



جامعة عباس لغرور - خنشلة  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية



# مقياس علم نفس الصحة

محاضرات القيت على طلبة السنة اولى ماستر علم نفس الصحة للسنة الجامعية

**2018-2017**

الدكتور: الصالح ابركان

مقدمة

اولا : الصحة كموضوع من موضوعات البحث في علم النفس.

1- تحديد مفهوم الصحة.

2- مصادر الحفاظ على الصحة.

1- المصادر التنظيمية.

2- المصادر الشخصية

3- علم نفس الصحة.

ثانيا : نماذج علم نفس الصحة.

1- نموذج المعتقدات الصحية.

2- نظرية دودلي و شنايدر.

3- وجهة نظر هوخباوم

4- وجهة نظر كلانس في الصحة.

5- نظرية فاعلية الذات.

6- نظرية توقع القيمة.

7- نظرية السلوك العقلاني او المنطقي او نظرية الفعل المعقول.

8- نظرية السلوك المقصود.

9- نظرية الهندسة الاجتماعية.

10- نظرية الضبط الذاتي الصحي.

## 11- نموذج تصورات المرض.

ثالثا- السلوك الصحي.

01- مفهوم السلوك الصحي.

02- أبعاد السلوك الصحي.

03- تعريف سلوك الخطر.

رابعا : التربية الصحية والوقاية من المرض ( في المجتمع والوسط المدرسي),

خامسا : الارتقاء بالصحة في الاسرة، الوسط المدرسي و المجتمع.

سادسا: اتجاهات معاصرة في علم النفس الصحة.

قائمة المراجع العربية والاجنبية.

مقدمة:

لقد كان الحديث عن اسباب الاصابة بالمرض في السابق محصورا في مجال العوامل الحيوية او الوراثية اوالعوامل البيئية فقط الا انه حديثا بدا مجال البحث عن الدور الذي يمكن ان تلعبه بعض سلوكيات الافراد المؤثرة على صحتهم وهو ما ادى الى ظهور مايسمى بعلم نفس الصحة الذي يهتم وبشكل عام بالتأثير التبادلي بين البيئة الاجتماعية وحالة الفرد الصحية والنفسية. والذي يهدف الى تقييم ، تشخيص، تفسير وكذا مختلف التدخلات العلاجية للامراض والوقاية منها. حيث يكرس علم النفس الصحي اهتمامه لفهم وتفسير التأثيرات النفسية والسلوكية التي تساهم في مساعدة الافراد في كيفية الحفاظ على صحتهم وفي ايضاح اسباب تعرضهم للمرض وفي الكيفية التي يستجيبون لها في حال اصابتهم بالامراض، والمختص في علم نفس الصحة يهتم بدراسة هذه المواضيع ويدرك اهمية التدخل في الوقت المناسب من اجل مساعدة الناس على البقاء في وضع صحى جيد والتغلب على المرض، اذ ان الباحث في مجال علم نفس الصحة على سبيل المثال يهتم بالاسباب التي تؤدي بالافراد بالاستمرار في التدخين مع علمهم ان التدخين يزيد احتمال اصابتهم بسرطان الرئة وامراض القلب. وان المعلومات التي يحصل عليها الباحث حول اسباب استمرار الناس بالتدخين تساعد على فهم هذه العادة

الضارة بالصحة كما تساعده على تصميم الاستراتيجية الملائمة للتدخل لمساعدة الافراد في التوقف عن التدخين. ومن الامور الهامة للباحثين في هذا المجال هو تعريف الصحة ، كما يركز على جميع مظاهر الصحة والمرض خلال مراحل العمر المختلفة. كما يوجه انتباهها خصوصا على الحفاظ على الصحة والارتقاء بها.

كما يدرس علم نفس الصحة المظاهر النفسية المصاحبة للوقاية من الامراض وكيفية التدخل العلاجي المناسب لها، كما يسعى الاخصائيين الى دراسة اسباب الامراض والعلاقات التي تربط بين الصحة والمرض وكذا الاضطراب الوظيفي دون اهمال العوامل السلوكية والاجتماعية مثل تطوير عادات سلوكية صحية كممارسة الرياضة و وضع حزام الامن.... وغيرها. واخيرا يسعى علم نفس الصحة الى تحسين نظام الرعاية الصحية ووضع الاسس لارساء القواعد السليمة للسياسات الصحية وهذا من خلال دراسة تأثير المؤسسات الصحية في تشكيل السياسة الصحية الهادفة.

وعلم نفس الصحة يشمل معرفة المحاور التالية:

- 1- مفهوم الصحة.
- 2- مفهوم علم النفس الصحة.
- 3- نظريات علم النفس الصحة.
- 3- الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك الصحي.
- 4- السلوك الوقائي.
- 5- الارتقاء بالصحة في الاسرة، المدرسة والمجتمع.
- 6- اتجاهات معاصرة في علم النفس الصحي.

اولا . الصحة كموضوع من موضوعات البحث في علم النفس:

### 1- تحديد مفهوم الصحة:

في عام 1948م عرفت المنظمة العالمية للصحة : بان الصحة هي حالة متكاملة من الرفاه الجسمي والعقلي والاجتماعي،

وليست مجرد الخلو من المرض.(OMS,1948)

ويعرف أودريس وآخرين (Udris et al, 1992) الصحة بأنها ليست حالة ثابتة وإنما توازن ديناميكي بين المصادر الحيوية، النفسية، الاجتماعية وآليات الحماية والدفاع للعضوية من جهة وبين التأثيرات الضمنية المسببة للمرض من جهة أخرى. وبالتالي يفترض أن يقوم الفرد دائماً بالحفاظ على صحته وترقيتها، سواء اكان الحفاظ حيويًا (بالدفاع المناعي) أو بمعنى التعامل مع ظروف البيئة.

فالصحة وفق هذا التعريف عبارة عن مفهوم دينامي علائقي، يصنف ضمن نموذج تكاملي متكون من مجموع من المصادر والموارد، مركزة على دور عوامل دعم وتنمية الشخصية من جهة، وعلى مهارات وقدرات التعامل مع البيئة الاجتماعية.

ان هدف المنظمة العالمية للصحة هو بناء حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً والتغلب على العوامل المرضية و الوقاية من الأمراض الناجمة عن ظروف العمل والحياة اليومية من خلال الاستعمال الشامل لكفاءاتهم الجسمية والذهنية والانفعالية.

ان الطرح الذي قدمه أنتكوفسكي يعتبر النموذج القائم على مفهوم مقارب للصحة بمثابة رد على التصورات المرضية المنشأ أو القائمة على المرض. حيث لم يعد السؤال يتمحور حول أسباب المرض فقط على نحو "هل يقود العمل إلى المرض؟" وإنما يطرح السؤال عن أسباب الصحة على نحو "هل يحافظ العمل على الصحة؟"، أو "لماذا الناس الأصحاء أصحاء؟". (ontkowsky, 1987)

استناداً الى هذا الطرح لم تعد الصحة تعرف على أنها حالة من الشعور المثالي و المطلق وإنما هي كفاءة سلوكية وانفعالية - معرفية وجسدية و اجتماعية للإنسان في التغلب على الحالة الصحية.

في النقاش العلمي لمفهوم الصحة اشار كل من إيرين فرانسكوفايك و فينتسل إلى ثلاثة اسس تفسيرية:

- الصحة حالة موضوعية تخضع للاختبار الطبي الحيوي.

- اعتبار الصحة افضل حالة توافق مع متطلبات المحيط.

- الصحة هي الاستمرارية في تحقيق الذات من خلال القدرة على التحكم في البيئة. (Erben et al, 1986)

من ناحية أخرى ينظر هيرلمان على ان الصحة حالة من التوازن الواجب تحقيقها في كل لحظة من لحظات الحياة. (Hurrelmann,

1988)

ويرى كل من شرودر وشويش بان الصحة حالة توازن في ظل التناقضات في علاقة الإنسان والمحيط. وينظر في المبادئ النظرية الحديثة للصحة على أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية وكذا قدرته على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية و المتطلبات الخارجية للبيئة. (Schroeder & Schech, 1990)

ويصف أندرسون الصحة فيما يلي: كنتيجة، كقدرة من أجل تحقيق الأهداف المرجوة أو للقيام بوظائف معينة،

كظاهرة ديناميكية متغيرة باستمرار، كشيء يعيشه الفرد واخيرا كصفة تميز الفرد اجمالا تمثل لياقته البدنية.

(Anderson,1995)

يتجلى مظهر الصحة في الشعور الذاتي من خلال الاحساس بالعافية والسعادة والرفاهية وبالتالي هي الحالة الذاتية التي تتجلى فيها القيم الشخصية والثقافية للفرد وليست مجرد حالة موضوعية.

ان التأثير المتبادل للعوامل الاجتماعية والنفسية والبيئية يعكس مفهوم الصحة.

## 2. مصادر الحفاظ على الصحة:

### 1- المصادر التنظيمية:

يقصد بالمصادر التنظيمية هي مواقف الفرد في ظروف معينة يعدل او ينمي خلالها قدراته الفردية من خلال التعامل الفعال وفق امكانياته الموجودة. وتتمثل في: (1) ضبط الموقف ، (2) والدعم الاجتماعي.

ويعبر ضبط الموقف قدرة الفرد في التحكم في السلوك خلال معايشة الأحداث في محيطه بطريقة شفافة ومفهومة ومسيطرأ عليها.

أما الدعم الاجتماعي او المساندة الاجتماعية فهي التفاعل الحاصل بين أعضاء شبكة اجتماعية ما بهدف الحفاظ المتبادل على الإحساس بالعافية وتحسينه. ويمكن التغلب على الضغط النفسي والوقاية من الأمراض من خلال الدور الايجابي للدعم الاجتماعي. (Schroeder

& Reschke, 1992)

## 2- المصادر الشخصية:

يمكن اعتبار المصادر الشخصية المنمية للصحة كبناءات شخصية وهي أنماط السلوك الثابتة موقفياً والمرنة في الوقت نفسه، على نحو منظومات القناعة المعرفية لشخص ما.

وتعد المصادر الشخصية التالية من أهم الموارد: كفاءات التعامل Coping -competence ، قناعات الضبط الداخلية، مفهوم الصلابة Hardiness-Concept ، التفاؤلية، الوعي أو الإحساس بالتماسك.

### - كفاءات التعامل Coping -competence :

نتحدث عن كفاءات التعامل (المواجهة) عندما يكون هناك توقعاً بأن الفرد قادر بنفسه على التعامل (مواجهة) نوعي. مثال: ان امتلاك مرضى الذبحة القلبية myocardial infarctus لتوقعات كفاءة عالية تمكنهم من التغلب على المواقف الحياتية بشكل أفضل.

### - مفهوم الصلابة Hardiness:

هي المقاومة للضغوط النفسية من خلال قدرة التحمل التي تعكس نمطاً معرفياً وانفعالياً وسلوكياً. ويقصد بالصلابة مجموعة من القناعات حول الذات والمحيط. أما القدرة على التحمل بصفتها بنية شخصية أو سمة من سمات الشخصية فيمكن عزوها إلى ثلاثة مكونات:

1- الضبط Control: والمقصود هنا قناعات الضبط الداخلية للفرد، أي خبرة الفرد بأنه يمتلك تأثيراً محددًا أو واضحاً على

أحداث حياته (ضبط الواقع control of reality).

2- الارتباط و الالتزام: والمقصود بذلك الالتزام الشديد لفرد ما بمواقف حياتية مختلفة والمشاركة الفاعلة والاندماج في العلاقات الاجتماعية.

3- التحدي Challenge : أي أن ينظر لمتطلبات الحياة وضغوطها على أنها تحديات وليست تهديدات، وتعود إلى دوافع للتصرف ودوافع للتعديل.

## - التفاؤلية Optimism:

التفاؤلية بناء نفسي حديث صاغه كارفر وشاير Carver & Scheier. ويقصد به التوقعات المعممة للنتيجة، أي التوقعات للعلاقات المدركة بين السلوك ونتيجته.

## - قناعات الضبط الداخلية والخارجية Locus of Control:

قناعات الضبط الداخلية نظرة الفرد لما يعقب سلوكه على أنها نتيجة متوقعة وهي جزء من سماته الشخصية. وتصف هذه القناعات توقعات الفرد في تحقيق تعزيزات إيجابية من خلال سلوكه، أو منع عواقب سلبية من الحدوث (Piantowski, 1989).

اما قناعات الضبط الخارجية هي نظرة الفرد لما يعقب سلوكه بأنها غير ناجمة عن سلوكه أو ليست من صفاته هو، وإنما هي نتيجة للحظ أو الصدفة أو القدر، أو بأنها سبب أشخاص ذوي نفوذ.

(Krampen, 1982, p44).

## - الوعي أو الإحساس بالتماسك Awareness :

ان مدى امتلاك الفرد للشعور الديناميكي بالثقة معبر عنه بالتماسك أو الترابط ، بحيث ينظم أو يصمم الأحداث في محيطه الداخلي والخارجي القابلة للتنبؤ والتفسير اثناء حياته اليومية، وبحيث تكون مصادره مواكبة لمتطلبات تلك الاحداث، على ان تكون هذه المتطلبات مثيرة للتحدي وتستحق البذل والالتزام

وهناك ثلاث مركبات للوعي بالتماسك:

- القابلية للفهم أو الإدراك comprehensibility : تتميز بالموضوعية والشفافية كما يمكن أن تكون قابلة للفهم العقلي أو المنطقي.

- القابلية للإدارة Manageability: أي أن الفرد قادر مبدئياً على ضبط أحداث الحياة وادارتها.



- الامتلاء بالمعنى **Meaningfulness** : أي أن المتطلبات الواجب مواجهتها تستحق ذلك وتقدم للفرد معنى شخصياً.

(Lontonowsky, 1987,P.17).

### 3- علم نفس الصحة:

احتلت الصحة مكاناً بارزاً في تطور علم النفس منذ حوالي عقدين من الزمن اين ازدهر إلى علم أطلقت عليه تسمية "علم نفس الصحة" **Health Psychology** (Schwarzer, 1997).

وكان ماتاراتزو أول من عرف وحدد علم نفس الصحة على انها المساهمات العلمية في علم النفس من أجل الارتقاء بالصحة ، الحفاظ عليها (اتباع سلوكيات صحية) والوقاية من الأمراض وكيفية التدخل العلاجي المناسب. كما يهتم علم نفس الصحة في ادراك السلوكيات الخطيرة، وتوقع أسباب الاضطرابات الصحية وتشخيصها وكذا إعادة التأهيل وتحسين نظام الرعاية الصحية. و يعتبر تحليل إمكانية تأثير أنماط السلوك المتعلقة بالصحة للأفراد (فردا او جماعة) وبالأسس النفس اجتماعي للأمراض مع كفاءات التعامل معها من اهتمامات علم النفس الصحي. (Materazzo.1984)

ويعرّف شفارتزر (1990) علم نفس الصحة بأنه عبارة عن فرع نوعي لعلم النفس يساهم غلميا وتربويا في المجالات الستة التالية:

1. الارتقاء بالصحة والحفاظ عليها.
2. الوقاية وكيفية التدخل العلاجي .
3. تحديد أنواع السلوكيات الخطيرة.
4. تحديد أسباب الاضطرابات الصحية الجسمية وتشخيصها.
5. إعادة التأهيل الوظيفي
6. تحسين نظام الرعاية الصحية. (Schwarzer, 1990).

قامت المنظمة العالمية للصحة بصياغة بمفهوم الصحة المتقدم، اذ انها تعدت مفهوم الخلو من المرض وغيابه والاحساس بالصحة الى مفاهيم اعمق. مما جعل مختلف سبل البحث في التخصصات النفسية والعلوم القريبة من علم نفس الصحة وكذا المعارف المتعلقة بالصحة يقوم هذا العلم بتجميعها.

ثانيا : نماذج علم نفس الصحة :

### 1- نموذج المعتقدات الصحية :

يعتبر هذا النموذج من اولى النماذج التى كتفت لتفسير المشاكل السلوكية المتعلقة بالصحة حيث ظهرت فى الخمسينات على يد كل من روزنستوك و بيكر من خلال بحثهما فى اسباب امتناع بعض الافراد للخضوع للكشوفات بواسطة الاشعة السينية بغرض الكشف عن مرض السل . حيث انصب اهتمام هذا النموذج على تفسير طريقة الفرد فى مباشرة السلوكات الصحية الوقائية منها على وجه الخصوص ثم التنبؤ بمدى نجاح هذه السلوكات مثل سلوك تقبل التلقيح ضد بعض الامراض المعدية او ممارسة الفحوصات الطبية كسلوك وقائي. (Rosenstock & Jones, 1958)

### - تعريف المعتقدات الصحية:

هى القيام بسلوكات صحية قائمة على أساس اعتقادات الافراد للتعويض عن سلوكيات غير صحية وتأثر بالتهديد المدرك للفرد وكذا فاعلية هذه السلوكيات قصد التخفيف من السلوك غير الصحي.

عرفها زكر مان على انها:

مشاركة الافراد الفعالة الى ما يدفعهم لاستعمال استراتيجياتهم من عمليات ما وراء المعرفة لينبؤا فوقها فهمهم للادوات التعليمية ضمن سلسلة تعلمهم مهامهم الاكاديمية والحياتية فهم لا يحتاجون فقط الى اكتساب المعرفة والمعلومات لينجحوا بل لابد من التفكير

فى تفكيرهم. (Zakarman ,1999, pp 1-6)

ان الإنسان هو المخلوق الوحيد الذي يقوم بتكوين المعتقدات الصحية وتوجيهها نحو مختلف الاتجاهات حيث أشارت دراسات حديثة بوجود المعتقدات الصحية فى السلوك العام للفرد إذ يصعب فهم تلك المعتقدات و تأثيرها على شخصية الإنسان وتفسير خفايا العلاقة بين الروح والمعتقد فهذه المعتقدات يمكن ان تتصف بصفات الانفتاح والتعددية ومرونة التعامل وإما ان تتميز بملامح التعصب والانغلاق والتطرف ، فقد يتميز بعض الافراد بسلوكات فى اعتقادهم انها صحية لكنها فى الواقع غير ذلك، فعلى سبيل المثال الاعتقاد بان التدخين

يؤدي إلى تدهور الأعصاب وذلك كله سلوك مروج له من قبل المدخن ليصبح بعد ذلك المرجع والقدوة للمجتمع ، اظهرت الأبحاث والدراسات تأثير هذا النوع من المعتقدات على صحة الإنسان و مثال ذلك نشاط الجسم والصفاء الذهني من خلال الصلاة . وتعتبر المعتقدات الصحية بطاقة هوية ذاتية عن انعكاس الافكار والتصورات والقيم، التي يسعى الجميع لترسيخها في التنشأة الاجتماعية لمواجهة كافة الصعوبات والمشاكل الاجتماعية ، الروحية، الاقتصادية والنفسية. وبغياب هذه المعتقدات الصحية تصبح كالشجرة الجوفاء ضعيفة هشة ميتة لاقيمة لها في وجه مشاكل الحياة. ( البورسعيدي ، 2009 ، ص5).

وتتجلى نظرية المعتقدات الصحية من خلال اهتمام مختلف الباحثين وتأثرهم بما جاء به روزنستوك و زملائه.

### - نظرية روزنستوك و جونز في المعتقدات الصحية. ( Rosenstock & Jones, 1958 )

طرحت هذه النظرية تغيرات مهمة قامت على أساسها كيفية اتخاذ القرار من ناحية السلوك الصحي وهذه المتغيرات هي : التهديد المدرك Perceived Threat و المعوقات المدركة Perceived barriers و الفوائد المدركة Perceived Benefits اضافة الى دلالات الفعل Cues to action و فاعلية الذات Self Efficacy

وقد رأى روزنستوك و جونز ان الشخص يتبع سلوكا وقائيا صحيا استنادا الى الموازنات والمقارنات التي يقوم بها في حساب المنافع والأضرار نتيجة لقيامه بفعل غير صحي ، والمتغيرات هي :

- امكانية الإصابة: او الحساسية المدركة: وهو حكم المرء على مخاطر إصابته بالمرض فقد يسأل نفسه السؤال التالي " ماهي فرص إصابتي بالأمراض " ؟ ويعني اعتقاد الفرد بمدى احتمال إصابته بالمشكل الصحي.

- الصرامة المدركة: وهو ادراك الفرد للخطر المحدق به اذا لم يواجه المشكل الصحي الذي قد يصيبه. بمعنى انه يقدر المشكل الصحي وتناثجه المحتملة اذا لم يستعد للمواجهة ومنها مثلا تأثير المشكل الصحي على الحياة العائلية او المضاعفات البدنية

- التهديد المدرك : يتشكل من الصرامة المدركة والحساسية المدركة و يلعب دورا هاما في حث دافعية الفرد للبدء في السلوك الصحي لتجنب المشاكل الصحية . وهو مكون معرفي يتأثر بالمعلومات التي يتلقاها الفرد والتي تولد ضغطا نفسيا يدفع إلى السلوك الصحي وهذا يخلق موازنة بين الكفاءة المدركة للشخص وكلفة السلوك.

- الفوائد المدركة للفعل : اعتقاد شخصي متمثل في الاحساس بمدى فعالية اتخاذ سلوك وقائي ما للحد من التهديد الصحي اذ ان فوائد كثيرة سوف تتبع نشاطه.

- معوقات او صعوبات الفعل المدرك : وهو ادراك الفرد للصعوبات التي قد تصادفها خلال انجازه للسلوك المطلوب مثل التكلفة، الازعاج، الجهد... وغيرها. (مرسي ، 1988 ، ص53 ) .

حسب هذا النموذج فان احتمال تنفيذ الفرد للسلوكات الصحية تعود مباشرة الى نتائج تقديره بخطر المشكلات الصحية التي يواجهها. كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقدير السلبيات والايجابيات التي يحتمل ان تنجم عن ذلك النشاط وعليه فالسلوك الوقائي يقبل عليه الفرد في الظروف التالية:

- عندما يدرك ويقتنع عدم ممارسة النشاط الصحي الوقائي سيعرضه لمشكلة صحية.
- قد تكون هناك عواقب وخيمة نتيجة الامتناع عن اتخاذ الاجراءات الوقائية من قبل الفرد.
- هناك توقع لفوائد تعقب اتخاذ الاجراءات الوقائية وان تكون في قيمتها لدى الفرد اهم من التكلفة التي يخصصها في سبيل الوقاية.
- ان تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي وتعززه.

وقد أشار ( روزنستوك و جونز ) إلى وجود عوامل عدة يتأثر فيها السلوك الصحي وكما تم ذكره سابقا وهي المخاطر المدركة والتي تتضمن احتمالية الإصابة والأوضاع التي قد يمر بها الشخص وهي مشاعر معينة اتجاه احتمالية الإصابة بمرض عضال مثلا ، والمنافع والمعوقات وهي النتائج السلبية التي قد تنشأ في اتخاذ إجراءات صحية معينة منها ( جسمانية ، نفسية ، مالية ) وأضاف إليها الأحداث البيئية التي تصادف الفرد كالإعلام التلفزيوني والإعلانات التي تؤدي إلى التحرك في اتجاهات معينة.

أمافي سنة 1988 اضيف مطلع جديد للمعتقدات الصحية وهو مفهوم فاعلية الذات كجزء من العملية الإدراكية الصحية في تدعيم العادات السلوكية الغير الصحية مثل التدخين . كما ركز على متغيرات ديموغرافية ومتغيرات اجتماعية وبنوية تؤثر في إدراك الفرد والتي بدورها تؤثر على السلوك ذي الصلة بالصحة .

وهذا يعني إن ممارسة الفرد للسلوك الصحي لا يمكن فهمه الا بمعرفة عاملين وهما :

( 1 ) إدراك التهديد الصحي .

(2) إيمانه أو اعتقاده بأن ممارسة صحية معينة ستكون مؤثرة في خفض هذا التهديد المدرك.

( Rosenstock & Jons , 1958 , p. 1\_6 ).

ثم جاء بعد روزنستوك وجونز دور كيومنج وآخرون واقترح وجود (14) نموذج من نماذج

السلوكات الصحية وطلب مشورة (9) خبراء للحكم على تماثل المتغيرات التي احتواها كل

نموذج منها لإمكانية الوصول إلى تقديم العناية الصحية. (Hochboun , 1958 , pp.3\_7)

وفي سنة 1990 استخدم نموذج المعتقدات الصحية وقدم إطارا شرحيا لنموذج (ARRM) هو مختصر لنموذج يستخدم للتخفيف

من مخاطر الايدز (ARRM) :

"RISK RUDUSE MODEL" حيث إن لهذا النموذج ثلاث مراحل في تغيير السلوك من ضمنها نموذج المعتقدات الصحية

ونظرية فعالية الذات. اما هذه المراحل فهي كمايلي:

المرحلة الأولى :

أ - (معرفة وتعليم) وضع علامة مؤشرة " وشم " السلوك بأنه عالي الخطورة

ب - التأثيرات المفترضة لإدراك السلوك.

ج - معرفة النشاطات الجنسية ذات الارتباط بالممارسة الجنسية وانتقال فيروس الايدز

د - الاعتقاد بأن الفرد عرضة لتلقي فيروس الايدز

ه - الاعتقاد بأن العدوى بالايديز غير مرغوبة

و - المعايير الاجتماعية.

المرحلة الثانية : الالتزام بتقليل مخاطر العدوى وتأثيراتها المفترضة وهي :

أ - الفوائد والتكاليف.

ب - المتعة : هل ستغير السلوك ؟

ج - فاعلية الذات : المعرفة بصحة الاستمتاع كأداة اجتماعية إضافة إلى معايير الدعم الاجتماعي

المرحلة الثالثة : الشروع بالفعل ويتكون من:

أ - البحث عن معلومات

ب - الحصول على وسائل والمعالجة.

ج - تعزيز الذات مع الخبرة السابقة.

د - مستوى تقدير الذات. ( Kegelesa & Coates ,1990 , p34 ) .

أما الضبط الذاتي الصحي فيفسر كيف يمارس الافراد بعض السلوكيات الصحية ويخضعون للعلاج والحمية والعمل على تقديم سلوكيات صحية أخرى ، ففي دراسة لوليام وفريدمان ورايان ظهر الضبط الذاتي الصحي كيف يقيم الدافعية الفردية للسلوك الصحي إذ تتنوع الدوافع الشخصية المعبر عنها وفق لسلوكيات معينة.

(Williams & Freedman & Ryan, 1996 )

وقد ميز كل من هيكتز وكروكلانسكي ( Williams et al,1996,p.115\_126 )

بين وظيفيتين أساسيتين للتنظيم الذاتي هما وظيفة التقييم والتنقل اللتان تشكلان جزءا من أي نشاط الضبط الذاتي الصحي حيث إن بعض الأفراد يغالون في التأكيد على التنقل في علاقته بالتقييم بينما يظهر آخرون تأكيدا معاكسا وقد تكون المسألة موقفية تختلف من موقف إلى آخر. ( Higgins & Kruglanski , 2000 ) ; ( الموسوي ، 2009 ، ص18 ).

استهدفت الدراسة التي قام بها رادتك و سكولزواخرون لكشف العلاقة بين المعتقدات الصحية و الضبط الذاتي الصحي لعينة من المدخنين المراهقين بلغ عددهم ( 187 ) مراهق أعمارهم تراوحت بين 14 و 19 سنة، وتبين بان المراهقين يستخدمون المعتقدات الصحية كمنفس عن سبب فشلهم في تغيير سلوكهم عن التدخين.

(Radtke & Scholz et , 2008 , pp.1- 2)

ان نموذج ( المعتقد الصحي ) يعتبر أنموذجا نظريا في القياس والتفسير وهو الذي كانت له الفائدة الكبيرة في تطور البحوث وتصميم المقاييس الخاصة بالسلوك الصحي. واثبتت الدراسات فاعليته من خلال الصدق التنبؤي العالي الذي تميز به في تشخيص الافراد الذين

ينقلون معلوماتهم الصحية التي اكتسبوها الى مستوى السلوك الفعلي . ( Adams . ( Flanagan ,1995, p. 364 )  
(2000,p.119)

ومن خلال قياس نموذج المعتقدات الصحية فانه يكشف عن مستوى الوعي الصحي لدى مختلف الفئات العمرية والذي بدوره يقوم بالكشف عن الضبط الذاتي الصحي. كما تبرز اهمية هذا النموذج فيما يقترحه لوضع استراتيجيات وقائية فعالة للتصدي للمشكلات الصحية مثل الايدز والسرطان وغيرها.

الا انه يؤخذ على نموذج المعتقدات الصحية بانه لا يضع في الحسبان ان بعض السلوكات الصحية مثل غسل الاسنان يقوم به الافراد بشكل معتاد وعادي. بالاضافة الى انه لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات هذا النموذج مثل الحساسية المدركة.

## 2- نظرية دودلي و شنيدر ( Dodlly & Schneider , 1991 )

وهي نظرية في تحديد اتجاهات الافراد والتي تبحث في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية

عن طريق: أ - ادراك التهديد الصحي ، ب - اختزال التهديد المدرك

ويتأثر إدراك التهديد الصحي بمجموعة عوامل هي:

القيم الصحية وتتضمن بدورها الاهتمام بالصحة ورعايتها، اعتقاد الفرد بسهولة التعويض عن الضرر. وكذا اعتقاد الفرد بنتائج

المرض فيما إذا كان خطيرا فمثلا قد يغير المريض نظام الحمية تحد من كمية الكولسترول مثلا في حالة ادراكهم لتهديد أمراض القلب.

اما اختزال التهديد المدرك وهو اعتقاد الفرد بان هناك اسلوب صحي يقلل من التهديد الذي يترتب به

ان كان الاسلوب الصحي فعال حسب اعتقاده، واما اذا كانت سلبية الاسلوب الصحي اكثر من ايجابياته .

وقد اعطى روزنستوك مثالا على ذلك : الرجل الذي يشعر انه مهدد في إصابته بالقلب وهو في مرحلة الاستعداد لتغيير الحمية الغذائية

وقد يعتقد بأن تغيير نوع الغذاء وحده لن يقلل من التهديد الذي يواجهه ، وان تغيير غذاءه سيؤثر على مدى تمتعه بالحياة بحيث تصبح

نيته في تغيير الغذاء مبررة وعليه يكون متأكدا بان تلك الحمية تفيده في تقليل المرض ولكنه يفتقر إلى الإيمان بأن التغيير يقلل من التهديد

وسوف لن يقوم بأي تغيير ونفس المثال ينطبق على السلوكات الصحية التي يمارسها الأفراد المدخنين بقصد وقف التدخين لماله من خطر

على الصحة والإصابة بأمراض القلب.

( Rosenstock , 1974 ) .

- اعتقاد الفرد بأن سلوك صحي معين قد يقلل من التهديد بالخطر مثل سوف اتوقف عن

التدخين

- اعتقاد الفرد بأن مراعاة معايير صحية معينة ربما يكون لها تأثير فعال في إيقاف الخطر الناجم عن

تهديد معين مثل (إذا توقفت عن التدخين الآن ، فلن أصاب بسرطان الرئة)

- اعتقاد الفرد بأن الفائدة التي تحققها مراعاة معايير صحية معينة تفوق التكاليف مثل

(مع أنني سأجد صعوبة في التوقف عن التدخين ، إلا أن الأمر يستحق العناء لتجنب خطر الإصابة

بسرطان الرئة). (Dudley&Schneider, 1991, pp. 55\_57) (نابولر ، 2008 ، ص144).

### 3- وجهة نظر هوخباوم (Hochbaum Point of view 1958)

وهي تكملة لنظرية توقع القيمة إذ انها اعتمادا على حالات معينة للفرد يمكن توقع سلوكه فمثلا سلوك القسوة Severity هي نتاج

لحالة مرضية ما مرافقة لاتخاذ قرار يتعلق بصحته باعتبار ان قيام الفرد بالفحص الصحي يعود الى الفوائد المدركة من ذلك وتخطي الكثير

من الصعوبات والمعوقات التي تترتب عن اعتلال الصحة الجسمية. تجدر الاشارة الى ان المعتقدات الصحية للفرد هي المرجع الاول في

تقييم سلوكه او التأثير عليه او حتى تغيير هذا السلوك.

(Hochbaum ,1958 , p .209)

### 4- وجهة نظر كلانس في الصحة (Glance Point of view , 2002):

تتحلى وجهة نظر غلانس في نموذج المعتقدات الصحية في خمسة محاور وهي:

1-التهديد المدرك 2- الفوائد الخالصة 3 -الحساسية المدركة 4 -ادراك خطورة

الاصابة 5- ادراك الفوائد والصعوبات المدركة مع اضافة المتغير وهو الفاعلية الذاتية وحمل هذا المتغير مسؤولية استعداد الافراد لتبني

سلوك صحي واعتبر الاداء الناجح للفرد يعود الى قدراته وثقته بما.

في بناء غلانس اعتمد على وجهة نظر اذ ان الفرد سيقوم بفعل صحي فيمايلي:

- مرض الايدز يشعره بالسلبية مع امكانية تجنبه.

- الالتزام بتوصيات تجنب للمرض وبالتالي تتجنب السلوكات السلبية ذات علاقة بالجنس



- ثقته بالقيام بفعل صحي مع الاستمرارية فيه. ( Glance, 2002 ) .

## 5- نظرية فاعلية الذات:

استمدت هذه النظرية اصلا من النظرية المعرفية التي تزعمها البرت بندورا حيث طرحت هذه النظرية فكرة مفادها ان تغيير السلوك يتم من خلال مجموعة من العوامل منها المحيطية والسلوكية والشخصية.

ان تحديد سلوكيات الفرد ومثابرتة وتحديه للصعوبات تعود الى ثلاث عناصر معرفية مقترحة في نظرية فاعلية الذات وتم اعتبار هذه العناصر بمثابة المكونات الاساسية المحددة للسلوكيات الصحية:

### أولا / توقع الفاعلية Self Efficacy :

وهي اعتقاد الفرد بقدرته وثقته على القيام بسلوك معين يو صله الى نتائج مرغوبة كما ويفترض في فاعلية الذات ان تكون ذات تأثير قوي في السلوك وان تحدد مستويات الدافعية لدى الافراد كما تنعكس على التحديات التي يواجهونها والجهد الذي يبذلونه في صمودهم بوجه الصعوبات. ( الالوسي ، 2001 ، ص79 ) ، (Bandura, 1977,p39)

### ثانيا / توقع النتيجة (Outcome Expectancy) :

تقدير الفرد ان انجازة لسلوك ما يرتبط بالنتائج المرغوب فيها . فالفرد مثلا من المحتمل ان يقوم بسلوك مامثل اتباع حمية غذائية اما لزيادة النتيجة الايجابية اوالتخفيض من النتيجة السلبية.

### ثالثا / قيمة النتائج (Expectancy \_ Value)

وهي القيمة الذاتية أو الأهمية التي يعطيها الفرد لنتائج معينة. ( Bandura, 1977 , p. 79 )

حيث إن النتيجة تؤثر في القرارات بشأن المبادرة بالسلوك فقبل أن يكون الفرد راغبا في العمل باتجاه هدف ما ، ويمضي في العمل باتجاه تحقيقها عليه إن يقيم أو يرغب الآخرين في نتائج تلك الغاية ، والدراسات المتعددة حول مايعرف بنظريات القيمة المتوقعة أظهرت إن قيمة النتائج المحتملة للسلوك ، والتي تسمى أحيانا ( القيمة التعزيزية ) لها تأثير قوي في السلوك. ( الالوسي ، 2001، ص40 ) .

## 6- نظرية توقع القيمة (Value Expectency)

يعتقد اصحاب هذه النظرية بأن فعل معين يؤدي إلى نتيجة معينة حسب رغبة الفرد، وفي هذا ستتأثر السلوكيات بتلك الرغبة لتفادي مرض ما او التعرض للاصابة به وهذا مما يجعل ثقة الفرد في إن تنفيذه للاحتياطات الصحية والتزامه بالإرشادات الصحية سيحقق الأهداف المتوقعة . وبمعنى آخر إن ادراكات الفرد هي التي تؤثر على السلوك وسياقاته. وبالتالي رفضت هذه النظرية دور التعزيز في السلوك وأكدت على تأثيرات التقييم (Evaluation) من قبل الفرد. إذ تعتمد على (تهديد بالمرض) للفرد وان جوهر الاعتقاد هي إضافة جوانب ثقافية للمرض المدرك إضافة إلى شكل الثقافة في كيفية إدراكها للمرض (العلة) وجديته فمثلا التهديد المدرك لمرض الايدز إذا ما كان عاليا فأن إمكانية الإصابة المدركة عالية، إذ مآصابت جسم الإنسان وبالتالي جدية الحالة المدركة عالية والنتيجة (قيم التوقعات) هي الضعف والانهك اين يصبح واضحا. أما إذا كان التهديد المدرك منخفض فاحتمال الإصابة المدركة قد تعتمد على الأسباب العامة التي تساعد على نشاط مرض الايدز وبالتالي فجدية المرض المدرك منخفضة مع قليل من أعراض أخرى. (

Hopkins ,2006, 32)

## 7- نظرية السلوك العقلاني او المنطقي او نظرية الفعل المعقول (TRA)

### Theory Of Reasoned Action

هذه النظرية تسلط الضوء على تشكيل النوايا (مقاصد النوايا) أكثر من الاهتمام بالسلوك في حد ذاته ، إذ انه اذا عرفت النوايا يمكن التنبؤ بالسلوك من خلال عاملين هما:

1- ميول الفرد للسلوك محل الشك سواء ايجابا او سلبا.

2- عن طريق توقعات الاغلبية من الافراد وما ينتج عنها من ضغوطات وهو ما يعرف بالمعايير الاجتماعية الموضوعية Subjective

.Social Norms

اذن هذه النظرية في معناها العم تقول بان معتقداتنا السلوكية هي من توجه سلوكياتنا فهو إن اتجاهاتنا نحو وهي محصلة إلى

(1) توقعنا للنتائج جراء القيام بسلوك معين.

(2) معتقداتنا عن النتائج من حيث قيمتها واهميتها.

دون اغفالنا للمعايير الاجتماعية (الضغوط الاجتماعية) والتي هي محصلة عاملين:

1- توقع الفرد تشجيع او رفض المقربين له اى توقع لوجهة نظرهم من خلال اجرائه لسلوك معين.

2- رغبة الفرد في الارتباط بمؤلاء المقربين. (عبد الجواد ، 2009 ، ص1).

ويعنى اخر تشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لمركبات هذا النموذج وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة للسلوك المشكوك فيه ونحو التقييمات، اما القناعات المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب اشخاص او مجموعات الاطار المرجعي للشخص ، ومن اجل تعديل الاتجاهات او المعيار الشخصي وبالتالي تعديل النوايا واخيرا السلوك لا بد في البداية من تعديل القناعات وفي تطوير اخر لاجزين اضيفت " القابلية الذاتية لضبط الصرف" الى النموذج والتي يقصد بها القناعة بقدره الشخص على ان يقوم بالفعل تصرف ما . (رضوان، 2009، ص43)

وهنا يبرز سؤال مهم هو متى يصعب علينا تغيير تلك المعتقدات وخصوصا معتقداتنا الصحية والجواب إذا كانت مايلي:

أ - اذا كان الشعور بالمعتقد معززا : الشعور يزداد ثباتا كلما كان كبيرا ويصعب تغييره كلما زاد الشعور بالتعزيز والتأييد.

ب - اذا كان الشعور بالمعتقد محدودا : فهو شعور قصير ومحدود غير معمم مثل سيطرة الاعتقاد بان الابن يميل الى الحفظ اكثر من الاعتقاد ان الابن ذكي (وهو اعتقاد العامة).

ج - اذا كان المعتقد موافق للتوقع : يرسخ المعتقد بتوافقه مع توقع مفاجئ لنفس معتقد الفرد وهو ما يجعله صعب التنازل عليه.

د - اذا كان المعتقد عبارة عن إضافات شخصية : والمقصود هنا أن أضيف على معتقدي إضافة من عندي ... فمثلا لو اعتقدت في ان في السفر للخارج مدعاة للوقوع في الاخطاء الغير مسؤولة.... ثم اضيفت ان السفر للخارج يولد تبلا في الاحاسيس ... فسيكون المعتقد الاصيلي هو ان السفر مدعاة للوقوع في الاخطاء اكثر ثباتا واقوى رسوخا (الشهراني ، 2007 ، ص276) .

ه - اذا كان الشعور بالمعتقد تعزيز واقعي : هذا الشعور بالمعتقد يصعب التنازل عنه او حتى تغييره لانه معزز بمواقف مرئية او سمعية.

و - اذا كان المعتقد ذي دلالة ذاتية : أي ان هذا المعتقد يبقى ثابتا اذا توافق مع شخصية الفرد وطباعه فمثلا فالشخص الحنون في ذاته يبقى حنونا في تربيته للاطفال لايمنانه بمعتقد ان معاملة الاطفال يتعلمون بالحنية.

س - اذا كانت المعتقدات معززة: هذا المعتقد صعب التغيير لانه معزز باعتقادات اخرى لنفس الفرد فمثلا شخص مقتنع بان الحنان هو الذي يربي الاطفال ويملك معتقدات اخرى ان الضرب يسبب النسيان وبالتالي يعزز معتقد ان القسوة لا تربي الاطفال.

ح - اذا كان المعتقد يخدم المصلحة الشخصية : ان هذا المعتقد معتقدا يبقى راسخا ثابتا لا يتزعزع الا بتزعزع المصلحة ذاتها لكونه يخدم مصلحة الشخص فمثلا لو كنت بائعا للقماش وسعر القماش ارتفع فذلك سيخدمني لاني بائع اريد ان اربح ؟ وسيكون المعتقد القائل ان البائع يحق له ان يرفع السعر مع ارتفاعه في الاسواق ... وسيكون معتقدا جازما لا يفكر يوما في تغييره الا اذا تركت البيع والتجاره وصرت مشتريا (الشهري ، 2007 ، ص276).

## 8- نظرية السلوك المقصود Theory of Planned Behavior :

تقوم هذه النظرية على فهم متى يقوم الناس بتغيير عاداتهم الصحية حيث إن علماء النفس الصحي يركزون اهتمامهم باستمرار على تحليل السلوك والنظرية التي تحاول ان تربط الاتجاهات الصحية بشكل مباشر بالسلوك والتي تعتمد على نظرية السلوك المقصود" لكل من اجزين ومادين " وبناء على هذه النظرية فأن السلوك الصحي هو النتيجة المباشرة للنوايا السلوكية. (Ajzeen &Madden, 1986)

والنوايا السلوكية تتشكل من ثلاث مكونات هي ( Behavioral Intentions ) :

- 1 - الاتجاهات التي يحملها الفرد نحو سلوكات محددة والتي تستند الى الاعتقاد حول النتائج المحتملة للسلوك والتقييمات لهذه النتائج.
- 2- المعايير الذاتية اتجاه الفعل المرتبطة باعتقاد الفرد بخصوص مايرى الآخرون ان عليه القيام به (المعتقدات المعيارية ) وودافعيته لهذه المرجعيات المعيارية.
- 3- الضبط المدرك وهو شعور الفرد بان له القدرة على القيام بالفعل المطلوب وان السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرغوبة . (تايلور ، 2008، ص147) .

## 9- نظرية الهندسة الاجتماعية Social Engineering :

ان تعديل البيئة يكون عن طريق الهندسة التي تؤثر في سلوك الافراد وقابليتهم لاجراء سلوكات صحية. فالهندسة الاجتماعية اكثر نجاعة في تغيير السلوك من استخدام برامج تغيير السلوك اذ انها تركز على سلوك الفرد. فعلى سبيل المثال يعتبر استعمال حزام الامن في القيادة اجراءا ايجابيا للوقاية من عواقب حوادث المرور في حين تعتبر الوسائد الهوائية المنتفخة اليا بالهواء في حالة الحوادث اجراءا سلبيا .

ان للهندسة الاجتماعية دور في حظر بعض انواع المخدرات مع السماح بتناول الكحول والتدخين في ظروف معينة مع اخذ العمر بعين الاعتبار.

ان حلول الفرد في مختلف مسائل الحياة غير كافية اذ انها لا تقارن بالحلول التي تقدمها الهندسة الاجتماعية لاسيما المتعلقة بالمشاكل الصحية اذ تحقق فيها نجاحا لا يواهي. فمثلا مسألة تنقية المياه فقد نستطيع ان نغرس عادات تنقية المياه لدى الافراد عن طريق تصميم نظام تدخل يهدف الى التأثير في الاتجاهات والسلوك لاقتناع الناس بغلي المياه التي يستخدمونها علما بان تنقية المياه في مصادرها هو حل افضل.

( L.s. Robertson, 1975)

تدخل الهندسة الاجتماعية في التقليل من وقوع الحوادث في البيوت وذلك بتوجيه الوالدين الى جعلهما يقومان باتخاذ الاجراءات اخرى غير اتباع طريقة في وضع الادوية في عبوات امنة وصنع ملابس الاطفال من مواد غير قابلة للاشتعال. (Fielding ,1978)

كما يمكن للهندسة الاجتماعية للتدخل في التخفيف من نسبة الوفيات والاعاقات الناجمة عن حوادث المرور بتغيير عادات السياقة المفرطة وتجنب تناول الكحول مقارنة بما يمكن ان تؤديه البرامج المصممة لمساعدة السائق الذي يقود تحت تأثير الكحول. (Ashley &

Rankin, 1988)

ومن طرق الهندسة الاجتماعية الحديثة نسبي التي تهدف الى تحسين العادات الصحية تلك التي تستخدم وسائل الاعلام الترفيهية لايضاح الممارسات الجيدة ، اذ تبين ان المسلسلات التي تعالج مشكلات اجتماعية Soap operas كانت اكثر نجاحا من المحاضرات والنشرات في التأثير في الناس لتغيير عاداتهم الصحية في كثير من البلدان وبشكل خاص في البلدان النامية .

وقد وجد الباحثون ميلا اكبر الى التغيير لدى اولئك الذين يشاهدون نجومهم المفضلين في المسلسلات التلفزيونية يمارسون عادات صحية. بالطبع فان هناك حدودا للاعتماد على وسائل الاعلام في تغيير السلوك ولكن استخدام المسلسلات التلفزيونية في مواجهة مشكلات معينة مثل مشكلة الحمل بين المراهقات ، ومرض فقدان المناعة المكتسبة حقق بعض النجاح في التخفيف من المشكلة. (تايلور ، 2008 ، ص179) .

## 10 - نظرية الضبط الذاتي الصحي Healthy Self Regulation

تعد دافعية الافراد حينما يقررون الشيء الذي يريدونه ولا يملكونه ويسعون لامتلاكه لحاجتهم له بتقييمهم لكيفية الحصول عليه مع تقييمهم لكيفية المواصلة في تحقيق انجازهم للحصول على هذا الشيء، عن مفهوم الضبط الذاتي في الحياة اليومية للافراد. (الموسوي ، 2009، ص 66) .

وعليه فان الافراد يقيمون كل من الاهداف والوسائل المختلفة لاجل تتبعها للوصول الى الهدف و انهم ينتقلون ويتحركون من حالتهم الراهنة في مقارنة مع بعض النشاطات يتم جعلها روتينية على انها لا تتطلب أي تقييم اطلاقا مثل تنظيف الاسنان الاستجابة لتحية ، الهرولة ، تشغيل محرك السيارة.....الخ

فالتقييم يلعب دورا أساسيا مثلا في اتخاذ قرار بشأن شراء بيت ، تؤكد معظم نظريات الضبط الذاتي على الارتباط الفطري للضبط الذاتي مع الأهداف ، فالهدف يعكس غرض الفرد ويشير الى كمية ونوعية تكوين غاية العمل ونسبة الأداء ويتضمن وضع الهدف (Goal setting) ،تكوين معيار او غاية العمل كهدف لأفعال الفرد ، فالأهداف موجودة ضمنا عبر المراحل المختلفة للضبط الذاتي وهي :

- النظر في العواقب

- وضع هدف وتقرير إستراتيجيات التروي ( Forethought)

- توظيف الأفعال الموجهة نحو الهدف وضبط الأداء

- وتأمل الذات او انعكاس الذات.

- تقييم تقدم هدف الفرد وتكييف استراتيجيات ضمان النجاح . (الموسوي ، 2009 ، ص68) .

فالغرض من الضبط الذاتي هو التقليل من التنافر بين الحالة الموجودة للفرد والحالة النهائية المرغوبة فهو يتضمن كلا من الحركة او التنقل نحو الحالة المرغوبة وتحديد مدى التنافر بين الحالة الموجودة فيها الفرد والحالة النهائية المرغوبة. فالتقييم والتنقل يشكلا سوية جزء ومجموعة اجزاء من اي نشاط للضبط الذاتي كما هو الحال في المفهوم اليومي ، يعد التقييم والتنقل كجزئين متلازمين للضبط الذاتي الكلي وتعاملهما على انهما معتمدان على بعضهما وظيفيا ، ولهذا عندما تزداد الدافعية فأن كلا من التقييم والتنقل يزداد في حدته

محدثا ترابطا ايجابيا بينهما. (Kruglanski et al 2000, p 794) .

**10-1 - نظرية التقييم ( المقارنة ) و التنقل ( الاختيار ) (Kruglanski , Higgins & Pierro, 2003)**

يشير كل من كروكولانسكي و هيكتر وبيرو ان التقييم والتنقل يمتحان لان يدرسا على انهما مبادئ دافعية مفصلة اساسا لانهما يمكن ان يعملوا كأساليب او توجهات مستقلة يمكن ان تكون متباينة لدى الافراد وفي مواقف مختلفة ، على الاخذ بعين الاعتبار كيف يندمج كل من التقييم والتنقل كتوجهات دافعية واضحة لها تأثيراتها المستقلة الخاصة على الدافعية بشكل اكثر عمومية ، اذ ان طبيعة ونتائج متابعة الهدف ذاته تتنوع اعتمادا على أي منهما هو المسيطر على اية حال فأن التقييم بحد ذاته غير كاف يحتاج الفرد ان يشب ( تنقل ) بعد ان يرى ان توجيه الموارد الجسمية والعقلية يتطلب الاستهلال بالفعل او النشاط الذي يخفف التنافر بين الحالة الراهنة والحالة النهائية المرغوبة ويحافظ او يبقى عليها . (الموسوي ، 2009 ، ص).

## 10-2 - نموذج روبيكون (Rubicon model)

### الاستشارة مقابل التنفيذ (Deliberation versus implementation):

ركز النموذج روبيكون على مراحل الفعل في السلوك الموجه نحو الهدف ويتخذ شكل منظور مؤقت لمسار الفعل ويرى ان كل مرحلة من مراحل الفعل مرتبطة مع ظواهر الضبط الذاتي المختلفة وذلك مع التمييز بين الوظيفتين الاستشارية والتنفيذية. اذ تكون الوظيفة الاستشارية للانطلاقة والالتزام بتحقيق تفضيل معين او رغبة ما والتي تشكل مغزى الهدف (Goal intention). في حين تكون الوظيفة التنفيذية (deliberation function)

للتخطيط والتزام الفرد ذاته بمسار (Implemental function) خاص للفعل من اجل تحقيق الرغبة التي تشكل الهدف السلوكي (Behavioral intention).

(Kruglanski et al ,2000,p. 794).

يلعب كل من التقييم والتنقل دورا في كل من عمليتي التشاور والتنفيذ ، فالتشاور يكون لمقارنة وتقييم أهداف بديلة، في حين ان التنفيذ يكون لمقارنة وتقييم وسائل وخطط بديلة. وكل مرحلة تحتاج إلى أن يتم البدء والحفاظة على التقدم من اجل الوصول إلى مقصد الهدف و التشاور أو الوصول إلى المغزى السلوكي و ثم التنفيذ مع التقييم في كل مرحلة. (Kruglanski et al ,2000,p794)

## 10-3 - نموذج كول (Kuhl model 1985):

توجهات الفعل مقابل توجهات الحالة

وجدت فكرة وظائف الضبط الذاتي في تمييز كول تأكيدا ، حيث رأى إن تركيب الفعل المقصود المتطور بشكل تام يتضمن علاقة تمثيلية بين الحالة الراهنة وحالة مستقبلية مرغوبة وبدائل الفعل التي ربما تنقل الحالة الراهنة إلى الحالة المستقبلية ، والتزام الفعل بأداء الفعل المقصود تحت ظروف موقفية محددة حيث إن الأفراد عندما يركزون انتباههم على مثل بناء الفعل (Action\_orientation) يكون لديه توجه الفعل المتطور بشكل تام هذا على نقيض الأفراد الذين يكون لديهم توجه الحالة (orientation) عندما يواظبون على حالة محددة مثل حالة حاضرة موجودة ، حالة قديمة او حالة مستقبلية.

ان تحقق الفعل المقصود لا يتم بصورة مطلقة او يتم بصورة ناقصة في حالة غياب الادراك بين ترابط الحالة الراهنة والحالة المستقبلية والتي تكون اجمالا في حالة الشرود الذهني او يكون فعله مرتبط بالحالة الراهنة . لهذا فالافراد ذوي توجهات الحالة الراهنة يكونون فاقدي توجه الفعل .

. (Kruglanski et al ,2000,p794)

#### 10-4- نظرية الضبط سنة 1998 (Control theory) :

ركزت هذه النظرية في الضبط الذاتي على العمليات القائمة على التغذية الراجعة التي من خلالها ينظم الافراد افعالهم ذاتيا لتقليل التنافر بين التصرفات الراهنة والسلوكيات المرغوبة او المقصودة وطبقا لكارفر وسكاير فان السلوك المقصود او المرغوب يفسر على انه يعكس ضبط التغذية الراجعة فعندما يتحرك الافراد نحو الاهداف المرغوب الوصول اليها فأفهم يظهرون عمليات التغذية الراجعة لتقليل التنافر السلبي . اذ ان الافراد يركزون على الملاحظة اولا بصفة دورية ثم مقارنة الخصائص ثانيا ، وبعدئذ تجسيد الافعال في سلوكهم . انها عملية ادخال المدركات ( Input function ) مزودة بمعايير و قيم مرجعية بارزة ( بمعنى محاولة الوصول من خصائص السلوك المقصود و الى السلوك الفعلي) فأفراد يكتفون سلوكهم انطلاقا من تشبعهم بالقيم والمعايير وصولا الى الفعل المرغوب. انها عملية اخراج (Output function) . (Caver & Scheier, 2000, p257)

#### 10-5- التنظيم الهرمي للسلوك:

ان السلوك منظم بطريقة هرمية وفق شروط الضبط الذاتي . ان اعادة ترتيب القيم المرجعية عند المستوى الادنى التالي من التجريد هو كنتيجة لنظام التغذية الراجعة والذي يوجه السلوك عند مستوى الاهتمامات الراهنة. ان التنظيم الهرمي يبين ثلاث مستويات عليا من الضبط حيث يتصدر مفهوم النظام المستوى الاعلى والذي يشمل قيم معينة كالحساس الشامل بالذات المثالية وهي الاكثر استخداما



على هذا المستوى مع العلم انها ليست القيمة المرجعية الوحيدة. ان القيم المرجعية عند هذا المستوى تكون مجردة ويصعب تعريفها لكونها مجردة. ولتقليل الاختلاف بين سلوك الافراد وهذه الخصائص المجردة اقترح باورز الجواب المتمثل في المخرجات السلوكية لهذا النظام.

(Powers, 1973)

النظام عالي الرتبة تتكون من تزويد قيم مرجعية عند المستوى الادنى التالي والذي يسمى مستوى التحكم بالمبادئ لهذا الناس يتصرفون ليكونوا مثلما يريدون او مثلما يتوجب ان يكونوا عن طريق تبني أي واحدة من المبادئ الارشادية التي تكون موجودة ضمناً في الذات المثالية التي يطمحون اليها ( مقومات الذات المثالية التي يطمح لها الافراد واي واحدة من المبادئ المتضمنة ستكون مختلفة بشكل واضح من فرد لآخر).

المبادئ تبدأ بتزويد بعض اشكال السلوك ، المبادئ هي اكثر اوجه السلوك تجريدا والتي لها اسماء في لغتنا وفي حياتنا اليومية مثل الصدق ، المسؤولية ، النفعية . وهي ليست محددات للأفعال ولكن للخصائص التي يمكن أن تظهر بوضوح في أفعال مختلفة ، الأفراد لا يقومون بعمل الاستقامة والمسؤولية أو الاقتصاد وبدلاً من ذلك يظهرون واحدة أو أكثر من هذه الخصائص وهم يقومون بنشاطات ملموسة تسمى برامج ، هذه النشاطات المبادئ تؤثر في مستوى البرنامج عن طريق تأثيرها في أي البرامج تحدث كقيم مرجعية أساسية وأيضاً عن طريق التأثير على الخيارات التي يتم عملها ضمن البرامج.

(Caver & Scheier, 2000, p 257)

### 10-6- نظرية المصادر التنظيمية لشرودر و ريشك (Schroeder & Reschke, 1992)

ان تعديل وتنمية الفرد لقدراته في مواقف وظروف معينة من خلال المواجهة الفاعلة مع الامكانيات المتوفرة تعرف بانها المصادر التنظيمية وهي تركز على:

(1) ضبط الموقف (2) الدعم الاجتماعي.

فضبط الموقف هو كل انواع السلوك الناتجة عن حاجة الانسان الاساسية من اجل ان تكون الاحداث في محيط الفرد شفافة ومفهومة ومسيطر عليها .

ان التفاعل بين المصادر التنظيمية واعضاء شبكة اجتماعية ما بغرض الاحساس بالعافية يعرف بانه الدعم الاجتماعي الذي له دور ايجابي في التغلب على الضغط النفسي والوقاية من الامراض وتعزيز الاحساس بالصحة والحفاظة عليها . (Schroeder & Reschke, 1992, p. 48)

### 10-7- نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي : Social Cognitive Theory

تركز هذه النظرية على التنبؤ على اساس انه احد الادوار الرئيسية لعملية التفكير حيث تمكن الفرد من توقع الاحداث الصحية المستقبلية ومسايرتها بطرق حديثة للتحكم بها وادارة المواقف المؤثرة على حياتهم اليومية. ركزت النظرية على العوامل الاجتماعية المعرفية المؤثرة على عملية التعلم عن طريق الملاحظة حيث شملت القدرة على استخدام الرموز والاندماج في الأداء القصدي والهادف واشتملت على تأثير وسائل الإعلام على القيم والاتجاهات والنماذج السلوكية للمراقبين . في الثمانينات ركزت النظرية على مفهوم الفعالية الذاتية والضبط الذاتي. ويشير مفهوم الضبط الذاتي إلى اعتقادات الأفراد المطورة في قدراتهم على النجاح في المهمات التي تتطلب اداءات أو تحصيل تضم عناصر غريبة أو غير مألوفة ، ويشير مفهوم الضبط الذاتي الى:

- تكاتف لجهود الفرد من اجل استغلال البيئة عن طريق تنظيم ورفع العوامل العاطفية والمعرفية .

- مراقبة الذات Self monitoring

- اصدار الحكم الذاتي . (Self judgment)

(Bandura , 1993, pp. 47)

ويشير باندورا بان الافراد يتعلمون الاتجاهات السلبية والايجابية نحو الصحة . وتنظيم السلوك الصحي يوجه بواسطة عمليات معرفية وليس من خلال التعزيز المشكل بالخبرة. وان العمليات الذهنية المعرفية هي عمليات خفية ذهنية لاتظهر الاداء مباشرة وتتضمن استدخال صور ، اداءات ، افكار ، حركات او مهارات او انفعالات مثلة لاتجاهات ايجابية او سلبية نحو الاشياء الموجودة في البيئة ، فالعمليات المعرفية للاحداث وامكانية تحقيق النتائج التي تصل الفجوة بين السوك الصحي والنتائج التي يترتب عليها ، فالمعرفة بسوء الصحة واعتلالها والتي تكون بمثابة عدم الاهتمام بالصحة يعد مثيرا ومعجلا للفرد ليستمر من اجل حماية صحته. ( Bandura , 1993, pp. 117\_ 148)

11 - نموذج تصورات المرض:

هذا الإطار النظري يساعد القائمين على الصحة في تحديد العمليات الانفعالية والمعرفية طوال صيرورة المرض فهو يستطيع تقديم المعلومة لفائدة تحقيق الانسجام بين القائمين بالرعاية الصحية وإدراك المريض لمرضه.

أ- **نظرية الضبط الذاتي للمرض:** الضبط الذاتي يعني القدرة على ضبط وتعامل الشخص بنفسه واستطاعته وصف أي جهود بنفسه لتغيير سلوكه وحالته الباطنية، ومفهوم الضبط الذاتي يعني بعدة جوانب اجتماعية ونفسية في مجال علم النفس. .

(Cameron & Leventhal, 2003)

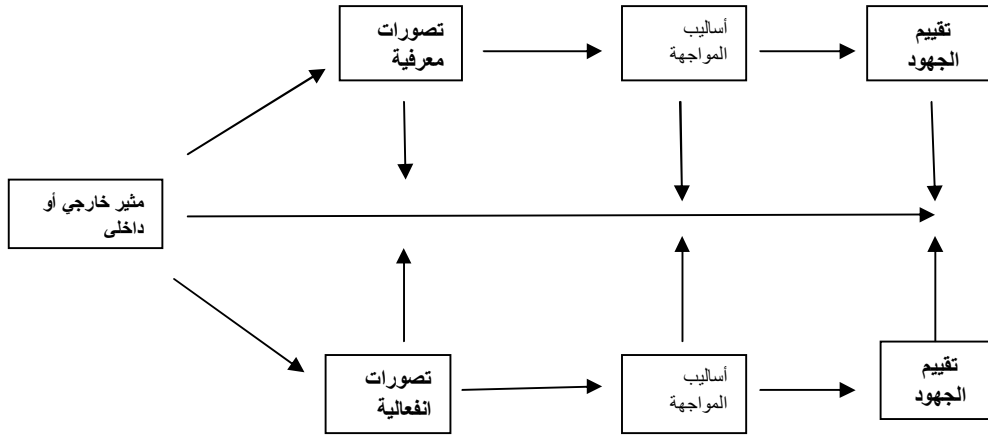
في السنوات الأخيرة زاد الاهتمام بمنظور الضبط الذاتي في سلوك الصحة و المرض، هذه الإضاءة الجديدة مع مختلف النماذج النظرية زادت الأطر النظرية إضافات ثرية كنموذج الضغط والمواجهة لفولكمان ولازاروس (Lazarus & Folkman, 1984) ونموذج الضبط الذاتي للضغط (Carver & Scheier, 1998). ونموذج المعنى المشترك أو المنطق العام لتصورات المرض (Leventhal's Common-Sense Model of Illness Representations (CSM) كواحد من تلك النماذج تلقى اهتماما واسعا في الأطر النظرية.

ب- **نموذج المعنى المشترك أو المنطق العام لتصورات المرض (CSM):**

ويعرف كذلك بنموذج الضبط الذاتي (SRM) والذي طور في البداية بشرح المعنى المشترك و الاستجابة لتهديدات الصحة والمرض (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). ولهذا النموذج عدة افتراضات أساسية تحاول إعطاء معنى لتهديدات الصحة وبداية المرض، إذ يفترض بأن الأشخاص يولدون تصورات معرفية واستجابات انفعالية إزاء المرض ومحاولة إيجاد طرق لتعزيز إدارة هذه التصورات والاستجابات في شكل جهود للتدبر و مواجهة المرض. هذه الجهود النوعية تقود الأشخاص إلى الإقدام نحو المنطق العام لسلوكات الصحة (مثل زيارة الطبيب، تناول الأدوية) ونوع آخر يعتقد أن أسلوب المواجهة المختار مرتبط بنوع التصور حيث في المرحلة اللاحقة يفترض أن الأشخاص يقيمون فعالية اختيارهم لأساليب المواجهة المناسبة في شكل استجابات معرفية وانفعالية مستقبلا.. (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) ولأن إجراءات اختيار أساليب المواجهة مرتكزة على التصورات الأولى للمرض، وبعدها يختار الأساليب المناسبة التي تلعب دور الوسيط بين تصورات الشخص إزاء مرضه وبين عافيته. وفي هذا المعنى فإن النموذج له كل من الدينامية والهوية الخاصة بالمريض، والأبعد من ذلك يفترض أن هذا النموذج يقوم على عملية متوازنة

لكل من الاستجابة المعرفية والانفعالية إزاء تهديدات المرض. (Nerenz & Leventhal, 1983) وهذا المفهوم يوصف في الشكل

التالي:



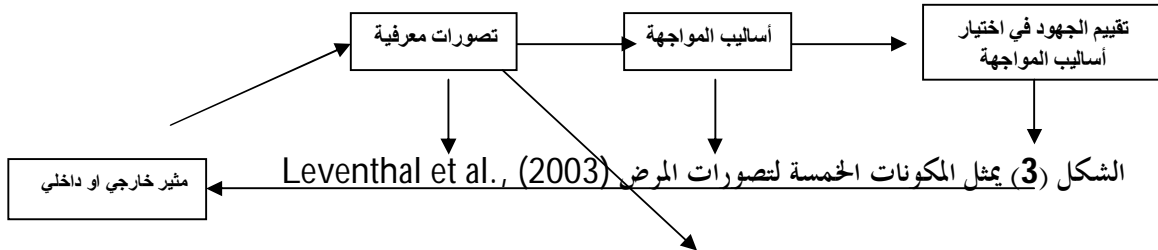
الشكل (2) يمثل وصف الاستجابة المعرفية والانفعالية إزاء تهديدات المرض

هذا النموذج قد وصف من طرف العديد من الباحثين في مختلف الأبحاث أمثال (Pennebaker, patient schemata, 1982), مفهوم المرض (Schussler, 1992), illness concept (Rutter & illness cognitions, 2002), Rutter, 2002), تصورات المرض (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984), illness representations وأخيرا إدراك المرض illness perceptions

(Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996).

ومصطلح تصورات المرض مقترح من طرف الباحثين على انه نظرة المريض إزاء مرضه وهذا لإعطاء معنى لمرضه، هذه النظرة تتشكل من مجموع المصادر والمعلومات حول المرض وهي متضمنة (محتواة) في مفهوم المريض لمرضه. (Leventhal et al., 2003) ومثال ذلك: وضعية المريض وخبرته عن المرض، المعلومة المستقاة من الاتصال الاجتماعي السابق والمعرفة الثقافية للمريض كالمعلومات الصادرة عن الأطباء مثلا. (Hagger & Orbell, 2003).

وقد وافقت الدراسات والبحوث فكرة أن التصورات مجتمعة في خمس مكونات (أبعاد) (Baumann, Cameron, Zimmerman, & Leventhal, 1989; Lau & Hartman, 1983; Lau, Bernard, & Hartman, 1985; Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1989) وهذه الأبحاث متفقة عي الشكل التوضيحي التالي:



بعد زمانة المرض: اعتقاد الأشخاص إزاء مدة مرضهم (أي ما إذا كان حاد أو مزمن أو دوري).

بعد الأ	هوية المرض	ازماتية المرض	نتائج المرض (توقع النتائج)	الأسباب	الضبط
---------	------------	---------------	----------------------------	---------	-------

الهئية الجسمية. (Scharloo & Kaptein, 1997).

بعد أسباب المرض: تصور الاعتقادات أي العوامل المسببة للمرض. والدراسات في مجال تصورات المرض تستعمل التنوع في

تحليل العوامل وتقسيمها إلى مجموعات فمثلا الأسباب النفسية كالضغط أو الشخصية (Moss-Morris et al., 2002) والعوامل البيولوجية (العوامل المناعية والوراثية) (Jopson & Moss-Morris, 2003) والعوامل الخارجية (كالتلوث، الفيروسات). (Rutter & Rutter, 2002).

بعد ضبط العلاج: وهو مرتبط بالقابلية للضبط وهو اعتقاد الشخص أن شيء ما يستطيع علاجه.

بعد الانسجام مع المرض: مضاف من طرف موس موريس (Moss-Morris et al., 2002) وهو يشير إلى كيفية

فهم الأشخاص لمرضهم ومدى الاعتقاد في الانسجام مع المرض.

ولنموذج المعنى المشترك عدة قدرات يستطيع أن يطبق عمليا مع مختلف أنواع الأمراض ومقاومتها من خلال تعميمه على نماذج سلوك

الصحة (Cameron & Leventhal, 2003) مثل: الربو الشعبي (Horne & Weinman, 2002; Knibb & Weinman, 2008)

، تصلب المفاصل (Jopson & Moss-Morris, 2003)، مرض القلب (Weinman, & Cooper, Lloyd, Jackson, 1999)،

العقم (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2004)، الصرع

(Elliott, Elliott, Murray, Braun, & السرطان (Fabbri, Kapur, Wells, & Creed, 2001),  
Johnson, 1996) والحساسية (Knibb & Horton, 2008). وبعد ذلك لقي هذا النموذج استعمالاً في زيادة المعرفة في  
مختلف سلوكيات الصحة الهامة مثل تغييرات أسلوب الحياة بعد الإصابة بالمرض. (Weinman, Petrie, Sharpe, &  
Walker, 2000),  
وملازمة برامج العلاج والتأهيل الوظيفي. (Horne & Weinman, 1999; Ross, Walker, & MacLeod, 2004;  
Whitmarsh, Koutantji, & Sidell, 2003) والتنبؤ بالشفاء من المرض.  
(Petrie & Weinman, 1997).

#### ثانياً: تصورات المرض المزمن:

يستطيع نموذج الضبط الذاتي أن يعرف تصورات المرض المزمن من خلال قدرة الأشخاص في العيش مع مرضهم طوال حياتهم، إذ  
تبدو أهمية التساؤل حول أساليب إدراكهم للمرض وكيف يمكن مواجهته؟ وما هو المعنى أو الاتجاه الذي يمكن اختياره؟ وما هي  
التأثيرات على تكيفهم؟. وقد حاول نموذج الباحث ليفنثال البحث في الأمراض المزمنة من خلال نجاحه في تصميم أداة لقياس إدراك  
المرض لتسهيل الدراسات الكمية وقياس تصورات الأشخاص إزاء مرضهم وكيفية اختيار أساليب المواجهة المناسبة والمرض والعلاقة  
بينها. الأمر الذي جعل الكثير من الباحثين يحدون حذو هذا النموذج في وصف واستخدام عملية الضبط الذاتي بتأثيره على نتائج وأثار  
المرض كالعجز والتكيف النفسي، جودة الحياة، العلاقات الاجتماعية وغيرها. (Johnston ;1996) وفعلاً لقيت هذه الفكرة قبولا  
كبيرا لدى الباحثين في وصف تصورات المرض مع أساليب مواجهته وجودة حياة المريض كنتيجة من نتائج الأعراض المزمنة. حتى أن  
بعض الباحثين في الدراسات التجريبية القائمة على الأطر النظرية الماوراء معرفية استعملت نموذج المعنى المشترك بوجود العلاقة بين كل  
مراحل ومكونات هذا النموذج.

بمجموع الدراسات السابقة أعطت عدداً من النتائج لخصت العلاقة بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة. وتعتبر جودة  
الحياة من نتائج المرض شأنها في ذلك شأن مستوى العجز الجسمي، الاختلال النفسي وعافية المريض. وكل الأبحاث والدراسات في مجال  
الأمراض المزمنة تتفق على أن اعتقادات المرضى حول مرضهم ذو دلالة ودور في تكيفهم مع الحياة، وفي الحقيقة إن عدد من الدراسات

اتفقت على أن تصورات خطورة المرض كمتغيرات لتفسير الآثار النفسية والجسمية للمرض متفاعلة مع سياق المرض. (Fortune et al., 2002; Groarke et al., 2005; Steed, Newman, & Hardman, 1999). وفي ما يخص التصورات النوعية للمرض والتي وجدت أن هناك هوية قوية للمرض، استجابة انفعالية قوية، إدراك نتائج خطيرة للمرض، ويعتقد من خلالها المريض بضعف أكثر في الضبط المدرك، وأن الأسباب النفسية قد وجدت في مجملها ارتباطاً مع الضعف الكبير في نتائج المرض المتضمنة مستويات عليا من الاكتئاب والقلق (Fortune et al., 2002; Jopson & Moss-Morris, 2003). وبالمقابل فإن الهوية الأكثر ضعفاً يدرك من خلالها المريض بضبط قوي ويواجه المرض بأقل انفعالية وكلها مرتبطة مع نتائج إيجابية للمرض. (Edgar & Skinner, 2003; Gray & Rutter, 2007; Scharloo et al., 2000) وبالرغم من أن الأطر النظرية أعطت لنتائج تلك الأبحاث الإنصاف والتناسق بينها، إلا أن هناك بعض التناقض وعدم الانسجام فمثلاً تصورات مريض بتصفية الدم على أنه مزمن يحس فيه بضبط قوي وصحة في أعضائه الجسدية. وهذا مناقض لما جاءت به الأطر النظرية حول تصورات المرض على أن ازمانية المرض يكون نوعي مرتبط بضبط قوي على مستوى آثار المرض (جودة الحياة مثلاً).

(Covic & Seica, & Gusbeth-Tatomir & Gavrilovici, 2004)

وقد أعطى الباحثون تفسيراً لتلك الاستجابة لمرض القصور الكلوي المزمن على أنها جد نوعية، وأن كانت نظرتهم إزاء مرضهم على أنه حاد سوف يعالجونه بأنفسهم ويعتبر بذلك بمثابة وضعية سيئة على مستوى الآثار الجسمية الناجمة عن القصور الكلوي الحاد والذي يعزى إلى عدم الانضباط الصحي مع تصفية الدم. كما نجد كذلك عدم التناسق مع دراسة (Scharloo et al., 2007) حول مرض الانسداد الرئوي المزمن أين وجد الباحثون بأنه لا توجد علاقة بين الاعتقاد الشخصي وآثار المرض في شكل جودة حياة المريض وقدموا تفسيراً مفاده الصعوبة في بلوغ أي نوع من التحكم والضبط لهذا المرض. هذه النتائج ألقت الضوء على أهمية الاختلاف في التصورات إزاء المرض بين الأشخاص وهذا باختلاف نوع المرض.

#### - الإدارة الذاتية للمرض المزمن ومستوى الأداء:

إن التقدم في كثير من العلوم المختصة بالعناية الصحية نتج عنها نقص نسبة الوفيات من الأمراض المزمنة التي قد سيرت وأديرت بمختلف الوضعيات المتضمنة (المزلة، في العمل، والمنظمات، وبالأحرى بالنظام الطبي بالمستشفى والتسهيلات الطبية). (Han, Lee,

(Lee, & Park, 2003; Silverman, Musa, Kirsch, & Siminoff, 1999). إن طرق المعيشة عند الأشخاص والتطورات الغير منتهية في مجال العناية الصحية تأخذ منحى كبير في تطور الصحة والصالح العام حيث ينتج عنها مدى تأثير وانتشار الأمراض المزمنة لان الكثير من حالات ازمانيه المرض تعتبر نادرة الارتباط مع خصوصية الأسباب. هذه الحالات قد تم إدارتها إلا انه لم يتم علاجها، ففي الولايات المتحدة 125 مليون شخص يعيشون مع الأمراض المزمنة، وحوالي 60 مليون شخص يعيش أكثر الحالات ازمانا. (National Chronic Care Consortium, 2003) الأمراض المزمنة الآن هي السبب المباشر في الموت والعجز في البلدان النامية وانتشارها يزداد خصوصا عند المسنين. (Cioffi, 1991) وأصبح التقدم في السن مع الحالة المزمنة ظاهرة منتشرة (Kutner, Cardenas, & Bower, 1992) ومع التطور الذي حدث في مجال تكنولوجيا العناية الصحية فان نظرة البحث اتجاه المرض المزمن قد تغيرت من تعريف المقاييس التي تحسن جودة الحياة إلى تحديد وسائل القياس. ومن هنا جاءت الرغبة في تحسين جودة الحياة وأصبح لها اثر ذا أهمية خاصة في مهنة الخدمة الطبية.

(Raphael, Renwick, Brown, & Rootman, 1996).

كما يأخذ الأشخاص في كلتا الحالتين الحادة والمزمنة دور نشيط في عنايتهم الصحية واعتقادهم نحو المرض لاحضائهم بالفحوصات الطبية واختيار العلاج المناسب لهم. (Weinman & Petrie, 1997) ولأجل الاستجابة لمختلف المشكلات يقوم المرضى بمواجهة المرض المزمن من خلال الاعتماد على نماذج خاصة بهم وإدراكهم لمرضهم. (Morris, & Horne, 1996) هذه التصورات تتضمن عوامل كازمانيه المرض، النتائج والخطورة بعدئذ الاعتماد على تحديد الأساليب المناسبة لمواجهة المرض ذات تعامل مباشر وغير مباشر. ومن الواضح أن تصورات المرض المزمن توجه التطور والانجاز الهادف والتقييم لنتائج وآثار عمل تلك الأساليب، أيضا جودة الحياة يمكن أن تكون متعلقة بالتصورات المعرفية للمرض والعلاج. (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004) ولأعراض المرض أهمية في السلوكيات المتعلقة بالصحة لما لها من دور رئيسي تلعبه في عملية مواجهة المرض كليا. (Siegel, Schrimshaw, & Dean, 1999) وتأكيدا على ذلك فخبرات المرض تقوم بتكوين تصورات لتقييم فعالية الأساليب المناسبة. وان الأشخاص في بعض الأحيان يجعلون قراراتهم المتعلقة بالعناية الصحية في أساس صعوبة النظام والأعراض المتداولة وبالأحرى المكاسب الدائمة للسلوك المتأصل من النموذج الطبي لإدارة المرض. وهدف هذا السلوك هو قهر المرض من خلال إدراك عملية ارتباط المرض بالمعلومة ومقارنة المعلومة مع النظام الموجود



بالاعتقادات الصحية. (Heszen-Niejodek, 1997) وان نقص الانسجام بين القائمين بالرعاية الصحية ومعتقدات المريض حول سبب المرض المزمن ومدى قدرة تأثير النتائج النفسية والجسدية في عملية إدارة المرض. (Orbell, Johnston, Rowley, 1998) فعلى سبيل المثال القائمين بالرعاية الصحية لهم اعتقادات ووجهات نظر مختلفة إزاء مرض ارتفاع ضغط الدم المزمن وهذا لعدم إدراك المريض إزاء بدائته وافتقار حميته الغذائية وتغيرات أسلوب حياته الذي لا يمكنه من التحكم وال ضبط. إن تصور الشخص لمرضه كدليل في تحديد المعلومة، يوجه إلى ترجمة هذه المعلومة وبعدها إلى السلوك المتعلق بالصحة . فكثيراً هي الأبحاث التي عرفت علاقة إدراك المريض لمرضه والانضباط الصحي المتعلق بإدارة المرض الزمن.(Hagger & Orbell, 2005)

يمكن الاعتماد على النظريات التي تجعل المريض يتعرف على مرضه و يختار أسلوب للتعامل مع نوع المعلومة حول الرعاية الصحية المتوفرة وهذا لاختيار المعلومة المناسبة واتخاذ رد فعل مفيد ومقبول إزاء حالته. ورغم أن النموذج الطبي وتأثيره على تحديد الأعراض وعلاج الأمراض إلا انه محدود القدرة في شرح وتفسير النتائج النفسية لحالة المريض. (Fortune, Richards, Griffiths, 2002) هذا النموذج الذي يوجه نظرة المريض إزاء مرضه سيؤدي إلى مقارنة شاملة نحو رعاية المريض ويمكن أن ينتج تحسين في الآثار النفسية والفيزيولوجية، هذا الإطار النظري يساعد القائمين على الصحة في العمليات الانفعالية والمعرفية طوال صيرورة المرض فهو يستطيع تقديم المعلومة لفائدة تحقيق الانسجام بين القائمين بالرعاية الصحية وإدراك المريض لمرضه.

(Leventhal, & de Ridder, 1996).

ولقياسات موضوعية لخطورة المرض فانه لا يصلح لعامة المرضى وحالات صحية لأمراض خاصة، وان إدراك الأفراد لجودة الحياة المتعلقة بالصحة هي النتيجة التي ستكون الآن مقاسة في الدراسات التي تخص معالجة تأثير الأمراض وعلاجها.

(Fujisawa et al., 2000; Khan et al., 1995; Raphael et al., 1996).

إن التعريف الذي يصف كل من المكونات الجسدية والنفسية للمرض الزمن هو الذي يعرفه على انه حالة تغير مرضي نهائي دائم أكثر من ثلاث سنوات ويحتمل أن يسبب عجز مزمن. (Han et al. 2003, p. 140) فجرمينو يصف المرض الزمن على انه متواصل ومستمر كل الوقت، منتشر في جل مظاهر الحياة ويأخذ مسار يمكننا من التنبؤ وال ضبط، والمرض المزمن يستمر دون القابلية للتنبؤ. (National Chronic Care Consortium, 2001) والتعامل مع المرض الزمن مروراً بالتشخيص وصولاً إلى العلاج ثم

إدارة ازمانيته يستطيع أن يكون صعبا، والمرضى المزمن كمؤشر مؤثر على جودة الحياة، على الأشخاص وعلى خبرات حل المشكلات تختلف من شخص لآخر. (Dekkers, 2001; Petrie & Moss-Morris, 1996) وحتى الأشخاص المصابين بنفس المرض المزمن يتعاملون مع مختلف المشاكل اليومية بدرجات متفاوتة في تحقيق النجاح. (Heijmans & de Ridder, 1998) وبحسب لفنتال وزميله هناك علاقة ذاتية مع المرض المزمن، وهذا المفهوم مرتبط ومتداخل بين تصورات الذات، حيث توجد ثلاث طرق ممكنة لارتباط تصورات المرض مع النظام الذاتي: أولها تعقيد كامل للمرض والسماح له باختراق مظاهر الحياة، ثانيا المرض كجزء من حياة المريض يعيش معه. وأخيرا التحرر من المرض مع خطورة الانتكاسة. (Nerenz & Leventhal, 1983) ويواجه المصابين بالأمراض المزمنة عدة مشاكل حين مباشرتهم الأنشطة اليومية ويتعاملون بمختلف الأساليب لإدارة تلك التهديدات، أيضا ينوعون رغباتهم وقدراتهم من أجل الالتزام للتكيف مع تغير أسلوب الحياة وأصناف العلاج. (Hampson, 1997) فالمصابين بازمانية المرض يواجهون تشخيصا غير محدد، عجز، تبعية، وصمة اجتماعية و تغيرات في أسلوب الحياة وبالضرورة يصبحون خبراء في التدخلات إزاء الأزمات، إدارة الأعراض، إتباع النظام الطبي، إدارة الكلفة والوقاية من المضاعفات المعيقة للنشاطات اليومية.

(de Ridder & Schreurs, 2001; Dekkers, 2001). هذه المشكلات تستطيع التأثير على الجوانب الروحية، النفسية، الاجتماعية، الأسرية، الاستجابات الجسمية، السلوكية، المعرفية والطبيعة الانفعالية. (Germino, 1998; National Chronic Care Consortium, 2001) ونجد المصابين بالأمراض المزمنة يتخذون حالتهم للمحافظة على التوازن الانفعالي وعلى صورة الذات الإيجابية للحصول على كفاءة جيدة من أجل ثبات العلاقة بين العائلة والأصدقاء وهذا تحضيرا لمستقبل مجهول.

(de Ridder & Schreurs, 2001). و لان الأمراض المزمنة بتأثيراتها الطويلة المدى تمكن من كافة جوانب الحياة فنجدها تضبط الانتباه يقط خلال الإصابة بالمرض لتضمن إدارة ذاتية ملائمة أثناء ظهور الأعراض، العلاج، والتأثيرات الجانبية لهذا العلاج. (Brown et al., 2001; Han et al., 2003) ولهذا فالمصابين بالأمراض المزمنة نجد مستوى جودة الحياة لديهم متحكم فيها ذاتيا بوجود ضوابط وقيود ثقافية، اجتماعية وبيئية. (Han et al., 2003) وعليه وجب عليهم تحديد الحقيقة بإيجاد معاني جديدة للصحة والمرض. (Germino, 1998) كما تجب عليهم تغيير نشاطاتهم الاجتماعية والبيئية وعليهم البحث عن المساندة من طرف العائلة والأصدقاء واختبار أساليب مواجهة مناسبة وأعراض المرض، لان التغيرات الجسمية والنفسية جراء الإصابة بالمرض المزمن يؤثر في تضاءل تطوير صورة جديدة للذات قبل تطور المرض. (Dekkers, 2001) ولذا على القائمين بالرعاية الصحية اعتبار الحياة العادية

للفرد كتحقيق أهداف متعلقة بتقدير الذات، الارتقاء بالتكيف الاجتماعي للفرد والعائلة، وكذا التقليل من مظاهر الألم، الخيبة والإحباط، أيضا يجب أن يكون التركيز في العلاج على تعزيز الرعاية الذاتية ومحاولة التعايش والعيش مع الحالة المزمنة. (Han et al., 2003).

### ثالثا- السلوك الصحي:

لاحظ الأطباء وعلماء النفس والاجتماع بعد الحرب العالمية الثانية ترابط دالا بين بعض الأمراض والسلوك المتبع، كترابط الأمراض التناسلية بالسلوكيات الجنسية غير آمنة والخطيرة حيث بدأت البحوث العلمية التي تبحث عن العلاقة بين السلوك البشري والصحة اين وجد بان لسلوك الفرد تأثير مباشر على صحته بصفة خاصة وعلى الصحة العمومية بصفة عامة .

### 01- مفهوم السلوك الصحي:

يعرفه قوشمان على أنه يتمثل في عزو الفرد لقناعاته وتوقعاته، واندفاعاته، ادراكاته، والى عوامل معرفية وذاتية مرتبطة بسلوك الفرد، التي تساعد على الحفاظ على الصحة والوقاية من الامراض من خلال تعزيز الصحة وتحسينها.

(gouchman, 1997)

هو قيام الفرد باي نشاط لغرض الوقاية من المرض لاعتقاده أنه معافى وهذا قبل قبل ظهور أعراض المرض

(Fischer.et al, 2002)

يعرف فيربر (Ferber, 1979, P. 10) السلوك الصحي على أنه مفهوم يجمع كل السلوكات والمواقف المتعلقة بالصحة والمرض وكيفية استخدام وسائل الرعاية الصحية.

وقد حدد كل من هاريس Guten :وجوتن Harris السلوكيات الصحية ب:

-عدم التدخين أو تعاطي الكحول.

-الغذاء وتخفيض الوزن.

- ممارسة الرياضة.

-استعمال حزام الأمن.

-سلوكيات التعامل مع الضغوط.

- استعمال الأدوية.

- إتباع التعليمات الطبية.

- ساعات النوم .

- استغلال وسائل الرعاية الصحية.

- السلوك الجنسي المناسب.

ويشير تروشكه وآخرون إلى خمسة مستويات من عوامل السلوكيات الصحية وهي:

أ -العوامل المرتبطة بالفرد والبيئة :كالسن، الجنس، المعارف، الاتجاهات...الخ.

ب -العوامل المتعلقة بالمجتمع: كالتعليم، المهنة، الدعم الاجتماعي وتوقعات السلوك ..الخ.

ج -العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى البلديات :بمعنى سهولة الوصول إلى

المراكز الصحية والتتقيف الصحي...الخ.

د -العوامل الاجتماعية عموما :كالعقائد والقيم، الأنظمة القانونية...الخ.

هـ -عوامل المحيط المادي :كالطقس والطبيعة...الخ). (سامر جميل رضوان، كونراد

ريشكة ، 2009).

## 02-أبعاد السلوك الصحي:

للسلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية هي:

- **البعد الوقائي:** ان اجراء الفرد للتلقيح والاستشارة الطبية المبكرة و المستمرة كلها سلوكيات صحية بغرض حماية الفرد من خطورة

الاصابة بالامراض.

- **بعد الحفاظ على الصحة:** ان تناول الاكل الصحي على سبيل المثال وكذا الالتزام بسلوكيات صحية منصوص بها من طرف

الاحصائيين هي كلها ممارسات صحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد.

-**بعد الارتقاء بالصحة :** ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات

ممكنة من خلال النشاط البدني .(عثمان يخلف ، 2001)

### 3- العوامل المؤثرة في السلوك الصحي :

نلقي الضوء على بعض العوامل التي تؤثر وتتأثر بسلوك الفرد فمنها ما يجعله يتبع نمط صحي في حياته في حين تجعل آخرين يجازفون بصحتهم.

**-العوامل الديموغرافية:** ان اختلاف العوامل الديموغرافية يؤدي الى اختلاف العادات الصحية ،فعلى سبيل المثال الافراد الأصغر سنا

واعلى مستوى تعليما ومعيشة، والأقل تعرضا للضغط النفسي والذين هم أكثر حصولا على الدعم الاجتماعي نجدهم يمارسون عادات صحية جيدة، مقارنة مع الافراد الذين إمكانياتهم أقل و مستوياهم المعيشية متدنية والمعرضون إلى مستوي أعلى من الضغط النفسي.

**- العمر :** عموما العادات الصحية تكون جيدة في مرحلتي الطفولة و كذا الأعمار المتقدمة في حين تتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب.

**- القيم :** للقيم التي يتبناها الافراد تأثير على العادات الصحية التي يمارسونها، فعلى سبيل المثال ممارسة التمارين الرياضية من قبل النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات، ولكنها غير ذلك في ثقافات أخرى مما يؤدي إلى اختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف الثقافات.

**- الضبط الذاتي :** بينت الأبحاث التي قام بإجرائها وولستون ورفاقه في استخدامهم مقياس مصدر الضبط الصحي لتحديد المدى الذي وفقه يعد الأفراد أنفسهم قادرين على التحكم بوضعهم الصحي، أو يرون أن وضعهم الصحي يتقرر بفعل تحكم الآخرين من ذوي النفوذ أو تقرره عوامل الصدفة ، فتبينوا بأن الأشخاص الذين يكون لديهم قابلية لممارسة العادات الصحية الجيدة يحملون قناعات مسبقة بأن وضعهم الصحي يخضع لضبطهم الذاتي،من أولئك الذين يعتقدون بأنهم لا يملكون ضبطا ذاتيا وبالتالي فإن وجود وعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي يتقرر بما يمارسه من ضبط ذاتي على سلوكه، له دور في تقرير العادات الصحية التي يتبعها

**- المؤثرات الاجتماعية :** يكون التأثير بالاتجاه الإيجابي، وفي حالات أخرى يكون في الاتجاه السلبي، حيث على سبيل المثال، الضغوط التي يمارسها الرفاق غالبا ما تقود إلى تعلم المراهقين التدخين، ولكن الضغوط الاجتماعية قد تؤدي إلى ترك عادة التدخين في سن الرشد.

كما يمكن أن تتدخل التأثيرات الاجتماعية في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد، فالأسرة والأصدقاء والزملاء في مكان العمل لهم نصيب في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد،

**-الأهداف الشخصية :** إذا كان تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفا مهما بالنسبة للفرد، فإنه سيكون أكثر ميلا لممارسة الرياضة على

أساس منتظم مقارنة مع من لم تشكل اللياقة البدنية هدفا ذاتيا مهما بالنسبة له.

فعلية فان العادات الصحية الاجتماعية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالأهداف الشخصية.

**-الأعراض المدركة :** ان وجود بعض التاليل على مستوى الثدي يؤدي بالمرأة المتروحة الى التوقف من استعمال حبوب منع الحمل

لاعتقادها بان تلك الالام التي تحس بها من جراء ظهور التاليل وهي المسببة للمشاكل الصحية التي تعاني منها وعليه فان وجود بعض

الاعراض تؤدي الى التحكم في بعض العادات الصحية وكذا إتباع عادات صحية اخرى.

**-إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية:**

إجراء الفحوصات الطبية المنتظمة للكشف المبكر عن أمراض السل، وإجراء الاختبارات للكشف المبكر عن أمراض السرطان والتصوير

الطبيقي للثدي، وتطعيم الأطفال الصغار من الأمراض المعدية، مثل شلل الأطفال، هي أمثلة عن السلوكيات التي ترتبط بشكل

مباشر بسهولة الوصول إلى المؤسسات المكلفة بتقديم الرعاية الصحية. كما ان هناك أنماط سلوكية أخرى مثل: فقدان الوزن، والتوقف

عن التدخين، قد يتم تشجيعها بطريقة غير مباشرة من مؤسسات الرعاية الصحية نفسها، نظرا لأن كثيرا من الناس لا يتلقون من أطبائهم

إرشادات ونصائح ترتبط بأسلوب حياتهم.

### **03-تعريف سلوك الخطر:**

هي كل سلوك مخوف بالمخاطر.

ويعرف أيضا سلوك الخطر على أنه جميع الممارسات التي تشكل خطرا على الصحة العقلية والجسدية للأفراد حيث أن بعض هذه

السلوكيات يمكن أن تؤثر سلبا على صحة الآخرين وهي السلوكيات التي ترفع من احتمال إصابة الفرد بالمرض مثل (التدخين، شرب

الكحول، استهلاك مفرط للمواد الدسمة أو السكريات...).

(Schweitzer, 2002)

**رابعا : التربية الصحية والوقاية من المرض ( في المجتمع والوسط المدرسي):**

ان الهدف من تحسين الصحة هو مساعدة الافراد على زيادة تحكهم في صحتهم وتحسينها ويقصد بذلك ممارسة السلوك الصحي الجيد

مثل تناول الاغذية المتوازنة وممارسة اساليب الوقاية الصحية مثل الفحص الذاتي للثدي وتجنب السلوك الصحي المشكوك فيه مثل الافراط

في التدخين والكحول. وبالتالي فهدف الاختصاصي النفسي والشركاء الآخرين المهتمين هو التدخل مع الاصحاء أكثر من تدخلهم مع المرضى بهدف تعزيز وتعظيم صحتهم وتعد برامج التعليم الصحي مهمة على وجه الخصوص في هذا الاطار. وهذه البرامج ثلاث اهداف محورية.

1- توفير المعلومات الصحية.

2- تعديل الاتجاهات المتعلقة بالصحة لتؤدي الى السلامة الصحية.

3- تعديل السلوك المتعلق بالصحة بطرق تؤدي بشكل افضل لتحسين الصحة.

- التربية الجنسية:

تعتبر التربية الجنسية هي إحدى مجالات التربية التي تتضمن إعطاء الطفل الخبرة الصالحة ولا بد من اختيار القدر الملائم منها والوقت والأسلوب المناسب لتناولها. اذن فالمقصود بالتربية الجنسية، ذلك النوع من التربية التي تمد الفرد بالخبرات الصالحة، والاتجاهات الصحيحة إزاء المسائل الجنسية، بصورة ما يسمح به نموه الجسمي، والعقلي والانفعالي والاجتماعي مما يؤهله لحسن التصرف في المواقف الجنسية ومواجهة المشكلات التي يمكن أن يتعرض لها. مواجهة واقعية تؤدي إلى الصحة النفسية من تعليم للناس وتوعيتهم، ومصارحتهم، وخاصة الأطفال. (محمد قاسم عبد الله، 2001)

- السلوك الجنسي الآمن:

هي مجموع من الممارسات الجنسية الآمنة التي من شأنها أن تحمي أو تحافظ على صحة الأزواج كاستخدام الواقي الجنسي، العزل، الخضوع للفحوصات والاختبارات الدورية للتأكد من الخلو من الأمراض التناسلية، الالتزام بشريك جنسي أحادي... والتي ينبغي إتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسلية الجنسية التي تنتج عن طريقة ممارسة العملية الجنسية الغير شرعية.

خامسا : الارتقاء بالصحة في الاسرة، الوسط المدرسي و المجتمع:

ان لوسائل الإعلام دور ريادي للارتقاء بالوضع الصحي من خلال البرامج التثقيفية التي تبين للناس المخاطر التي تترتب على القيام بسلوكيات معينة فهي على المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحي في مرحلة مبكرة من عمر الفرد والحفاظة عليه في مرحلتي الرشد والشيخوخة، أما على المستوى الطبي فهي مساعدة الفئات الأكثر عرضة لمخاطر صحية معينة تتضمن تعليم الناس كيفية

الوصول إلى إتباع أسلوب حياة صحي (Maddux et al . 1986) و عليه فالارتقاء بالصحة نتاج انجاز شخصي تراكمي تتضمن تط وير نظام تدخل يهدف الى مساعدة الناس على القيام بممارسة السلوكيات الصحية وتغيير تلك التي تضر بالصحة ، اما بالنسبة للعوام من غير المختصين النفسانيين فان الارتقاء بالصحة يكون عن طريق وسائل الاعلام التي توفر المعلومات والوسائل التي تساعد الناس على تطوير نظام صحي والمحافظة عليه وكذا تغيير العادات السيئة الضارة بالصحة ( تايلور ، 2008 ، ص 121) .

وتشير الاطر النظرية بأن الفرد المدخن مثلا يدرك بان التدخين مضر بصحته و مع هذا يواصل بالتدخين وهو ما يشعره بنوع من عدم الاتزان النفسي ( تناشر معرفي ) وحتى يتم التعويض عن هذا التناشر فإنه يقوم بسلوك يخفف من التدخين المؤذي له . اذ انه يشعر بوجود مشكلة صحية معينة لديه تؤدي الى تغيير سلوكه والقيام ببعض السلوكيات كتعويض عن السلوك غير الصحي وذلك لرفع قدرته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية من اجل الارتقاء بالصحة .

هذا التغيير الذي يحدث لدى الأفراد ( التغيير في السلوك كتعويض عن السلوك غير الصحي )تجاه السلوك الخاطئ يبدأ عندما يحدث المرء نفسه عن عواقب الإصابة بأمراض أو ما يترتب عليه من اعتلالات صحية ويتساءل ماذا يمكن أن يفعل ؟ وكيف يمكن تغيير سلوكياته ؟ ويشير المعالجون النفسانيون إن الدعم ( المعنوي) في التخلص من الشعور بالتأرجح والتناشر وإدراكه لخطورة الامراض و ادراكه للمنافع والمعوقات وهذا لا يتحقق الا بأدراكه بفاعليته الذاتية . وان الشعور بعدم الاتزان النفسي هو الوقت الأكثر ملائمة لإجراء تغيير في سلوك الفرد والحصول على المساعدة للانتقال إلى مرحلة الفعل والتعويض . ( شامة ، 2009) .

وفي أطار آخر أشارت نظرية التعلم الاجتماعي بان قدرة الفرد على إجراء تغيير سلوكه بنجاح يعد عاملا مهما في اتخاذه القرارات الصحية ، حيث أكد باندورا في كتابه ( نظرية التعلم الاجتماعي ) ان توقعات الفرد المتعلقة بمهاراته السلوكية والتي تتبلور في تغييره لسلوكه الصحي تؤدي الى التعامل بنجاح مع ظروف الفرد الصحية وهذا من اجل الارتقاء و شعور الفرد بالاتزان والتوافق والتخلص من مسألة التأرجح عند مواجهة المشكلات ( الانفعالية والسلوكية ومعالجتها . ( الالوسي ، 2001 ، ص 30) .

ان الاستماع إلى محاضرة صحية أو الحضور إلى برنامج صحي توعوي أو غيرها أشبه بعملية تثقيف فهي كبرنامج لتغيير السلوك وتعديله عن طريق تدخل خارجي ،مثلا توعية وتثقيف شخص مصاب بالسكري وعائلته بكيفية التحكم بالمرض وأنه قد يضمن ان يعيش حياة اطول ( وتكون حياة طبيعية ) يعتبر هذا اثر التثقيف الصحي في زيادة وعي المريض و المجتمع بالمشكلات الصحية والذي يساعد على الوقاية ( المسعد ، 2005 ، ص 3) .



وقد خلصت الدراسات الى ان الثقافة الصحية تفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد فعلى سبيل المثال يساعد على التنبيه بالممارسات التي تهدف الى وقاية الاسنان و الفحص الذاتي للصدر ، والاعتناء به ، ( Uzart ,Becker,Dielman ) . ( Rocchini , 1990)والحمية للوقاية من السمنة وتجنب السلوكيات التي تعرض الفرد لخطر الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة (ALDS)

( Becker , Kaback , Rosenstock &Ruth ,1975 ) والاشترك في ممارسات متنوعة للحفاظ على الصحة. كما بينت هذه الدراسات ايضا بأن تغيير الاعتقادات الخاطئة هي اقل المحددات تأثيرا في تغيير السلوكيات الصحية ، والاهم من ذلك فأن ادراك الفرد للمعوقات التي تمنع ممارسة السلوك الصحي هي من اكثر المؤثرات التي تقرر فيما اذا كان الافراد سيقومون فعلا بممارسات سلوكية معينة ام لا من اجل الارتقاء بالصحة . ( Janz & Becker ,1984 ) (تايلور، 2008، ص145)

تم قياس الدعم الاجتماعي و تسعة أبعاد من مقياس السلوك الصحي باستخدام مقياس بيك المختصر للاكتئاب من طرف ألغور وزملائه على عينة قوامها 2091 طالب ذكر و 3438 طالبة أنثى من طلاب الجامعة في 16 بلد من بلدان العالم، وقد أخذ البلد و السن بعين الاعتبار في هذه الدراسة لدراسة الأعراض الاكتئابية والدعم الاجتماعي والسلوك الصحي الشخصي. ووجد بان هناك علاقة سببية متبادلة بين السلوك الصحي و المزاج الاكتائيميمن خلال الارتباط الدال بين الأعراض الاكتئابية مع نقص النشاطات الجسدية وعدم تناول الفطور وعدم انتظام ساعات النوم وعدم استخدام حزام الأمان عند كل من الذكور والإناث. بصفة خاصة ارتبط الاكتئاب لدى النساء مع عدم استخدام كرمات الوقاية من الشمس والتدخين وعدم تناول طعام الفطور. أما الدعم الاجتماعي المنخفض فقد ارتبط مع الاستهلاك المنخفض للكحول ونقص النشاطات الجسدية وعدم انتظام ساعات النوم وعدم استعمال أحزمة الأمان في السيارة. (Allgower et al, 2001)

في حين وجد ان هناك انخفاض في مستوى ممارسة العادات الصحية. وقد أظهرت الارتباطات الأحادية المتغير لعادات الحمية الصحية وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس والوزن، والحالة الاجتماعية وقناعات الحمية الصحية، والمعارف الغذائية، ومركز الضبط Locus of Control. وفي التحليل متعدد المتغيرات ارتبط كل من الجنس والحالة الصحية والقناعات الغذائية الصحية بشكل دال مع ممارسة العادات الصحية الغذائية. وهذا وفق دراسة على عينة اشتملت على أكثر من 16000 طالباً وطالبة من 21 بلد

أوروبي بلغت أعمارها بين (19-29) سنة من طرف لواردل وآخرين الذي تناول سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الأوروبيين

باستخدام استبيان السلوك الصحي. (Wardle et al.,1997) Health-Behavior Survey.

ففي دراسة اخرى على عينة من الطلبة حول كيفية مساعدتهم عن طريق مرشدين وفق برنامج للتثقيف الصحي في الوقاية من الأمراض ، وذلك من خلال الاستعانة بنشاط او فعالية ترفع من ادراك الطلبة بكونهم عرضة للإصابة بالأمراض تضم تقديم احصائيات حديثة للشباب في عمرهم او من مجموعتهم الاجتماعية مصابون بأمراض او استدعاء ضيوف قرييون من عمر الشباب. بمشاركتهم تجاربهم المرضية واستكشاف مواقع الكترونية تعرض مراهقين مصابون بالحالة المرضية وغيرها من الافكار التطبيقية وهذا بغرض معرفة وادراك الطالب للأمراض ونتائجها وقسوة الحالة المرضية والشعور بها. (Recap, 2009).

توصل كل من بيلوك وبرسلو في جامعة كاليفورنيا في دراسة أجراها على سبعة الآلاف شخص من سكان مقاطعة ( الاميدا Alameda )توصلت الى ان هناك ستة سلوكيات تحافظ على صحة الانسان وتعد من السلوكيات الصحية وهي ( 1972 ) :

Belloc& Breslow,

(1)التوازن الغذائي.

(2)افطار صباحي صحي

(3)ممارسة التمارين الرياضية

(4)النوم لساعات كافية.

(5)الوزن المثالي.

(6)الامتناع عن التدخين والكحول.

وقد كشفت الدراسة التتبعية الى إن التزام أفراد العينة بهذه السلوكيات جميعها أدى إلى زيادة في معدل سنوات العمر بمعدل ( 11 ) سنة

عن الذين مارسوا ثلاثة منها ( المسعد ، 2005 ، ص 13 ) ( تايلور، 2008 ، ص 124 ).

سادسا: اتجاهات معاصرة في علم النفس الصحة:

اهتم الباحثون حديثا في مجال علم نفس الصحة مع التطور في المجال الطبي على نموذج متكامل بيو طبي اجتماعي مرتكز على مجامعت به البحوث المتطورة في مجال علم المناعة النفسية الغدية العصبية ونحاول اعطاء امثلة من هذا التطور الهائل ونركز على جهود العلماء لكشف العلاقة البيونفس اجتماعية.

**- المناعة النفسية الغدية العصبية:** هي قدرة الجسم على مقاومة الأمراض النفسية والعصبية وذلك من خلال امتلاك جهاز مناعي يعمل بنشاط وكفاءة ، والجهاز المناعي عبارة عن تجمع الملايين من الأنسجة والخلايا والجزيئات التي تعمل بشكل فردي أو جماعي للدفاع عن الجسم في الغالب ضد الأحياء الدقيقة التي تغزو الجسم أو الأجسام الغريبة أو الأنسجة التي تغرس في الجسم ، وخلايا الجهاز المناعي مشتقة من الخلايا الجذعية غير المتمايزة (undifferentiated stem cells) في نخاع العظم، التي تتحول من خلايا غير متميزة إلى خلايا متميزة (differentiated stem cells) تتطور عبر مراحل إلى خلايا دموية مختلفة والتي منها الكريات الحمراء، صفائح دموية بيضاء التي تقسم بدورها إلى عدة أنواع بالاعتماد على شكلها إلى خلايا ذات نواة واحدة أو الخلايا الحبيبية أو وحيدة النواة، وخلايا متعددة التوي المشكلة أو الخلايا الحبيبية.

#### **- دور المناعة النفسية الغدية العصبية في حدوث الاضطرابات الهضمية**

أثبتت الدراسات الحديثة أن اضطراب التوحد مثلا باعتباره إصابة للنمو المبكر لسلوكيات الطفل والذي بوصف بصعوبات التواصل الاجتماعي (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2000)، فالعديد من الدراسات أوجدت أن الأعراض الهضمية وخصوصا منها الأعراض المعوية المصاحبة لنمو الطفل المتوحد متزايدة مع النمو باستمرار والتي منها نجد دراسة (ماك هانون) ودراسة شايدز وزملائه ودراسة دينان وزملائه (Mc.Elhanan, et al), (Chaidez et al, 2014)، (Dinan et al, 2006) ، إذ أن هذه الدراسات أوجدت أن عرض الإمساك عند الطفل المصاب بالتوحد يبقى غامضا لحد الآن، إلا أن الضغط النفسي الحاد أو المزمن له علاقة مباشرة مع تفاقم الأعراض الهضمية الأخرى .

**آليات هذا الاضطراب:** وتتلخص آلية هذا الاضطراب العلائقي في :

نشاط الضغط النفسي يبدأ بنشاط المحور الغدي المتمثل في (الوطاء والفص الأمامي للغدة النخامية (HPA- Hypothalamic-pituitaryAdrinal) والذي بدوره على علاقة بنشاط العامل العصبي الغدي المسبب في إعادة نشاط الضغط النفسي المولد لوظيفة

نشاط الهضم ، وكذا الوظيفة المناعية ، غير أن نشاط محور الغدة النخامية (HPA) عند مرضى تهيج الأمعاء (IBS) وغير المصابين بالتوحد نجد عندهم زيادة في إفراز هرمون (ACTH) ، وكذا هرمون الكورتيزون بالإضافة إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي الودي ونقص إفراز العصب الحائر (التهابات العصبية الشجرية للعصب الحائر) (دراسة Mayer, 2000) ، ومن هذا المنطلق لاحظ الباحثون بأن زيادة الضغط النفسي عند التوحد أثناء نموه في نفس الآلية السابقة (Spratt et al, 2005) ، (Ming et al, 2012) ، ويلاحظ عند التوحد المصاب الاضطرابات الهضمية بعض الأعراض المشتركة كالعدائية ، الحصر ، فهذه الأعراض تنبأ بحدوث زيادة في بعض الأعراض السلوكية مثل: زيادة في السلوكيات القهرية و الهيجان والقابلية للتهيج ، وهذا ما توضحه دراسات كل من بيشوبفيتز باتريك 2015 ، نيكوف وزملائه (Bishop, fitzPatrick et al, 2015, Nikov et al, 2009, Peters et al, 2014) ومن الملاحظ خصوصا عند الطفل المتوحد خلال: التعرض لموقف اجتماعي مستثار أو مثير له (أي المتوحد) يعزز زيادة في الاستجابة القشرية للكظر (Corbett et al, 2010) وتعتبر في هذه الحالة العلاقة الإيجابية بين الاستجابة في قشرة الكظر و الإثارة الاجتماعية للتوحد دون غيره واضحة جدا في ظهور الحصر أثناء الموقف الاجتماعي الضاغط ، وهذا ما أكدته دراسة كل من لاباتا وأخرون (Lapata et al, 2008) والذي ينجر على أثره نقص في الذكاء الاجتماعي إضافة إلى نقص في اكتساب اللغة للتواصل - إن هذه الآلية المحورية (على مستوى الغدة النخامية) الفيزيولوجية تؤدي إلى زيادة ما يسمى بالانترلوكين السادس (IL-6) والذي وجد بأن له علاقة مباشرة بزيادة المظاهر العيادية للتوحد مثل: الاختلال المعرفي ، التعلم ، الحصر ، والتفاعل الاجتماعي ، مما يحتاج إلى ما يسمى بالسيتوكينات المناعية كتدخل علاجي (Was et al, 2012) وتمثل السيتوكينات المناعية Cytokines بروتين أو عديد بيتيد أو بروتين سكري ، وهي عبارة عن إشارات كيميائية شبيهة بالهرمونات و النواقل العصبية تعمل كأداة أو حلقة اتصال بين مكونات الجهاز المناعي وبالتالي فهي أشبه ماتكون بشبكة كيميائية تربط خلايا الجهاز المناعي ببعضها ، أي أنها رسائل كيميائية حيث تتألف عائلة السيتوكينات من مجموعة بروتينات ذائبة في الماء والبروتينات السكرية ذات كتل 5000 إلى 20.000 دالتون ، وتبرز أهميتها في أنواع المناعة الطبيعية والمكتسبة حيث تتدخل في العديد من الأمراض المعدية والتهابية والإصابات والأمراض الخمجية والإنتان وكذا تسمم الدم . والسيتوكينات أنواع وهي كمايلي :

\* الانترفيرون (Interferons (INF): هي السيتوكينات التي تفرزها عدد من الخلايا استجابة لإصابة فيروسية

\*الليمفوكين Lymphokines: هي السيتوكينات التي تفرزها غالبا الخلايا اللمفاوية كناقل كيميائي أو رسالة موجهة إلى الخلايا التائية بإنتاج المزيد من الأجسام المضادة ومن فوائده أيضا دفع المزيد من الخلايا التائية إلى موقع وجود المرض

\*الكيموكين Chemokines: هي السيتوكينات الصغيرة التي ترتبط بمادة الهيبارين Heparin والتي تنجذب لها الخلايا اللمفاوية كما أنها تنشط الخلايا في حالة حدوث إصابة ميكروبية أو تمكك في النسيج

\*المونوكاين Monokines: هي السيتوكينات التي تفرزها وحيدة الشكل النووي أو الخلايا البالعات الكبيرة، ولها أهمية في عملية الدفاع المناعية عن الجسم وحدث الالتهاب مثلا :

IL-1, TNF $\alpha$ , IL-6: تقوم بعملية تنشيط الخلايا اللمفاوية وزيادة درجة حرارة الجسم وتنشيط وهجرة البالعات الكبيرة وتنشيط الخلايا الطلائية في الاوعية الدموية ، في حين تقوم TNF $\alpha$ : تقوم بتنشيط البالعات الكبيرة ويزيد انتاجها من حمض النيتريك الضروري لهضم وقتل الميكروبات

\*الانترلوكين Interleukins: هو ايضا سيتوكين ووظيفته تكمن في التواصل بين الخلايا المناعية فيما بينها بحيث يكون عملها المشترك موجها نحو مقاومة مسببات المرض او مقاومة الخلايا الورمية، إذ تقوم بعض انواع الانترلوكينات مثل: IL-1B, IL-6 مع المعامل TNF- $\alpha$ . بمقاومة الالتهابات وعمليات أخرى في نظام المناعة ومن ضمنها مثلا رفع درجة الحرارة وتنشيط الدورة الدموية وزيادة نفاذية الخلايا للدم

\*عامل نخر الورم (TNF $\alpha$ ) Tumor necrosis factor: هو بروتين مؤشر (Adipokine) له شأن في الالتهابات: اذ يعد واحد من السيتوكينات التي تشترك في مكافحة الجسم للمرض تنتج بصفة رئيسية الخلايا الاكولة الكبيرة المنشطة (macrophages) مع انه يمكن ان تنتج بعض الخلايا الاخرى مثل الخلايا اللمفاوية من نوع (CD4+Lymphocytes) والخلايا الفاتكة الطبيعية NK cells عن طريق خلايا تنتج IL-1, IL-6 واوجدت العديد نتائج الدراسات أن الخلل في انتاج TNF له علاقة بمنشأ مرض الزهايمر والسرطان ، كما وجد أن الزيادة في مستوى الانترلوكين السادس IL-6 تؤدي إلى نقص المهارات الاجتماعية ، وكذا تعلم اللغة عند المتوحد ، وفي نفس السياق فان الكثير من الدراسات قد أثبتت بأن نشاط المحور السابق HPA يؤدي إلى استجابة مناعية من

خلال إفراز السيتوكينات المناعية ، وتحدث هنا عن دراسات على مرضى اضطراب التوحد لهم استجابات مناعية غير نوعية

وتتضمن تلك الاستجابات نقص في إفراز IL-12 , INF.Y , IL-2, IL-10

ونذكر من الدراسات الحديثة دراسة قوازو وأشوود (Goines ,Ashwood,2013)

وقد خلص العلماء بأن هناك دور للمناعة النفسية الغدية العصبية في ظهور أعراض هضمية وخصوصا الأعراض المعوية واضطراب

التوحد خصوصا من خلال الرابطة العلائقية الكامنة وما للدور المناعي (IL-6, TNF) في تحديد الاضطراب الهضمي (خصوصا

الأعراض المعوية) والضغط النفسي (Lyte et al ,2011)

## قائمة المصادر والمراجع:

### المراجع العربية:

- البورسعيدى ، هيثم : ( 2009 ) قوة العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والسلوك في حياة الانسان . جامعة عمان الاهلية ، الاردن ، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- تايلور ، شيلي : ( 2008 ) علم النفس الصحي " ترجمة د . بريك ، وسام درويش و داود ، فوزي شاكر طعيمة جامعة عمان الاهلية ، الاردن ، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- حجازي ، مصطفى : ( 2006 ) الصحة النفسية ، لبنان ، المركز الثقافي العربي.
- رضوان ، سامر جميل & ريشكة ، كونراد " : ( 2009 ) السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة " دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سورين والممان ، جامعة دمشق ، كلية التربية
- سيار ، جميلة حسين : ( 2007 ) التنظيم الذاتي وعلاقته بتعلم التلاميذ " ، العدد الرابع ، السنة الأولى
- الداغستاني ، سناء عيسى : ( 2005 ) اثر بعض المتغيرات في استقطاب الجماعة " كلية الاداب ، جامعة بغداد ، اطروحة دكتوراه غير منشورة . بغداد.
- شامة ، منى السيد : ( 2009 ) الطرق المبتكرة لتقديم وسائل التثقيف الصحي " ، جمهورية مصر العربية ، جامعة الاسكندرية.
- الشهراني ، عبد العزيز : ( 2009 ) المعتقدات ... نظرة عميقة ، فكرة علم البرمجة اللغوية العصبية عن المعتقدات ، منتديات الحصن النفسي ، بوابة تقنيات الانجاز والتفوق البشري والاسترخاء.ماخوذة من : الداغستاني، سناء، المفتي دار عوي. مجلة البحوث التربوية و النفسية، العدد26، جامعة بغداد.
- عبد الجواد ، محمد احمد : ( 2010 ) وسائل عملية في تنظيم الذات " مجلة بناء الاجيال : برامج تربوية عملية.
- الالوسي، احمد اسماعيل : ( 2001 ) فاعلية الذات وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية الاداب ، جامعة بغداد.

مرسي ، كمال إبراهيم : ( 2008 ) المدخل إلى الصحة النفسية ، الكويت ، دار التعلم.  
الموسوي ، خديجة حيدر نوري : ( 2009 ) الحاجة إلى الانغلاق المعرفي والتنظيم الذاتي  
وعلاقتها بالتفكير الاحاطي ، أطروحة دكتوراه غير منشورة " كلية الآداب.  
المفتي ، ديار عوني : ( 2001 ) الخصوصية وعلاقتها بكشف الذات لدى طلبة الجامعة ،  
رسالة ماجستير غير منشورة.

المراجع الاجنبية:

- Adams, S , (2000) : Psychiatric Scand , v ( 2) pp. 24\_119,  
Alvarenga , S . Maria & Scagliusi, Fernanda Baeza & Philippi Tucunduva , "( 2008 )  
Changing attitudes, beliefs and feelings towards food in  
bulimic,University of sao paula Patients " / Nutrition , Department , public Health school , Brazil , v.  
(8) ,p .8.
- Antonovsky , A. & Kats ,R. ( 1970) : The model dental patient : an empirical Study of  
preventive health behavior , socsci med , v. (4) ,pp.367 \_ 380 .
- Ashwood, P., Krakowiak, P., Hertz-Picciotto, I., Hansen, R., Pessah, I., Van de Water, J., 2011.  
Elevated plasma cytokines in autism spectrum disorders provide evidence of immune dysfunction  
and are associated with impaired behavioral outcome. Brain Behav. Immun. 25, 40–45.  
Dunn.A.J (2006) . Cytokine activation of the HPA axis. Ann.N.Y.Acadsci.917p 608-617
- Backer , M.H (1988) : Health belief model and self \_efficacy , v. (15)  
pp.83\_ 175
- Brown, L . K & Diclemente , R.J & Reynold ,L.A ( 1991 ). Hiv prevention for Adolescents =  
Utility of the health belief model . ( ALDS)Education and Prevention v. (3) , pp 50\_59
- Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruhlman, R. D., and Sereika, S.  
(2001). Primary care patients' personal illness models for depression: A preliminary investigation.  
*Family Practice*. 18(3): 314-320.



Becker, N., Bondegaard, T. A., Olsen, A. K., Sjogren, P., Bech, P., & Eriksen, J.(1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73, 393-400.

Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31,53-64.

Bandura , A . ( 1989 ) Perceived self \_ efficacy in the exercise of control Over ( AIDS ) infection in Mayes , V.M & Albee , G.W & Schneider ,S.F Primary prevention of AIDS = Psychological approaches , pp.128\_ 141 .London ; sage publication .

Bishop-Fitzpatrick, L., Mazefsky, C.A., Minshew, N.J., Eack, S.M., (2015). The relationship between stress and social functioning in adults with autism spectrum disorder and without intellectual disability. *Autism Res.* 8, 164–173.

Boulevard , Wilson ( 2006) . Health belief model ( Detailed ) ,The Communication Initiative Network .

Coury, D.L., Ashwood, P., Fasano, A., Fuchs, G., Geraghty, M., Kaul, A., Jones, N.E.,2012. Gastrointestinal conditions in children with autism spectrum disorder: developing a research agenda. *Pediatrics* 130 (Suppl 2), S160

Carlisle, A. C., John, A. M., Fife-Schaw, C., & Lloyd, M. (2005). The selfregulatory model in women with rheumatoid arthritis: relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *Br.J.Health Psychol.*, 10, 571-585.

Carrie,D, Llewellyn, Mark , Gurk, M, and Weinmann ,J. (2007) . Illness and treatment beliefs in head and neek cancer: Is Leventhal’s common sense model a useful framework for determining change in outcome over times? *Journal of Psychosomatic Research.*63:17-26.

Cartwright, T. and Lamb, R. (1999). The self-Regulatory model: a framework for chronic illness. Paper presented at The British Psychological Society of Health Psychology Annual Conference. Leeds, England.

Chateaux .V, Spitz E .(2006). Perception de la maladie et adhérence thérapeutique chez des enfants asthmatiques. *Pratique Psychologique* –paris .12 :1-16.

Christofer ,I,F .(2007). Illness Representations, Coping, and Quality of Life in Patients with Hepatitis C Undergoing Antiviral Therapy. PHD Thesis, University of Cincinnati, *School of Nursing*, USA.

Claire .Haward, Claire. N Hallas, J O wray ,Martin carby. (2009). The relationship between illness perception and panic in chronic obstructive pulmonary diseases. *Behavior Research and Therapy* .47: 71-76.

Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., & Goldsmith, D. J. A. (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, 2078-2083.

Danièle M. (2006). Comparaison de La qualité de vie globale entre plusieurs groupes de sujets affectés par différents troubles de santé ainsi qu'avec des sujets en santé, Thèse d'honneur présentée comme exigence partielle dans le cadre du cours activité de recherche en psychologie, Université du Québec. CANADA.

Dekkers, W. J. M. (2001). Autonomy and dependence: Chronic physical illness and decision making capacity. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 4:185-192.

De Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 205-240.

Diefenbach, M. A. & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*,5(1), 11-38.

Diener, Ed. (2000). Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.

Diclement , Brown, L.k .( 1991) . Utility of the health belief model :(ALDS), *Education and prevention*, v .3 (1) ,pp.50\_59

Dudley & Schneider (1991) .The common \_ sense model of self \_ regulation of Health and illness : how can we use it to understand And respond to our patients Needs , university of Birmingham And research institute in healthcare science .University of wolver Hampton, Dudley Group of Hospitals NHS Trust .

Dunn, K. M., Croft, P. R., Main, C. J., & Von, K. M. (2008). A prognostic approach to defining chronic pain: replication in a UK primary care low back pain population. *Pain*, *135*, 48-54.

Dysvik, E., Lindstrom, T. C., Eikeland, O. J., & Natvig, G. K. (2004). Healthrelated quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag.Nurs.*, *5*, 66-74.

Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *Br.J.Anaesth*,*87*, 144-152.

Edgar, K. A. & Skinner, T. C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *J.Pediatr.Psychol.*, *28*, 485-493.

Emanuele.E.Orsi,Boso,M.Brogli,D,Brondino,N,Barale,F,Ucelli di Nemi,S, (2010). LOW-grade endotoxemia in patients with severe autism .*Neurosci .lett* 471,p162.

Emanuele, E., Orsi, P., Boso, M., Broglia, D., Brondino, N., Barale, F., Ucelli di Nemi, S.,Politi, P., (2010). Low-grade endotoxemia in patients with severe autism. *Neurosci. Lett.* 471, 162–16

Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, *354*, 1248-1252.

Endler, N. S., Corace, K. M., Summerfeldt, L. J., Johnson, J. M., & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences*, *34*, 323-346.

Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30, 617-625.

Eysenck, M. (2000). *Psychology*, Hong Kong, Psychology press.

Flanagan, Cara (1995). *A level Psychology*, West midlands ( letts Educational ) Ltd

Ferreira, C., Gray, M. C., Renier, F., Acherchard, F., Bricaire. (2010). Les representations de la maladie et des effets secondaires du TRT ANTIRETROVERAL comme déterminant de l'observance chez les patients VIH. *Annals Medicopsychologique*. 168 :25-33.

Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br.J.Clin.Psychol.*, 41, 157-174.

Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., & Griffiths, C. E. (2000). Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *Br.J.Health Psychol.*, 5, 71-82.

Foster, N. E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J. et al.(2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*, 136, 177-187.

Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115-134.

Germino, B. B. (1998). When a chronic illness becomes terminal. *ANNA Journal*, 25(6), 579-582.

Glanz, K., & Rimer, B. K. & Lewis, F. M. (2002). *Health behavior and Health Education theory, Research and practice*, San Francisco : wiley & Sons, *Journals of Health Communication*, University Twenta.

Goldstein, L. H., Holland, L., Soteriou, H., & Mellers, J. D. (2005). Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy Res.*, 67, 1- 11.

Goines, P.E., Ashwood, P., 2013. Cytokine dysregulation in autism spectrum disorders (ASD): Possible role of the environment. *Neurotoxicol. Teratol.* 36, 67–81.

Graves, H., Scott, D. L., Lempp, H., & Weinman, J. (2009). Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *J.Psychosom.Res.*, Article in press.

Gray, S. E. & Rutter, D. R. (2007). Illness representations in young people with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychology and Health*, 22, 159-174.

Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology and Health*, 20, 597-613.

Grotle, M., Vollestad, N. K., Veierod, M. B., & Brox, J. I. (2004). Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*, 112, 343-352.

Gureje, O., Von, K. M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280, 147-151.

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health*, 20(2), 161-173.

Han, K., Lee, P., Lee, S., & Park, E. (2003). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 139-144.

Hair, J. E., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *Br.J.Health Psychol.*, 4, 137-149.

Heijmans, M. & de Ridder D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *J.Behav.Med.*, 21, 485-503.

Heijmans, M. J. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *J.Psychosom.Res.*, 45, 39-51.

Hill, S., Dziedzic, K., Thomas, E., Baker, S. R., & Croft, P. (2007). The illness perceptions associated with health and behavioural outcomes in people with musculoskeletal hand problems: findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Rheumatology.(Oxford)*, 46, 944-951.

Hobro, N., Weinman, J., & Hankins, M. (2004). Using the self-regulatory model to cluster chronic pain patients: the first step towards identifying relevant treatments? *Pain*, 108, 276-283.

Holahan, C. J., Holahan, C. K., Moos, R. H., & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2), 152-163.

Holmes, J. A. & Stevenson, C. A. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychol.*, 9, 577-584.

Hochbaum, G.m. ( 2001) Health communication copstone : Health Belief Model : Theory work book , Government printing office communication Theory text book .

Hochbaum, G.m.( 1958) Health belief model : theory work book , Communication theory text books , subsequently by other authers , U.S. Government printing .

Hopkins, Johns & Brieger, R. William (2006) : Health belief model and Social Learning theory, Johns Hopkins University, School of public health, pp. 1-35

Higgins, E.T. & Pierro, A & Kruglanski, A.W (2002) : Cross-cultural validation of The psychological distinction between locomotion and Assessment Modes, Unpublished manuscript, Columbia University.

Jaspers, J. P., Heuvel, F., Stegenga, B., & de Bont, L. G. (1993). Strategies for coping with pain and psychological distress associated with temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement. *Clin.J.Pain*, 9, 94-103.

Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131, 38-47.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203-216.

Jopson, N. M. & Moss-Morris, R. (2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J.Psychosom.Res.*, 54, 503-511.

Kawash et al (1980) . Personality correlates of selected Elements of the health Belief model, The Journal of social psychology, v( 112), pp219-227.

Janz, N.K. & Becker, M.H. ( 1984) .The health belief model a decade later health Educa, v. (11), pp. 1-47.

Knauper, B. & Rabiau, M. & Cohen, O. & Patrician, N. (2004) . Compensatory Health Beliefs Scale, health beliefs : theory and measurement, *Psychology and health*, v. 19 ( 5 ) pp 607-624.

Knauper ;Barbel & Rabeau ; Marjorie & Cohen ,Oshra ; Patriciu ; Nicholas ( 2004) :  
Compensatory health beliefs : Scale development and Psychometric properties ,v . (19 ) , n . ( 5 )  
pp.607\_624 by Department of Psychology (Mc Gill University .

Kaptein, A. A., Helder, D. I., Scharloo, M., van Kempen, G. M., Weinman, J., Van Houwelingen, H. C. et al. (2006). Illness perceptions and coping explain well-being in patients with Huntington's disease. *Psychology and Health, 21*, 431-446.

Katz, J., Ritvo, P., Irvine, M. J., & Jackson, M. (1996). Coping with Chronic Pain. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research and applications* (pp. 252-278). New York: John Wiley.

Khan, I. H., Garratt, A. M., Kumar, A., Cody, D. J., Catto, G. R. D., Edward, N., et al. (1995). Patients' perception of health on renal replacement therapy: Evaluation using a new instrument. *Nephrology Dialysis Transplantation, 10*, 684-689.

Lee, C. Y., & Harrison, S. A. (2005). Antiviral therapy for the management of hepatitis C. *Hospital Physician, 31-36*.

Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychol., 8*, 195-219.

Lau, R. R. & Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common sense illnesses. *Health Psychol., 8*, 195-219.

Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 143-163*.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense



representation of illness danger. In S.Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A.Baum, S. E. Tayloy, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: sociological aspects of health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Linde, K., Witt, C. M., Streng, A., Weidenhammer, W., Wagenpfeil, S., Brinkhaus, B. et al. (2007). The impact of patient expectations on outcomes in four randomized controlled trials of acupuncture in patients with chronic pain. *Pain, 128*, 264-271.

Lyte, M., Vulchanova, L., Brown, D.R., (2011). Stress at the intestinal surface: catecholamines and mucosa-bacteria interactions. *Cell Tissue Res.* 343, 23–32.

MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychol.Methods, 7*, 83-104.

Mayer, E.A., (2000). The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut, 47*, 861–869.

Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychol., 4*, 115-135.

Moss-Morris, R., Humphrey, K., Johnson, M. H., & Petrie, K. J. (2007). Patients' perceptions of their pain condition across a multidisciplinary pain management program: do they change and if so does it matter? *Clin.J.Pain, 23*, 558-564.

Moss-Morris, R., Petrie, K. J., & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role. *Br.J.Health Psychol., 1*, 15-25.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*, 1-16.

- Michael , E. Oakes & Sullivan , Kristen & Slotterback ,S. Carole ( 2007 ) .  
*A comparison of categorical beliefs about foods in children and young adults Journal food quality and preference* , issue , v. (18) ,pp. 713 \_ 719 .
- Musschenga. (1997). The relation between Concepts of quality of life, Health, and Happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 11-
- Nerenz, D. R. & Leventhal, H. (1983). *Self-regulation theory in chronic illness*. In. T. G. Burish (Ed.), *Coping with chronic disease*, pp. 13-37. Academic Press.
- Nicassio, P. M., Schoenfeld-Smith, K., Radojevic, V., & Schuman, C. (1995). Pain coping mechanisms in fibromyalgia: relationship to pain and functional outcomes. *J.Rheumatol.*, 22, 1552-1558.
- Nicklas, L. B., Dunbar, M., & Wild, M. (2009). Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs. *Psychology and Health*, 1-15.
- Nielson, W. R. & Jensen, M. P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain*, 109, 233-241.
- Nordenfelt L. (1994). *Concept and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Londres, Kluwer Academic Publishers. UK.
- O'Neill, E. S. (2002). Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Heart Lung*, 31, 295-300.
- Orbell, S., Johnston, M., Rowley, D., Espley, A., & Davey, P. (1998). Cognitive representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Social Science and Medicine*, 47, 93-102.
- Paulhan. I. (1992). Le concept de coping , *l'année psychologique –France* , vol192, 4 ;545- 557 .
- Peters, B., Williams, K.C., Gorrindo, P., Rosenberg, D., Lee, E.B., Levitt, P., Veenstra-

Vander Weele, J., (2014). Rigid-compulsive behaviors are associated with mixed bowel symptoms in autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 44, 1425–1432.

Petrie, K. J., & Moss-Morris, M. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.

Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N. & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191-1193.

Pupat, A . (2007) .*La Perception de la Maladies et le Coping chez les Personnes Fibromyalgique*. M.Sc Thesis. Université de Toulouse ; Lemirail. France.

Racil. H, Benamar .J, Cheikh .S, Rouhou .I, Ridene S, Yalaoui. A, Chabbou ,(2010). Syndrome de caplan et collinet; Approche immunologique , *Revue Francaise d'Allergologie*.50 ;36- 39.

Rabeau , M ( 2006) . *The eternal quest for optimal balance between Maximizing pleasure and minimizing harm: the compensatory Healthy belief Model* , British Journal of Health .UK.

Rahe .R .H, Anthur. R .J ,(1978) . Life change and illness studie , past history and futur direction , *Journal of Human Stress* ;4,-3- 15 .

Raphael, D., Renwick, R., Brown, I., & Rootman, I. (1996). Quality of life indicators and health: Current status and emerging conceptions. *Social Indicators Research*, 39, 65-88.

Ryan ,R.& Deci ,E. ( 2000 ). Self \_ determination theory and the Facilitation of Intrinsic, motivation , social development and Well\_being, *Am psychology journals* , 55\_68

Romano. J. M, Jensen. M .P, Turner. J .A, (2003) ; Chronic pain coping inventory ; 42 Rliability and Validity, *Pain* , 104; 65- 73 .

Rolland. (2000). le Bien-être subjectif, une revue de question. *Pratiques Psychologiques*, 1, 5-21.

Rosenstock , K.L. & Strecher , v. & Becker,M. H ( 1994) . Health belief

Model And (Hiv) risk behavior change : In R.G. Diclemente , and J.L . ,Peterson ( Eds ) preventing ( AIDS) theories and methods of Behavioral , *New York ,Plenum press . 5\_24*

Rosenstoch ,I,m ( 1974) . Hestorical origins of the health belief model, *Health Educ monogr* , v.(2) ,pp. 328\_ 335 .

Recapp, l. ( 2009) : How can I use the health belief modelin my sitting : theories Approaches, pp 1\_6 .

Rutter, C. L. & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br.J.Health Psychol.*, 7, 377-391.

Santos , Maria ,A. ( 2004) . Ingenta connect compensatory health belief scale Development and psychometric ,university of sao paul

// www.ingenta / http: Connect .com or Kontent /Routledg / Gpsh / 2004/Art

Schweitzer .Marilou ,(2002). *Psychologie de santé modèles, concepts et methodes*, Dunod, paris.

Scharloo, M., Kaptein, A. A., Schlosser, M., Pouwels, H., Bel, E. H., Rabe, K. F. et al. (2007). Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J.Asthma*, 44, 575-581.

Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J., & Rooijmans, H. G. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br.J.Dermatol.*, 142, 899-907.

Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N., Bergman, W. et al. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J.Psychosom.Res.*, 44, 573-585.

Siegel, L., Schrimshaw, E. & Dean, L. (1999). Symptom interpretation and medication adherence among late middle age and older adults. *Journal of Health Psychology*, 4(2),247-257.

Silverman, M., Musa, D., Kirsch, B., & Siminoff, L. A. (1999). Self care for chronic illness: Older African Americans and whites. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, 169-180.

Steed, L., Newman, S. P., & Hardman, S. M. (1999). An examination of the self regulation model in atrial fibrillation. *Br.J.Health Psychol.*, 4, 337-347.

Stuifbergen, A. K., Phillips, L., Voelmeck, W., & Browder, R. (2006). Illness perceptions and related outcomes among women with fibromyalgia syndrome. *WomensHealth Issues*, 16, 353-358.

Suls, J., Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant coping strategies, *Health Psychology*, 4, 249-288.

Taylor, E., Shelley (2006). *Health psychology, sixth edition, university of California, Los Angeles* pp. 395-396.

Thom, B. & Dixon, K. E. (2007). Coping with Chronic Pain: A Stress-Appraisal Coping Model. In E. Martz & H. Livneh (Eds.), *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical Aspects* (pp. 313-336). Springer.

Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.

van Wilgen, C. P., van Ittersum, M. W., Kaptein, A. A., & van, W. M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis Rheum.*, 58, 3618-3626.

Vaughan, R., Morrison, L., & Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *Br.J.Health Psychol.*, 8, 287-301.

Vitaliano .P. P, Russo J ,Carr J E, Maiuro. R .D, Becker. J,(1985). The ways of coping check list ; Revision and psychosomatic properties ,*Multivariate Behavioral Research* .20;3- 26.

Weinman, J. & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42(2), 113-117.

Wei, H., Chadman, K.K., McCloskey, D.P., Sheikh, A.M., Malik, M., Brown, W.T., Li, X.,(2012). Brain IL-6 elevation causes neuronal circuitry imbalances and mediates autism-like behaviors. *Biochim. Biophys. Acta* , 1822, 831–842.

Wei, H., Alberts, I., Li, X., (2013). Brain IL-6 and autism. *Neuroscience* 252, 320–325.

Williams & Grow & Freedman & Ryan and Deci (1996). Self regulation Questionnaires : treatment motivation for therapy *journal of personality Assessment* , v.68, pp 414\_435 .

William ,R. Brieger , Hopkins J,Bloomer,L. ( 2006 ) . *Health Belief Model, : Social Learning theory* , The Johns Hopkins university ,school of public.

Yang, C.-J., Liu, C.-L., Sang, B., Zhu, X.-M., Du, Y.-J., (2015). The combined role of serotonin and interleukin-6 as biomarker for autism. *Neuroscience*. 284, 290–296.

Zendner .M , Endler .N.S ,(1996). *Handbook of coping theorie research and Application* John wiley and sonsinc, USA .