جامعة يحي فارس –المدية –
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية.
قسم العلوم الاجتماعية.







التخصص: علم النفس المستوى: السنة الثانية ماستر

مطبوعة بيداغوجية: محاضرات في مقياس علم النفس الصحة

إعداد الأستاذ:
د. يزيد شويعل



السنة الجامعية:
2024-2023

فهرس المحتويات

الموضوع	الصّفحة
.مقدمة	
المحاضرة الأولى: نشأة علم النفس الصحة	
تمهيد	05
01. التطور التاريخي لنشأة علم النفس الصحة	05
02. العوامل المساعدة على نشأة علم النفس الصحة	08
المحاضرة الثانية: مدخل إلى علم النفس الصحة	
01. تعريف علم النفس الصحة	10
02. أهداف علم النفس الصحة	10
03. مجالات تطبيق علم النفس الصحة	12
04. علاقة علم النفس الصحة بالعلوم الأخرى.	13
05. تطورعلم نفس الصحة .	15
المحاضرة الثالثة: النماذج المفسرة للصحة والمرض:	
01. تعريف الصحة	16
02. تعريف المرض	17
03. النماذج الكلاسيكية والحديثة في تفسير الصحة والمرض	19
13. النماذج الكلاسيكية في تفسير الصحة والمرض	19
23. النماذج الحديثة في تفسير الصحة والمرض:	21
المحاضرة الر ابعة: مناهج البحث في علم النفس الصحة	
01. المنهج التجريبي(التصميم التجريبي)	28
02. الدراسات التر ابطية	29
03. التصاميم الإستطلاعية (المنهج التتبعي الإستطلاعي)	29
04. الدراسات النوعية	30

05. الدراسات الكمية	30
06. البحوث الإسترجاعية:	31
المحاضرة الخامسة: مفاهيم أساسية في علم النفس الصحة	
I. جودة الحياة	32
II. المعتقدات الصحية	39
III. السلوك الصحي	44
المحاضرة السادسة: النظريات والنماذج المفسرة للمعتقدات والسلوك الصحي	
01. نموذج المعتقدات الصحية(القناعة الصحية)	50
02. نظرية الفعل المعقول	53
03. نظرية السلوك المخطط	55
04. نموذج مراحل التغيير	57
05. نظرية الدافع إلى الحماية	59
06. نموذج سيرورة التأثير على الصحة	60
07. النظرية المعرفية الاجتماعية	61
08. نموذج التربية الصحية(برسيد)	63
09. نموذج دولي وشنايدر "Dodly and Schneider"	64
10. نظرية النسق المنظم ذاتيا لـ"LEVNTHAL" (1984)	66
المحاضرة السابعة: متغيرات الشخصية و الصحة. والمرض	
01. عوامل الشخصية الحامية للصحة .	68
1.1. قوة التحمل أو الارجاعية.	68
2.1. الصلابة.	69
3.1. الفعالية الذاتية .	69
4.1. مركز التحكم أو الضبط .	70

02. متغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة:	70
1.2. الحبسة التعبيريةAlexithymie	70
2.2. العصابية (الميل للانفعالية).	71
3.2. العدائية .	71
4.2. الانفعالية السلبية	71
5.2. الأنماط السلوكية والصحة.	72
المحاضرة الثامنة : التربية العلاجية	
01. مفهوم التربية العلاجية	75
02. أهداف التربية العلاجية	76
03. شروط تطبيق التربية العلاجية:	80
04. العوامل المؤثر في التربية العلاجية	83
05. أهمية التربية العلاجية:	84
المحاضرة التاسعة: بعض المفاهيم التي لها علاقة بالتربية العلاجية (الإلتزام الصحي، الإمتثال العلاجي)	
أولا: الإلتزام العلاجي	85
ثانيا: الإمتثال العلاجي	93
المحاضرة العاشرة: التربية العلاجية لبعض الأمراض المزمنة	100
أولا: التربية العلاجية لمرضى السكري.	100
08. التربية العلاجية لمرضى ضغط الدم	102
09. التربية العلاجية لمرضى السرطان	105
قائمة المراجع	109

فهرس الأشكال

العنوان	الصفحة
الشكل رقم (01) : يبين نموذج الإستعداد للضغط.	24
الشكل رقم (02) :يوضح نموذج إفتراضي الدورالإجتماعي في الصحة والمرض.	26
شكل رقم (01): مكونات المعتقدات الصحية	41
الشكل رقم (04): يوضح عملية اكتساب الفرد للمعتقدات الصحية	44
الشكل رقم (05): يوضح نموذج القناعات الصحية.	53
الشكل رقم (06) يوضح نموذج السلوك المخطط له.	56
شكل رقم (07): يوضح نموذج مراحل التغيير	58
شكل رقم(08): يوضح نموذج نظرية الدافع للحماية حسب "القص"(2016، ص136)	60
شكل رقم (09):يوضح نموذج التربية الصحية لـ green.(عدودة، 2015، ص87)	63
شكل رقم(10): يوضح نموذج دولي وشنايدر	65
الشكل رقم (11): يبين الاستجابات النفسية عقب الاصابة بمرض السرطان	108

فهرس الجداول

العنوان	الصفحة
جدول رقم (01) يبين المفاهيم الثابتة في نموذج المعتقدات المتعلقة بالصحة وتطبيقاتها	52

المحاضرة الأولى: نشأة علم النفس الصحة

.تمهيد:

إن الملاحظ أن الفلسفة هي أم العلوم وأن كل العلوم الحديثة الآن إشتقت من الفلسفة، وأصبحت قائمة عليه اليوم، وهذا هو حال علم النفس الذي إستلهم من الفلاسفة القدماء، ووفي كل الحضارات سواء كانت إسلامية، أو رومانية، وإغريقية، وحتى حضارات بلاد الصين، أي الشرق الأقصى، وأصبح علم قائم بذاته له مواضيع يهتم بها، ومناهج يبحث عن طريقها، وأمام تطور المجتمعات كان لزاما على علم النفس أن يطور ذاته، وأن يواكب هذه التطورات لكي يفهم ويفسر مختلف التطوات في سلوك الإنسان، والظواهر السلوكية والإنفعالية المنتجة نتيجة هذا التطور، فعلم النفس اليوم أصبح علما له العديد من الفروع، العديد من المجالات التي يبحث فيها، وأمام هذه التطورات، وما ظهر من طور طبي أدى إلى إكتشاف وظهور العديد من الأمراض العضوية، تدخل علم النفس لكي يؤكد على الدور الذي يلعبه الجانب النفسي في الصحة، والمرض، ومنه تم التأسيس لما يعرف اليوم بعلم النفس الصحة، والذي سوف نتطرق له في هذه المحاضرة من خلال ذكر المحطات التاريخية التي ساهمت وأدت لظهور تخصص علم النفس الصحة.

01. التطور التاريخي لنشأة علم النفس الصحة:

حسب ما ذكره **"Breslow & Belloc" (1972)** أنه بدأ الإهتمام بتأثير العوامل النفسية على الصحة منذ أوائل القرن العشرين من قبل بعض تخصصات كالعلوم النفسوجسدية (السكوسوماتية)، الطب السلوكي وغيره، و كانت هذه الفروع في المقام الأول فروع طبية و ليست سيكولوجية، و لكن بدأ علم النفس الصحة في الظهور باعتباره تخصصا متميزا في علم النفس في الولايات المتحدة في (1976)، حيث أنه في منتصف القرن العشرين كان هناك تفهم متزايد في مجال الطب على أن لسلوك الفرد يأثر بشكل مباشر على الصحة، فعلى سبيل المثال توصلت دراسة في مقاطعة "ألاميدا" عام (1960) أن الأشخاص الذين يعيشون بهذه المقاطعة يتناولون وجبات منتظمة (على سبيل المثال، وجبة الإفطار)، يعملون على الحفاظ على وزن صحي، و النوم الكافي، لا يدخنون، ويشربون الكحول قليلا، فكانوا

يتمتعون بصحة جيدة ويعيشون طويلا (1972) , وبالإضافة إلى ذلك ذكر " **Ever & Sterling (1981)**، إلى أن علماء النفس توصلوا توصلوا إلى أنه هناك علاقة وطيدة بين العمليات النفسية والفسيولوجية، وذكر **"Ever & Sterling"(1981)** حيث ثم ذلك فهم أفضل لتأثير الإجهاد على أنظمة القلب والأوعية الدموية وجهاز المناعة، و التوصل" **Cohen & Ader"(1975)** في وقت مبكر أن أداء الجهاز المناعي يمكن تغييره عن طريق التعلم.

بقي علماء النفس يعملون في أوساط طبية لسنوات عديدة و قد كان يُطلق في بعض الأحيان على مجال تخصصهم وعملهم علم النفس الطبي ومع ذلك، كان حقل عملهم صغير نسبيا يهدف في المقام الأول إلى مساعدة المرضى على التكيف مع المرض.

في عام (1969) أعد " **Schofield William**" تقرير لجمعية علم النفس الأمريكية بعنوان دور علم النفس في تقديم الخدمات الصحية، على الرغم من أنه قد وجد أن الأبحاث النفسية في ذلك الوقت في كثيرة من الأحيان تعتبر الصحة النفسية و الصحة الفيزيائية (الجسمية) منفصلتان، وتوجه إهتمام قليلا جدا لتأثير علم النفس على الصحة الجسمية.

وقد كان **"Schofield William"** كما ذكر كل من " **Johnston Weinman & Chater, (2011)** من القليلين من علماء النفس الذين يعملون في هذا المجال في ذلك الوقت (علم النفس الصحة)، حيث اقترح أشكال جديدة من التعليم والتدريب لعلماء النفس في مجال علم النفس الصحة في المستقبل، وقد إستجابت جمعية علم النفس الأمريكية لاقتراحه عام (1973) من خلال إنشاء فرقة عمل للنظر في :

.كيفية تمكن علماء النفس من مساعدة الناس على إدارة السلوكات المتعلقة بالصحة .

. مساعدة المرضى على التحكم في المشاكل الصحية الجسدية .

. تدريب موظفي الرعاية الصحية على العمل بشكل فعال مع المرضى.

وفي عام (1977) و بقيادة **"Matarazzo Joseph"** أضافت الجمعية الأمريكية لعلم النفس تخصص جديد ألا وهو علم النفس الصحة، حيث أنه في أول مؤتمر أقيم بهذا الشأن(إنبثاق تخصص جديد لعلم النفس)، وألقى **"Matarazzo"** خطابا لعب دورا جد هاما في تحديد علم النفس الصحة، حيث عرف هذا الحقل الجديد قائلا: "هو مجموعة من

الإسهامات، التربوية والعلمية و المهنية لعلم النفس من أجل تحسن الصحة والمحافظة عليها ومنع الأمراض وعلاجها وتحديد المتعلقات التشخيصية الخاصة بأسباب المرض والإضطرابات المتعلقة به، وتحليل وتحسين نظم الرعاية الصحية وصياغة السياسات الصحية.

وفي (1980) مثلما **ذكر "Matarazzo & McIntyre Mendonca, Belar (2003)"** تم إنشاء منظمات وجمعيات مماثلة في أماكن أخرى تهتم بعلم النفس الصحة، ثم عام (1986) تأسست جمعية علم النفس الصحة الأوروبية، وتأتى ذلك إنشاء منظمات مماثلة في عدة بلدان مثل أستراليا واليابان، ثم بدأت بعدها الجامعات في تطوير برامج التدريب على مستوى الدكتوراه في علم النفس الصحة.

وقد ساهم تطور عدد من الاتجاهات ذات الصلة في ظهور و تطور علم النفس الصحة، نذكر منها:

1. الأدلّة الوبائية التي تربط بين السلوك والصحة، حيث يعد سبب الموت الأوبئة والأمراض المعدية ولكن الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسرطان والسكتة الدماغية وأمراض الجهاز التنفسي ... وبهذا اضطر الأطباء للإهتمام بالعوامل التنبؤية لمثل هذه الأمراض : ضغوطات الحياة اليومية، العزلة الإجتماعية، العوامل النفسية، بالإضافة إلى ذلك، الخلفية الطبية الحيوية والإجتماعية والديمغرافية
2. إضافة العلوم السلوكية إلى المناهج الدراسية الطبية.
3. تدريب العاملين في مجال الصحة على مهارات الاتصال، وذلك بهدف تحسين رضا المرضى والالتزام بالعلاج الطبي.
4. أعداد متزايدة من التدخلات المبنية على أسس النظرية النفسية (على سبيل المثال، تعديل السلوك).
5. زيادة فهم التفاعل بين العوامل النفسية والفسيولوجية مما أدى إلى ظهور علم النفس الفسيولوجي.
6. بعد أن أصبح المجال الصحي هدفا للبحث من قبل علماء النفس الإجتماعي، تم الإهتمام باختبار النموذج النظرية التي تربط بين المعتقدات والمواقف والسلوك.

(حربوش سمية، 2017)

02. العوامل المساعدة على نشأة علم النفس الصحة:

لقد ساهم الإهتمام المتزايد بموضوع الصحة في إعطاء تصورات جديدة لمفهوم الصحة، تختلف عن التصورات الكلاسيكية المعروفة باقتصارها في تعريف الصحة على أنها حالة الخلو من المرض وأعراض المرض. حيث انبثقت المفاهيم الجديدة للصحة من فكرة التفريق بين الإصابة بالمرض(Desease) وبين وضعية المرض (Ilness) أي بين الحدث البيولوجي المتميز بالتغيرات التشريحية أو الفيزيولوجية أو الكيميائية الحيوية، وبين الخبرة الذاتية الناتجة عن تفاعل الفرد ككائن بيولوجي مع محيطه في حال الإصابة بالمرض. هذه الخبرة الذاتية بما تحمل من أفكار ومشاعر وسلوكات هي التي ساهمت في وجود تعاريف جديدة لمفهوم الصحة والتي من بينها تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة على أنها مجموعة المصادر الإجتماعية ،الشخصية والجسدية التي تسمح للفرد بتحقيق طموحاته وإشباع رغباته ، وأنها ليست حالة الخلو من المرض، بل هي حالة السلامة والكفاية متعددة الأبعاد البدنية والنفسية والإجتماعية.

(OMS,1984)

هذا التوجه الحديث يحمل معه ضرورة لإيجاد مجال جديد كفيل بالبحث في العلاقة بين العوامل المتعددة التي تساهم في الحفاظ على الصحة ووقايتها من جهة، واقتراح الطرق الفعالة للتعامل مع المرض من جهة أخرى، فكان هذا المجال الجديد هو علم النفس الصحي.

فعلم النفس الصحي إذن، هو توجه حديث تطور بسرعة منذ ظهوره لأول مرة في الولايات المتحدة مع بداية الثمانينيات. وهو توجه يجمع بين العلوم الطبية والطب السلوكي. وقد ساعد على ظهوره أو نشأته ثلاثة (3) أنواع من العوامل وهي :

- الإنتشار الواسع لبعض الأمراض المزمنة والخطيرة التي رفعت من نسبة الوفيات بين الأفراد مثل الإضطرابات القلبية والسرطانات وغيرها، والتي ترتبط نشأتها بما يسمى بعوامل الخطورة (Facteurs de Risque) كارتفاع ضغط الدم، التدخين، الإدمان على الكحول والتعرض

لمصادر الضغط النفسي والإجتماعي. هذه العوامل ترتبط بدورها بمجموعة من السلوكات التي يتعود الفرد على ممارستها في نمط أو أسلوب حياته.

- الحاجة الماسة إلى التقليص من حجم التكاليف المادية التي تستدعيها عملية التكفل الطبي بالأمراض المزمنة والتي جعلت من الضروري التوجه بالإهتمام نحو عملية الوقاية منها ، بالعمل على التقليل من عوامل الخطورة المشار إليها سابقا.

-توسع مجالات علم النفس إلى مجال الصحة بظهور معطيات ومفاهيم جديدة كالضغط وتأثيره على الصحة، استراتيجيات التعامل (المواجهة) مع المرض المزمن، عوامل الخطر السلوكية وغيرها.

ضف إلى ذلك أن التطور الهائل التي شهدته العلوم الأخرى في ميدان علم النفس كعلم النفس المعرفي وعلم النفس الإكلنيكي وعلم النفس الفيزيولوجي وعلم النفس العصبي وعلم النفس الإجتماعي وغيرها،أتاح الفرصة للباحثين في مجال علم النفس الصحي للإستفادة من هذا التطور وتوظيفه في ترسيخ فكرة أن الصحة يجب النظر إليها نظرة شمولية تسمح بإشراك مجموعة كبيرة من العوامل في تحديدها في ظل التفاعل الكلي للفرد مع بيئته الداخلية والخارجية.

المحاضرة الثانية: مدخل إلى علم النفس الصحة

01.تعريف علم النفس الصحة:

يعرف "Taylor" علم النفس الصحة بوصفه أحد مجالات علم النفس المعنية بفهم التأثيرات النفسية على كيفية بقاء الأفراد أصحاء، ولماذا لا يصابون بامرض، ويركز علم النفس الصحة على دعم الصحة والحفاظ عليها، والوقياة من المرض وعلاجه والإرتباط بين الصحة والمرض والإختلال الوظيفي، وتحسين نظم الرعاية الصحية. (مصطفى، 2013، ص2-3)

ويعتبر "Materazzo" (1984) أول من عرف علم النفس الصحة، وحددها بأن الإسهامات العلمية لعلم النفس من أجل تنمية الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الأمراض ومعالجتها، ويسهم علم النفس الصة في تحديد أنماط السلوك الخطرة وتحديد أسباب الإضطرابات في الصحة وتشخيصها وفي إعادة تأهيل وتحسين نظام الإعداد الصحي، بالإضافة إلى ذلك يهتم علم النفس الصحة بتحليل إمكانات التأثير بأنماط السلوك المتعلقة بالصحة للإسنان في المستويات الفردية والجماعية وبالأسس الإجتماعية النفسية للأمراض والتغلب عليها. (سامر رضوان، 2001)

وعليه يمكن القول أن علم النفس الصحة هوذلك العلم الذي يحاول أن يفهم العلاقة بين النفس والصحة الجسدية من خلالما يمكن أن تؤدي إليهحالات عدم الإتزان النفسي إلى إضطرابات عضوية، وأن هذا العلم يقدم الإجراءات الوقائية التي تحد أو تعطل إصابة الفرد بالأمراض العضوية.

02.أهداف علم النفس الصحة:

حسب "Materazzo" (1982) فإن علم النفس الصحة يتناول بالدراسة والبحث السلوك المفيد للصحة، وذلك بهدف ترقيتها والوصول إلى عادات صحية جيدة وتفادي السلوكات الصحية الغير صحيحة.

وعليه فإننا سوف نحاول ذكر بعض الأهداف التي يحاول من خلالها علم النفس الصحة الوقاية من الوقوع في المرض وكذلك في كيفية تسيير المرض، وهي كالآتي:

1. فهم أسباب الإصابة بالمرض، وكذلك العوامل التي تساعد الأفراد في الحفاظ على الصحة وفي كيفية التعامل مع المرض.

2. البحث عن العلاقة بين المرض والسلوك المسبب له، وفي كيفية التخلص من العادات السلوكية التي تؤدي للإصابة بالمرض، وعلى سبيل المثال فإن علم النفس الصحة بحث العلاقة بين التدخين والإصابة بسرطان الرئة، أو بحث العلاقة بين السمنة والإصابة بمرض السكري.

3. البحث في العوامل النفسية التي تؤثر وتسهم في التأثير والإصابة بأمراض عضوية (كالإتجاهات، الإستعداد، الضغط النفسي، الإنفعالات، الوعي الصحي، إلى الغير من المواضيع النفسية التي لها إرتباطات بالإصابة بأمراض مزمنة.

4. يهتم علم نفس الصحة في البحث عن طرق التدخل من خلال إيجاد بدائل سلوكية تعوض السلوك المسبب للمشكلة الصحية، وكذلك العمل على تقييم هذه الطرق من خلال التأكيد على مدى ملائمتها وكذلك مدى فعاليتها في الوصول إلى سلوك صحي يقي الفرد من الإصابة بالمرض، وكذلك في تسيير المرض.

ويمكن القول أن علم النفس الصحة يعمل على جزئيتين أساسيتين هما:

1. الوقاية من الإصابة بالأمراض العضوية.

2. تسيير المرض بطريقة صحية.

ويضيف كل من "Bruchon & Schweitzer" (2001) أن أهداف علم النفس الصحة يمكن تلخيصها في ثلاثة أهداف أساسية:

1. الرفه من الوقاية من خلال ترقية سلوكات الصحة والتكفل بالأشخاص المرضى.

2. دراسة العوامل النفس-إجتماعية التي تلعب دورا كبيرا في بداية الأمراض وفي تطورها.
3. فهم السيرورات البيو-نفس-إجتماعية التي يكن أن تشرح هذا التأثير.

(Bruchon & Scheitzer, 2001 , p44)

03. مجالات تطبيق علم النفس الصحة:

لعلم النفس الصحة مجالات متعددة يتدخل فيها، وهذا من أجل التكفل بالحالات النفسية سواء عند الإصابة بالمرض، أو في الوقاية قبل الإصابة بالمرض، ومن المجالات التي يهتم بها ويطبق فيها علم النفس الصحة نجد:

1.3. ال**تدخلات العلاجية أثناء الجراحة:** وهذا لأن الفرد المقدم على عملية جراحية تتاثر حالته النفسية وتظهر بعض الإضطرابات النفسية، كالخوف، القلق التوتر.....إلخ، وهنا يحاول الأخصائي في علم النفس الصحة أن يخفف تلك الأعراض قبل القيام بعملية جراحية.

2.3. **الأمراض المزمنة:** التدخل مع الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة، ونذكر على سبيل المثال: مرض السكري، أمراض الكلى، أمراض الأورام (السرطانات)، مشاكل قلبية.....إلخ، فهذه الأمراض المزمنة غالبا ما تؤدي إلى مشكلات جسدية فيسيولوجية تؤدي في الغالب إل ظهور مشكلات نفسية وأحيانا إلى إضطرابات نفسية، ومن الإضطرابات الشائعة نجد كل من: الصدمة النفسية، القلق، الإكتئاب/ صعوبات التكيف، الإنكار، وأحيانا تؤدى إلى إضطرابات عقلية، وظهور هلاوس، وهذيان.....إلخ.

3.3. **مؤسسات رعاية المسنين:** يطبق علم النفس الصحة في هذه المؤسسات بإعتبارها أنها تأوي وترعى كبار السن، والذين في أغلبهم هم أشخاص مصابين بمختلف الأمراض العضوية، وكذلك العصبية كازهايمر وباركينسون.....إلخ، بالإضافة إل أن هذه الفئة تعاني كذلك عند بعضها من إضطرابات عقلية، بالإضافة ’لى الحالة النفسية التي يكونوا فيها كبار السن نتيجة عيشهم في مراكز لرعاية المسنسن بعيدا عن الأهل والمحيط الإجتماعي.

4.3. **مؤسسات رعاية الأطفال:** هناك العديد من المراكز التي تهتم بهذه الفئة، فنجد مراكز إعادة التربية للقصر، وكذلك مراكز ضحايا العنف بمختلف أشكاله، ومتعرضين لصدمة نفسية، بالإضافة إلى المراكز التي تعنى بالأطفال المصابين بإضطرابات جسدية وعقلية.

5.3. المدرسة: يمكن تطبيق علم النفس الصحة في مختلف المدارس والجامعات، وهذا خاصة في شقه الوقائي، ومن خلال مدخل التربية الصحية، وهذا بهدف إكساب الأطفال المتمدرسين، وحتى المراهقين، أو طلاب الجامعة سلوكات صحية، ووقائية.

(المشعان وخليفة، 1999)

04. علاقة علم النفس الصحة بالعلوم الأخرى:

كما هو معلوم في العصر الحديث فإن كل علم من العلوم يستمد من العلوم الأخرى أو يستلهم منها، وعلم النفس الصحة كبقية العلوم الأخرى، أو كبقية التخصصات التي يستند على مجموعة من التخصصات الأخرى، فمواضيع علم النفس الصحة التي هي نفسية ولها علاقة بالجوانب البيولوجية، وكيفية تسيير مرحلة المرض، ويعتمد هذا اليز على مختلف فروع علم النفس وميادينية. بالإضافة إلى العلوم الطبية وبيولوجية، ومن بين هذه العلوم أو التخصصات نجدي مايلي:

1.4. علم النفس النمو: فهو ذلك الفرع أو التخصص الذي يهتم بمختلف التطوات والتغيرات التي حدث للفرد من فترة الإخصاب إلى غاية الوفاة في جميع الجوانب سواء كانت جسدية أو نفسية، أو إجتماعية وإنفعالية، ويساعد ويفيد علم النفس الصحة في معرفة تلك الخصائص النفسية والمعرفية والإجتماعية والإنفعالية لكل مرحلة من مراحل العمر.

24. علم النفس الإجتماعي: هو دراسة الأنماط السلوكية للأفراد والجماعات وتفعلها أثناء الأحداث والمواقف الإجتماعية المختلفة، بالإضافة إلى أشكال هذه الإستجابات والآثار المترتبة المتوقع حدوثها، وهو العلم الذي يدرس سلوك الفرد بمختلف جوانبه النفسية والمعرفية والبيولوجية من خلال التفاعل بين الفرد والبي\ة الإجتماعية التي يعيش فيها.

3.4. علم النفس الإكلينيكي: يعتمد على نتائج العديد من الدراسات لفروع علم النفس الأخرى الأساسية والتطبيقية، وتهدف هذه الإستفادة إلى الوصول لفهم وتحديد موضوعي بغرض رفع كفاءة الخدمات النفسية الإلكلينيكية المقدمة للمرضى النفسيين في مجالات عدة كالتشخيص والتنبؤ والتوجيه والتأهيل والإرشاد، والعلاج، ولغرض وقاية الأشخاص من الوقوع في الحالات والظواهر المرضية، ومعنى هذا التعريف أن علم النفس الإكلينيكي هو أحد

فروع علم النفس العام، ويهتم هذا لفرع بالشكلات التوافق الشخصية، والإضطرابات النفسية المختلفة، وهذا الفرع هو أحد أهم المدخلات في مجال تخصص علم النفس الصحة.

4.4. علم النفس الفيسيولوجي: يهتم بمتابعة التأثيرات النفسية المرتبطة بالشخصية، وربطها مع الظواهر الحيوية والفيسيولوجية الخاصة بالجهاز العصبي خصوصا الدماغ، ومن أهم أنواع المؤثرات العصبية التي يهتم علم النفس الفسيولوجي بدراستها

5.4. علم النفس العصبي: ويهدف إلى دراسة الظواهر النفسي على أساس فيسيولوجي عصبي.

6.4. علم الصحة النفسية: وهو العلم الذي يهتم بالوصول بسلوم الإنسان إلى مداه من التلاؤم والرضا والتفاعل والفاعلية مع مجتمعه ومع الآخرين ومع ذاته وذلك عن طريق دراسة:

. العوامل المؤدية إلى ذلك الجانب البنائي.

. العقبات التي تحول دون ذالك ةيقصد هنا الجانب الوقائي.

. خصائص ومظاهر الأحوال النفسية وموقف الفرد منها (الجانب الإكلينيكي العيادي).

. الأساليب العلمية الفنية اللازمة لمساعدة الأفراد على تجاوز حالاتهم النفسية والمرضية صوب الصحة في جوانبها الوقائية والعلاجية والنمائية.

7.4. علم الأوبئة الأبدميولوجيا: وهو علم يدرس كيفية نشأة الأمراض وإنتشارها في المجتمع، يعتمد في ذلك على الطرق الوصفية وعلى الطرق تحليلية تعمل على الكشف عن مسببات الكرض أو عوامل الخطورة.

8.4. علم الفسيولوجيا: علم علم يدرس وظائف أعضاء الجسم المختلفة قصد التعرف على الإختلالات التي تطرأ على هذه الوظائف.

9.4. علم المناعة: هو علم حديث المنشأ يهتم بدراسة الجهاز المناعي للإنسان قصد الكشف عن أسرار هذا النظام الحيوي الذي يحمي الإنسان من خطر الإصابة بالأمراض.

10.4. الطب الإكلينيكي: وهو الفرع الذي يوفر الخدمات الطبية للمرض معتمدا في ذلك على الطرق الحديثة في التشخيص والعلاج. **(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010)**

05. تطور علم نفس الصحة

حسب "Grossarth, Eysenck"(1995) سمحت ثلاثة عوامل بالتطور السريع لعلم النفس الصحة:

- الاهتمام المتزايد بعلم النفس والمعرفة ذات الصلة من ناحية وعلوم الحياة من ناحية أخرى.
- المصلحة الاقتصادية: الوقاية تسمح بتقليل نفقات الصحة: الضمان الاجتماعي ، إلخ
- تحديد النمط أ و ب للشخصية الأكثر عرضة للخطر:

النمط A الشخص الذي يتعرض كثيرا إلى العوامل التالية (التنافس، والمقاومة، والعدائية، شدة النشاط) من الأرجح أن يصاب هذا النمط بأمراض القلب والأوعية الدموية.

النمط C الأشخاص الذين يتميزون (بفقر التعبير عن المشاعر، والغموض، وعدم المقدرة على التعاون، وإدراك سيء للدعم الاجتماعي) تعتبر هذه السمات مؤشرا لتطور السرطان، خاصة سرطان الثدي لدى النساء .**(سامر رضوان، 2001)**

المحاضرة الثالثة: النماذج المفسرة للصحة والمرض:

01.تعريف الصحة:

يعرف "مختار" (2014، ص 175) الصحة على أنها مؤشر دال على سير كل الوظائف الدالة على حياة الأعضاء المشكلة للجسم الإنساني بشقيه الفيزيقي والنفسي خلال مدة زمنية كافية تماشيا مع النمط أو النمو العادي الذي تحدده الأصول الطبية والعلمية المتخصصة في هذا المجال، مع استثناء العاهات والإصابات التي تصيب الجسم لكن لا تعيق الأعضاء على أداء وظائفها.

وذكر "صافي" (2018، ص933) أن " Winslow ونسلو " يعرف الصحة على أنها " علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية، وذلك عن طريق القيام بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل تحسين صحة البيئة، مكافحة الأمراض المعدية، تعليم الأفراد الصحة الشخصية تنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية، وأخيرا أضيفت لها خدمات الصحة النفسية"(صافي، 2018، ص933).ص،

في السياق ذاته تضيف "حربوش" (2017، ص 251-252) يعرفها Hurrelmann) أنها عبارة عن "حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النموالجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكاناته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة . أما جونفرنسوا فارلياك) Verlhiac François Jean)عرف الصحة على أنها عبارة عن - :غياب الإشارات والعلامات الموضوعية الدالة عن الخلل الوظيفي للعضوية -غياب الأعراض الذاتية أو الأمراض أو الألم

كما تشير منظمة الصحة العالمية(2015) حسب " كتفي وبوحملة " (2017، ص 156) نقلا عن "عمروسي" (2019، ص593) إلى أن الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، وليست فقط مجرد الخلو من المرض أو العجز.

ويعطي تعريف منظمة الصحة العالمية ثلاث أبعاد رئيسية حسب 'الدويبي" (2006، ص 54)أنه إذا غابت ظهر المرض وهي:

-البعد الجسمي (العضوي) للصحة .

-الصحة العقلية والنفسية.

-الصحة في بعدها الاجتماعي، فالصحة هي الاكتمال البنائي في الجوانب الجسمانية والعقلية والنفسية وحسن الأداء الوظيفي في صورة اتزان ديناميكي يحقق السلام من الأمراض وأنواع العجز والإصابات مما يمكنه التعامل الإيجابي في الحياة.

وبهذا يمكن بلورة مفهوم الصحة كما حددها"رشوان"(2006 ،ص33) في العناصر التالية :

1. حالة كاملة من السلامة في ضوء المعايير القياسية لها .
2. تتضمن كافة جوانب الشخصية (العقلية والنفسية والاجتماعية والجسمانية)
3. هذه الحالة أكبر من كونها خلوا من الأمراض والعجز والضعف.
4. تكمن هذه الحالة السوية للإنسان من التعامل الإيجابي في الحياة. **(عرعارغنية، 2021)**

02.تعريف المرض:

المرض حسب الموسوعة البريطانية هو خلل عضوي أو وظيفي للكائن يظهر من خلال أعراض يمكن التعرف عليه انطلاقا منها.

(شابو، 2019 ،ص281 ،282، نقلا عن عرعارغنية، 2021)

وفي هذا الصدد حسب ما ذكره "مكاوي" (دس، ص76) أوضح تعريف المرض "أوبري لويس " Lewis Aubreyثلاثة محكات طبيبة تقليدية في تحديد المرض وهي خبرة المريض واكتشافه لبعض الاضطرابات في وظيفة الجسم والأعراض التي تتوافق مع النمط الإكلينيكي (نظرية تنميط المرض)، ومن هنا نقول أن المرض مفهوم يشير إلى "الحالة الباثولوجية الشاذة التي نشخصها في ضوء العلامات والأعراض" وهي الواردة في التصنيف الدولي للأمراض.

و تذهب "صولة" (2013، ص133) إلى القول أن المرض هو "انحراف أو خلل في أحد عوامل الصحة الجسمية أو العقلية يؤدي إلى ظهور اضطراب تظهر له بعض الأعراض، والمرض عملية متطورة منذ ابتداء السبب وحتى ظهور المضاعفات فقد يكون التطور حادا

وسريعا وقد يكون بطيئا مزمنا، كما يمكن أن يكون المرض عاما يصيب أكثر من عضو واحد أو يكون موضعيا فتقتصر الإصابة على عضو واحد أو جزء من عضو.

وهناك من يرى مثل "بن عروس" (2013، ص78) إلى أن المرض يشير إلى انحراف ما عن حالة الأداء الوظيفي السوية تكون له نتائج غير مرغوب فيها، نظرا لما يؤدي إليه من إزعاج الشخص، أو ما ينجم عنه من أثار تتعلق بالمكانة الصحية للإنسان في المستقبل، وهناك فرق بين ثلاث مفاهيم)المرض، الاعتلال، السقم .(فالمفهوم الأول (المرض) يحدد لنا بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة أي أن الفرد يحس أو يدرك بأنه مريض، أما المفهوم الثاني (الاعتلال) فهو حالة الاختلال الوظيفي والذي يتأثر به الجانب الاجتماعي وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين، أما المفهوم الثالث (السقم) فهو حالة مرضية أو أعراض مرضية جسدية (عضوية (نفسية (اجتماعية) تؤثر على أداء وسلوك ونمط معيشة وتصرفات الفرد(علي وآخرون، 99). ، 2008 وبهذا يكون المفهوم الأول (المرض) عبارة عن التقليل من قدرة الفرد الطبيعية على الوفاء بالتزاماته اتجاه أسرته ومجتمعه وزيادة متاعبه النفسية كالتوتر والقلق والخوف.

في حين ينظر البعض مثل "حسين" (2018، ص 160) إلى المرض باعتباره حالة في التغير الوظيفي أو الشكل لعضو ما ويكون الشفاء منه صعبا أو مستحيلا بدون علاج، ولإعادة التوازن الفسيولوجي يتطلب ذلك من الجسم عدة عمليات ووظائف لا تدخل في الوظائف الفسيولوجية المسؤولة عن التوازن في العضو المصاب.

وللمرض ثلاث معان حددها (شوقي، دس، ص5 -6) حسب ما ذكره" ,Nicola Di Matteo Di" (1982) فيما يأتي :

أ- المعنى الأول للمرض معنى جسمي خالص يتمثل في تلف الأنسجة أو وجود خلل له سبب حيوي (بيولوجي).

ب- المعنى الثاني للمرض معنى نفسي يشير إلى السلوك الفعلي الذي يصدر عن شخص مصاب بمرض محدد، ويتمثل السلوك في الشعور بالألم والتعب، أو الشعور بالكرب والاكتئاب وما إلى ذلك.

ج- المعنى الثالث للمرض معنى اجتماعي ويتضمن عجز الشخص عن أداء أدواره التي اعتاد القيام بها في حياته اليومية، ويرى بعض العلماء أن قدرة الأشخاص على أداء وظائفهم في بيئتهم لها دور كبير في تحديد مدى جودة صحتهم أو اعتلالها. (عرعار غنية، 2021)

03. النماذج الكلاسيكية والحديثة في تفسير الصحة والمرض:

1.3. النماذج الكلاسيكية في تفسير الصحة والمرض:

أ. النموذج البيوطبي: حسب "Lellouch Alain" (1994) التفسير البيوطبي كان سائدا في القرنين السابع عشر والثامن عشر مع تطورات التي شهدتها علوم التشريح، ويرى أن أسباب المرض عضوية محضة، وذات خصائص فزيولوجية، طبيعية، حيوية، بيولوجية، مكانيكية وكيميائية، ولا يتم دراستها إلا بالطرق المخبرية التجريبية والتشريحية.

ويعتبر**"Angel. L. G" (1977)** أن جميع الأمراض يمكن تفسيرها على أساس العمليات الجسمية الظاهرة، مثل حاالة عدم التوازن البيوكيميائي أو الشذوذ في العمليات العصبية الفزيولوجية. وقد قدمت له انتقادات عديدة ووصفه الباحثين بأنه نموذج اختزالي يختزل الصحة في اضطراب الوظيفة الحيوية (البيولوجية) للخلية أو فقدان التوازن الكيميائي، دون العودة إلى العوامل المسئولة عن حدوث هذا االضطراب. كما أنه أحادي البعد ويركز على تفسير الصحة من خلال المرض، ولا يهتم تماماً على الظروف التي تساعد على الارتقاء بالوضع الصحي.

ب ـ النموذج الوبائي: ذكر **"Kipling and Waldron" (1976)** تعود المحاولات الوبائية الأولى إلى "Coll. R" الذي يعد تلميذ ابن سينا في نهاية القرن العاشر لإحصاء معدل وفيات الطاعون، وكذلك محاوالت "Percivall Pott"(1714) "وهو طبيب له إسهامات في مجال الطب، وقد لاحظ ارتفاع سرطان الخصيتين بانجلترا بين منظفي المداخن، ويضيف **"Hempel" (2006)** أن **"John Snow" (1813-1858)** هو أب علم الأوبئة، إذ استطاع التوصل إلى أن الإصابة بمرض الكوليرا تتم عن طريق انتقالها من خلال الماء الملوث في لندن عام (1854) فشرع في رسم خريطة المرض وأصبح قادرا على حصر مصدر علة المرض ومنه استطاع بلورة نظريته وتأكيدها.

(هناء أحمد محمد الشويخ، 2012) نقلا عن: (دليلة زناد، و بورجي شاكر، 2017)

ويرى**"Gaumer Beoit" (1995, p48)** أن التطور السريع الصناعي واالقتصادي وتراكم البنايات الفوضوية وظهور مدرسة التشريح بفرنسا واكتشافات **"pasteur"** حول ميكانزمات التعفن، وأن المكروبات سبب انتقال أألمراض ويمكننا عالجها والوقاية منها، واكتشافات **"Koch Robert"** في نفس الحقبة الزمنية بألمانيا حول إمكانية تربية ودراسة البكتيريا ونشأة علم البكتيريا تمحورت تفسيرات الصحة حول السيطرة على أألمراض المعدية والقابلة للانتقال عبر الماء، الحليب، المواد الغذائية والحشرات.

وقد استفاد النموذج الوبائي الكلاسيكي من النموذج البيوطبي وأضاف إليه العوامل البيئية في الانتشار، ومازال يستعمل كمنهج طبي ليومنا هذا، مع ذلك فقد أهمل آنذاك الكثير من العوامل الاجتماعية والنفسية، مما مهد لظهور نماذج أكثر حداثة وشمولية.

ج ـ التفسير البسيكوسوماتي: لقد حاولت مدرسة شيكاغو على يد **"Alexandre "(1950-1940)** وضع بروفيلات معينة للشخصية حسب الأمراض التي تقدمها .في فبالنسبة لألكسندر، العرض ما هو إلا تعبير عن صراع داخلي، وقدم مصطلح عصاب العضو. فمثلا حالة القرحة المعدية هناك ارتفاع في الإفرازات المعدية قبل الأكل، وتحدث نتيجة التفاعلات السلبية التي ترفع معدل هذه الإفرازات في الجسم بطريقة مرضية ومفرطة. وبالنسبة لالكسندر فان هذه الإفرازت تكون تحت مراقبة أنماط الشخصي.

وقدمت مدرسة باريس**"Marty. P"(1961)** مصطلح التفكير الإجرائي أو العملي، وهو نمط من التفكير غير المرن والملتزم. ويفترض هذا التصور النظري أن الحياة مليئة بالصراعات النفسية بين الرغبات والواقع. وعلى العموم فان الجهاز النفسي يعمل على تسيير هذه الصراعات وحلها متجنبا الإحباطات عن طريق العقلنة، وفي حالة الأمراض السيكوسوماتية، هذا العمل يستحيل أو يصعب كثيراً، أي العقلنة وإرصان الصراعات يكون غير ممكناً.

وبحسب**"L. Chneiweiss et J. Dischamp" (1999)** إن هذه الملاحظات على بعض الحاالت في بعض الوضعيات ومع ظروف معينة يمكن أن تكون سببية للمرض، ولكن المشكلة تبقى في عدم إمكانية التعميم، فبعض المرضى هم بالفعل من ذوي التفكير الإجرائي، ولكن

مرضى آخرين ليسوا من هذا الصنف، كما أن آخرين من ذوي التفكير الإجرائي لم يصابوا بأي مرض.

هذه النماذج أحادية التوجه في تفسير الصحة والمرض، ولا تأخذ بعين الاعتبار جميع العوامل مع بعضها، فالنموذج البيوطبي لا يرى في الظواهر الاجتماعية والنفسية جزءا من الصحة والمرض، أما الطرق الوبائية فلا يمكن تعميمها على جميع الأمراض إذ تصلح خاصة مع الأمراض المعدية والمتنقلة، في حين لا يمكن للنموذج السيكوسوماتي التنبؤ بالمرض من خالل تفسيراته، كما أن جميع هذه النماذج تتجه نحو تفسير الصحة من خلال المرض، أي لها توجه سلبي نحو تفسير الصحة وتبحث فقط في عوامل المرض.

2.3. النماذج الحديثة في تفسير الصحة والمرض:

أ ـ الطب السلوكي: ذكرت **"زناد دليلة" (2013)** أن الطب السلوكي ظهر في سنوات السبعينيات، حيث تم تأسيس قسم الطب السلوكي وتكوين جمعية الطب السلوكي سنة (1973) وتم إعداد مجلة الطب السلوكي سنة (1978) .يعتمد هذا النموذج على العلاجات السلوكية للوقاية وعالج بعض الأمراض الجسمية والفزيولوجية ويهتم بالتحليل الوظيفي للسلوكات المصاحبة للمشاكل الطبية والصحية وكذلك السياقات بسلوك السيكوفيزيولوجية لهذه السلوكات، كما يهتم أيضا المعالجين تجاه مرضاهم وبجهودهم تجاه برامج الوقاية والعلاج، والطب السلوكي من وجهة نظر واسعة يفسر أن بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق واالكتئاب تؤدي إلى الضغط وفي الأخير تكون كمصدر للإمراض العضوية.

كما يهتم هذا النموذج بالجانب الايجابي للارتقاء بالصحة، وعلى أساس تفسيراته للصحة يقدم نموذج الطب السلوكي أساليب سلوكية صحية، وأخرى وقائية وعلاجية في آن واحد. وقد قدم هذا النموذج ظهور النموذج البيوطبي النفسي الاجتماعي لاحقا إسهامات كبيرة في بل وأصبح جزء منه.

ب ـ النموذج البيوطبي النفسي االجتماعي: في العديد من المصادر ذكر **"Glaser-Kiecolt et al" (2002a, 2002b ,2009)** أن منذ ظهور أول نظريات في هذا النموذج **"Angel" (1980)** إلى التطور الكبير الذي شهده هذا النموذج من خلال نشأة علم النفس العصبي المناعي،

وهناك العديد من االقتراحات النظرية التي حاولت تقديم تفسيرات علمية للصحة والمرض، وكلها تصب حول الظروف الاجتماعية التي نشأ فيها الفرد وسوابقه الجسمية وبعض الخصائص الشخصية، وتدخل هذه العوامل في تفاعل مع مجموعة من الاستجابات الموقفية التي يمكنها أن تؤثر على مختلف الأجهزة الفزيولوجية للفرد، فتنتج إخلالا بالتوازن الانفعالي والفزيولوجي للفرد.

وبالنسبة لهذا النموذج فإن بعض الخصائص الشخصية (كالعدوانية، العجز والاكتئاب، والمشاعر السلبية)، إذا تزامنت مع حالات سلبية مستمرة في الزمن فإنها سوف تقوم بتنشيط لمحور الكورتيكوتروب (l'axe corticotrope) ويزيد من مستوى إفراز هرمونات الضغط (Catécholamines Cortisol) في الجسم محدثاً أثار رجعية على تحفيز منحدر جهاز الغدد الصماء ومختلف الوظائف العصبية-الغددية-المناعية التي تسبب هي الأخرى ردود أفعال جسمية كالالتهابات والمشكلات الحشوية-المزاجية(endothéliales altérations) كالسرعة الاستثارة والاكتئاب، وهذه التفاعلات من شانها أن تعجل الإصابة بالأورام السرطانية عند النمط (C) أو تحد من مقاومة التعفنات والالتهابات في حضور المشاعر السلبية.

وعليه يضيف**"Schweitzer et E. Boujut" (2014)** أن العديد من العوامل الاجتماعية أحداث وظروف الحياة تتفاعل مع العوامل النفسية الضغط الحاد، غياب الدعم الاجتماعي، الاكتئاب، العجز...(فينتج عنها فرط في النشاط الغددي والإفرازات الهرمونية وإنهاك جهاز المناعة، هذا ما يجعل الظهور أو التطور السريع لبعض الأمراض بأنواعها محتملا.

ويفترض**"Jane Ogden" (2004)** أن النموذج البيوطبي النفسي االجتماعي أن ما يسبب المرض هو نظام معقد من العوامل المتداخلة فيما بينها وليس عامل واحد، بحيث لا يمكننا أن نتكلم عن السببية المرضية، ولا عن العلاقة الخطية بين المرض والسبب، بل يتعلق الأمر بمجموعة واسعة من المتغيرات التي تتجمع في ثالثة مجموعات من العوامل البيولوجية (كالفيروسات) والنفسية (كالسلوكات والمعتقدات) والاجتماعية.

وترى منظمة الصحة العالمي "OMS" **(2003)** أن أساس هذا النموذج التكاملي والشمولي في تفسير الصحة والمرض، قدمت منظمة الصحة التعريف الأكثر شيوعا واستعمالا في المجالات الطبية والصحية "الصحة حالة من الرفاهية الجسمية والنفسية واالجتماعية.

وتعرفها الجمعية الأمريكية لعلم النفس "APA" في قاموس علم النفس " psychology of Dictionary" بأنها حالة الفرد الجسمية والعقلية والنفسية، والرفاهية مقابل الخلو من أي مرض أو جروح أو أوجاع وشكاوي أو أعراض مقلقة.

منه أضحى تكاثف الجهود بين مختلف العلوم الطبية، البيولوجية، الاقتصادية، الاجتماعية والنفسية أمراً ضروريا للوقوف على الصحة والتنبؤ بها ومحاولة ضبطها، وظهرت اختصاصات علمية مهمة يتكفل كل اختصاص بجانب معين من جوانب الصحة. ففي علم النفس ظهر علم النفس الصحة لدراسة سيكولوجية الصحة)الصحة من الجانب النفسي. **(دليلة زناد، و بورجي شاكر، 2017)**

ج . **نموذج الضغط والمقاومة:** إستخدم "Selye " (1956) مفهوم الضغط للإشارة إلى تلك الظاهرة التي تؤثر على البنية النفسية – الجسدية، حيث تؤدي إلى تغيير مؤقت أو المستمر في هذه البيئة، ولكن الدراسات الحديثة التي جاء بها كل من "Lazarus & Folkman" (1984) من خلال التناول المعرفي تؤكد أن المثير الضاغط لا يحمل نفس المعنى عند كل الأفراد إذ كل واحد يفسره حسب تجاربه الخاصة والشخصية والمعلومات التي إكتسبها عن طريق التربية والتنشئة الإجتماعية.

وقد وضع "Selye" هذه الإستجابات الفيزيولوجية العضوية المصاحبة لحالة الضغط تحث تسمية تناذر التكيف، وتشمل هذه الإستجابة ثلاث مراحل:

.تتمثل المرحلة الأولى في الإنذار، ةهي إستجابة حادة تلازم مباشرة حالة الصدمة.

.في حين تشير المرحلة الثانية إلى مرحلة المقاومة وهي إستجابة تكيفية.

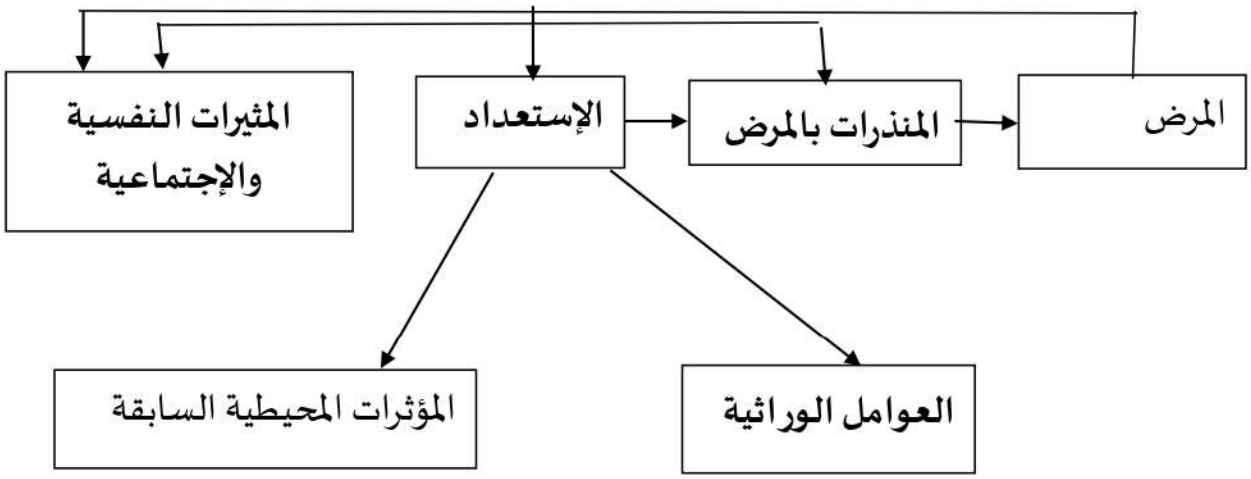
. أما المرحلة الثالثة فهي مرحلة إرهاق وإعياء.

كما أن تراكيمية البحوث في مجال الضغوط النفسية أدت إلى وضع نموذج الإستعداد والضغط، والذي يوضح التفاعل بين العوامل البيولوجية، النفسية والإجتماعية، والتي إنطلقت من المنظور الحديث في علم النفس: البيونفسي إجتماعي.

(علي عسكر، 2003) نقلا عن (دليلة زناذ، دس)

وقد قدم نموذج الإستعداد الضغط إطارا تصوريا لفهم التفاعلات المعقدة بين العوامل البيولوجية الفيزيولوجية والعاومل النفسية الإجتماعية من خلال الشلكل الآتي:

الشكل رقم (01) : يبين نموذج الإستعداد للضغط (Bakal ,1979, p75)



يفسر هذا النموذج الإستعداد/ الضغط العوامل المحددة للمرض كالآتي: فعلى المستوى الفيزيولوجي يفترض هذا النموذج أن الفرد يمتلك قابلية للإصابة بالمرض – إستعداد أو تهيؤ – لتطور وظهور مرض معين قد يكون قرحة معجية، داء سكري أزمة ربو، وحتى مرض السرطان.

وحسب هذا النموذج فإن وجود هذا الإستعداد والقابلية وتعرض الفردللمثيرات النفسية والإجتماعية تظهر عند ذلك مجموعة من ردود الفعل المرضية العضوية والنفسية.

إذا إستمرت ردود الفعل هذه فإنها سوف تعمل كمنذرات أو عوامل تمهيدية وأسباب للمرض كما تعمل كمعززات للمرض في حالة وجوده.

ومن أهم من إستخدم هذا النموذج في الممارسة العيادية والبحوث التطبيقية نجد "Lazarus" (1984)، والذي قدم نموذجا عياديا للضغط والمقاومة في إطار التناول المعرفي،

وأساس هذا النموذج أن إستجابة الفرد للضغط لا يعتمد فقط على شدة وتواثر العامل الضاغط وإنما على الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الوضعية الضاغطة من خلال سلسلة من التقييمات التي يجريها على هذه الوضعيات (الضغط) وهذا فإن الفرد يواجه الخطر أو الوضعية المهددة بإستجابة خاصة مرتبطة بسياق معرفي معين,

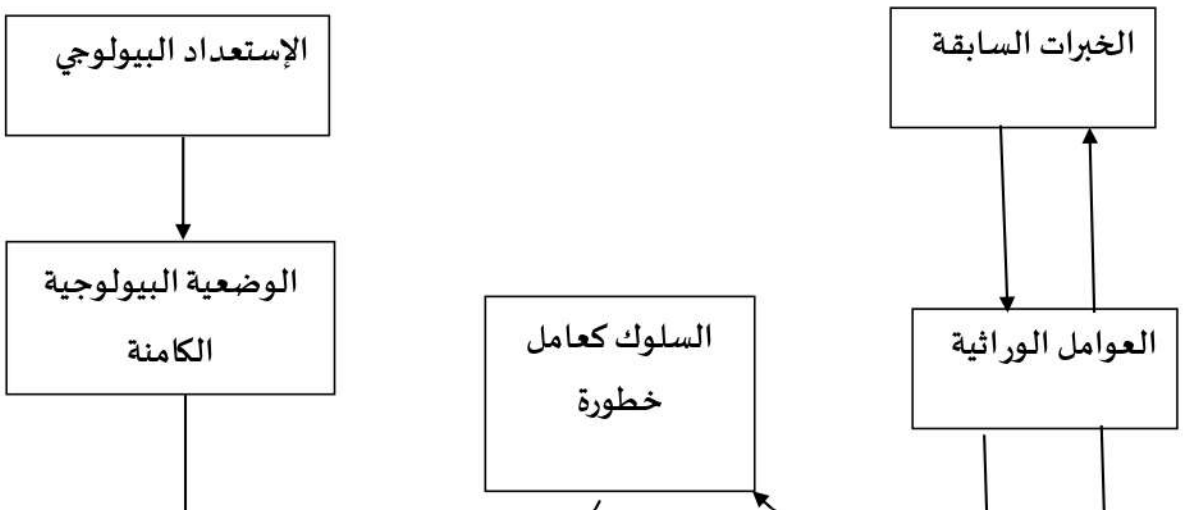
(Lazarus &folkman, 1984, p35) نقلا عن (زناذ دليلة، دس)

تعتمد مقاومة ومواجهة الضغط والعوامل الضاغطة على مراحل، وتشير المرحلة الأولى إلى التقييم المعرفي الأولى، وهو تقييم أولي للتهديد ويتوقف هذا التقييم على نوعوشدة ومدى خطورة الحدث من جهة وعلى الطريقة التي يدرك بها الفرد هذا الحدث من جهة أخرى حيث يقيم الحدث بالعودة إل خبراته السابقة وتوظيفه المعرفي، ويتبع التقييم الأولي إعادة التقييم ونسميه بالتقييم الثانوي، ويكون أكثر دقة ومرونة وهو يعمل على إستنتاج خصائص الموقف الضاغط، وتحديد أفكاره وإنعكاساته المستقبلية وهذا التقييم الثانوي هو الذي يحدد أنواع ستراتيجيات المقاومة التي يستخدمها الحدث الضاغط.

وهذا يصل الفرد إلى إتخاذ القرار وذلك إما بمواجهة الخطر والتصدي له أو تفادي الموقف الضاغط وذلك من خلال الهروب، البعد عن المشكل، وفي حالات أخرى يحاول الفرد إيجاد حلول ولو مؤقتة كما أن البحث عن الدعم الإجتماعي من الإستراتيجيات المساهمة في مواجهة الضغط . **(Bakal. 1979, p85-91) نقلا عن (زناد دليلة، دس)**

وقد قام "Cottraux" (1983) بتقديم نموذج يوضح فيه دور العوامل النفسية والإجتمعية في حدوث المرض، إذ يعتبرها كأسبا ومنذرات (السوابق)، ويوضح هذا الشكل التالي:

الشكل رقم (02) :يوضح نموذج إفتراضي الدورالإجتماعي في الصحة والمرض.



نلاحظ من خلال هذا النموذج أن هذا الأخير أخد بعين الإعتبار عدة عوامل في تفسيره للصحة والمرض وهي :

1. المحيط كعامل سابق (يشير هنا إلى الضغط المحيط).
2. العوامل الوراثية التي تكون كعوامل مهيأة للإصابة بمرض معين (إستعداد وراثي).
3. الخبرات السابقة (الإصابة بمرض ما في الطفولة.

ويذهب كذلك إلى إعتبار أن المرض سلوك فردي والذي يؤدي إلى دور نفسي إجتماعي "المريض" والذي حمل سوابق وإنعكاسات سيكولوجية، إجتماعية وبيولوجية، وهذا يرى أن للطب السلوكي أهمية في التكفل بالأمراض العضوية لأنها تأخد بعين الإعتبار العوامل النفسية الإجتماعية للمريض. **(زناد دليلة، دس)**

ويمكن القول من خلال عرض النماذج الكلاسيكية والنماذج الحديثة التي فسرا الصحة والمرض، في أن البقاء بصحة جيدة أو الإصابة بمرض معين يتحدد بعوامل بيولوجية وفيزيولوجية من جهة، وبالعوامل النفسية والإجتماعية من جهة أخرى، فهي تظهر وتتطور خلال المسار الحياتي للفرد، ويؤكد باحثون أن تأثير العوامل النفسية والإجتماعية يكون أكثر

شدة في الأمراض والإضطرابات المزمنة مقارنة بالأمراض الحادة، حيث غالبا ما تكون البداية بطيئة وتدريجية لذلك فسيكولوجية الفرد وإستجاباته للأعراض المتطورة للمرض تؤثر في مسار المرض في حد ذاته مثال العجز الكلوي المزمن والخاضع لتصفية الدم

المحاضرة الرابعة: مناهج البحث في علم النفس الصحة

يستخدم علم النفس الصحة عامة المناهج التي يستخدمها علم النفس بصفة عامة، ويقوم بتطبيق هذه المناهج في مجال تخصصه أي في مجال علم النفس لصحة، أي أن هذه المناهج، سوء كانت تجريبية، أووصفية، فهي تخضع لمجال التخصص.

01.المنهج التجريبي(التصميم التجريبي):

يرى "شيلي تايلور" (2008، ص53) أن المنهج التجريبي يعد أحد أفضل الطرق لتحديد العلاقة السببية بين متغيرين، ويرجع هذا إلى الضبط الكبير لمتغيرات الخارجية، وقوة معالجة المتغيرات المستقلة، والتعيين العشوائي، والكثير من البحوث التي تجرى في مجال علم نفس الصحة هي ذات طبيعة وتصميمات تجريبية، والتجارب التي يجريها المختصون في مجال الرعاية الصحية لتقييم المعالجات أو التدخلات ومدى فعاليتها مع مرور الوقت، تسمى أيا المحاولات التجريبية العشوائية.

(بوعود أسماء، 2020، ص 32)

1.1.أنواع التصميمات التجريبية:

أ . **تصميم المجموعة الواحدة مع القياس القبلي والبعدي:** وهو ذلك التصميم الذي يعتمد على مجموعة تجريبية واحدة، والتي يتم إختيارهم طبقا لطبيعة أو متغيرات المراد البحث فيها، وهذا بعد القيام بالتشخيص أي القياس القبلي، وبعدها يتم إدخال عناصر التجربة، وبعد القيام بالتجربة، يتم القياس، وهنا يسمى القياس البعدي، والذي يحدد نجاح التجربة ووصولها إلى النتائج التي أراد الباحث أن يصل إليها، أم العكس، ويمكن أن مثال في مجال علم النفس الصحة، وهو كالآتي:

أراد باحث القيام ببحث عن فعالية الرنامج المعرفي السلوكي الإنفعالي في التخلص من التذخين، حيث يقوم الباحث بإختيار مجموعة من المدخنين، ويجب أن يتأكد من مجموعة من الخصائص التي تؤكد على تجانس المجموعة، وبعدها يقوم، بإدخال البرنامج العلاجي المتمثل في العلاج المعرفي السلوكي الإنفعالي القائم على تغيير الأفكار اللاعقلانية المرتبط بإدمان التدخين، وبعد تطبيق كافة محاور هذا العلاج، وبعد فترة يعيد القياس البعدى، والذي يحدد إلى أي مدى يمكن لهذا العلاج أن يساهم في التخلص من التذخين.

21. تصميم المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية: ويقوم أساس هذا التصميم التجريبي على أن يكون هناك مجموعتين متكافئتين، أي أنهما يتشاركان في نفس الخصائص، وتكون مجموعة ضابطة يتم من خلالها المقارنة مع المجموعة التجريبية التي تخضع للتجربة،ويمكن أن نشرح هذا التصميم من خلال مثال في أن باحث أراد أن يقوم بدراسة تجريبية على مدى فعالية برنامج علاجي في تخفيف الضغوط النفسية على الإلتزام العلاجي لدى مرضى ضغط الدم، وهنا يقوم الباحث في لبداية القيام بإختيار مرضى يعانون من ضغط الدم، ويقوم بقياس مستويات الضغط النفسي، ويأخد المرضى الذين يعانون من ضغوطات نفسية مرتفعة، في الخطوة الثانية يقوم يتقسيم المرضى إلى مجموعتين، أي مجموعة ضابطة والتي لا يدخل عليها عناصر التجربة، ويكتفي بها للمقارنة بين نتائجها في القياس القبلي، وفي القياس البعدي، أما المجموعة التجريبية، فيقوم الباحث بإدخال البرنامج العلاجي القائم على تخفيف الضغوط النفسية، وبعد إكمال البرنامج العلاجي يقوم الباحث بمقارنة النتائج التي توصل إليها مع المجموعة التجريبية، مع المجموعة الضابطة، وعلى هذا الاساس يصدر الباحث حكما نهائيا في أن للبرنامج العلاجي القائم على تخفيض الضغوط النفسية أثر على الإلتزام العلاجي لدى مرضى الضغط الدموي، أو العكس.

3.1. تصميم الحالات والشواهد: حسب "رياض العاسمي" (2016، ص80-82) فهذا التصميم ينطوي على إتخاذ مجموعة من الأشخاص الذين لديهم خاصية معينة مثل: (سرطان الرئة)، وإختيار مجموعة ضابطة (لا يعانون من سرطان الرئة)، والقيام بدراسة المجموعتين بأثر رجعي لعوامل ظهور هذا المرض (مثلا سرطان الرئة يدخنون بشكل أكبر من الأشخاص الأصحاء). **(بوعود أسماء، 2020)**

02. الدراسات الترابطية:

حسب "شيلي تايلور" (2008، ص 53-54) أن في هذه الطريقة يقوم مختص في علم النفس الصحة بقياس إذا كان التغير في أحد المتغيرات يصاحبه تغير في المتغير الآخر، وبإستخدام الطريقة الترابطية فقد نتوصل على سبيل المثال إلى أن الأشخاص الأكثر عدوانية هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعاية، ومن عيوب هذه الطريقة هو إستحالة تقرير أي المتغيرين هو المسؤول عن إحداث التأثير، لكن ما تتميز به هذه الطريقة هو إمكانية تكييفها لدراسة المسائل التي يمكن التحكم بمتغيراتهافي الموقف التجريبي. **(بوعود أسماء، 2020، ص 32)**

03.التصاميم الإستطلاعية (المنهج التتبعي الإستطلاعي):

وفقا لهذا المنهج يتم تتبع الأفراد لمعرفة التغيرات التي طرأت عليهم، مثلا إذا وجدنا أن العدوانية تتطور في عمر مبكر نسبيا، في حين أن عوامل أخرى تنذر بخطر الإصابة بأمراض القلب تتطور لاحقا، فإننا سنكون واثقين بأن العدوانية تشكل أحد العوامل المستقلة التي تهدد الإصابة بمرض القلب، ونستطيع أن نثبت أن الإتجاه العكسي غير ممكن.

وهناك أنواع من هذه التصاميم الإستطلاعية منها الطريقة التجريبية الإستطلاعية، حيث يلجأ الباحث ، مثلا إلى التدخل في نظام التغدية لأحد المجتمعات، ويتركون مجتمعات أخرى من دون تدخل، وبعد فترة يقومون بتحديد الفروق في الإصابة بأمراض القلب بين كلتا المجموعتين.

- الدراسات الترابطية الإستطلاعية: وفيها يقوم الباحثون مثلا بدراسة نظام التغدية الذي يتبعه الأفراد، ثم يبحثون عن الفروق في مجال إصابات القلب، مما يساعد على تحديد الأطعمة الجيدة والرديئة.

وهناك نوع محدد من الدراسات الإستطلاعية يطلق عليها الدراسات الطولية وفي هذه الدراسات يتم ملاحظة مجموعة من الأفراد لفترة طويلة من الزمن، مثلا: تحديد العوامل التي ترتبط مع حدوث المبكر لسرطان الثدي عند النساء المعرضات لخطر الإصابة بالمرض، فقد يقوم الباحثون بتتبع مجموعة من النساء اللواتي تعرضت أمهاتهن للإصابة بسرطان الثدي في محاولة لتحديد الفئة تطورت لدى بناتهن الإصابة وهل هناك أي عوامل ثابتة: كالتغدية، والتذخين والكحول.....إلخ

(شيلي تايلور، 2008، ص 54-55) نقلا عن (بوعود أسماء، 2020، ص32)

04.الدراسات النوعية:

وهي تلك الدراسات التي تقوم على أساس إجراء مقابلات بهدف جمع البيانات حول موضوع ما، والبيانات النوعية هي وصيلة لوصف مجموعة متنوعة من المعتقدات والحصول على تفسير السلوكيات من مجموعة غير متجانسة، ويعتقد أن الدراسات النوعية هي أكثر الطرق قدرة على الوصول إلى المعتقدات دون أن تتأثر البيانات بتوقعات الباحث .

05.الدراسات الكمية:

وتنطوي مثل هذه الدراسات على جمع البيانات في شكل أرقام بإستخدام المقاييس، أو الإستبيانات، ويتم تطبيقها على المجتمعات الكبرى بأخد عينة ممثلة لهم، ليتم تعميم النتائج فيما بعد.

فمثلا يتم دراسة الفروق في الإستجابة للعلاج قبل قراءة نشرة المعلومات الصحية وبعدها

(رياض العاسمي، 2016، ص 80-82) نقلا عن (بوعود أسماء، 2020، ص32)

06.البحوث الإسترجاعية:

حسب شيلي تايلور" (2008، ص 55) فإن هذه الطريقة يتم الرجوع إلى الماضي الخاص بالحالة للكشف عن الظروف التي قادت إلى الوضع الحالي للظاهرة، مثلا أسهمت هذه الطريقة في معرفة بعض العوامل المرتبط بالإصابة بمرض نقصان المناعة المكتسب (AIDS) قبل حتى أن يتمكنوا من تحديد الفيروس المسبب للمرض. **(بوعود أسماء، 2020، ص 32)**

المحاضرة الخامسة: مفاهيم أساسية في علم النفس الصحة

I. جودة الحياة

01. مفهوم جودة الحياة:

تعرفها **"فاطمة الزهراء الزروق" (2009 ، ص 45)** على أنها الكيفية التي يتعاط بها الفرد الحياة و تحدد توجهه فيها و إقباله عليها بالنظر إلى ما يملك من تصورات حول القدرة على النشاط و الانجاز و تحقيق الذات والاستقلالية الذاتية و العلاقات مع الآخرين من جهة، وبالنظر إلى مدى إقباله على استغلال فرص الإشباع و المتعة و الراحة المتوفرة في بيئته في ظل معتقداته الدينية و الروحية .

ويمكن تعريف جودة الحياة بأنها : ذلك الإحساس الإيجابي بحسن الحال لما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على إرتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته، وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة ومعنى له.

02. الاتجاهات المختلفة المفسرة لجودة الحياة:

أولا: الاتجاه النفسي: إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها بحيث أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثل انعكاس مباشرا لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة و يظهر ذلك في مستوى السعادة و الشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها، القيم الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات في نظرية أبراهام و ماسلو. **(صلاح الدين محمد توفيق، 2011، ص158).**

ثانيا : الاتجاه الاجتماعي: يرى الميرهانكس **(1984)** أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل: معدل المواليد، معدل الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر وترتبط جودة الحياة

بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد **PEER RELATIONSHIP** وتأثيره على الحياة و يرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم ورضا العامل على عمله. **(الغندور، 1999 ص 19)**

ويركز علماء الاجتماع عند دراسة جودة الحياة على المؤشرات الموضوعية وهي المؤشرات القابلة للقياس الكمي تتعلق بالمتغيرات المؤسسة لجودة الحياة مثل معدل الوفيات، المواليد، ضحايا الأمراض المختلفة، مستوى القبول في المراحل التعليمية المختلفة، وتتعاظم أهمية المنظور الاجتماعي في فهم جودة الحياة إضافة إلى الأهمية في تطوير المؤشرات الاجتماعية التي ترصد أي تغيرات تقع في الحياة من الجانب الاجتماعي حيث يؤثر تباين المجتمعات تأثيرا عالي على فهم جودة حياة المجتمع. **(نجوى خليل، 1991)**

ثالثا : الاتجاه الطبي: ويهد فهذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية و العلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي و في تطوير الصحة. **(رغد نعيمة، ب س، ENLINE 154)**

03. مؤشرات جودة الحياة:

تتمثل مؤشرات جودة الحياة في العناصر التالية:

1 – **المؤشرات النفسية**: تتبادئ في شعور الفرد بالقلق و الاكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

2 – **المؤشرات الاجتماعية**: و تتضح من خلال العلاقات الشخصية و نوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية و الترفيهية.

3 – **المؤشرات المهنية**: و تتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته و حبه لها، و القدرة على تنفيذ مهام وظيفته، و قدرته على التوافق مع واجبات عمله.

4 – **المؤشرات الجسمية والبدنية**: و تتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، و التعايش مع الألآم و النوم، الشهية في تناول الغذاء. **(منسي علي كاظم، 2006، ص 23)**

04. أبعاد جودة الحياة:

تتكون جودة الحياة من عدة أبعاد:

1 – **الصحة الجسمية**: وهي تعبر عن الأنشطة الحياتية اليومية، و الاعتماد على العقاقير و المساعدة الطبية، و القوة و الإجهاد و قابلية الحركة و التنقل و الألم والعناد، الراحة والقدرة على العمل.

2 – **الصحة النفسية**: و تتضمن صورة الجسم و المظهر العام، المشاعر السلبية، المشاعر الإيجابية تقدير الذات معتقدات الفرد الدينية و الروحية، التفكير، التعليم، التذكر، التركيز.

3 – **البيئة**: وتعبر عن الموارد المادية ، الحرية، الأمن و الأمان المادي، الرعاية الصحية و الاجتماعية التوافر و الجودة، البيئة الأسرية، الفرص المتاحة لاكتساب المعارف و تعلم المهارات، الاشتراك في اتاحة الفرصة للإبداع، النشاطات الترفيهية، البيئة الطبيعية (التلوث، الضوضاء، المرور، المناخ).

4 – **العلاقات الاجتماعية**: تعبر عن العلاقات الشخصية و المساندة الاجتماعية، و النشاط الجنسي.

5 – **الاستقلالية**: وهي القدرة على تقرير مصير الذات و الاعتماد على الذات و القدرة على ضبط و تنظيم السلوك الشخصي، أثناء التفاعل مع الآخرين.

6 – **الدين والمعتقدات الدينية:** وقد حدد الغندور **(1999)** بعدين لجودة الحياة هما :

- **البعد الذاتي:** ويقصد به مدى الرضا الشخصي بالحياة وشعور الفرد بالجودة في حياته، وكذلك شعوره بالسعادة

7- البعد الموضوعي: ويشمل على الصحة البدنية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة المجتمعية، العمل فلسفة الحياة، وقت الفراغ، مستوى المعيشة، العلاقات الأسرية، الصحة البدنية، التعليم.

04. مبادئ جودة الحياة:

أوضحت "جودي" **(Goode 1994 41-85)** بأن جودة الحياة تعتمد على مجموعة من المبادئ منها:

ج- أن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص المعاق و الشخص غير معاق (الأسوياء).

2- ان جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرئيسة للإنسان، ومدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.

3- أن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص لآخر ومن عائلة لأخرى، ومن برنامج تأهيلي لآخر ومن شخص مهني لآخر.

4- أن مفهوم جودة الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة في البيئة التي يعيش فيها هذا الإنسان أو ذاك.

5- أن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان و الأشخاص المحيطين به.

05. مظاهر جودة الحياة :

الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

1 – العوامل المادية: تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية، والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة إذ ترتبط بثقافة المجتمع، وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

2 – حسن الحال:WELL BELLING: و يعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا لتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

الحلقة الثانية: اشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

1– **إشباع وتحقيق الحاجات:** يعتبر أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فان جودة حياته ترتفع وتزداد وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام، والمسكن، والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية كالحاجة الى الامن والانتماء والحب، والقوة، والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد، والتي يحقق من خلالها جودة حياته. **(الهنداوي، 2011)**

ويعتبر تصنيف ماسلوا للاحتياجات عنصر هام، ولا غنى عنه في المساهمة في فهم أعمق لجودة الحياة من خلال العرض البياني للعنصر، وعلاقته بجوانب جودة الحياة، والتي تتمثل في المجالات البيئية وما يقابلها من تحسين في جودة الحياة، في الجوانب التالية:

- الجوانب البيئية وتتناول سلامة البيئة الطبيعية.
- الجوانب الأمنية وتتناول السلامة والأمن.
- الجوانب الاقتصادية وتؤكد على حقوق الرفاهية المادية.
- الجوانب الاجتماعية والقائمة على الانسجام الاجتماعي والعدالة.
- الجوانب السياسية وتؤكد على الحرية وحقوق الإنسان وكرامته.
- الجوانب الثقافية القائمة على خطط لتنمية القيم الثقافية.

(DANIELLE DAVIS ,2002,P57)

2 – **الرضا عن الحياة:** يعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة ويمثل حكما أو تقويما معرفيا عاما لجودة الحياة التي يعيشها الفرد، ويعكس الشعور بالرضا، أو عدم الرضا، نظرة الفرد وتقديره أو تقويمه القائم بين خبراته وإنجازاته الشخصية من جهة وما استطاع أن يحققه في أرض الواقع من جهة اخرى، ومن هذه الزاوية يتعدد الشعور بالرضا بالمسافة الفاصلة التي يقدرها الفرد بنفسه بينما أنجزه فعله عند نقطة زمنية معينة وبين أهدافه وطموحاته ورؤيته او تصوره للعالم كما يجب أن يكون.

(أمطانيوس 2011، ص13)

الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية أساسه بمعنى الحياة:

1 – القوى والمتضمنات الحياتية:

قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات والطاقات، والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط، واستغلال الوقت.

2 – **معنى الحياة:** يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته و أهميته بالنسبة للمجتمع والأخرين شعر بإنجازاته ومواهبه وأن شعوره قد يسبب نقصا أو افتقادا للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة. **(الهنداوي،2011)**

الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي واحساس الفرد بالجماعة:

1 – **الصحة والبناء البيولوجي HEALTH AND BIOLOGICAL STATE:** تعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

2 – **السعادة:** تتمثل في الشعور بالرضا و الإشباع و طمأنينة النفس و تحقيق الذات، وهي الشعور بالبهجة و الاستمتاع و اللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة متضمنات حياته. **(أبو حلاوة 2014، ص15)**

وتتضمن السعادة مؤشر لجودة الحياة أو حسن الحال أو الرفاه.

الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجدانية:

تعتبر الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل الإنسان، وبإحساس الفرد، والتي تؤدي بالفرد لإحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها بوجوده وقيمته، من خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية، والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. **(الهنداوي،2011)**

10- قياس جودة الحياة:

في البداية حرص المختصون من خلال قياس المظاهر والمؤشرات الدالة على نوعية الحياة المرتبطة بها، مثل مستوى الدخل، ونصيب الفرد من الدخل، ونصيب الفرد من الدخل القومي والمستوى التعليمي، وحجم الخدمات الاجتماعية، التي يقدمها المجتمع ما تتضمنه من خدمات تعليمية وصحية و امنية و ترفيهية، إلا انهم أدركوا أن النتائج التي تخرج بها تلك القياسات لا تعبر عن النوعية بقدر ما تعبر عن كم الخدمات التي تقدمها الدولة للفرد، لذلك

توصلوا إلى ضرورة الجمع بين المؤشرات الموضوعية كما تحددها البيانات المستمدة من الواقع، والمؤشرات الذاتية، كما يعبر عنها الإنسان الذي يعيش هذا الواقع. **(الغندور، 1999 ص19)**

ومن أهم المقاييس التي استخدمت لقياس جودة الحياة.

أ- مقياس اس اف -36: يعد من المقاييس العامة لجودة وهو من اعداد جون وير **John ware** وزملاؤه ، ويحتوي على ثمانية مقاييس يختص أربعة منها بالصحة البدنية ، بينما تتناول المقاييس الأربعة الأخرى الصحة النفسية ، ويتميز المقياس بخصائص سيكو مترية مقبولة ، وقد تم ترجمته الى عدة لغات ، ويتوافر له معايير على العينات الكبيرة في بلاد متعددة ، ومن أهم سلبيات هذا المقياس ضعف إمكانيته في قياس الحالات المتطرفة المتمثلة في المستويات المرتفع أو المنخفضة من جودة الحياة بالإضافة إلى دمجه بين البنود الذاتية والموضوعية .

ب- مقياس المجموعة الأوربية لجودة الحياة (البروتوكول): يشمل على عدد محدود من الأبعاد الخمسة التي يتم قياسها هي: الحركة، العناية الشخصية الانشطة المتعددة، الشعور بعدم الارتياح، القلق الاكتئاب، ويشتمل المقياس على ترمومتر للصحة، حيث يطلب من المستجيب أن يقدر صحته العامة على مقياس من صفر إلى **100** ويتميز بأنه موجز وسهل التطبيق ومتاح بلغات محددة، ولكن من أهم سلبياته عدم وجود نهاية موجبة لأبعاده الخمسة، كما أنه لا يغطي مجالات متنوعة، بل يركز على جوانب الحياة المرتبطة بالصحة بسبب إيجازه الشديد.

ج- مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية: حاول هذا المقياس تجاوز سلبيات المقياسين السابقين حيث انطلق من تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة ، وبني على أساس عدد من التصورات النظرية المهمة لنوعية الحياة ، وما يرتبط بها من مجالات وقد اقترح بناء هرمي عام يغطي **(29)** جانبا تغطي جودة الحياة ثم تحديد الأوجه الخاصة بكل مجال منها وقد تم تقسيم هذه البنود استنادا إلى مفاهيم القياس النفسي ، وتسمح هذه البنود بدمج المفردات القومية ، وكذلك قياس المؤثرات النفسية المرتبطة بجودة الحياة ، وللمقياس صور مختصرة تتكون من أربعة مجالات ، وترى الباحثة أن مقياس جودة الحياة

المختصر الذي أعدته منظمة الصحة العالمية ، والذي قام بتعريبه وتقنين د. بشرى اسماعيل أحمد (2008) هو الأنس للتطبيق على طلاب وطالبات جامعة الملك سعود بمدينة الرياض . **(فائق واخرون ،2013 م، ص418-419)**

II. المعتقدات الصحية

01. مفهوم المعتقدات الصحية:

عرفها كريتش وكتشفلد **(krech&crutchfield.1948)**" بأنها تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد". **(خليفة،1998، ص16)**

وحسب **دول وسيناترا (Dol& Sinatra،1994)** فالمعتقدات هي التقييمات الإيجابية أو السلبية التي يقوم بها الناس نحو الأشياء والتي تكون أشياء ملموسة، أو أشخاصا، أو أفكارا موجودة، أو مواقف ووجهات نظر حول شيء معين ، كما تعتبر وحدات البناء للاتجاهات ، بمعنى أن مجموعة المعتقدات تشكل اتجاهات الفرد نحو الشيء .

(خشاب ،2011، ص39)

02. خصائص المعتقدات:

للمعتقدات عدة خصائص نلخصها فيما يلي:

1. المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدركاته.
2. المعتقدات مكتسبة يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع بيئته.
3. تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.
4. يمكن أن ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الفرد، كما يمكن أن ترتبط بعدة جوانب في نفس الوقت.
5. يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور.
6. يعكس تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته، وبهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.

7. يمكن الاستدلال عن طبيعة المعتقدات من خلال حديثا للفرد وطريقة تفكيره، وهي تقترن بعبارة **"أنا أعتقد".(خليفة، 1998، ص 95)**

03.تعريف المعتقدات الصحية:

يعرف **روز نستوك وبيكر (1974)** المعتقدات الصحية بأنها تمثل في عزو الفرد لمعتقداته وتوقعاته واندفاعاته وإدراكاته، وعناصر معرفية وشخصية أخرى، والتي من شأنها تساعد في الحفاظ على الصحة وتجديدها وتحسينها **(Beker.Rosenstock. 1974)** وعرفها **تايلور (1988)** بأنها ممارسات صحية يقوم بها الناس والتي تتأثر بعاملين هما إدراك الشخص للتهديد الصحي وإيمانه بممارسات معينة تكون فاعلة في التحقيق من التهديد وعرفها أيضا (تايلور) أنها السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم. **(تايلور، 2008، ص126)**

04.مكونات المعتقدات الصحية:

وتتكون مكونات المعتقد الصحي الأساسية من الآتي:

1. يتوقع أن السلوك هو نتيجة لمجموعة من المعتقدات التي تم إعادة تعريفها لسنوات عديدة فالمعتقدات الأساسية هي إدراك الفرد ل:

. **التعرض للمرض:** مثال ذلك، لدى فرص مرتفعة للإصابة بسرطان الرئة.

.**شدة المرض:** مثال ذلك، سرطان الرئة هو مرض خطير.

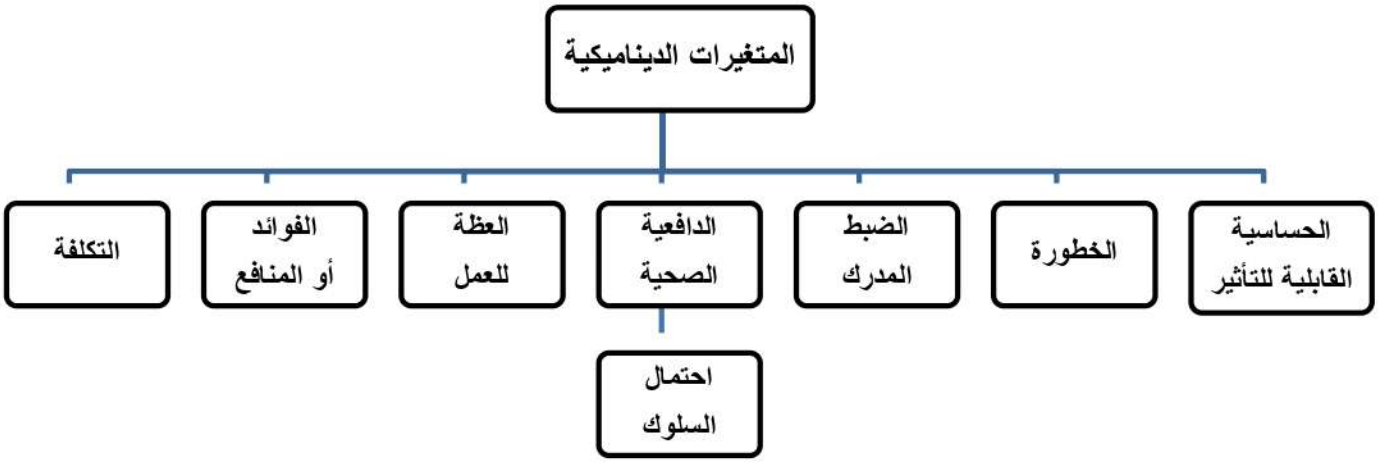
. **التكاليف المرتبة على تنفيذ السلوكيات:** ومثال ذلك، التوقف عن التدخين يجعلني سريع الانفعال.

. **الفوائد المشاركة في تنفيذ السلوك:** مثال ذلك، التوقف عن التدخين يحفظ لي نقودي.

إشارات الفعل: والتي تكون أسبابها داخلية وخارجية. **(العاسمي،2016، ص114)**

ويوضح الشكل رقم **(01)** مكونات المعتقدات الصحية.

شكل رقم (01): مكونات المعتقدات الصحية



يفترض هذا النموذج أن السلوك يحدث تغييرا مع وجود ثلاث أفكار في الوقت نفسه.

أ. أن يدرك الفرد أن هناك سببا كافيا لجعل مشكلة صحية ذات صلة (الحساسية والشدة).

ب. يدرك هذا الشخص أنه قد يكون عرضة للمرض أو نتيجة سلبية على الصحة (التهديد).

ج .وأخيرا يجب على الفرد أن يدرك أن تغيير السلوك يمكن أن يكون مفيدا وفوائد ذلك التغير يوفق أي التكاليف للقيام بذلك.

يوحي هذا النموذج بأن المعتقدات الأساسية ينبغي استخدامها لتوقع احتمال أن السلوك سوف يحدث وردا على الانتقادات الموجهة لهذا النموذج أجرى **روز نستوك وبيكر (1987)** تنقيحا للنموذج الأصلي على سبيل المثال (أنا قلق من أن التدخين يضر بصحتي). وفي الآونة الأخيرة، اقترح **بيكر وروزنستوك** أساس آخر تم اضافته إلى النموذج، وهو **" الضبط المدرك"** ومثال ذلك **" أنا و اثق من أنني أستطيع التوقف عن التدخين ".**

(العاسمي، 2016، ص115).

5.المصطلحات المفتاحية للمعتقدات الصحية :

وتذكر **ماريلو (Marilou. 2002)** حسب نموذج المعتقدات الصحية أنه احتمال تبني سلوك وقائي بالنسبة للفرد يتم تحديده انطلاقا من أربعة أنواع من الادراكات أو المعتقدات.

1.5 الهشاشة المدركة: أو القابلية للإصابة حيث يحس الفرد أنه هش تجاه واحد أو عدة أمراض.

2.5 الخطورة المدركة: تقويم مرض أو عدة أمراض على أنه جاد، (مرض السرطان مرض خطير).

3.5 المكاسب (الفوائد المدركة): الاعتبار والايمان بأن بعض الإيجابيات (المكاسب) يجب أن تقترن ببعض السلوكيات الصحية، على سبيل المثال (التوقف عن التدخين يسمح بالحصول على بعض المدخرات).

4.5 ثمن العائق والمدرك: الاعتقاد بأن بعض السلبيات تقترن بتبني سلوكيات صحية مثل (التوقف عن التدخين سيجعلني فرد قلق). وترى الباحثة أن نموذج المعتقدات الصحية أداة مؤثرة في استحداث وتغيير السلوكيات والممارسات، إذ أنه مصدر للمعلومات وذا أهمية في بناء الفرد وتكوينه المعرفي والوجداني والسلوكي، حيث يعمل على زيادة رصيده من المعلومات والخبرات التي تنسخ مواقفه وادائه وسلوكياته، والتنبؤ بالمواقف التي يغير فيها سلوكياته الصحية.

6.عوامل اكتساب المعتقدات الصحية:

تشير نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي **لباندورا** بأن احدى الوظائف الرئيسية للتفكير هي تمكين الأفراد من التنبؤ أو توقع الأحداث وأن تطور طرقا جديدة للتحكم بتلك الأحداث التي تؤثر على حياتهم اليومية والمستقبلية والصحية حيث أن الأفكار واعتقاداتهم حول أنفسهم تؤثر على تحكمهم وادارتهم للمواقف. **(الداغستاني، المفتي، 2010، ص107)**

وقد أظهرت النظرية العديد من العوامل الاجتماعية والمعرفية التي تؤثر على التعلم بالملاحظة حيث شملت القدرة على استخدام الرموز والاندماج في الاداء القصدي والهادف واشتملت على تأثير وسائل الإعلام على القيم والاتجاهات والنماذج السلوكية للمراقبين، وقد أصبحت النظرية في الثمانينيات تركز على مفهوم الفعالية الذاتية الذي يشير إلى اعتقادات الأفراد التي يطورونها عن قدراتهم في النجاح في المهمات التي تتطلب أداءات أو تحصيل يضم عناصر غريبة أو غير مألوفة، ويشير المفهوم إلى:

. أن جهود الفرد في تنظيم ورفع العوامل العاطفية والمعرفية لاستقلال البيئة.

.مراقبة الذات.

.إصدار الحكم الذاتي.

ويشير باندورا(**Bandura . 1977**) بأن الافراد يتعلمون الاتجاهات السلبية والايجابية نحو الاشياء ومنها الصحة والتي تحدد بعناصر منها :

أ.النموذج الذي يعرض سلوكا ما.

ب.السلوك الذي يعرضه النموذج (المحتوى).

ج.الملاحظ الذي يلاحظ كل سلوك النموذج.

د.نتائج السلوك البديلة (مكافأة أو عقاب). **(الداغستاني، المفتي، 2010)**

وقد أشار باندورا **(Bandura.1993)** بأن العمليات الذهنية المعرفية هي عمليات خفية ذهنية لا تظهر الأداء مباشرة وتتضمن استدخال صور، أداءات، أفكار، حركات أو مهارات أو انفعالات ممثلة لاتجاهات إيجابية أو سلبية نحو الأشياء الموجودة في البيئة، فالعمليات المعرفية للأحداث وامكانية تحقيق النتائج التي الفجوة بين السلوك الصحي والنتائج التي يترتب عليها، والمعرفة بسوء الصحة واعتلالها والتي تكون بمثابة عدم الاهتمام بالصحة يعد مثيرا ومعجلا للفرد ليستمر من أجل حماية صحته، والنقطة المهمة هي أن تنظيم السلوك الصحي يوجه بواسطة عمليات معرفية وليس من خلال تعزيز المشكل بالخبرة، وقد ذكرت **عبد الجواد، (2009)** أن العوامل المعرفية، والسلوكية، والبيئية هي نتاج عملية التعلم الاجتماعي وهي عوامل تؤثر في تعلم الفرد للمعتقدات الصحية حسب نظرية التعلم الاجتماعي والشكل **(02)** يوضح ذلك:

الشكل رقم (04): يوضح عملية اكتساب الفرد للمعتقدات الصحية



III. السلوك الصحي:

01. تعريف السلوك الصحي:

حسب "schweirtze " (2002) ظهر البحث في السلوك الصحي منذ خمسينات القرن الماضي(1950) وشهد إزديادا في منتصف السبعينات، حيث توجه الممارسون إلى الممارسات والتدخلات الصحية بين المجموعات الخاصة بالسن والتي في خطر، ويتعمق البحث في السلوك الصحي بطرق التدخلات التي تؤثر في السلوكات الصحية للأفراد فهو يختلف عن الطب السلوكي لأنه متعمق بفهم الصحة البدنية والمرض وتطبيق هذه المعرفة في الوقاية والعلاج واعادة التأهيل.

ويضيف" رضوان" (2001) أن "Ferber " (1997) أنه أعطيت تعاريف عديدة للسلوك الصحي تتميز بكونها متنوعة وجامعة، حيث يعرف السلوك الصحي على أنو مفهوم جامع لأنماط السموك والمواقف كميا القائمة على الصحة والمرض، وعلى استخدام الخدمات الطبية، كما يعرف "gauchman " (1997) السلوك الصحي بأنه يتمثل في غزو الفرد إلى معتقداته، اندفاعاته ويشير إلى توقعات إدراكاته وعناصر معرفية شخصية من شأنها أن تساعد في تحسين الصحة، تجديدها والحفاظ عليها، فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل ، التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها، وهذا يشتمل على أنماط السموك التي تبدو ملائمة، من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها واعادة الصحة الجسدية

كما ذكر "يخلف" (2001) أن "Noeldner " (1989) أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية لدى الفرد.

ويشير"تايلور" (2007) إلى أن السموك الصحي هو تلك السلوكات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم (الصحي والحفاظ على صحتهم من خلال ممارسة عادات صحية ايجابية.

(نواروزكري، 2016)

02.أبعاد السلوك الصحي:

يتضمن السلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية يحاول من خلالها الوصول إلى تعديلات سلوكات المريض أو غير المريض بأمراض مزمنة، وذكرت "شريفة بن غدقة" (2009، س48)، وهي كالآتي:

1.2. البعد الوقائي: وهو الذي يتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض، كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلا، أو زيارة المريض للطبيب لإجراء الفحوصات الدورية من أجل التأكد من أنه غير مصاب بمرض معين.

2.2. بعد الحفاظ على الصحة: ويشير على الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد، كالإقبال على الأكل الصحي، مثل التقليل من نسبة السكريات، أة تجنب الأكل السريع، أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوح بها، وهذا من أجل تفاذي الإصابة بمرض من الأمراض المزمنة، ومنه ما هو نفسي، مثل النصح بتجنب الضغوطات النفسية، والتوتر.

3.2. بعد الإرتقاء بالصحة: ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والإٍرتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال ممارسة النشاطات الرياضية بشكل منتظم ....إلخ.

03.المتغيرات السلوكية في الصحة والمرض:

لقد قام بعض الباحثين مثل "Breslow , Belloc , Syme et al" بسلسلة من الدراسات المسحية في إطار مشروع علمي، تأثير الأسلوب الشخصي في الحياة عل الصحة البدائية، أقره

قطاع الصحة العامة في كاليفورنيا في الستينات، حيث أجرى "Breslow , Belloc " سنة (1965) دراسة مسحية على عينة مكونة من (6938) فردا من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم ما بين (20 إلى 70) سنة فما فوق، وأظهرت نتائج هذه الدراسة العلمية الهامة بكل وضوح أن الصحة الجيدة مرتبطة إرتباطا وثيقا بسبع ممارسات صحية شخصية التالية:

.عدم التدخين.

.النوم ما بين (07 إلى 08) ساعات يوميا.

.تناول الإفطار الصباحي يوميا.

.عدم الأكل خارج أوقات الأكل.

.الحفاظ على الوزن المناسب.

.ممارسة النشاط الرياضي بإنتظام.

عدم تناول المشروبات الكحولية.

بالإضافة إلى ذلك وعلى وجه الخصوص إتضح أن مستوى الصحي لدى كل فئة من عينة الدراسة يعرف تحسنا ملحوظا كلما إزداد عدد سلوكياتهم الصحية وممارستهم لها. كما تبين أن الأشخاص الذي مارسوا العادات الصحية السبع يتمتعون بحالة صحية جيدة مقارنة بالذين لا يمارسون أيا منها أو قليلا منها.

كما إتضح من دراسة "Belloc " سنة (1973) التي إستغرقت (06) سنوات تناولت العلاقة بين نسبة الوفيات وعدد العادات الصحية لدى الأفراد، وقد وجد أن نسبة الوفيات في العينة تنخفض بإرتفاع عدد العادات الصحية لديهم.

ومن خلال دراسة"Breslow & Enstrom" سنة (1980) تأكدت أهمية السلوك الصحي في الوقاية من الإصابة بأمراض، حيث شملت العينة الأصلية للدراسة والتي تتبعها لمدة تزيد عن (09) سنوات، بينت نتائج هذا البحث أن الذكورالذين أقبلوا على ممارسة العادات الصحية السبع نسبة وفياتهم تمثل (28%) من نسبة الأفراد الذين ما رسوا بين (0 إلى 03) عادات صحية، بمعنى آخر فإن تبني أسلوب غير صحي في الحياة يؤدي حتما إلى الهلاك، كما أن ممارسة العادات الصحية تعمل على تنمية صحة الفرد وتطيل من عمره.

(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 63-64)، نقلا عن (بوعود أسماء، 2020، ص25)

كما ذكر "شيلي تايلور" (2008، ص122-123) أن بعض الدراسات أشارت إلى أن هناك (25%) من الوفيات الناتجة عن السرطان وعدد كبير من الوفيات الناتجة عن النوبات القلبية يمكن تجنبها عن طريق تعديل سلوك واحد فقط، وهو التذخين، كما أن إنقاص الوزن بنسبة (10%) بين الأشخص الذين تتراوح أعمارهم بين (35 إلى 55) سنة يمكن أن يؤدي إلى خفض نسبة الإابة بأمراض القلب بنسبة (20%)، كما يمكن أن يقلل من نسبة تلف الشراين، ومن سرطن المعدة والأمعاء والسكري والنوبات القلبية، وإجمالا فإن نسبة (50%) من الوفيات الناتجة عن الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة في الولايات المتحدة الأمريكية تعود لأسلوب الحياة الذي يمكن تعديله.

كما بينت الدراسات الصحية أنه يمكن تجنب (80%) من حالات مرضى شرايين لقلب، و(90%) من حالات النوع الثاني من السكرين و(33%) من حالات السرطان، إعتمادا على ثلاثة عوامل هي:

1. التغدية الصحية.
2. النشاط الرياضي.
3. الإمتناع عن السلوك الممرض مثل لتدخين، وتعاطي الكحول والمخدرات.

ويضيف "شيلي تايلور" (2008) أن تعديل الناجح للسلوك الصحي يحقق فوائد عدة، يمكن ذكرها في النقاط التالية:

أ. تقليل عدد الوفيات الناتجة عن الأماض المرتبطة بأسلوب الحياة.

ب. إمكانية تأخير حدوث الوفاة مما يؤدي إلى زيادة عمر الفرد، وإلى الزيادة في معدلات العمر المتوقعة لأفراد المجتمع.

ج. زيادة عدد السنوات التي يتمتع بها الفرد بحياة خالية من التعقيدات النتاجة عن الإصابة بالأمراض المزمنة، وهو العامل الأكثر أهمية. **(بوعود أسماء، 2020، ص25-26)**

04. المتغيرات المؤثرة في ممارسة وتغيير السلوكات الصحية:

يشير تايلور(2007) إلى أن تغيير وممارسة السلوكات الصحية تعتمد عمى مجموعة من المتغيرات المتمثلة في:

1. العوامل الديموغرافية: تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل **الديموغرافية**، فقد أثبتت الدراسات أن الأشخاص الأقل سنا والأكثر ثراءا وتعليما والأقل تعرضا لمضغوط والأكثر حصولا على المساعدة الاجتماعية، يمارسون عادات صحية جيدة أكثر من أولئك الأشخاص الذين يتعرضون إلى مستويات أعلى من الضغط.

2. العمر: يتغير سلوك الفرد الصحي مع التقدم في العمر، فالعادات الصحية تكون جيدة في مرحلة الطفولة وتتدهور في مرحلة المراهقة والشباب، تم تعود للتتحسن في أعمار المتقدمة.

3. القيم: إن للقيم التي يتبناها الأفراد تأثيرا على السلوكات الصحية التي يمارسونها، فمثلا تعتبر ممارسة النشاط الرياضي من طرف النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات، ولكنها لا تعد كذلك في ثقافات أخرى مما يؤدي إلى اختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف الثقافات.

4. الضبط الذاتي: إن وجود وعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي يتقرره بما يمارسه من ضبط ذاتي على سلوكه له دور في تقرير السلوكات الصحية التي يتبعها، فقد توصلت دراسة" Wallston et al " (1978) إلى أن الأفراد الذين يحملون قناعات مسبقة بأن وضعيم الصحي يخضع لسيطرتهم الذاتية يكون لدييم قابلية أكبر لممارسة السلوكات الصحية الجيدة، من أولئك الذين يعتقدون بأنهم لا يملكون السيطرة على وضعهم الصحي.

5. المؤثرات الإجتماعية: تتدخل التأثيرات الاجتماعية في تقرير السلوكات والعادات الصحية التي يتبعها الفرد، فالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل يمكن أن يؤثروا جميعا في تقرير السلوكات الصحية التي يتبعها الفرد.

6. الأهداف الشخصية: ترتبط السلوكات الصحية ارتباطا وثيقا بالأهداف الشخصية " Eiser et gentele" (1989) فمثلا إذا كان تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفا مهما بالنسبة للفرد فإنه سيكون أكثر ميلا لممارسة الرياضة بشكل منتظم.

7. **الأعراض المدركة:** يحدث التحكم في بعض السلوكات الصحية بسبب وجود بعد الأعراض التي تدعو إلى ذلك كما هو الحال عند الإصابة بالمرض المزمن، فالمرض يستوجب تغيير العادات الصحية حتى يتجنب المريض مضاعفات المرض.

8-**إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية:** إن سهولة الوصول إلى المؤسسات المكلفة بتقديم الرعاية الصحية يؤثر أيضا في السلوكات والممارسات الصحية التي يتبعها الفرد، فإجراء الفحوصات والتحاليل الطبية المنتظمة لمكشف المبكر عن المرض به، من أمثلة السلوكات التي ترتبط بشكل مباشر بالمؤسسات المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية، وفي حالة المرض المزمن كمرض السكري فإنه يتم تشجيع بعض السلوكات الصحية كفقدان الوزن والتوقف عن التدخين واتباع الحمية الغذائية، وإجراء الفحوصات الدورية، لأن الكثير من المرضى يتلقون من أطبائهم إرشادات ونصائح ترتبط بأسموب حياتيم.

9. **العوامل المعرفية:** ترتبط أيضا ممارسة السلوكات الصحية بالعوامل المعرفية كالاعتقاد بأن ممارسة صحية معينة ضرورية أو إحساس الفرد بأنه يصبح عرضة لأمراض خطيرة إذا لم يراع ممارسة سلوكات صحية معينة. **(نواروزكري، 2016)**

المحاضرة الخامسة: النظريات والنماذج المفسرة للمعتقدات والسلوك الصحي

01.نموذج المعتقدات الصحية(القناعة الصحية):

ذكر " شفيق" (2019، ص 225) أن هذا النموذج طور قبل"**Rosenstock "(1966)** عبر أعمال "Biker & all " ونقصد التنبؤ بالسلوكات الصحية الوقائية والاستجابة السلوكية للعلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة، ويعد نموذج المعتقدات الصحية من النماذج النظرية الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية وخصوصا في مجال الصحة العامة إذ يعتمد في تفسير الممارسات الصحية الوقائية.

وحسب"**المحاسنة والختاتنة" (2020، ص 290) أن** هذا النموذج فإن احتمال تنفيذ السلوكات الوقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها

كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي حسب "العاسمي"(2016، ص302) على تقديم السلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، وينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته شديدتين ويكون الاستعداد المدرك(احتمالية المرض (لذلك المرض مرتفعا، وتكون الفوائد المتوقعة) من ممارسة هذا السلوك معتبرة

ويتضمن هذا النموذج مبادئ أساسية حسب ما ذكرته**"نوار"(2014 ، ص197):**

1.استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدد هو نتائجه وآثاره.

2.تقييم الفرد لنتائج السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.

3. وجود مثير للسلوك يدفع الفرد للبحث عن السلوك الصحي المناسب وقد يكون هذا المثير داخليا(الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام)

كما يشير هذا النموذج إلى وجود أنماط من المعتقدات تزيد من احتمال قيام الفرد بفعل معين يناسب مرضا أو ظروف محددة وهي كالآتي:

- **القابلية المدركة للمرض:** تشير "عليوة" (2015، ص108) أن القابلية المدركة لإصابة بمرض ما وجود احتمال ذاتي لدى الفرد بأنه قد يصاب بهذا المرض، وإذا ما كان قد سبق

للفرد الإصابة فإن القابلية المدركة للإصابة تعد صياغتها لتشمل توقع التشخيص، وتقديرات الفرد لقابلية الإصابة بهذا المرض مرة أخرى وقابلية الإصابة بالمرض بشكل عام.

- **الخطورة المدركة للمرض: يتحدث "Glanz " (2008 ,p47) أن هذه الأخيرة** تحتوي الإحساسات المتعلقة بخطورة المرض على تقديرات لكل من العواقب الطبية والعيادية (الموت، العجز، الألم) والعواقب الاجتماعية تأثيرات الحالة المرضية على العمل وعلى حياة العائلة والعلاقات الاجتماعية، وتضيف "عليوة" (2015، ص108) إلى أن "كابلان "يشير إلى أن القابلية للإصابة بالمرض وخطورة هذا المرض المدركة يشكلان معا التهديد المدرك للمرض ومثال ذلك" إذا شعرت أن لدي القابلية للإصابة بمرض خطير فإن الدافعية لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون مرتفعة لأن مستوى التهديد مرتفع، أما إذا شعرت بأن لدي القابلية للإصابة بالمرض أقل خطورة فإن الدافعية لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون منخفضة لأن مستوى التهديد منخفض.

- **الفوائد المدركة :**تحسب "**Collen A et al**" (2000, p182) فإن تقييم الفرد لمدى نجاح الإجراء الموصى به في تقليل المخاطر أو التخفيف من تأثير الحالة، فعلى على الرغم من أن الفرد قد يكون لديه اعتقاد كبير بقابليته للإصابة بمرض في القلب مثلا فإن لم يكن لديه ثقة تامة بأن تغيير نظامه الغذائي سوف يقلل من الخطر، فلن يكون هناك احتمالا أن يغير من نظامه الغذائي.

- **السبل للفعل أو نتائج للفعل** : بخصوص هذه الخطوة ذكر "القص" (2016، ص128) قد تكون داخلية (أعراض المرض) أو خارجية (نصائح الطبيب أو ممرض أو إشهار)، فالمدخن الذي يعاني من السمنة لا يدرك أنه معرض لخطر الأزمة القلبية التي قد تؤدي للموت فجأة، غير أن سلوك التدخين قد يرتبط في ذهن المدخن بالمنافع التي سيجنيها في مقابل التكاليف المترتبة عن السلوك وأهمها الآثار الجسدية والنفسية

المعوقات المدركة للفعل: حسب "Collen A et al " (2000, p182) فإن تقييم الفرد لمدى صعوبة الإجراء الموصى بها أو كم سيكلف من الناحية النفسية وغيرها

وتضيف "عليوة" (2015، ص109) أن المعوقات تؤثر على احتمالية القيام بالفعل، فالسلوك قد يكون غير ملائم لأنه يستغرق وقتا طويلا أو مجهودا كبيرا فقضاء ساعة يوميا في الاسترخاء للتحكم في ضغط الدم المرتفع قد يدركه بعضنا بوصفه سلوكا غير ملائم

كما يعدد "شوقي" (دس، ص181) الموانع والعوائق التي قد يدركها الناس عند اتخاذ السلوك الوقائي كما ذكرها، وهي:

1. **اعتبارات مالية:** المال اللازم لتسديد فواتير العلاج .

2. **إعتبارات نفسية اجتماعية:** مثل اعتقاد الناس عن الشخص الذي يقوم بإجراء فحوصات دورية أنه تقدم في العمر.

3. **إعتبارات مكانية فيزيائية:** مثل السكن في المناطق النائية وبعد المستشفيات أو العيادات الطبية وعدم وجود وسائل نقل.

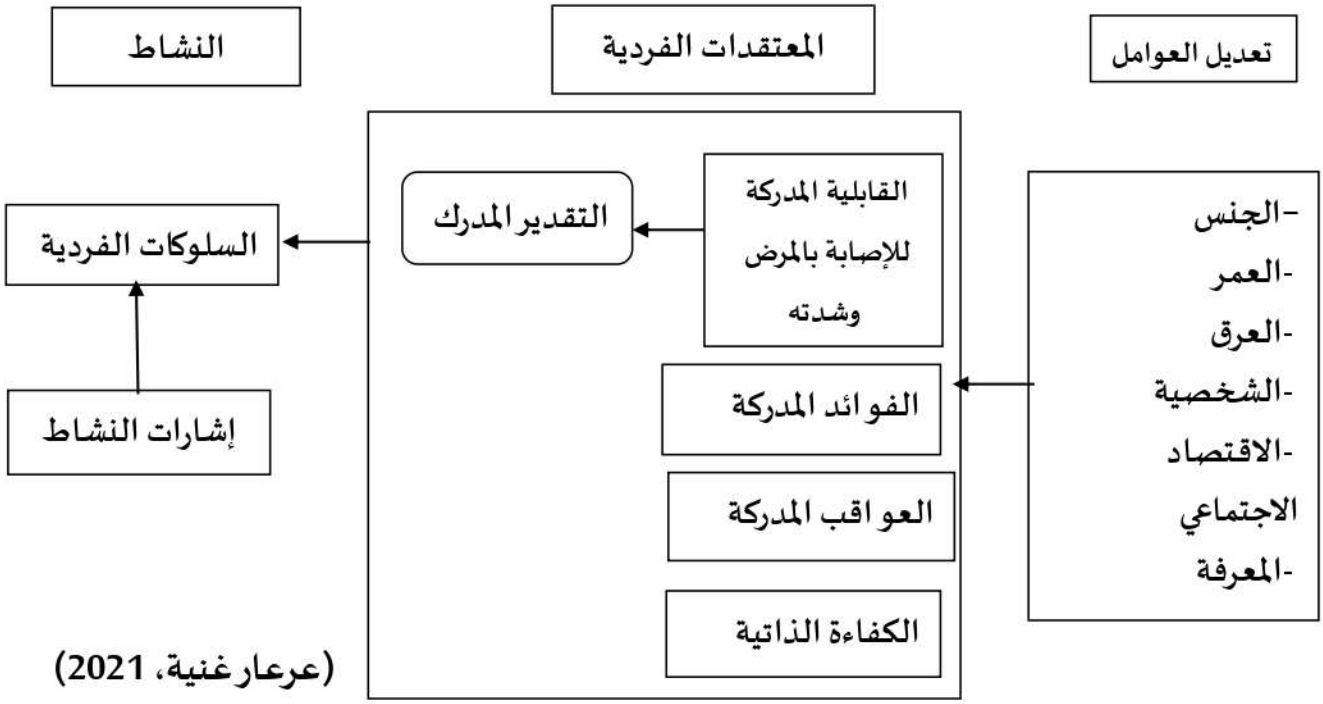
وتضع "حربوش" (2019، ص364) تفسيرا شاملا لنموذج القناعات الصحية والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (01) يبين المفاهيم الثابتة في نموذج المعتقدات المتعلقة بالصحة وتطبيقاتها

المفهوم	التعريف	التطبيق
الحساسية المدركة	رأي الفرد حول فرص التعرض	تحديد الأفراد المعرضين للخطر. *تحديد مستويات الخطر. *تصنيف المخاطر استنادا إلى خصائص الأفراد وسلوكاتهم. *زيادة إدراك شدة الحساسية لدى الأفراد خاصة إذا كانت منخفضة
الخطورة المدركة	رأي الفرد حول مدى خطورة حالته، وما هي نتائجها ؟	تحديد الآثار المترتبة على المخاطر وحالة الفرد
الفوائد المدركة	إيمان الفرد بمدى فعالية الإجراءات الموصى بها من أجل التقليل من المخاطر أو خطورة التأثير.	تحديد الإجراءات اللازم اتخاذها :كيف؟ ومتى؟ وأين؟ *توضيح الآثار الإيجابية المرجوة.
العواقب المدركة	رأي الفرد في التكاليف الملموسة النفسية للإجراءات الموصى بها	تحديد وتقليل العواقب من خلال الطمأنة والحوافز والمساندة
الكفاءة الذاتية	ثقة الفرد في القدرة على اتخاذ الإجراءات اللازمة.	توفير التكوين، التدريب والتوجيه أثناء تنفيذ الإجراءات.

كما وضع **"Rakhashanderou et al" (2020,p02)**

الشكل رقم (05): يوضح نموذج القناعات الصحية.



(عرعار غنية، 2021)

02. نظرية الفعل المعقول:

ذكر "عيادي" (2009، ص 3) أن مجال هذه النظرية هو علم النفس الاجتماعي إذ تأسست سنة **(1967)** على يد كل من" Irek Ajzen ,Martin Fishhein" من خلال فرضياتهما فيدراسة مصطلح" الاتجاه "أو" الموقف "أين اهتما بمعرفة العلاقة بين الموقف والسلوك انطلاقا من نظرية قيمة التوقع، وحسب "العاسمي" (2016، ص123) استخدمت **نظرية الفعل المعقول** على نطاق واسع لدراسة السلوكيات التي تلعب دورا محوريا في النقاش في علم النفس الاجتماعي المتعلقة بالعلاقة بين المواقف والسلوك، وقد أشارت هذه النظرية إلى أن الفعل المعقول يلعب دورا مركزيا في الإدراك الاجتماعي في شكل معايير شخصية) معتقدات الفرد حول عالمه (وتشمل كل من المعتقدات والتقييمات كل العوامل التي تشكل مواقف الفرد

وهذه النظرية حسب " **الثبيتات" (2016، ص11)** لا ترتكز على السلوك نفسه وإنما ترتكز على تشكل النوايا (تشكيلة المحددات الممكنة للنوايا السلوكية)، وتتحدد مقاصد أو نوايا السلوك من خلال عاملين:

أ -الاتجاه نحو السلوك المشكوك فيه.

ب -المعيار الذاتي أي من خلال ضغط التوقعات الناجم عن دعم الآخرين.

و تشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لعناصر هذا النموذج وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة للسلوك المشكوك فيه نحو التقييمات.

ويضيف "العاسمي" (2016، ص123)أن القناعات المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب الأشخاص أو مجموعات الإطار المرجعي للشخص ومن أجل تعديل الاتجاهات أو المعيار الشخصي، وبالتالي تعديل النوايا وأخيرا السلوك لا بد من تعديل القناعات

ويذكر كل من " الداغستاني والمفتي" (دس، 100) في أنه عموما فإن المعنى العام للنظرية هو اتجاهاتنا نحو السلوك تتشكل بمعتقداتنا السلوكية وهي محصلة:

- معتقداتنا عن النتائج المتوقعة من إجراء السلوك.
- معتقداتنا عن قيمة وأهمية هذه النتائج.

وكذلك معاييرنا الاجتماعية = الضغوط الاجتماعية والتي هي محصلة عاملين:

- اعتقاد الفرد عن وجهة نظر المقربين في إجراء للسلوك) تشجيع أو رفض
- رغبة الفرد بالارتباط بهؤلاء المقربين.

وبمعنى آخر تشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لمركبات هذا النموذج وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة لسلوك المشكوك فيه نحو التقييمات، أما القناعات المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب أشخاص أو مجموعات الإطار المرجعي ومن أجل تعديل الاتجاهات وبالتالي تعديل النوايا وأخيرا السلوك، لابد في البداية من تعديل القناعات.

كما أضاف "بن غدقة" (2007، ص41) أن **" Adjzen "** وفي تطوير آخر أضاف عاملا آخر والمتمثل في القابلية الذاتية لضبط التصرف والتي يقصد بها قناعة الشخص على أن يقوم بالفعل بتصرف ما، وطبقا لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية **لباندور.**

فإن نية الفرد من أجل القيام بالسلوك الصحي يؤكد "الرصاعي وآخرون" (2018، ص180) لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة

المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه، أي انه على الشخص لا يعتقد فقط أن التدخين مضر بالصحة مثلا من أجل أن يتوقف عن التدخين وإنما عليه أن يكون مقتنعا على أنه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين.

03.نظرية السلوك المخطط:

ذكرت "حربوش" (2019، ص367) أن نظرية السلوك المخطط جاءت بعد نشر "Ajzen" (1985) مقالة تحت عنوان" **من النوايا إلى الأفعال :نظرية السلوك المخطط** " امتدادا لنظرية الفعل التي استندت بدورها على المبرر أو المعقول ,التي اقترحها " Ajzen,Fishbien" (1975) ، التي بدورها إستندت على عدة نظريات :نظرية التعلم، نظرية توقع القيمة، نظرية الاتساق ونظرية العزو حيث افترضت هذه النظرية أنه إذا قيم الفرد السلوك تقييما إيجابيا (الموقف)، وكان يعتقد أن الأشخاص المهمين بالنسبة إليه يريدونه أن يقوم بالسلوك (المعايير الذاتية) سوف يكون نية عالية ومرتفعة(دافعية) ويكون أكثر قابلية للقيام بسلوك معين.

وبالتالي نلاحظ هنا وجود ارتباط قوي بين الموقف، المعايير الذاتية، ونية القيام بالسلوك (النية السلوكية) وكذلك السلوك الصادر أو المطلوب في حد ذاته والذي أكدته العديد من الدراسات.

وتضيف "حربوش"(2019، ص 367) أنه جاءت أدلة عكسية تنفي العلاقة القوية بين نية القيام بالسلوك والسلوك الفعلي الصادر عن الفرد، حيث توصلت بعض الدراسات أنه بسبب القيود الظرفية فإن النية السلوكية لا تؤدي إلى السلوك الفعلي) المطلوب (وفسرت ذلك بأنه لا يمكن لنية القيام بالسلوك أن تكون محدد حصري ووحيد بمعنى رقابة الفرد للسلوك تكون غير كاملة، من أجل ذلك عدل**"Ajzen"** نظرية الفعل المبرر بإضافة عنصر جديد وهو" الرقابة السلوكية "مستخلصا بذلك نظرية جديدة سميت" نظرية السلوك المخطط "والتي جاءت لتلم بالسلوكات اللاإرادية وللتنبؤ بالنية السلوكية والسلوكات الفعلية.

عموما تفترض هذه النظرية فيما ذكر " **عبد الخالق والنيال" (2019، ص25)** أن مقاصد السلوك هي التي تدفع الفرد إلى سلوك معين، وتعتمد وظيفة السلوك على محددات ثلاث على النحو التالي:

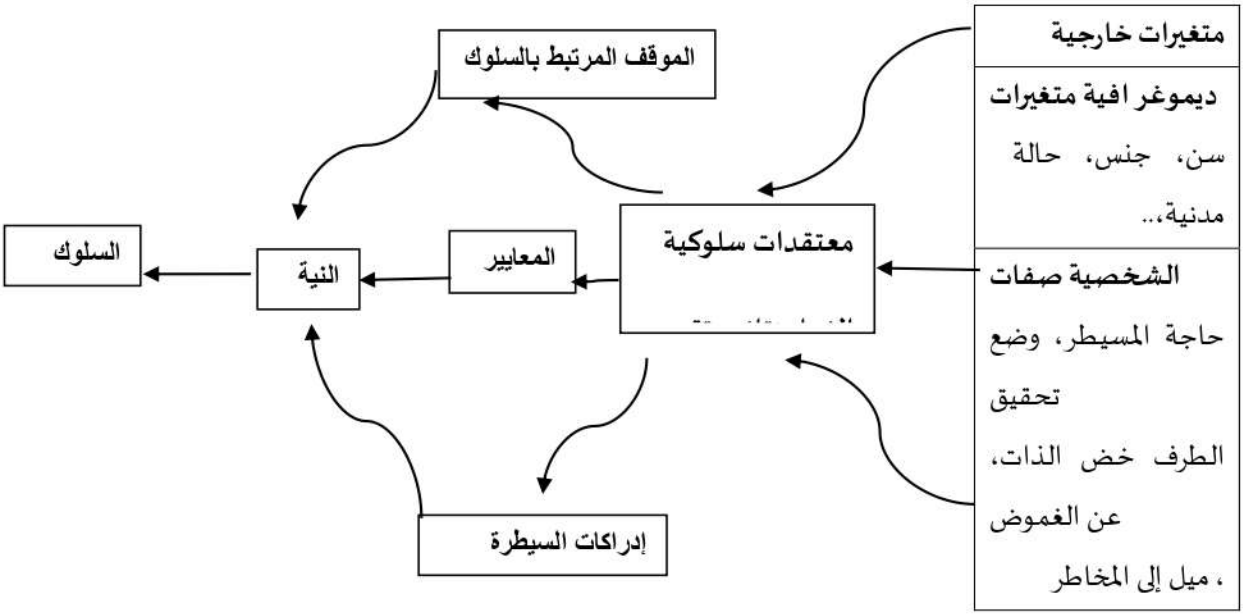
-**الاتجاهات**: وهي المشاعر الإيجابية والسلبية الناتجة عن الانخراط في سلوك محدد.

-**المعايير الذاتية**: وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أم لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد ومثال ذلك معتقدات الأسرة، مفاهيم الإعلام والنماذج المجتمعية.

-**الضبط السلوكي المدرك :** ويتكون من اعتقاد الفرد أنه بإمكانه تنفيذ أسلوب أو سلوك معين استنادا إلى وجهة نظر عوامل الضبط الداخلية(المهارات، القدرات، المعلومات) وعوامل الضبط الخارجية (مثل الصعوبات، الفرص) وكلاهما يتصلان بالسلوك الماضي، كذلك يتضمن هذا البعد الأخذ في الاعتبار درجة المعارف التي يمتلكها الشخص ومؤهلاته الخاصة ومصادره، وفرصه الضرورية اللازمة لتحقيق السلوك المرغوب.

ويضيف"العاسمي" (2016، ص125) وفقا **لنظرية السلوك المخطط** فإن هذه العوامل الثلاث للنوايا ترتبط السلوكية بالسلوك وأن حالات الضبط السلوكي المدرك يمكن أن يكون لها تأثير مباشر على السلوكدون تأثير وسيط للنوايا السلوكية وذلك كما يوضحه الشكل

الشكل رقم (06) يوضح نموذج السلوك المخطط له.



(عرعار غنية، 2021)

04.نموذج مراحل التغيير:

ذكر " **عبد الخالق والنيال، 2019 ، ص 25-26)** أن هذا النموذج طوره كل من**"Diclemente, Prochaska"** لتغيير السلوك إذ يبين هذا النموذج أن تغيير السلوك عملية معقدة وأن الأفراد يقومون بالتغييرات بطريقة تدريجية وليس من الضروري أن يتم ذلك في ترتيب محدد ومنطقي، ويشير الجزء الأساسي في هذا النموذج لتغيير السلوك إلى أن الأشخاص ينطلقون من مرحلة إلى أخرى بطريقة لولبية وأنهم يفقدون مراحل في بعض الأحيان وقد يرجعونفي وقت آخر إلى مراحل مبكرة قبل أن ينتقلوا إلى الأمام مرة أخرى، فيظهر هذا النموذج وكأنه دوامة، وقد أشار" **كونر** "إلى أن هناك بعض الباحثين الذين افترضوا أنه من الممكن أن يكون هناك بعض المراحل الكيفية في مبادرة السلوك الصحي واستمراره، ولكي نحصل على فهم كامل عن السلوك الصحي ومحدداته فمن الضروري إجراء تحليل مفصل لطبيعة كل المراحل، وقد استخدمت مراحل التغيير الصحي بنجاح للتحكم في تعاطي الكحول والتوقف عن التدخين وفي العلاج النفسي.

ولهذا النموذج خمس مراحل للتغيير حسب ما ذكره "عدودة" (2015. ص103) وهي كالآتي:

1. مرحلة ما قبل العزم أو ما قبل التفكير في الفعل : تظهر مرحلة ما قبل التفكير في الفعل عندما يكون الفرد ليس لديه نية لتغيير سلوكه، وعديد من الأفراد لا يكون لديهم وعي بأنهم يعانون من مشكلة في حين أن أسرهم والأصدقاء أو الزملاء قد يكونون على وعي بالمشكلة التي يعاني منها هؤلاء الأفراد، ومثال ذلك مشكلة المدخن الغافل عن المشكلات التي يسببها لأسرته.

وأحيانا يطلب هؤلاء الأفراد العلاج في هذه المرحلة إذ تم الضغط عليهم من قبل الآخرين ويشعروا أنهم مجبرون على تغيير سلوكهم، وليس مفاجئا أن هؤلاء غالبا ما يعودون لسلوكياتهم القديمة مرة أخرى.

2. مرحلة العزم : في هذه المرحلة يشعر الأفراد بوجود المشكلة ويبدؤون في التفكير بها ولكنهم لا يلتزمون بسلوك معين، إن الكثير من الناس يظلون في مرحلة العزم لسنوات عديدة مثل المدخن الذي يدرك تماما أن عليه التوقف عن التدخين ولكنه لا يلتزم بالتوقف بل يستمر

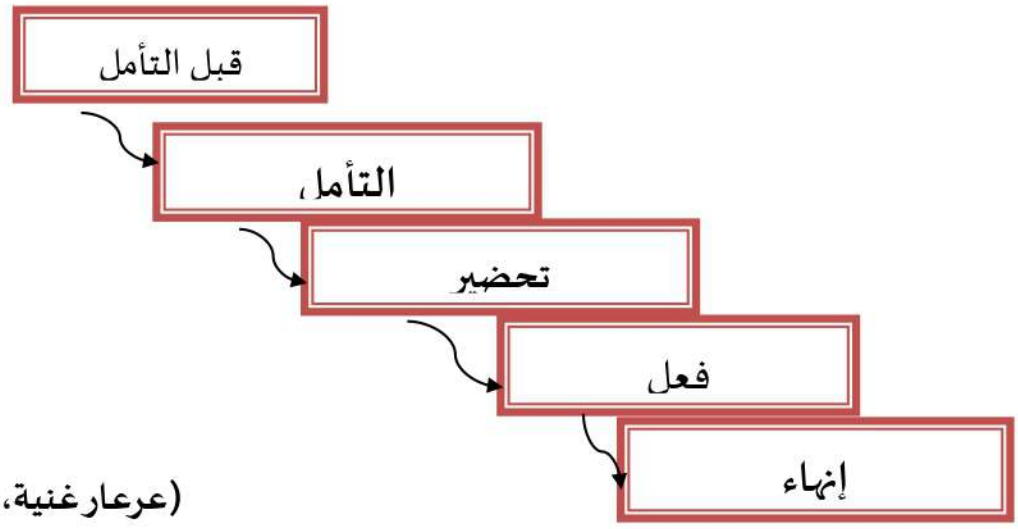
بتحديد الإيجابيات والسلبيات التي يسفر عنها تغيير سلوكه، ويستمر بإبراز المظاهر الإيجابية المرتبطة بالمتعة التي يسببها الاستمرار بالتدخين.

3. **مرحلة التحضير: حسب "تايلور" (2008، 151-152)** في مرحلة التنفيذ يعقد الأفراد العزم على تغيير دون أن يكونوا قد بدأوا بعد بالتغيير وفي بعض الحالات يعود ذلك إما لأنهم لم يحققوا النجاح في السابق، أو لأنهم يؤخرون القيام بذلك إلى حين تمكنهم من إنجاز أمر معين، أو للتخلص من الضغوط التي يواجهونها في مرحلة ما وفي حالات أخرى يقوم الأشخاص في مرحلة التحضير بتعديل السلوك إلى حد ما كأن يقوموا بتدخين عدد من السجائر أقل مما اعتادوا عليه، ومع ذلك فإنهم لا يعملون على الالتزام باستبعاد السلوك بالشكل الكامل.

4. **مرحلة الفعل والتنفيذ** : ذكر "نوار" (2014، ص205-206) أنه يحدث تعديل وتغيير فعلي في السلوك كالإقلاع عن التدخين مثلا وتغلب الفرد على مشكلته الصحية، كما يلاحظ تغير في المتغيرات المحيطية كالشخصية المحيط العائلي ويكون التغيير واضحا في هذه المرحلة حيث يصب الفرد اهتمامه في الفعل ويتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير، وغالبا ما تتطلب هذه المرحلة إرادة كبيرة وجهدا مستمرا لإحداث أي تغيير ملموس في تعديل السلوكات ويتطلب الأمر كذلك الدعم الإيجابي من طرف المحيط والفريق الطبي وتعزيز الذات لضمان عدم الانتكاسة.

5. **مرحلة التثبيت والاحتفاظ بالسلوك** : يفسر "نوار" (2014، ص206) من خلال ما ذكره "القص" (2016، ص138) المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الانتكاس كما يعمل على توطيد النتائج التي توصل إليها وهي مرحلة الثبات التي تعني الاستمرارية في السلوك الإيجابي والالتزام به

شكل رقم (07): يوضح نموذج مراحل التغيير



(عرعار غنية، 2021)

05.نظرية الدافع إلى الحماية:

ذكر "الثبيتات" (2016، ص12) أن نظرية دافع الحماية وضعها " **Rogers** " **(1975)** وأشار إليه بأنه دافع لحماية السلوكيات المرتبطة بالصحة، ويقوم هذا النموذج على التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة، بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي ويمكننا في هذا النموذج التفريق بين العناصر الأربع التالية:

-الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة، وفي هذه الدرجة يكون الفرد على بينة من نوع وطبيعة المخاطر التي ستواجهه في المستقبل وتهدد صحته.

-القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية.

-الفاعلية المدركة لإجراء ما من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.

-توقعات الكفاءة الذاتية أي الكفاءة الذاتية لصد الخطر الدافع للحماية هو نتيجة لتقييم التهديد وتقييم التعامل، فتقييم التهديد هو تقدير لفرصة الإصابة بالمرض (الضعف والتقديرات لخطورة المرض(الشدة).)

وحسب "العاسمي" (2016، 119) تقييم التعامل يتكون من فعالية الاستجابة والكفاءة الذاتية، فعالية الاستجابة المتوقعة للفرد أن تنفذ التوصيات التي يمكن إزالة هذا التهديد.

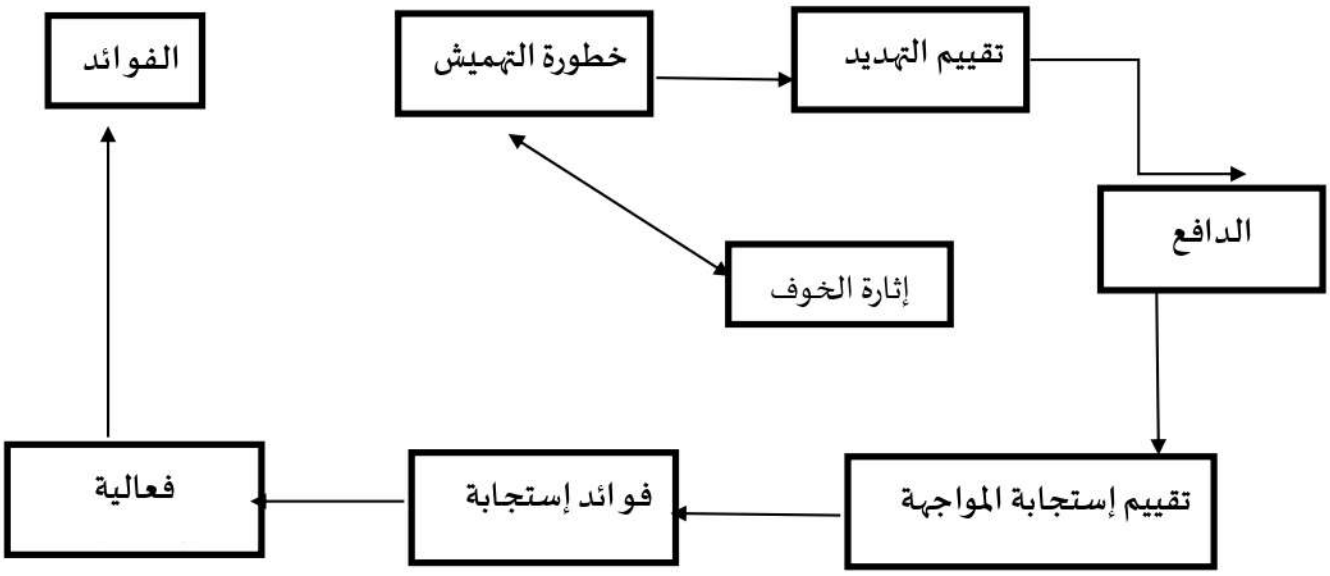
الكفاءة الذاتية هي الاعتقاد في قدرة المرء على تنفيذ توصيات الجلسات العلاجية، والدافع الحماية هو متغير وسيط تتمثل مهمته في إثارة واستمرار وتوجيه السلوك الصحي الوقائي.

وفي هذا السياق تم الكشف عن وجود علاقة بين كل من الاستعداد المدرك للمرض الشدة المدركة لخطورة المرض والفعالية الذاتية والسلوك الوقائي، وذلك في (**65**) بحثا قام بتحليل نتائجه فلويد وزملائه **(2000)**

يمكن القول أن نظرية دافع الحماية حسب "الزروق" (2015، ص21) تشرح العلاقة بين الاعتقادات والسلوك الوقائي بوجود عامل وسيط بينهما هو الدافع على الحماية والرغبة في ممارسة السلوك التي تغذيها الفاعلية الذاتية المدركة، ولقد استخدمت نظرية الدافع إلى الحماية بشكل واسع في مجال الوقاية من الأمراض الخطيرة كالسرطانات والسيدا.

ويؤكد "العاسمي"(2016، ص121) على أنه وبالرغم من الاستخدامات الواسعة لنظرية دافع الحماية إلا أنها انتقدت من خلال تركيزها على السلوكيات المدركة ولا تأخذ بالحسبان السلوكيات المعتادة، وإهمال دور العوامل الاجتماعية وبغض النظر عن هذه الانتقادات فإن لهذه النظرية قوة دعم تجريبي قوي في ما يتعلق بالسلوكيات الصحية التي يمارسها الأفراد في حياتهم اليومية سواء بالاتجاه الايجابي أو السلبي

شكل رقم(08): يوضح نموذج نظرية الدافع للحماية حسب "القص"(2016، ص136)



(عرعار غنية، 2021)

06.نموذج سيرورة التأثير على الصحة:

حسب "الزروق" (2015، ص24) فإن "**Schwatzer**" **(1992) هو الذي وضع** هذا النموذج الذي يجمع بين الأبعاد المعرفية والاجتماعية والزمنية للسلوك الوقائي بغرض تحديد كيفية تأثير الاعتقادات على الفعالية الذاتية بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالصحة، وهو تناول يركز على العلاقة بين الرغبة في السلوك والسلوك الفعلي، ويعتبر أن ظهور السلوكات الصحية وتبنيها والحفاظ عليها يتم ضمن سيرورة من المراحل يمكن تقسيمها إلى مرحلتين

أ.**مرحلة الدافعية :** عندما يختار الفرد تبني فعل أو خلق نية، وهذه المرحلة تتأثر بثلاث

معتقدات وهي:

-إدراك خطر المرض أو شروط الصحة (إدراك الخطر).

-النتيجة المرتقبة من السلوك الوقائي.

-إدراك الفعالية الشخصية.

ب -مرحلة الفعل :تنقسم بدورها إلى ثلاث خطوات.

-تحضير مخطط الفعل ومراقبته.

-الفعل.

-المحافظة على الفعل.

ويضيف 'القص" (2016) أن هذه المرحلة تتأثر بمعيقات الفعل وأيضا بالفعالية الشخصية أو قدرة الفرد على الاستمرار في مواجهة التهديد أو الاستمرارية في القيام بالسلوك الوقائي عبر الزمن.

كما تأكد "الزروق" (2015، ص 25) على أن الدراسات أثبتت أهمية هذا النموذج من خلال قدرته على شرح العلاقة بين السلوك الوقائي وبين كل من الدافعية والفعالية الذاتية، إذ بينت نتائج البحث الذي قام به"**Fuchs, Schwatzer " (1996)** حول التغذية الصحية على عينة مكونة من (800) فرد في ألمانيا والتي تم فيها تطبيق نموذج**(HAPA)** لمعرفة كل من الفعالية الذاتية والتوقعات الإيجابية السلبية المنتظرة من تطبيق السلوك الوقائي وإدراك الخطر على الرغبة في تبني نظام غذائي صحي، بينت أن الفعالية الذاتية احتلت أعلى معدلات الارتباط بين المتغيرات الأخرى الباقية. **(عرعار غنية، 2021)**

07.النظرية المعرفية الاجتماعية:

وفقا لـ " **ساندرسون" (2019، 92)** في هذه النظرية الناس يتعلمون الاتجاهات عن سلوكات معينة بملاحظة الآخرين وهم ينخرطون في هذا السلوك وبرؤية النواتج التي يمر بها الناس من هذا السلوك، وتؤكد هذه النظرية على قوة الملاحظة في مساعدة الناس على تشكيل الاتجاهات عن سلوكيات معينة.

وتحدث النمذجة المباشرة عندما يلاحظ الناس الآخرين في شبكاتهم الاجتماعية وعلى العكس فإن النمذجة الرمزية تحدث عندما يلاحظ الناس الآخرين كصور في وسائل الإعلام بما في ذلك الصحف والمجلات والتلفاز.

إن لهذه الأنواع من النمذجة تأثير قوي على الأنواع المختلفة من السلوكيات ذات الصلة بالصحة بما في ذلك السلوكيات المعززة التي ينخرط فيها الناس وكيف يستجيبون للأدوية والعلاجات، وتدرس نماذج المعرفة الاجتماعية.

ويضيف "العاسمي" (2016، ص122) أن العوامل التي تنبأ بالسلوك أو النوايا السلوكية بالإضافة إلى دراسة لما يفشل الناس في الحفاظ بالسلوك الذي قاموا به، وقد وضعت هذه النظرية من قبل **باندورا(1987)** الذي يقترح أن السلوك يخضع للتوقعات والحوافز والإدراك الاجتماعي وذلك من خلال ما يلي:

1-توقعات نتائج الموقف: التوقع بأن السلوك يكون خطيرا ومثال ذلك التدخين يمكن أن يسبب سرطان الرئة.

2-توقعات النتيجة: وتعني المتوقع من السلوك الذي يمكن أن يقلل من الضرر على الصحة، ومثال ذلك" إيقاف التدخين يمكن أن يقلل من فرص الإصابة بسرطان الرئة. "

3-توقعات الكفاءة الذاتية: من المتوقع أن يكون الفرد قادرا على القيام بالسلوك المطلوب ومثال ذلك" يمكنني أن أتوقف عن التدخين إذا كنت أريد ذلك.

كما يرى **باندورا حسب ما ذكر "شفيق" (2019)** أن ذوي فاعلية الذات يكونون قادرين على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبة تخدم صحتهم وتزيد من ثقتهم ومن قدراتهم على مواجهة التحديات في حياتهم اليومية، ووفقا لذلك فقد يكتسبون عادات صحية سليمة ويتخذون سلوكات وقائية عكس الذين يفتقرون إلى فاعلية ذات فيتصفون بالعجز والتشاؤم وعدم الثقة، حيث يرى أن العوامل النفسية الاجتماعية لها تأثير على الممارسة الصحية وقد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية

بطرق عدة من خلال تأثيرها على:

- ✓ ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية .
- ✓ مستوى الجهد الذي يبذله للوصول لهدف معين .
- ✓ مستوى الضغط الذي سيعاني منه لدى مواجهته لمطالب الحياة وتحدياته .
- ✓ طبيعة تفكيره وتصوراته للواقع. **(عرعار غنية، 2021)**

08. نموذج التربية الصحية(برسيد):

حسب "عدودة" (2015، ص87) يعتبر"**Lawrence Gree " (1974)** رائد في مجال التربية الصحية ولقد صاغ نموذجا نظريا يعرف بنموذج الإعداد أو برسيد **(Percede , Model)**حول كيفية التخطيط للصحة الجيدة والارتقاء بصحة المجتمعات إلى أعلى المستويات، يرى جرين أن الصحة الجيدة مرتبطة بشكل قوي ومباشر بالبيئة المحيطة بالفرد والعادات الصحية التي يمارسها، واستطاع جرين تحديد مجموعة من المتغيرات أو العوامل يفترض أنها تتحكم أو تضبط في نشأة وممارسة مظاهر السلوك الصحي ويوضحها الشكل التالي:

شكل رقم(09)يوضح نموذج التربية الصحية لـ green.(عدودة، 2015، ص87)

1.عوامل الإستعداد

قيم، إتجاهات

2.عوامل الكفاءة

مهارات الموارد ← السلوك الصحي ← صحة جيدة

3.عوامل التعزيز

مهارات إجتماعية

1. عوامل أو متغيرات الاستعداد: حسب "نوار'(2014، ص203) تتضمن هذه العوامل المتغيرات المعرفية مثل المعارف الصحية والقيم والاتجاهات والمعتقدات الصحية والوعي

الصحي، وتشكل هذه المتغيرات الهدف التقليدي لبرامج التربية الصحية والتي غالبا ما تسعى من خلال تغيير هذه المكونات المعرفية إلى دفع الفرد لممارسة الأنشطة والعادات الصحية السليمة

2-عوامل أو متغيرات الكفاءة: يفسر "عدودة" (2015) هذا العامل بأنه يشمل الكفاءة والمهارات والموارد الأخرى مثل الكتاب أو النادي الرياضي أو جمعية خاصة بضبط الوزن، وكلها تساعد على تنفيذ النشاط الصحي المرغوب كمراقبة مستوى ضغط الدم أو مراقبة استهلاك الكوليستيرول أو تعلم السباحة وبمعنى عوامل أو متغيرات الكفاءة تعمل على تأهيل الفرد وتزويده بالمهارات الحياتية السليمة لتمكينه من تحقيق مستوى صحي جيد

3-عوامل أو متغيرات التعزيز: بحسب "نوار" (2014) تشمل جميع العوامل الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تؤثر على سلوك الفرد وعاداته الصحية وعوامل التنشئة الصحية الأخرى كسلوك المربين أو المصلحين. **(عرعارغنية، 2021)**

09. نموذج دولي وشنايدر "Dodly and Schneider":

ذكرت "عليوة" (2015، ص122) هو نموذج يهدف إلى تحديد اتجاهات الناس والتي تبحث في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية عن طريق:

-إدراك التهديد الصحي.

-اختزال التهديد المدرك.

أ -إدراك التهديد الصحي: يتأثر بمجموعة عوامل هي:

-القيم الصحية وتتضمن:

-الاهتمام بالصحة ورعايتها.

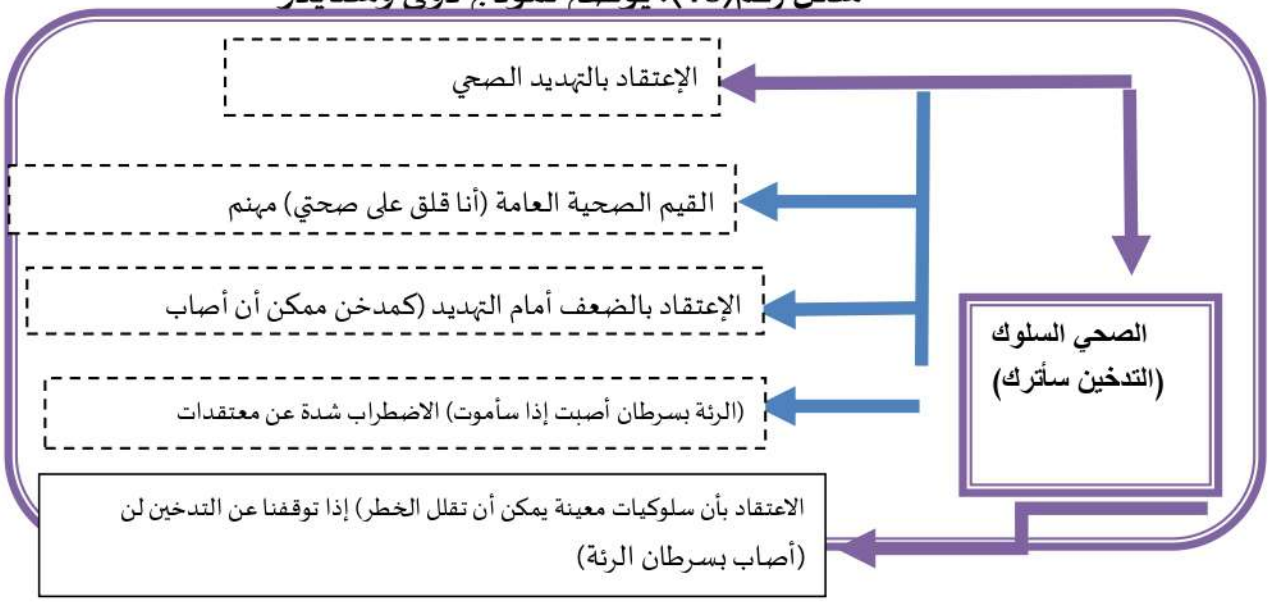
-معتقدات الشخص عن سهولة التعويض عن الأذى. معتقدات الشخص عن نتائج المرض فيما إذا كان خطيرا، فمثلا قد يغير الناس حميتهم في أي دقيقة ليضيفوا إلى جدول تغذيتهم أغذية تحتوي القليل من الكولسترول فيما إذا كانوا يقدرون الصحة كثيرا ويشعرون بتهديد إمكانية إصابتهم بأمراض القلب مع إدراكهم أن لأمراض القلب تهديد خطير وقاسي.

ب -اختزال التهديد المدرك: **حسب "الداغستاني والمفتي" (دس، ص93)** بأنه اعتقاد الشخص بوجود وسيلة صحية تقلل من التهديد الذي يتربصه وذلك باحتمالين:

-إن كانت الوسيلة الصحية فعالة حسب اعتقاده.

-إذا كانت سلبيات الوسيلة الصحية أكثر من إيجابياتها وأيد ذلك **روزنستوك** في نظريته، فعلى سبيل المثال الرجل الذي يشعر أنه مهدد في (إصابته بالقلب)وهو في مرحلة الاستعداد لتغيير الحمية الغذائية وقد يعتقد بأن تغيير نوع الغذاء وحده لن يقلل من التهديد الذي يواجهه وان تغيير غذاءه سيؤثر على مدى تمتعه بالحياة، بحيث تصبح نيته (غايته) في تغيير الغذاء مبررة وعليه يكون متأكدا بأن الحمية تفيد تقليل المرض ولكنه يفتقر إلى الإيمان بأن التغيير يقلل من التهديد وسوف لن يقوم بأي تغيير، وكذا ينطبق الحال على السلوكيات الصحية التي يمارسها الأشخاص المدخنين بقصد وقف التدخين لما له من خطر على الصحة والإصابة بأمراض القلب.

شكل رقم(10): يوضح نموذج دولى وشنايدر



(عليوة، 2015، ص125) نقلا عن (عرعار غنية، 2021، ص 66)

10.نظرية النسق المنظم ذاتيا لـ"LEVNTHAL" (1984)

ذكرت " خربوش" (2019، ص381-382) أن هذه النظرية أتت بالنسق المنظم ذاتيا لتشكل همزة وصل بين النظريات المعرفية المفسرة للسلوك الصحي والنظريات المفسرة لطرق تبني وصيانة السلوكات الصحية، فجاءت مفسرة للسلوكات الصحية من منظور معرفي سلوكي، حيث اعتبرت الفرد مشارك فعال في حل المشكلات وتبني سلوكات تعكس جهوده في سد الفجوة بين حالته الصحية الراهنة والحالة المثالية وهدفه من السلوك الصحي الصادر عنه، ووفقا لهذه النظرية فإن السلوك الصحي يعتمد على التمثيلات المعرفية للحالة الراهنة والحالة المثالية وكذا الاستراتيجيات المستخدمة لتغيير الوضع الحالي والتقنيات أو القواعد التي تمكنها من تقييم العملية.

ويضيف "نوار" (2014) أن هذا النموذج يقوم على ثلاث مسلمات أساسية تعتبر أولها الفرد عاملا نشطا وفعالا في حل مشكلته إذ يعمل على تقليص الهوة بين وضعيته الحالية والحالة التي يصبو إليها ويرتكز المسلم الثاني على التصور المعرفي والانفعالي لتهديد وخطر المرض يساعد على التكيف وتقييم محيط العمل، في حين يشير الثالث إلى أن التصور يتعلق بكل فرد على حدا كما قد يكون غير ممثل للحقيقة الطبية.

كما تحدد هذه النظرية ثلاث مراحل أو سلاسل من المتغيرات التي تنظم السلوك التكيفي داخل حلقة الصحة حسب كل من "حربوش" (2019)، "نوار (2014)، وهي كالآتي:

- **التمثيل المعرفي للخطر المهدد للصحة** : والذي يشمل أبعاد الهوية المدركة) الأعراض، معرفة التهديد والخطر، الأسباب المحتملة(، النتائج والعواقب الممكنة وكذا إدراك كيفية تجل التهديد المتعلق بالصحة في وقت معين.
- **خطة العمل أو التدريب على التكيف** :عندما يستخدم الفرد معايير محددة لتقييم نجاح أعماله التكيفية.
- **مرحلة التقييم**: تشير هذه المرحلة إلى تقييم الفرد المريض لمدى نجاح الاستراتيجيات التي تبناها وبالمقابل يغير التصور الانفعالي والمعرفي الذي كونه عن مرضه لكي يتمكن من تسيير الوضعية الضاغطة، كما يعمل المريض على تقييم فعالية السلوك الذي يتعامل

بواسطته مع المرض فإذ كان فعالا يواصل إتباعه، أما إذا كان مضرا يتخلى عنه وهذا ما يعرف بعملية التقييم وإعادة التقييم. **(عرعار غنية، 2021)**

المحاضرة السابعة: متغيرات الشخصية و الصحة والمرض

يهتم علم النفس الصحة بدراسة العلاقة بين الشخصية والصحة، بإعتبار أن الشخصية تحمل بعض العوامل أو المتغيرات التي إما أن تمثل عامل خطورة على الصحة و إما عامل حماية أو وقاية لها.

01. عوامل الشخصية الحامية للصحة:

تلعب لشخصية دور أساسي في عملية الإرتقاء بالصحة، والمحافظة عليها في مستويات سليمة لفترات طويلة، ومن المتغيرات أو العوامل أو الخصائص التي لها دور في الحفاض على الصحة وإدامتها لفترات طويلة، فنجد متغير الصلابة النفسية (الإرجاعية)، ولتفاؤل، وكذلك الفعالية الذاتية، ومركز التحكم الداخلي...إلخ، ومما ذكرناه سوف نركز عليه في هذه المحاضرة.

1.1. قوة التحمل أو الارجاعية: يشير مفهوم قوة التحمل فيزيولوجيا الى تمتع الجسم بخاصية القدرة الفيزيولوجية العالية على استعادة التوازن و امتصاص اثر الأخطار التي تهدده و إبطال مفعولها.

أعطى له "Rutter "(1985) البعد النفسي الاجتماعي، ليعبر به عن قدرة الفرد على تجاوز الوضعيات بالغة الصعوبة أو الخطورة كوضعيات الحرب والكوارث الطبيعية، الحرمان الشديد و غيرها.

يتشكل مفهوم قوة التحمل الارجاعية من مجموعة من: الاستعدادات الداخلية كالاستقلالية الذاتية، النضج، القدرة على التكيف والثقة بالنفس ومجموعة من الصفات المكتسبة التي تعمل الأسرة و البيئة على صقلها في شخصية الفرد مثل التعود المبكر على تحمل المسؤولية.

كما تجدر الإشارة إلى أن نشأة مفهوم الارجاعية في مجال الطب السيكاتري للأطفال.

2.1. الصلابة: يرتبط مفهوم الصلابة بسمات الشخصية القادرة على تحمل الضغوط مواصلة بذل الجهد في مواجهتها.

استعمل المصطلح من طرف كوباسا" Kobasa" (1979) لتفسير سبب قدرة بعض الاشخاص على الحفاظ على حالة صحية جيدة حتى و هم تحت وضعيات شديدة من الضغط و التوتر.

نمط الشخصية الصلبة يتميز بثلاث خصائص و سمات هي:

- **الضبط او التحكم (control) :** اعتقاد الفرد بقدرته على السيطرة على الاحداث التي يتعرض لها.
- **الالتزام (commitement)** : هو شعور الفرد بضرورة تحمله لمسؤولياته الذاتية اتجاه المحيطين به.
- **التحدي (challenge)** : و يعني ادراك الفرد للتغيرات في محيطه على انها فرص لتحقيق النمو و الفعالية لا انها عوامل تهديد و خطر.

3.1. الفعالية الذاتية: يشير مصطلح الفعالية الذاتية إلى اعتقاد الفرد بقدرته على تسخير الإمكانيات الذاتية و الضرورية للتحكم الموفق في الوضعيات التي يخضع لها، و السيطرة على الأحداث التي يتعرض إليها في حياته.

وضعه " Bandura " و فرعه في بعدين هما :

أ . توقع الفعالية l'attente d'efficacité: هو الاعتقاد بامتلاك القدرة على اداء السلوك المناسب.

ب . توقع النتيجة الايجابية l'attente de résultats : هو الادراك أو الاعتقاد بنجاح السلوك في تحقيق الهدف من تنفيذه و تحقيقه لنتائج ايجابية تمكن من السيطرة على الوضعية.

يعتقد بندورا أن للشعور بفعالية الذات تأثيرا ايجابيا على الصحة وذلك لان فعالية الذات تعمل على ضبط السلوك الصحي تنظيمه .و النجاح في تنفيذ السلوكات الوقائية التي ترتقي بالصحة، يرفع هو بدوره من مستوى الشعور بالفعالية الذاتية و يحقق للفرد حالة من التوافق و الراحة الانفعالية، و يمنحه الاعتقاد مجددا بقدرته على الضبط و التحكم.

4.1. مركز التحكم أو الضبط: مركز التحكم حسب " Schweitzer " هو مجموعة من الاعتقادات الداخلية أو الخارجية ن العامة، المتجانسة و الثابتة نسبيا، تفصل بين الأفراد في إدراكهم للأحداث و الوقائع وتوجه سلوكاتهم، و هو سمة من سمات الشخصية.

يرى "Rutter "صاحب نظرية مركز التحكم، أن تجارب الفرد المتعلقة بالنجاح و الفشل في أداءه و سلوكاته و ملاحظاته لسلوكات الآخرين ونتائجها تساهم بشكل أساسي في تحديد مركز الضبط أو التحكم لديه.

لوحظ ان مركز التحكم الداخلي يسهل تبني السلوكات الصحية الوقائية والتخلي عن السلوكات ذات الخطورة على الصحة.

A. مركز التحكم الداخلي - - - - - - - - - يؤثر+ ---------- على الحالة الانفعالية - يرفع من تقدير الذات - يرفع من الشعور بالرضا.

B. مركز التحكم الخارجي - - - - - - - - انخفاض في تقدير الذات- القلق و التوتر و الشعور باليأس و هذا يؤثر على الصحة. (نسيمة علي تودرت، 2020)

02. متغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة:

هناك بعض المتغيرات الشخصية التي تشكل عامل خطر على صحته، وتؤدي إلى التسريع لإصابته بمرض من الأمراض العضوية المزمنة، ومن بين هذه المتخيرات نجد: الحبسة التعبيرية، والعصابية، وكذلك العدائية، والإنفعالية السلبية....ألخ، والتي سوف نسلط عليها الضوء هي كذلك في هذه المحاضرة.

1.2. **الحبسة التعبيرية**: Alexithymie : يدل هذا المصطلح على أسلوب معرفي سلوكي يتميز أساسا بالصعوبة في التعبير اللفظي عن المشاعر و الانفعالات، و بالعجز عن التقييم الصحيح و المناسب للوضعيات الضاغطة.

هذه الصعوبة في التعبير اللفظي ترجع إلى صعوبة التفريق بين الحالات الانفعالية و بين الأحاسيس الجسدية المرافقة لها و بالتالي يصعب وصف المشاعر.

أثبتت الدراسات أن للتعبير اللفظي عن الانفعالات دور في الحفاظ على الصحة النفسية و الجسدية.

2.2. **العصابية** (الميل للانفعالية): تعني الميل نحو إظهار الانفعالات السلبية كالقلق، الغضب، والمزاج المكتئب في التعامل مع المواقف والوضعيات الأفراد الذين يتميزون بالعصابية هم كثيري الشكوى من اضطرابات بدنية مثل الصداع و الاضطرابات الهضمية والأرق والام الظهر وغيرها، كما بينت العديد من الدراسات العلاقة بين العصابية و الإصابة ببعض الأمراض مثل أمراض القلب والسرطانات.

3.2. **العدائية** : تعني العدائية الحذر عند إقامة العلاقات مع الآخرين بسبب الميل نحو الشك في صدق نواياهم و توقع الشر منهم أو أنهم مصدر إحباط.

هي مجموع معقد من الافكار والمشاعر والسلوكات، في المكونات المعرفية هناك اعتقادات سلبية مثل الغضب والحقد والاحتقار ... وفي المكونات السلوكية هناك استجابات مثل قلة الصبر و العدوانية.

كما ارتبط هذا المصطلح بعوامل الخطر المتعلقة بالإصابة بالاضطرابات القلبية، إذ يعتبر من مكونات النمط السلوكي "أ. (Type A) "

4.2. **الانفعالية السلبية**: تعتبر الانفعالية السلبية مؤشرا عاما لحالة التعاسة النفسية détresse psychologique و يمكن التعبير عنها بانفعالات سلبية كالخوف، و القلق، و الحزن، و الخجل، و العداء، و العصابية، و الحقد، و الشعور بالذنب.....

بينت بعض الدراسات ان هناك ارتباط بين الانفعالية السلبية و بعض المشاكل الصحية كالصداع و الغثيان و اضطراب النوم...

يرتبط السلوك الصحي بالممارسات الصحية في التغذية و في النوم و في النشاط البدني، كما يرتبط أيضا بالاستجابة للضغط وبكيفية معالجة الانفعال والتوجه نحو الحياة، وبطريقة الحياة نفسها.

5.2. **الأنماط السلوكية والصحة**: يعد " Friedman & Rosenman" (1974)أول من وضعا مفهومين لنمط الشخصية التي ترتبط بحوث الأمراض السيكوسوماتية ، هما : نمط السلوك(الشخصية (A))، ونمط السلوك(الشخصية. (B))

يتميز النمط الأول بمجموعة من السمات و الخصائص، ويكون مستهدفا بالمرض، بينما يتميز النمط الثاني بسمات مخالفة عن النمط الأول ولا يكون عرضة للمرض، كما يوجد نمط يدعى النمط السلوك) C (خاص بأمراض السرطان.

أ . نمط السلوك Type A» « و« Type B» :

يعرف روزنمان "Rosenman" (1990) نمط الشخصية (A) بأنه انفعال سلوكي مركب يتضمن الاستجابات الانفعالية كالاستثارة العدوانية و احتمالات الغضب المتسارعة، و إجادة العمل، وكثرة النجاح في الأداء المهني، و التفوق في الأعمال و إنجازها في أقل وقت.

بينما يعرف "Gutman " (1999) نمط الشخصية (B) ، بأنه نمط مختلف ويتناقض مع النمط (A)، إذ أن الشخص في هذا النمط أقل عجلة، و أقل تعرضا للإصابة بأمراض القلب.

بينما يعرفه "Menonove" (2001) بأنه شخص غير تناقضي، و قليل التحفيز صبور، ولا يثار بسرعة وخارج عن السيطرة، وهو منسجم مع بيئته، كما أنه يفتقر إلى الغضب و يشعر بالسلام داخل شخصيته.

و يتميز النمط(A) بأربعة خصائص:

. سرعة الوقت(ممارسة عدة نشاطات في وقت واحد و عدم تحمل تضييع الوقت في الانتظار) والإحساس بضيقه، والتنافسية(التحدي)، والانشغال والإنهاك في العمل وشدة التعبير الانفعالي، (التوتر و الغضب.)

فقد وجدت مجموعة متزايدة من البحوث حول العلاقة بين نمط الشخصية والمرض، وخصوصا النمط (A)، والذي يمثل سمة العداء و الهيمنة، والعمل القاسي وأمراض القلب التاجية، و القدرة التنافسية، ونفاد الصبر، والتي يؤيد عموما دورها كعامل خطر على الصحة الجسمية.

ويظهر لدى الأشخاص من النمط (A) تفاعلية فيزيولوجية أكبر(مثلا :في ضغط الدم ومعدل سرعة القلب.)، أما أفراد النمط(B)هم أكثر تحررا من العدوان و لديهم قدرة على الاسترخاء و المشاركة في الأنشطة الترويحية دون الحاجة إلى إثبات التفوق، و عدم الإحساس بضغط الوقت، و غير منافسين، وأن الأشخاص من النمط (A) أكثر عرضة للانهماك في

تصرفات غير صحية، فهم يتناولون مشروبات كحولية أكثر من الأشخاص من النمط (B) و إذا كانوا من المدخنين فإنهم يستنشقون دخان سجائرهم لمدة أطول.

ب .نمط السلوك« C » Type : تعد ليديا تيموشوك " Lydia Temoshok" (1987) الرائدة في مجال محاولات ربط الشخصية بالاصابة بمرض السرطان، وقد قدمت نمطا جديدا استخلصته من خلال دراستها على مرضى السرطان، أطلقت عليه نمط السلوك (C)، وقد وصفت السمات المميزة لأصحاب هذا النمط بأنهم متعاونون و مثابرون ولديهم القدرة على العطاء مع التضحية بالذات، وهم على النقيض تماما من أصحاب نمط الشخصية(A) المعرضين للإصابة بأمراض القلب، إذ أنهم مفعمون بالانفعالات، ولكن تنقصهم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم بشكل عام، بالإضافة إلى عدم تأكيد الذات.

ومن أكثر الخصائص المميزة لصاحب هذا النمط: الاكتئاب واليأس، والشعور بالعجز، وهي خصائص تمثل أسلوبا للتعامل مع الضغوط، بالإضافة إلى كبح الاستجابة الانفعالية لأحداث الحياة المولدة للانفعال غير السار و الافتقار إلى المساندة الاجتماعية الحقيقية،

ونتيجة لذلك فهو يعجز عن تفريغ التوتر ولا يفصح عن انفعالاته، ويشعر في أعماقه أنه تافه ومعدوم الكفاءة وفوضوي، يتمسك بالروتين ويعيش في وحدة نفسية، ويعاني الاكتئاب والتوتر ويشعر باليأس.

وبالرغم من دقة الدلالات الإكلينكية للعلاقة بين نمط الشخصية (C) ومرض السرطان، إلا أن الأمر لا يعتبر بهذه البساطة، فهناك العديد من العوامل المختلفة التي تساهم في مرض السرطان سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو بيئية.

ج .نمط السلوكType « D » :

يرى دينوليه "Denollet" (2005) أن نمط الشخصية D يتعلق بالأفراد الذين يظهرون مستويات عالية من الانفعالية السلبية(الكآبة و القلق و الكرب و الانزعاج باستمرار) إلى جانب مستويات عالية من الكف الاجتماعي في التعبير عن المشاعر السلبية في المواقف و

التفاعلات الاجتماعية وصعوبات اجتماعية كالافتقار للسند الاجتماعي والعزلة الاجتماعية بسبب إدراك العالم الخارجي كعنصر تهديد فيتبنون إستراتجية الانسحاب الاجتماعي.

فصنفه دينوليه كعامل من عوامل الخطورة على صحة الأفراد خاصة الاضطرابات القلبية.، و يرى ان معدل التهديد بالموت يرتفع لدى أفراد النمط D بمعدل 9 مرات أكثر من غيرهم ممن لا يحملون هذا النمط من الشخصية ضمن المصابين بالمرض الشرياني التاجي.

(نسيمة علي تودرت، 2020)

المحاضرة الثامنة: التربية العلاجية

01. مفهوم التربية العلاجية:

إن التعايش مع مرض مزمن بمجرد بدء العلاج يتطلب من المريض مجموعة من المرافق التي تأتي تحت معرفة المرض وعلاجه، مهارات الملاحظة الذاتية، الرصد الذاتي و التكييف الذاتي للعلاج وفقا لظروف حياته،

وفي هذا الموضوع يرى "**Simon & *al***" **(2012) أنه** عادة يكون سلبي في حالة المرض الحاد، أما في حالة المرض المزمن عاجلا أم آجلا يواجه دورا إيجابيا و تقريبا ثابت لذلك يختلف التعليم العلاجي عن المعلومات البسيطة" المعلومات الشفوية أو الكتابية، يمكن اصدار نصيحة وقائية من قبل متخصص في مناسبات مختلفة،

وذكر "**Vignier** " **(2013) ان التربية العلاجية** تعرفها المنظمة العالمية للصحة بأنها: عملية متكاملة من الرعاية الدائمة التي تركز على المريض، و تمكنه من اكتساب و الحفاظ على القدرات و رات التي تساعده على العيش على النحو الأمثل مع المرض.

ويضيف "**vervloet**" (2002)أنها تعتبر أي التربية العلاجية للمريض بمرض مزمن عملية مستمرة، ورعاية متكاملة تركز على المريض، كما تشمل أنشطة منظمة تهدف إلى نشر الوعي والمعلومات من أجل التعلم والدعم النفسي والاجتماعي بشأن المرض، والعلاج الموصوف، والرعاية، والاستشفاء وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية ذات الصلة وسلوكيات الصحة لتقوم على إشراك المريض نفسه في تحقيق التوازن الأمثل لصحته،

كما أن "**Grenier** " **(2007) يرى أن التربية العلاجية تساهم** في توعية المريض لضرورة النظر في تغيير أنماط حياته، فهي تركز على تعلم مها رات الرعاية الذاتية مع دعم عملية التكيف مع المرض مثل الثقة بالنفس، والكفاءة الذاتية، التحدي الذي يمكن من تأسيس التعليم العلاجي على أوسع نطاق ممكن بما يناسب خصائص المريض مع المرض المزمن.**(شقرونة فطيمة الزهرة، 2020)**

02. أهداف التربية العلاجية:

لكل عملية علمية تمس بالخصوص الرعاية الصحية للإنسان غاية و أهداف محددة، واضحة ودقيقة، و مع التطور العلمي والتكنولوجي فقد سمح بتحقيق الهدف الأساسي، وهو التحكم في الأمراض المزمنة سواء عند الكبار أو عند الأطفال المرضى، و ذلك من خلال تحقيق الإدارة الذاتية عند المريض و تعزيز الثقة بالنفس، و تحسين نمط التواصل، على سبيل الذكر لا الحصر، و هذا ما جاء في العديد من الد ا رسات الحديثة و التي تسعى للتحكم، لتشمل التربية العلاجية هذه الأهداف كلها، و تجعل من المعرفة بابا لها يعزز معطيات نموذجها الطبي، و علم النفس-الاجتماعي و البيداغوجي الذي أشار إليه"Slama-Chaudhry " ، لنجد أن هناك ثلاث أنواع من المعرفة التي يمكن أن يكتسبها المتعلم و هي:

1.2. المعرفة: تسعى التربية العلاجية حسب "زكريا" (1978) من خلال هذا الهدف إلى الأخذ بالمريض لمستوى النضج و الوعي السليمين، والتي تسمح بادراك الحركة الدائمة لمفهوم المعرفة و بالخصوص العلمية منها، و التي من بين خصائصها التراكمية والنسبية، التي تعني شكل التقدم و السعي نحو التحسين المستمر بشكل منظم يسمح بالتخطيط لأفضل الطرق التي يفكر بها المريض نحو حياته ليترجمها فيما بعد لسلوكيات

ويضيف "علي"(2012) هذه المعرفة لا تحسم باستيراد تكنولوجيا متقدمة أو بذل جهود مضاعفة لتحقيق ذلك النضج و الوعي العلمي والثقافي الاجتماعي، فهي لن تتحقق بالاقتصاد وحده أو بالثقافة وحدها أو بالتكنولوجيا أو العلم أو التعليم فقط، بل بكل هذه العناصر معاً، ولكن للعلم الأولوية.

ويؤكد "علي" (2012) أن التعلم ليس محصورا على المتعلم فقط إنما هو ضمن نسق مكون من وحدات تفاعلية متبادلة تعرف بمكونات الديداكتيك أو التعليمية و هي:

أ . **البعد السيكولوجي:** والمتمثل في صيغة المتعلم الذي يستقبل المعلومة(و هنا :المريض أيا كان طفلا أم راشد، المتدرب، الأسرة،).... إلخ

ب. **البعد البيداغوجي:** والمتمثل في المعلم الذي هو المعطي للمعلومة(و هنا :طبيب أيا كان عام أم مختص، أخصائي نفساني أو بيداغوجي، أستاذ، أم و أب، من نفس المجتمع و الثقافة أو من ثقافة و مجتمع آخر،)...

ج. **البعد المعرفي:** والذي يتمثل في المادة المدرسة(و هنا :علمية، طبية، فيزيولوجية، نظرية أم تجريبية، أي كل ما هو متعلق بفهم أنشطة التوعية المنظمة ، المعلومات ، التعلم والدعم النفسي والاجتماعي لهذا المرض ، العلاج الموصوف ، والرعاية ، والاستشفاء وغيرها

2.2. **المهارة: يؤكد "عبد الواحد" (2013)أن** ما هو معروف عن التعلم أنه انعكاس للتغيرات المشكلة في الحصيلة السلوكية أكثر مما هو تغيير في السلوك، فعلماء النفس لا يرون السلوك مؤشر على التعلم، و غياب السلوك ليس دليلا على عدم التعلم، ويضيف"**Raherison " (2006) أن** هنا جاء هذا الهدف ليربط بين مفهوم السلوك بالتعلم كمعيار أساسي لجودة التربية العلاجية، كما أن المهارة هي جزء لا يتجزأ من أبعاد اكتساب الكفاءة .أي، جعل المريض قادر على الحصول على الموارد اللازمة والمحافظة عليها لإدارة حياته على النحو الأمثل مع المرض، كما يؤكد "**Rigby & Sanchis " (2006)** أنه غالبا ما يكون هناك الفرق بين المهارات التي يراها المشرف ضرورية والآراء التي عقدها المريض، لتجعل من هذه الاختلافات ما يساهم في حالات العلاج و التأهيل.

ويلخص "**Balcou-Debussche " (2016) أن هذه المهارات يمكن تلخيصها في النقاط التالية:**

1. تعزيز المهارات والسماح للمريض بأداء عدد من الأنشطة في خدمة تحسين صحة الفرد و تحقيق نوعية حياة أفضل.
2. إشراك المريض في تحديد أهم المهارات التي يحتاجها و يرى أنها مفيدة له و لصحته، و هذا يجعله أكثر تركيزا و رغبة و التزاما.
3. جعل المريض أكثر استقلالية من خلال تمكنه من المعرفة، و تحكمه في المهارات اللازمة، بحيث تصبح الفاعل لتغيير سلوكه.

3.2 الاتجاه(الخيرة): يعتبر **"عبد الواحد"(2013)** هذا الهدف أيضا نوعا من أنواع التعلم و الذي يتضمن بعض النواحي العلمية الانفعالية، حيث يعتبر كمحرك لسلوك الفرد يكسبه اتجاهات عديدة عن طريق التقمص و هنا بغية تعديل السلوكيات و ت رسيخها ضمن عادات المريض.

هذا كما ذكر **"Format Santé"** (2007) ما جاء عن المنظمة العالمية للصحة (WHO) ، فهو يمس الجوانب التالية المتضمنة في أهدافه الفرعية :الصورة الذاتية الإيجابية، تقدير إيجابي للذات، تنمية التفكير الإبداعي والتفكير النقدي، الوعي الذاتي، تعلم إدارة المعرفة وإدارة التوتر وادارة العواطف، التعاطف مع الآخرين و فهمهم.

ويرى **"Whitehead"(2009)** يمكن إضافة بعض الأهداف الخاصة بالتربية العلاجية والتي تحمل بين طياتها شيئا من التفصيل الذي تتحقق من خلاله فعالية مثل هذه البرامج وتزيد من نسبة تأثيرها، لنذكر منها على سبيل الذكر لا الحصر:

-الادارة الذاتية :تشمل الإدارة الذاتية عمومًا افتراض أن الفرد المصاب بأمراض مزمنة قد طور بعض الخبرة في إدارة أمراضه من خلال التعايش معه يوميًا .بناءً على هذا الافتراض، غالبًا ما يُنظر إلى الإدارة الذاتية على أنها وسيلة لتمكين الأفراد المصابين بأمراض مزمنة و لهذا نجدها تحتوي على مجموعة واسعة جدًا من المها ا رت والصفات والمواقف النابعة عن تجربة المريض في حد ذاته .ويمكن أن تشمل بعض أو كل من المهارات التالية حسب ما ذكره " **Cottrell.S**" (2003)، وهي كالآتي:

- **القدر على تحليل الموقف الخاص به: ويقصد بها**، عندما يفهم المريض نفسه أكثر، ويعرف أو يدرك الانشغالات الخاصة به، و منه يطور ذكائه العاطفي، ليصبح أكثر قدرة على إدارة كل أغلب المواقف التي يدخلها.
- **تحديد نقاط القوة والضعف الفرص والتهديدات:** حسب تحليل SWOT هو أداة مفيدة وسريعة لتقييم الموقف الخاص بالمريض، و طريقة بسيطة لتحليل مستواه في الاستعداد الجيد للمهمة.

- **تحديد موارد ومصادر الدعم:** إن قلة قليلة منا لديها الموارد المثالية، ولكن لا أحد منا دون أي موارد
- **إدار الوقت:** وهي باختصار عدم تضييع الفرص المتاحة في استثمار الوقت وكذا ترتيب الأولويات و تقديم المهم، و هي مرتبطة بثلاث أبعاد :الشخص(المريض)، الأخر(التعاملات مع الآخرين .أي، السياق)،الامكانيات المتاحة(الوسائل و الأدوات.)

تبني مو اقف تدعم الأهداف، فعلى سبيل المثال: اتخاذ نهج يركز على حل المشكلات، إدارة العواطف الخاصة به(المريض)، القدرة على التعامل عندما يكون في محنة(تفعيل استراتيجيات مواجهة الضغوط)، إدارة التغيير (عدم اليقين و الارتباك)

مفهوم أخر، وهو:

4.2. **الثقة بالنفس : يرى "Alfred & *al* *(2006)*** أن الثقة هي الأساس لأي تعاون ناجح، يسعى الأشخاص في علاقات الثقة إلى الحصول على مدخلات من بعضهم البعض(واستخدامها فعليًا)، ويسمحون للآخر بالقيام بأعمالهم دون إشراف غير ضروري.

5.2. **التواصل الايجابي : يرى" Michael Poh" (2017)** أن الجوهر الذي يتناوله هو الاتصال الشفاف والمفتوح، حيث يحقق هذا الأخير حاجة الفرد التي يشعر من خلالها بأن ما يقوله له قيمة .وهذا ما يجعل الأفراد المرضى بالخصوص يشعرون بأنهم ينتمون إلى فريق الرعاية الصحية و أنهم جزء مهم منها .و عليه، فمن الضروري وجود المناقشات المفتوحة التي تسمح بإشراك هؤلاء الأفراد والسماح لهم بإدلاء وجهات نظرهم حول كيفية تحقيق الأهداف المرجوة من هذا العمل(التربية العلاجية)، وكذا الأخذ وال رد فإنه يعزز الثقة في التفاعلات اليومية التي تكون بين عناصر السياق، وبهذا يصبح الجميع أكثر اتحادًا مع هذه الأهداف، وهنا تتولد تلك الثقة وذلك الاحترام المتبادل بين الجميع بغض النظر عن مكانتهم وضعهم الرسمي.

6.2. **فعالية الذات :**تعتبر الفعالية الذاتية حسب" **Marlatt & *al*** " (1995) من أهم العوامل المتنبئة بالسلوك الصحي و هي مكون رئيسي في النظرية المعرفية الاجتماعية (SCT) حيث اقترح بعض الباحثين أن الكفاءة الذاتية يجب أن تكون مصممة لمراحل معينة من تغيير السلوك .

على سبيل المثال، وإقترح هذا الأخير اقترح خمس فئات من الكفاءة الذاتية للسلوكيات التي تسبب الإدمان والتي تتوافق مع مراحل مختلفة من الوقاية(المقاومة والفعالية الذاتية للحد من الضرر)وتنمية الدافعية(العمل، والتكيف، والفعالية الذاتية للشفاء .)وبالمثل ، في نهج عملية العمل الصحي، ويضيف كل من "**Norman & Conner** " **(2017) من خلال ما إقترحه "شوارزر"(2008)** التمييز بين الفعالية الذاتية للعمل والتي تعتبر مهمة في المرحلة السابقة (أي التحفيزية)للسلوك الصحي والحفاظ على الفعالية الذاتية في الانتعاش والتي تعد مهمة في مرحلة ما بعد المقصودة أي الإرادية.

7.2. **جود الحياة : تعرف** منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة في عام (1994) بأنها :تصورٌ لمكان الفرد في الحياة، في سياق القيمة و نظام الثقافة الذي يعيش فيه، إلى جانب الأهداف والتوقعات والمعايير والاهتمامات الخاصة به .إنه مجال مفاهيمي واسع ، يشمل بشكل معقد الصحة البدنية للشخص وحالته النفسية ومستوى استقلاله وعلاقاته الاجتماعية و البيئية ومعتقداته الشخصية. **(شقرونة فطيمة الزهرة، 2020)**

03.شروط تطبيق التربية العلاجية:

يرى "**SRRP**" **(2002) أنه** لتصميم برنامج للتربية العلاجية، يجب مراعاة عدة نقاط تتمثل في طرح مجموعة من الأسئلة التي تسمح بوضع بروتوكول متكامل، و هي:

1.3. لماذا التربية العلاجية ؟ :تعتبر التربية العلاجية عملية شخصية منظمة و مستمرة من جهة متخصصة تقدم خدمات مرحلية معينة للمرضى لضمان نمط حياة أفضل و تكيف أمثل مع المرض و البيئة المحيطة به، إلى جانب أنها تأخذ بالاعتبار مفهوم المرض المزمن و تبيعاته من تأثيرات نفسية و جسدية و حتى اجتماعية هذا جانب، ومن الجانب الآخر المريض ومتطلباته التنموية و الحياتية .فالتربية العلاجية من باب الرعاية والوقاية فهي تحتوي مجموعة العوامل المتعلقة بالمرض و المريض وأسرته و فريق الرعاية الصحية، ولذلك فهي تحاول أن تمتلك خاصية الشمولية و التكاملية للجوانب المتعلقة بالمريض ورعايته، مما يجعل لها أهمية بالغة كإستراتيجية قابلة للحداثة و التطور وفق منطلقات علمية طبية كانت أم نفسية وبيداغوجية تتماشى و السياسة المتبعة لتحقيق مختلف أهداف منظمات الرعاية الصحية و جمعياتها

2.3. لمن هي موجهة؟ : حسب "**Degennaro** " (2013)خدمات التربية العلاجية نحو المرضى بالأمراض المزمنة .ولكن، يجب الأخذ بعين الاعتبار الخصائص التالية لمن توجه له :الجنس، العمر، المستوى التعليمي للمريض و الأسرة، الصفة الاجتماعية، نوع المرض المزمن و مدة الإصابة به.

فعلى اختلاف نوع و شدة الأمراض و كذا الأعمار، نجد أن التربية العلاجية منها الموجهة نحو الراشدين و الأخرى للأطفال و المراهقين، حيث لا تختلف من حيث المبدأ و إنما تشكل نماذج خاصة متكيفة حسب عامل نوع المرض و العمر على وجه الخصوص، و هذا لتحقيق الأسلوب الذي يتماشى مع متطلبات المريض و يحقق الأهداف .فعلى سبيل المثال :في حال كان المريض هو طفل عمره يندرج ضمن الطفولة المتأخرة،

3.3. من أعدها و من هم المشرفون على تطبيقها؟: حسب "SRRP " (2002) تختص التربية العلاجية بمقدمي الرعاية الصحية و حسب ما يفرضه هدف برنامج التربية العلاجية بالإضافة إلى الشرط المشترك الذي هو الإلتزام ، تحديد المكان و الزمان المناسبين، و منهم نذكر من يمكنه تقديم التعليم العلاجي :الأطباء العاميين أو المتخصصين، الممرضات، الصيادلة، الأخصائيين النفسانيين و المساعدين الاجتماعيين، المعالجين الطبعيين، البيداغوجيين

ولكن، هناك اعتبارات حددتها (WHO) أي (OMS)سنة (1998) يجب الحرص على توفرها في شخص فريق الرعاية الصحية، و هي:

-اعتبارات أساسية بشأن برامج تدريب مقدمي الرعاية في تعليم المرضى العلاجي

-يجب ضمان العناصر التربوية عند التخطيط لبرنامج التربية الصحية أو العلاجية.

-دراسة العقبات المشتركة في برامج التدريب من أجل مرضى التعليم العلاجي للمرضى.

-تحديد المهارات المتوقعة من مقدمي الرعاية في تثقيف المرضى العلاجي.

-تحديد المهارات المتوقعة لمنسقي برامج تثقيف المرضى العلاجية في إعدادات الرعاية المختلفة

4.3. كيف يتم تطبيق برنامج التربية العلاجية؟: يتم تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب الأهداف المسطرة من قبل المشرفين .ولكن، على العموم فإن هناك مراحل و خطوات أساسية

لتطبيقها، تتفاوت بين جلسات فردية و أخرى جماعية و التي سنتطرق إليها في العنصر الموالي . حيث، يجب اتباعها و احترمها كما أنها هي المساعدة في تكوين و تقييم و تقويم البرنامج التربوي الخاص بالمرضى بالأم ا رض المزمنة ، و التي يجب اعتبار كل مرض على حدا لما يملكه من جوانب فيزيولوجية مختلفة التأثير على الجوانب النفسية و الاجتماعية و حتى الثقافية.

6.3. أين يتم اجراء التربية العلاجية؟: يرى "Grenier, Bourdillon & Gagnayre " (2007) أنه يجب أن تتوفر في مكان تطبيق التربية العلاجية خصائص البيئة الترابطية، و هي البيئة المحققة لمطالب التعايش التعليمي أي هي الرابطة بين المريض(تحقق حاجات المريض ومطالبه كالعمر، الجنس)..و المرض(نوع المرض و شدته، متطلبات بيئته العلاجية.....)، ويضيف " **Michael Poh "(2017)** أن خصائص بيئة العمل أن تتوفر على: اتصال شفاف ومفتوح (انظر أهداف التربية العلاجية)، العدالة(و يقصد بها :أن مكان العمل الجيد والحديث هو مساحة يشعر فيها الجميع بالقيمة والراحة و المساواة).

6.3. **ما هي النتائج المراد تحقيقها من خلال برنامج التربية العلاجية؟ :** تختلف النتائج المراد تحقيقها في التربية العلاجية حسب **'Mauri & *al*** " (2017) من برنامج إلى آخر و من مصمم و مشرف إلى آخر أو من هيئة إلى أخرى .أي، حسب النموذج المتبنى و كذا حسب ما يفرضه نوع المرض وشدته .ولكنها، في الغالب تشمل الأهداف الأساسية التي تطرقنا إليها سالفا(المعرفة، المهارة، الاتجاه)، و بالإضافة إلى الأهداف الثانوية الأخرى التي بها يحدد محتوى البرنامج.

فالنتائج المراد تحقيقها من خلال أي برنامج للتربية العلاجية توافق المبادئ التوجيهية القائمة على أهمية التدخل التعليمي العلاجي في تدريس مهارات الإدارة الذاتية المصابين بالأمراض المزمنة، و التي تعتمد على عملية نقل المعرفة وتطوير المهارات والسلوكيات اللازمة لعلاج المرض، و تحسين نمط الحياة و جودته عند للأطفال والمراهقين على وجه الخصوص

7.3. ما هي الأدوات و الوسائل المتبعة في اجراء التربية العلاجية؟ : تتعدد الأدوات و الوسائل المتبعة في اجراء التربية العلاجية كجزء قابل للتطور و الابداع البيداغوجي في ترصين المعرفة أو الخبرة التعليمية، و كذا اتخاذها كعوامل وسيطة فعالة لتحقيق الأهداف المسطر بلوغها كنتائج لهذه التربية العلاجية، بالإضافة إلى أنها تعطي مساحة لتقييم النتائج و تحديد المسار

الذي تتوجه فيه التربية العلاجية حسب اتجاه المريض وفي حالة الخلل تسمح بتقويمه وإدراكه مما يوجب التعديل الذي يسمح بتحقيق الاهداف في النهاية. وهذا يندرج ضمن العلاج البيداغوجي الذي يركز على:

1. الملاحظة و التحليل

2.التجربة أو التدريب الشخص. (شقرونة فطيمة الزهرة، 2020)

04.العوامل المؤثر في التربية العلاجية :

يرى "**Rémi & Sylvie** " **(2016) أن العوامل المؤثرة في التربية العلاجية متعددة، ويمكن أن نذكر منها مايلي:**

1.ترتبط العوامل المؤثرة في التربية العلاجية لأصحاب الأمراض المزمنة بعوامل الخطر المتعلقة بالسياق دافعية المريض

2.ترتبط العوامل المؤثرة في التربية العلاجية لأصحاب الأمراض المزمنة بدرجة المساندة الأسرية و الاجتماعية و الثقافية.

3.ترتبط العوامل المؤثرة في التربية العلاجية لأصحاب الأمراض المزمنة كذلك بكفاءة الطبيب العلمية والعملية، بالإضافة للهيكلة العامة من وسائل تعليمية وطبية وتكنولوجية (الأرغونوميا)، و أسلوب التواصل الذي يجمع بين كل العناصر سالفة الذكر.

كما أنه يمكن أيضا تصنيف هذه العوامل المؤثرة على فعالية التربية العلاجية إلى أربعة عوامل رئيسية، تتمثل في تلك التي تأثر على العملية البيداغوجية في الأساس، و هي :

1.العوامل الانفعالية

2.العوامل العاطفية

3. العوامل الخاصة بالوظائف المعرفية

4.العوامل البيئية

5. طرق التدريس **التي نوصل بها التربية العلاجية.**

05.أهمية التربية العلاجية:

يرى "**De Broca** " **(2006) أن** للتربية العلاجية أهمية كبيرة تعود على صحة المريض و نفسيته و كذا الأشخاص المحيطين به فهي تزيد من:

-الثقة عند الطفل المريض و كذا يصبح أكثر تقبلا لنفسه و للآخر

-الإلتزام بالعلاج لدى المريض .

ويضيف "Bacoran Bastable " (2006) أن أهمية التربية العلاجية تكمن في النقاط التالية:

-تعلم ادارة المرض و هذا من خلال استمرارية الرعاية الذاتية و المتابعة الطبية.

-التقليل من حدة الأعراض و تعلم ادارة المعرفة و حل المشكلات من خلال السيطرة على تطور المرض.

-زيادة استقلالية المريض في ممارسة الأنشطة اليومية عن طريق تسهيل الالت ا زم بالعلاجات الموصوفة وتحسين نوعية تعلم وضع الخطط و هذا بمشاركة الطفل المريض في وضع مخطط التربية العلاجية.

أما "HAS " (2007) فيرى أن أهمية التربية العلاجية تتجلى في لنقاط الآتية:

-تحسين العلاقة بين الطبيب و المريض و أسرته

-تقبل المرض

-تطوير أنماط التواصل بين مقدمي الرعاية الصحية و المريض

-التثقيف في ما يخص السلوكيات الصحية.

ويضيف عليها "**Benrebrit & Rahmoun** " **(2016) في أن التربية العلاجية تكمن أهميتها فيما يلي:**

-تحمل المريض للمسؤولية(مسؤولياته في الرعاية الصحية)

-التقليل من اللجوء المنتظم إلى علاج قد يترتب عليه تكاليف إضافية اقتصادية أو مباشرة أو غير مباشرة. **(شقرونة فطيمة الزهرة، 2020)**

المحاضرة التاسعة: بعض المفاهيم التي لها علاقة بالتربية العلاجية (الإلتزام الصحي، الإمتثال العلاجي):

أولا: الإلتزام العلاجي:

01.تعريف الإلتزام العلاجي:

يرى "Jeffrey and all" (2011)أنه بالرغم من أن الكثير من الدراسات الحديثة تهتم بموضوع الإلتزام بالعلاج إلا أن هناك مصطلح أكثر شمولية و دقة بالنسبة لمرض المزمن وبالإلتزام الصحي، الذي يشمل إضافة إلى الإلتزام بالعلاج، فهناك العديد من السلوكات المرتبطة بالسيطرة على المرض ،كما أنو مفهوم يوضح مدى مسؤولية المريض في حد ذاته على إدارة مرضه، فإن كان الإلتزام بالعلاج يعرف على أنه" :مدى إتباع المريض للتعليمات الطبية " فإن هذا التعريف للإلتزام المقتصر على " الإتباع " ما يجعل من المريض عنصرا سلبيا في هذه العملية وكذلك نجد أن إدارة المريض المزمن لمرضه لا يقتصر فقط عمى " التعميمات الطبية " إنما يتعداه إلى سلوكات الإدارة الذاتية ، فالإلتزام الصحي يضم : العناية الطبية ،تناول الدواء بشكل مناسب، حضور مواعيد المتابعة، النظافة الشخصية، النظام الغذائي، النشاط البدني،كما أن الإلتزام الصحي عملية مبنية على علاقة المناقشة والتخطيط المشترك بين الجيات الطبية والمريض لتكون أكثر فعالية.

02.محددات الإلتزام العلاجي:

حدد العالم **"Reach.G"** الإلتزام بالإهتمام بمواصلة العلاجفي النقاط التالية:

. حضور مواعيد الفحص.

. تناول الأدوية كما وصفت من طرف الطبيب.

. اتباع التعليمات المؤدية لتغيير أسلوب الحياة .

. الحمية الغذائية.

. التمارين الرياضية.

. تجنب سلوكات الخطر " التدخين، الكحول، المخذرات"..... إلخ

و من جهة أخرى حدد" **Dahan.Ret Coll**" خمسة أنماط لعدم الإلتزام و التي تتمثل في:

1.عدم تناول الأدوية.

2.تناول غير مبرر للأدوية

3.خطأ في عدد الجرعات

4. خطأ في أوقات تناول الأدوية.

5.تناول أدوية غير موصوفة من طرف الطبيب.

كما يرى **"Caroline. B et al" l (2001)** بأن عدم الإلتزام بالعلاج يمكن أن يتجلى على شكل التالي:

. إفراط في الجرعات.

. مدة العلاج.

. إيقاف العلاج بدون استشارة طبية.

فقد ميز بين ثلاثة أشكال من عدم الإلتزام "**Rand, CS** " :أما راند

1. **الالتزام غير المنتظم** :و هو مرتبط بتأثيرات الحياة اليومية.

2. **عدم الالتزام الغير متعمد:** و يتضمن سوء استخدام التوصيات الطبية نتيجة لعدم فهم المريض للتعليمات المقدمة من طرف المختصين بالرعاية الصحية، و كذا عدم الوعي بفائدة العلاج.

3. **عدم الالتزام الإرادي:** و يتضمن حسب"**De Blic,G et al** " (2007) إنكار المرض و رفض العلاج، و قد لا يتقبل المريض العلاج خوفا من التأثيرات الثانوية:

وبناءا على ما سبق يمكن ملاحظة حسب "**Michel Morin** " أن هناك ازدواجية في وجهات النظر يمكن إدراكها باتباع خط الإلتزام الملاحظ:

- **وجهة نظر المعيار الطبي:** و يمكن ترجمتها في إطار استراتيجية المراقبة الخارجية .

- **وجهة نظر المرضى:**و التي تتطلب في كل الحالات تعاون فعال للشخص المعالج، ومن ثم يجب التنسيق بين هذين المفهومين المتكاملين للوصول إلى النتائج المرجوة.

(عدود صليحة ، 2015)

02. العوامل المحددة للإلتزام الصحي:

هناك العديد من العوامل التي تحدد الإلتزام بالعلاج، و غالبا ما تكون خاضعة للعوامل التالية:

1.2. عوامل مرتبطة بالمريض: حسب "شيلي تايلور" (2008) تتمثل الخطوة الأولى التي تضمن الإلتزام، في قرار المريض الانصياع للبرنامج العلاجي طبقا لما يصفه الطبيب، لكن الأطباء يميلون للاعتقاد أن المرضى سوف يلتزمون حتما بإرشاداتهم و نصائحهم، دون أن يدركوا بأن العامل الكفيل بضمان ذلك يتمثل بتصميم المريض واتخاذه قرارا قطعيا بهذا الشأن،

فالمريض ليس طرفا سلبيا في إنجاح العلاج والإلتزام، وإنما له كامل الحرية في اتخاذ القرارات التي يجدها ملائمة لوضعه و منسجمة مع قناعته، ويتحدد مدى استعداد المريض لمتابعة العلاج بإدراكه لمدى خطورة المرض، فإذا كان المريض يعتقد بأن مرضه خطير، فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج،

بينما لن يكون الشعور مماثلا إن عرف بأن مرضه عابر، وليس خطرا على مستقبله، ومن جهة أخرى يتحدد التزام المريض بمقارنة كلفة العلاج بفوائده، فإذا كان العلاج باهض الكلفة، وسينتج عنه أوجاع و آثار جانبية، و سيخل بالحياة اليومية للمريض، و يسبب له الضيق و الإزعاج، فإن التزام المريض بالعلاج سيكون ضعيفا

22. فهم الوصفات والعلاج: يذكر "شيلي تايلور" (1995) حسب"Ley " (1988) يكون الالتزام في اعلى درجاته عندما يحصل المريض على بدقة حتما، وصف كامل للمرض ومسبباته وكيفية علاجه بأسلوب مبسط وخال من المصطلحات العلمية و الطبية المعقدة، و التعليمات المكتوبة و المكررة لضمان استيعابها.

وفي دراسات أخر ذكرها" **Gustave, N, F & cyril T "(2006, p182**)، نجد دراسة Ong, L, M, L, & AL " (1995) تبين أن الإلتزام السيئ كان في الأحيان ليس نتيجة قلة تعاون

المريض كما أشار إليه % 60 من الأطباء، و إنما نتيجة قلة شرح الأطباء و وجدوا بأنه حوالي 40 %مما يقال) نقص فهم المرضى، وفي دراسة أخرى لـ "Ley, P & al " (1975) اثناء الفحص الآني ينسى، و في دراسة قام بها سنة (1988) وجد أن نسبة المرضى الذين لا يفهمون ظروف و أسباب وصفاتهم تتراوح بين 5- % 53، وفي هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات أن - المريض إذا لم يفهم الأمور المتعلقة بصحته أثناء الفحص الطبي فإنه لن يلتزم.

3.2. عوامل متعلقة بالبرنامج العلاجي: يرى "شيلي تايلور" (2008، ص556) أنه يؤثر كل من طبيعة مرض المريض و العلاج الموصوف له على إذعانه، فبالنسبة للأمراض الحادة ذات الأعراض غير المحببة، و التي تشفى مباشرة بالعلاج يكون احتمال الإذعان مرتفعا، و على النقيض من ذلك الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجا لآماد طويلة، حيث يميل الإذعان للضعف، بالإضافة إلى ذلك، فبقدر تعقد النظام العلاجي بقدر انخفاض احتمالات الالتزام الدقيق بالعلاج.

وتؤدي بعض الإجراءات المعقدة للعناية بالذات إلى تحقيق أدنى مستوى من الإلتزام، كما هو الحال فيما يخص مرض السكري مثلا، والذي يتطلب من المصابين استخدام حقن الأنسولين، و يلزمهم بمراقبة التغييرات التي قد تطرأ على معدل الجلوكوز في الدم، و اتباع نظام غذائي معين يسمح بالسيطرة على استهلاك السكريات و النشويات، إضافة إلى ضرورة ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، و الإجتهاد في تدبر الضغوط النفسية.

و تضيف " **س.ليندازي و آخرون** " (2000، ص577) أن المريض يميل الإذعان أيضا للضعف عند ظهور أعراض جانبية، و من المؤكد أن هناك الكثيرين ممن يجادلون، في ضوء هذه الأعراض الجانبية، في أن عدم الإذعان يمكن أن يكون تكيفيا في بعض الأحيان، و على الرغم من ذلك، إذا كان تقرير المريض لمزايا العلاج أرجح من تقديره للأعراض الجانبية فيحتمل أن يذعن له.

4.2. العوامل المرتبطة بالعلاقة طبيب / مريض:

يؤكد "**Gustave, N, F & cyril, T (2006 , p185)" أنه** لا مفر من الإعتراف بأثر مشكلات الإتصال على الصحة، فالتفاعل بين الطبيب و المريض لا يمكن اعتباره كعامل ثانوي أو

محايد، ففي أغلبية الحالات المريض يواجه محترفي الصحة، و يضع بين يديهم صحته و حياته، و وضعية كهذه تؤدي بالمريض إلى الشعور بالحد الأدنى بالعناصر النفسية العاطفية التي تجعله يشعر بالأمان و الإطمئنان

كما يرى " **سامي عبد الكريم الأزرق" (2008، ص129) أنه من** المهم هنا هو التأكيد على أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض، فالطبيب الذي يظهر اهتماما بالمريض، و يكون اجتماعيا و يبعث الثقة و الأمل في مرضاه كثيرا ما تكون نتائج علاجه جيدة، فقد أوضحت الدراسات و البحوث أن نوعية العلاقة بين الأطباء و المرضى هي التي تحدد طلب المساعدة من عدمها، كما أنها ترغم المريض على الإمتثال للأوامر الطبية و العلاج و الإستمرار في الإستماع لنصائح الطبيب أو تركها و عدم اللامبالاة

فالمرضى يحتاجون إلى الطبيب الذي يحسن الإستماع إلى مرضاه و الذي يفحص مرضاه بكل تأنو روية، و الذي يساهم في حل المشاكل الشخصية للمريض و الطبيب الصديق للمرضى.

و لكي تتضح صورة العلاقة بين الأطباء و المرضى نذكر ما جاء به " **سامي عبد الكريم الأزرق" (200_، ص129-131) من خلال ما قام به كل** من "شراس و هولندر" بتقسيم التفاعلات بين الأطباء و المرضى إلى ثلاثة أقسام و هي:

- **الأيجابية-السلبية:** وفي هذا النوع يكون الطبيب ايجابيا و المريض سلبيا، و يظهر ذلك في حالات الطوارئ كالإصابات الشديدة، و حالات النزف الشديد و الهذيان و الغيبوبة، فالمريض يكاد يكون عاجزا تماما بينما يجري الطبيب علاجه و ما تستحقه الحالة من تدخل. و إذا نظرنا إلى هذه الحالة نرى أن عمليات العلاج تجري دون وعي من المريض، فلا يتم فيها أي نوع من التفاعل مع المريض كونه في حالة لا تسمح بالتعامل.
- **نموذج الإرشاد و التعاون:** و يندرج هذا النموذج عادة عندما تكون الظروف أقل بأسا، حيث يكون المريض في حالة وعي تام، و يتفاعل مع الطبيب و يتعاون معه في تشخيص المرض و وصف العلاج. و بالنظر إلى هذا النموذج نرى انه الأكثر قبولا في العملية العلاجية، و هو يعطي فرصة التفاعل بين المرضى و الأطباء.

- **نموذج المشاركة المتبادلة :** حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج على يد المريض بتعليمات تلقاها دوريا من الطبيب، و تظهر هذه المشاركة أكثر وضوحا عند مرضى السكري الذين يظهرون تعاونا و مشاركة في العلاج من خلال تفعيل و تنفيذ تعليمات الأطباء.

إلا أن هذا النموذج الذي ذكره كل من(شراس و هولندر)لا يعتبر هو القاعدة لتفعيل التفاعل بين الأطباء و المرضى، فهناك ظروف خارجية و نفسية و خلقية تتحكم في العلاقة التفاعلية، بل و حتى الظروف البيئية و الدينية و التربوية، كلها عوامل تؤثر على نوع التفاعل و محتوى التخاطب بين الطبيب و المريض المتلقي للعلاج أو المتلقي لتعليمات الطبيب.

وتذهب "س. لينذزي وآخرون" (2000) إلى أن هناك تصنيفات وتحليللات أخرى لطبيعة هذه العلاقة بين المريض والطبيب، من خلال الدراسة "Byrne and Long "(1976) و قد قامت هذه الدراسة الكلاسيكية بالبحث في التفاعل بين الطبيب و المريض، حدد فيها أنماط التفاعل التي تمتد من تمركز الطبيب حتى تمركز المريض:

- **النمط الأول:** و يتجه الطبيب في هذا النمط إلى استخدام أسئلة مباشرة مع تركيزه على المشكلة الأولية التي يذكرها المريض مع تجاهل محاولات المريض لذكر مشكلات أخرى.
- **النمط الثاني:** ويتضمن استخدام قدر أكبر من الأسئلة المفتوحة، مع تشجيع الطبيب للمريض لتقديم المزيد من المعلومات، و دعوته للمشاركة في اتخاذ القرار

5.2. التأهيل العلمي و الخبرة الفنية للطبيب:

يذكر" **سامي عبد الكريم الأزرق"(2008)** أن العلاقة بين الطبيب و المريض لا شك تتأثر بخبرة الطبيب في مجال عمله و مدى تأهيله و تدريبه من البداية، فالخبرة الفنية و التأهيل و التدريب و الإطلاع على مستجدات العصر في المجال الطبي يحدد العلاقة بالطبيب، حيث يتوجه المرضى بلا تردد إلى الأطباء المحمودي السمعة، و يصبح الإتجاه إلى هؤلاء الأطباء هو أمر مؤكد من قبل المرضو لا شك أن ضعف المعلومات و نقص الخبرة يؤديان و بشكل سلبي إلى ضعف العلاقة بين الأطباء و المرضى، و حتى نجاح العلاقة بين الأطباء و المرضى لا يتوقف فقط على التدريب و التأهيل و وجود معلومات طبية، بل يتوقف على استخدام الطبيب لهذه المعلومات.

و في كل الأحوال فإن الطبيب الجيد المؤهل هو الذي يستفيد من خبراته السابقة مع المرضى و يوظفها في الحالات الجديدة التي سوف يعالجها. إن تأهيل الطبيب يوفر كثيرا من الجهد و المال و يقلص من معاناة المرضى المترددين على المستشفيات، فكلما كان الطبيب مؤهل علميا و فنيا و خلقيا و اجتماعيا، و ملما بكل الثقافات أو الحد الأدنى منها الذي يخدم الغرض المطلوب في مهنته، كان ذلك ذا مردود ايجابي على العمليات الصحية و الإجتماعية التي تبنى على أساس اجتماعي ثقافي. و على الرغم من التأهيل الطبي الجيد لبعض الأطباء في الجانب الأكاديمي إلا أن ضعف و إهمال التأهيل الإجتماعي للطبيب يقلل من قيمته الفنية التي يتمتع بها بعض الأطباء، فالتاهيل أساس كل عملية طبية، و تترك انطباعا جيدا عن شخصية الطبيب، فكثيرا ما تتأثر العلاقة بين الطبيب و المريض بسبب القصور في الناحية الفنية و كذلك في الجانب الإجتماعي، و يمكننا تقسيم القصور في هذه الناحية إلى جزأين مهمين:

- **النوع الأول:** و يكون قصور بالفعل من جانب الطبيب سواء أكان ذلك في تعليمه الأكاديمي أم في الوعي الفني و الإجتماعي له، مما يؤثر سلبا على المريض، و يجعله يفقد الثقة في الطبيب، و تتأخر عملية الشفاء.
- **النوع الثاني:** و هو الناشئ عن توهم المريض أن الطبيب يعاني من قصور في الجانب الإجتماعي و الفني، و كذلك نقص و قصور في معلوماته بالرغم من أن الحقيقة عكس ذلك.

و يتسرب هذا الشعور للمريض بسبب خبرته البسيطة أو عدم فهم معاملة الطبيب، أو بسبب تجاربه السابقة، و غالبا ما يحدث بسبب رغبة المريض في أن يلاحظ تحسن سريع في حالته.

و على الرغم مما ذكر من قصور، سواء أكان ذلك موجود فعلا في شخصية الطبيب أم لم يكن موجودا و ناشئا أساسا من وهم موجود عند المريض، إلا أنه لابد لكل طبيب أن يلم بكل ما له علاقة بالوضع الصحي للمريض حتى يتمكن من معالجته بما يتلاءم و طبيعة مرضه، و طبيعة البيئة الإجتماعية التي يعيش فيها.

6.2 الخصائص الديموغرافية والسوسيو اقتصادية:

فيما يخص الخصائص الديمغرافية لم يوصف اي أثر نسقي مقارنة بالسن أو الجنس لكن ذكر " **س.ليندازي " (2000، ص575) العديد من الدراسات**، ففي دراسة قام بها " Myers I, B & Midence, K," (1998) توصلا إلى أنه لا توجد علاقة بين الإلتزام بالعلاج و بعض المتغيرات مثل :السن و الجنس، الحالة الإجتماعية، المستوى التعليمي، الطبقة الإجتماعية، في حين أن نظام المعتقدات و تصورات المرضى تعتبر كعناصر أساسية لفهم سلوكيات الإلتزام بالعلاج في حين تشير دراسات أخرى ،**"Gustave, N, F & Cyril, T"(2006, P182)** إلى أن النساء يستخدمن الخدمات لطبية أكثر من الرجال، حتى مع استبعاد الخدمات الطبية المطلوبة، خلال فترة الحمل ويذكر" فيربورج " **(1985)** عددا من التفسيرات الممكنة لذلك من بينها أن النساء يتعرضن للمرض أكثر من الرجال " مثال ذلك الحالات المزمنة، و الأمراض المزمنة غير القاتلة مثل التهاب المفاصل و الصداع النصفي، و ليس الأمراض المزمنة القاتلة

كما يضيف "**Magalie, B,**" **(2009, pp43-44**) أن المستوى السوسيو اقتصادي المتدني يعتبر كعامل منبئ لسوء الإلتزام بالعلاج، و الذي يتجلى أساسا في:

1. الموارد المالية :مستوى الدخل، العمل، الفقر.
2. الهشاشة الإجتماعية :عدم توفر السكن، الهجرة.
3. التكاليف المرتبطة بالتكفل و إمكانية الوصول إلى العلاج.
4. وجود أو انعدام التغطية الإجتماعية :الإستفادة من التأمينات.
5. الإنتماء العرقي و التقافة الأصلية. **(عدود صليحة، 2020)**

7.2. عدم الإلتزام الخلاق

ترى "عدود صليحة"(2020) أن عدم الإلتزام الخلاق يأتي أيضا كاستجابة لشكوى أو ارتباك يتعلق بالبرنامج العلاجي نفسه، كما أن عدم معرفة عيار الجرعة الدوائية قد يقود بعضهم إلى عدم تناولها كليا خوفا من تجاوز الكمية التي يتطلبها الجسم، إضافة إلى أن هناك من يتوقفون عن تناول الدواء بسبب ما لحق بهم منه من أعراض جانبية غير سارة، و قد أظهرت

إحدى الدراسات حول عدم الإلتزام لدى المسنين أن % 73 من حالات عدم الإلتزام كانت مقصودة و غير عفوية.

وتضيف أنه قد ينشأ عدم الإلتزام الخلاق أيضا نتيجة نظرية، أو وجهة نظر خاصة لدى المريض حول المرض و علاجه، فقد يرى المريض مثلا أن الطبيب قد تجاهل أو أهمل أحد أعراض المرض التي تستحق الإهتمام بنظره، فيلجأ إلى استخدام دواء إضافي من الممكن أن يتسبب بتفاعلات مع أدوية أخرى، أو يتفاعل مع الدواء الذي وصفه له الطبيب بطريقة غير متوقعة، و ربما تكون خطرة. على العلاقة بينه و بين الطبيب.

8.2 التنشطية، تصنيف الذات، و عدم الإلتزام:

يرى "شيلي تايلور" (2008، ص556-558) أنه يمكن لرد الفعل السيكولوجي هذا أن يعزز تهديدا آخر، كما هو الحال عندما يطلق الشخص على نفسه لقب " المريض " أو صفة المرض Self-Labelingو تمثل هذه الظاهرة مشكلة عسيرة لدى، المرضى المزمنين، و بوجه الخصوص المصابين منهم بأمراض القلب المزمنة التي تتطلب منهم، ليس فقط إحداث تغيير في نمط حياتهم، و إنما في شخصياتهم أيضا، فتكون النتيجة بالنسبة لهم أنهم يتذكرون بأنهم مرضى كلما تناولوا حبة دواء، أو أحجموا عن تدخين سيجارة، لذا، و في هذا الإطار، لا يصبح من السهل علينا فهم سبب عدم التزام بعض المرضى بنصح الطبيب فقط، بل و فهم تحديهم له بصورة علنية أيضا. **(عدود صليحة، 2020)**

ثانيا: الإمتثال العلاجي

01.تعريف الإمتثال العلاجي:

يعرف الامتثال على انه سلوك على انه سلوك، كما انه درجة توافق سلوك الفرد

المريض من حيث اخذ الدواء، تغير سلوك الحياة من جهة و التعليمات او الوصفات التي يقدمها الطبيب

من جهة اخرى. عرفه"Haynes et Al " (1979) على انه درجة التلاؤم مع الوصفة الطبية (حمية، ادوية ،)... و تطبيقها من قبل العميل.

و يرى"Portick ": (2006) ان الامتثال العلاجي هو السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله للدواء بدقة و الانضباط الامثل حسب الشروط المحددة و المفسرة من قبل الطبيب، اي الالتزام الدقيق بنماذج تناولالدواء من حيث الجرعات ، طرق الاستخدام ، كمية الدواء ، احت ا رم المدى بين الجرعات ، شر وط التغذية و الشرب .

اما المنظمة العالمية للصحة (OMS) (2003، ص3) ، فقد تبنت التعريف التالي " درجة التوافق بين سلوك الفرد(في اخذ الدواء ، اتباع حمية غذائية ، تبني نمط حياة ملائم او القيام بتعديلات سلوكية و اتباع التعليمات و الارشادات الطبية.

02. تصنيف المرضى غير الممتثلين للعلاج:

قسم "Lask " (1994) العملاء غير الممتثلين الى ثلاثة اصناف:

1. العملاء الرافضون للعلاج و يعتقدون انهم لايحتاجون اليه.
2. العملاء الذين يزعمون انهم ملتزمون بالعلاج دون القيام بذلك.
3. العملاء الذين لايعلنون عن سوء امتثالهم.

03. محددات الامتثال العلاجي:

تتدخل العديد من العوامل و المتغيرات في تحديد درجة امتثال العميل لتوصيات و تعليمات المعالجين و العلاج الموصوف من بينها مايلي:

1.3. العوامل السوسيوديمغرافية: لم تسجل مختلف الدراسات وجود ارتباط بين الامتثال و العوامل سوسيوديمغرافي سواء لدى الطفل او الراشد، فيما ذهب البعض الى تراجع الامتثال مع العمر، اذ لوحظ وجود امتثال نسبي افضل لدى الطفل بالمقارنة مع المراهق و الراشد..

2.3. العوامل المتعلقة بشخصية العميل: اكد العديد من الباحثين وجود علاقة ارتباطيه دالة بين الامتثال للعلاج و تقدير الذات، خاصة في مرحلة المراهقة كما ان التصورات التي يحملها العميل للمرض تؤثر في درجة امتثاله ، اذ يفترض نموذج السلوك الصحي Health behavior modelان العملاء الذين ينشغلون اكثر بصحتهم و يهتمون بها هم الاكثر امتثالا

للعلاج ، فيما يرى نموذج مركز التحكم الصحي العميل الملتزم بالعلاج هو الذي يعتقد بأنه المسئول و الفاعل للأحداث التي تعنيه ، و من جهة اخرى ، يلجأ عادة العملاء الى استخدام إستراتيجيات المواجهة للتعامل مع وضعية المرض و يختلف استعمال هذه الاستراتيجيات من فرد لأخر خاصة استراتيجة المواجهة نحو الانفعال المسماة بالإنكار، اذ دلت دراسات " Abbott et al" (1996) ان اكثر من ثلث العملاء لا يقدرون خطورة مرضهم و يعيقون انفسهم ليسو بحاجة الى مجمل اساليب العلاج المقترحة.

فيما اسفرت نتائج دراسة" Conway et all " (1996) ان % 34 من العملاء الذين تم استجوابهم في هذه الدراسة، قد اوعزوا عدم امتثالهم للعلاج الى النسيان. اذ يستخدم انكار المرض كنمط دفاعي لمواجهة القلق الناتج عن التشخيص.

3.3. **دور الاسرة**: لقد اظهرت العديد من الد راسات اهمية الدور الذي تؤديه الاسرة في عملية العلاج ، اذ الامتثال للعلاج لدى الطفل يرتبط بالدرجة الاولى بانخراط الوالدين و التزامهم في تجسيد و تطبيق العلاج المقترح ، و دلت بعض الدراسات " Eddy et all " (1998) وجود ارتباط سالب عكسي بين الامتثال و الاختلال الوظيفي للأسرة، اذ لوحظت صعوبات في الالتزام بالعلاج حينما يوجد مناخ غير سوي داخل الاسرة او سوء تفاهم بين الوالدين.

4.3. **العوامل المتعلقة بالمرض:** من البديهي ان قلة المعلومات حول المرض او جهل العميل و أميته قد يفضي في بعض الحالات الى صعوبات في الالتزام بالعلاج ، فقد دلت دراسة " Guadas et koocher" ان الامتثال الجيد قد ظهر ان الذين يمتلكون معرفة جيدة للمرض.

5.3. **العوامل المتعلقة بشخصية العميل:** اكد العديد من الباحثين وجود علاقة ارتباطيه دالة بين الامتثال للعلاج و تقدير الذات ، خاصة في مرحلة المراهقة كما ان التصورات التي يحملها العميل للمرض تؤثر في درجة امتثاله، اذ يفترض نموذج السلوك الصحي Health behavior modelان العملاء الذين ينشغلون اكثر بصحتهم و يهتمون بها هم الاكثر امتثالا للعلاج ، فيما يرى نموذج مركز التحكم الصحي العميل الملتزم بالعلاج هو الذي يعتقد بأنه المسئول و الفاعل للأحداث التي تعنيه ، و من جهة اخرى ، يلجأ عادة العملاء الى استخدام استراتيجيات المواجهة للتعامل مع وضعية المرض و يختلف استعمال هذه الاستراتيجيات من

فرد لأخر خاصة استراتيجية المواجهة نحو الانفعال المسماة بالإنكار ، اذ دلت دراسات "Abbott et al"(1996) ان اكثر من ثلث العملاء لا يقدرون خطورة مرضهم و يعيقون انفسهم ليسو بحاجة الى مجمل اساليب العلاج المقترحة، فيما اسفرت نتائج دراسة " Conway et all " (1996) ان % 34 من العملاء الذين تم استجوابهم في هذه الدراسة، قد اوعزوا عدم امتثالهم للعلاج الى النسيان. اذ يستخدم انكار المرض كنمط دفاعي لمواجهة القلق الناتج عن التشخيص.

6.3. **العوامل المتعلقة بالعلاج:** تتطلب بعض الامراض علاجا مطولا ، حيث لا تختفي في أعراضها إلا بعد مدة طويلة ، فنتائج العلاج ليست فورية و يقتضي ذلك متابعة و انضباط لدى العميل و هو الامر الذي يصعب على الكثير الالتزام به ، كما ان المضاعفات الجانبية للأدوية المتناولة قد تشكل مكبحا للامتثال للعلاج، اذ العديد من العملاء لا يستطيعون تحمل بعض المضاعفات ، لذلك يلجئون الى توقيف العلاج ، اضافة الى ذلك فان هناك بعض الادوية ذات التكاليف الباهظة ، تجعل بعض العملاء عاجزين عن شرائهاعلى فترة مطولة رغم وجود ضمان اجتماعي.

7.3. **دور المعالجين:** تؤدي العلاقة بين المعالج و العميل دو ا ر اساسيا في الامتثال ، فوجود علاقة طبية بين الاطباء او الممرضات يساعد العميل على الالتزام بما يقدم له من توصيات طبية، فنلاحظ المظاهر التالية : سوء تنظيم مواعيد المعاينة، التوصيف الدوائي الخاطئ ، غياب تحسن الحالة الصحية و ربما تدهورها، تدخل العديد من الاطباء في توصيف الداء و العلاج حيث كل طبيب يصف ادوية مغايرة، ضعف اهتمام الطبيب و بالتالي صعوبة الاتصال.

8.3. **الموقف من المجال الطبي:** ان عدم وجود ثقة تامة اتجاه الطبيب و العلاج الطبي لدى بعض العملاء قد يؤدي الى عدم الانخراط في العملية العلاجية . اذ على الرغم من كونهم قد التجئوا الى الطب الحديث الا انهم يميلون الى الاعتقاد في فعالية العلاج الشعبي أو التداوي بالأعشاب او يجمعون بين العلاج بالعقاقير و التداوي بالأعشاب بدون علم الاطباء ، فقد دلت دراسة " Schmidt et al " (2007) التي اجريت على 1423 عميل فرنسي ان 64%منهم قد لجئوا الى ما يعرف بالطب الموازي كالتداوي بالأعشاب ، و الطب الشعبي المشعوذ و غيرها.

9.3. **فترات تعقد المرض:** تعد الفترات التي تتدهور خلالها صحة العميل و تتفاقم حالته، عامل مخاطرة لعدم الامتثال للعلاج ، خاصة لدى المراهق بسبب شعوره بالإحباط و اليأس في غياب تحسن ملموس لحالته الصحية بعد اذعانه للعلاج، ما يزيد من رفض العميل هو التصعيد العلاجي بتكثيف تناول جرعات الدواء و توقيفه، و تشديد نظام التغذية و الحمية.

04.العوامل المعرفية في الامتثال:

يحتاج المرضى لتبني سلوك الامتثال الى مراحل يتخللها عوامل و مهارات معرفية هي:

1.في الاول يبدأ المرضى بجمع المعلومات و المعطيات حول كيفية و متى يتم تناول الدواء وذلك باستشارة الطبيب او الصيدلي و ذلك بقراءة الوصفة الداخلية، و بالتالي قد تعود عدم ملائمة في بعض الحالات الى عدم الحصول على المعلومات كافية و هذا يتخلى المرضى عن تناول الادوية. **(Morrow 1988)نقلا عن (بن قيار كريمة، 2017)**

2.يعمل المرضى على تحليل المعلومات و المعطيات المتعلقة بالمعرفة الاولية للعلاج المقترح عليهم و هذا ما يسمح ببناء نموذج عقلي يتضمن طريقة التعامل مع هذا العلاج (الامتثال) (Nilson et ruth 1989) ، يحتاج هذا التنظيم الى فهم و تذكر تلك المعلومات) (Park et poon 1989 فالتنظيم الضعيف يؤثر سلبا في عملتي الفهم و التذكر(Ley ,1978) ، فالمريض الذي يفهم جيدا المعلومات المقدمة له حول مرضه و علاجه سوف يمتثل لهاLeirer) (et al ,1991 فالذاكرة كعملية معرفية ضرورية لتبلور سلوك الامتثال (Pariante ,1991) كما تتضمن الملائمة مهارات معرفية اخرى مثل المراقبة، اي كيف يتم فهم و تذكر التعليمات الطبية ذلك ان السياقات المعرفية تتطلب جهدا عقليا و يخضع هذا الجهد للاعتقادات المتعلقة بدرجة الم ا رقبة الخاصة بالصحة و شروطها و كذلك قيمة و فعالية العلاج.

(Wallston ,1987) نقلا عن (بن قيار كريمة، 2017)

3.يتبلور الامتثال لدى المريض في المرحلة الثالثة عندما يتخذ ق ا ر ا ر بإتباع التعليمات الطبية اي تتبع المواصفات كلها، و يؤكد "Rosenstock ",(1966) في نموذجه للمعتقدات الصحية ، ان اخذ القرار هو مها رة معرفية ضرورية في مسار الامتثال و هذا يؤكد الاعتقاد بفعالية العلاج (Rosenstok ,1979) و فعالية الذات.

4.اهم عملية معرفية اخرى هي فهم تعليمات العلاج (الادوية و الحمية) اي يفهم المريض ما هو مطلوب منه (Svarstod ,1979) ذلك لان من بين اسباب عدم الملائمة هو ان المريض لم يفهم ما قاله الطبيب ولم يستوعب مختلف الشروحات المقدمة له فيما يتعلق بعلاجه (Hurley et schiller,1987) ، واستنادا لهذا فان المرضى يتبعون تعليمات الطبيب عندما يقدم لهم شرحا مستوفيا حول تشخيص المرض، العلاج، المآل، خطوات تناول الادوية نوع الحمية، ويفضل ان تكون التعليمات مكتوبة و مقروءة و يطاب من المريض اعادتها حتى يتأكد من فهمها و هي طريقة لتعلم الامتثال(Dinicila,1982)الى اقناع المريض بنوعية العلاقة (طبيب ، مريض) و هذا يؤدي الى مؤشر ايجابي يؤدي للامتثال ، اما الاطباء الذين يظهرون الغضب و عدم التقمص الوجداني ، عدم الصبر يؤدي ذلك لعم الامتثال العلاجي.

(Scherbourne ,1992) نقلا عن (بن قيار كريمة، 2017)

05.الخصائص النفسية الاجتماعية للمرضى غير ممتثلين:

يحتاج تبلور سلوك الامتثال لدى المرضى الى مجموعة من الشروط هي: الدافعية، التقبل ، الاعلام، مشاركة المريض و استناد الى نموذج معتقدات الصحة.

و يؤكد " Becker et maiman" (1975) لى اهمية الامتثال في العلاج و ان سلوك الامتثال يتحدد من خلال خمسة (05) عوامل سيكولوجية هي:

1.إدراك مسار المرض و شدته.

2.إدراك مدى المضاعفات الايجابية لتناول الدواء.

3.إدراك خطورة الظروف المحيطة بالمرض.

4.إدراك نتائج فعل او سلوك الامتثال.

5.إدراك العوامل الداخلية و الخارجية للسلوك (الدعم الاجتماعي و المقاومة)

ويرى " **Haynes** " **(1979) أنه** قد فشلت العديد من الدراسات في ايجاد العلاقة بين الامتثال العلاجي و الخصائص النفسية و الاجتماعية لدى المرضى المزمنين و ذلك فيما يتعلق الجنس ،السن ،المستوى الاقتصادي ،الاجتماعي ،الحالة الاجتماعية ،الوظيفة ،المستوى

التعليمي ،السكن الحضري او الريفي، و قد وجد Haynes و جماعته (1979) في دراسة على المرضى و اعتمادا على اختبار MMPI اختبار منيسوتا المعدد الاوجه انه ليس هناك علاقة مباشرة بين الامتثال و سمات الشخصية في حين وجد "Kaplan et al "(1999) بعض الخصائص التي يتميز بها المرضى الذين اظهروا امتثالا لعلاجهم و هي التوجه المستقبلي ،التفاؤل ،الاستقرار و الدافعية و هي عوامل ترتبط بالامتثال، و لعل هذا يعود الى دور الوضعية اذ ان المرضى يظهرون امتثالا مع وضعية معينة نتيجة عوامل دخيلة(احداث حياتية اخرى ، إدراك الدعم الاجتماعي).

وذهب "Moos" (1973) إلى أن الوضعية هي الادوية و نوعيتها ،و كميتها ،و المواعيد المحددة لأخذها ،نوع الحمية ،فكل هذه المؤشرات كلما تعقدة كلما ساعدت في ظهور سلوك عدم الامتثال ،اذا المشكل ليس في سمات الشخصية للمريض و انما في شكل الوضعية المعاشة من طرف المريض .و لهذا فان المريض قد يمتثل للتعليمات الطبية في وضعية معينة ولا يمتثل في وضعية اخرى .و انطلاقا من هذه النقائص في البحث عن اسباب الامتثال و عدم الامتثال جاءت محاولات للبحث اساسا حول الوضعية و نشير هنا الى كتابات حول المحددات و العوامل المحيطة المساعدة في سلوك الامتثال و عدم الامتثال.

انطلق " Moos " من خلال سؤال : يفشل المريض(أ)في اخذ ادويته ؟ تكون الاجابة من خلال وجهتي نظر:

1-الموجهة نحو السمة : هنا يقوم الباحثون الى قياس الشخصية لهذا المريض سماته ،دافعيته.

2-الموجهة نحو الوضعية : يلجا الباحثون الى قياس الخصائص المحيطة الخاصة بالمريض مثل الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض ،ظروفه المهنية و العائلية اي هل تساعد هذه العوامل في الامتثال للتعليمات الطبية مثل اخذ الادوية في مواعيدها عندما يكون المريض في شغله.

المحاضرة العاشرة: التربية العلاجية لبعض الأمراض المزمنة

أولا: التربية العلاجية لمرضى السكري.

نقدم مثالا عن شخص يعاني من مرض السكر ،بامكانه ان يتحصل على المعلومات من احد افراد عائلته يكون ايضا مصابا بالسكري ،او من جماعة من المرضى يلتقي بهم في المستشفى(قاعة الانتظار)،او من خلال الاسئلة التي يطرحها الطبيب المعاين، و كذلك من خلال الاحاسيس التي يعيشها جراء المرض : التعب ،العطش الزائد ،الغثيان،البول المتكرر ،بالإضافة الى الملاحظات التي يسجلها عند اخذه لعينة الدم Glycémie و يدرك المصاب بالسكر الفرق الموجود بين الحالتين ،حالة امتثال للمعومات الطبية ،اتباع الحمية و حالة عدم الملائمة ،عدم احترام نظام التغذية اذ ينجز عن الحالة الاولى توازن نسبة السكر ،و في الحالة الثانية اضطراب نسبة السكر و مضاعفاته.

1. **تموين تصور حول تهديد المرض:** ان تصور تهديد المرض يعرف من خلال خمسة(05) خصائص و هي التي تحدد التصور المعرفي الذي يكونه عن مرضه بالإضافة الى معاشه الانفعالي للمرض اي تصوره المعرفي و هذه الخصائص هي كالتالي:

2. **تعريف المرض** : يشير تعريف المرض الى : اسم المرض ،نوعه ،تصنيفه و اع ا رضه ،مثلا نعرف مرض السكر Diabéte من خلال : مجموع الاع ا رض العيادية تحاليل الدم و البول ،عندما يكون المرض معرفا و شخصا و يكون المصاب به مطمئنا لان معرفة المرض يعني تحديد العلاج بسرعة اما عندما يكون المرض غير معرف فان المريض يكون قلقا و متوقعا لكل الاخطار و بالتالي من الصعب وضع برتوكول علاج ما.

3. **مدة المرض** : يمكن ان يكون المرض حاد aigu لمدة زمنية محددة ثم يشفى منه المصاب حيث تختفي الاعراض تماما و قد يكون دوريا اي يظهر لفترة معينة يتعرض المصاب الى الاستشفاء ثم يشفى و لكن قد يعاوده المرض مرة اخرى و يصبح مزمنا اكثر.

4. **الانعكاسات** : و هي تشير الى ما يدي اليه المرض اي مخافته و ذلك على المدى القريب و البعيد وهي تمس الجانب العضوي ،الاجتماعي و المهني بالإضافة الى الانعكاسات السيكولوجية كالقلق و الاكتئاب خاصة في الامراض المزمنة.

5. السببية : تشير السببية في المرض الى الاعتقادات المتعلقة بالعوامل المساهمة فيتطور المرض دون ان ننسى الاسباب السابقة له Les antécédants و في كثير من الحالات يعتقد المريض ان السبب في تطور مرضه و ان له دورا في حدوثه فيراوده الشعور بالذنب ،و لكن في حالات اخرى يظهر المريض مشاعر الغضب ،و التمرد ان الاخرين هم السبب في مرضه مثلا : اعتقاد ان اهمال الطبيب و عدم اهتمامه بحالته هو الذي جعل مرضه يتفاقم.

6. إدراك الضبط والمراقبة: يشمل إدراك الضبط لتهديد المرض على ثلاث عوامل و هي مأخوذة من النظرية الاجتماعية المعرفية ل Bandura 1979 و هي:

. انتظار و توقع الفاعلية الذاتية.

. إدراك الكفاءة الذاتية.

. توقع النتائج و المها رات الضرورية لمواجهة المرض.

نأخذ مثالا عن مريضة بالسكر ،فهي تملك كل المعلومات الضرورية لتسيير حميتها الغذائية (اهمية الوجبات ،المواد الضارة) ولكن تشعر بعدم قدرتها على تطبيق هذا البرنامج يوميا و ذلك منذ ان فقدت زوجها، ويعود ذلك للشعور بالوحدة والاكتئاب، وفقدان الدعم الاجتماعي و القلق الذي يسيطر عليها تندفع نحو الاكل بشراهة.

7. **مرحلة المقاومة** : تشير هذه المرحلة الى عملية التخطيط و تبني استراتيجيات المقاومة و اختيار السلوك الصحي و ذلك لمواجهة تهديد المرض و الانفعالات المصاحبة له ،هناك نوعين من إستراتيجيات المقاومة و هي:

. الاستراتيجيات المركزة على تسيير الانفعالات والتي تسعى اساسا الى التقليل من الوجدان السلبي مثلا انكار المرض الخطير ،كالسرطان ،فالمريض يفضل المصطلحات الاقل تاثيرا مثلا الأورام عوض السرطان ،و بالرغم من اهمية هذه الاست ا رتجيات في مواجهة المرض الا انها لكنها لا تسمح بتغيير السلوكات المرتبطة بالصحة مثلا ،فالمريض الذي ينكر انه مصاب بمرض القلب لا يبذل اي جهد في تغيير نمط حياته (تسيير الضغط ،ممارسة الرياضة)مع ان هذا

ضروري للحفاظ على صحته ،و لهذا يظهر انه من الصعب تغيير السلوك المرضي اذا لم يكن هناك تحكم في الانفعالات.

. إستراتيجيات المركزة على المقاومة الادائية (حل المشكل)فهي تهدف الى تغيير الوضعية و تيني السلوك الصحي كالامتثال للتعليمات الطبية مثلا : اخذ الادوية ،اتباع الحمية ،الرياضة ،التحكم في القلق و الاكتئاب دون اللجوء الى الكحول و المهدئات.

8.طرق تحسين الملائمة العلاجية:

1. التعليم الطبي من اجل تقديم الوقت الكافي للمرضى لشرح المخططات العلاجية للمريض. شرح الاسباب التي ادت الى هذا النمط العلاجي.

2.توفير المعلومات للمرضى حول المرض و الادوية المناسبة و الضارة.

3.محاولة بناء علاقة مناسبة مع المرضى بحث لا تكون استبدادية او متساهلة.

4.استخدام مخططات او امثلة بسيطة و المعلومات التي يتم توزيعها تكون في فئات أو مراحل محاولين إدراج الدواء مع السلوكيات اليومية الاخرى مع الاعادة و التك ا رر حتى يؤكد فهم المريض. **(بن قيار كريمة، 2017)**

ثانيا: التربية العلاجية لمرضى ضغط الدم:

يمكن خفض مستوى ضغط الدم بتناول الغذاء الصحي؛ حيث ما يتم تناوله يؤثر في فرص الإصابة بارتفاع ضغط الدم .كما أن اتباع خطة للغذاء الصحى يمكن أن يقلل من خطر ارتفاع ضغط الدم وانخفاضه .لذا من المهم اتباع نظام غذائى صحى للقلب من أجل التحكم فى ضغط الدم .ويمكن خفض مستوى ضغط الدم عن طريق تناول أطعمة منخفضة الدهون المشبعة وعلى هذا الأساس فإن الالتزام الصحي لدى ذوي الاضطرابات القلبية الوعائية وخاصة ضغط الدم يرتبط ب:

1.طريقة الحياة و الصحة: يذكر الطبيب الباطني "جون نوويلز" أن أكثر من 33 % منا يولدون أصحاء ثم يمرضون نتيجة لكل من سوء سلوكهم الشخصي والظروف البيئية وقصد التعرف على أهمية طريقة أو أسلوب الحياة في الحفاظ على الصحة اجريت العديد الدراسات

المسحية، ومن بينها دراسة "بلوك وبراسلو" على ما يقارب السبعة آلاف (7000) فرد من الجنسين بين 21 و 71 سنة وتبين من خلال نتائجها أن هناك علاقة واضحة بين الصحة الجسدية الجيدة وبين الممارسات السلوكية الصحية السبع التالية:

- النوم ما بين7 إلى8 ساعات في اليوم.
- المواظبة على تناول طعام الإفطار يوميا.
- الامتناع عن الأكل.
- لنشاط الرياضي او لحفاظ على الوزن المناسب .
- الامتناع عن التدخين.
- الامتناع عن تعاطي المشروبات الكحولية

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، هي أنه كلما ازداد عدد السلوكات الصحية الممارسة و إزداد الانتظام والمواظبة عليها، كلما ا زد معها تحسن المستوى الصحي للأفراد داخل أفرادعينة الدراسة. وفي نفس السياق بينت نتائج دراسة تتبعية أخرى أن نسبة الوفيات بين الأفراد تتناقص بشكل عام كلما إزداد عدد الممارسات الصحية السبعة المشار إليها سابقا لديهم. **(الزروق 2115 ص 56-57)**

2.الرياضة وخفظ الوزن:

حديثاً بدأ المختصون في المجال الطبي وعلم النفس الصحي يوجهون انتباههم لدور التمارين الهوائية في الحفاظ على الصحة العقلية والجسمية وتعتبر التمارين الهوائية من الرياضات المساندة التي تنشط وتقوي القلب والرئتين، وتزيد من فعالية الجسم في الاستفادة من الأكسجين وتمتاز جميع التمارين الهوائيه بشدتها وطول مدتها، وما تتطلبه من قدرة عالية على التحمل ومن الأمثلة عليها الهروله وقيادة الدراجة والقفزة بالحبل والجري والسباحة كما وجد أن التمارين الهوائية ترتبط

- بزيادة واستمرار اللباقة القلبية الوعائية .
- تقليل خطر الإصابة بالنوبة القلبية .
- وتحقق فوائد عديدة ممكن أن يتمتع بها كل فرد .

وتعتر التمارين من أهم العادات الصحية بالنسبة للمسنين، وتمتد فوائدها في تحقيق اللياقة القلبية الوعائية (لتشمل حتى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة.

ومن الفوائد الأخرى التي تحققها ممارسة التمارين الرياضية: هي:

- زيادة فعالية الجهاز القلبي التنفسي.
- زيادة طاقة الجسم الإنتاجية .
- تحقيق الوزن الأمثل للجسم .
- زيادة النشاط والقوة العضلية، وزيادة مرونة.
- خفض أو ضبط فرط ضغط الدم .
- تحسين مستوى الكوليسترول .
- ضبط نسبة السكر .
- ضبط القدرة على تحملالضغط، وتقليل العادات الضارة بالصحة كالتدخين وشرب الكحول، والتعذية السيئة. **(تايلور، 2008، ص 172-173)**

3.الاقلاع عن التدخين:

يؤدي التدخين إلى تعرض الفرد إلى مخاطر صحبة أخرى، وذلك من خلال التأثير الذي يحدثه في تنبيه عوامل أخرى ضارة بالصحة ,فعلى سبيل المثال، تتفاعل الآثار الناجمة عن التدخين مع كوليسترول مصل ومعدلات (Morbidity) هما يؤدي إلى زيادة معدلات الإصابة بالأمراض (Serum Cholesterol)الدم المتسببة عن أمراض القلب بدرجة تفوق كثيرا ما يتوقع حدوثه من مجرد إضافة الآثار (Mortality) الوفيات الخطرة الناتجة عن التدخين.

مع التدخين بطريقة خطيرة .فالنيكوتين لدى الرجال قد يزيد من معدل القلق.

ويمكن أن يتفاعل الضغط ردود الفعل القلبية لدى التعرض للضغط .كما يمكن أن يقلل التدخين لدى الم أ رة من معدل نبض القلب، ولكنه يزيد معدل ضغط الدم، مساً ردود فعل عكسية أيضاً وتأثير المنبه للنيكوتين على الأجهزة القلبية الوعائية قد يعرض المدخنين لخطر الإصابة بأزمة قلبية مجانيه، كما أن التأثير بعيد المدى الناتج عن(CHD)التفاعل اوستجابة للضغوط، قد يؤدي إلى تقادم مخاطر الإصابة بأم ا رض القلب والشرايين التاجية

وزيادة على ذلك، هناك بعض المؤثرات التي تبين أن النية الأساسية الفسيولوجيه نساهم عموماً مع الميل للتدخين والاستجابة المشرطة عند التعرض للظروف الضاغطة، إلى زيادة خطر التعرض إلى الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية . **(.تايلور، 2118، ص 261)**

ثالثا: التربية العلاجية لمرضى السرطان:

01. المراحل التي يمر بها مريض السرطان حسب علم النفس :

1.1. الاعلان عن السرطان (مرحلة الصدمة) : لا ينطلق تاريخ المرض عند التشخيص بل يبدأ بمجرد اكتشاف الاعراض الاولى ورم، نزيف، الخ. ما يسب حالة قلق هام ان الاعلان عن السرطان وكما يوضحه فيراقوت *Ferragut* (2007) هو بمثابة صدمة، اعتداء، هجمة. ان الاعلان وما يتبعه من متغيرات جذريه يعتبر فاصل بين ما قبل وما بعد.

حدد فينو *Vignou* (2015) ثلاث مراحل أساسية

1- الصدمة الاولى : ان الدقائق التي تتبع التشخيص تظهر فيها شحنات انفعالية حادة، أين ينتقل الانسان من الصحة الى المرض وبالتالي الفقدان (الاسرة، المشاريع المستقبلية، الصحة).

2- النفي : بعد صدمة تشخيص السرطان وما ينتج عنها من تغيرات تؤدي احيانا الى النفي، هذه المرحلة تكون قصيرة في اغالب.

3- المقاومة : يظهر المصاب اتجاهات سلبية نحو فريق المعالج.

21. مرحلة العلاج (معركة بين الجسم والنفس) :

بعد التشخيص ينتقل المصاب الى مرحلة جديدة هي مرحلة العلاج، يتغير ايقاع حياة المصاب، فحوصات، تحاليل، مواعيد مع الاطباء، استشفاء، علاج كيميائي، علاج اشعاعي. في هذه المرحلة تظهر مخاوف مرتبطة بما يحصل للمصاب يجد المصاب نفسه ما بين الرغبة في العلاج والخوف منه الرغبة في العلاج باعتباره الوسيلة الوحيدة للشفاء والخوف من أثاره الجانبية.

3.1. مرحلة الهجوع :

من الناحية الطبية الهجوع أو الشفاء الجزئي هو مرور سنتين من الاختفاء الكلي للخلايا السرطانية، هي مرحلة حاسمة تقع مابين المرض والشفاء يكون الشفاء مصحوب باختفاء أعراض السرطان والاثار الجانبية للعلاج، يصعب الحديث عن الشفاء في مجال الاورام، الشفاء الكلي فكما ذكر بن سوسان وديبوا *Bessoussan* et *Duboit* (2009) لايتم الحديث عن الشفاء قبل مرور سنوات من الهجوع *la remission* .

مرحلة الهجوع قد تحدث فيها انتكاسة والتي تعني تأزم المرض من الناحية النفسية حسب بن سوسان وديبوا. (عبوين، 2021، ص155-156)

4.1. مرحلة النهاية *Phase palliative* :

ان الاعلان عن هذه المرحلة يعني فشل العلاج وبالتالي استحالة الشفاء من السرطان، هذه المرحلة تكون مصحوبة من الناحية النفسية بقلق الموت. في هذه المرحلة تكون الهدف من العلاج تحسين نوعية الحياة هنا يتحدث اوليفي *Ollivier* (2007) عما يعرف بالموت الامثل «*Bien mourir* ». بالنسبة للمرضى تعتبر هذه المرحلة مؤلمة يشمل الالم النفسي الجسمي الاجتماعي، الروحي. يعيش المريض معاناة شديدة الفقدان التدريجي للاستقلالية العجز، قلق الموت (يتدخل هنا الجانب الروحي بشكل كبير) (المرجع السابق، ص156).

02. الصحة النفسية لدى المصاب بالسرطان :

الامر الذي لا يمكن تجاهله لدى الاشخاص الذين تم تشخيصهم بمرض السرطان هو تراجع في استقرار حالتهم النفسية وظهور مشاكل نفسية، فالمعاناة الجسدية تخلق معها معاناة نفسية بدرجات متفاوته وهذا لطبيعة علاقة الجسد والجانب النفسي للإنسان.

وهذا ما أثبتته عدة دراسات منها : الدراسة التي أجراها كل من "كلوس" و"ماجوري" و"باستون " بالمعهد النفسي في مدينة "بتسلفانيا" وكانت النتيجة ان استجابة المصابين بالسرطان الانفعالية كانت قوية، ومرضى السرطان يفرغون توتراتهم في أجسامهم عوض من اظهارها للخارج وهذا ما يضر مجموعة الوقاية والحصانة في الجسم. كما وجد الباحثون في

هذا المجال ان الانفعالات لا تؤثر فقط في بدء ظهور السرطان بل في معدل نموه، حيث ان نمو الاورام السرطانية قد يكون بطيئا عند بعض المرضى، بل يكون سريعا يؤدي الى الوفاة لدى البعض الاخر من لديهم سمات شخصية انفعالية.

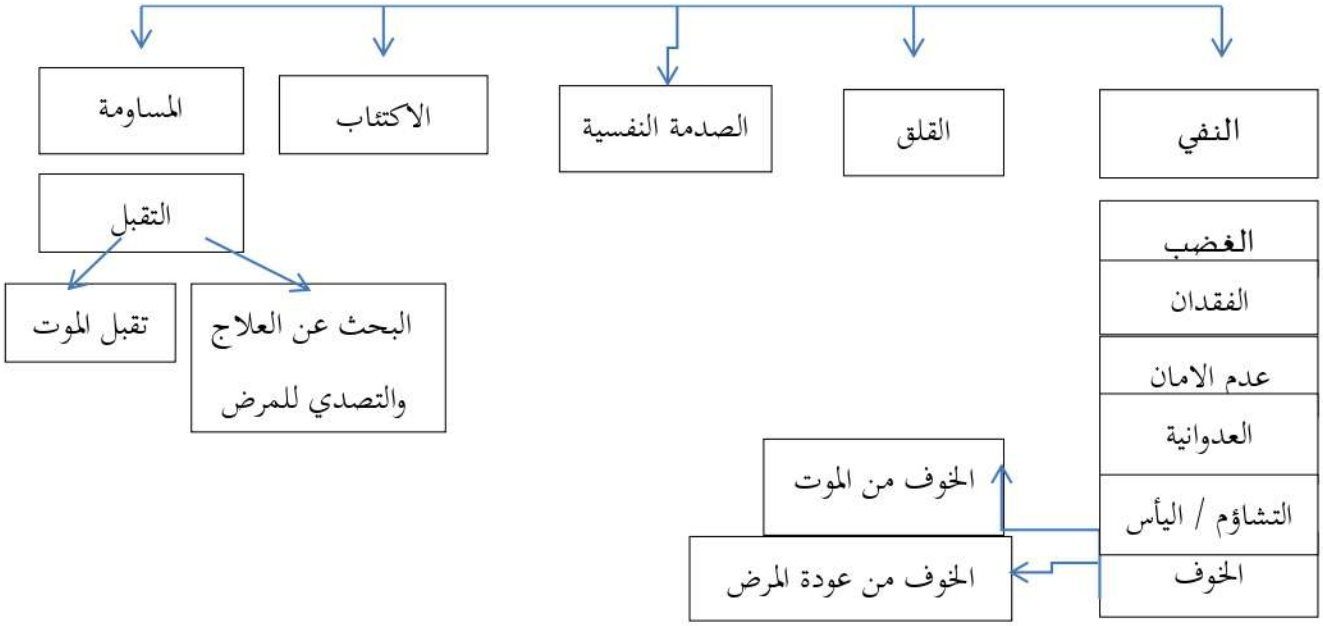
(عنو، 2021، ص346-347).

ان الاستعداد الفيزيولوجي للإصابة بالمرض غير كاف مالم تضف الى عوامل انفعالية مكبوتة وغير معبر عنها، إذ أن تراكم الاحباطات عند فرد ما قد يدفعه الى الاصابة الجسدية بالسرطان، لمجرد تعرضه لصدمة ما، وهذا ما يعرف بالعامل المفجر *Facteur Declenchant*، وفي هذه الحالة تفشل القدرات العقلية على تجاوز الصدمة اذ يكون الجهاز المناعي ضعيفا نوعا ما، وبالتالي تكون الارضية مجهزة لانطلاق أول أعراض المرض أو الخلل العضوي. (النابلسي، 1992، ص125).

يعود نشوء المشاكل النفسية والتعقيدات الصحية لدى مريض السرطان الى عدة عوامل يمكن ان تكون متضافرة أو منفردة، كتدهور العام للصحة وتضاعف الالم واضطراب الوضع الاجتماعي والاقتصادي للمريض وتفكيره في كلفات العلاج، كما ان ردود العائلة على المرض كالحماية الزائدة او الحداد المبكر، كما ان بعض الاورام لها مضاعفات نفسية مباشرة مثل سرطان البنكرياس والاكتئاب، اضافة الى خوف المريض من المجهول ومضاعفات العلاج، كل هذا له دور في ظهور المشاكل النفسية للمريض ويساهم في ظهور الاضطرابات النفسية المصاحبة، حيث توصلت الدراسات التي مست هذا الموضوع الى تحديد سبعة اضطرابات نفسية رئيسة تتوافق مع السرطان وهي: - اضطراب التكيف / اضطرابات المزاج، الكأبة / الهذيان / اضطراب القلق العام / العته (الخرف) / اساءة استعمال الادوية والمؤثرات العصبية والادمان / اضطراب الشخصية عضوي المنشأ.

(حمايدية، 2016)

الشكل رقم ( ): يبين الاستجابات النفسية عقب الاصابة بمرض السرطان



03.التدخلات العلاجية النفسية عند مرضى السرطان :

- أخصائي النفسي للأورام *Le psycho-oncologue* :

أخصائي النفسي للأورام هو اخصائي متخصص في التكفل بمرضى الاورام يكمن دوره في الرعاية النفسية للمصاب بالسرطان واسرته والعمل على تحقيق الراحة النفسية لهم، ويعمل على تقييم أثر المرض على الصعيد النفسي والاجتماعي والسلوكي للمريض، وتكون مرافقة الاخصائي للمريض تشمل جميع مراحل المرض وحتى عند انتهاء العلاج وهنا يعمل على اعادة تأهيل المريض وبناء التوازن النفسي له، من أجل العودة الى حياته الطبيعية.

- الكفالة النفسية لمرضى السرطان مهمة جدا، نظرا للاضطرابات النفسية التي يحدثها المرض والالم، وتدني نوعية الحياة اضطرابات علائقية، ويتم العلاج النفسي لهؤلاء المرضى على عدة مراحل هي :

- اعادة تربية المعرفية (خاصة بالسرطان).
- علاج سلوكي.
- تسيير الضغط.
- علاجات اسنادية. ***(Lantheaume,2017)***

.قائمة المراجع :

1- أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد.(2014): **علم النفس الايجابي – ماهيته و منطلقاته النظرية و آفاقه المستقبلية"**.الإصدار المكتبي لمؤسسة العلوم النفسية العربية. العدد34.ص ص 02-4

2- بن قيار كريمة (2017): **الإمتثال العلاجي وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكري، دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي، جامعة يحي فارس المدية.

3- بوعود أسماء (2020): **مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس الصحة**، موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة سطيف2.

4- تودرت على نسيمة(2020): **محاضرات في علم النفس الصحة**، موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله.

5- حربوش سمية (2017): **الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة**، مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة عبن تموشنت، الجزائر، المجلد (01)، العدد (02° ص247-278.

6- حمايدية، علي. (2016). **التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن. *رسالة دكتوراه***. جامعة سطيف. الجزائر.

7- خشاب، سعاد (2011): **علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين**، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والإسلامية، جامعة لخضر، باتنة.

8- الدغستاني سناء وديار المفتي (دس): **المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي**، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد (02).

9- رضوان سامر وكونراد ريشكة (2001): **السلوك الصحي والإتجاهات نحو الصحة، دراسة ميدانية مقارنة بين الطلاب السوريين والألمان**، مجلة الشؤون الإجتماعية، العدد (25)، ص 55-72.

10- الزروق، فاطمة الزهراء(2015): **علم النفس الصحي مجالاته نضرياته والمفاهيم المنبثقة عنه**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

11- زناد دليلة (د س): **محاضرات في علم النفس الصحة**،موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.

12- زناد دليلة وبورجي شاكر أمين (2017): **علم النفس الصحة: النماذج والمفاهيم والتطبيقات**، مجلة دراسات في علم النفس الصحة، جامعة الجزائر2، المجلد (02)، العدد (01°، ص 08-23.

13- شقرونة فطيمة الزهرة(2020): **تأثير برنامج تربية علاجية على فعالية الذات لدى أطفال مرضى الربو (8-14) سنة**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر باتنة1، الجزائر.

14- صلاح الدين محمد توفيق (2011):**تحسين نوعية الحياة للطفولة العربية لذوى الحاجات التربوية الخاصة في إطار جوهر فلسفة حقوق الطفل**، مجلة علم التربية، العدد (27).

15- العارف بالله محمد الغندور (1999): **أسلوب حل المشكلة وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية**. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي(جودة الحياة توجه قومي للقرن الواحد والعشرين)، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، .

16- العاسمي، رياض(2016): **علم نفس الصحة الإكلنيكي**، ج2 ، الأردن :دار الإعصار العلمي.

17- عبوين، سمية (2021): ***الاكتئاب في مجال علم الاورام النفسي. مجلة الاكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية، المجلد 19. (ع01)***. 153-165.

18- عدود صليحة (2015): **الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإلتزام العلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر، باتنة1، الجزائر.

19- عرعار غنية (2021): **السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين، دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث في علم النفس تخصص علم النفس الصحة، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.

20- عنو، عزيزة (2021): **الاضطرابات السيوكوسوماتية والصحة الجسمية**. الجزائر : دار الخلدونية.

21- الغندور، العارف بالله محمد.(1999):**أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، فعاليات** المؤتمر الدولي السادس.مركز الإرشاد النفسي (جودة الحياة توجه قومي للقرن الواحد والعشرين).أيام12-13-14-15 نوفمبر.جامعة عين شمس. القاهرة.ص ص 66-82.

22- كاظم، علي مهدي ومنسي، محمود عبد الحليم.(2010): **تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان**، المجلة العلمية الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا. المجلد01 .العدد01 .ص ص 41- 60.

23- المشعان عويد سلطان وخليفة عبد اللطيف (1999): **إستخدام الناقلات العصبية بين الطلاب جامعة الكويت**، مجلة الخدمة الإجتماعية النفسية والتنمية، جامعة الكوين.

24- النابلسي، محمد أحمد.(1992). **مبادئ السيكوسوماتية وتصنيفاته، ط1**. لبنان : دار الهدف.

25- نجوى خليل (1991): **مؤشرات نوعية الحياة بين مدخل العلم الواحد ومدخل تكامل العلوم**، المجلة الاجتماعية القومية، المجلد (28)، العدد(02).

26- نوار شهرزاد ونرجس زكري (2016): **الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بمدينة ورقلة**، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد (02)، العدد (02)، ص 85-108.

27- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم (2011): **الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا**،رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة الأزهر.غزة.

28- A. Al-Qasem,F. Smith 1 and S. Clifford, Adherence to (2011), **medication among chronic patients in ,Middle Eastern countries: review of studies Eastern Mediterranean** Health Journal ,La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, Vol:17 No:4p,357-363.

29- Bruchon-scheitzer,M &Quintard,B(2001), **personnalité et maladies, stress coping et ajustement**, bunod, paris .

30- Lantheoume, Sophie. (2017). **La psycho-oncologie**. France : Editions in prees.

31- Piollet, calmette. (2002). **Qu est- ce que la psycho-oncologie** ?. la lettre du sénologue, n18.