



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عباس لغرور خنشلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة بعنوان:

التدخلات في علم النفس الصحة

طلبة السنة الثانية ماستر علم النفس الصحة

إعداد الدكتورة: فوزية بن كمشي

محاضر ب

السنة الجامعية: 2022_2023

محتوى المقياس

أولاً_ الوقاية

1- استراتيجيات الوقاية

2_ الوقاية وترقية السلوكات وأساليب الحياة السليمة

ثانياً_ تدخلات التربية الصحية

1- مفهوم التربية الصحية وأهدافها

2- أسس ومجالات التربية الصحية

3- الرعاية الصحية المدرسية

4- الحالة الصحية في المجتمع

5- التوجيه والتكوين نحو برامج التربية الصحية

6- العدوى والمناعة

7_ الأمراض الشائعة في العصر الحديث

ثالثاً_ استراتيجيات التدخل

فهرس المحتويات

الصفحة	العناوين
1	مقدمة
3	أولاً_ مجالات التدخل في علم النفس الصحة
3	1_ الوقاية
8	2_ تعزيز الصحة
16	ثانياً_ تدخلات التربية الصحية
16	1_ مفهوم التربية الصحية وأهدافها
18	2_ أسس ومجالات التربية الصحية
20	3_ الرعاية الصحية المدرسية
24	4_ الحالة الصحية في المجتمع
27	5_ توجيه والتكوين نحو برامج التربية الصحية
28	6_ العدوى والمناعة
28	6_1_ العدوى
32	6_2_ المناعة
38	7_ الأمراض الشائعة في العصر الحديث
42	ثالثاً_ استراتيجيات التدخل
42	1_ جوانب التدخل
46	2_ اختيار التدخل
47	3_ استراتيجيات التدخل
62	خاتمة
63	قائمة المراجع

يعد علم النفس الصحة تخصص من تخصصات علم النفس نشء وتتطور من خلال: أولاً التغيير في معني الصحة خاصة بعد أن وضعت منظمة الصحة العالمية سنة (1948) تعريف الصحة على أنها حالة من العافية الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس عدم وجود المرض، ثانياً الزيادة في الحالات المزمنة ففي القديم كانت الأمراض المعدية وتم السيطرة عليها إلى حد بعيد مع مرور الوقت ثم الحالات المزمنة ودور العوامل النفسية والسلوكية في التنبؤ بالصحة، ثالثاً ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية سواء على مستوى الأفراد أم على مستوى الحكومات بسبب انتشار مختلف الأمراض، رابعاً التقدم في التكنولوجيا حيث ساعدت التطورات العلمية في شتى المجالات الباحثين على فهم العديد من القضايا (ساندرسون، 2019)، بالإضافة إلى تطور العديد من التخصصات مثل: علم النفس النمو الارتقائي، علم النفس الفزيولوجي، علم النفس العصبي، علم النفس العيادي، علم الأوبئة....

فقد تم تعريف علم النفس الصحة من قبل العديد من العلماء والباحثين، وأول من عرف وحدد علم نفس الصحة كان ماترازو (Materazzo.1984)، حيث حدده بأنه الإسهامات العلمية لعلم النفس من أجل تنمية الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الأمراض ومعالجتها، ولتحديد العوامل والأسباب المرضية والتشخيصية المرتبطة بالصحة والمرض (يخلف، 2001، 29). وقد أجري تعديل على هذا التعريف لاحقاً ليشمل أدوار مختلف الأخصائيين النفسيين المشاركين في رسم سياسات الصحة النفسية، والمساهمين في أنظمة الرعاية الصحية. وهناك تعريف حديث قدمه برانون وفيست (Brannon & Feist, 2004) لعلم النفس الصحة على أنه ميدان يشمل اسهامات علم النفس في مجالات تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض وعلاجها، والتعرف على عوامل الخطورة الصحية، والتحسين من أنظمة الرعاية الصحية، وتشكيل الرأي العام فيما يتعلق بالصحة (تيموثي، 2007، ص 766). ومن تعريف كل من ماترازو وبرانون وفيست نستنتج أن الهدف الأساسي لعلم النفس الصحة هو تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض ومعالجتها والتأهيل وهي مجالات التدخل في علم النفس الصحة.

ويقصد بالتدخل (Intervention) هو نشاطاً مخططاً مصمماً لتحسين الصحة. يمكن أن يكون

علاجاً أو خدمة رعاية أو نشاطاً لتعزيز الصحة. (Scriben, 2010,18)

وعرف أيضاً التدخل النفسي على أنه وسيلة للإحداث تغيير في سلوك الفرد أو في أفكاره أو مشاعره (تيموثي، 2007، 487)، حيث تهدف التدخلات في علم النفس الصحة إلى: (أ) إدارة الأمراض المزمنة و / أو التي تهدد الحياة مثل التهاب المفاصل الروماتويدي والسكري والسرطان، (ب) علاج الاضطرابات

النفوسوفيزيولوجية مثل ارتفاع ضغط الدم واضطراب القولون العصبي وصداع التوتر والأرق؛ و (ج) تقديم رعاية مساعدة أو تكميلية للمرضى الذين يعانون من أعراض طبية مستعصية (مثل الألم) والاضطرابات النفسية المصاحبة مثل القلق والاكتئاب (Wells, Golding, & Burnham, 1989)، وفي حالات الجراحة وغيرها من الإجراءات الطبية الضاغطة. بالإضافة إلى الحد من التوتر، وتحسين نوعية الحياة/ جودة الحياة، وتقديم الدعم، وتعزيز أداء الجهاز المناعي، وتعزيز الالتزام بتوجيهات مقدم الخدمة، والحد من الإعاقة، وزيادة التنقيف والوعي. بالإضافة إلى توسيع نطاق خيارات العلاج المتاحة للمرضى، إن هذه التدخلات عززت تحكم المريض الشخصي ومهارات المواجهة وقدرتهم على إدارة حالاتهم الطبية وأعراضهم.

ومن أهم المبادئ والمواضيع الأساسية لتدخلات في علم النفس الصحة:

أولاً، نظراً للطبيعة المتطورة للميدان والتخصصات الصحية ذات الصلة، فإن المقاربة متعددة التخصصات لتطوير وتنفيذ تدخلات علم النفس الصحة لها ما يبررها. ثانياً، التدخلات المشتقة نظرياً والمدعومة تجريبياً هي تلك التدخلات ذات التأثير الإكلينيكي الأكبر والأكثر فائدة لصحة العامة، وبالتالي يجب نشرها واعتمادها. ثالثاً، يجب أن تكون تدخلات علم النفس الصحة حساسة للاختلافات في الجنس والثقافة والحالة الاجتماعية والاقتصادية وقابلة للتطبيق عبر المجتمعات والعوامل السياقية. رابعاً، يجب على المتخصصين في هذا المجال مراعاة المبادئ الأخلاقية التي يقوم عليها تطوير وتنفيذ التدخلات العلاجية من خلال ضمان حماية حقوق المرضى وأن تعزيز رفاهية الإنسان هو الهدف النهائي للتدخل. خامساً، البحث والتطبيق لهما تأثيرات متبادلة، كل منهما يعزز جودة وأهمية الآخر (Nicassio et al., 2004, 132_133).

والأدلة على فعالية التدخلات النفسية في الظروف الطبية قد تكون محددة لدى مرضى السرطان والشه العصبي المرضى، وإدارة الألم والإعداد لعملية جراحية. وتحليل الأدلة على فعالية تدخلات علم النفس الصحة، أثبتت الدراسات فعالية التدخلات النفسية على مختلف النتائج الذاتية والموضوعية في مختلف الظروف الطبية، كما أن هذه التدخلات قد تكون مفيدة في الحد من الانتكاس لدى مرضى السرطان، ومشكلات القلب والأوعية الدموية بالمقارنة مع العلاج الطبي وحده. (العاسمي، 2016، 41)

ولقد ازدادت أهمية تدخلات علم النفس الصحة في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى منذ أواخر السبعينيات. ولقد عكس استخدام مثل هذه التدخلات تطور مجال علم نفس الصحة باعتباره تخصصاً، وهو انعكاس للحاجة إلى توسيع نموذج الرعاية الصحية بما يتجاوز الأساليب الطبية الحيوية

التقليدية. (Engel, 1980) علاوة على ذلك، فإن زيادة اعتماد تدخلات علم النفس الصحة هي شهادة على أهميتها في تعزيز الحالة الصحية للمرضى في العديد من المجالات (Christensen & Antoni, 2002) (Nicassio et al., 2004, 132).

ومن خلال ما تم الطرق له سابقا، وبما أن موضوع علم النفس الصحة هو الصحة السلوكية فإن التأكيد على مجالات التدخل في علم النفس الصحة هي المحاور الأساسية التي سيتم تناولها:

أولا_ مجالات التدخل في علم النفس الصحة:

1_ الوقاية:

تعد الوقاية من مجالات التدخل في علم النفس الصحة، وقبل التطرق لها سنتطرق أولا للطب الوقائي:

1_1_ تعريف الطب الوقائي (Prevention Medicine)

يعرف الطب الوقائي بكونه فرعا من فروع الطب الأساسية، ويتبع بالتحديد فرع الطب المجتمعي، يعتني بالإجراءات والتدابير التي تتبع مجال الصحة العامة، وذلك في سبيل وقاية أفراد المجتمع بكافة مراحلهم العمرية من خطر الإصابة بالأمراض وخاصة الأمراض المعدية، بالإضافة إلى تقليل احتمال حدوث الإصابات وتعرضهم لها، كما يهتم الطب الوقائي بإيجاد وتطبيق طرق الوقاية من الأمراض، كما يهدف إلى التنبؤ بالأمراض قبل وقوعها ومنع لانتشارها.

ومن أهم المهام الموكلة إلى الطب الوقائي ما يلي :

●الوقاية من حدوث الأوبئة الصحية والتدخل السريع حين حدوثها لمنع انتشارها والتقليل من أضرارها.

●تحسين الصحة العامة للمجتمعات البشرية.

●الحفاظ على جودة الحياة للأشخاص الأصحاء والمرضى. (الزبون، 2012)

إن تجربة الطب الوقائي في البلدان المتقدمة أثبتت فاعليتها في رفع المستوى الصحي للأفراد والتقليل من الغاتورة الصحية التي يتحملها الفرد والحد من العجز المالي لميزانيات وزارة الصحة بشكل كبير وبالتالي فإن الطب الوقائي مجال حيوي وهام على المستويين الصحي والاقتصادي معاً. الأمر الذي دفع عددا كبيرا من الدول النامية إلى تطبيق تجربة الدول المتقدمة في مجال الطب الوقائي من أجل تحقيق الأمان الصحي والاقتصادي لأفرادها (الزبون، 2012) وهو نوعان:

الطب الوقائي للمجتمع:

إن الطب الوقائي للمجتمع مرتبط بشكل مباشر بالصحة البيئية من جهة وبالصحة الفردية من جهة أخرى، من خلال القيام بكافة الإجراءات الصحية من عمل خدمات صحية عامة وتفتيش صحي إضافة إلى اكتساب الخبرات والأنماط السلوكية والتمسك بالعادات الصحية الحسنة ونمو العلاقات الاجتماعية.

الطب الوقائي للفرد:

يرتبط الطب الوقائي للفرد بكل من الصحة البيئية والفردية والطب الوقائي للمجتمع، من خلال التأكيد على توعية الأفراد بأهمية الوقاية والعلاج والعمل على استخدام الطرق السليمة للحاجات اليومية، كذلك استخدام الأدوية واللقاحات من أجل الوقاية والعلاج. (الجنابي، 2020، 2)

1_2_ مفهوم الوقاية (Prevention):

تُفهم الوقاية من الأمراض على أنها تدخلات خاصة جماعية وفردية للوقاية الأولية والثانوية (الاكتشاف المبكر)، بهدف تقليل عبء الأمراض وعوامل الخطر المرتبطة بها.

ويقصد بكلمة الوقاية تلك الأنشطة التي تهدف إلى التعديل المباشر للعوامل المحددة الأساسية للأمراض، التي تندرج تحت فئتين عامتين فقط: الجينات أو العوامل الوراثية، والبيئة، أو بتعبيرات أكثر قدما الطبع والتطبع. (ساراتشي، 2015، ص 115)

وعرفت أيضاً منظمة الصحة العالمية "هي إجراءات ليس فقط لمنع حدوث المرض، بل أيضاً لإيقاف تقدمه وتقليل عواقبه بمجرد حدوثه". (WHO, 2012, 14)

1_3_ مستويات الوقاية: لقد تم ادراج عدة تقسيمات لمستويات الوقاية

التقسيم الأول:

_ الوقاية الأولية: Primary prevention

وتشمل كل الإجراءات المتخذة لمنع حدوث الأمراض ويشمل ذلك اللقاحات الطبية ومكافحة الحشرات وغسل الأيدي ونشر الوعي الصحي لدى العامة والتصدي للعوامل والعادات الشخصية التي تؤدي إلى حدوث المرض كالتدخين والتعرض للإشعاعات ومخاطر العمل وغير ذلك.

_ الوقاية الثانوية: Secondary prevention

وتهدف إلى الكشف المبكر عن الأمراض والعلاج المبكر للحؤول دون تطور المرض وتفاقم الأعراض. ويشمل ذلك معالجة الخراجات والالتهابات بشكل مبكر للحؤول دون تفاقم الحالة الصحية ويضم أيضاً الكشف المبكر عن السرطانات والفحوص المخبرية الدورية.

_ المستوى الثالث من الوقاية: Tertiary prevention

ويهدف إلى الحد من تطور الأمراض ويشمل ذلك المداواة المبكرة للأمراض المزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم لمنع حدوث المضاعفات التي تهدد الحياة.

_ المستوى الرابع من الوقاية: " ويهدف إلى الزيادة من كفاءة الفرد المصاب بأمراض مزمنة تجعله غير قادر على تلبية احتياجاته الشخصية مما قد يجعله عبء على أسرته وعلى المجتمع ويشمل ذلك أمراض الجهاز العصبي والحركي كل العجز الحركي النصفي والكلى وبتن الأطراف والتي تنتج غالباً من الإصابات والحوادث والجلطات الدماغية والشلل الرعاش. (الزبون، 2012)

التقسيم الثاني: تنقسم مستويات الصحة الوقائية إلى:

_ رفع المستوى الصحي لدى الأفراد: تتم إجراءات رفع المستوى الصحي للأفراد في البلدان والمجتمعات التي أصبحت خالية من أغلب الأمراض الشائعة، ويتمتع الجميع فيها بصحة جيدة، لذلك تكون المهمة

الأساسية للهيئات الصحية في هذه الدول هو العمل على رفع المستوى الصحي لكل الأفراد إلى أعلى مستوى ممكن والمحافظة عليه، والعمل على تحسينه تحقيقاً لمزيد من الرفاهية وذلك عن طريق:

المحافظة على البيئة ورفع مستواها الصحي.

رفع المستوى الغذائي للأفراد، وجعل الغذاء الصحي في متناول الجميع.

رفع مستوى الثقافة والوعي الصحي لأفراد المجتمع.

_ الوقاية النوعية من الأمراض : وذلك عن طريق

تطعيم جميع الأفراد ضد الأمراض المعدية، وخاصة التطعيمات الأساسية للأطفال.

العمل على الوقاية من أمراض سوء التغذية.

العمل على وقاية العاملين من الأخطار المهنية.

_ الاكتشاف المبكر للمرض وتقديم العلاج الأمثل له بهدف الوصول سريعاً إلى الشفاء عن طريق :

توفير المراكز الطبية العلاجية للمواطنين.

اجراء الكشف الطبي للأفراد بصفة دورية.

الإبلاغ السريع عن أي حالة مرضية خصوصاً الأمراض المعدية.

_ منع حدوث المضاعفات والحد منها :

وذلك عن طريق وقف تقدم الحالة المرضية باستخدام الوسائل العلاجية الحديثة.

_ الاعداد البدني والتأهيل النفسي والاجتماعي :

يحدث ذلك للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تعرضوا للإصابة ببعض المضاعفات المرضية أو العيوب الخلقية، لذلك يجب تأهيلهم وإعادة تدريبهم والاستفادة من خبراتهم السابقة قدر المستطاع. (بدح

وآخرون، ب. س.، 17_18)

التقسيم الثالث:

تتناول الوقاية الأولية بشكل مباشر الأسباب الوسيطة للأمراض ويتم تنفيذها قبل ظهور المرض، وبالتالي منع حدوثه. تشمل أمثلة الوقاية الأولية تغييرات نمط الحياة (أي فقدان الوزن والإقلاع عن تعاطي التبغ) وبرامج تثقيف المرضى.

تشمل الوقاية الثانوية الكشف المبكر عن المرض وعلاجه قبل ظهور المرض الكامل. تشمل أمثلة الوقاية الثانوية الفحوصات (مثل التصوير الشعاعي للثدي واختبار عنق الرحم) والالتزام بنظام العلاج (أي التحكم في نسبة السكر في الدم لمرضى السكري).

تحاول الوقاية من الدرجة الثالثة منع تكرار أو تفاقم المرض الذي حدث بالفعل. تشمل أمثلة الوقاية من الدرجة الثالثة العلاج الكيميائي لمنع انتشار السرطان، والفحص المبكر لمضاعفات مرض السكري (مثل تشوهات العين والقدم والكلية)، والإقلاع عن التدخين للمرضى المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD). (Boyer & Paharia, 2008, 56)

من خلال التقسيمات الثلاثة التي تم عرضها يتفق كل من التقسيم الأول والثاني على أن مستويات الوقاية أربع أو خمسة مستويات ليتعدى بذلك مجال الوقاية من المرض أو الاضطراب وتعزيز الصحة والحد من المضاعفات كما في التقسيم الثالث إلى التأهيل النفسي والاجتماعي للمرضى.

1_3_ النماذج البديلة للوقاية:

بالرغم من أن النموذج الوقائي التقليدي الأولي والثانوي والثالثي هو الأكثر شيوعاً، فقد تم اقتراح عدد من الأطر التصنيفية البديلة، والتي تصنف التدخلات الوقائية إلى ثلاثة أنواع:

_ التدخلات الوقائية العامة: تستهدف كل السكان، وقد تكون مكلفة لأنها تقدم للجميع.

_ التدخلات الوقائية الانتقائية: تستهدف الأشخاص أو المجموعات التي يزيد لديها احتمالات تطوير مرض معين عن المتوسط في المستقبل القريب أو البعيد، ويتم تحديد هؤلاء المستهدفين على أساس العوامل البيولوجية أو النفسية أو عوامل الخطورة.

_ التدخلات الوقائية البائنة: تستهدف الأفراد المعرضين لاضطراب أو مرض إلى حد كبير، ويتم تحديدهم من خلال الكشف عن الأعراض التي تكون أدنى من عتبة المرض، أو من خلال الأعراض البيولوجية التي تشير إلى الاستعداد لتطوير المرض.

وتتمثل قيمة هذا النموذج في أنه يضع كلا من الوقاية والمعالجة والمحافظة على خط متصل، يمثل سائر التدخلات. فالوقاية تتم قبل تطور المرض، بينما يتم تطبيق المعالجة على أولئك الذين تنطبق عليهم أو القريبين من المحكات التشخيصية لمرض ما، أما المحافظة فتتضمن تلك التدخلات المقدمة للأفراد المشخصين بالمرض، ويحتاجون إلى استمرارية العناية بهم. (تيموثي، 2007، 733)

2_ تعزيز الصحة (Health Promotion)

2_1_ تعريف تعزيز الصحة

تعريف منظمة الصحة العالمية لتعزيز الصحة (World Health Organization, 1984)

تعزيز الصحة هو عملية تمكين الناس من زيادة السيطرة على صحتهم ومحدداتها من خلال جهود محو الأمية الصحية والعمل متعدد القطاعات لزيادة السلوكيات الصحية. تتضمن هذه العملية أنشطة للمجتمع ككل أو للسكان المعرضين لخطر متزايد من المضاعفات الصحية السلبية. عادة ما يتناول تعزيز الصحة عوامل الخطر السلوكية مثل تعاطي التبغ والسمنة والنظام الغذائي وقلة النشاط البدني، بالإضافة إلى مجالات الصحة العقلية والوقاية من الإصابات، ومكافحة تعاطي المخدرات، والتحكم في استهلاك الكحول، والسلوك الصحي المتعلق بفيروس نقص المناعة المكتسبة (الايدز) والصحة الجنسية. (Who Emro, 2020)

تتشرك الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة في العديد من الأهداف، وهناك تداخل كبير بين الوظائف والمهام، فعلى المستوى المفاهيمي من الجيد وصف خدمات الوقاية من الأمراض على أنها تلك التي تتركز بشكل أساسي في قطاع الرعاية الصحية، وخدمات تعزيز الصحة على أنها تلك التي تعتمد على الإجراءات المشتركة بين القطاعات و / أو المتعلقة بالمحددات الاجتماعية للصحة. (Who Emro, 2020)

كما لاحظ كل من نايدو وويللز (2003) أن الطريقة التي يعرف تعزيز الصحة ترتبط بطريقة نظرتنا للصحة، ولذلك فمثلما تغيرت رؤيتنا للصحة بمرور الوقت، تغير في المقابل تعريف تعزيز الصحة. ولأن المناحي المبكرة لتعزيز الصحة كانت تعتمد على النموذج الطبي، فإنها كانت تركز تركيزاً قوياً على الوقاية من الأمراض. وذكر أن تعزيز الصحة في القرن الواحد والعشرين لم يستطيع تجاهل

التطورات في الطب البديل والتكاملي. فتعريفات تعزيز الصحة التي تشمل نظرة أوسع تم طرحها من خلال منظمة الصحة العالمية. (هولت ولويس، 2014، 83_84)

ويعرف أيضا تعزيز الصحة أنه "عملية تمكين الناس من زيادة المقاومة للأمراض وتحسين صحتهم بزيادة الرصيد الصحي لديهم وهو الذخيرة التي يعدها الناس لمواجهة طوارئ المرض و العجز والأذيات و امتصاصها والتكيف معها. وهي تتعلق بالناس ككل في سياق حياتهم اليومية دون التركيز على الناس المعرضين لخطر مرض معين، وهذه العملية موجهة نحو العمل المتعلق بأسباب أو محددات الصحة". (منظمة الصحة العالمية، 2005، 471)

وحسب شيلي تايلور (Taylor, 2018) تعزيز الصحة فلسفة تقوم في جوهرها على فكرة أن الصحة الجيدة، أو العافية، هي إنجاز فردي وجماعي. بالنسبة للفرد، فإنه ينطوي على تطوير برنامج للعادات الصحية الجيدة. وبالنسبة للطبيب، يتضمن تعزيز الصحة تعليم الناس كيفية تحقيق أسلوب حياة صحي ومساعدة الأشخاص المعرضين لخطر مشاكل صحية معينة للتقليل أو التحكم في تلك المخاطر. أما بالنسبة للمختص في علم النفس الصحي، يتضمن تعزيز الصحة تطوير تدخلات لمساعدة الناس على ممارسة السلوكيات الصحية. بالنسبة لصانعي السياسات المجتمعية والوطنية، يتضمن تعزيز الصحة التأكيد على الصحة الجيدة وتوفير المعلومات والموارد لمساعدة الناس على تغيير العادات الصحية السيئة. (Taylor, 2018, 39)

2_2_ تاريخ الوقاية وتعزيز الصحة:

تعزيز الصحة ليس مفهوما جديدا. فحقيقة أن الصحة تحددها عوامل ليس فقط داخل قطاع الصحة ولكن أيضًا من خلال عوامل خارجية تم الاعتراف بها منذ فترة طويلة. خلال القرن التاسع عشر، وقبل أن تظهر نظرية الجرثوم (Germ theory) للمرض، كان يُنظر إلى السبب النوعي لمعظم الأمراض على أنه "وبالة" ولكن كان هناك قبول بأنه مثل الفقر والعوز والظروف المعيشية السيئة ونقص التعليم وما إلى ذلك . .، ساهم في المرض والموت. على سبيل المثال تقارير وليام أليسون (1827-William Alison, 1828) عن التيفوئيد البوابي والحمى الراجعة، تقرير لويس رينيه فيليم (Luis Rene Villerme, 1840) عن مسح الظروف المادية والمعنوية للعمال العاملين في مصانع القطن والصوف والحرير دراسات جون سنو الكلاسيكية للكوليرا (John Snow, 1854)، وما إلى ذلك، تشهد على هذا الإدراك المتزايد على شبكة سببية المرض.

صاغ مصطلح "تعزيز الصحة" في عام 1945 من قبل هنري إي سيغيرست (Henry E. Sigerist)، المؤرخ الطبي العظيم، الذي حدد المهام الرئيسية الأربعة للطب على أنها تعزيز الصحة، والوقاية من المرض، والتكفل بالمرضى وإعادة التأهيل. تصريحه بأن الصحة يتم تعزيزها من خلال توفير مستوى معيشي لائق، وظروف عمل جيدة، والتعليم، والثقافة البدنية، ووسائل الراحة والاستجمام، وتطلب جهودًا منسقة من رجال الدولة، والعمل، والصناعة، والمربين والأطباء. ووجدت انعكاسات بعد 40 عامًا في ميثاق أوتاوا (Ottawa Charter) لتعزيز الصحة. وسلطت ملاحظة سيجيرست أن "تعزيز الصحة تميل بوضوح إلى الوقاية من المرض، لكن الوقاية الفعالة تتطلب تدابير وقائية خاصة" الضوء على الاعتبار المعطى للأسباب العامة في التسبب في المرض إلى جانب الأسباب النوعية وكذلك دور تعزيز الصحة في تناول هذه الأسباب العامة. في نفس الوقت تقريبًا، اعترف جاريل (J. A. Ryle) أيضًا بالسببية المزدوجة للأمراض، وهو أول أستاذ للطب الاجتماعي في بريطانيا، والذي لفت الانتباه أيضًا إلى قابلية تطبيقها على الأمراض غير المعدية.

يتحدى تقرير "المنظور الجديد حول صحة الكنديين" المعروف بتقرير لالوند (Lalonde)، الذي نشرته الحكومة الكندية في عام 1974، "المفهوم الطبي الحيوي" التقليدي للصحة، مما مهد الطريق لنقاش دولي حول دور المحددات غير الطبية للصحة، بما في ذلك السلوك الخطر الفردي. وأشار التقرير بأن السرطانات وأمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي وحوادث المرور على الطرق لا يمكن الوقاية منها من خلال النموذج الطبي وسعى إلى استبدال مفهوم الطب الحيوي بـ "مفهوم المجال الصحي" الذي يتألف من أربعة "مجالات صحية" - نمط أو أسلوب الحياة، البيئة، ومنظمة الرعاية الصحية، وعلم الأحياء البشري كمحددات الصحة والمرض. حدد مفهوم المجال الصحي خمس استراتيجيات لتعزيز الصحة، والآليات التنظيمية، والبحث، والرعاية الصحية الفعالة وتحديد الأهداف و23 مسارًا ممكنًا للعمل. انتقد المتشككون تقرير لالوند (Lalonde) باعتباره حيلة لوقف ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية من قبل الحكومات من خلال تبني سياسات تعزيز الصحة وتحويل مسؤولية الصحة إلى الحكومات المحلية والأفراد. ومع ذلك، تم رفع التقرير دوليًا من قبل دول مثل الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة والسويد وغيرها، التي نشرت تقارير مماثلة. حدد هذا المفهوم المعلمي أيضًا نبرة الحديث عن الصحة العامة وممارستها في العقود القادمة. تلقى تعزيز الصحة دفعا كبيرًا في عام 1978، عندما أقر إعلان ألما آتا (Alma Ata) بأن تعزيز وحماية صحة الناس ضروريان لاستدامة التنمية الاقتصادية والاجتماعية والمساهمة في تحسين نوعية الحياة والسلام العالمي. (Kumar & Preetha, 2012, 6_7)

ليأتي بعد ذلك العديد من المؤتمرات الدولية التي عملت على تأكيد مفهوم تعزيز الصحة منها:
بيان مؤتمر أديلايد لعام 1988 (منظمة الصحة العالمية، 2002 أ) صادق بيان المؤتمر على ما جاء في إعلان ألما آتا، وذكر أنّ الصحة هي حق من حقوق الإنسان الأساسية واستثمار اجتماعي سليم. وأن جذور عدم المساواة في الصحة تمتد إلى عدم المساواة في المجتمع. لذلك لسد الفجوة الصحية يتوجب إنشاء سياسة عامة تقوم بتحسين الوصول إلى السلع والخدمات المعززة للصحة واستحداث بيئات مساندة.
بيان مؤتمر سندسفال 1991 (منظمة الصحة العالمية، 2002 ب) وهو أول مؤتمر لمنظمة الصحة العالمية حول تعزيز الصحة يكون لديه منظور عالمي حيث شارك فيه 81 دولة. تناول المؤتمر ثاني مجال عمل من مجالات تعزيز الصحة الخمسة: استحداث بيئات مساندة. ويشمل ذلك الجوانب المادية والاجتماعية للأماكن حيث تعيش الشعوب. سلط المؤتمر الضوء على أربعة جوانب للبيئات المساندة: القيم والمعتقدات التقليدية والعادات والإجراءات والطقوس الاجتماعية التي تعطي الشعور بالانتماء والترابط وبوجود هدف مشترك؛ التزام الحكومة بحقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية والسلام والديمقراطية؛ إعادة توجيه الموارد الاقتصادية لتحقيق مبدأ 'الصحة للجميع' وبعيدا عن سباق التسلح؛ دور المرأة الهام في استحداث بيئات مساندة وضرورة التوقف عن استغلالها.

بيان مؤتمر جاكارتا لعام 1997 (منظمة الصحة العالمية، 2002 ج) الذي أقرّ مبدأ الصحة كحق من حقوق الإنسان الأساسية وأقرّ مجالات العمل الخمسة التي جاءت في ميثاق أوتاوا كما اقترح أنّ الشركات الجديدة، خاصة مع القطاع الخاص، هي مهمة لنجاح عملية تعزيز الصحة. وأقرّ البيان الأدلة الواضحة على أنّ 1. المناهج الشاملة للتنمية الصحية هي الأكثر فعالية 2. المجالات (مثل الأسر والأحياء والمجتمعات المحلية) الخاصة بالصحة توفر الفرص العملية لتطبيق الإستراتيجيات الشاملة 3. مشاركة كافة الأشخاص ضرورية لتدعيم جهود التنقيف الصحي 4. الحصول على التعليم والمعلومات أمر ضروري لتحقيق المشاركة الفعالة وتمكين الأشخاص والمجتمعات.

مؤتمر المكسيك العالمي حول تعزيز الصحة لعام 2000 (منظمة الصحة العالمية، 2002 د) الذي سعى لشرح كيفية قيام الإستراتيجيات الخاصة بتعزيز الصحة بإضافة قيمة لفعالية السياسات الصحية والإنمائية والبرامج والمشاريع، خاصة تلك التي تهدف إلى تحسين صحة ونوعية حياة الأشخاص الذين يعيشون في ظروف غير مواتية. تمّ الإقرار في بيان المؤتمر أنّ الصحة ليست فقط نتيجة، ولكن تعتبر أيضا مُدخلا هاما إلى التنمية الاقتصادية والعدل وأنّ عملية تعزيز الصحة والتنمية الاجتماعية هي 'من واجبات ومسؤوليات الحكومات الرئيسية'، وأنه يجب أن تكون عملية تعزيز الصحة عنصرا أساسيا من عناصر السياسات والبرامج العامة في كافة البلدان في سعيها لتحقيق العدالة وصحة أفضل للجميع.

ميثاق بانكوك لعام 2005 حول تعزيز الصحة في عالم تسوده العولمة (منظمة الصحة العالمية، 2005) الذي يعتبر أول نسخة منقّحة من ميثاق أوتاوا، حيث حدد الإجراءات والتعهدات المطلوبة للتعامل مع العوامل المحددة للصحة في عالم تسوده العولمة من خلال عملية تعزيز الصحة. على الرغم من اعتماد هذا الميثاق على مبادئ ومجالات العمل المحددة في ميثاق أوتاوا إلا أنه يعتبر أنه موجه إلى القطاع الخاص والحكومات بدلاً من كونه استراتيجية للعاملين في مجال تعزيز الصحة. (لافراك والبرازي، 2018، 44_43)

2_3_ نماذج ومقاربات تعزيز الصحة:

هناك ثلاثة مقاربات (نماذج) أساسية لتحسين الصحة بناءً على التغيير الطبي / السلوكي أو التغيير التعليمي أو التغيير الاجتماعي. في الممارسة العملية، تتداخل هذه النماذج ولكن يمكن وصفها بشكل منفصل لإظهار الاختلافات. أولاً، يركز النموذج الطبي على الوقاية من المرض (المرض أو الصحة السلبية) ويقترن بفلسفة الامتثال للتشخيص والتشخيص من قبل المتخصصين (عادة الطبيب). ثانياً، يعتمد النموذج التعليمي على الرأي القائل بأن العالم يتكون من بشر عاقلين وأنه لمنع المرض وتحسين الصحة، عليك فقط إعلام أو تثقيف الناس حول العلاجات وأنماط الحياة الصحية لأنهم كبشر عقلانيون سوف يستجيبون وفقاً لذلك. وثالثاً، يقوم النموذج الاجتماعي على الرأي القائل بأن الصحة تحددها البيئة الاجتماعية والثقافية والمادية. في هذا النموذج، الحلول سياسية وتتطلب حماية الناس من البيئات المعوقة للصحة. مثل جميع النماذج، هذه تبسيطات للواقع وبالتالي فهي كلها غير كاملة. في الممارسة العملية، تعزيز الصحة هو مزيج من هذه الأساليب (Davies & Macdowall, 2006, 18).

2_4_ مناحي تعزيز الصحة: Approach to health promotion

هناك ثلاث مناح رئيسية لمبادرات تعزيز الصحة: منحي تغيير السلوك، منحي التمكين الذاتي، ومنحي تنمية المجتمع (Marks et al, 2005). وكل منحي من هذه المناحي يتبنى وجهة نظر مغايرة باعتبارها أفضل وسيلة لتغيير السلوكيات الصحية، حيث:

_ منحي تغيير السلوك: The behaviour change approach

يستند المؤيدون لمنحي تغيير السلوك على أن تعزيز الصحة ينبغي أن يركز على تغيير عمليات تفكير الأفراد (المعارف، مثل معتقداتهم حول أهمية السلوكيات المختلفة). بالنسبة للانتقادات الموجهة لمنحي تغيير السلوك، فمنها عدم معرفة طبيعة العلاقة المركبة بين المعتقدات الصحية وقدرتنا على تغييرها، وهذا بسبب افتراض منحي تغيير السلوك أن الأفراد لا يتحلون مسؤولية رعاية أنفسهم وبالتالي يلامون على العواقب، ومن ثم فإن المنحي لا يأخذ في اعتباره تماماً حقيقة أن العوامل الاجتماعية والبيئية يمكن أن

تكون عاملاً يؤثر في قدرتنا على تنفيذ التغيير. كما وجه سوتون (Sutton, 2002) نقداً آخر لهذا المنحى، حيث أشار إلى أنه على الرغم من وجود أنماط من المعتقدات في المناحي السلوكية تحتاج إلى تغيير من أجل تحقيق تغيير السلوك المستهدف في الاتجاه المرغوب، فإن العملية التي يتم بها تغيير المعتقدات لم تذكر.

_ منحى التمكين الذاتي: The self empowerment

يعتمد منحى التمكين الذاتي على افتراض أن التغييرات في السلوكيات الصحية تنفذ غالباً حين يشعر الأفراد بأنهم يتحكمون في كل من بيئاتهم الاجتماعية والداخلية، فزيادة الشعور بالتحكم (التمكين الذاتي) يصاحبه زيادة التأثير في اتخاذ القرارات الخاصة بصحتنا. فإذا شعرنا بالتحكم، فإننا سنكون أكثر قدرة على التصرف، وبالتالي تحث مناخى التمكين الذاتي على الممارسة والمشاركة في الأنشطة المرتبطة بالصحة من خلال زيادة تصورات الأفراد حول قدرتهم على التحكم في بيئاتهم الاجتماعية والداخلية. ويبدو واضحاً أن هذا المنحى يرتبط بتعريف منظمة الصحة العالمية الذي يسلط الضوء على أهمية تعزيز الصحة من خلال تمكين الأفراد من زيادة التحكم في حياتهم.

_ منحى تطوير المجتمع: The community development

يؤكد منحى تنمية المجتمع على العلاقة بين الحالة الصحية للفرد والسياق الاجتماعي والصحي الذي يعيش فيه. فمؤيدو هذا المنحى يذكرون أن حالة الفرد الصحية تعتمد على المسببات البيئية للأمراض، وأن التصدي لمثل هذه الأسباب البيئية لاعتلال الصحة يحتاج إلى عمل الأفراد بشكل جماعي لإحداث تغيير في بيئتهم البدنية والاجتماعية. (هولت ولويس، 2014)

3_4 استراتيجيات الوقاية وتعزيز الصحة (Prevention and Health Promotion Strategies)

تستطيع برامج تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض تحسين الصحة في كل مرحلة من مراحل الحياة. ولتحقيق ذلك هناك عدة استراتيجيات لدمج وجهات نظر كل من تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض في الممارسة اليومية. والاستراتيجيات هي:

_ الاتصال الصحي: (Health Communication)

هو "دراسة واستخدام استراتيجيات الاتصال للإعلام والتأثير على القرارات الفردية والمجتمعية التي تعزز الصحة".

يشمل الاتصال الصحي استراتيجيات شفوية ومكتوبة للتأثير على الأفراد والسكان والمجتمعات وتمكينهم من اتخاذ خيارات صحية. غالبًا ما يدمج الاتصال الصحي مكونات نظريات ونماذج متعددة لتعزيز التغييرات الإيجابية في المواقف والسلوكيات. يرتبط الاتصال الصحي بالتسويق الاجتماعي، والذي يتضمن تطوير الأنشطة والتدخلات المصممة لتغيير السلوكيات بشكل إيجابي.

تتضمن استراتيجيات الاتصال الصحي الفعال والتسويق الاجتماعي المكونات التالية:

_ استخدام الاستراتيجيات القائمة على البحث لتشكيل المواد والمنتجات واختيار القنوات التي تنقلها إلى الجمهور المستهدف.

_ فهم الحكمة التقليدية والمفاهيم واللغة والأولويات للثقافات والبيئات المختلفة.

_ الأخذ بعين الاعتبار الجهل الصحي، توفر الإنترنت، متابعة وسائل الإعلام، والكفاءة الثقافية للسكان المستهدفين.

_ تطوير مواد مثل الكتيبات، واللوحات الإعلانية، والمقالات الصحفية، والبرث التلفزيوني، والإعلانات التجارية الإذاعية، وإعلانات الخدمة العامة، والنشرات الإخبارية، والمنشورات، ومقاطع الفيديو، والأدوات الرقمية، ودراسات الحالة، والمناقشات الجماعية، والمعارض الصحية، والرحلات الميدانية، ودفاتر الأنشطة من بين وسائل الإعلام الأخرى.

قد يسمح استخدام مجموعة متنوعة من قنوات الاتصال للرسائل الصحية بتشكيل وسائل الإعلام أو الحملات الفردية أو الحملات للمجموعات الصغيرة أو حملات على مستوى المجتمع. تهدف استراتيجيات الاتصال الصحي إلى تغيير معارف الناس، ومواقفهم، و / أو سلوكياتهم فمثلاً: زيادة إدراك الخطر، تعزيز السلوكيات الإيجابية، التأثير على المعايير الاجتماعية، زيادة توافر الدعم والخدمات المطلوبة، تمكين الأفراد لتغيير أو تحسين ظروفهم الصحية.

تتضمن أمثلة استراتيجيات وسائل الإعلام لنقل الرسائل الصحية المكونات التالية: الراديو، التلفاز، الجريدة، النشرات الإعلانية، الكتيبات، الإنترنت، وسائل التواصل الاجتماعي مثل (تويتر، الفايسبوك، اليوتيوب). (Rural Health Information Hub, 2002 _ 2020)

_ التربية الصحية/ التثقيف الصحي (Health Education):

تعريف منظمة الصحة العالمية: على أنها مجموعة من الوسائل تسمح بمساعدة الأفراد والجماعات على تبني سلوكيات ملائمة لصحتهم. (القص، 2016، 61)

هي إحدى استراتيجيات تنفيذ برامج تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. توفر التربية الصحية خبرات تعليمية حول الموضوعات الصحية. تم تصميم استراتيجيات التربية الصحية للسكان المستهدفين. تقدم التربية الصحية معلومات للسكان المستهدفين حول مواضيع صحية معينة، بما في ذلك الفوائد / التهديدات الصحية التي يواجهونها، ويوفر أدوات لبناء القدرات ودعم تغيير السلوك في بيئة مناسبة. أمثلة عن أنشطة التربية الصحية: محاضرات، دروس، ندوات، ندوات عبر الانترنت، ورشات عمل، دورات تدريبية. (منظمة الصحة العالمية، 2005، 301)

_ تغيير السياسات والأنظمة والبيئة (Policy, Systems and Enviornmental Change):

لكي تتجح استراتيجيات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، يجب أن تكون السياسات والأنظمة والبيئات (PSE) داعمة للصحة. تم تصميم استراتيجيات تغيير السياسات والأنظمة والبيئة لتعزيز السلوكيات الصحية من خلال جعل الخيارات الصحية متاحة بسهولة ويسهل الوصول إليها في المجتمع. تم تصميم استراتيجيات التغيير (PSE) مع وضع الاستدامة في الاعتبار.

تغيير السياسة: السياسة هي أداة لتحقيق أهداف برنامج تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. يتم اتخاذ قرارات السياسة من قبل المنظمات والوكالات والجهات المعنية. تشمل الطرق السياسة المناصرة التشريعية، والتدابير المالية، والضرائب، والرقابة التنظيمية. تتضمن أمثلة طرق سياسة تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض ما يلي: وضع سياسات المناطق الخالية من التدخين والمناسبات العامة، وضع سياسات الأماكن والمناسبات العامة المسموح فيها التدخين، إنشاء خيارات غذائية صحية في آلات البيع في الأماكن العامة، إضافة ضريبة على الخيارات الغذائية غير الصحية، اشتراط استخدام معدات السلامة في بيئة العمل لتجنب الإصابة.

تغيير الأنظمة: يشير تغيير الأنظمة إلى تحول أساسي في طريقة حل المشكلات. داخل المنظمة يؤثر تغيير الأنظمة على الهدف التنظيمي والوظيفة والعلاقات من خلال معالجة الثقافة التنظيمية والمعتقدات والعلاقات والسياسات والأهداف. ومن أمثلة تغيير الأنظمة في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض ما يلي: وضع خطط لتنفيذ التدخلات والإجراءات الجديدة، تكييف أو إعادة تطبيق نموذج تعزيز الصحة المثبت، تطبيق تقنيات حديثة، إنشاء أنظمة تدريب أو شهادات تتوافق مع السياسات.

تغيير البيئة: تتضمن استراتيجيات التغيير البيئي تغيير الأطر أو السياقات المادية والاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر على النتائج الصحية. تتناول الاستراتيجيات البيئية النتائج الصحية لسكان والأفضل استخدامها مع الاستراتيجيات الأخرى. ومن أمثلة الاستراتيجيات البيئية لتعزيز الصحة والوقاية

من الأمراض ما يلي: زيادة عدد الحوادث والمساحات الخضراء والممرات في المجتمع، وضع لافتات تحت على استخدام مسارات المشي وركوب الدراجات، زيادة توافر الأطعمة الطازجة والصحية في المدارس والمطاعم والكافيتريات. (Rural Health Information Hub, 2002 _ 2020)

ثانياً_ تدخلات التربية الصحية (Health Education)

تعد التربية الصحية من أهم مجالات الصحة العامة الحديثة، وتعتبر جزءاً أساسياً لأي برنامج للصحة العامة، ولم تعد التربية الصحية عملية ارتجالية، بل أصبحت عملية فنية لها أسسها ومبادئها التربوية. (دبله وصدراي، 2013، 105)

1_ مفهوم التربية الصحية / التثقيف الصحي:

عرف دامس لورنس (Dumas Laurence) التربية الصحية بأنها تشمل مجموع التدخلات (نشاطات تربوية جوارية، نشاطات اتصال، إعلام الناس، توفير أدوات بيداغوجية وإعلامية للعاملين) والتي هدفها تقوية مهارات السكان لاكتساب اختيارات ملائمة للصحة. (حامدي ومبني، 2019، 689)

وعرفتها حكمت فرحات (2002) ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة. (علي، 2009، 5)

وعرفت على أنها عملية مساعدة طلاب المدرسة على تكوين اتجاهات صحيحة سليمة واتباع السلوك الصحي في حياته اليومية بنا يحافظ على صحته وصحة أسرته وصحة مجتمعه. (العزام وآخرون، 2012، 553)

أما بهاء الدين سلامة فقد عرف التربية الصحية أنها: جزء هام من التربية العامة، ولا تقتصر رسالتها على أن يعيش الفرد في بيئة بلائم الحياة الحديثة، بل يتعدى ذلك إلى اكساب الأفراد تفهماً، وتقديراً أفضل للخدمات الصحية المتاحة في المجتمع، والاستفادة منها على أكمل وجه، وكذلك تزويد أفراد المجتمع بالمعلومات، والارشادات الصحية المتعلقة بصحتهم، بغرض التأثير الفعال على اتجاهاتهم، والعمل على تعديل وتطوير سلوكهم الصحي، لمساعدتهم على تحقيق السلامة، والكفاية البدنية والنفسية، والاجتماعية والعقلية. (عبد، 2003، 14)

تعريف منظمة الصحة العالمية (1998) تضم فرص وعي للتعلم تنطوي على بعض أشكال الاتصال التي تهدف إلى تحسين المعرفة الصحية، بما في ذلك تحسين المعرفة، تطوير المهارات الحياتية التي تساعد في الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع. (لكل، 2011، 89)

وعرفتها أيضا منظمة الصحة العالمية (2012) على أنها فرص وضعت بقصد للتعليم تضم شكلاً من أشكال الاتصال المصممة لتحسين الثقافة الصحية، بما في ذلك تحسين المعرفة، وتطوير المهارات الحياتية، من أجل صحة الفرد والمجتمع ". (WHO, 2012, 14)

من خلال التعريفات السابقة لـ (Health Education) لمنظمة الصحة العالمية ومجموعة من الباحثين يتضح لنا أن هذا المفهوم له ترجمتين الأولى التربية الصحية التي تمس النشء بتعليمهم واكسابهم السلوكيات الصحية لتصبح مع مرور الوقت عادات يمارسونها في حياتهم اليومية من أجل تعزيز والوقاية من الأمراض، والثانية التثقيف الصحي الذي يمس البالغين سواء كانوا يعانون من الأمراض أم لا بإكسابهم سلوكيات تقيهم من الإصابة بالأمراض أو تمنع تفاقم أو حدوث مضاعفات للحالات المرضية.

التربية الصحية وتعزيز الصحة هما مصطلحان يستخدمان في بعض الأحيان بالتبادل. تتعلق التربية الصحية بتوفير المعلومات والمعرفة الصحية للأفراد والمجتمعات وتوفير المهارات لتمكين الأفراد من تبني السلوكيات الصحية طواعية. فهي مزيج من خبرات التعلم المصممة لمساعدة الأفراد والمجتمعات على تحسين صحتهم، من خلال زيادة معارفهم أو التأثير على مواقفهم، في حين تتخذ تعزيز الصحة نهجاً أكثر شمولاً لتعزيز الصحة من خلال إشراك مختلف الفاعلين والتركيز على مقاربات متعددة التوجهات. فتعزيز الصحة لها توجه أوسع بكثير ويتم ضبطه للاستجابة للتطورات التي لها انعكاس مباشر أو غير مباشر على الصحة مثل الإساءات، والتغيرات في أنماط الاستهلاك، والبيئات، والمعتقدات الثقافية، إلخ. (Kumar& Preetha, 2012, 6_7)

1_1_ أهداف التربية الصحية:

_ العمل على تغيير مفاهيم الأفراد فيما يتعلق بالصحة والمرض ومحاولة أن تكون الصحة هدفا لكل منهم. ويتوقف ذلك على عدة عوامل من بينها النظم الاجتماعية، مستوى التعليم في المجتمع، الحالة الاقتصادية، مدى ارتباط الأفراد بوطنهم وحبهم له، يتضح ذلك من خلال مساعدتهم للقائمين على برامج الصحة ومحاولة التعاون معهم فيما يخططون له من برامج في صالح المجتمع.

_ العمل على تغيير اتجاهات وسلوك وعادات الأفراد لتحسين مستوى صحة الفرد والأسرة والمجتمع ككل، وطرق التصرف في حالات الإصابة البسيطة. وفي حالة المرض وجميع الأعمال التي يشارك فيها كل من الوالدين من أجل رفع المستوى الصحي في المجتمع.

_ العمل على تنمية وإنجاح المشاريع الصحية، وذلك عن طريق تعاون الأفراد مع المسؤولين وتفهمهم للأهداف التي من أجلها تم إنشاء وتجهيز تلك المشاريع. يتضح ذلك من خلال محافظتهم عليها، الاستفادة منها في العلاج، واقتراح ما يجدونه مناسباً لأداء تلك المشاريع.

_ العمل على نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع والذي بدوره سوف يساعد على تفهمهم للمسؤوليات الملقاة على عاتقهم نحو الاهتمام بصحتهم وصحة غيرهم. (حامدي ومبني، 2019، 690)
وهناك رأيان بالنسبة للتربية الصحية هما:

_ الرأي الأول يطلق عليه النموذج الوقائي (Preventive Model) ويركز على الوقاية من الأمراض ويقوم على ضرورة مساعدة صغار السن على تقبل وتبني أنماط معينة من السلوك تتعلق بصحتهم.
_ الرأي الثاني يطلق عليه النموذج التعليمي أو التربوي (Educational Model) ويركز على النمو الذاتي للمتعلم وإن سلوك الفرد القائم على حريته في اختيار السلوك الصحي السليم واتخاذ القرار الخاص به. (الفص، 2016، ص 67)

2_ أسس التربية الصحية (التثقيف الصحي): إن لبرامج التربية الصحية أسساً وحقائق يجب أن تتضمنها والتربية الصحية في مفهومها الحديث تقوم على الأسس التالية:

_ إن صحة الفرد يحددها كل من عامل الوراثة وأسلوب حياة الفرد، وذلك بسبب الاختلاف في التكوين.
_ أن التربية الصحية هي مسؤولية مشتركة ومباشرة لكل من المنزل والمدرسة.
_ أن التربية الصحية في المدرسة الابتدائية أو تعليم الصحة تقع أساساً على مدرس الفصل.
_ يجب على السلطة الإدارية للمدرسة أن تتقبل وتتبنى التربية الصحية كجزء من البرنامج التعليمي للمدرسة إذا أرادت النجاح.

_ من الضرورة تنمية العادات الصحية فالطفل قبل أن يكبر ويكون أكثر فهماً للأسباب العلمية التي تبني عليها هذه العادات.

_ الاستفادة من الدراسات العلمية والتربوية الحديثة في تطوير برامج التربية الصحية في مدارسنا. (الفص، 2016، 75)

2_1_ مجالات التربية الصحية:

هناك عدة مجالات يمكن للتربية الصحية (التثقيف الصحي) ممارسة نشاطاته الهادفة وهي:

_ البيت: حيث يعمل التثقيف الصحي على:

- زيادة الاهتمام بالصحة الشخصية والنظافة العامة والتغذية ونوعية الملابس وساعات الراحة واللعب والنوم والسهر.

- ممارسة أفراد العائلة أسس الوقاية من الأمراض، وسرعة معالجة المصاب.
- الاهتمام بصحة البيئة (مكافحة الحشرات، الطرق السليمة لحفظ الأغذية، الإضاءة المناسبة والتهوية الصحية... إلخ).
- إتباع أفراد الأسرة عادات صحية سليمة، وعدم ممارسة عادات صحية غير سليمة مثل: الشرب من كأس واحد، أو استعمال منشفة مشتركة.
- العناية بوسائل الترويح والترفيه والسفر، واستخدام الحدائق والمنتزهات.

_ المدرسة: يمكن إبراز دور المدرسة في عملية التثقيف الصحي بما يلي:

- تعاون المدرسة والوالدين لنقل التوعية الصحية إلى البيت.
- تعاون المدرسة مع المؤسسات الصحية في إقامة المعارض والندوات، وتشكيل اللجان الخاصة بالتوعية.
- قيام التلاميذ بنقل الإرشادات الصحية السليمة إلى بيوتهم من خلال النماذج والملصقات.
- إشراك المعلمين بمجالات مكافحة الأوبئة، والأمراض السارية.
- خلق الاهتمام لدى الطلاب بالتربية البدنية والألعاب الرياضية.
- تعليم الطلاب كيفية مواجهة الحوادث والطوارئ المرضية، الإسعافات الأولية.

_ المجتمع: تشتمل مجالات المجتمع: المقاهي، المطاعم والنوادي، والمنتزهات والمساجد، والمعسكرات والمصانع وغيرها، مما يفسح المجال لكسب الأسس والمبادئ الصحيحة في جميع الأمور الصحية والاجتماعية، وخاصة إذا كان المجتمع واعياً لأسس الصحة العامة. (القص، 2016، 71_72)

_ الشركات وأماكن العمل: يقوم مختصو التربية الصحية في الشركات بإجراء أو تنسيق استشارات الموظفين وكذلك خدمات التثقيف وتقييمات الخطر الصحية للموظفين والفحوصات الصحية. إنهم يصممون، ويعززون، ويقودون و / أو يقيمون البرامج المتعلقة بالتحكم في الوزن، وارتفاع ضغط الدم، والتغذية، والوقاية من تعاطي المخدرات، واللياقة البدنية، وإدارة الضغط، والإقلاع عن التدخين. يمكنهم أيضاً تطوير مواد تعليمية وتثقيفية. يساعدون الشركات على تلبية لوائح الصحة والسلامة المهنية، والعمل مع وسائل الإعلام وتحديد موارد صحة المجتمع للموظفين.

_ في أماكن الرعاية الصحية يقوم مختصو التربية الصحية بتثقيف المرضى حول الإجراءات الطبية والعمليات الجراحية والخدمات والحميات العلاجية، وإنشاء أنشطة وحوافز لتشجيع استخدام الخدمات من قبل المرضى المعرضين لخطر عالي. يقومون بتدريب الموظفين والتشاور مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين حول العوائق السلوكية والثقافية والاجتماعية للصحة، وتعزيز الرعاية الذاتية. إنهم يطورون

أنشطة لتحسين مشاركة المرضى في العمليات السريرية، وتثقيف الأفراد لحماية صحتهم وتعزيزها أو الحفاظ عليها وتقليل سلوك الخطر، وإجراء الإحالات المجتمعية المناسبة وكتابة المنح. (Who, 2012,) (48)

أما عن محتوى برنامج التربية الصحية في الوسط المدرسي وفقا لدليل الصحة المدرسية، فقد أقرت وزارتي الصحة والتربية بالجزائر محتوى البرنامج المتمثل فيما يلي:

_ السيرورات المسببة للأمراض والإجراءات الوقائية

الأمراض المعدية، الأمراض المرتبطة بانعدام النظافة الشخصية وعدم سلامة المحيط، الأمراض المرتبطة بانعدام نظافة الأسنان، الأمن والحماية من الحوادث في البيت والمدرسة، مشاكل المراهقة، محاربة العادات الضارة (كالتدخين، استهلاك الكحول والإدمان على المخدرات)، التعريف والإعلام بالأمراض المتنقلة عن طريق الجنس مثل السيدا

_ سلوكيات وعادات صحية سليمة :

والتي تجلت في: النظافة الشخصية، التغذية وأمراض سوء التغذية الشائعة، تنظيم ساعات النوم والراحة، ممارسة الرياضة، التوازن النفسي، حماية المحيط. (بوروية، 2012، 1123 _ 1124)

3_ الرعاية الصحية المدرسية

تطور أنظمة الصحة المدرسية

_ بدأت الصحة المدرسية بداية علاجية من حيث الهدف والمحتوى.

_ بدأت في التحول إلى توفير الخدمات الوقائية مثل مكافحة العدوى وإعطاء التطعيمات وإجراءات التعامل مع الأمراض المعدية.

_ انتقلت من الاعتماد على الأطباء وهيئة التمريض السريري إلى فئات متخصصة ولكنها أقل تأهيلا مثل المشرف الصحي وممرض الصحة المدرسية...

_ تزايد الاهتمام بتقديم خدمات تعزيز الصحة والوقاية الأولية من الأمراض المنتشرة في المجتمع.

_ تحولت الخدمات المقدمة في الصحة المدرسية من التعامل مع المشكلات الجسدية إلى المشكلات السلوكية ومحاولة الحيلولة دون اكتساب الطلاب السلوكيات الصحية السلبية كالتدخين وإدمان المخدرات والممارسات الجنسية المحرمة.

_ انتقلت أعمال الصحة المدرسية من العيادات والمستشفيات إلى داخل المؤسسات التعليمية والتربوية وإلى المدرسة.

_ تحولت خدمات الصحة المدرسية من الاقتصار على كونها وظيفة للأطباء والممرضين والطاقم السريري ليشارك في مهامها أفراد الأسرة التربوية مع التركيز بالذات على دور المعلم.

تحولت الصحة المدرسية من كونها مسؤولية مؤسسة أو إدارة واحدة إلى عمل تنسيقي تتضافر فيه الجهود بين كل الجهات المعنية، وهذا توجه متنامي على مستوى العالم، إلا أنه أكثر تبلورا في الدول المتقدمة صناعيا. (الطعامنة، 2007، 30)

3_1_ تعريف الصحة المدرسية:

أشارت المنظمة العالمية للصحة في تقريرها (1979) أن الصحة المدرسية ليست تخصصا مستقلا وإنما هي بلورة لمجموعة من المعارف الصحية العامة كالطب الوقائي وعلم الوبائيات والتوعية الصحية والاحصاء الحيوي والصحة البيئية والتغذية السليمة والجيدة وصحة الفم والأسنان، وهي برنامج متخصص من برامج الصحة العامة موجه للطفل والشباب بسن التمدريس. (بوروية، 2021، 1124)

وهي سلسلة من البرامج والأنشطة والخدمات التي تنفذها المدارس، وإدارات الصحة المدرسية وغيرها من الإدارات الصحية في المدارس أو بالتعاون معاً. وتهدف إلى تعزيز صحة الطلاب والأخصائيين البدنية والعقلية والاجتماعية. إن الهدف العام للصحة المدرسية هو تعزيز صحة المجتمع المدرسي لتحقيق أقصى استفادة من العملية التعليمية. (جبريل، 2021)

3_2_ أهداف الصحة المدرسية:

_ خلق الوسط المناسب والبيئة الصحية اللازمة للنمو البدني والعقلي والانفعالي.

_ الحصول على صورة واقعية للأحوال الصحية للطلاب في مرحلة الدراسة، وذلك عن طريق الفحوص الطبية في بؤادر هذه المرحلة التعليمية، والفحوص الدورية حسبما تقتضي الظروف.

_ الكشف عن الأمراض المعدية، ودفع أخطارها عن الفرد والجماعة التي يعيش فيها.

_ اكتشاف الانحرافات الصحية، سواء، أكانت بدنية، مثل ضعف البصر، والسمع...أو كانت نفسية.

_ العناية الخاصة بالطلاب المصابين بالعاهات وبالتلاميذ المعوقين.

_ تعويد الطلاب على العادات الصحية السليمة، ورفع مستوى ثقافتهم الصحية.

_ تدريب الطلاب على الحياة الصحية. لتكون درسا عمليا لهم، وليتعودوها ويطبّقوها في حياتهم المدرسية وخارجها، وليؤثروا على المحيط الذي يعيشون فيه. (الخطيب، 2016، 92)

3_3 أنواع الخدمات الصحية المدرسية:

وهناك نوعان من الخدمات الصحية المدرسية التي تقدم في المدارس:

الخدمات العلاجية: وتقوم على الكشف المبدي على الطلبة المستجدين، وإعطاء الاجازات وتصديقتها، والكشف على المرضى وعلاجهم والاشراف الصحي على الأنشطة والمناسبات والتجمعات الرياضية والكشفية للطلبة.

الخدمات الوقائية: تقوم على التطعيمات التنشيطية والموسمية عند دخول المدارس، ومراقبة المقاصف المدرسية، ومتابعة مدى توافر الشروط الصحية فيها، ومراقبة البيئة المدرسية، وتقديم الأنشطة التوعوية من محاضرات، ونشرات صحية، وبرامج تثقيفية، والمشاركة في المناسبات الصحية المحلية، والإقليمية، والدولية. (الصريرة والرشيدي، 2012، 2320)

3_4 مكونات برامج الصحة المدرسية

يتكون برنامج الصحة المدرسية الشامل من مكونات لا تختلف في أساسها عن مكونات أي برنامج من برامج الصحة العامة الشاملة وهذه المكونات هي:

_ الخدمات الصحية المدرسية :

أ_ الرعاية الصحية للتلاميذ وهيئة المدرسة: تقويم صحة التلاميذ، متابعة صحة التلاميذ، الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها، إجراءات الطوارئ والاسعافات الأولية، رعاية التلاميذ المعوقين، رعاية هيئة المدرسة من مدرسين وغيرهم.

ب_ البيئة الصحية المدرسية: البيئة الطبيعية، البيئة الاجتماعية، التغذية المدرسية، الوقاية من الحوادث، المواصلات المدرسية.

ج _ التربية الصحية المدرسية: التربية الصحية للتلاميذ، التربية الصحية للآباء، التربية الصحية لهيئة المدرسة.

_ تدريب العاملين في مجال الصحة المدرسية

_ إجراءات البحوث في الصحة المدرسية. (الجنابي، 2020، 11 _ 12)

3_5_ أهمية برامج الصحة المدرسية: تظهر أهمية برامج الصحة المدرسية في النقاط التالية

_ يقضي تلاميذ المدارس جزءا كبيرا من حياتهم داخل المدارس حتى إذا أتموا تعليمهم حل غيرهم محلهم، ولهذا كانت العناية بالصحة المدرسية معناها العناية بصحة المجتمع كله في أجياله المتتابعة.

_ يعتبر التلاميذ في السن المدرسي اليوم هم رجال الغد والعناية بهم وبصحتهم معناها إيجاد أجيال قوية سليمة تساهم بنصيبها كاملا في الإنتاج وفي نهضة ورفاهية المجتمع.

_ تعتبر فترة السن المدرسي من أهم مراحل العمر من حيث النمو والتطور السريع الذي يطرأ على التلاميذ سواء كان ذلك من الناحية البدنية أو النفسية أو الاجتماعية مما يتطلب تهيئة الظروف المناسبة لتطور ونمو متكامل.

_ يتعرض التلاميذ في مرحلة السن المدرسي إلى بعض المشاكل والضغوط النفسية بسبب انتقال التلميذ لأول مرة من حياة المنزل إلى الحياة بالمدرسة مما يعرضه للتعامل والتنافس مع غيره من التلاميذ، وقد يترتب على ذلك في بعض الأحيان انطواء الطفل أو لجوءه إلى النشاط العدواني.

_ إلتقاء التلاميذ في المدرسة يعرضهم إلى مخاطر الأمراض المعدية، فإذا كان أي منهم حاملا لميكروب أو مريضا بمرض معد انتقلت العدوى لتلاميذ الآخرين، وقد يحمل التلميذ العدوى إلى منزله مما يؤدي على انتشار العدوى في المجتمع.

_ هناك احتمالات كثيرة لتعرض التلاميذ بالمدرسة للإصابة بالحوادث أثناء اللعب أو في الطريق أثناء الذهاب للمدرسة أو عند صعودهم أو نزولهم على سلال المدرسة.

_ كلما كان التلميذ يتمتع بصحة جيدة كان قادرا على التعليم واكتساب المعلومات والخبرات التعليمية التي تهيئها له المدرسة عملا بمبدأ العقل السليم في الجسم السليم.

_ التربية الصحية في المدارس تساعد التلاميذ على اكتساب السلوك الصحي السليم، وقد يساعد هذا على التأثير الطيب في أسرهم الحالية والمستقبلية عندما يكبرون ويصبحون آباء وأمهات. (سلامة، 2001، 162_



شكل رقم (1) برنامج الصحة المدرسية الشاملة (صالح، 2015، 27)

4_ الحالة الصحية للمجتمع

تتيح إجراءات التدخل التي توجه من خلال مؤسسات المجتمع إمكانية الوصول إلى عدد كبير من الأفراد. وهذا المجال في التدخل يشتمل على عدد متنوع من الطرق التي يمكن إتباعها. فالتدخل من خلال مؤسسات المجتمع، قد يتم من خلال حملات الانتقال من بيت إلى آخر لإبلاغ الناس عن توافر برامج فحص سرطان الثدي، وعن طريق وسائل الإعلام الهادفة لتوعية الناس حول مخاطر التدخين، وأهمية تعديل نظام التغذية، وهذه البرامج يمكن أن تنفذ عبر مؤسسات المجتمع، أو من خلال خليط من استراتيجيات التدخل التي تتضمن اشتراك كل من وسائل الإعلام، وبرامج التدخل الموجهة إلى أعضاء المجتمع الأكثر عرضة للمخاطر الصحية.

هناك عدد من الايجابيات التي تحققها إجراءات التدخل التي تتم من خلال مؤسسات المجتمع، وهي: أولاً_ إن مثل هذه الإجراءات في التدخل تصل إلى عدد أكبر من الناس إذا قورنت ببرامج التدخل الفردي، أو التدخل الذي يمارس في البيئات المحصورة، كما هو الحال في التدخل الذي يتم من خلال مكان العمل أو المدرسة. ثانياً_ إن إجراءات التدخل التي توجه من خلال مؤسسات المجتمع تتميز بإمكانية تأمين المساندة الاجتماعية لتعزيز الالتزام بالتوصيات المتعلقة بتغيير العادات الصحية. فإذا وافق جميع جيرانك،

مثلاً، بأن يتحولوا إلى نظام غذائي يحتوي على نسبة متدنية من الكوليسترول، فإنك تكون أكثر ميلاً لأن تقوم بذلك. ثالثاً_ إن التدخل من خلال مؤسسات المجتمع يمكننا من مواجهة المشكلة المتعلقة بالحفاظ على التغيير الحادث في السلوك، فإذا تم تنظيم البيئة بحيث تستبدل القرائن والمثيرات التي تعزز السلوك الصحي الجديد بالقرائن والمثيرات المعززة للسلوك الأول الضار بالصحة، فإن احتمالية حدوث الانتكاس تصبح ضعيفة. (تايلور، 2008، 162)

رعاية المسنين:

مع تقدم العمر يعاني الكبار من الأزمات في المرض، والانخفاض في اللياقة الصحية والوظيفية. وهناك مجال كبير للعمل على وقف هذا التدهور الوظيفي للمسنين بسبب المرض بهدف المحافظة عليهم أطول وقت ممكن في حالة طيبة ومحترمة، وجعلهم مطمئنين في حياة اجتماعية راضية. ويجب أن تشمل برامج الرعاية الصحية للمسنين ما يلي:

_ التغذية: يجب أن يشمل التنقيف الصحي للمسنين (من خلال وسائل الاعلام المختلفة والعيادات الخاصة بالمسنين ودور إقامة المسنين) توعيتهم بأهم العناصر الغذائية والاحتياجات اللازمة لهم، والطرق السهلة وقليلة التكلفة لإعداد الطعام المناسب لهم بالإضافة إلى تبصيرهم بالأمراض الناتجة عن سوء التغذية وأهمية

الاكتشاف المبكر لتلك الأمراض وتقديم المعلومات الكافية بحيث يدركها الأبناء والأشخاص الذين يقومون برعاية المسنين.

_ الدعم العائلي والاجتماعي والاقتصادي : يحتاج المسنون في مواجهة الضغوط المختلفة إلى دعم أساسي من العائلة، فإذا فقد المسن عائلته والمقربين له فإن على الجهات الأخرى مثل دور المراكز الاجتماعية أن تراعي هذا الدعم وتعطي للمسنين فرصة لتكوين صدقات جديدة مع الآخرين ومع المتطوعين. كما يجب تأمين الدخل الكافي الضروري لهؤلاء المسنين، وتكون المعونات المادية ضرورة ملحة في بعض الأحيان. وعملية نقل المسن من منزله إلى مقر الخدمة شيء ضروري وهام. وكذلك انتقال القائمين بالخدمة إلى منزل المسن، وتقديم خدمات تدبير المنزل والغسيل والوجبات. ويجب أن تصمم مساكن المسنين بطريقة تمنع الحوادث وتبعث الأمان.

_ التوعية الصحية للمسنين : تتم من خلال المقابلة الشخصية أو التوعية الشاملة للمجتمع، ويجب أن تشدد على أساسيات الحياة الصحية كالتغذية الكافية والراحة وساعات النوم والتمارين الرياضية والتمتع بالهواء الطلق مع تجنب التدخين والامتناع عن شرب الكحول. هذا بالإضافة إلى التركيز على تهيئة المسنين لمواجهة الضغوط المتوقعة في الحياة.

_ الخدمات الطبية للمسنين : كلف المجتمع العديد من الأجهزة الحكومية والأهلية لكي تقوم برعاية المسنين صحيا.

ولن ينجح الأطباء في تحقيق أهدافهم إلا بالتعاون مع عائلات المسنين ومع الفريق العامل مع المسنين من ممرضات ومعالجين وصيادلة. والرعاية الصحية المنزلية موجهة إلى المسن المحتاج إلى خدمة مباشرة ومحددة، وبهذه الخدمة يظل المسن مستقلا وقادرا على الاستمرار في المجتمع. ويجب التأكيد على الفحص الطبي الدوري لاكتشاف أي مرض بشكل مبكر بحيث يتم التعامل معه بسرعة بما يتناسب وطبيعته، وهذا يكن أن يجري داخل دور المسنين. (منظمة الصحة العالمية، 2005، 630)

الرعاية في أماكن العمل:

تشمل التدخلات في مكان العمل برامج تعزيز الصحة أثناء العمل التي تساعد الموظفين على الإقلاع عن التدخين، وتقليل التوتر، وتغيير نظامهم الغذائي، وممارسة الرياضة بانتظام، وفقدان الوزن، والتحكم في ارتفاع ضغط الدم، والحد من الشرب، من بين مشاكل أخرى. يمكن ربط التدخلات في مكان العمل بتلك الموجودة في مواقع أخرى، مثل: القيام بتحرير الآباء للمشاركة في الأنشطة المدرسية مع أطفالهم. توفر بعض أماكن العمل نوادي صحية ومطاعم تقدم أطعمة صحية وصالات رياضية تأكيدا على أهمية العادات الصحية الجيدة. بشكل عام، فإن التدخلات في مكان العمل لها فوائد، بما في ذلك ارتفاع الروح المعنوية وزيادة الإنتاجية وتقليل تكاليف الرعاية الصحية للمنظمات. (Taylor, 2018, 60)

رعاية الأمومة والطفولة:

تهدف برامج رعاية الأمومة والطفولة إلى رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية للأم والطفل، وأهم هذه الأهداف:

_ بالنسبة للأم : أن تحتفظ كل حامل أو مريض بصحة جيدة، بتقديم الرعاية الكاملة أثناء الحمل والولادة.

أن تتعلم فن رعاية الطفل. أن تلد ولادة سليمة. أن تلد طفلا سليما كامل النمو.

_ بالنسبة للطفل : أن يعيش وينمو وسط عائلة مترابطة يسودها الحب والأمان. أن يحصل على تغذية

كافية. ان يحصل على رعاية طبية كافية ويتعلم مبادئ الحياة الصحية. (منظمة الصحة العالمية، 2005،

(581

5_ التوجيه والتكوين نحو برامج التربية الصحية

5_1_ تخطيط برامج التربية الصحية المدرسية

إن عملية التخطيط لبرامج التربية الصحي الفعالة في المدارس يجب أن تأخذ بعين الاعتبار كافة تجارب التعليم التي تجرى في ميدان الصحة في المدارس أو تحت إشراف مسؤولي التعليم، وينبغي أن لا تقتصر على التعليم الرسمي الشكلي لعلم الصحة في صفوف المدرسة، فما لاشك فيه أن البيئة الصحية للمدرسة تساعد على تربية تلاميذها في المجال الصحي.

إن برامج التربية الصحية يجب أن تكون نابغة من المشاكل الصحية للمجتمع المحلي، وأن تراعي فيها الاحتياجات الصحية وعدد الموظفين المتوافرين والمرافق والتجهيزات المتاحة مع الإلمام التام بمعدلات المراضة (morbidity) والوفيات (mortality) والإحاطة الشاملة بالمعتقدات والعادات والتقاليد المحلية، وخاصة تلك التي تؤدي إلى اعتلال الصحة وتقف عقبة دون المعيشة وفق القواعد الصحية السليمة. (منظمة الصحة العالمية، 2005، 398)

5_2 برامج التربية الصحية:

تعددت برامج التربية الصحية المدرسية ومنها:

_ برامج الفصول الصحية للمعلمين : (Healthy Teachers Classes)

الركيزة الأساسية في برنامج المعلمين الصحيين هو فصل التغذية والطعام لمدة ساعتين مجاناً في مناطق محددة، ويغطي هذا الفصل المبادئ الأساسية لتناول الأطعمة غير المجهزة، ويقدم نصائح للتسوق اقتصادياً، في حين أن البرنامج يوفر إمكانية اتخاذ القرارات الصحية، ويتضمن ذلك تقديم عروض طهي ووصفات صحية.

وتقدم بعض المناطق التعليمية دورات التنمية المهنية للمعلمين الذين يحضرون الفصل. يتم استضافتها لمدة ساعتين من قبل متاجر سوق الأغذية الكاملة ويتم تدريسها من قبل أخصائي الطعام الصحي (أخصائي التغذية) أو أخصائي التسويق وتشمل على عينات الطهي التجريبي.

_ برنامج الموجه الصحي / المعلم الصحي (Healthy Teacher)

وهو ذلك الشخص الذي يقوم بعمل تشخيص بسيط للتعرف على سبب تدني مستوى اهتمام التلاميذ بالعادات الصحية السليمة، وذلك من خلال الإجابة عن عدة أسئلة منها هل يرجع فشل التلميذ في اتباع مستويات ممارسات صحية سليمة لتقص المعلومات والمعارف لذويهم؟ أم يوجد شيء آخر يستحوذ على اهتمامهم أكثر؟ أم هل تتعارض ممارستهم الصحية مع تحقيق أهداف أخرى لديهم؟ أم أن اتباع العادات

الصحية قد يقلل من مكانتهم الاجتماعية أو يتسبب في عدم تقبل أقرانهم لهم، ولكي يحصل المعلم على إجابات مقنعة، يقوم بالاستعانة بخبراء علماء سلوكيين لمساعدته في الوصول لتشخيص تعليمي صحيح.

_ مبادرة المنازل الصحية (Healthy Homes Initiative)

وهي عبارة نهج منسق وشامل وكي لمنع الأمراض والإصابات الناتجة عن المخاطر وأوجه القصور المرتبطة بالسكن. وينصب تركيز المبادرة على تحديد قضايا الصحة والسلامة وجودة الحياة في المنزل والعمل بشكل منهجي على إزالة أو تخفيف المشاكل. وتسعى المبادرة إلى تحقيق ما يلي:

توسيع نطاق برامج الصحة العامة ذات الإصدار الواحد مثل برامج الوقاية من التسمم بالرصاص في مرحلة الطفولة والربو، لمعالجة أوجه القصور المتعدد في الإسكان التي تؤثر على الصحة والسلامة.

بناء القدرات والكفاءات بين الصحة العامة، والصحة البيئية، والمهنيين في مجال الإسكان وغيرهم من العاملين في المجتمع لتطوير إدارة برامج المنازل الصحية الشاملة والفعالة. (النجاح، 2020)

5 العدوى والمناعة:

_1_5_ العدوى:

العدوى هي انتقال مسببات الأمراض متمثلة في الكائنات الحية على اختلاف أنواعها من مصدر العدوى (الشخص المصاب أو حتى الحامل للمرض) إلى الشخص السليم القابل للإصابة بالمرض نتيجة لتعرضه لمسببات الأمراض بأي وسيلة من وسائل انتقال المرض (المباشر أو غير المباشر مثل استخدام أدوات المريض أو استخدام أي شيء ملوث بمسببات المرض) والذي بدوره يسبب العدوى (الإصابة بالمرض). (أبو العيون، 2013، 66)

إن الميكروبات التي تسبب الإصابة بالمرض تنتقل إلى الناس بأربع طرق: النقل المباشر، والنقل غير المباشر، النقل البيولوجي والنقل الميكانيكي.

ويتم النقل المباشر (Direct Transmission) عن طريق الاتصال الجسمي المباشر كالمصافحة، والتقبيل والاتصال الجنسي.

أما النقل غير المباشر (Indirect transmission) أو النقل البيئي فيتم عندما تدخل الميكروبات إلى جسم الفرد عبر جزيئات الهواء، الغبار، التراب، الطعام. وتعتبر الإنفلونزا مثلا من الأمراض التي تنتقل بيئيا.

ويحدث النقل البيولوجي (Biological Transmission) عندما تقوم وسائط ناقلة مثل البعوض، يحمل الميكروبات وتحولها إلى أشكال قادرة على النمو في جسم الانسان، وتنقلها إلى أفراد آخرين. فانتقال الحمى الصفراء مثلا يحدث بالطرق البيولوجية.

أما النقل الميكانيكي (Mechanical Transmission) فهو انتقال الميكروبات للفرد عن طريق حوامل لهذه الميكروبات لا علاقة لها بالمرض فانتقال العدوى عن طريق الأيدي القذرة، الماء الملوث، والفئران، والجرذان والذباب، مثل التهاب الكبد يمكن اعتباره مثال على الأمراض التي يمكن أن تنتقل ميكانيكيا.

ومنذ أن يصل الميكروب إلى الجسم فإنه يخترق أنسجة الجسم عبر واحدة من عدة طرق منها الجلد، الحلق، القنوات التنفسية وقنوات الهضم، أو عبر الجهاز التناسلي. كما أن بقاء الميكروبات في الجسم وإيجاد موقع فيه ويمكنها من التسبب بحدوث المرض يعتمد على عوامل ثلاثة: عدد العضويات، وقدرات الجسم الدفاعية، ومدى الضرر التي تسببها العضويات. أما مقدار الأذى الذي تحدثه العضويات في الجسم فإنه يتقرر بمدى شراستها (أي قدرتها على مقاومة دفاعات الجسم)، ومقدار السمية فيها (أي قدرتها على إنتاج السموم التي تهاجم أعضاء الحسم الأخرى) (تايلور، 2008، 91)

أي أن المرض الساري (communicable) أو المعدى (infectious) هو مرض ينشأ عن انتقال عامل معد نوعي أو منتجاته السمية من شخص أو حيوان مصاب إلى شخص مستعد (host) ثوي، سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة. (بيغلهول، بونيتا، كييلستروم، 1997، 119)

والأمراض المعدية هي الأمراض التي تسببها كائنات حية دقيقة مثل البكتيريا والفيروسات وغيرها وتنتقل من مصدر العدوى سواء كان مصدرا إنسانيا أو حيوانيا إلى الإنسان فتصيبه بالمرض ويتميز بسرعة انتشاره كما يعرف المرض بأنه حالة من اعتلال الجسم والعقل أو كليهما معا. (أبو العيون، 2013، 65)

5_1_1_1_1_1 مصادر العدوى: (Sources of infection)

_الانسان:

أ-المريض: وهو الشخص المصاب فعليا وتظهر عليه الأعراض وهو سهل اكتشافه من المحيطين به.

ب-المريض في مرحلة الحضانة: وهو الشخص المصاب فعليا وتتكاثر الميكروبات داخل جسمه ويكون مصدرا فعليا لنقل المرض ولكن لا تظهر عليه الأعراض المرضية ولذا فهو مصدر لنقل العدوى غير مرئي ولكن تظهر الأعراض على هذا الشخص بعد انقضاء هذه الفترة.

ج- حامل المرض: وهو الشخص الذي سبقت إصابته بالمرض وشفى منه ولكن شفاؤه غير كامل أي

اختلفت الأعراض ولكن مازال المسبب المرضي والقدرة على نقل العدوى للآخرين ممكنة.

_الحيوان :

يعتمد الإنسان في حياته اليومية على المنتجات الحيوانية كمصدر بروتيني هام سواء كان ذلك من خلال اللحوم أو الألبان أو منتجاتهما، ولذا إذا ما كان هذا الحيوان مصابا فسيكون مصدرا خطيرا لنقل العدوى فعلى سبيل المثال قد ينتقل المرض عن طريق الألبان المأخوذة من حيوان مريض كما هو الحال في

الحمى المالطية والدرن وغيرها أو عن طريق اللحم غير المطهو طهوا جيدا. (أبو العيون، 2013، 66)

والحيوانات كمصدر للعدوى: مثل الحيوانات الأليفة والفئران:

الفأر هو المستودع الطبيعي في حالات الطاعون، القرود هو المستودع الطبيعي في حالات الحمى الصفراء، الحشرات تنقل الأمراض عن طريق: بويضاتها، لعابها، أو خارجيا على أرجلها وأجنحتها.

_ التربة كمصدر للعدوى : مثل بعض أنواع الفطريات تعيش في التربة. (قطيشات وآخرون، ب س، 111)

5_1_2_ بعض الأمراض المعدية الشائعة وكيفية الوقاية منها:

_ أمثلة لمجموعة الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء : الجدري، الحصبة، الحصبة الألمانية، الحمى

القرمزية، الدرن، الدفتيريا، السعال الديكي، التهاب الغدة النكفية.

_ أمثلة لمجموعة الأمراض التي تنتقل عن طريق الطعام والشراب: ويمثل مجموعة من الأمراض التي

تنتقل عن طريق طعام أو شراب ملوث بمسببات المرض: حمى التيفوئيد، الحمى المالطية، الدوسنتاريا،

شلل الأطفال، التسمم الغذائي البكتيري، التهاب الكبد الوبائي.

_ أمثلة لمجموعة الأمراض التي تنتقل عن طريق الجلد : وتسمى أيضا أمراض الملامسة حيث يصاب

الفرد بالعدوى نتيجة ملامسته لإنسان مريض، ومن هذه الأمراض : الأمراض الخاصة بحشرة الرأس

والقمل، الجرب.

_ أمثلة لمجموعة الأمراض التي تنتقل عن طريق الدم : والتي يصاب بها الإنسان نتيجة استعمال حقن

ملوثة أو نقل دم مأخوذ من إنسان مصاب ومنها : التهاب الكبد (ب) ، الايدز. (أبو العيون، 2013،

(71

5_1_3_ سبل الوقاية من الأمراض المعدية:

لتحقيق الوقاية من الأمراض المعدية يجب على الشخص السليم اتباع ما يلي:

_ اتباع العادات الصحية السليمة مثل : الاهتمام بالبعدية الجيدة لمقاومة الأمراض، الاهتمام بالتهوية الجيدة، مراعاة النظافة الشخصية وخاصة للوقاية من الأمراض الجلدية مثل غسل الشعر على الأقل مرتين أسبوعيا (مع مراعاة زيادة مرات الغسيل في فصل الصيف) وتمشيته وتهويته بالمنزل وتصفيته وكذلك قص الأظافر، عدم مخالطة المصابين بالأمراض المعدية، عدم استخدام أدوات ولوازم الآخرين.

_ تجنب العادات غير الصحية مثل : البصق على الأرض، عدم الالتزام بغسل الأيدي قبل وبعد الطعام، عدم الالتزام بغسل الفواكه والخضروات قبل تناولها، الحرص على التحصين ضد الأمراض على ضوء لائحة التحصينات المدرسية، مراجعة طبية عند حدوث أي أعراض مرضية على الفور. (أبو العيون، 2013، 72)

5_1_4_ الأوبئة والأمراض المتوطنة:

_ **الوباء (Epidemic):** هو ظهور عدد من حالات المرض في مجتمع أو إقليم ما على نطاق واسع أكثر من المعتاد، أو على نحو غير متوقع بالقياس إلى المكان والزمان المفترضين. وعندما يوصف الوباء لا بد من التحديد النوعي الواضح للفترة الزمنية والإقليم الجغرافي وخصوصيات الجماعة المحلية التي تحدث فيها الحالات. ويختلف عدد الحالات التي تشير إلى وجود وباء للعامل المسبب، وحجم ونمط الجماهرة المعرضة، والخبرة السابقة أو قلة التعرض للمرض، وزمان ومكان الحدوث. كما يتوقف التعرف على حدوث الوباء على التواتر المألوف للمرض في المنطقة وسط جماهرة معينة خلال نفس الفصل من السنة.

أشكاله:

تكون الأوبئة في الأصل إما **نقطية المصدر point-source**: أين يتعرض الأشخاص المستعدون لمصدر واحد تقريبا من مصادر العدوى في الوباء ذي المصدر النقطي بصورة متزامنة، وهذا يفسر عن زيادة سريعة جدا في عدد الحالات خلال ساعات قليلة في الغالب. ويعد وباء الكوليرا مثلا عن الوباء ذي المصدر النقطي.

أو على النقيض من ذلك قد تكون **سارية**: حيث ينتقل المرض في الوباء الساري من شخص لآخر، ويكون الارتفاع البدئي في عدد الحالات أقل سرعة، وعلى سبيل المثال نذكر وباء الحصبة التي حدثت

بين أطفال المدارس الصغار على جزيرة صغيرة في جنوب بحر الصين. إذ لم تكن وقاية الأطفال قد تمت بعد لا بالتمنيع ولا بالتعرض السابق للحصبة وقد تمت مكافحتها فيما بعد بتلقيح كل الأطفال ومع ذلك كان الأثر الاقتصادي لها كبيرا. (بيغلوهل، بونيتا، كيلستروم، 1997، 119-121)

_ المرض المستوطن (Endemic): هو الذي يكون في العادة موجودا في منطقة جغرافية معينة أو مجموعة سكانية بمعدلات انتشار ووقوع عالية نسبيا بالقياس الى المناطق أو المجموعات السكانية الأخرى. وتعد الأمراض المستوطنة كالمalaria من المشاكل الصحية الرئيسية في البلدان النامية. فاذا تغيرت الظروف سواء في الثوي أو البيئة، يمكن للمرض المستوطن أن يصبح وباء. (بيغلوهل، بونيتا، كيلستروم، 1997، 122)

5_2_2_ المناعة: (Immunity)

المناعة هي القوة التي يكتسبها الجسم ليقاوم الأحماج ويتغلب عليها، أي وسائل دفاع الجسم البشري ضد غزو الجراثيم التي تسبب المرض. (العبد الرحمن وبلاج، 2005، 32)

هي عبارة عن مقاومة الجسم ضد الكائنات الممرضة التي يتعرض لها الانسان أو نواتجها السمية، وذلك عن طريق التعرف على هذه الأجسام الغريبة (Anigen) وإنتاج الأجسام المضادة (Antibody) لها وتحطيمها. (بدح وآخرون، ب. س.، 31)

يحمي الجهاز المناعي الجسم من الإصابة بالأمراض ويدافع عنه ضد الكائنات الدقيقة (من فيروسات، وجراثيم، وفطريات، وطفيليات، وغيرها) حيث يقوم الجهاز المناعي بتمييز العوامل الممرضة (pathogens) ومهاجمتها والقضاء عليها ومعادلة السموم التي تفرزها، وبالإضافة إلى الحماية ضد الميكروبات يقوم الجهاز المناعي أيضا بالتخلص من خلايا الأورام، والخلايا الهرمة أو الميتة. (ظاهر، 2012، ص7)

5_2_1_ جهاز المناعة: يتألف جهاز المناعة من:

أ_ الأعضاء:

* أعضاء مركزية: نخاع العظام (نقي العظام) وغدة التيموس.

* أعضاء خارجية أو محيطية: العقد اللمفاوية والطحال ولويحات باير (Palche of peyer).

ب_ المواد الذائبة:

الأضداد (Antibodies)، جملة المتممة (Comlement)، الليمفوكينات (Lymphokins)

ج_ الخلايا:

الخلايا البلعمية الكبيرة، الخلايا البيضاء اللمفاوية، الخلايا البيضاء المعتدلة، الخلايا البيضاء الحامضية، الخلايا البيضاء الأساسية. (العبد الرحمن وبلاج، 2005، 36)

5_2_2_ أنوع المناعة

ولقد قسمت المناعة إلى قسمين:

أ_ المناعة غير النوعية: (Non specific immunity)

ويطلق عليها أحيانا بالمناعة الطبيعية (Natural immunity) أو أحيانا أخرى تدعى بالمناعة المتأصلة أو الفطرية (Innate immunity). تتميز المناعة الطبيعية بأنها موجودة مع الإنسان منذ الولادة. وهذا النوع من المناعة غير نوعي ضد كائنات حية ممرضة معينة. ولكن يحمي الجسم ضد غزو كل الكائنات والمواد الغريبة عنه بشكل عام دون تخصص. تشمل هذه الوسائل المناعية الطبيعية:

_ مقاومة الجلد والأغشية المخاطية لغزو الكائنات الحية الدقيقة.

_ بلعمة الكائنات الحية، إذ تمكنت من غزو الجسم _ رغم مقاومة الجلد والأغشية المخاطية _ وذلك عن طريق كريات الدم البيضاء والبلاعم المختلفة.

_ إبطال فعالية الكائنات الحية الدقيقة عن طريق مركبات كيميائية موجودة بشكل طبيعي في الجسم، وذلك باتحادها معها وبالتالي إبطال مفعولها مثل جهاز المتممة أو تحليل وتفكيك هذه الأحياء الدقيقة مثل الليزوزومات (Lysozymes) أو تدمير هذه الأجسام الغازية، أو المساعدة على تدميرها مثل كثير من بروتينات وبوليبيبتيدات البلازما.

_ قتل الأحياء الدقيقة في العصارات التي تفرزها بعض الأغشية المخاطية كحموضة المعدة، والتي تعمل كعائق يقتل معظم الجراثيم الداخلة عن طريق السبيل الهضمي. (الحديدي، 2004، 12)

العوامل المؤثرة في المناعة الطبيعية:

هناك عدة عوامل تؤثر في المناعة غير النوعية وهي:

_ التأثير الوراثي: ويطلق عليه اسم المناعة الوراثية لأنها تتعلق بأشياء مورثة تنتقل من الأباء إلى الأبناء ومن الملاحظ أنها مختلفة باختلاف الأجناس المختلفة وحتى بين أفراد النوع الواحد فمثلا: أغنام الجزائر أكثر مقاومة لمرض الجمرة الخبيثة من أغنام أوروبا.

_ العمر : وجد أن قابلية الإنسان أو الحيوانات للإصابة بالعوامل الممرضة تتأثر بالعمر. فقد لوحظ أن بعض الأنواع الجراثيم تتواجد في عائلها أو مضيفها في جميع الأعمار ولكن بعض الأنواع الجرثومية تتواجد لفترة محددة من العمر. ولكن القاعدة العامة هي:

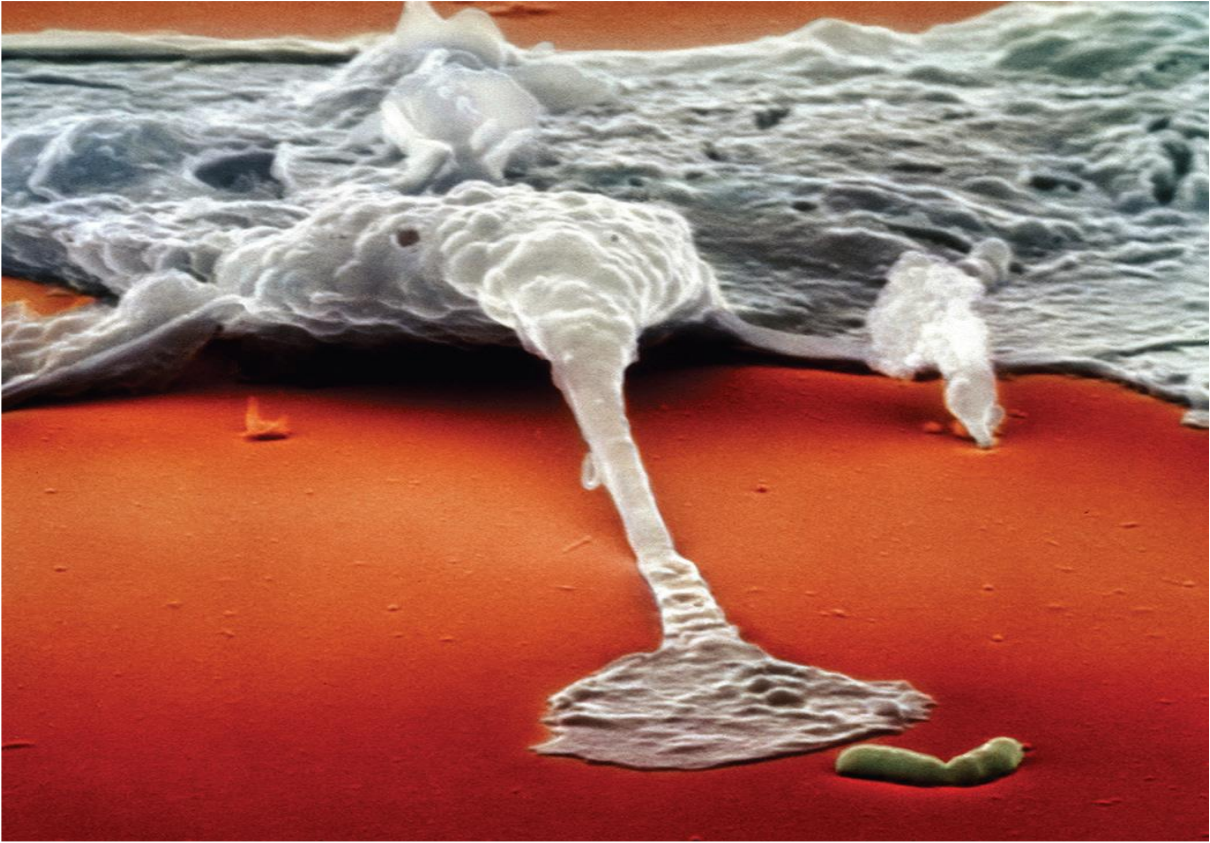
إن معظم الجراثيم الممرضة تكون أشد وطأة وقدرة على الإصابة في فترتي الطفولة المبكرة والشيخوخة المتأخرة منها على الإصابة في عمر الشباب والنضج. والسبب في ذلك هو:

ففي فترة الطفولة المبكرة (الجنين أو الطفل حديث الولادة) لا يكون فيها الجهاز المناعي متطورا وبالتالي تكون الإصابة حادة ومؤثرة، كما أن الجهاز المناعي في فترة الشيخوخة المتأخرة لا يقوم بوظيفته بشكل طبيعي مما يؤدي إلى حدوث أضرار ومضاعفات في هاتين الفترتين أكثر بكثير من فترة الشباب والنضج الوظيفي لأجهزة الجسم المختلفة. فمثلا إصابة الجنين في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل بمرض الحصبة الألمانية فإنه يسبب له أضرارا وأعراضا مشوهة ومستديمة مثل أفة في القلب.

_ الغدد الصم والتأثير الهرموني: وجد أن للهرمونات تأثيرا في مقاومة الجسم للأمراض وهذا يؤدي إلى تأثر المناعة في فترات العمر المختلفة فمثلا: في حالة الإصابة بمرض السكري تزداد حالة الإصابة بأمراض الجلد المختلفة.

_التأثير الغذائي : تدخل العناصر الغذائية في تركيب الخلايا وبشكل خاص الأضداد ذات الطبيعة البروتينية وهكذا إذا كان الإنسان يعاني من سوء التغذية ناتج عن نقص البروتين فإن ذلك سيؤثر وبشكل مباشر في تركيب الأضداد وتركيزها، وهذا يؤدي إلى نقص المناعة في الجسم وبالتالي إلى عدم القدرة على مقاومة الأمراض.

وهناك بعض العوامل التي تنشط المناعة غير النوعية مثل ارتفاع درجة الحرارة والتمارين الرياضية وبعض الأدوية. (العبد الرحمن وبلاج، 2005، 40)



تمثل الصورة رقم (1) بلعمة الكائنات الحية (2, 2019, Sompayrac)

ب_ المناعة النوعية: (Specific Immunity)

وتدعى هذه المناعة أيضا بالمناعة المكتسبة (Acquired immunity) وهي كما يبين اسمها لا توجد بشكل متأصل منذ ولادة الانسان، ولكنها تنشأ أو تكتسب بعد تعرض الجسم للكائن الحي أو المادة الضارة بالجسم، وحينما تتكون هذه المناعة ضد هذا الكائن الوافد، فغالبا ما تكون مناعة شديدة، وقادرة على حماية الجسم ضد هذا الوافد الضار.

وتتقسم المناعة المكتسبة إلى نمطين أساسيين:

_ المناعة الخلوية (Humoral immunity) أو أحيانا يطلق عليها مناعة الخلايا البائية (B cell immunity) وفي هذا النوع من المناعة يكون الجسم عن طريق تفعيل الخلايا اللمفاوية البائية، أزدادا (Antibodies) تتحد مع الكائنات الحية الدقيقة أو المركبات الغريبة والضارة بالجسم (وأحيانا أنسجة الجسم نفسه) وتدمرها وتخربها، وتبطل مفعولها.

_ المناعة بتوسط الخلايا (Cell-mediated immunity) أو تسمى أحيانا بمناعة الخلايا التائية، وهذا النمط من المناعة يعمل على تكوين نائل كبيرة ومتعددة من الخلايا للمفاوية التي تتعرف على أي وافد غريب عن الجسم وتهاجمه. (الحديدي، 2004، 13)

5_2_3_ الآليات الدفاعية للجهاز المناعي:

يتكون الجهاز المناعي من آليات دفاعية متخصصة (مناعة تكيفية)، وأخرى غير متخصصة (مناعة فطرية).

أ_ الآليات الدفاعية غير المتخصصة (المناعة الفطرية / الطبيعية): (Innate Immunity)

تعتبر غير متخصصة نظرا لعدم قدرتها على التعرف على الميكروب الغازي أو إحداث استجابة مناعية نوعية مخصصة لذلك الميكروب، فعلى سبيل المثال تقوم الخلايا العدلة (neutrophils) بمهاجمة وبلعمة أنواع عديدة من البكتيريا بالطريقة نفسها. وتشمل الآليات الدفاعية غير المتخصصة حواجز ومكونات تتظافر لمنع دخول الميكروبات، وتثبيط نموها وتكاثرها في الجسم. وتتمثل في:

- الحواجز الكيميائية: كإفرازات المعدة الحامضية، والأنزيمات الحالة، وكذلك حامض اللبن (lactic acid) الموجود في العرق.

- الحواجز الآلية: تشمل الجلد السليم والأغشية المخاطية.

- الحاجز الحيوي: تثبط الجراثيم المطاعمة (normal flora) تكاثر الجراثيم الممرضة عن طريق منافستها على الحيز والطعام.

- المكونات الخطية (جزيئات ذائبة في المصل): مثل السيتوكينات وبروتينات الطور الحاد بالإضافة إلى الجملة المتممة (complement). (طاهر، 2012، 7)

- المكونات الخلوية (خلايا المناعة): وتشمل الخلايا الحبيبية (granulocytes) والخلايا الفاتكة الطبيعية (nature killer cells) والخلايا المتغصنة (بكسر الصاد) (dendritic cells)، ووحيدات النوى/البلعميات الكبيرة (monocytes / macrophages).

ب_ الآليات الدفاعية المتخصصة (المناعة التكيفية أو المكتسبة): وتشمل

- مكونات خلوية: الخلايا للمفاوية البائية والتائية (B and T lymphocytes) وخلايا البلازما.

- مكونات خلوية: الأجسام المضادة (antibodies).

وتتميز المناعة التكيفية بالاستجابة المناعية المتخصصة، وبوجود ذاكرة مناعية تحسن الاستجابة المناعية مع تكرار الإصابة. (طاهر، 2012، 8)

5_2_4_ الاستجابة المناعية (Immune Response): هي إدراك الجهاز المناعي لوجود عدوى

وتحركه للقضاء عليها، وتتم الاستجابة المناعية في خمسة مراحل:

-المرحلة الأولى (مرحلة الإدراك): وهي إدراك الجهاز المناعي لدخول كائن غريب إلى الجسم.

-المرحلة الثانية (مرحلة الاستجابة المناعية الفورية): وتقوم بها عناصر المناعة الفطرية.

-المرحلة الثالثة (الاستجابة المناعية المتأخرة): إذا لم يتمكن الجسم من القضاء على الميكروب بواسطة

عناصر المناعة الفطرية، هنا يأتي دور المناعة التكيفية والتي تتميز بالتنوع والفعالية العالية.

-المرحلة الرابعة: القضاء على الميكروب الغازي.

-المرحلة الخامسة: تشكل ذاكرة مناعية على شكل خلايا ذاكرة ليمفاوية تائية وبائية (T and B memory

cells) (طاهر، 2012، 13)

الجدول رقم (1): الفرق بين المناعة الطبيعية والمكتسبة. (طاهر، 2012، ص8)

المناعة المكتسبة (النوعية)	المناعة الطبيعية (غير النوعية)	
استجابتها متعلقة بالمستضدات	استجابتها غير متعلقة بالمستضدات	علاقتها بالمستضد
هناك زمن طويل بين الهجوم والرد المناعي	استجابتها سريعة	زمن الاستجابة
نوعية لكل مستضد على حدة	غير نوعية وتهاجم كافة المستضدات	التخصص
تنتج ذاكرة شبه دائمة	لا تتميز بإنتاج ذاكرة	الذاكرة
تتحسن الاستجابة المناعية مع تكرار الإصابة	لا تتحسن الاستجابة المناعية مع تكرار الإصابة	تحسن الاستجابة
الخلايا الليمفاوية، خلايا البلازما، الاجسام المضادة	مكوناتها: الحواجز الواقية، الخلايا البالعة، الفاتكات الطبيعية، الجملة المتممة	المكونات الأساسية

5_2_5_ الوظائف الرئيسية لجهاز المناعة هي كما يلي:

_ التعرف على الذات من غير الذات

_ تزايد استجابة محددة ضد غير الذات

_ تكوين ذاكرة لما تم التعرف عليه سابقاً على أنه غير ذاتي

_ تكوين الجسم المضاد

_ ردود الفعل الخلوية

في حين أن الوظيفة الطبيعية للمناعة هي الدفاع عن الجسم، فإن فشلها أو اضطرابها بأي شكل من

الأشكال يؤدي إلى أمراض الجهاز المناعي. (Mohan, 2015, 44)

6_ الأمراض الشائعة في العصر الحديث:

في الوقت الحالي على الرغم من التطور العلمي والتكنولوجي هناك العديد من الأمراض المنتشرة سواء كانت أمراض معدية أو مزمنة أو قاتلة، حيث لكل مرض أعراضه وعلاجه الخاص به. وعلى الرغم من أن الأمراض المزمنة تشترك في خصال معينة، إلا أن الأنواع المختلفة من الأمراض المزمنة لها أعراض مميزة، وآثار جانبية طويلة الأمد، ووقت استهلال مختلف. على سبيل المثال الصرع حالة نيورولوجية تتميز بالنوبات المتكررة، والتي تحد من قدرة الشخص على المشاركة في الأنشطة اليومية. مرض باركينسون اضطراب في الحركة يمر فيه الناس بمشكلات في التوازن والأعراض العضلية، ومن ثم يمنع الشخص من تكملته المهام اليومية (ساندرسون، 2019، 369). سنعرض مجموعة من هذه الأمراض الشائعة مع نسب انتشارها علمياً على سبيل المثال لا الحصر.

_ فيروس كورونا (Covid 19)

فيروسات كورونا فصيلة واسعة الانتشار معروفة بأنها تسبب أمراضاً تتراوح من نزلات البرد الشائعة إلى الاعتلالات الأشد وطأة مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS) ومتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم (السارس).

وكوفيد-19 هو المرض الناجم عن فيروس كورونا المُستجد المُسمى فيروس كورونا-سارس-2. وقد اكتشفت المنظمة هذا الفيروس المُستجد لأول مرة في 31 كانون الأول/ديسمبر 2019، بعد الإبلاغ عن مجموعة من حالات الالتهاب الرئوي الفيروسي في يوهان بجمهورية الصين الشعبية. حيث تتمثل أعراض كوفيد-19 الأكثر شيوعاً فيما يلي: الحمى، السعال الجاف، الإجهاد

تزداد مخاطر الإصابة بمضاعفات وخيمة بين الأشخاص البالغين 60 عاماً أو أكثر من العمر، والأشخاص الذين يعانون من مشكلات طبية كامنة، مثل ارتفاع ضغط الدم أو مشكلات القلب والرئتين، أو داء السكري أو السمنة أو السرطان. ومع ذلك فقد يصاب أي شخص بعدوى كوفيد-19 ويعاني من مضاعفات خطيرة أو يتوفى في أي عمر كان. (منظمة الصحة العالمية، 2021)

وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية تسببت جائحة فيروس كورونا في وفاة ما يقرب من 15 مليون شخص حول العالم. (BBC News, 2022)

_ السكري :

يعتبر مرض السكري مرضاً مزمناً يحدث عندما لا يكون الجسم قادراً على إنتاج الأنسولين، أو عندما لا يقوم الجسم باستعمال الأنسولين والاستفادة منه بصورة صحيحة داخل الجسم. ويعتبر هذا المرض واحد من أكثر الأمراض شيوعاً وتكلفة في الوقت الحالي، ولا يوجد له دواء شاف بشكل كامل وله مضاعفات كثيرة خطيرة. (كفافي وعلاء الدين، 2002، 255)

حيث ارتفعت الوفيات الناجمة عن مرض السكري بنسبة 70% على الصعيد العالمي بين عامي 2000 و2019، مع زيادة 80% من الوفيات الذكور. وفي إقليم شرق المتوسط ازدادت الوفيات الناجمة عن مرض السكري بأكثر من الضعف وهي تمثل أكبر نسبة مئوية من الزيادة في جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية. (الأمم المتحدة، 2020)

_ أمراض القلب :

أمراض القلب التاجية هي الأمراض التي تعزى إلى تضيق الشرايين التاجية التي تزود القلب بالدم. فعندما تصاب الشرايين بتضيق أو انسداد، فإن هذا يؤدي إلى إعاقة تدفق الأكسجين والغذاء للقلب بصورة جزئية أو كلية. وعادة ما يؤدي النقص المؤقت للأكسجين والغذاء، إلى شعور الإنسان بألم منتشر في كل أنحاء الصدر والذراع. وهذا يسمى بالذبحة الصدرية، وحين يكون هذا النقص شديداً فإنه يؤدي إلى جلطة قلبية. وتنتشر بوجه خاص بين الرجال وكبار السن، ويعتبر العامل الوراثي أحد أهم العوامل المهددة بالإصابة بأمراض القلب التاجية. ويمكن أن يصاب الفرد بالمرض في مرحلة مبكرة من عمره، وأن تتفاقم آثار المرض بفعل عوامل خطيرة أخرى ذات صلة بنمط حياة الفرد، ومدى تعرضه للضغوط النفسية. أما عوامل الخطورة هذه فتشمل ارتفاع ضغط الدم، السكري، والتدخين، البدانة، وارتفاع مستوى الدهون، وتدني مستوى النشاط البدني. (تايلور، 2008، 588)

وحسب منظمة الصحة العالمية لا تزال أمراض القلب هي السبب الرئيسي للوفاة على الصعيد العالمي، وتشكل 16% من مجموع الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب. فقد ارتفع عدد الوفيات الناجمة عن أمراض القلب بأكثر من مليوني حالة منذ 2000 ليصل إلى ما يقرب من 9 ملايين حالة وفاة في 2019 (الأمم المتحدة، 2020)

_ مرض السرطان :

يستخدم مصطلح السرطان في وصف مجموعة كبيرة من الأمراض تصل إلى أكثر من 100 نوعاً، والتي تصنف بأنها لا يمكن السيطرة عليها، حيث تنمو خلايا جديدة وتتكاثر بلا هدف، ويؤدي ذلك إلى هدم أو تدمير الخلايا الطبيعية وموتها نهائياً لو تركت هذه الخلايا الجديدة بدون كبح جماحها.

وتتدرج الأورام السرطانية ضمن قائمة الأمراض المزمنة التي تأخذ فترة طويلة للظهور ولا تسبب الوفاة بسرعة، إنما يلزم الأمر وقتاً طويلاً لتدهور الجسم وتنقسم إلى نوعين: الأورام الحميدة: وهي عبارة عن تجمع لأنسجة أو سائل أو دهون في الجسم وتكون عادة داخل غشاء محدد وليس لديها القدرة على الانتشار، وهي تتكون من خلايا غير سرطانية. الأورام الخبيثة: هي عبارة عن مجموعة من الخلايا الشاذة في انقسامها وفي شكلها وتكوينها، ولديها القدرة على الانتقال إلى أماكن عديدة في الجسم. (العاسمي، 2016، 156، 159)

وحسب منظمة الصحة العالمية يعد السرطان سبب رئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم، قد أزهد أرواح 10 ملايين شخص تقريبا في عام 2020. ومن أكثر أنواع السرطان شيوعاً: سرطان الثدي، سرطان الرئة، سرطان القولون والمستقيم وسرطان البروستات. وتعزى حوالي ثلث الوفيات الناجمة عن السرطان إلى تعاطي التبغ، تعاطي الكحول، قلة ممارسة النشاط الرياضي، وانخفاض مدخول الجسم من الفواكه والخضروات، وارتفاع مؤشر كتلة الجسم. (منظمة الصحة العالمية، 2020)

_ الربو

يعتبر الربو مرضاً التهابياً مزمنياً في المسالك الهوائية، ويوصف بالنوبات المتكررة للتنفس البالغ الصعوبة المصحوب بصوت كالصفير بالإضافة إلى عسر وضيق وضغط الصدر والسعال الذي يسببه تضيق وانقباض في القصبات الهوائية الذي يحدث كرد فعل لمجموعة من المثبرات. ويمكن تصنيف الأزمات الصدرية إلى ثلاث أنواع: البسيطة والمتوسطة والشديدة. وعلى الرغم من أن السبب المعجل عادة ما يكون مادة مولدة للأرجية (كالغبار أو غبار الطلع) أو حساسية زائدة للبكتيريا، إلا أن العوامل السيكولوجية قد تثير أو تقاوم النوبة. (كفافي وعلاء الدين، 2002، 235)

فقد أحصت هيئة الأمم المتحدة أن هذا المرض أصاب حوالي 262 مليون شخص في عام 2019، وتسبب في وفاة 461 ألف شخص. ويُعتبر الربو من الأمراض غير السارية الرئيسية: إذ يصيب 6 في المائة من الأطفال و2 في المائة من البالغين. (الأمم المتحدة، 2022)

_ مرض الزهايمر

يُعد مرض ألزهايمر (Alzheimer) أشيع أسباب الخرف ومن المحتمل أنه يسهم في حدوث 60% إلى 70% من الحالات (منظمة الصحة العالمية، 2022). وعادة ما يبدأ مرض الزهايمر بأعراض بسيطة. وتكون الأعراض الأولية غالباً فقدان بسيط للذاكرة يصعب التمييز بينه وبين النسيان الطبيعي الناجم عن تقدم السن. وقد يوجد ارتباط بسيط (مثل، ما يحدث مع سداد الفواتير) ومشاكل في استخدام اللغة في فترة

مبكرة من المرض. وعادة ما يبدأ مرض الزهايمر في الظهور ببطء وبأعراض طفيفة جدا، فمن النادر أن تجد شخصا ما وقد يقوم بتحديد تاريخ محدد لبدء المرض، قد يعاني شخص ما لمدة عام أو عامين من هذه الحالة المرضية قبل أن يتم تشخيص الحالة. ويميل مرض الزهايمر إلى التقدم ببطء. ومع ازدياد المرض سوءا، قد يعاني المصابون من مجموعة مختلفة من الأعراض، ويمكن أن يصبحوا في نهاية المطاف غير قادرين على أداء أبسط المهام، ومن ثم يحتاجون إلى المساعدة على مدار اليوم. (غراهام ووارنر، 2013، 13)

وعادة ما يصيب المرض الناس في سن متقدم من العمر، مع العلم أنه يمكن للأعراض في حالات نادرة أن تظهر في الثلاثينيات. وتبلغ نسبة النساء اللواتي يصبن بالزهايمر لأكثر قليل من نسبة الرجال. ويقدر عدد المرضى بين 50000 إلى 1000000 تقريبا في العالم ككل. (كوس واولدهام، 2009، 232)

_ الایدز/ فقدان المناعة المكتسبة (HIV)

تشير لفظة الإيدز إلى متلازمة العوز المناعي المكتسب، وهي شكل لإصابات مدمرة يسببها فيروس العوز المناعي البشري، الذي يهاجم ويدمر كريات دم بيضاء معينة ضرورية لجهاز مناعة الجسم . وعندما يصيب فيروس العوز المناعي البشري إحدى الخلايا، فإنه يتحد مع المادة الوراثية للخلية وقد يبقى خاملا لعدة سنوات. ومعظم الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري لا يزالون أصحاء ويمكن أن يعيشوا سنوات بدون أن تظهر عليهم أي أعراض أو تظهر عليهم أعراض أمراض غير خطيرة. وهم مصابون بفيروس العوز المناعي البشري، ولكن ليس لديهم إيدز. الأشخاص الذين يثبت حملهم لفيروس العوز المناعي البشري مصابون وناقلون للعدوى على حد سواء مدى الحياة. وحتى لو كانوا يبدون أصحاء أو كانوا يشعرون بأنهم أصحاء، فإنه يمكنهم نقل الفيروس إلى الآخرين. وبعد فترة زمنية متفاوتة، يصبح الفيروس نشيطا ثم يؤدي تدريجيا إلى حدوث الإصابات الخطيرة والحالات الأخرى التي يتسم بها الإيدز. وعلى الرغم من وجود أنواع علاج يمكنها إطالة الحياة، فإن الإيدز مرض مميت. ولا تزال البحوث جارية للتوصل إلى لقاحات ممكنة، وفي النهاية، إلى علاج. بيد أنه في الوقت الحالي، لا تزال الوقاية من الانتقال تمثل الطريقة الوحيدة للسيطرة عليه. (الأمم المتحدة، 1999، 14)

في حزيران/يونيه 1981، أعلن علماء في الولايات المتحدة عن أول دليل سريري لمرض عرف لاحقا باسم الإيدز. وفي عام 1983، اكتُشف سبب الداء وهو فيروس نقص المناعة البشرية.

ومنذ بداية تفشي الوباء، أصيب ما يقارب بـ 84.2 مليوناً بفيروس نقص المناعة البشرية، وتوفي ما يقارب من 38.4 مليوناً من أمراض مرتبطة بالإيدز. وفي عام 2021، 54 % من جميع المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية كانوا من النساء والفتيات. (الأمم المتحدة، 2022)

ثالثاً_ استراتيجيات التدخل في علم النفس الصحة

1_ جوانب التدخل

1_1_ الجوانب المتعلقة بالمريض

على مستوى المريض، يمكن المختص في علم النفس الصحة أن يحاول التدخل في الجوانب البيولوجية أو العاطفية أو المعرفية أو السلوكية.

_ الجانب البيولوجي

تم تصميم استراتيجيات العلاج في هذا الجانب لتغيير الاستجابات الفسيولوجية الفعلية المرتبطة بالاضطراب بشكل مباشر، مثل الاسترخاء لارتفاع ضغط الدم. يمكن للمرء أيضاً التدخل في محاولة للسيطرة على أعراض محددة مرتبطة بالمرض أو علاجه (مثل، التنويم المغناطيسي للسيطرة على الألم، وإزالة التحسس من الغثيان الاستباقي المرتبط بالعلاج الكيميائي).

بالطبع، تعد التدخلات الطبية التركيز الأساسي في هذا الجانب، ويجب مراقبة آثارها التفاعلية تزامناً مع المعالجة النفسية الفسيولوجية (مثل، تغيير جرعات الأنسولين أثناء التدريب على الاسترخاء، واستخدام مرخيات العضلات أثناء تدريب التغذية الراجعة البيولوجية).

_ الجانب الانفعالي / العاطفي

في الجانب الانفعالي، يمكن للمرء أن يركز على الحالات الانفعالية مثل القلق أو الاكتئاب أو العدائية. فمثلاً، يمكن للمختص أو المعالج تقديم تدخلات مثل التحصين ضد الضغط لتقليل القلق المرتبط بإجراء طبي سيجري، والمعالجة السلوكية المعرفية للاكتئاب، وإدارة الغضب لنمط السلوك من النوع أ.

_ الجانب المعرفي

تشمل التدخلات في هذا الجانب توفير المعلومات في المقاربة التربوية النفسية أو تغيير الطريقة التي يتصور بها المريض المشكلة. كأمثلة، قد تزيد التأثيرات الوهمية لدى الفرد للمعالجات الطبية أو النفسية،

ويقدم معلومات حسية وإجرائية حول إجراءات التشخيص القادمة، ويستخدم العلاج النفسي الوجودي لتسهيل تطوير فلسفة الحياة في الحفاظ على المواجهة التكيفية.

_ الجانب السلوكي

تشمل المعالجة في هذا الجانب تغيير السلوكيات الظاهرة للمريض ويتضمن استخدام مبادئ نظرية التعلم الاجرائي والاجتماعي. وبالتالي، قد يصمم المختص أو المعالج برنامجًا للمراقبة الذاتية لتعزيز الامتثال أو الاذعان لأدوية ارتفاع ضغط الدم، لتعليم المهارات التوكيدية لتسهيل التواصل مع طبيب والمريض، لتطوير برنامج لتغيير السلوك لتعديل عوامل الخطر الصحية السلوكية (مثل التدخين والوزن)، وكذلك تدريب المريض على مهارات الإدارة الذاتية (مثل حقن الأنسولين). (Belar & Deardroff, 2009, 82)

2_1_ الجوانب المتعلقة بالبيئة

لا يجب أن تركز الأهداف على المريض فقط، بل ينبغي على المختص في علم النفس الصحة ألا يتجاهل البيئة المحيطة بالمريض وهي: (أ) العائلة، (ب) نظام الرعاية الصحية، (ج) السياق الاجتماعي والثقافي. قد يستهدف التدخل داخل كل وحدة الجوانب المادية أو الانفعالية أو المعرفية أو السلوكية.

_ العائلة

هناك زيادة واضحة في اهتمام المختصين في مجال تقديم الرعاية الصحية بالدور الذي يمكن أن تحققه إجراءات التدخل التي تتم عبر الأسرة في الارتقاء بالأوضاع الصحية. وهناك عدة أسباب لهذا: أولها وهو الأكثر وضوحاً يعود إلى أن الأطفال يتعلمون عاداتهم الصحية من آبائهم، لذلك فإن التأكد من التزام كامل أفراد الأسرة بنمط حياة صحي يعطي الأطفال الفرصة الأفضل للبدء بحياة صحية منذ البداية. أما السبب الثاني فيعود إلى أن الأسر وخاصة تلك التي يوجد فيها أطفال، وراشد واحد يعمل أو أكثر، يكون لديهم نمط حياة أكثر تنظيماً واتساقاً من أولئك الأشخاص الذين يعيشون لوحدهم. والسبب الثالث في توجيه إجراءات التدخل عبر الأسرة يعود إلى تأثير أفراد الأسرة المختلفين بعادات أي فرد فيها. وأخيراً وهو السبب الأكثر أهمية فيرجع إلى أن إحداث التغيير في السلوك على مستوى العائلة يضع جميع أفراد الأسرة في نفس المركب، مما يؤكد التزامهم بشكل أكبر في برنامج التغيير السلوكي ويزودون الشخص المستهدف سلوكه بالتغيير بالمساندة الاجتماعية الضرورية. إن الدلائل تشير إلى أن انخراط أفراد العائلة في عملية التغيير يمكن أن يزيد من فعالية برنامج التدخل بشكل جوهري. (تايلور، 2008، 157)

هدفت التدخلات في الجوانب المادية للبيئة الأسرية لإعادة تصميم لمكان العيش/ السكن وفقاً لقصور المريض. في الجانب الانفعالي، يمكن للطبيب استخدام العلاج الداعم لمساعدة أفراد الأسرة على التعامل مع القلق بشأن مرض المريض. وفي الجانب المعرفي، يمكن للطبيب تسهيل توقعات أكثر واقعية من خلال توفير معلومات دقيقة أو استخدام العلاج الأسري للعمل من خلال العزو الخاطئ المحتمل لسبب مرض المريض. فيما يتعلق بسلوك أفراد الأسرة، قد يكون من الضروري تدريب الأفراد على تقديم الدعم العاطفي المناسب أو تطوير برنامج إدارة الطوارئ.

_ نظام الرعاية الصحية

يعد الجانب المادي (المكان/ المستشفى، العيادة، مراكز العلاج...) أحد أهم الجوانب الذي يتم تقديم الخدمات فيه. فمثلاً الخصوصية مهمة للمرضى ولكن غالباً ما يتم تجاهلها في نظام الرعاية الصحية. كلنا يعلم أن غرفة انتظار العلاج الإشعاعي التي تقع في ممر مزدحم، حيث يجلس المرضى الذين يعانون من تشوه في كثير من الأحيان بشكل غير مريح، ويتعرضون لتحديق أو تجهم من زوار المستشفى. يمكن أن ينتج عن التصميم البيئي الذي يراعي احتياجات المريض ويحترمها جواً أكثر راحة وأقل إثارة للقلق، بالإضافة إلى الجانب الجمالي للمكان. (Belar & Deardroff, 2009, 83_84)

في الجانب الانفعالي لنظام الرعاية الصحية، قد يحتاج المعالج أيضاً إلى العمل مع الطاقم الطبي والتمريضي فيما يتعلق بمشاعرهم تجاه مريض معين، لتسهيل العلاقة العلاجية بين مقدمي الرعاية والمريض. ومن الواضح أن العلاقة ما بين المريض والطاقم بالرعاية الصحية قابلة للتغيير، كما أنها تتأثر بعوامل مختلفة، تجعل التواصل بينها أفضل أو أسوأ. وهناك عدة أمور تؤدي إلى فشل عملية التواصل بين الطرفين من بينها: شخصية الطبيب، وموقع عيادته، كذلك التقلبات التي قد تطرأ على نظام الرعاية الصحية نفسه، دون أن ننسى دور السلوك الشخصي للمريض، ولبقية المشاركين في تقديم الرعاية الصحية. (تايلور، 2008، 443)

في الجانب المعرفي، يجد المختصون في علم النفس الصحة أنفسهم باستمرار في دور المعلم، لأنهم يحاولون في معظم التفاعلات زيادة معرفة مقدمي الرعاية الصحية الآخرين بالجوانب النفسية للصحة والمرض ورعاية المرضى. يتضمن هذا التعليم أيضاً تبديد الأساطير وتقديم المعلومات الصحيحة حول الاضطرابات النفسية المختلفة المصاحبة للأمراض العضوية.

تشمل عينة التدخلات التي تستهدف سلوك مقدمي الرعاية الصحية تعليمات من أجل (أ) زيادة الاهتمام بالسلوك الجيد، (ب) توفير الدواء على فترات زمنية محددة بدلا من توفيره عند الحاجة للمرضى الذين يعانون من آلام مزمنة، (ج) توحيد مصدر الاتصالات للمريض فيما يتعلق بالتشخيص والرعاية، (د) التحقق من فهم المريض لتعليمات العلاج، و (هـ) تدريب المريض على الرعاية الذاتية عندما يكون ذلك ممكناً، حتى عندما يكون في المستشفى، لتعظيم الشعور بالتحكم وضبط النفس. (Belar & Deardroff, 2009, 84)

_ السياق الاجتماعي والثقافي

إن الاختلاف في استخدام الخدمات الطبية بسبب الفروق في الطبقة الاجتماعية يعتبر على وجه التحديد، مصدر اشكال. لأن وضع الفقراء الصحي أسوأ من وضع الأغنياء الصحي. فالفقراء يمرضون أكثر، ولفترات زمنية أطول من الميسورين، كما أنهم يموتون أبكر. (تايلور، 2008، 411)

من الممكن التدخل في الشبكة الاجتماعية للمريض وبالتالي استخدام مواردها لصالح المريض. تم نصح أصدقاء المرضى حول طرق تسهيل التعامل مع المرضى واعطاءهم معلومات حول عملية الحزن، مما عزز فهمهم وقدرتهم على دعم المريض. أيضاً تم مساعدة المشرفين عن العمل في تصميم عودة تدريجية إلى العمل واستئناف التعافي الفعال للمريض من مرض خطير أو يتعلم التعايش مع مشكلة الألم المزمن.

تتضمن الجوانب الأخرى للبيئة الاجتماعية والثقافية تدخلات طويلة الأمد من قبل المختصين في علم النفس الصحة وربما تكون مهمة عند النظر في الجودة المستقبلية لرعاية المرضى. تشمل هذه التدخلات ما يلي: (أ) المساهمة في جمع معلومات حول استراتيجيات التشخيص والعلاج الفعالة من خلال البحث الاكليينكي، (ب) العمل على نزع فتيل الأساطير والقوالب النمطية، (ج) العمل نحو تشريعات الصحة السلوكية (مثل: ضوابط التدخين في مكان العمل، قوانين الخوذات الإلزامية)، و (د) المشاركة في صنع السياسات الحكومية فيما يتعلق بإصلاح الرعاية الصحية. (Belar & Deardroff, 2009, 85)

كما تؤثر العوامل الثقافية في تقرير توجه الفرد للبحث عن العلاج الرسمي، إن الأفراد الذين يعيشون في المناطق العرقية، قد يحملون معتقدات عن المرض لا تمت بصلة إلى معتقدات المهنيين المختصين في المؤسسة الطبية، مما يجعل هؤلاء يلجؤون إلى استخدام نظام العلاج الشعبي بدلا من مراجعة الجهات الطبية المختصة. (تايلور، 2008، 411)

2_ اختيار التدخلات

عند اختيار التدخل، يجب على المختص أن يأخذ في الاعتبار آثار أي تدخل على أهداف أخرى، ومدى ملاءمة أهداف التدخل، وقضايا تعاون المريض والطاقم، وقضايا التكلفة والعائد.

2_1_ العلاقات المتبادلة للتدخلات

يمكن أن يكون للتدخلات التي تستهدف هدفًا واحدًا تأثيرات إيجابية أو سلبية على مجالات أو جوانب أخرى أو العلاجات الجارية. على سبيل المثال، في المجال الإيجابي، قد يعاني المريض الذي يعالج من الصداع المزمن بأساليب الاسترخاء والتغذية الراجعة البيولوجية من احتياج أقل لمسكنات الألم، وتقليل الاكتئاب، وتحسين العلاقات الأسرية، وزيادة مستوى النشاط. وهكذا، بدأت دورة تحسن تكيفية إيجابية بالمعالجة التي تستهدف أولاً مشكلة الصداع. ومع ذلك، يجب على المرء أن يهتم بشكل خاص بالآثار السلبية التي قد تحدث لأي مجال من مجالات التدخل على جوانب أخرى. ويمكن أن يؤدي عدم الانتباه إلى هذه العلاقات المتبادلة وتأثيراتها المحتملة عند تصميم برنامج تدخل إلى فشل المعالجة، أو الآثار الجانبية السلبية غير المتوقعة، أو في أفضل الأحوال نجاح قصير الأمد.

2_2_ ملاءمة الأهداف

هناك جانب آخر يجب مراعاته عند تصميم التدخلات وهو تحديد هدف علاجي واقعي وقابل للتحقيق. يتضمن ذلك مراعاة احتمالية أن يكون الهدف المستهدف قابلاً للمعالجة في الوضع الحالي.

ومن المهم تحديد هدف أو أهداف التدخل بشكل صريح وتفعيلها للسماح بتقييم التغيير (مثل، "تناول الدواء ثلاث مرات في اليوم مع الوجبات" مقابل "تحسين التوافق"). كما أن التعبير الواضح عن أهداف التدخل أمر بالغ الأهمية للحصول على موافقة مستنيرة للمعالجة. على سبيل المثال، رأينا ذات مرة امرأة شابة في جناح تقويم العظام بعد حادث دراجة كانت تجر كلتا ساقيها. لم تكن تأكل بشكل كافٍ للسماح بترميم العظام، وانخرطت في صراعات مستمرة مع طاقم التمريض حول سلوكها الغذائي. كشف التقييم النفسي عن وجود اضطراب في الأكل نفته المريضة ورفضت معالجته. ومع ذلك، فقد وافقت على هدف علاج مركز يتمثل في الحصول على العناصر الغذائية الكافية للسماح بنمو العظام. تتعلق مسألة تحديد الهدف المناسب بأهمية فهم ما إذا كان هدف التدخل الشفاء أم تسهياً للتكيف. ولكن الكثير مما نقوم به في الممارسة الاكلينيكية يتم القيام به لتعزيز التكيف.

2_3_ التعاون بين المريض والطاقم

غالبًا ما يعتمد اختيار تدخل معين بشكل كبير على تعاون المريض أو الطاقم أو كليهما، وجدواه في تحسين المشكلة الحالية. فعند تصميم تدخل يتطلب مشاركة الطاقم، يجب على المرء أن يأخذ في الاعتبار أشياء مثل استعدادهم وقدرتهم على المشاركة، وبساطة وسهولة إدارة المعالجة، واحتمال سوء التطبيق. تنفيذ الطاقم حول المعالجة ومنحهم مبررًا منطقيًا مفهومًا لتنفيذه أمر مهم بشكل خاص.

2_4_ تحليل التكاليف والفوائد

عند اتخاذ القرار في استراتيجيات التدخل في علم نفس الصحة، يجب على المختص ألا يأخذ فقط في الاعتبار المعلومات التي تم الحصول عليها أثناء عملية التقييم ولكن أيضًا جوانب استراتيجيات التدخل نفسها، وتحديدًا تكاليفها وفوائدها المتوقعة. يجب على المعالج أن يأخذ في الاعتبار قضايا فعالية المعالجة، ونجاحتها، ومدة صلاحيته، والتعميم، والتكلفة، والآثار الجانبية، وكفاءة المعالج. (Belar & Deardroff, 2009)

إن الأخذ في الاعتبار التكاليف الباهظة للرعاية الصحية، فإن علماء النفس الصحة يسألون عن تكاليف التدخلات المعززة للصحة، خصوصًا ما إذا كانت هذه التكاليف تعطي مبررًا للبرامج. ففي حالات عديدة فإن تكاليف برامج تعزيز الصحة منخفضة، مع الأخذ في الاعتبار فوائدها. تعد تدخلات أسلوب الحياة الغالية نسبيًا فعالة في التكلفة إذا ما قللت من الإجراءات الطبية المكلفة أو الاعتماد على الأدوية الغالية برامج أسلوب الحياة لتقليل مخاطر السكري والتي تركز على زيادة النشاط الجسمي وتقليل الوزن أكثر فعالية من العلاج بالأدوية. (ساندرسون، 2019، 520)

3_ بعض استراتيجيات التدخل

يتم اختيار أي استراتيجية تدخل بمرونة وبدون التقيد باستراتيجية واحدة أو اثنتين من الاستراتيجيات. تاريخيًا، انتقل تطوير التدخلات النفسية لمرضى الجراحة الطبية من تقنيات العامة إلى تلك الأساليب المصممة لمعالجة أهداف أكثر دقة ومحددة. نستخدم هذا الشكل في وصف استراتيجيات التدخل العلاجي الأكثر شيوعًا في ممارسة علم نفس الصحة، مع إعطاء أمثلة على الاستخدام.

الدواء الوهمي (Placebo)

العلاج الوهمي عبارة عن مواد غير فعالة لا تسبب أي آثار نفسية، أي تأثير لها، من المفترض أنه يعود إلى العمليات العقلية للمشاركة. في الحقيقة نظراً لأن الأفراد الذين يعتقدون بأنهم يأخذون علاجاً يقلل من الأعراض يظهرون في الغالب تحسناً، حتى لو كانوا يأخذون قرص سكر غير فعال. (ساندرسون، 2019، 76)

قد يكون تأثير الدواء الوهمي أبسط إجراء لتغيير السلوك في الاستخدام الشائع. يشير إلى التغيرات في السلوك التي تحدث بسبب توقعات المريض وإيمانه بأن علاجاً معيناً سيؤدي إلى التغيير المطلوب أو الشفاء. " يمكن أن يؤثر على جميع الجوانب المستهدفة للمرضى والأسرة وهو بلا شك جزء من جميع تدخلات الرعاية الصحية. تم العثور على تأثير الدواء الوهمي استجابة لأشياء متنوعة مثل الأقراص الخاملة، والجراحة الزائفة. وفي كثير من الحالات، يسبب تأثير الدواء الوهمي تغيرات جسدية. على سبيل المثال، حيث وجد بنديت وأمانزيو (Beneditti, Amanzio, 1997) أن تسكين الألم الوهمي ينتج عنه إنتاج مواد أفيونية داخلية وأن الاستجابة المسكنة للألم الوهمي يمكن عكسها باستخدام النالوكسون (Moerman naloxone مضاد أفيوني) وتعزيزه باستخدام البروجلوميد (proglumide منشط أفيوني). قدم (Moerman and Jonas, 2002) اتجاهها بديلاً مهماً والذي يصور تأثير الدواء الوهمي باعتباره مفهوماً أفضل كاستجابة للمعنى (تكمين قوة الاستجابة في المعنى الذي يعطيه المريض للموقف). (Belar & Deardroff, 2009,) (91)

الارشاد الداعم (Supportive Counseling)

تحتل العلاقة في العلاج النفسي الداعم والمساندة الانفعالية الداعمة أهمية مركزية. وتتمثل أهداف هذا النوع من العلاج بمنح الدعم النفسي للمعالج من أجل التخلص من الأعراض المرهقة ومساعدته على إعادة التوازن الانفعالي وإيجاد حل للمشكلات الراهنة وأن يتمكن من العودة للحالة السابقة. ويعد هذا الشكل من العلاج الفردي ممارسة بالتوليف مع العلاج الدوائي على الأغلب أو العلاجات الجسدية الأخرى وكذلك في إطار الإقامة في المستشفى. (كوس واولدهام، 2009، 360)

استخدم بروكوب وبرادلي (Prokop, Bardley, 1981) مصطلح الدعم النفسي لتعريف هذا الشكل الغامض من تدخل العلاج النفسي الموجه نحو تحسين الكرب النفسي للمريض. يمكن أن يشمل هذا النوع من المعالجة اجتماعات فردية أو عائلية أو يتكون من مجموعات دعم منظمة. علاوة على ذلك، يمكن أن

يكون العلاج النفسي الداعم أو المساعد القائم على المعالج أو القائم على الطاقم، اعتمادًا على طبيعة المشكلة ومدى توافر موارد المجتمع. ويمكن تدريب مقدمي الرعاية الصحية الآخرين والمساعدين المتخصصين وأفراد الأسرة لتقديم الإرشاد الداعم.

المقاربات العائلية والفردية (Individual and Family Approaches)

تعتمد هذه الأنواع من التدخلات بشكل عام على نموذج علاج قصير الأمد وتركز على مساعدة المريض والأسرة في التعامل بنجاح مع المعلومات أو الإجراءات التي تشكل تهديدًا نفسيًا. يمكن القيام بذلك عن طريق تشجيع المشاركة النشطة في القرارات الطبية، وإقامة علاقة جيدة بين المريض والمعالج، وطمأنة المريض بأن مشاعر القلق أو الاكتئاب طبيعية. لا ينبغي للمعالج أبدًا أن يقلل من قوة التربيته على الظهر أو الضغط اليد، وهي إجراءات من غير المرجح أن تمارس في علم النفس الإكلينيكي التقليدي. وملاحظة هذه السلوكيات قد تفسر على أنها مسيئة من قبل المرضى في بعض المجموعات العرقية .

(Belar & Deardroff, 2009, 92)

الجماعات الداعمة أو المساندة (Support Groups)

يعد العلاج النفسي في المجموعة شكلا من العلاج الذي يتزايد الطلب عليه باستمرار في الوقت الراهن التي يتم تقديمها في كثير من الأقسام النفسية الاجتماعية في البلدان المتقدمة. يقوم المعالج بقيادة المجموعة ويستغل التفاعل بين أفرادها من أجل تخفيف الأعراض وتحسين العلاقات واستحداث التعديلات في الشخصية. وغالبية أشكال العلاج في المجموعة تهدف إلى مساعدة الأفراد في مشكلاتهم الفردية. (كوس واولدهام، 2009، 384)

تتيح المناقشة الجماعية عادة فرصة للمرضى الذين يعانون من أمراض أو مشاكل مماثلة للالتقاء مع بعضهم البعض لمناقشة مخاوفهم وقلقهم واستراتيجيات المواجهة، وكذلك للحصول على المعلومات. تشمل الأمثلة مجموعات التحضير للولادة، ومجموعات ما بعد استئصال الثدي، ومجموعات المساندة الذاتية لالتهاب المفاصل، ومجموعات مرضى الإيدز وعائلاتهم (Belar & Deardroff, 2009, p92). أثبتت جماعات المساندة الذاتية فوائدها، خصوصا فيما يتعلق بالتعامل مع الوصمة الاجتماعية المرتبطة ببعض الأمراض المزمنة، كالسرطان أو الصرع، كما وجد أنها قد ساعدت على تطوير الدافعية اللازمة للالتزام بالبرامج العلاجية. ويمكن أن تليي جماعات المساندة الاجتماعية حاجة الأسرة وكذلك الفريق القائم على تقديم الرعاية الصحية-للمساندة الاجتماعية. ومع أن هذا كان يتم تقليديا وجها لوجه، فتتبادل الجماعة

المعلومات بصورة مباشرة، إلا أن تطوراً جديداً بدأ يظهر في هذا المجال، وهو تقديم المساندة الاجتماعية وتلقيها عبر الإنترنت (تايلور، 2008، 548).

يمكن أن يكون لمثل هذه المجموعات قائد معين أو تكون بلا قيادة (المعالج أو المريض نفسه)، وعادة ما يجتمعون في جناح بالمستشفى أو في عيادة خارجية. وهناك العديد من المرضى الذين يعانون من عجز كبير في أنظمة الدعم الاجتماعي، ويمكن أن يكون هذا مجالاً حاسماً في العلاج النفسي للصحة.

التثقيف والمعلومات (Education and Information)

يعد توفير التعليم والتثقيف ضرورياً للحصول على موافقة صريحة لأي علاج ولضمان الامتثال للأساليب الطبية. حيث تم استخدام التعليم كمدخل محدد لتعزيز التعامل مع الإجراءات الطبية الضاغطة. وهناك نوعان من التعليم: إجرائي وحسي. يشير الإجرائي إلى معلومات حول جوانب الإجراء الطبي نفسه، ويشير الحسي إلى المعلومات المتعلقة بالأحاسيس التي قد يشعر بها المريض أثناء الإجراء أو بعده.

وعلى الرغم من أن المعلومات الحسية تبدو جانباً الأكثر أهمية في التحضير، فقد تم الكشف على تفاعلات بين نوع المعلومات وأساليب المواجهة الفردية ومستوى القلق الأولي. مثل، وجد أنه يمكن تصنيف المرضى على أنهم باحثون عن المعلومات أو متجنبون للمعلومات (Dreardorff & Reeves, 1992; S. M. Miller, 1997). (Belar & Deardorff, 2009, 93)

ووجد أن برامج تعليم المرضى التي تتضمن التدريب على مهارات التعامل، فعالة في تحسين أداء فئات متعددة من المرضى المزمنين، بمن فيهم مرضى القلب والسرطان والجلطات الدماغية. وقد وجد أن مثل هذه البرامج تزيد من المعرفة بالمرض، وتقلل من القلق، وتزيد من شعور المريض بوجود هدف ومعنى لحياته. كما وجد أنها تقلل من الألم والاكتئاب، وتحسن من إدارة الموقف، وتزيد من الالتزام بالعلاج، وترفع من مستوى الثقة بالقدرة على تدبير الألم، والآثار الجانبية الأخرى. وذلك بالمقارنة مع مرضى على قائمة الانتظار لم يشاركوا بأية برامج من هذا النوع. (تايلور، 2008، 545)

العلاج النفسي اللفظي (Verbal Psychotherapy)

هناك مجموعة متنوعة من مقاربات العلاج النفسي اللفظي (على سبيل المثال، التحليلي، السلوكي المعرفي، الانفعالي العقلاني، التوجيهي، النسقي الموجهة). يمكن أن يكون العلاج النفسي لعرض معين، أو يركز عموماً على مجموعة أعراض أو هو مزيجاً من الاثنين. لقد ثبت أنه يقلل من الحاجة للرعاية

الطبية (Chiles, Lambert, & Hatch, 2002)، تعزيز المواجهة بعد احتشاء عضلة القلب (Mookadam & Arthur, 2004)، وأن يكون لها عدد من التأثيرات الإيجابية الأخرى على الرعاية الطبية (Wedding & Mengel, 2004) يمكن أن يحدث العلاج النفسي في أشكال فردية أو جماعية.

تتطلب قضايا موارد المرضى والاتجاهات الحالية في الإصلاح الصحي أن يكون الأخصائيون في علم النفس الصحة على دراية بممارسة العلاجات النفسية المختصرة. وهناك العديد من العلاجات المعرفية السلوكية لاضطرابات معينة (مثل إدارة الألم، واضطرابات الأكل، واضطراب ما بعد الصدمة) هي بطبيعتها تدخلات مختصرة ومنظمة للغاية. (Belar & Deardroff, 2009, 94)

تدخل الأزمات (Crisis Intervention)

التدخل في الأزمات عبارة عن شكل من العلاج النفسي الداعم القصير والمكثف للأشخاص الذين يمرون بأزمة حياتية حادة الذين يكونون في حالة من الاستثارة الداخلية ويساعد الناس في جميع ظروف حياتهم المختلفة. فالارهاقات المفاجئة وغير المتوقعة كحادث موت في الأسرة... يمكنها أن تسبب مخاوف واكتئاب شديد وتؤدي لدى المريض إلى شلل المشاعر وفقدان السيطرة على أنفسهم. ويقوم المعالج هنا بتقوية المواجهة عند المريض ومساعدته بإعادة التوازن إلى حياته من خلال منحه فرصة التعبير عن المشاعر المؤلمة والاحتفاظ بالاستبصار إلى حد ما والبحث عن الدعم. (كوس واولدهام، 2009، 362)

مهما كان الحدث طارئاً، يحتاج الأخصائي النفسي إلى فهم التدخل في الأزمات باعتباره أسلوباً علاجياً وأن يكون على دراية بالأهداف الفورية للإرشاد في الأزمة.

ذكر كورشين (Krochin, 1976) ثلاثة أهداف أساسية للتدخل في الأزمات: (أ) لتخفيف الكرب النفسي الحالي للمريض (على سبيل المثال، القلق، واليأس، والارتباك)، (ب) لإعادة المريض إلى مستواه السابق من الأداء، و(ج) لمساعدة المريض والأشخاص المهمين الآخرين على تعلم الأنشطة الشخصية وموارد المجتمع المتاحة. في الممارسة العملية، تتحقق هذه الأهداف من خلال الاعتراف بأفكار المريض ومشاعره وسلوكياته؛ مساعدة المريض على التركيز على المشكلة من خلال استكشاف تفسيرات وحلول بديلة؛ التأكيد على نقاط قوة المريض في مواجهة أحداث الحياة السابقة؛ حشد موارد إضافية؛ وتقديم المعلومات والنصيحة حسب الحاجة. عند التعامل مع مشاكل الحزن، من المهم عدم تعزيز دفاعات المريض بسرعة كبيرة لأن القيام بذلك قد يؤدي إلى رد فعل حزن غير تكيفي على المدى الطويل.

غالبًا ما يتضمن التدخل في الأزمات لمختص علم النفس الصحة العمل مع أفراد الأسرة، والأشخاص المهمين الآخرين، ومقدمي الرعاية الصحية وكذلك المريض. (Belar & Deardroff, 2009, 94_95)

إجراءات التدريب على الاسترخاء (Relaxation-Training Procedures)

إن استجابة الاسترخاء عبارة عن مجموعة متناقضة من التغيرات الفيزيولوجية التي تدعم الاستراحة وتتميز بتنشيط الجهاز العصبي فوق السيمبثاوي، مما يؤدي إلى انخفاض سرعة دقات القلب وضغط الدم المرتفع (ساندرسون، 2019، 197)

ربما يكون التدريب على الاسترخاء استراتيجية تدخل في علم نفس الصحة الأكثر بحثًا. فالتراث العلمي مليء بالدراسات التي تؤكد فعالية ونجاعة هذه الاستراتيجيات في معالجة ارتفاع ضغط الدم والتوتر والصداع النصفي والأرق ومتلازمة القولون العصبي ومرض رينود (Rynaud) (الشعور بتتمل وبرودة في بعض أجزاء الجسم مثل أصابع اليدين والقدمين) وتحمل الألم والاستعداد للإجراءات الطبية الضاغطة والغثيان. ولسنوات عديدة كان هذا التدريب يعتبر أسبرين الطب السلوكي، وكلها تهدف إلى الحد من الاستثارة الفسيولوجية. على الرغم من أن استراتيجيات الاسترخاء قد تم اقتراحها في الأصل كتدخلات في الحالة الفسيولوجية للمريض، إلا أن آثارها في الجوانب الانفعالية والمعرفية مؤكدة، لأنها تقلل من القلق الشخصي وتعزز الشعور بالتحكم والكفاءة لدى المريض.

كما أي دواء له منافع وله أضرار، أيضا هذه التقنية لها مثل هذه الفائدة المحتملة يجب أيضًا افتراض أن تنطوي على احتمال حدوث ضرر. فقد لوحظ أنه على الرغم من عدم وجود اهتمام كافٍ في التراث النفسي بالآثار الجانبية السلبية، إلا أن التدريب على الاسترخاء قد يؤدي إلى زيادة القلق، وتغيير جرعات الأنسولين، وعدم استقرار السكري، وانخفاض ضغط الدم لدى كبار السن. يعد التقييم الدقيق لما قبل المعالجة والمراقبة المناسبة والتعديل المناسب للإجراءات مهما للممارسة الجيدة.

التنفس الحجابي (Diaphragmatic Breathing)

ربما يكون التنفس الحجابي هو أبسط أشكال تمارين الاسترخاء. على الرغم من استخدامه بشكل متكرر قبل البدء في تمرين استرخاء أكثر عمقًا، إلا أن هذه التقنية تستخدم أيضًا بشكل واسع لإطفاء الاستجابة الشرطية للعامل الضاغط. كما قدم فرايد (Fried, 1993) مراجعة منهجية نفسوفيزيولوجيا للجهاز التنفسي، مع التركيز على دور التنفس في الصحة والمرض. (Belar & Deardroff, 2009, 95_96)

استرخاء العضلات التدريجي (Progressive Muscle Relaxation)

لتنفيذ الاسترخاء العضلي التدريجي (PMR) يجب على الأفراد إما الاستلقاء على الظهر أو الجلوس بشكل مريح، ويبدؤون في التنفس بعمق وإخراج الزفير ببطء، ثم بعد ذلك يشدون عضلة قدمهم، وذلك باستمرار التوتر أو الشد لمدة 10 ثواني ثم يطلقون هذا الشد ببطء، فيشعرون بالاسترخاء كلما تلاشى التوتر من العضلات. وتتكرر هذه الخطوات لكل مجموعة عضلي (أصابع القدم، والقدمين والساقين، الفخذين، البطن، اليدين، الذراعين، الكتفين، العنق، ...)، ويعمل المرضى تدريجياً للوصول لكل عضلات الجسم. (هولت ولويس، 2014، 159)

حيث طور جاكوبسون (Jacobsom, 1939) أسلوبه من خلال تعليم المرضى شد مجموعات العضلات المختلفة عن عمد ثم ارخاؤها. وبذلك يمكن للمرضى التعرف على التمييز الدقيق أحياناً بين حالات الاسترخاء والشد أو التوتر. وتستخدم مجموعات عضلية مختلفة في عملية التدريب. ويستخدم هذا الإجراء الخاص على نطاق واسع في ممارسة علم نفس الصحة وهو مفيد بشكل خاص لأولئك المرضى الذين لا يدركون مستويات توتر أو الشد الجسم لديهم. أولئك الذين يعانون من آلام مزمنة أسفل الظهر أو دمج الفقرات، أو المصابين بالشلل النصفي أو الشلل الرباعي، التهاب المفاصل أو محدودية الحركة. (Belar & Deardroff, 2009, 97)

التدريب على الاسترخاء الذاتي (Autogenic Relaxation Training)

التدريب على الاسترخاء الذاتي هو نوع آخر من الاسترخاء. ابتكره جوهانس شولتز (Johannes Schultz) خلال عشرينيات وثلاثينيات القرن الماضي في ألمانيا، وقد طور هذه التقنية وولف جانج لوث (Wolfgang Luthe). يتكون التدريب على الاسترخاء الذاتي من سلسلة من التمارين المصممة لتقليل الشد العضلي، وتغيير طريقة تفكير الأفراد، وتغيير محتوى أفكار الأفراد. يؤكد أنصار ممارسة التدريب على الاسترخاء الذاتي لمدة 10 دقائق على الأقل مرتين يوميًا يقلل من الضغط وبالتالي يحسن الصحة. (Brannon et al., 2013, 113)

يمكن أن يخلق التدريب الذاتي (Schultz & Luthe, 1969) حالة عميقة من الاسترخاء من خلال استخدام عبارات ذاتية إيجابية توحى بأحاسيس مثل الدفء والنقل والهدوء في أجزاء الجسم المختلفة. لقد استخدمنا التدريب الذاتي مع العديد من المرضى، وخاصة أولئك الذين يعانون من مشاكل في العضلات والعظام والتي قد لا ينصح فيها بشد العضلات. (Belar & Deardroff, 2009, 98)

التخيل (Imagery)

يساعد التخيل على استخدام العالم الداخلي الخاص بالمريض من خلال الصور المبتكرة والتخيل وتركيز الانتباه. وقد يتم توجيه استخدام التخيل عموماً للاسترخاء وتقليل القلق، وعلاج الأعراض، وتغيير السلوك. يعتبر التخيل استرخاءً وعلاجاً لتقليل أعراض مثالي للعديد من المرضى لأنها لا تتطلب حركة نشطة أو معدات خاصة. ومع ذلك، فإن الاستخدام الناجح لهذه التقنيات يتطلب أيضاً قدرة معتدلة من التركيز لفترة طويلة من الزمن والقدرة على تنفيذ درجة معينة من الخيال. غالباً ما يجد المرضى الذين يتناولون أدوية تضعف التركيز هذه التمارين صعبة.

عند استخدام التخيل، من المهم إجراء تقييم لرد فعل المريض على الصورة باستمرار. قد تكون الصور المعيارية للشاطئ أو مشهد الجبل التي اقترحها المعالج في الواقع مكروهة للغاية للمريض الذي تعرض لتجارب سلبية في هذه الأماكن. تعد معرفة المريض الشخصية مهمة في اختيار الصور، ويجب على المعالجين توخي الحذر في استخدام أشرطة الفيديو أو الصور ذات الإنتاج الضخم. (Belar & Deardroff, 2009, 98)

التخيل الموجه (Guided Imagery)

وهي من الطرائق المعرفية المستعملة في التحكم بالألم وخفضه. فعندما يحقن الطفل بحقنة علاجية يتم اخباره أن يفكر في شيء آخر أو تخيله لكي يمر الموقف بسلام وبدون ألم، كأن يتخيل شيئاً مضحكاً، أو موقفاً مسلياً. وتعرف بالتخيل بجون ألم، وهي طريقة يحاول من خلالها الشخص أن يسكن الألم أو يخفف مشاعر الضيق عن طريق تخيل حالة مسلية أو موقف إيجابي يعارض مشاعر الضيق والألم ويطغى عليها، ومن أكثر طرق التخيل استعمالاً، أن يتخيل المريض منظرًا مفرحاً، أو موقفاً مرغوباً مثل: التواجد على الشاطئ، والتمتع بالمناظر الطبيعية، وسماع صوت المياه العذبة... (حمود وعبد الله، 2015، 358)

وصف (samuels & Samuels, 1975) التأثيرات الإيجابية الفسيولوجية والنفسية للتخيل المرئي. حيث يُطلب من المرضى أن يتخيلوا، بدقة بالتفصيل، مشهداً يعتبرونه مريحاً. عندما يصبح المشهد أكثر وضوحاً، يبدأ المريض في الاسترخاء. تستخدم الأشكال الأخرى من التخيل جميع حواس الجسم وتطلب من المرضى إبراز أنفسهم في المشهد الذي يتم تخيله بدلاً من مجرد مشاهدة المشهد أمامهم. في هذه التمارين، يلعب عقل المريض دوراً نشطاً من خلال إعادة خلق بعض المشاهد المتخيلة والوحدات الصغيرة

والأصوات والأذواق واللمس. نستخدم هذه التقنية في إدارة الألم كوسيلة لاستدعاء حادثة خالية من الألم في حياة المريض ولإعادة خلق المشهد المرتبط بالرفاهية. نستخدم أيضًا التخيل الموجهة للتحضير للإجراءات الطبية الضاغطة. استعرض جونسون وكريمير (Johnson & Kreimer, 2005) استخدامه للأطفال المصابين بأمراض مزمنة.

التحسس المستتر (Covert Sensitization)

التحسيس المستتر هو إجراء طورته (Cautela, 1967) والذي يطبق قوانين الاشارات الكلاسيكي للخيال. تم توجيه استخدام هذه التقنية بشكل أساسي نحو إطفاء السلوكات الغير تكيفية المتعلمة سابقا، مثل التدخين أو الإفراط في تناول الطعام. يتم تحقيق ذلك من خلال ربط عادة مكتسبة (مثل التدخين) بمثيرات مفصلة وغير سارة، بغیضة، ومثيرة للاشمئزاز يتم تخيلها (مثل، حرقان العينين، غثيان، التهاب الحلق). من خلال إقران العادة باستجابة سيئة متصورة، ترتبط العادة بدرجة أقل بالمتعة.

(Belar & Deardroff, 2009, 99)

التنويم المغناطيسي (Hypnosis)

إن التنويم المغناطيسي ليس طريقة فعالة مع جميع الناس، كما أنه ذو تأثير تخديري وتسكينى بالنسبة لبعض الناس فقط، فالناس يختلفون في درجة قابليتهم للإيحاء، والذين يسهل تنويمهم وينومون بعمق أكثر قابلية لتسكين الألم ومعالجته لديهم. أما الآلية التي تقف خلف عملية تخفيف الألم عند بعض الأفراد فما تزال غير واضحة تماما. ولكن يمكن القول بأن جزءا من هذه الآلية هو الذي يقول بأن الشخص الذي ينوم مغناطيسيا يخضع لعملية استرخاء، وأن هذا الاسترخاء العميق هو الذي يعمل على خفض الألم وتدبره، وتسكينه. كما تلعب العوامل المعرفية للشخص دورا مهما في ذلك، فعندما ينوم الشخص فإنه يمر بحالة من التأمل الداخلي، والتنبية العالي لحالته الداخلية ومشاعره، في حسن بصرف انتباهه كليا عن المثيرات الخارجية، وكلما زاد انتباهه لحالته الداخلية وقل انتباهه للمثيرات الخارجية كلما كانت فعالية التنويم أكبر. (حمود وعبد الله، 2015، 363)

وتم الاقرار أن التنويم المغناطيسي مفيد في علاج الآلام والأمراض الجلدية والثآليل والتكيف مع الأمراض المزمنة. حيث تتمثل الأهداف عادةً في إحداث تغييرات فسيولوجية مباشرة، أو لتغيير إدراك العرض، أو تعزيز الاسترخاء العام، أو تسهيل الاستبصار المرتبط بعرض معين. ساعدت إجراءات التنويم المعالج على تحديد العوامل الانفعالية المرتبطة بظهور الأعراض.

التغذية الراجعة البيولوجية (Biofeedback)

الهدف الأساسي من تدريب التغذية الراجعة البيولوجية هو تعليم المريض التحكم الطوعي في العمليات الفسيولوجية. على الرغم من أن التغذية الراجعة البيولوجية كان يُعتقد في الأصل أنه تدخل محدد في المجال الفسيولوجي، إلا أن التحليلات تشير إلى أنه يمكن استخدامه أيضًا كتدخل في المجالات المعرفية والانفعالية. يسهل التدريب الناجح التحكم المدرك للمريض على الأحداث الفسيولوجية، وهو اعتقاد قد يؤدي دورًا مهمًا في نتائج العلاج. يرتبط التحكم المدرك وانخفاض استثارة الجهاز العصبي اللاإرادي أيضًا بانخفاض الحالات الانفعالية مثل القلق. والتكنولوجيا المرتبطة بتدخلات التغذية الراجعة البيولوجية تجعلها مقبولة تمامًا كتدخل نفسي في مجتمعنا الموجه نحو التكنولوجيا (Belar & Deardroff, 2009). (100)

هناك عدة أنواع من التغذية الراجعة البيولوجية تستخدم اكلينيكيًا، وأكثر أشكال التغذية الراجعة البيولوجية شيوعًا تشمل تخطيط كهربائي للعضلات (EMG) والتغذية الراجعة البيولوجية الحرارية. تعكس التغذية الراجعة من تخطيط كهربائي للعضلات نشاط عضلات الهيكل العظمي عن طريق قياس التفريغ الكهربائي في ألياف العضلات، ويتم أخذ القياس عن طريق ربط أقطاب كهربائية بسطح الجلد فوق العضلات المراد مراقبتها. يعكس مستوى النشاط الكهربائي درجة شد أو استرخاء العضلات. الجهاز يستجيب بإشارة تختلف حسب نشاط العضلات. يمكن استخدام الارتجاع البيولوجي لزيادة الشد العضلي في إعادة التأهيل أو لتقليل الشد العضلي في إدارة الضغط. وتعد مفيدة في تثقيف المرضى حول مستوى التوتر أو الشد العضلي الموجود في مجموعات عضلية معينة، وبالتالي يمكن أن تكون مفيدة في الاضطرابات العضلية الهيكلية.

التغذية الراجعة البيولوجية الحرارية، والتي يمكن استخدامها أيضًا لمساعدة الأشخاص على التعامل مع الضغط والألم، حيث تعتمد على مبدأ أن درجة حرارة الجلد تختلف فيما يتعلق بمستويات الضغط. يؤدي الضغط إلى انقباض الأوعية الدموية، بينما يؤدي الاسترخاء إلى فتحها. لذلك قد تشير درجة حرارة سطح الجلد البارد إلى الضغط والشد؛ تشير درجة حرارة الجلد الدافئة إلى الهدوء والاسترخاء. تتضمن التغذية الراجعة البيولوجية الحرارية وضع عنصر ثرمستور (thermistor) - وهو مقاوم حساس لدرجة الحرارة - على سطح الجلد. يشير الثرمستور إلى التغيرات في درجة حرارة الجلد، مما يوفر المعلومات التي تسمح بالتحكم. (Brannon et al., 2013, 184)

بشكل عام تم استخدام إجراءات التغذية الراجعة البيولوجية لمجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية والفسولوجية المرتبطة بالضغط، صرير الأسنان، صداع التوتر، القلق، والصداع النصفي، ومرض رينود، والربو، والألم المزمن، وارتفاع ضغط الدم الأساسي.

كما لاحظ بيلار وكبيريك (Belar & Kibrick, 1986) في مناقشتهما استخدام التغذية الراجعة البيولوجية في التخطيط الكهربائي للعضلات في علاج آلام الظهر المزمنة، قد يختار المعالج هذه التقنية لواحد من ثلاثة أسباب: (أ) لإنتاج تغيير فسيولوجي معين، مثل التخفيف من شد العضلات في الظهر، أو تقليل التشنج (ب) للتدريب بشكل عام على الاسترخاء، والذي يرتبط بزيادة تحمل الألم وتقليل الكرب؛ أو (ج) لتسهيل الاستبصار الفسيولوجي حيث يتعلم المريض عن العلاقات بين العمليات النفسية والفسولوجية.

تشمل الاستخدامات الأكثر تحديدًا للتغذية الراجعة البيولوجية في علم نفس الصحة الاكلينيكي استخدام التغذية الراجعة حول (أ) معدل ضربات القلب، للتحكم في عدم انتظام ضربات القلب؛ (ب) العضلة العاصرة الشرجية للسيطرة على سلس البراز؛ (ج) مقاومة مجرى الهواء للربو، (د) الأداء العضلي، لإعادة التأهيل العصبي العضلي، وعسر البلع، والصعر (داء في الرقبة يتعذر معه الالتفات)، من بين مشاكل أخرى؛ (هـ) أنماط موجات الدماغ لعلاج الصرع. و(و) ضغط الدم، من أجل انخفاض ضغط الدم الوضعي لدى المرضى الذين يعانون من إصابات في النخاع الشوكي. يتطلب استخدام هذه التقنيات تدريبًا متخصصًا في معالجة الإشارات الكهربائية الحيوية، وعلم النفس الفسيولوجي، والمعدات الكهربائية. (Belar & Deardroff, 2009, 100_101)

إزالة التحسس التدريجي (Systematic Desensitization)

تم تصميم إزالة التحسس التدريجي، كما طوره (Wolpe, 1958) ، لتعليم المريض إصدار سلوك يتعارض مع القلق. وتتمثل الفكرة هنا في تدريب المرضى على الاسترخاء، ومن ثم _أثناء الاسترخاء_ يتم تقديم سلسلة متصاعدة تدريجياً من مثيرات القلق. وفي النهاية تقل حساسية المريض تجاه مثيرات الخوف أو القلق، وذلك بفضل تعريضه لها أثناء الاسترخاء (تيموثي، 2007، 627).

وفي ممارسة علم نفس الصحة، غالبًا ما يستخدم هذا الإجراء لتقليل مخاوف المرضى والقلق المصاحب لبعض الإجراءات الطبية أو إجراءات طب الأسنان. حيث وجد أن إزالة التحسس التدريجي فعال مثل ألبرازولام (دواء مهدئ) في إدارة رهاب حقن الأسنان. كما تستخدم إزالة التحسس المنتظم لتقليل المخاوف من الولادة، وفحوصات التصوير بالرنين المغناطيسي المغلقة، والقسطرة الذاتية؛ لتقليل الاعتماد المفرط

على البخاخات وأجهزة التنفس الصناعي ومراقبة القلب ولتيسير إعادة الدخول إلى الأماكن العامة من قبل المرضى المصابين بحروق أو مشوهين جراحياً (Belar & Deardroff, 2009, 102).

النمذجة (Modeling)

تشير النمذجة إلى التعلم الذي يحدث عن طريق مشاهدة شخص آخر يقوم بأداء السلوك. إن المشاهدة والمحاكاة التي تليها، يمكن أن تشكل اتجاهات فعالة لتغيير العادات الضارة بالصحة. وهذه النقطة أوضحتها إحدى الدراسات التي بينت أن طلبة المدرسة الثانوية الذين شاهدوا آخرين يتبرعون بالدم، كانوا أكثر ميلاً للقيام بذلك السلوك. (تايلور، 2008، 135)

اعتماداً على نظرية التعلم القائم على الملاحظة لـ باندورا (Bandura, 1969) توفر النمذجة وسيلة لتسهيل تعلم السلوكيات التكيفية. يمكن تحقيق ذلك من خلال تقنيات فيفو (ملاحظة مباشرة) أو تخيلية (مصورة أو سرية). تعد النمذجة طريقة مهمة لتعليم المرضى المهارات الضرورية التي قد تكون مطلوبة لتلبية متطلبات مرضهم (مثل الحقن الذاتي للأنسولين). كما أنه يقلل من قلق المريض استعداداً للإجراءات الطبية الضاغطة. وأظهر ميلاميد وسيجل (Melamed & Siegel, 1980) أن النمذجة المصورة لإعداد الأطفال للإجراءات الطبية وطب الأسنان بالإضافة إلى الاستشفاء، يمكن أن تكون مفيدة في الحد من القلق والمشاكل السلوكية.

التدريب على المهارات والتمثيل السلوكي (Skills Training and Behavioral Rehearsal)

يمكن أن يتضمن التدريب على مهارات النمذجة، ولعب الأدوار والتمثيل السلوكي، حيث يتعلم المرضى مهارات محددة يمكن أن تعزز توافقهم النفسي والجسدي. تناول باندورا (2005) الدور المهم للتنظيم الذاتي في تعزيز الصحة.

وتعتبر مهارات تأكيد الذات من أكثر المهارات التي يتم تدريسها في الممارسة العملية. سواء كان ذلك بطريقة رسمية أو غير رسمية، حيث نجد أنفسنا بشكل متكرر نساعد المرضى على أن يصبحوا أكثر حزماً، خاصة عند التعامل مع الطاقم الطبي. يتم تدريس المهام المحددة التي تشمل تعلم صياغة الأسئلة المباشرة للأطباء وطرحها، وطلب الخصوصية أثناء الفحوصات الجسدية، وتعلم الاستفسار بشكل مناسب عن العلاجات البديلة، وطلب رأي طبي ثانٍ. ومن المعروف أن المرضى لا يتذكرون سوى القليل من المعلومات الطبية التي تكلم عنها مع الطبيب أثناء زيارة المكتب. كما نشجع الأطباء على الطلب من

المرضى أن يعيدوا عليهم ما تم فهمه عن المشكلة وخطة العلاج الموصى بها. هذا الإجراء البسيط يزيل الكثير من سوء التواصل وسوء التوقعات التي لم تتم تليبيتها. تشمل الأهداف الأخرى للتدريب على المهارات تعلم سلوكيات محددة ضرورية للرعاية الصحية الجيدة أو إعادة التأهيل. (Belar & Deardroff, 2009, 103_104)

إدارة الطوارئ (Contingency Management)

كاستراتيجية علاجية، فإن الهدف من إدارة الطوارئ هو زيادة السلوكيات التكيفية. ولتحقيق هذا الهدف يمكن استخدام التعزيز الإيجابي، والتعزيز السلبي، الإطفاء، والعقاب، تصميم إجراءات. وغالبًا ما تستخدم إدارة الطوارئ في مجال علم نفس الصحة للأطفال والمراهقين، ولكنها تستخدم أيضًا في تعديل السلوكيات الصحية (مثل التدخين والنظام الغذائي والتمارين الرياضية). تتضمن أمثلة التعزيز الإيجابي منح جوائز للأطفال مقابل التزامهم بالنظم الغذائية أثناء غسيل الكلى، علاج الأطفال الذين يعانون من رفض الطعام المزمن، وتحقيق أهداف معينة في تعزيز الصحة.

الميزة الرئيسية لإدارة الطوارئ هي أنه يمكن إدارتها من قبل أشخاص غير أخصائي علم النفس الصحة (على الرغم من أن التدريب الدقيق مطلوب لأن إدارة الطوارئ عرضة للتنفيذ غير السليم). في كثير من الأحيان، يتم تثقيف طاقم التمريض أو أفراد الأسرة حول كيفية تغيير الحالات الطارئة التي تؤثر على سلوك المريض. مثل، في محاولة للتعامل مع مريض متطلب، نصحن ممرضات الجناح بزيارة المريض الذي يدق الجرس بشكل منتظم بدلاً من الاستمرار في الاستجابة (أو عدم الاستجابة) لطلبات المساعدة المتكررة. لذلك، كان كل من طاقم التمريض والمريض أكثر رضاءًا وأقل إحباطًا من سلوك بعضهم البعض. يمكن توجيه أفراد الأسرة لزيادة الاهتمام والرعاية للسلوك الجيد عكس السلوك المرضي. إدارة الطوارئ هي عنصر أساسي في إعادة التأهيل الشامل للألم. (Belar & Deardroff, 2009, 105_106)

المراقبة الذاتية واستخدام الإشارات (Self-Monitoring and the Use of Cues)

تقيم المراقبة الذاتية تواتر السلوك المستهدف من قبل وبعد. الخطوة الأولى في المراقبة الذاتية هي تعلم كيفية تحديد السلوك المستهدف. المرحلة الثانية هي تجزئة السلوك. مثل: قد يحتفظ المدخن بسجل مفصل للأحداث المتعلقة بالتدخين، بما في ذلك وقت تدخين سيجارة، والوقت من اليوم، والموقف الذي حدث فيه التدخين، وبحضور أشخاص آخرين (إن وجد). (Taylor, 2018, 51)

بسبب الطبيعة التفاعلية للمراقبة الذاتية، يمكن أن يكون استخدام يوميات المريض وسيلة فعالة للتدخل، وكذلك لتقييم وتتبع تقدم العلاج. غالبًا ما يؤدي تسجيل سلوكيات الأكل والتدخين والامتثال إلى إحداث تغييرات في الاتجاهات المرغوبة.

وتشمل الوسائل الأخرى للمراقبة الذاتية استخدام إشارات خارجية أو داخلية كإشارة لتشكيل سلوك. حيث تم توجيه المرضى الذين يعانون من استعمال أدوية معقدة لتصنيف الحبوب وفصلها إلى جرعات يومية، باستخدام علبة أقراص أسبوعية لمساعدتهم على تذكر موعد الجرعة التالية. مثال آخر على الإشارات الخارجية للمراقبة الذاتية يتضمن استخدام وقت من اليوم لأداء تمارين الاسترخاء.

تتطلب المراقبة الذاتية درجة معينة من الانضباط الذاتي والالتزام بالتغيير. فالمرضى الذين لديهم تردد فيما يتعلق بتغيير السلوك من غير المرجح أن يقوموا بعمل جيد مع هذا الإجراء ما لم يتم تقديمه مع أشكال أخرى من التدخل. يمكن أن تكون المراقبة الذاتية طريقة مفيدة لتقييم الالتزام بالعلاج.

الاستراتيجيات المعرفية (Cognitive Strategies)

تستخدم التدخلات مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المعرفية لإحداث التغيير في الفكرة التي تؤدي إلى تغيير في السلوكي. وتشمل استخدام تشتيت الانتباه، والعبارات الذاتية المهدئة، وإعادة البناء المعرفي. في إجراءات تحويل أو تشتيت الانتباه، يتم تعليم المرضى توجيه انتباههم بعيدًا عن الأحداث غير السارة. واستخدام التصوير الممتع، والعد بصوت عالٍ، وتركيز الانتباه على المحفزات المحايدة الأخرى (مثل، عد الثقوب في بلاط السقف). يمكن أيضًا تعليم المرضى التحدث مع أنفسهم بصمت أو بهدوء باستخدام عبارات مهدئة، مريحة، ومطمئنة. حيث يمكن أن تؤكد هذه العبارات على الطبيعة المؤقتة لعدم الراحة (مثل، "لن يستمر هذا الألم"، "الذي 5 دقائق فقط للذهاب")، ويمكن توجيهها للحفاظ على مستوى منخفض من الاستثارة الفسيولوجية (مثل، "ابق هادئًا"، "ابق مسترخي، تنفس")، أو يمكن توجيهه نحو الحفاظ على الصورة الذاتية (مثل، "أنا شخص قوي وأقدر على أي شيء"، "لا بأس من الشعور بعدم الارتياح"، "يمكنني التعامل مع هذا").

ويعد إعادة البناء المعرفي مصطلح عام يصف مجموعة متنوعة من الإجراءات، بما في ذلك التدريب على التحصين ضد الضغط (Meichenbaum, 1977)، والعلاج العقلاني الانفعالي (Ellis, 1962)، والعلاج المعرفي (Beck, Ruch, Shaw, & Emery, 1979)، وتدريب على حل المشكلة (Goldfried & Davison, 1976) كما تقوم هذه الإجراءات بتثقيف المريض فيما يتعلق بالعلاقات بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات

وتساعد المرضى على استبدال تصورات الانهزام الذاتي بأفكار تكيفية. حيث تم تطبيق تقنيات إعادة البناء المعرفي على عدد لا يحصى من مجالات الصحة بما في ذلك إدارة الألم والتحصير للجراحة. (Belar & Deardroff, 2009, 106_107_108)

التدخلات المضادة (Paradoxical Interventions)

يلاحظ أن بعض المرضى من أصحاب الإصابات الدماغية لا يستفيدون من أي نوع من الأنواع العلاجية السلوكية السابقة. يبتكرون أساليب أخرى أطلقوا عليها فنيات الاستخدام أو الاستفادة وذلك لإزالة سلوكيات اللاتعاون لبعض مرضى الإصابات الدماغية التي كانت تتدخل وتحول دون إجراء عملية التقويم الكلامي واللغوي الذي يقوم به أخصائيو التأهيل. وتمثل هذه الأساليب ما أصبح يطلق عليه حديثا التدخل المضاد أو المعاكس، وفي هذا الأسلوب يتم توجيه المريض وتشجيعه على القيام بالسلوكيات التخريبية. فمن خلال تشجيع المريض على المقاومة وابداء عجم التعاون والاستمرار في السلبية يمكن إقناعه بالعدول عن السلوك غير المرغوب. كما أنه لم يعد بإمكان المريض استخدام السلوك غير المتعاون كأسلوب للسيطرة والتحكم في بيئته لأنه قد وضع في موقف متناقض. (كفاي وعلاء الدين، 2002، 321)

على الرغم من عدم إجراء بحث جيد في العديد من مجالات الصحة، إلا أن التدخلات المتناقضة قد تلقت بعض الدعم في علاج الأرق واحتباس البول والتبرز اللاإرادي. حيث اقترح جاكوب ومور (1984) أن الإجراءات المتناقضة قد يكون لها ما يبررها عندما تتفاقم الأعراض بسبب محاولة المريض تقليلها أو عندما يقاوم المريض التعليمات العلاجية المباشرة. وقدم (Weeks, 1991) مجموعة ممتازة من القراءات التي توضح بالتفصيل نظرية واستخدام التقنيات المتناقضة. (Belar & Deardroff, 2009, 109)

إن هذه القائمة من استراتيجيات وتقنيات التدخل هي على سبيل المثال لا الحصر، ومن الضروري قبل تطبيق أي تقنية من هذه التقنيات يجب على الأخصائي النفسي في علم نفس الصحة التكوين النظري والتطبيق العملي فيها. كما ينبغي على المختص في علم النفس الصحة معرفة أن هذه التقنيات والاستراتيجيات لا يمكن تطبيقها مع كل الحالات والأمراض، فما يصلح لشخص لا يصلح للآخر وهذا راجع لعدة عوامل. وبشكل عام، لا يتم استخدام استراتيجيات التدخل هذه بمعزل عن غيرها. فمثلا، يعد التحصين ضد الضغط كاستراتيجية علاجية تتضمن مجموعة متنوعة من التقنيات. على الرغم من تناول هذه التقنيات بطريقة فردية، إلا أنه في الممارسة الفعلية يتم استخدام العديد من هذه الإجراءات مجتمعة.

خاتمة:

يعد مقياس التدخلات في علم النفس الصحة من المقاييس المهمة جدا في تكوين الطالب في تخصص علم النفس الصحة لأنه يوفر له معلومات كثيرة عن مجالات وميادين التدخل وأهم استراتيجيات وتقنيات التدخل التي تؤهله للممارسة العملية في المستشفيات والعيادات ومراكز العلاج. بالإضافة إلى التعرف على استراتيجيات الوقاية وتعزيز الصحة من الأمراض المعدية والمزمنة وتأهيل المرضى، إن التدخلات في علم نفس الصحة تستمر في الظهور بسبب التغييرات الكبيرة في الرعاية الصحية والوعي المتزايد بالعلاقة بين الصحة العقلية والجسدية. حيث تم العثور على معدلات عالية من الاضطراب النفسي المصاحب لدى الأشخاص الذين يعانون من حالات طبية مزمنة (Wells et al. 1989) ، ومن المسلم به في علم تصنيف الأمراض النفسي التقليدي أن العوامل النفسية والسلوكية قد تؤثر على النتائج السريرية لدى الأشخاص المصابين بمرض عضوي. (Nicassio et al., 2004, 132 _ 133)

فهذا المقياس يجيب على سؤال يطرح كثيرا من قبل الطلبة ما هو دور كل من الأخصائي النفسي الاكلينيكي والأخصائي النفسي في علم النفس الصحة؟ وهل يوجد فرق بينهما؟

وجواب هذا السؤال أن مجال عمل علم النفس الصحة هو الصحة السلوكية والأمراض العضوية، بينما علم النفس العيادي مجاله الصحة النفسية والاضطرابات النفسية. ودور الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو تقديم خدمات الصحة العقلية في المصحات العقلية والمستشفيات والعيادات، بينما يقوم الأخصائي النفسي في علم النفس الصحة عادةً بتقديم تدخلات مثل التدريب على الاسترخاء والارتجاع البيولوجي للمرضى الذين يعانون أمراض عضوية كالأمراض المزمنة التي يتم فحصها في العيادات الصحية.

المراجع:

- _ أبو العيون، سمير حمد.(2013). الثقافة الصحية(ط1). دار المسيرة عمان، الأردن.
- _ الحديدي، سيد (2004) علم المناعة والمصلّيات، ط2، شعاع للنشر والعلوم، سوريا
- _ الجنابي، سراب عبد الستار محمد. (2020) التربية الصحية والبيئية، كلية التربية الأساسية الشرفاء، جامعة تكريت، العراق.
- _ الخطيب، هشام إبراهيم (2016). الصحة المدرسية: أهدافها ومتطلباتها، دار المنظمومة، الأردن.
- _ الطعمنة، غازي(2007) مبادئ في الصحة والسلامة العامة، عناء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- _ الصرايرة، خالد والرشيدي، تركي (2012). مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد 26، العدد 10.
- _ العاسمي، رياض نابل (2016) علم النفس الصحة الاكلينيكي، الجزء الثاني، ط 1، دار الاعصار للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- _ العبد الرحمن، غسان وبلاج، صباح (2005) أساسيات علم المناعة، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، حلب، سوريا
- _ العزام، علي نابل. والسرور، فاطمة محمد. والعزام، محمد نابل (2012)، معايير التربية الصحية ودرجة مراعاتها في منهاج التربية الإسلامية للمرحلة الأساسية العليا من وجهة نظر المعلمين، دراسات العلوم التربوية، المجلد 39، العدد 2
- _ القص، صليحة (2016). فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين، أطروحة الدكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- _ بدح، أحمد محمد. مزاهرة، أيمن سليمان. بدران، زين حسن (ب. س.). الثقافة الصحية، ب. ط.، دار المسيرة، الأردن.
- _ بوروبة، أمال (2021) التربية الصحية في الوسط المدرسي ودورها في تعزيز الأمن الصحي، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد 6، العدد 1
- _ بيغلهول، ر. وبونيتا، ر. وكيلستروم، ت. (1997) أساسيات علم الوبائيات، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط.

- _ تاييلور، شيلي (2008). علم النفس الصحي. ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعمه داود، ط1، دار الحامد، عمان، الأردن
- _ تيموثي، ج بول (2007). علم النفس الاكلينيكي، ترجمة: فوزي شاكرا طعمه داود وحنان لطفي زين الدين، ط1، دار الشروق، عمان، الأردن.
- _ حامدي، كنزة ومبني، نور الدين (2019) واقع التربية الصحية في المناهج التعليمية الجزائرية، مجلة آفاق علمية، المجلد 11، العدد 4.
- _ حمود، محمد عبد الحميد الشيخ وعبد الله، محمد قاسم (2015) علم النفس العيادي وتطبيقاته الارشادية، ط 1، دار الاعصار للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- _ دبله، عبد العالي. وصدراي، فضيلة (2013) واقع تطبيق التربية الصحية في الأوساط المدرسية، مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد 6.
- _ كوس واولدهام(2009). في الطب النفسي وعلم النفس العيادي، ترجمة: سامر جميل رضوان، ط 1، دار الكتاب الجامعي، الامارات العربية المتحدة.
- _ طاهر، عبد الله عبد الله.(2012).تبسيط علم المناعة(ط1)، جامعة حضرموت
- _ عبده، ياسمين سلمان محمد (2003)، برنامج مقترح لتنمية المفاهيم الصحية لدى طلبة الصف السادس بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- _ علي، نجلاء محمد محمود محمد (2009) ، واقع التربية الصحية في مرحلة ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الخرطوم، السودان
- _ غراهام، نوري ووارنر، جميس (2013)، الزهايمر وأنواع أخرى من الخرف، ترجمة: مارك عبود، ط 1، دار المؤلف، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- _ كفاي، علاء الدين وعلاء الدين، جهاد (2002) موسوعة علم النفس التأهيلي الأمراض المزمنة، ط 1، دار الفكر، القاهرة، مصر.
- _ لكحل، رفيقة (2011) تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية، جامعة باتنة، الجزائر.
- _ ساراتشي، رودولفو (2015). علم الأوبئة، ترجمة: أسامة فاروق حسن، ط 1، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة، مصر.

- _ سلامة، بهاء الدين إبراهيم (2001) الصحة والتربية الصحية، ب ط، دار الفكر، القاهرة، مصر.
- _ ساندرسون، كاثرين (2019). علم النفس الصحة، ترجمة: مراد علي عيسى وتيسير الياس شواش، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
- _ صالح، صفاء توفيق الحاج، (2015) التربية الصحية في المدارس الأساسية، ط1، مركز دبيونو لتعليم التفكير، الأردن.
- _ قطيشات، تالا. أباطة، إبراهيم. البياري، نهلة. نزال، شذى. عبد الرحيم، منى (ب. س.) مبادئ في الصحة والسلامة العامة، ب. ط.، دار المسيرة، الأردن.
- _ لافراك، جلين. البرازي، عفت (2018). تعزيز الصحة مابين النظريات والتطبيق: القوة والتمكين. New Impact Books Pty Ltd. أستراليا.
- _ منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (2005). طب المجتمع، أكاديميا، بيروت، لبنان.
- _ هولت، نيجيل ولويس، روب. (2014) علم النفس الصحي، ترجمة هناء أحمد محمد الشويخ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- _ يخلف، عثمان (2001)، علم النفس الصحة، ط 1، دار الثقافة، الدوحة، قطر
- _ Brannon, Linda. Feist, Jess. Updegraff, John A. (2013) Health Psychology Eighth Edition, Wadsworth Cengage Learning, USA
- _ Belar, Cynthia D. & Deardroff, William D., (2009) Clinical health psychology in medical settings, Second edition, American Psychological Association, Washington, USA
- _ Boyer, Bret A. & Paharia, Indira (2008), Comprehensive handbook of clinical health psychology, John Wiley & Sons, Inc. Canada.
- _ Davies, Maggie & Macdowall, wendy (2006). Health Promotion Theory. Open University Press. England. UK.
- _ Kumar, Sanjiv. GS, Preetha (2012). Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. Indian Journal of Community Medicine, Vol. 37, Issue 1.
- _ Mohan, Harsh (2015), Textbook of Pathology, Seventh Edition, Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd, New Delhi, India.

_ Nicassio, Perry M. & Meyerwitz, Beth E. & Kerns, Robert D. (2004), The Future of Health Psychology Intervention, Health Psychology, Vol. 23, No. 2, 132–137

_ Scriven, Angela (2010) promoting health : practical guide, sixth edition, Bailliere Tindall Elsevier, China

_ Sompayrac, Lauren (2019). How the immune system works, sixth edition, John Willey and Sons Ltd. USA.

_ Taylor, Shelley (2018) Health Psychology, 10th edition, McGraw-Hill Education, New York, USA.

_ World Health Organization (2012), Health education : theoretical concepts, effective strategies and core competencies, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egypt

_ Rural Health Information Hub, 2002 _ 2020

<https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/strategies/health-education>

_ WHO EMRO (2020) Assessment of essential public health functions, Tuesday 8th of December 01:12:15 PM

<https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/assessment-public-health-functions.html>

_ جبريل، ليلى. (2021)، مقدمة عن الصحة المدرسية

<https://mqaall.com/an-introduction-to-school-health/>

_ الزبون، اسلام (2012). مفهوم الطب الوقائي، يوم الأربعاء 24 /08 /2022 (9:00)

<https://mawdoo3.com/%D9%85%D9%81%D9%87%D9%88%D9%85%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D8%A7%D9%84%D9%88%D9%82%D8%A7%D8%A6%D9%8A>

_ النجاح، (2020-07-30) ملخص بحث تفعيل التربية الصحية في مدارس التعليم الأساسي (الجزء

الثاني)

<https://www.annajah.net/%D9%85%D9%84%D8%AE%D8%B5->

<https://www.annajah.net/%D8%A8%D8%AD%D8%AB-%D8%AA%D9%81%D8%B9%D9%8A%D9%84->

<https://www.annajah.net/%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B1%D8%A8%D9%8A%D8%A9->

<https://www.annajah.net/%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A%D8%A9-%D9%81%D9%8A->

<https://www.annajah.net/%D9%85%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D8%B3->

<https://www.annajah.net/%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%8A%D9%85->

<https://www.annajah.net/%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B3%D8%A7%D8%B3%D9%8A->

[%D8%A7%D9%84%D8%AC%D8%B2%D8%A1-](#)

[%D8%A7%D9%84%D8%AB%D8%A7%D9%86%D9%8A-article-28206](#)

_ الأمم المتحدة (2020) منظمة الصحة العالمية تصدر قائمة بالأسباب العشرة الأولى للوفاة في العالم

<https://news.un.org/ar/story/2020/12/106728> على رأسها أمراض القلب

_ الأمم المتحدة (03/ ماي/ 2022) في اليوم العالمي للربو تسليط الضوء على نقص الموارد اللازمة

<https://news.un.org/ar/story/2022/05/1100792> لمعالجة المرض

_ منظمة الصحة العالمية (2020)

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

_ منظمة الصحة العالمية (20/ 09، 2022) الخرف

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

_ منظمة الصحة العالمية (13/ 05 /2021) مرض فيروس كورونا (كوفيد 19)

<https://www.who.int/ar/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>

_ منظمة الصحة العالمية (2021) متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الايدز)

<https://www.un.org/ar/global-issues/aids>

_ الأمم المتحدة (1999). العدوى بالايديز وفيروس العوز المناعي البشري

https://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc306-un-staff-rev1_ar.pdf

_ BBC News (05_05_2022) فيروس كورونا

<https://www.bbc.com/arabic/world-61334623>