة لعام ٢٠٢٣م

النسبة	غير المرضى	النسبة	المرضى	الحالة العمليّة
٪٩,٩٠	٨٤	٪٢,٦٠	٢٢	طالب
٪٩	٧٦	٪١٤,٦٠	١٢٤	موظف حكومي
٪١١,٤٠	٩٧	٪٦,٥٠	٥٥	موظف خاص
٪٤,٢٠	٣٦	٪٨,٨٠	٧٥	متقاعد
٪٨,٧٠	٧٤	٪١١,١٠	٩٤	ربة منزل
٪٢,٦٠	٢٢	٪٢,٤٠	٢٠	عمل حر
٪٤,٨٠	٤١	٪٣,١٠	٢٦	عاطل
٪٠	٠	٪٠,٢٠	٢	متسبب
٪٥٠,٧٠	٤٣٠	٪٤٩,٣٠	٤١٨	المجموع
	٨٠,٧٧			مربع كاي
	**٠,٠٠			مستوى الدلالة
	٠,٣١			حجم التأثير

المصدر: الدراسة الميدانية.

١٢. الخصائص الصحيّة لمرضى القلب في مدينة الرياض:

وللتعرّف على الخصائص الصحيّة لمرضى القلب في مدينة الرياض، ركّزت الدراسة على ثلاث متغيّرات وهي: مرض ارتفاع ضغط الدّم، ومرض السّكري، ودور الوراثة بالإصابة بأمراض القلب.

أ. الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم:

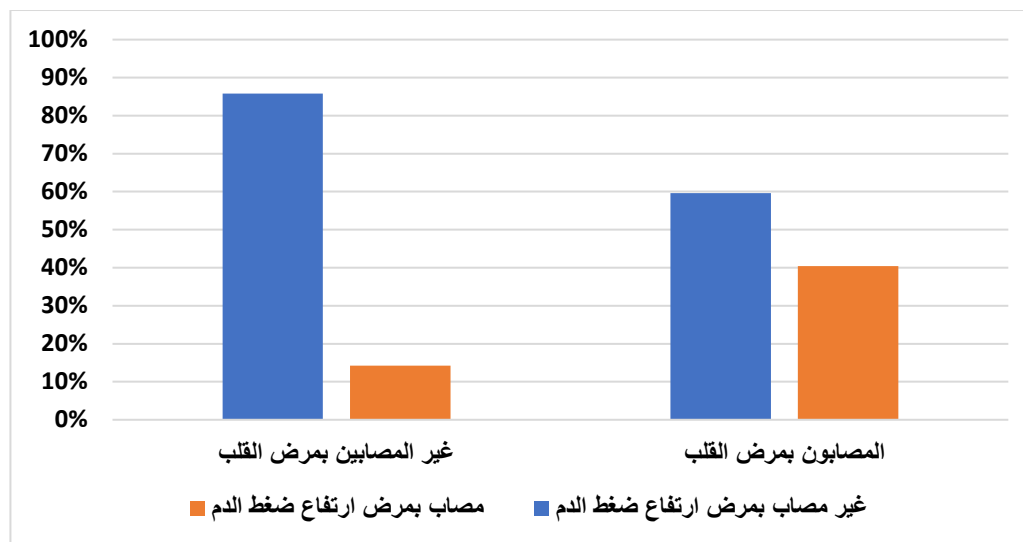
ارتفاع ضغط الدّم مرضٌ مُزمنٌ شائعٌ يحدثُ نتيجة الضّغط المُستمر على جُدُران الشّرايين ولمدّةٍ طويلة. وفي الغالب ليس له أعراض، ولكن يمكن أن يؤدي إلى حدوث مشاكل صحيّة خطيرة كالسّكتة الدّماعية، وفشل القلب والكلّي (وزارة الصحة، ٢٠٢٢).

الجدول (١٩) والشكل (١١) يوضّحان نسب الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم بين الأشخاص المصابين بمرض القلب والأشخاص الأصحاء. ومن خلال نتائج هذه الدراسة فقد تبين وجود ارتفاع في نسبة الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم لدى الأشخاص المصابين بمرض القلب، حيث بلغ عدد مرضى القلب المصابين بمرض ارتفاع ضغط الدم ١٤٩ شخصًا يُشكّلون ما نسبته ٤٠.٤٪ من مرضى القلب غالبينهم من الذكور. بالمقابل أظهرت النتائج أنّ نسبة الأشخاص المصابين بمرض ارتفاع ضغط الدم من غير المصابين بمرض القلب بلغت ١٤.٢٪.

الجدول (١٩): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفق الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم لعام ٢٠٢٣م

الحالة	المصابون بمرض القلب	النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة
مصاب بمرض ارتفاع ضغط الدم	١٤٩	٪٤٠،٤٠	٦١	٪١٤،٢٠
غير مصاب بمرض ارتفاع ضغط الدم	٢٦٩	٪٥٩،٦٠	٣٦٩	٪٨٥،٨٠
المجموع	٤١٨	٪١٠٠	٤٣٠	٪١٠٠

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (١١): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم

يُتضح من الجدول (٢٠) وجود علاقة معنوية بين الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم والإصابة بمرض القلب. وبحساب حجم التأثير تبين أن قيمته تساوي (٠.٢٥) وهو حجم تأثير قريب من المتوسط، أي أن مرض القلب يتأثر تأثراً قريباً من المتوسط بالإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم. يمكن أن نستنتج من نتائج هذه الدراسة العلاقة بين ارتفاع ضغط الدم والإصابة بأمراض القلب، حيث يؤدي الضغط المرتفع إلى حدوث مشاكل بالقلب والأوعية الدموية. يتفق هذا مع ما ذكر في الدراسات السابقة مثل دراسة العييري (٢٠١٧) التي تناولت الخصائص الجغرافية لمرضى القلب بمنطقة القصيم، والتي أكدت فيها علاقة مرض ارتفاع ضغط الدم بأمراض القلب، حيث يعاني أكثر من ٥٠٪ من مرضى القلب في منطقة القصيم من مرض ارتفاع ضغط الدم. وذكرت الدراسات بأن ارتفاع ضغط الدم هو عامل خطر يمكن أن يؤدي إلى فشل القلب والإصابة بأمراض صمام القلب، كما أن الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم تزيد لديهم فرصة الإصابة بالأزمات القلبية (Fuchs&Whelton, 2020). بالإضافة إلى أن أغلب المرضى المصابين بمرض ارتفاع ضغط الدم تتابعهم مضاعفات من هذا الداء، ويُعتبر مرض القلب من أبرزها وأكثرها انتشاراً (قوارح وصالي، ٢٠١٧).

الجدول (٢٠): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير وفق الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم لعام ٢٠٢٣ م

النسبة	المصابين بمرض القلب	النسبة	المصابون بمرض القلب	الحالة
٪٧,٢٠	٦١	٪١٧,٦٠	١٤٩	مصاب بمرض ارتفاع ضغط الدم
٪٤٣,٥٠	٣٦٩	٪٣١,٧٠	٢٦٩	غير مصاب بمرض ارتفاع ضغط الدم
٪٥٠,٧٠	٤٣٠	٪٤٩,٣٠	٤١٨	المجموع
	٥٢,٤			مربع كاي
	**٠,٠٠			مستوى الدلالة
	٠,٢٥			حجم التأثير

المصدر: الدراسة الميدانية.

ب. الإصابة بمرض السكري:

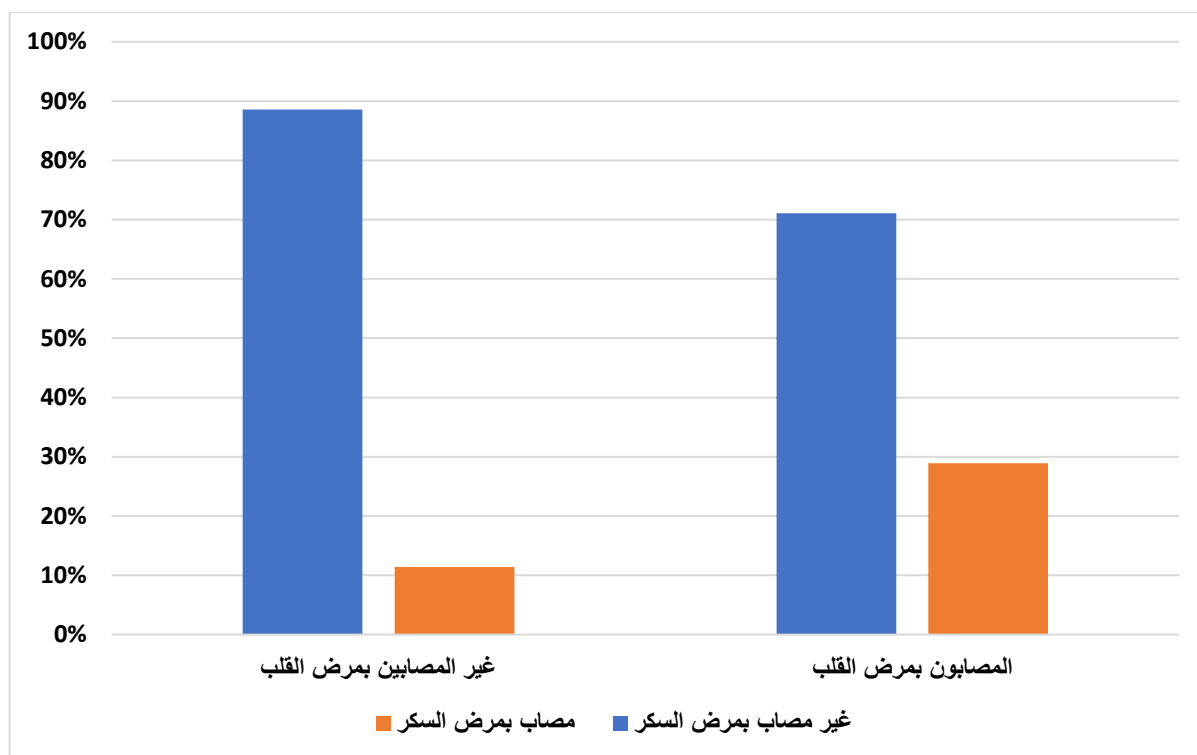
يُعدُّ السُّكَّرِي من الأمراض المزمنة التي تلازم المريض مدى الحياة. يؤدي هذا المرض إلى ارتفاع سكر الجلوكوز بالدم إلى مستويات غير طبيعية لأنَّ الجسم أصبح غير قادرٍ على استخدام الجلوكوز وتحويله إلى طاقة. يحدث السُّكَّرِي نتيجة حدوث خللٍ في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات، بالإضافة إلى قلة إفراز البنكرياس لهرمون الإنسولين أو حدوث مقاومةٍ من خلايا الجسم للإنسولين، حيثُ يؤدي ذلك إلى ارتفاع في نسبة السُّكَّر في كلِّ من الدم والبول. ويؤدي هذا إلى حدوث اضطرابٍ أيضًا في التمثيل الغذائي لكلِّ من البروتينات والدهون (الرضي، ٢٠١٦).

الجدول (٢١) والشكل (١٢) يوضِّحان نسب الإصابة بمرض السكري بين الأشخاص المصابين بمرض القلب والأشخاص غير المصابين بمرض القلب. ومن خلال نتائج هذه الدراسة فقد أظهرت ارتفاع نسبة المصابين بمرض السكري لدى الأشخاص المصابين بمرض القلب، حيثُ بلغت ٪٢٨.٩. بينما بلغت نسبة المصابين بمرض السكري لدى الأشخاص غير المصابين بمرض القلب حوالي ٪١١.٤.

الجدول (٢١): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفق الإصابة بمرض السُّكَّرِي لعام ٢٠٢٣ م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	المصابون بمرض القلب	الحالة
٪١١,٤	٤٩	٪٢٨,٩	١٢١	مصاب بمرض السكر
٪٨٨,٦	٣٨١	٪٧١,١	٢٩٧	غير مصاب بمرض السكر
٪١٠٠	٤٣٠	٪١٠٠	٤١٨	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (١٢): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق الإصابة بمرض السكري لعام ٢٠٢٣م

يتضح من جدول (٢٢) وجود علاقة معنوية بين الإصابة بمرض السكر ومرض القلب، وبحساب حجم التأثير تبين أن قيمته تساوي (٠.٢٢) وهو حجم تأثير ضعيف، أي أن مرض القلب يتأثر تأثراً ضعيفاً بالإصابة بمرض السكر. بشكل عام فإن الأشخاص المصابين بالسكري معرضون أكثر للإصابة بأمراض القلب من الأشخاص غير المصابين بالسكري بمعدل ٢ إلى ٣ أضعاف (Preis et al, 2009). وتُشير التقديرات إلى أن معدل انتشار مرض السكري العالمي بلغ ٤٦٣ مليون في عام ٢٠١٩م بزيادة بنحو ٩.٣٪، ومن المتوقع أن يرتفع إلى ٥٧٨ بحلول ٢٠٣٠م بزيادة بنحو ١٠.٢٪. وينتشر مرض السكري في المناطق الحضرية أكثر من الريف بنسبة ١٠.٨٪ (Saeedi et al, 2019). ويُعد مرض القلب أحد المضاعفات التي يُسببها داء السكري، حيث يموت ٢ من ٣ المصابين بالسكري بالسكتة الدماغية أو أمراض القلب، كما يؤدي مرض السكري إلى فشل أجهزة الجسم عن أداء وظائفها، مثل: العينين، والكلية، والقلب، والأوعية الدموية (الثعلبي، ٢٠١٥).

وترتبط الإصابة بأمراض القلب ومرض السكري بشكل مباشر بعدة عوامل أهمها: التاريخ العائلي، والعمر، والنوع، بالإضافة إلى العادات الاجتماعية. إلى جانب تأثير العوامل البيئية، مع التأكيد على تفاوت درجات الإصابة بهما كأثر للعوامل المسببة لهما (عمار، ٢٠٠٥).

الجدول (٢٢): نتائج اختبار مربع كاي وحجم التأثير وفق الإصابة بمرض السُّكْرِي لعام ٢٠٢٣ م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	المصابون بمرض القلب	الحالة
٥,٨٠٪	٤٩	١٤,٣٠٪	١٢١	مصاب بمرض السكر
٤٤,٩٠٪	٣٨١	٣٥٪	٢٩٧	غير مصاب بمرض السكر
٥٠,٧٠٪	٤٣٠	٤٩,٣٠٪	٤١٨	المجموع
	٤٠,٧٤			مربع كاي
	**٠,٠٠			مستوى الدلالة
	٠,٢٢			حجم التأثير

المصدر: الدراسة الميدانية.

ج. الوراثة:

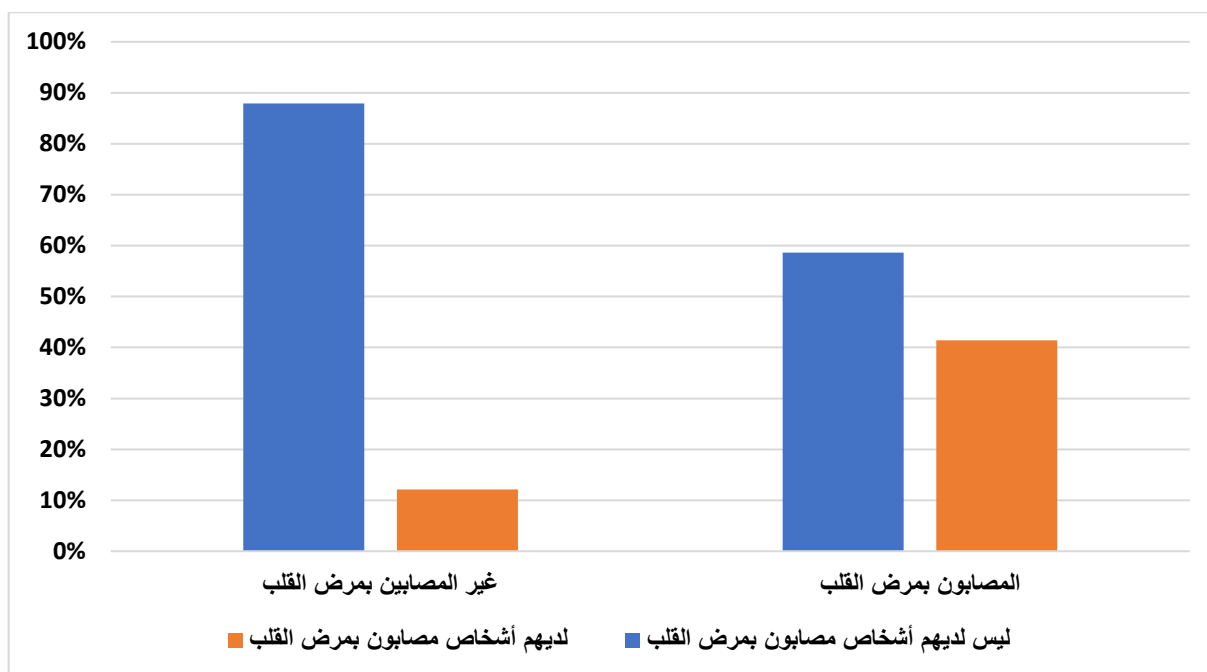
تلعبُ الوراثةُ دورًا كبيرًا في احتماليّة الإصابة ببعض الأمراض والتي تحدث عادةً بسبب وجود خللٍ في الجينات الوراثيّة. هذه الجينات ترتبط بالجينات الوراثية للأم والأب، البعض منها مُتَحَيَّة والبعض الآخر منقولة، وهي التي تُسمّى بالأمراض الوراثيّة. ولهذه الأمراض استعدادٌ وراثيٌّ للانتقال أو الإصابة بها (حامد، ٢٠١٣).

الجدول (٢٣) والشكل (١٣) يُوضِّحان نسب وجود أشخاصٍ مُصابين بمرض القلب بين أفراد الأسرة لدى عينة كُليٍّ من الأشخاص المصابين بمرض القلب والأشخاص غير المصابين بمرض القلب. أظهرت نتائج هذه الدِّراسة أنّ ٤١.٤٪ من مرضى القلب لديهم فردٌ من أفراد الأسرة مُصابٌ بمرض القلب، بينما ١٢.١٪ من الأفراد غير المصابين بمرض القلب لديهم فردٌ من أفراد الأسرة مُصابٌ بمرض القلب.

الجدول (٢٣): التوزيع العددي والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفق مُتغيّر الوراثة لعام ٢٠٢٣ م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	المصابون بمرض القلب	الحالة
١٢,١٠٪	٥٢	٤١,٤٠٪	١٧٣	لديهم أشخاص مصابون بمرض القلب
٨٧,٩٠٪	٣٧٨	٥٨,٦٠٪	٢٤٥	ليس لديهم أشخاص مصابون بمرض القلب
١٠٠٪	٤٣٠	١٠٠٪	٤١٨	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.



المصدر: الدراسة الميدانية.

الشكل (١٣): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفق متغير الوراثة لعام ٢٠٢٣م

يتضح من الجدول (٢٤) وجود علاقة معنوية بين الوراثة والإصابة بمرض القلب. وبحساب حجم التأثير تبين أن قيمته تساوي (٠.٣٣)، وهو حجم تأثير متوسط، أي أن مرض القلب يتأثر تأثراً متوسطاً بوجود مصابين بمرض القلب في الأسرة. هذا يشير إلى أن وجود فرد أو أكثر في الأسرة مصاب بمرض القلب يزيد من احتمالية إصابة أفراد الأسرة بهذا المرض. ويُعتبر العامل الوراثي واحداً من أهم العوامل التي تساهم في الإصابة بأمراض القلب، والتي تحدث نتيجة لتغير في جين واحد أو عدة جينات. هذا التغير في الجينات له دور قوي في الإصابة بأمراض القلب، حيث يؤثر في عمل البروتينات، ويؤدي بالتالي إلى ارتفاع الكوليسترول في الدم بدرجة كبيرة مما يؤثر على الشرايين والأوعية الدموية. ومن أمراض القلب الوراثية: أمراض الشرايين التاجية، واعتلال عضلة القلب التضخمي (الشرق الأوسط، ٢٠١٧). ويمكن القول بأن خطر الإصابة بأمراض القلب الوراثية يزداد بشكل أكبر عند اجتماع العوامل الوراثية مع أنماط الحياة غير الصحية مثل: قلة الحركة والنشاط البدني، تناول أغذية غير صحية (الإكثار من الملح، وعدم تناول كميات كافية من الفاكهة والخضراوات، وتناول الأطعمة الغنية بالدهن، المشروبات الغازية)، وكذلك السمنة المفرطة والتدخين.

الجدول (٢٤): نتائج اختبار مُربّع كاي وحجم التّأثير وفق مُتغيّر الوراثة لعام ٢٠٢٣ م

النسبة	غير المصابين بمرض القلب	النسبة	المصابون بمرض القلب	الحالة
٪٦,١٠	٥٢	٪٢٠,٤٠	١٧٣	لديهم أشخاص مصابون بمرض القلب
٪٤٤,٦٠	٣٧٨	٪٢٨,٩٠	٢٤٥	ليس لديهم أشخاص مصابون بمرض القلب
٪٥٠,٧٠	٤٣٠	٪٤٩,٣٠	٤١٨	المجموع
	٩٣,٣١			مربع كاي
	**٠,٠٠			مستوى الدلالة
	٠,٣٣			حجم التّأثير

المصدر: الدراسة الميدانية.

١٣. الخاتمة:

تناولت الدراسة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمرضى القلب في مدينة الرياض، وذلك من خلال مقارنتها بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية مع عينة الأشخاص غير المُصابين بمرض القلب في مدينة الرياض، وكذلك العلاقة بين الإصابة بمرض القلب وهذه الخصائص. وجاءت نتائج هذه الدراسة كالتالي:

١٤. النتائج:

- هناك علاقةً بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الاجتماعية: (العمر، النوع، الحالة الاجتماعية، حجم الأسرة، المستوى التعليمي) لدى مرضى القلب بمدينة الرياض.
- هناك علاقةً بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الاقتصادية: (الدخل الشهري، الحالة العملية) لدى مرضى القلب بمدينة الرياض، بينما لا تُوجدُ علاقةً بين الإصابة بمرض القلب و (ملكيّة السكن، نوع السكن).
- هناك علاقةً بين الإصابة بمرض القلب والخصائص الصحية: (الإصابة بمرض السكّري، الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم، الوراثة) لدى مرضى القلب بمدينة الرياض.

١٥. التّوصيات:

- تُؤكّد الدّراسة على ضرورة اتّباع نمط حياةٍ صحيٍّ خاصّةً مع التّقدّم في العمر، كممارسة الرياضة، وتناول غذاءٍ صحيٍّ، والابتعاد عن التدخين.
- تُوصي الدّراسة بتجنّب الضّغوط النّفسيّة ومصادر القلق والإجهاد، سواءً من ظُرُوف العمل أو مسؤوليّات الأسرة، أو الأعباء الماديّة.

- توصي الدراسة بعمل فحوصاتٍ مُستمرّةٍ للمُحافظة على مستويات السُّكري، وارتفاع ضغط الدم، والكولسترول، لتجنُّب الإصابة بأمراض القلب.
- تُؤكِّد الدِّراسة ضرورة عمل فحصٍ لأفراد الأسرة بغرض الكشف المبكر عن أيِّ عوامل تُشكِّلُ خطرًا، أو تُساهم في حدوث مشاكل أو أمراضٍ للقلب، في حال تشخيص أحد أفراد العائلة بأمراض القلب.

المراجع العربية:

- أمان، غانم سلطان (٢٠٠١): الأبعاد الجغرافية وأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات الناتجة عنها في دولة الكويت "دراسة تحليلية في الجغرافيا الطبية"، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، ٢٧(١٠٣)، ٨٩-١٤٨.
- باخيور، شفاء عبد الله (١٩٩٦): فرضيات البحث دراسة تقييمية مقارنة لأساليب اشتقاق وصياغة الفرضيات وتحققها احصائياً في رسائل الماجستير في كل من كلية التربية بجامعة أم القرى بمكة المكرمة كلية التربية بجامعة الملك سعود بالرياض، معهد البحوث العلمية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- التميمي، شروق رباح (٢٠١٣): التباين المكاني لمرضى القلب بالمدينة المنورة، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة طيبة.
- الثعلبي، ساهرة (٢٠١٥): دراسة بعض العوامل المؤثرة في حدوث مرض داء السكري في محافظة البصرة - دراسة احصائية، مجلة دراسات البصرة، ١٠(٢٠)، ٢٥-٤٤.
- جابر، محمد، البناء، فاتن (١٩٩٨): دراسات في الجغرافيا الطبية، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الحسن، عبد الرحمن محمد (٢٠١٣): الجغرافيا الطبية، جامعة بخت الرضا مدينة الدويم، السودان.
- الحسن، عبد الرحمن محمد (٢٠١٤): أهمية البحث والنشر العلمي في الجغرافيا الطبية، المؤتمر الأول للنشر العلمي، جامعة الملك خالد.
- الرضي، سهام (٢٠١٦): العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الإصابة بمرض السكري بولاية الجزيرة: دراسة إحصائية تحليلية، السودان.
- الركابي، رحاب والركابي، عبد العالي (٢٠٢٠): الخصائص الديموغرافية للمصابين بأمراض القلب في محافظة ذي قار، مجلة الأطروحة-علوم الجغرافية، ٥(٢)، ٩٣ - ١١٨.
- شرف، عبد العزيز طريح (٢٠٠٤): البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
- صديق، عبد الفتاح، وحسن، عبد الحميد (٢٠١٧): الجغرافيا الطبية أسس وتطبيقات، الرياض، مكتبة الرشد.
- الصياد، عبد العاطي أحمد (١٩٨٨): الدلالة العلمية وحجم العينة المصاحبتين للدلالة العلمية لاختبار (ت) في البحث التربوي والنفسي العربي: دراسة تقييمية "، مؤتمر البحث التربوي بين الواقع والمستقبل، رابطة التربية الحديثة بالاشتراك مع المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، ٢ - ٤ يوليو ١٩٨٨ م.

- العثمان، باسم عبد العزيز (٢٠٠٩): مناهج البحث الجغرافي وتطبيقاتها في الجغرافيا البشرية، الرياض: دار السياب.
- عمار، كريمة مصطفى (٢٠٠٥): تحليل الواقع المكاني لمرضى السكري والقلب في مدينة الزاوية، مجلة قاريونس العلمية، ١٨(٤)، ٣٤-٧.
- علبي، عاطف (٢٠٠٦): المنهج المقارن مع دراسات تطبيقية، بيروت، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- العنزي، يوسف (٢٠١٥): مصادر الضغوط وأساليب المواجهة لدى مرضى القلب المزمن بالسعودية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، ٨(٣)، ٤٨٧-٥١١.
- العييري، سامية سليمان (٢٠١٧): الخصائص الجغرافية لمرضى القلب بمنطقة القصيم، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة القصيم.
- قوارح، يمينة وصالي، محمد (٢٠١٧): الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والآفاق، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، ٢٨(٩)، ٤٩-٦٨.
- كافي، مصطفى، خضرة، جلال ومخولف، هنادي (٢٠٢٠): الجغرافيا الطبية، الابتكار للنشر والتوزيع، الأردن.
- مالكي، حنان (٢٠١١): تكامل الأدوار الوظيفية بين الأسرة والمدرسة، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة بسكرة.
- محمد، رضا علي (٢٠١٧): أمراض القلب في جمهورية مصر العربية، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة المنيا.
- مشخص، محمد عبد الحميد (٢٠٠٠): الجغرافية البشرية المعاصرة للمملكة العربية السعودية، (ط٣)، جدة، دار كنوز العلم.
- مشري، فريدة (٢٠٢٢): دور الأسرة في تسيير المرض في المجتمع الجزائري، دفا تر علم الاجتماع، ١٠(١)، ٤٦-٦٩.
- المظفر، محسن (٢٠٠٢): الجغرافيا الطبية محتوى ومنهج وتحليلات مكانية، دار شموع الثقافة للنشر والتوزيع، ليبيا.
- نجار، فتحية (٢٠٠٨): الأمراض والخدمات الصحية في مناطق مختارة من محافظة رام الله والبيرة، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة النجاح الوطنية.

- نور، رجاء محمد أحمد (١٩٩٣)، تقويم استخدامات اختبار كاي تربيع في رسائل الماجستير بكلية التربية جامعة أم القرى، [رسالة ماجستير غير منشورة]، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- النوري، مرتضى (٢٠٠٦): مقارنة ضغط العمل على وفق خصائص الشخصية للعاملين في المنشآت، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، (١٢)، ٣٧-٢١.
- الوليعي، عبد الله ناصر (١٩٩١): التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية والعوامل المؤثرة في هذا التوزيع، الرياض، مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

المراجع الأجنبية:

- Fuchs, F. D., & Whelton, P. K. (2020). *High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 75(2), 285–292. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14240>.
- Galiuto, L., & Locorotondo, G. (2015). *Gender differences in cardiovascular disease. Journal of Integrative Cardiology* 1(1); 20-22. doi:10.15761/JIC.1000107.
- Gao, Z., Chen, Z., Sun, A., & Deng, X. (2019). *Gender differences in cardiovascular disease. Medicine in Novel Technology and Devices*, 4, 100025. <https://doi.org/10.1016/j.medntd.2019.100025>.
- Kim, L.G. et al. (2010) 'Geographical variation in cardiovascular incidence: Results from the British Women's heart and Health Study', *BMC Public Health*, 10(1). doi:10.1186/1471-2458-10-696.
- Lawlor, D. A. (2003). *Geographical variation in cardiovascular disease, risk factors, and their control in older women: British women's heart and health study. Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(2), 134–140. <https://doi.org/10.1136/jech.57.2.134>.
- Morris, R.W, Whincup, P.H, Lampe, F.C, Walker M, Wannamethee SG, Shaper AG. *Geographic variation in incidence of coronary heart disease in Britain: the contribution of established risk factors. Heart*. 2001 Sep;86(3):277-83. doi: 10.1136/heart.86.3.277. PMID: 11514478; PMCID: PMC1729899.
- Preis, S. R., Hwang, S. J., Coady, S., Pencina, M. J., D'Agostino, R. B., Sr, Savage, P. J., Levy, D., & Fox, C. S. (2009). *Trends in all-cause and cardiovascular disease mortality among women and men with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study, 1950 to 2005. Circulation*, 119(13), 1728–1735. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.829176>.
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., Williams, R., & IDF Diabetes Atlas Committee (2019). *Global*

and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes research and clinical practice, 157, 107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>.

مواقع الإنترنت:

الشرق الأوسط (٢٠١٧)، العنصر الوراثي في أمراض القلب... نظرة جديدة، تاريخ الزيارة
<https://aawsat.com/home/article/1024436> :٢٠٢٣/٩/١٤

- المرجع الالكتروني للمعلوماتية (٢٠١٩)، تقلب مستوى الدخل يضر بصحة المخ والقلب، تاريخ
الزيارة ٢٠٢٣/٢/١٧ م: <https://almerja.com/index.php>

- منظمة الصحة العالمية، (٢٠١٧)، الأمراض القلبية الوعائية، تاريخ زيارة الموقع ٢٠٢٣/١١/١ م:
[https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

- الهيئة العامة للإحصاء (٢٠١٨)، مسح صحة الأسرة، تاريخ زيارة الموقع ٢٠٢٢/١٢/١٨ م:
https://www.stats.gov.sa/sites/default/files/household_health_survey_2018pdf

- الهيئة الملكية لتطوير الرياض (٢٠١٨)، المرصد الحضري لمدينة الرياض، تاريخ الزيارة
٢٠٢٢/٢/٢٥ م:

https://www.rcrc.gov.sa/idc/groups/public/documents/AR_ADA_Researches/004572

- وزارة الصحة السعودية، (٢٠١٣)، أمراض القلب، تاريخ زيارة الموقع ٢٠٢٢/١٠/٣١ م:
<https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/News/Pages/News-2013-10-30-002.aspx>

- وزارة الصحة (٢٠١٤)، إحصائيات آفة التدخين بالمملكة العربية السعودية.
- وزارة الصحة السعودية، (٢٠١٨)، اليوم العالمي للقلب، تاريخ زيارة الموقع ٢٠٢٢/٩/٢ م:

<https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/HealthDay/2018/Pages/HealthDay-2018-09-29.aspx>

- وزارة الصحة (٢٠٢٢)، الأمراض المزمنة (ارتفاع ضغط الدم)، تاريخ الزيارة ٢٠٢٣/٦/٣ م:
<https://www.moh.gov.sa/awarenessplatform/ChronicDisease/Pages/Hypertension.aspx>

Abstract:

This study aimed to identify the social, economic, and health characteristics of heart patients in Riyadh city and the relationship between these characteristics and the incidence of heart disease. The study used the Chi-square test and effect size measures to achieve its objectives. The results of the study showed that there is a relationship between heart disease and social and health characteristics among heart patients in Riyadh city. Additionally, there is a relationship between heart disease and economic characteristics (monthly income - employment status) among heart patients in Riyadh city, while there is no relationship between heart disease and (home ownership - type of housing).

The study recommended the importance of following a healthy lifestyle, especially with age, such as exercising, eating a healthy diet food, and avoiding smoking. The study also emphasized the importance of family members getting tested for early detection of any factors that may pose a risk or contribute to heart problems or diseases in the event that a family member is diagnosed with heart disease.

Key words :*Heart disease, social characteristics, health characteristics, economic characteristics.*