وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة سطيف 2

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا

مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس:

علم نفس الصحة

موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر تخصص:علم النفس العيادي

إعداد الدكتورة: بوعود أسماء

السنة الجامعية 2020/2019

فهرس المحتويات: **رقم الصفحة:**

- مقدمة	1
المحاضرة الأولى: تعريف علم النفس الصحة	2
1- تعريف علم نفس الصحة	3
2- موضوع علم نفس الصحة	3
3- علاقة علم النفس الصحة بالعلوم الأخرى	4
المحاضرة الثانية: المنطلقات النظرية لعلم النفس الصحة	8
1- تاريخ علم النفس الصحة (المنطلقات النظرية)	8
2- العوامل التي ساهمت في ظهور وتطور علم نفس الصحة	10
3- المنطلقات النظرية لعلم نفس الصحة	11
المحاضرة الثالثة: المفاهيم الأساسية لعلم نفس الصحة	15
- المفاهيم الأساسية لعلم نفس الصحة	16
1- مفهوم الصحة	16
2- مفهوم المرض	19
3- مفهوم جودة الحياة	20
4- مفهوم نوعية الحياة	21
5-مفهوم السلوك الصحي	21
المحاضرة الرابعة: مناهج البحث في علم نفس الصحة.	30
- مناهج البحث في علم نفس الصحة	30
1- التصميم التجريبي	30

2- الدراسات الترابطية 31

3- التصاميم الاستطلاعية (المنهج التتبعي الاستطلاعي) 31

4- الدراسات النوعية 32

5- الدراسات الكمية 32

6- البحوث الاسترجاعية **32**

المحاضرة الخامسة: المعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض. 33

- المعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض 34

المحاضرة السادسة: مجالات علم النفس الصحة 37

- مجالات علم النفس الصحة 38

1- الوقاية وتدبر الأمراض 38

2- تحديد العوامل السلوكية والنفسية المسهمة في الإصابة بالأمراض الجسمية 38

3- حماية الصحة والحفاظ عليها 39

4- تحسين نظام الرعاية الصحية وصياغة السياسات الصحية 39

المحاضرة السابعة: عوامل الحماية والخطر المرتبطة بالصحة. 40

- عوامل الحماية والخطر المرتبطة بالصحة 41

1- عوامل الحماية 41

2- عوامل الخطر 43

2-1- تعريف سلوك الاختطار المتعلق بالصحة 44

2-2- مفهوم عوامل الخطر 44

2-3- نماذج عن سلوكيات الاختطار 48

2-3-1- سلوك التدخين 49

2-3-2- سلوك قيادة السيارات 52

2-3-3- البدانة/ السمنة 57

المحاضرة الثامنة: التربية العلاجية لبعض الأمراض المزمنة 65

- التربية العلاجية لبعض الأمراض المزمنة 66

1- مفهوم التربية الصحية 66

2- مفهوم التربية العلاجية 67

3- بعض المفاهيم التي لها علاقة بالتربية العلاجية (الامتثال العلاجي والالتزام العلاجي) 67

4- أشكال التربية العلاجية للأمراض المزمنة 71

5- نظرة على التربية العلاجية لبعض الأمراض المزمنة 79

5-1- السرطان 79

5-2- أمراض القلب التاجية 84

5-3- مرض السكري 94

قائمة المراجع 99

- **مقدمة:**

جاءت هذه المطبوعة البيداغوجية وفقا لما جاء في البرنامج البيداغوجي المقرر لمقياس علم نفس الصحة، وهي موجهة طلبة السنة الثانية ماستر (ل.م.د) تخصص علم النفس العيادي. وتحتوي على ثمانية محاضرات تغطي البرنامج المقرر لهذا المقياس، حيث نحاول من خلالها تحقيق الأهداف المرتبطة بالمقياس.

وتتمثل الكفاءة الأساسية المستهدفة من هذا المقياس، أن يبني الطالب الذي يدرس علم نفس الصحة رصيدا معرفيا كافيا حول أساسيات علم نفس الصحة.

الهدف العام:

أن يكون المتعلم في نهاية دراسته لهذا الدرس قادرا على معرفة وفهم ماهية علم نفس الصحة، وما هي منطلقاته النظرية، وأن يكون قادرا على تحديد أهم المفاهيم القاعدية لهذا الدرس كمفهوم الصحة والمرض ومفهوم السلوك الصحي..، وأن يكون قادرا على معرفة المعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض، كما يكون قادرا أيضا على تحديد مجالات علم نفس الصحة ومناهج البحث فيها، وأن يكون قادرا كذلك على التمييز بين عوامل الحماية وعوامل الخطر المرتبطة بالصحة، كما يكون قادرا على معرفة وفهم أشكال التربية العلاجية الموجهة لبعض الأمراض المزمنة.

الأهداف الخاصة:

- أن يفهم المتعلم ماهية علم نفس الصحة.
- أن يتعرف المتعلم على المنطلقات النظرية لعلم نفس الصحة.
- أن يحدد المتعلم المفاهيم الأساسية لعلم نفس الصحة: كمفهوم الصحة، مفهوم المرض، مفهوم جودة الحياة.
- أن يصنف المتعلم مناهج البحث في علم نفس الصحة.
- أن يتعرف المتعلم على المعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض.
- أن يحدد المتعلم مجالات علم نفس الصحة.
- أن يميز المتعلم بين عوامل الحماية وعوامل الخطر المرتبطة بالصحة.

- أن يفهم المتعلم أشكال التربية العلاجية الموجهة لبعض الأمراض المزمنة (كالسرطان والسكري..).

المحاضرة الأولى: تعريف علم النفس الصحة:

الأهداف الإجرائية:

- أن يتعرف المتعلم على أهم التعريفات التي تناولت علم نفس الصحة.
- أن يفهم المتعلم ماهية علم نفس الصحة.
- أن يحدد المتعلم موضوع علم نفس الصحة.
- أن يتعرف المتعلم على علاقة علم نفس الصحة بالعلوم الأخرى والتي أسهمت في ظهورها.
- أن يتعرف المتعلم على أحدث التخصصات في علم نفس الصحة وهو علم نفس الصحة العيادي.

1- تعريف علم نفس الصحة:

إن الاهتمام المتزايد بموضوع الصحة في ظل التحول الوبائي والتغيرات التي شهدتها مختلف المجتمعات أدى إلى ظهور تصورات جديدة لمفهوم الصحة لا تقتصر على اعتبارها حالة الخلو من المرض بل على أنها حالة السلامة متعددة الأبعاد الجسمية والنفسية و الاجتماعية. هذه العوامل أدت إلى ظهور علم نفس الصحة مع بداية الثمانينات كتوجه حديث في حقل العلوم النفسية يهتم بتحليل المشكل الصحي بالاعتماد على نظريات ومفاهيم خاصة لشرح وتفسير محددات السلوك المتعلق بالصحة و الدوافع التي تقف وراء تبني الأفراد له. (صارة لورسي، فاطمة الزهراء الزروق ، 2017، ص258).

يعرف علم النفس الصحة بأنه: "مجموعة الإسهامات التربوية والعلمية والمهنية لعلم النفس من أجل تحسين الصحة والمحافظة عليها ومنع الأمراض وعلاجها وتحديد المتعلقات التشخيصية الخاصة بأسباب المرض والاضطرابات المتعلقة به، وتحليل وتحسين نظم الرعاية الصحية وصياغة السياسات الصحية".

وعرفها بروشان شفايتزر Bruchon-Schweitzer في عام 1994 بأنها: "دراسة الاضطرابات النفسو اجتماعية التي قد تلعب دورا في ظهور الأمراض وربما تسريع أو إبطاء تطورها".

عموما ينظر لعلم النفس الصحة بأنها:" دراسة أنواع مختلفة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، و التدخل في الحفاظ على صحة جيدة أو في بدء وتطور الأمراض".

وباتحاد مختلف التخصصات (التحليل النفسي، علم النفس السيكوسوماتي، علم النفس الاجتماعي، علم النفس الإكلينيكي، علم النظافة، علم النفس الصدمة ،علم السموم، العلوم النفسية والعصبية، علم المناعة وعلم الأدوية النفسية..) جاء علم النفس الصحة ليهتم بالصحة والمرض وينظر إليه على أنه نتاج عوامل نفسية واجتماعية و كذا بيولوجية، و يوفر أساليب وقائية وعلاجية تسعى إلى تغيير السلوك الصحي للفرد من خلال مساعدته على اكتشاف ما يمتلكه هو وما يمتلكه محيطه من موارد لازمة للحفاظ على الصحة ومواجهة المرض و تبني سلوكات وقائية. (حربوش سمية، 2017، ص 248).

2- موضوع علم نفس الصحة:

تناول علم النفس الصحي بالدراسة والبحث السلوك المفيد للصحة أي دراسة مدى تأثير العادات الصحية الجيدة على تلافى الأمراض. كما يهتم هذا العلم بدراسة السلوك الضار بالصحة كالتدخين

والإدمان، فإدمان الخمور على سبيل المثال قد يؤدى إلى تليف الكبد وبعض أنواع السرطان وأيضاً إلى تدهور معرفي كبير ويهتم بعلاج هذا الإدمان والوقاية من الانتكاسة أي عودة ظهور الإدمان مرة أخرى. ومن الموضوعات التي يدرسها علم النفس الصحي موضوع الضغوط وتأثيرها على الأفراد من النواحي الفسيولوجية والسلوكية وكيف يختلف تأثيرها من فرد لآخر تبعاً لتقييم كل منهم لشدة الأحداث الضاغطة التي يمر بها ومدى قدرته على التحكم فيها.

وكذلك فكرة التكيف مع الضغوط وارتباطها بسمات الشخصية كالقدرة على التحمل والتفاؤل والتدين، ويكرس اهتماماً كبيراً بدراسة أساليب التكيف مع الضغوط فمثلاً توصل الباحثون إلى أن الحصول على المساندة الاجتماعية من الآخرين يمكن أن يقلل من تأثير الضغوط النفسي ويحسن الحالة الجسمية الصحية. (علم نفس الصحة: التاريخ والتعريف ومجالات التطبيق، 10/ 2019).

3- علاقة علم النفس الصحة بالعلوم الأخرى:

من أهم العلوم التي ساهمت في نشوء علم النفس الصحة، ما يلي:

3-1- علم الأوبئة Epidemiology:

يعرف علم الأوبئة بأنه **الدراسة العلمية لانتشار المرض**. فالباحثون في هذا العلم يدرسون **أسباب حدوث المرض** بين الناس، **ومدى تكرار حدوثه**، حيث يقدمون **معطيات علمية عن انتشار كل مرض** من الأمراض في المجتمع، ويحاولون **استكشاف لماذا تنتشر الأمراض** في بلد ما دون آخر **خاصة التي تؤدي إلى الوفاة في سن مبكرة**، وذلك من أجل **تقليل إمكانية حدوثها**، فالمعرفة مثلا بأن **الحوادث ولا سيما حوادث المرور** قد أصبحت العامل الرئيسي للوفاة بين الأطفال والمراهقين والشباب، أدت إلى ظهور عدد من معايير السلامة بما في ذلك إلزام الآباء باستخدام المقاعد الخاصة بالأطفال في سياراتهم، والتقيد بوضع الأطفال بها أثناء القيادة، والقوانين الملزمة بربط حزام الأمان، وتزويد السيارات بالوسائد الهوائية Airbag ، كما أن المعرفة بأن **أمراض القلب** هي المسبب الرئيسي في حدوث الوفاة قبل وصول الفرد إلى العمر المتوقع لحدوثه، أدت إلى تضافر الجهود على مستوى الأمم لتقليل العوامل التي تزيد من مخاطر الإصابة بين الأشخاص الأكثر قابلية لتطوير أمراض القلب، ويتضمن ذلك بذل الجهود لتقليل عدد المدخنين، وتغيير نظام التغذية، وممارسة التمارين الرياضية، وإنقاص الوزن. (شيلي تايلور، 2008، ص 49- 50).

ويستخدم علم الأوبئة مجموعة من المفاهيم، مثل: **عدد الوفيات، المرض، الانتشار، الوباء ومعدل الوفيات.** أما في الآونة الأخيرة فقد أصبح علم الأوبئة يهتم **بتأثير السلوك وأسلوب الحياة والتدخل الوقائي في تعزيز الصحة،** كما يشارك علماء الأوبئة في **تقييم كفاءة وفعالية الخدمات الصحية،** مثال ذلك العمل في تقدير فترة الإقامة المناسبة في المستشفى طبقا لنوعية المرض. (هناء أحمد شويخ، د.ت، ص25).

3-2- الصحة العامة Public health:

هو العلم الذي يهتم **بالحفاظ على الصحة العامة** وتحسينها ودعمها لدى أفراد المجتمع، حيث يطبق الباحثون في هذا المجال **برامج الوقاية والمناعة أو التلقيحات والتربية الصحية ونشر الوعي الصحي.** ويدرس هذا العلم **الصحة والمرض كما يحدثان في المجتمع** أو في بيئة اجتماعية معينة.

3-3- علم الاجتماع:

وهو العلم الذي يدرس الحياة الاجتماعية للأفراد، لذلك فممارسين هذا العلم يدرسون التجمعات البشرية ويقيمون **أثر العوامل الاجتماعية والصحية** المختلفة على أعضائها.

3-4- علم الاجتماع الطبي Medical Sociology:

وهو العلم الذي يدرس الموضوعات المتعلقة بالصحة المجتمعية، مثل: **أثر العلاقات الاجتماعية في انتشار الأمراض، وردود فعل الأفراد تجاه المرض،** ودور **العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في انتشارها، وطرائق تقديم الخدمات الصحية.**

3-5- علم الإنسان (الأنثروبولوجيا) Anthropology:

والذي يعرف بأنه **الدراسة العلمية للثقافات والحضارات المختلفة،** ومن أبرز فروعه التي تهم علم النفس الصحة ما يسمى **علم الأنثروبولوجيا الطبية،** الذي يشرح **الفروق بين الثقافات والحضارات المختلفة في انتشار المرض.**

3-6- علم النفس الصحة المهني:

هو أحد فروع علم النفس الذي نشأ من **علم النفس الصحة وعلم النفس الصناعي والتنظيمي والصحة المهنية** على يد ريموند وباتريك (Raymond , Wood, Patric, 1990). ويهتم علم نفس الصحة المهني بالتعرف على **السمات النفسية الاجتماعية لأماكن العمل** التي تتسبب في إصابة العاملين **بأمراض جسمية (مثل: أمراض القلب) وأمراض نفسية كالاكتئاب.**

وقد حدد علماء نفس الصحة هذه السمات على أنها تقع في نطاق **حرية العاملين في صنع القرار، والحصول على دعم من هم أعلى منهم.** كما يهتم علم نفس الصحة **بالتدخلات التي قد تمنع أو تحسن المشاكل الصحية المرتبطة بالعمل،** كما يلعب دورا مهما في مجالات **السلامة المهنية.**

ومن بين فروع البحث الأخرى التي يهتم بها علم نفس الصحة: **العنف في مكان العمل، البطالة، ضمان السلامة، وأمان العاملين في مكان العمل.**

3-7- علم النفس الإكلينيكي:

هو تخصص يطبق المعرفة العلمية في **العلاقات المتبادلة** بين المكونات السلوكية والانفعالية والمعرفية والاجتماعية والبيولوجية في حالة الصحة والمرض، **وتعزيز والحفاظ على الصحة، والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل من الإعاقة وتحسين نظام الرعاية الصحية،** كما يركز على المشكلات الصحية، الجسدية، ويسعى إلى تطوير المعرفة فيما يتعلق التفاعل بين السلوك والصحة، وتقديم خدمات عالية الجودة على أساس هو معرفة للأفراد والأسر، ونظم الرعاية الصحية.

3-8- علم النفس الطبي السريري:

يهتم هذا العلم بعلاج **جميع الأمراض النفسية والجسمية نفسية المنشأ،** مع مراعاة الجوانب النفسية والاجتماعية في العلاج، ويعتمد **على النموذج الطبي البيولوجي النفسي الاجتماعي.** ويحق لممارسي هذا العلم **وصف الأدوية النفسية والتقييم المخبري والأشعة** بمختلف أنواعها في الاتجاه التشخيصي النفسي. وخلفية هؤلاء الممارسين هم يحملون شهادة من كليات العلوم النفسية، وكليات العلوم النفسية الطبية في تخصصات علم النفس الصحة مع اختصاص علم نفس سريري. (رياض نايل العاسمي، 2016، ج01، ص 59- 64).

3-9- علم النفس الصحة العيادي:

منذ بداية التسعينيات، في الولايات المتحدة كما في البلدان الأنجلوسكسونية، بدأت المناهج النوعية في التطور داخل علم نفس الصحة، حيث كانت المناهج الكمية سائدة حتى ذلك الحين. وسمي هذا التوجه الجديد "علم نفس الصحة النوعي" "Qualitative Health Psychology" للتمييز بين علم نفس الصحة "Health Psychology" (علم النفس الصحة ذو التوجه الموضوعي والكمي)، وعلم نفس الصحة العيادي "Clinical Health Psychology" الذي يهدف إلى المزيد من التدخل العملي.

بصورة عام يهتم علم نفس الصحة العيادي، **بالمجال النفسي الاجتماعي** في حقل الصحة البدنية، ويهتم بالتجربة الحية للفرد خلال التفاعل. كما يركز على تحليل الروابط بين ذاتية الفرد وأنظمة الرعاية. وعلى وجه الخصوص، فإنه يسعى إلى الانتقال من الظاهرة المتصورة إلى الظاهرة المعاشة في مجال الصحة.

كما يأخذ في الاعتبار النظريات النفسية للمرض الذي يطوره الفرد، وهو يعتبر هذه النظريات كتصور للأسباب التي تقف وراء المرض الجسدي. لذلك هو يدرس الوقائع الذاتية التي تخص كل من الصحة والمرض".

في هذا السياق، لا تصبح الصحة موضوعا خارجيًا ثابتا ومحدد طبيا، بل تصبح جزء من عمل نفسي يهدف إلى إحداث التوازن في جميع مراحل الحياة، والذي تتخذ فيه الغرضية ومعنى المرض بالنسبة للفرد الموضوع الأساسي. وتصبح الشكوى ووظائفها وسائط اتصال للموضوع في عالم مزعج من المرض.

إن نموذج علم النفس الإكلينيكي للصحة لا يحصر تجربة الفرد في موضوع اللاوعي وحده، أو في مجال البيانات الموضوعية والكمية وحدها. بل يفضل مقاربة تكاملية في المجال المعقد للصحة والمرض، ويستند في ذلك إلى النموذج البنائي (يشمل المتغيرات الحسية، التأويلية ، الإثنوميتودولوجية، وما إلى ذلك)..(Marie Santiago-Delefosse , 2002, p08- 09)

المحاضرة الثانية: المنطلقات النظرية لعلم النفس الصحة:

الأهداف الإجرائية:

- أن يتعرف المتعلم على تطور وجهات النظر تاريخيا حول العلاقة بين العقل والجسم وصولا إلى عصرنا الحديث كتمهيد لظهور علم نفس الصحة لاحقا.
- أن يفهم المتعلم كيفية إسهام كل من التحليل النفسي والطب السيكوسوماتي في ظهور علم نفس الصحة.
- أن يحدد المتعلم كيفية ظهور علم نفس الصحة وأهم الباحثين الذين أسهموا في ذلك.
- أن يميز المتعلم بين أهم العوامل التي أسهمت في مجموعها في ظهور وتطور علم نفس الصحة.
- أن يتعرف المتعلم على أهم المنطلقات النظرية لعلم نفس الصحة.

1- تاريخ علم النفس الصحة:

1-1- العلاقة بين العقل والجسم (لمحة تاريخية):

من ناحية تاريخية تأرجحت نظرة الفلاسفة إلى العقل والجسم ما بين اعتبارهما جانبين لنظام واحد أو نظامين مختلفين. فقديما ساد الاعتقاد بأن الجسم والعقل وحدة واحدة، كما ساد الاعتقاد بأن الأمراض تنشأ عندما تدخل الأرواح الشريرة إلى الجسم، ويكمن العلاج في إحداث ثقوب في الجمجمة. أما الحضارة اليونانية فقاموا بتحديد دور الوظائف الجسمية في الصحة والمرض، من خلال تطوير نظرية الأخلاط لتفسير المرض على يد أبوقراط وطورها جالين فيما بعد. وفي العصور الوسطى عادت التفسيرات الخارقة للأمراض، حيث كانت الأمراض تعد عقابا إلهيا لعمل شيطاني ارتكبه الشخص، ذلك أن الكنيسة في ذلك الوقت كانت مصدرا لتقديم المعرفة الطبية.

وابتداء من عصر النهضة إلى الوقت الحاضر، تحققت إنجازات واسعة في مجال الممارسة الطبية، معتمدة على ما تم تحقيقه من تقدم تكنولوجي، وتنامت المعرفة في ميدان علم أمراض الخلية (cellular pathology) والذي غدا يؤكد أن جميع الأمراض تنتج عن مرض الخلية. ونتيجة لهذا التقدم أصبح الطب يتجه أكثر فأكثر إلى التركيز على العوامل الجسمية بدل الاتجاه إلى الدماغ، وفي محاولة للتخلص من المعتقدات الخرافية التي سادت في الماضي تعزز المفهوم حول الثنائية: العقل والجسم، وبذلك أصبح

الأطباء مسئولين عن الجسم والفلاسفة ورجال الدين عن العقل، ولمدة 300 سنة تلت. (شيلي تايلور، 2008، ص 40- 42).

1-2- مساهمات التحليل النفسي والطب السيكوسوماتي:

مع ظهور علم النفس الحديث بدأت هذه النظرة تتغير، حيث ظهر الطب السيكوسوماتي الذي تطور في بداية القرن الـ 20 كاستجابة لتحليل سيغموند فرويد للعلاقة بين العقل والمرض الجسدي، ففي مطلع القرن العشرين وصف فرويد حالة الشلل الهستيري (الهستيريا التحويلية) الذي اعتبره فرويد شلل وظيفي لعضوية سليمة يعود إلى الخبرات والمشاعر المكبوتة التي يتم التعبير عنها جسديا. (عبر الجهاز العصبي الإرادي). (رياض نايل العاسمي، ج01، 2016، ص 28).

ثم ظهرت أعمال كل من فلاندرز دونبار (Flanders Dunbar, 1943) وفرانز أليكسندر (Franz Alexander, 1950) التي أسهمت في ظهور ميدان الطب السيكوسوماتي، وذلك من خلال تقديمهما بروفيلات عن اضطرابات محددة اعتقدوا أنها ترجع لأسباب نفسية جسمية (سيكوسوماتية). كما اعتبر كل من دونبار وألكسندر أن الصراعات تسبب حدوث القلق الذي يصبح بدوره لاشعوريا، ويؤدي إلى إحداث تغيرات فسيولوجية في الجسم تحدث عبر تأثير الجهاز العصبي المستقل، وأن استمرار هذه التغيرات يؤدي إلى إحداث اضطرابات عضوية حقيقية. ومن الانتقادات الموجهة لهذه الحركة هو أن الباحثين المعاصرين يعتقدون أن المرض يتطلب تفاعل مجموعة متنوعة من العوامل وليس صراعات محددة أو نمط الشخصية فقط. (شيلي تايلور، 2008، ص 43- 44).

1-3- ظهور علم نفس الصحة:

بدأ علم النفس الصحة في الظهور باعتباره تخصصا متميزا في علم النفس في الولايات المتحدة في 1976، حيث أنه في منتصف القرن العشرين كان هناك تفهم متزايد في مجال الطب على أن لسلوك الفرد تأثير مباشر على الصحة. كما توصل علماء النفس وعلماء آخرين في نفس الحقبة إلى وجود علاقة وطيدة بين العمليات النفسية والفسيولوجية. حيث تم بذلك فهم أفضل لتأثير الإجهاد على أنظمة القلب مثلا، و التوصل في وقت مبكر أن أداء الجهاز المناعي يمكن تغييره عن طريق التعلم.

بقي علماء النفس يعملون في أوساط طبية لسنوات عديدة وقد كان يطلق في بعض الأحيان على مجال تخصصهم وعملهم علم النفس الطبي ومع ذلك، كان حقل عملهم صغيرا نسبيا يهدف في المقام

الأول إلى مساعدة المرضى على التكيف مع المرض. وفي عام 1969 أعد ويليام سكوفيلد William Schofield تقرير لجمعية علم النفس الأمريكية بعنوان دور علم النفس في تقديم الخدمات الصحية. و قد كان سكوفيلد من القليلين من علماء النفس الذين يعملون في هذا المجال في ذلك الوقت (علم النفس الصحة)، حيث اقترح أشكالا جديدة من التعليم والتدريب لعلماء النفس في مجال علم النفس الصحة في المستقبل، وقد استجابت جمعية علم النفس الأمريكية لاقتراحه عام 1973.

و في عام 1977 وبقيادة جوزيف ماتارازو Joseph Matarazzo أضافت الجمعية الأمريكية لعلم النفس تخصصا جديدا ألا وهو علم النفس الصحة. وفي 1980 تم إنشاء منظمات وجمعيات مماثلة في أماكن أخرى تهتم بعلم النفس الصحة، ثم عام 1986 تأسست جمعية علم النفس الصحة الأوروبية، تلا ذلك إنشاء منظمات مماثلة في عدة بلدان بما في ذلك أستراليا واليابان. ثم بدأت بعدها الجامعات في تطوير برامج التدريب على مستوى الدكتوراه في علم النفس الصحة. (حربوش سمية، 2017، ص 248- 250).

2- العوامل التي ساهمت في ظهور وتطور علم نفس الصحة:

ساعد على ظهور علم نفس الصحة وتطوره عدة عوامل، هي:

- الانتشار الواسع لبعض الأمراض المزمنة والخطيرة التي رفعت من نسبة الوفيات بين الأفراد، حيث لم يعد سبب الموت الأوبئة والأمراض المعدية، بل هذه الأمراض المزمنة مثل الاضطرابات القلبية والسرطانات وغيرها، والتي ترتبط نشأتها بمجموعة من السلوكيات التي يتعود الفرد على ممارستها في نمط أو أسلوب حياته وتعرف بعوامل الخطورة، كارتفاع ضغط الدم، التدخين، الإدمان على الكحول، والتعرض لمصادر الضغط النفسي والاجتماعي (ضغوطات الحياة اليومية، العزلة الاجتماعية..). وبالتالي بإمكان أي شخص تفادي تلك المشاكل إذا غير من عاداته الصحية السيئة وأقدم على ممارسة عادات صحية سليمة. (القص صليحة، 2015- 2016، ص111).

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

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

- أضف إلى ذلك التطور الهائل الذي شهدته العلوم الأخرى في ميدان علم النفس كعلم النفس المعرفي، وعلم النفس الفزيولوجي وعلم النفس العصبي وعلم النفس الاجتماعي وغيرها، وظهور الفيزيولوجيا النفسية وعلم المناعة العصبية النفسية، وإضافة إلى العلوم السلوكية ومهارات الاتصال (لتحسين العلاقة مع المرضى) إلى التدريب الطبي.

- بالإضافة إلى إدراك دور العوامل السيكولوجية والاجتماعية في الارتقاء بالصحة أو تطور المرض.

- كما لعب الدور المهم الذي يحققه التدخل النفسي في الارتقاء بصحة أفراد المجتمع، والمساهمات الهائلة لأساليب البحث التي توصل إليها خبراء مختصون في إجراء البحوث دورا كبيرا. (شيلي تايلور، 2008، ص 62).

3- المنطلقات النظرية لعلم نفس الصحة:

هناك عدد من النماذج النظرية في علم نفس الصحة، والتي لكل منها مميزات ونقائص، نذكر من أهمها:

3-1- نموذج المعتقدات الصحية Health Belief Model:

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية (HBM) من أكثر النماذج تأثيرا في تفسير السبب الذي يدفع الناس إلى ممارسة السلوك الصحي، وقد تبلور هذا النموذج بشكل كامل على يد روزنستوك Rosenstock عام 1966، ثم طوره بعد ذلك بيكر Becker عام 1974، وتم تطبيقه في مجالات متعددة في علم نفس الصحة تشمل الإذعان للأوامر الطبية، وسلوكيات دعم الصحة. وكما هو واضح من اسمه فهو يركز على تأثير العمليات المعرفية (المعتقدات) على السلوك. (أميرة الدق، 2011، ص 105).

وتعرف المعتقدات الصحية بأنها مجموع تصورات مبنية على أسس نفسية واجتماعية تجاه المرض وإحساسات الخطر، لذلك فهي تلعب دور وسيط في تصور المرض وكيفية الوقاية منه، بحيث تساهم في فهم أسباب ممارسة الأفراد للسلوكيات الصحية وهذا للتنبؤ فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي. (خشاب سعاد، 2017، ص 116).

ويفترض علماء النفس المنظرون أمثال هوشبوم (1958) Hochbaum وروزنستوك وسترشر باكر (1988) Becker & Strecher & Rosenstock، أن الأفراد سيتخذون خيارات سلوكية بناءً على تقدير

خطر العواقب وفوائد النشاط جنبًا إلى جنب مع الاعتقاد بأنهم يستطيعون تغيير السلوك (الكفاءة الذاتية) أو لا يمكنهم. والمكونان الأساسيان للنموذج هما، **أولا:** إدراك التهديد والذي يتألف من القابلية للإدراك والشدة المدركة، و**ثانيا:** تقييم السلوك والذي يتضمن الفوائد والعوائق المتصورة. بالإضافة إلى ذلك يتضمن هذا النموذج عوامل التعديل كالثقافة، والمستوى التعليمي، والتجارب الماضية، والكفاءة الذاتية. يعتقد أن الفرد يقيم كلاً من شدة العواقب السلوكية وحساسيته المتصورة للتهديد من أجل تحديد السلوك.

(Beth A. Lanning et- al, Oct 2018, p 443).

3-2- نموذج الدافع إلى الحماية (Theoeory Motivation Protection (PMT:

تعتبر نظرية دافع الحماية من النظريات الاجتماعية المعرفية و التي قام روجرز ورولاند بتطويرها سنة 1975 إثر قيامه بمراجعة أعمال لازاروس 1966 وليفونثال 1970 وتوسعة لنموذج المعتقدات الصحية. وهذه النظرية شأنها شأن نظرية المعتقدات الصحية، تركز على فكرة أن الممارسات الصحية الوقائية تعتمد على الاعتقاد بتوقع فوائد لتنفيذ تلك الممارسات. غير أنها تضيف إلى الاعتقادات مفهوما آخر وهو الدافع إلى الحماية، وترى أن الدافع إلى الحماية ينتج عن نوعين من العمليات المعرفية: **تقدير الخطر وتقدير المواجهة.**

أي أن الدافع إلى الحماية ينتج عن عملية المقارنة بين الشدة المدركة لخطورة المرض وتقدير مدى الاستعداد للإصابة به، وبين القدرة على مواجهة ذلك الخطر أو التهديد (القدرة المدركة على ممارسة السلوك الوقائي) بناء على توقع مستوى من الفعالية الذاتية على أداء السلوك المناسب. حيث تتوقف عملية الدخول في السلوك الوقائي أو مواصلته أو التخلي عنه على نتيجة العمليتين المعرفيتين سابقتي الذكر.

وقد استخدمت هذه النظرية بشكل واسع في مجال الوقاية من الأمراض الخطيرة كالسرطانات والسيدا، وفي مجال تغيير العادات السلوكية والاتجاهات نحو الإدمان، التدخين وممارسة الرياضة وغيرها. (فاطمة الزهراء زروق، 2015، ص 20- 21).

3-3- نظرية السلوك المخطط له Theory of Planned Behavior:

جاءت هذه النظرية على يد كل من أزجن وفيشبين (Azjen & Fishbein, 1980) لتفسير العلاقة بين السلوك والاتجاهات. وهي بذلك تضيف البعد المعياري القيمي إلى التفسير الذي قدمته كل من نظريتي القناعة الصحية والدافع إلى الحماية. حيث ترى أن ممارسة الفرد للسلوك الوقائي هي عملية تمر بتخطيط مسبق، وفق العديد من العمليات الاستدلالية التي تجمع بين المكونات المعرفية والاجتماعية التي تبدأ، أولا بتقييم مدى أهمية النتائج المترتبة عن ممارسة السلوك. ثم تقييم مدى الوقع أو الأثر الذي يمكن أن يحدثه هذا السلوك لدى الأشخاص ذوي الأهمية المرجعية ممن يهتم الفرد بنيل رضاهم كالأصدقاء. وإلى أي

مدى تناسب نتائج تنفيذ السلوك الوقائي مع الاتجاهات الذاتية (القناعات الذاتية حول الخطأ والصواب، المقبول والمرفوض). وعندها إما ترتفع الدافعية والرغبة في القيام بالسلوك الوقائي أو تنخفض. (فاطمة الزهراء زروق، 2015، ص 20- 21).

3-4- نموذج تغير السلوك عبر مراحل/ نموذج مراحل التغيير **The Stages of Change Model**:

استطاع كل من بروشاسكا دكليمونتي ونوركروس (Prochoska & Diclement & Norcross, 1992) بناء نموذج نظري يعنى بتحديد الراحل التي يمر من خلالها شخص ما عندما يغير عن قصد سلوكا مضرا مثل التدخين أو أكل غير صحي. وحسب هذا النموذج فإن رغبة الفرد للتخلي عن عادة صحية سيئة تخضع لعدة عوامل شخصية داخلية، وعملية التغيير هذه تمر بالمراحل الخمس الآتية:

1. **مرحلة ما قبل الوعي الصحي Precontemplation stage:** في هذه المرحلة لا توجد إرادة أو رغبة قوية في تغيير السلوك اللاسوي في المستقبل، نتيجة عدم وعي الفرد بوجود مشكلة صحية لديه مثل سلوك الإدمان على المخدرات وبالتالي لا يفكر في التغيير رغم حث المحيطين به على ذلك.
2. **مرحلة الوعي الصحي contemplation stage:** في هذه المرحلة يكون الفرد على وعي بوجود مشكلة لديه ويفكر جديا في كيفية التغلب عليها، ولو أنه يكون غير مقبل بعد على اتخاذ أي إجراء عملي من شأنه أن يقضي على المشكلة الصحية.
3. **مرحلة الاستعداد للتنفيذ Preparation Stage:** تعرف بمرحلة اتخاذ القرار وتشمل رغبة الفرد القوية في التغيير، ويصاحب ذلك اتخاذ إجراءات عملية كالتخلي عن بعض المأكولات مثلا.
4. **مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل Action stage:** في هذه المرحلة يحدث تغيير فعلي في السلوك مثل الإقلاع على التدخين وتغلب الفرد على مشكلته الصحية، وغالبا ما تتطلب هذه المرحلة إرادة كبيرة وجهدا مستمرا لإحداث أي تغيير ملموس في تعديل السلوكيات.
5. **مرحلة الاحتفاظ أو الإبقاء على السلوك Maintenance stage:** في هذه المرحلة يحاول الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الانتكاس. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 40- 42).

وقد تم تطبيق مبادئ هذا النموذج في العديد من المجالات كعلاج الإدمان على الكحول والتدخين ومراقبة الوزن، وغيرها من مجالات تعديل سلوك التبعية لبعض المواد.

3-5- نموذج تغيير السلوك بالتواصل أو بالإعلام/ نموذج التواصل- الإقناع:

طور هذا النموذج خبير التخاطب والاختصاصي النفسي الاجتماعي ويليام ماكجوير W. Mcguire سنة 1981، ويرتبط هذا النموذج بشكل مباشر بالعلاقة السببية بين التواصل والإقناع، حيث إن تأثير جهود التواصل المقدمة سوف تعتمد على المدخلات (المثيرات) والمخرجات (الاستجابة للمثير). وتحتوي المدخلات على كل من:

1. مصدر الرسالة (عادة ما يكون شخصا أو جماعة من الموثوق بهم، ويستطيع إقامة علاقة مع الأفراد الذين يوجه لهم الرسالة. ويؤثر كل من جنس المصدر وعمره، وحالته الاجتماعية، وجاذبيته على كيفية استجابة المستقبلين لهذه الرسالة "حملة توعوية مثلا".

2. مضمون الرسالة (ويتضمن ما يقال؟ وكيف يقال؟ وهذه العوامل تعد مهمة). إضافة إلى عوامل أخرى تؤثر في المستقبل كسرعة الإلقاء وطول الرسالة ودرجة الصوت.

3. القناة التي أرسلت عن طريقها الرسالة (وهي الوسيط الذي تنتقل عبره الرسالة، وليس المهم في اختيار القناة تكلفتها فقط ولكن الحقيقة أن بعض القنوات تكون فعالة للرسائل البسيطة وبعضها الآخر يكون فعالا في الرسائل المعقدة).

4. مميزات المستقبِل (وهو الشخص المقصود من هذه العملية، ويحتاج المتخصصون في مجال التواصل معرفة عمر المستقبل وما يفضله وما لا يفضله، وعاداته). **5. الهدف من الرسالة** (ويقصد بها النتيجة المرغوبة من التواصل).

وقد خصص نموذج ماكجوير عام 1981 اثني عشر مرحلة متتالية من الأحداث لا بد من ظهورها بين التعرض لعملية التواصل والتغيرات طويلة المدى في السلوك، وهذه المراحل، هي:

1. التعرض لعملية التواصل. 2. الإصغاء إليها. 3. الميل لعملية التواصل والاهتمام بها. 4. فهمها (تعلم ماذا). 5. اكتساب مهارة التواصل (تعلم كيف). 6. الإذعان لهذه العملية (تغيير الاتجاه). 7. تخزين محتويات عملية التواصل في الذاكرة. 8. استرجاع المعلومات. 9. تحديد أساس الاسترجاع. 10. أن يسلك الأفراد وفقا هذا التحديد. 11. تعزيز التصرفات المرغوبة. 12. المحافظة على هذا السلوك.

(أميرة الدق، 2011، ص 125- 127).

المحاضرة الثالثة: المفاهيم الأساسية لعلم نفس الصحة:

الأهداف الإجرائية:

- أن يحدد المتعلم مفهوم الصحة.
- أن يتعرف المتعلم على مراحل تطور مفهوم الصحة.
- أن يفهم المتعلم العلاقة بين كل من الصحة والسلوك.
- أن يحدد المتعلم مفهوم المرض في كل من تخصصات الطب وعلم النفس.
- أن يفهم المتعلم ماهية جودة الحياة.
- أن يضبط المتعلم مفهوم نوعية الحياة وأهم الجوانب التي تشتمل عليها.
- أن يتعرف المتعلم على مفهوم السلوك الصحي.
- أن يميز المتعلم بين مفهومي العادة السلوكية والسلوك الصحي.
- أن يفهم المتعلم أبعاد السلوك الصحي.
- أن يتعرف المتعلم على أهم الممارسات الصحية التي ترتبط بالصحة الجيدة.
- أن يحدد المتعلم أهم المتغيرات المؤثرة في السلوك الصحي.

- **المفاهيم الأساسية لعلم نفس الصحة:**

1- مفهوم الصحة:

لقد ساهم الاهتمام بموضوع الصحة في إعطاء تصورات جديدة لمفهوم الصحة، تختلف عن التصورات الكلاسيكية المعروفة باقتصارها في تعريف الصحة على أنها حالة الخلو من المرض. حيث انبثقت المفاهيم الجديدة للصحة من فكرة التفريق بين **الإصابة بالمرض (Deasease) ووضعية المرض (Ilness)** أي بين الحدث البيولوجي المتميز بالتغيرات التشريحية أو الفزيولوجية أو الكيميائية الحيوية، وبين الخبرة الذاتية الناتجة عن تفاعل الفرد ككائن بيولوجي مع محيطه في حالة الإصابة بالمرض. هذه الخبرة الذاتية بما تحمل من أفكار ومشاعر وسلوكيات هي التي أسهمت في وجود تعاريف جديدة لمفهوم الصحة.

(فاطمة الزهراء زروق، 2015، ص 09).

1-1- تعريف الصحة:

الشائع عند الناس فإن الصحة هي عكس المرض، فالشخص السليم لا يوجد لديه علامات تدل على خلل في وظائف جسمه (كارتفاع درجة الحرارة أو غيرها)، ولا يعاني من أعراض مرضية (مثل الصداع، حرقان المعدة.. الخ). وقد اختلف العلماء حول تعريف الصحة ومتى يتمتع الشخص بها.

- **فالتعريف الأول للصحة** كان هي خلو الإنسان من الأمراض.

جاء علماء آخرون فلاحظوا أن الشخص يكون خاليا تماما من الأمراض البدنية ولكنه لا يتمتع بالصحة لأنه يعاني من أمراض نفسية فزادوا على التعريف الأول المشاكل النفسية فقالوا:

- **التعريف الثاني للصحة:** الصحة هي أن يخلو الإنسان من الأمراض البدنية والنفسية.

وبقي هذا التعريف مدة من الزمن ثم لاحظ بعض العلمء أن الشخص قد يكون صحيحا بدنيا ونفسيا، ولكن رجله مبتورة (معاق) فكيف نقول عن هذا الشخص أنه يتمتع بالصحة الكاملة فزادوا على التعريف السابق (أن يخلوا من الإعاقات). فقالوا:

- **التعريف الثالث للصحة:** الصحة هي أن يخلو الإنسان من الأمراض البدنية والنفسية ولا يعاني من إعاقة.

بعد مدة من استخدام هذا التعريف شكلت منظمة الصحة العالمية فريقا من العلماء لوضع تعريف كامل ودقيق للصحة، فخلص هذا الفريق إلى التعريف التالي الذي اعتمدته منظمة الصحة العالمية.

(المؤسسة العامة للتدريب التقني، 1429هـ، ص03).

- **تعريف منظمة العالمية للصحة (O.M.S):**

تطرح تعريفا أكثر وضوحا للصحة، حيث ترى أن الصحة هي: "حالة كاملة من السلام الجسدي والنفسي والاجتماعي، وهي لا تقتصر على غياب المرض أو الإعاقة".(محمد بني يونس، 2008، ص 466).

يعرفها قاموس علم النفس (Dictionary of psychology) الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)، بأنها:" حالة الفرد الجسمية والعقلية والنفسية، والرفاهية مقابل الخلو من أي مرض أو جروح أو أوجاع وشكاوي أو أعراض مقلقة". وهذا التعريف لا يختلف عن التعريف التي وضعته منظمة الصحة.

وهو التعريف الأكثر شيوعا واستعمالا في المجالات الطبية والصحية. إذ تم تقديم الصحة على أنها حالة من التمام الجسمي مصحوب بحالة من الرفاهية النفسية والجسمية والاجتماعية.

وقد وردت لاحقا في ميثاق أوتاوا (La charte de Ottawa, 1986) حول ترقية الصحة إضافات لهذا التعريف: "الصحة ليست مجرد الخلو من المرض، بل هي حالة من الرفاهية الجسمية، العقلية والاجتماعية للفرد أو الجماعة، ولا يمكن الوصول إلى هذه الحالة إلا بإشباع الحاجات الأولية والنمو السليم والتكيف مع المحيط".

وقد أكدت منظمة الصحة العالمية في هذا الميثاق على خمسة دعائم أساسية لتعزيز الصحة، وهي: تبني سياسة حول الصحة، جعل البيئة الذي يعيش فيها المواطن محيط يليق بنوعية حياة طيبة، تعزيز العلاقات الاجتماعية، تدعيم أنظمة الرعاية الصحية وتطوير القدرات الشخصية. (دليلة زناد، شاكر أمير الدين بورجي ، 2016، ص 108).

ويفسر كل من "**بيتو وكيرسي**" الصحة الجيدة أو الصحة المعتلة على أساس: "قدرة الأشخاص على القيام بوظائفهم وأدوارهم في بيئتهم، من خلال تنمية مصادر الحياة جسمية ونفسية واجتماعية ووجدانية".

– ويمكن النظر لمفهوم الصحة –بشكل عام– على أنه بعد ممتد ذو طرفين يشتمل على تغيرات كمية يقع على أحد طرفيه اللياقة الجسمية والعقلية والاجتماعية التامة، وعلى الطرف الآخر يقع الموت، كالتالي:

اللياقة التامة ⟷ الموت

الصحة

ويكون لكل شخص موقع محدد على هذا البعد. (جمعة يوسف، غرة مبروك، 2005: ص 32–33).

إذا الصحة ظاهرة مركبة (لديها محددات، ومظاهر، ونواتج..)، كما أنها أنواع كالصحة البدنية والصحة النفسية والاجتماعية، روحية، مهنية..

1–2– علاقة السلوك بالصحة:

لم يعد فهم الصحة يقتصر على فهم البعد العضوي الحيوي فقط وإنما أصبحنا ننظر إليه على أنه تداخل عوامل ثلاثة هي : العضوية الحيوية و النفسية السلوكية والاجتماعية .

وإن التعريف الشامل للسلوك ليعطينا فهما أفضل لعلاقته بالصحة وسلامتها. فيعرّف السلوك بأنه كل ما يصدر عن الإنسان من فكر ومواقف وكلام وعواطف وأفعال. ومن هذا التعريف ندرك كيف يرتبط السلوك ببعض جوانب الصحة، ويعطينا كذلك طريقة للتدخل وتعديل السلوك عن طريق تغير بعض الأفكار أو المواقف أو الأفعال.

السلوك = فكر + مواقف + كلام + عواطف + أفعال

وتحاول منظمة الصحة العالمية والتي من أولوياتها رفع المستوى الصحي لشعوب البلاد الأعضاء فيها، الاستفادة من الرصيد البشري أو الإنساني للوقاية من الأمراض وحفظ الصحة ولعلاجها من الأمراض إن وجدت. وينطلق هذا التوجه من الحقيقة الهامة والتي أثبتتها الكثير من الأبحاث الطبية ، وما توفر لنا من معلومات هائلة عن العلاقة الوثيقة للسلوك الإنساني بكل الأمراض تقريباً ، الوبائية وغير الوبائية منها.

ولشرح علاقة السلوك بالصحة يفيد أن نذكر من جوانب هذه العلاقة الأمور التالية:

أ- طبيعة بعض الأمراض والتي كلها تتأثر بالسلوك الإنساني:

- أمراض القلب والأوعية الدموية.
- السرطانات والأورام (كالناتجة عن دخان السجائر).
- الأمراض المتعلقة بالحمية الغذائية كالسكري والسمنة.
- الإدمانات.
- الأمراض المنتقلة بالاتصال الجنسي.
- العرضة للإصابة بالالتهابات.
- حوادث السير والطرقات.
- حوادث الجروح والإصابات الرضيّة.

ب - طبيعة بعض السلوكيات الوثيقة الصلة بالصحة والأمراض:

- نمط الحياة كالنظافة وغيرها.
- طبيعة الاستفادة من النظام الطبي أو الصحي المتوفر.
- طبيعة طلب الخدمة الطبية والعلاجية.
- حسن التعاون مع النصائح الطبية ومنها تناول العلاج الموصوف.
- بعض السلوكيات المرتبطة بنسبة مرتفعة من المخاطر.

ومعظم النجاحات التي حققتها الإنسانية في مجالات الصحة العامة للشعوب إنما قامت من خلال **تقليل مخاطر التعرض للإصابة بالأمراض** كتحسين **شروط ونظافة ماء الشرب** في العالم، **وكتحسين مستوى المجاري المائية** في القرنين التاسع عشر والعشرين ، الأمر الذي حقق الوقاية من وقوع الكثير من الأمراض وخاصة الوبائية منها . وكذلك الأمر بالنسبة **للحملات الجماعية للقاحات** الأمر الذي مكّن من القضاء النهائي على بعض الأوبئة التي أصابت البشرية لعصور طويلة حتى ظنّ الناس أنه لا برئ منها . (مأمون مبيض، 2004، ص 2- 3).

2- مفهوم المرض (La maladie):

كلمة "**مرض**" **La maladie** مشتقة من الكلمة الإغريقية "pathos" وهي مرادفة لكلمة "affection" والتي تعني: حنان، محبة، داء، مرض. (Agnés Bonnet et Lydia Fernandz, 2007, p22.)

ويعرف المرض على أنه: "تجربة ذاتية من الانزعاج، من الإصابة، ومن الحصر، والتي تحدث تغيرات في الشخص، وفي جسمه، وفي دوره الاجتماعي الذي يتألف من حقوق وواجبات".

في **الطب** فكرة المرض تتألف من مفهوم محدد، إذ هو عبارة عن:" مجموعة من الإشارات يوجد أصل لها، أو مجموعة من الأسباب لها هدف واحد".

وفي الطب العقلي، المرض يعرف من خلال: "ثبات مجموعة من الإشارات، والتي تختلف جذريا عن إشارات أخرى". (Jean-Louis Pidinielli, 2006, p 70-71)

وحسب **معجم علم النفس (Dictionnaire de psgchologie)**، يعرف المرض على أنه: "اختلال في الصحة ينتج عن عدم قدرة الجسم على استخدام دفاعات عضوية ضد الاعتداءات الخارجية كالصدمات، الالتهابات السامة...أو ينتج عن عدم القدرة على حل الصراعات النفسية". (Norbet Sillamy, 1999, p161).

فالمرض يحدث على ثلاث مستويات: جسمية، نفسية، أو اجتماعية.

إذا يمكن الاستخلاص أن المرض هو عبارة عن:

مجموعة من الأعراض أو الإشارات والتي تعود إلى سبب معروف أو غير معروف، وهو مفهوم عام يستخدم للتعبير من وجود خلل يحدث للفرد ويسبب له اعتلالا في صحته الجسمية أم النفسية أو الاجتماعية.

3- مفهوم جودة الحياة:

تعرف جودة الحياة بأنها:" تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، والحياة العاطفية الايجابية إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية، وإحساسه بمعنى السعادة وصولا إلى عيش حياة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع." (مسعودي أمحمد، 2015، ص 205).

وحسب جليمان وإيستربورك وفراي (2004) فإن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقًا لميكانيزمات داخلية، كالاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، وتصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل فيه، ونوعية ومستوى طموحاته.

كما يرى **تيلور وبوجدان (1996)** أن هذا المفهوم لا يكون له وجود أو معنى إلا من خلال إدراكات الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية. (محمد جخراب، يحي عبد الحفيظي، 2016، ص 471-472).

4- مفهوم نوعية الحياة:

تعرف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة بأنها:"إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق ذلك أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه وتوقعاته وقيمه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية وحالته النفسية ومستوى استقلاليته وعلاقاته الاجتماعية واعتقاداته الشخصية وعلاقاته بالبيئة بصفة عامة". (خديجة لطرش، أحمد فاضلي، 2016، ص131).

وتشمل نوعية الحياة عدة جوانب، أهمها: مستوى الصحة، والرضا الذي يشعر به الفرد لكونه حيا، والقدرة على القيام بالوظائف البدنية والعقلية والاجتماعية على مستوى مرتفع، تضاف إلى استمتاع الفرد بحياته وزيادة إنتاجيته بصرف النظر عن سنه. كما أن ممارسة مهارة اتخاذ القرارات الصائبة والعادات الصحية يمكن أن تسهم في تحسن نوعية الحياة ليس الآن فقط بل في المستقبل أيضا.

5- مفهوم السلوك الصحي:

تشير أحدث التقارير الصحية إلى وجود علاقة مباشرة بين مفهومي السلوك والصحة، بمعنى أن نشأة وحدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية.

وفي هذا الميدان توصلت العديد من الدراسات إلى تحديد المتغيرات المؤثرة على صحة الإنسان، وتم تصنيفها على النحو التالي:

*الوراثة.

*البيئة.

*النظام الصحي أو البيئي.

*نمط الحياة Life style وهو المتغير الذي اكتسب أهمية كبيرة في الدراسات الإبيدميولوجية في مجال الصحة العامة، حيث تعتبر بعض الممارسات الصحية كالعادات الغذائية مثلا أو النوم أو النشاط البدني

من المتغيرات الأكثر تأثيرا في الصحة والمرض في المجتمعات المعاصرة. (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 59).

5-1- تعريف السلوك الصحي:

تنطلق فكرة الارتقاء بالصحة من فلسفة مفادها أن الصحة الجيدة هي نتاج إنجاز شخصي تراكمي يتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحية في مرحلة مبكرة من عمر الفرد، والمحافظة عليه في مرحلتي الرشد والشيخوخة. (شيلي تايلور، 2008، ص 121).

إن السلوك الصحي هو مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية. ويعرف على أنه:" كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد".

يعرفه جوشمان Gochman بوصفه:" الصفات الشخصية المميزة مثل المعتقدات والتوقعات والحوافز والقيم والإدراكات وعناصر معرفية أخرى وتتضمن الصفات المميزة للشخصية وأنماط السلوك الظاهرية والأفعال والعادات المرتبطة بالمحافظة على الصحة، وتحسينها والشفاء من المرض". (القص صليحة، 2015- 2016، ص 120).

وتعرفه شيلي تايلور بأنه:" تلك السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم". (شيلي تايلور، 2008، ص 124)

حسب ماتارازو (Matarazzoo, 1984) هناك نوعان رئيسيان من السلوكات الصحية: **سلوكات الخطر** Health-impairing Habits والتي تعد مرضية وتزيد من احتمال الإصابة بالأمراض مثل التدخين، شرب الكحول، الاستهلاك المكثف للمواد الدهنية أو السكريات.. ، والنوع الآخر هو **السلوكات الوقائية** health-protective Behaviors والتي تعمل على التقليل من خطر الإصابة بالمرض مثل ممارسة النشاط البدني بانتظام، النوم الجيد، التغذية الصحية المتوازنة. (كريمة سي بشير، ظريفة مسعودي، 2018، ص 06).

أما كازل وكوب فيعرفان ثلاث فئات للسلوك الصحي، كما يلي:

- **السلوك الصحي الوقائي:** وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى صحيا بغرض الوقاية ضد الأمراض، وذلك في حالة عدم وجود أعراض مرضية للفرد.

- **السلوك المرضي:** يقصد به أي نشاط يقوم به الفرد الذي يدرك أنه مريض ليصل إلى حالة من الصحة والشفاء بالعلاج المناسب.

- **سلوك الدور المرضي:** وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يعتبر نفسه مريضا، بغرض أن يصبح بحالة جيدة، ويشمل هذا السلوك تلقي العلاج من الأطباء، كما يشمل بشكل عام مدى واسعا من السلوكيات، ويؤدي إلى درجة من إعفاء الشخص من القيام بمسئوليات معتادة بالنسبة له.

كما يعرف الصبوة أنماط السلوك الصحي الإيجابي بوصفها:" تلك الأفعال والنشاطات المنتظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يمارسها الفرد لمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنعه من الأذى أو الضرر البدني والنفسي، وتساعده في الاكتشاف المبكر للمرض والعجز، أو تساعده في التخفيف من المعاناة والمرض بحيث يتم تحسين الحالة الصحية البدنية والنفسية، وتحميه من المخاطرة التي من شأنها إحداث ضرر وأذى بدني أو نفسي أو كليهما". (أميرة محمد الدق، 2011، ص 57-58).

5-2- الفرق بين العادة السلوكية والسلوك الصحي:

إن العادة الصحية هي عادة ترتبط بسلوك صحي راسخ يؤدى بشكل أوتوماتيكي، ولا يستدعي تدخل الشعور، غالبا ما تتطور العادات الصحية في مرحلة الطفولة و تتثبت ما بين (11- 12 سنة) ثم تستقر في سنوات الرشد. فاستخدام حزام الأمان، وغسل الأسنان، وتناول الغذاء الصحي جميعها أمثلة على هذا السلوك الذي يتخذ صفة العادة. ومع أن تطور العادات الصحية قد ينجم أساسا عن ارتباطها بنتائج إيجابية، مثل تقبل الوالدين، إلا أن هذه العادات تصبح مستقلة فيما بعد عن عملية التعزيز، وتبقى لدى الفرد بفعل عوامل البيئة المحيطة التي تبقى غالبا ما ترتبط بها، لذلك فهي تصبح شديدة المقاومة للتغيير.

ومن هنا يتبين أهمية تطوير سلوك صحي جيد واستبعاد السلوكيات غير الصحية منذ المراحل العمرية المبكرة ما أمكن. (شيلي تايلور، 2008، ص 124).

5-3- أبعاد السلوك الصحي:

للسلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية، هي:

- **البعد الوقائي:** ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض **كالحصول على التلقيح ضد مرض معين** مثلا أو **مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.**

- **بعد الحفاظ على الصحة:** ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد **كالإقبال على الأكل الصحي** مثلا أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوح بها.

1- 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 وممارسة الرياضة بشكل منتظم** ودائم.. الخ. (شريفة بن غذفة، 2009، ص 48).

5-4- المتغيرات السلوكية في الصحة والمرض:

لقد قام بعض الباحثين مثل برسلو Breslow وبيلوك Belloc وسايم Syme وآخرون بسلسلة من الدراسات المسحية في إطار مشروع علمي، حول تأثير الأسلوب الشخصي في الحياة Personal life style على الصحة البدائية، أقره قطاع الصحة العامة في كاليفورنيا في الستينات، حيث أجرى برسلو Breslow وبيلوك Belloc في عام 1965 دراسة مسحية على عينة متكونة من 6938 فردا (ذكورا وإناثا) تراوحت أعمارهم ما بين 20 و70 سنة فما فوق. ولقد أظهرت نتائج هذه الدراسة العلمية الهامة بكل وضوح أن الصحة الجيدة مرتبطة ارتباطا وثيقا بسبع ممارسات صحية شخصية health practices Personal التالية:

*عدم التدخين.

*النوم ما بين 07 إلى 08 ساعات يوميا.

*تناول إفطار الصباح يوميا.

*عدم الأكل خارج أوقات الأكل.

*الحفاظ على الوزن المناسب.

*ممارسة النشاط الرياضي بانتظام.

*عدم تناول المشروبات الكحولية.

بالإضافة إلى ذلك وعلى وجه الخصوص اتضح أن **المستوى الصحي للأفراد** لدى كل فئة من عينة الدراسة **يعرف تحسنا ملحوظا كلما ازداد عدد سلوكياتهم الصحية** وممارستهم لها. كما تبين كذلك أن الأشخاص الذين مارسوا العادات الصحية السبع بانتظام يتمتعون بحالة صحية جيدة مقارنة بالذين لا يمارسون أيا منها أو قليلا منها.

كما اتضح من خلال دراسة بيلوك Belloc سنة 1973 استغرقت أكثر من 06 سنوات تناولت العلاقة بين نسبة الوفيات وعدد العادات الصحية لدى الأفراد، وقد وجد أن **نسبة الوفيات في العينة تنخفض بارتفاع عدد العادات الصحية** لديهم.

ومن خلال دراسة لبرسلو Breslow وأنستروم Enstrom سنة 1980 تأكدت أهمية السلوك الصحي في الوقاية من الإصابة بالأمراض، حيث شملت العينة الأصلية للدراسة والتي تم تتبعها لمدة تزيد عن 09 سنوات، بينت نتائج هذا البحث أن **الذكور الذين أقبلوا على ممارسة العادات الصحية السبع نسبة وفياتهم تمثل 28% من نسبة الأفراد الذين مارسوا بين صفر و03 عادات صحية**. بمعنى آخر فإن تبني أسلوب غير صحي في الحياة يؤدي حتما إلى الهلاك، كما أن ممارسة العادات الصحية تعمل على تنمية صحة الفرد وتطيل من عمره (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص63- 64).

إضافة إلى ذلك فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن هناك 25**% من الوفيات الناتجة عن السرطان، وعدد كبير من الوفيات الناتجة عن النوبات القلبية** يمكن **تجنبها** عن طريق تعديل سلوك واحد فقط، وهو **التدخين**. كما أن إنقاص الوزن بنسبة 10% بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين (35- 55 سنة) يمكن أن يؤدي إلى **خفض نسبة الإصابة بأمراض القلب بنسبة 20%**، كما يمكن أن يقلل من نسبة تلف الشرايين، ومن سرطان المعدة والأمعاء والسكري والسكتات والنوبات القلبية. وإجمالا فإن نسبته 50% من الوفيات الناتجة عن الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة وفي الولايات المتحدة، تعود لأسلوب الحياة الذي يمكن تعديله.

كما بينت الدراسات الصحية أنه يمكننا تجنب 80% من حالات مرضى شرايين القلب، و 90 % من حالات النوع الثاني من السكري، و 33% منه حالات السرطان، اعتماداً على ثلاثة عوامل هي:

-التغذية الصحية.

-النشاط الرياضي.

-الامتناع عن السلوك الممرض مثل التدخين و تعاطي الكحول والمخدرات.

وبذلك فإن **التعديل الناجح للسلوك الصحي** يحقق فوائد عدة، نجملها في النقاط التالية:

أولا: تقليل عدد الوفيات الناتجة عن الأمراض المرتبطة بأسلوب الحياة.

ثانيا: إمكانية تأخير حدوث الوفاة مما يؤدي إلى **الزيادة في عمر الفرد**، وإلى الزيادة في معدلات العمر المتوقعة لأفراد المجتمع.

ثالثا: وهو العامل الأكثر أهمية، **زيادة عدد السنوات التي يتمتع بها الفرد بحياة خالية من التعقيدات** الناتجة عن الإصابة بالأمراض المزمنة.

رابعا: حدوث **انخفاض كبير في النفقات** التي تبلغ أكثر من ترليون دولار، تنفق سنويا في مجال علاج الأمراض، والحفاظ على الصحة. (شيلي تايلور، 2008، ص 122- 123).

5-5- أهم المتغيرات المؤثرة في السلوك الصحي:

إن أهم المتغيرات الوسيطة في السلوك الصحي هي:

- **العوامل الديموغرافية:**

تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل الديموغرافية. فالأشخاص **الأصغر سنا والأكثر ثراء وتعليما، والأقل تعرضا للضغط، والأكثر حصولا على المساعدة الاجتماعية**، يمارسون عادات صحية جيدة، أكثر من أولئك الأشخاص الذين يتعرضون إلى مستويات أعلى من الضغط، ولديهم إمكانيات أقل. ومثل هؤلاء الأشخاش\ص هم غالبا ينتمون إلى مستويات اجتماعية متدنية. **(شيلي تايلور، 2008، ص 126)**.

- **العمر:** قام كل من Breslon و Belloc بتحليل نتائج دراسة Alameda التي ذكرناها فيما سبق، ووجدا أن الامتثال للسلوك الصحي الإيجابي ينتشر لدى **المسنين أكثر من الشباب** حيث تبين أن 17 %

ممن تجاوزت أعمارهم 75 عاما يحترمون سبعة سلوكات صحية على الأقل مقارنة بـ 6 % ممن كان عمرهم أقل من 45 عاما، وتفسر هذه النتائج الفرضية القائلة باختلاف السلوك الصحي حسب السن على اعتبار أن المتغيرات الفاعلة مثل إدراك الخطر والقابلية للإصابة بالمرض ترتفع بارتفاع السن، لذلك نجد السلوكات الخطرة منتشرة في فترة المراهقة حيث يرى الفرد فيها أنه قوي وبعيد عن الإصابة بالمرض.

كما قام Connor وTaggart سنة 1995 باستكشاف العلاقة بين عادات ممارسة الرياضة بالمعتقدات نحو مرض هشاشة العظام لدى عينة من طالبات الجامعة (ن= 113) ووجد علاقة موجبة بين العمر وكل من مستوى المعرفة المتعلق بهذا المرض وقد تراوح سن الطالبات بين 18 إلى 53 سنة. ولاستكشاف علاقة السلوك الصحي بالسن قام Keller وزملاؤه سنة 1985 بدراسة السلوك الصحي في الفئات العمرية (20 – 39، 40 – 59، 60، 89 سنة)، وكانت النتائج متضاربة وغير دالة وفسرها الباحثون على أساس أن السلوك الصحي متعدد الأبعاد والتي تختلف حسب السن.

- **الجنس:** كما يختلف السلوك الصحي أيضا حسب الجنس، ففي دراسة (Waldron, 1995) حسبت النسبة الجنسية Ratio Sexe لانتشار السلوكات الخطرة على الصحة ضمن المسح الوطني للصحة في الولايات المتحدة، ووجد أن النساء أقل ميلا إلى هذه السلوكات من الرجال وهو ما يفسر نسبة الوفيات المرتفعة لدى الذكور مقارنة بالإناث، والإصرار على استعمال وسائل ومصالح الرعاية الصحية من طرف النساء أكثر من الرجال، وقد يرتبط ذلك كله بالدور الاجتماعي والتصورات الاجتماعية للصحة والمرض.
- **القيم:** كما أن القيم التي يتبناها الشخص تأثيرا على العادات الصحية التي يمارسونها، فعلى سبيل المثال: يعد النشاط الرياضي وممارسة التمارين الرياضية من قبل النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات، ولكنهما لا يعدان كذلك في ثقافات أخرى، مما يؤدي إلى اختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف الثقافات. (شيلي تايلور، 2008، ص 126).
- **الضبط الذاتي والمؤثرات الاجتماعية:**

بينت دراسة (Rodolfo, 1984) التي هدفت إلى معرفة إمكانية التنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي بالاعتماد على مركز التحكم الصحي وبوجود أو غياب بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، على عينة من 71 من طلبة علم النفس وتم قياس القيم الصحية بالاعتماد على استبيان Wallston الذي يتضمن 9 قيم من قائمة Rokeach ، وتم قياس مركز الضبط الصحي باستبيان مكون من 11 بندا، يمكنه التمييز بين من يعتبرون أنفسهم مسئولين عن وضعهم الصحي وبين من يعزون ذلك للظروف والحظ أو القوى

الخارجية، واستعمل السلوك الفعلي الملاحظ كمحك خارجي كما تم قياس سلوك العائلة الصحي وسلوك الأصدقاء الصحي، ودلت النتائج على علاقة مركز الضبط الداخلي بالسلوك الصحي وكذا على العلاقة بين البيئة (العائلة + الأصدقاء) وبين السلوك الصحي. (رمضان زعطوط، 2004- 2005، ص 28-29).

ويكون هذا التأثير أحيانا بالاتجاه الإيجابي، وفي حالات أخرى يكون هذا التأثير بالاتجاه السلبي، فالضغوط التي يمارسها الرفاق غالبا ما تقود إلى تعلم المراهقين التدخين، ولكن الضغوط الاجتماعية قد تؤدي إلى ترك عادة التدخين في سن الرشد. (شيلي تايلور، 2008، ص 127).

- **الأهداف الشخصية:** ترتبط العادات الصحية الاجتماعية ارتباطا وثيقا بالأهداف الشخصية، فإذا كان تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفا مهما بالنسبة للفرد، فإنه سيكون أكثر ميلا لممارسة الرياضة (الدافعية) على أساس منتظم مما لو لم تشكل اللياقة البدنية يشكل هدفا مهما بالنسبة له.
- **الأعراض المدركة:** يحدث التحكم في بعض العادات الصحية بسبب وجود بعض الأعراض التي تدعو إلى إتباع عادات صحية معينة، فقد يتحكم المدخنون بتدخينهم بسبب الحساسية التي يسببها لهم التدخين، فالمدخن الذي يعاني من السعال في الصباح ومن آلام الحلق قد يتوقف عن التدخين بسبب اعتقاده ان التدخين هو السبب في تعرضه إلى المشاكل الصحية التي يعاني منها.
- **إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية:** كما أن سهولة الوصول إلى المؤسسات المكلفة بتقديم الرعاية الصحية يؤثر أيضا في الممارسات الصحية التي يتبعها الفرد. فإجراء الفحوصات الطبية المنتظمة للكشف المبكر عن أمراض السل، وإجراء اختبار بابا نيكولاو للكشف المبكر عن أمراض السرطان والتصوير الطبقي للثدي (الماموغرام)، وتطعيم الأطفال الصغار من الأمراض المعدية مثل شلل الأطفال، هي أمثلة عن السلوكيات التي ترتبط بشكل مباشر بالمؤسسات المسئولة عن تقديم الرعاية الصحية. وهناك أنماط سلوكية أخرى، مثل: فقدان الوزن، والتوقف عن التدخين، قد يتم تشجيعها بطريقة غير مباشرة من مؤسسات الرعاية الصحية، نظرا لان كثيرا من الناس يتلقون من أطبائهم إرشادات ونصائح ترتبط بأسلوب حياتهم.
- **العوامل المعرفية:** إن ممارسة السلوكيات الصحية ترتبط بالعوامل المعرفية، مثل الاعتقاد بان ممارسات صحية معينة ضرورية، أو إحساس الشخص بأنه يصبح عرضة للإصابة بأمراض خطيرة إذا لم يراع ممارسة سلوكيات صحية معينة. (شيلي تايلور، 2008، 127- 128).

- **العوامل النفسية:**

قام (Kallio paska,1992) بدراسة على 4268 طالبا (19- 20 عاما) قارن فيها بين أثر التعاطف أو التفهم في الاتجاه نحو السلوك الصحي والتدخين وتبين أن هناك ارتباط بين التعاطف وبين السلوك الصحي. (رمضان زعطوط، 2004- 2005، ص 28- 29).

المحاضرة الرابعة: مناهج البحث في علم نفس الصحة.

الأهداف الإجرائية:

- أن يتعرف المتعلم على أهم مناهج البحث في علم نفس الصحة.
- أن يفهم المتعلم كيفية توظيف هذه المناهج في دراسة موضوعات علم نفس الصحة.

- **مناهج البحث في علم نفس الصحة:**

يستخدم مجال علم نفس الصحة بصورة عامة المناهج التي يستخدمها علم النفس ويطبقها في مجال الصحة. وتشمل أهم مناهج البحث في علم نفس الصحة، ما يلي:

1- التصميم التجريبي/ التجارب:

يعد أفضل الطرق لتحديد العلاقة السببية بين متغيرين، ويرجع هذا إلى الضبط الكبير للمتغيرات الخارجية، وقوة معالجة المتغيرات المستقلة، والتعيين العشوائي. والكثير من البحوث التي تجرى في مجال علم نفس الصحة هي ذات طبيعة تجريبية. والتجارب التي يجريها المختصون في مجال الرعاية الصحية لتقييم المعالجات أو التدخلات ومدى فعاليتها مع مرور الوقت، تسمى أيضا **المحاولات الإكلينيكية العشوائية.** (شيلي تايلور، 2008، ص 53)

1-1- أنواع تصميمات البحوث التجريبية:

- **تصميمات البحوث شبه التجريبية:** وتسمى كذلك لأنها لا تلتزم بتقسيم مجموعات التجربة باستخدام التعيين العشوائي، وأهم أنواعها:

- **تصميم المجموعة الواحدة مع قياس قبلي وبعدي:** ويطلق عليه أحيانا الاختبار القبلي والبعدي، وتجرى المقارنات داخل نفس المجموعة. (عبد الباقي دفع، رقية السيد، د.ت، ص 45- 46).

مثلا المقارنة بين أفراد مجموعة واحدة من المدخنين (مع ضبط بعض المتغيرات) في تأثير عدد مرات التدخين في اليوم والأسبوع على مدة الإصابة ببعض الأمراض كأمراض الرئة بعد بداية التدخين.

- **تصميم المجموعة الضابطة مع قياس قبلي وبعدي:** وينطوي هذا التصميم على إجراء مقارنات بين مجموعات مختلفة أي بين الذين قد تعرضوا إلى التدخل، مقابل أولئك الذين لم يتلقوا أي نوع من

التدخل، مثلا المقارنة في متغير الالتزام العلاجي بين مرضى السكري الذين تم إكسابهم مهارات إدارة الضغوط في النجاح في تخطي الضغوط النفسية المختلفة خاصة المتعلقة بنمط حياتهم بعد الإصابة بالمرض، وعينة أخرى من مرضى السكري لم يستفيدوا من هذه المهارات.

- **تصميم الحالات والشواهد:** وهذا ينطوي على اتخاذ مجموعة من الأشخاص الذين لديهم خاصية معينة (مثلا سرطان الرئة) واختيار مجموعة ضابطة (لا يعانون من سرطان الرئة) والقيام بدراسة المجموعتين بأثر رجعي لعوامل ظهور هذا المرض (مثلا مرضى سرطان الرئة يدخنون بشكل أكبر من الأشخاص الأصحاء). (رياض العاسمي، 2016، ج 01، ص 80- 82).

وأحيانا لا يمكن إتباع الطريقة التجريبية في دراسة بعض القضايا، كاختيار عينة عشوائية من الناس تمثل الأمراض المختلفة.

2- الدراسات الترابطية: في هذه الطريقة يقوم مختص علم نفس الصحة بقياس إذا كان التغير في أحد المتغيرات يصاحبه تغير في المتغير الآخر، وباستخدام الطريقة الترابطية قد نتوصل على سبيل المثال، إلى أن الأشخاص الأكثر عدوانية هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية. ومن عيوب هذه الطريقة هو استحالة تقرير أي المتغيرين هو المسئول عن إحداث التأثير، لكن ما تتميز به هذه الطريقة هو إمكانية تكييفها لدراسة المسائل التي لا يمكن التحكم بمتغيراتها في الموقف التجريبي.

(شيلي تايلور، 2008، ص 53- 54).

3- التصاميم الاستطلاعية (المنهج التتبعي الاستطلاعي):

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

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

الدراسات الترابطية الاستطلاعية وفيها يقوم الباحثون مثلا بدراسة نظام التغذية الذي يتبعه الأفراد، ثم يبحثون عن الفروق في معدل إصابات القلب، مما يساعد على تحديد الأطعمة الجيدة والرديئة.

وهناك نوع محدد من الدراسات الاستطلاعية يطلق عليه **الدراسات الطولية** وفي هذه الدراسات يتم ملاحظة مجموعة من الأفراد لفترة طويلة من الزمن. مثلا: تحديد العوامل التي ترتبط مع الحدوث المبكر لسرطان الثدي عند النساء المعرضات لخطر الإصابة بالمرض، فقد يقوم الباحثون بتتبع مجموعة من النساء اللواتي تعرضت أمهاتهن للإصابة بسرطان الثدي، في محاولة لتحديد الفئة التي تطورت لدى بناتهن الإصابة، وهل هناك أي عوامل ثابتة: كالتغذية، والتدخين، والكحول.. الخ. (شيلي تايلور، 2008، ص 54- 55).

4- الدراسات النوعية:

مثل إجراء مقابلات بهدف جمع البيانات حول موضوع، والبيانات النوعية هي وسيلة لوصف مجموعة متنوعة من المعتقدات والحصول على تفسير للسلوكيات من مجموعة غير متجانسة. ويعتقد أن الدراسات النوعية هي أكثر الطرق قدرة على الوصول إلى المعتقدات دون أن تتأثر البيانات بتوقعات الباحث.

5- الدراسات الكمية:

وتنطوي على جمع البيانات في شكل أرقام باستخدام الاستبيانات مثلا. ويتم تطبيقها على عدد كبير من السكان مثلا (عينة ممثلة للمجتمع) ليتم تعميم النتائج فيما بعد. مثلا دراسة الفروق في الاستجابة للعلاج قبل قراءة نشرة المعلومات الصحية وبعدها. (رياض العاسمي، 2016، ج 01، ص 80- 82).

6- البحوث الاسترجاعية:

في هذه الطريقة يتم الرجوع إلى ماضي الحالة للكشف عن الظروف التي قادت إلى الوضع الحالي للظاهرة. مثلا أسهمت هذه الطريقة في معرفة بعض العوامل المرتبطة بالإصابة بمرض نقصان المناعة المكتسب (AIDS) قبل حتى أن يتمكنوا من تحديد الفيروس المسبب للمرض. (شيلي تايلور، 2008، ص 55).

المحاضرة الخامسة: المعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض.

الأهداف الإجرائية:

- أن يتعرف المتعلم على تأثير معتقدات الأشخاص حول الصحة والمرض على ممارستهم السلوك الصحي.
- أن يفسر المتعلم التنوع في السلوك المتعلق بالصحة والمرض بالرجوع إلى معتقدات الفرد حول الصحة والمرض.
- أن يفهم المتعلم أن المرض يحمل معاني واسعة تتعدى وتفوق المعنى الطبي والبيولوجي.
- أن يفهم المتعلم أهمية المعتقدات المتعلقة بالصحة والمرض في ثقافة ما في اختيار نوع العلاج (تقليدي "شعبي"/ رسمي "علمي").
- أن يتعرف المتعلم على علاقة المعتقدات والأساليب غير العلمية بالإصابة بأنواع مختلفة من الأمراض.

2- المعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض:

إن للمعتقدات سلطة قوية التأثير في حياة الأفراد في جوانب شتى من الحياة، وإذا أخذنا جانب الصحة والمرض وجدنا للمعتقدات تأثير في صناعة تمثلات الأفراد للصحة والمرض، وكيفيات التشخيص، وطرق العلاج.

ولقد بينت معظم البحوث دور المعتقدات في تفسير التنوع في السلوك المتعلق بالصحة والمرض حيث توصلت دراسة لبتري و زملاؤه (pétrie et ses collégues, 2002) إلى أن المرضى الذين استفادوا من التدخل الخاص بتعديل المعارف ومعتقدات المرضى حول مرضهم وحول التحكم في العلاج كانوا أكثر استعدادا لمغادرة المستشفى و إلى العودة إلى العمل والحياة المهنية ، كما أظهروا نسبة أقل من أعراض الذبحة الصدرية لاحقا.

كما تناولت بعض الدراسات معتقدات الناس حول مرض شرايين القلب التاجية التي تؤثر على تطور المرض وتناولت هذه الدراسات تحديدا معتقدات المرضى حول الأسباب ومنها دراسة لجودمودسدوتير وزملاؤه (Gudmudsdottir et ses collégues, 2001) عن المعتقدات المرتبطة بأسباب مرض شرايين القلب التاجية عند المرضى الذين تعرضوا لاحتشاء العضلة القلبية في سنة 2000، أن الأسباب الأكثر شيوعا تمثلت في التدخين و تناول الأطعمة الدهنية والضغوط العائلية والمهنية، وأظهرت الدراسة أيضا أن المرضى لديهم معتقدات غير واضحة حول السبب المباشر في ظهور إحتشاء العضلة القلبية وأنهم لا يعطون أهمية لسلوكياتهم الصحية. (كريمة سي بشير، ظريفة مسعودي، 2018، ص 05- 06).

وكان الأنثربولوجيون قد ركزوا على دراسة تأثير المعتقدات على النظر إلى الصحة والمرض وطرق العلاج، كدراسة ريفرز Rivers ودراسة ماكلين V. Maclean، وكانت نتائج هذه الأبحاث أن المعتقدات السائدة في الوسط الاجتماعي لها تأثير كبير على تقييم أعراض المرض، وعلى تفسير أسبابه، و بالتالي اللجوء إلى الخدمة الصحية الرسمية أو الشعبية، وفي حالة فشل العلاج أو الاستشفاء، فان المعتقدات تكون شبيهة بالشماعة أو المشجب الذي يعلق عليه الفشل، وهذه وظيفة كبيرة يؤديها المعتقد في حياتنا الثقافية والاجتماعية في الصحة، وهي بلا شك وظيفة لها أهمية كبيرة. فقد يفسر فشل العلاج بسبب إتيان المعاصي، أو قطع صلة الأرحام.

إن للمعتقدات دورا مزدوجا حول الصحة والمرض، فقد تعمل على تجنيد العلاج التقليدي، والاعتماد على الطقوس الرمزية العلاجية المعتادة، وقد تعمل المعتقدات على تحفيز الناس للاعتماد على الطب الحديث. (مختار رحاب، 2014، ص 179- 180).

إن التصورات التقليدية للصحة والمرض مرتبطة بالسياق التاريخي والاجتماعي والثقافي للمجتمع، ولذلك فيمكننا القول أن مرجعيات هذه التمثلات لقضايا الصحة والمرض مختلفة، فمنها ما هو نابع من تفكير ميثولوجي غائر في التفكير الإنساني، ومنها ما هو نابع من تجربة وثقافة الحضارات التي عمرت بالجزائر وساهمت الرواية التاريخية في حفظ هذه التجربة، وتناقلتها الأجيال فظلت حية تؤدي وظيفتها باستمرار ،ومنها ماهو نابع من المنظومة الدينية، ومنها ما هو مستمد من الفضاء البيئي في تعامل الإنسان مع الماء، والهواء، والنار، والنبات. (مختار رحاب، 2014، ص 183).

أبرزت جميع الدراسات التي قام بها الأنثروبولوجيين أن المرض يحمل معاني واسعة تتعدى وتفوق المعنى الطبي والبيولوجي له، لذا يجب إعادة النظر في مسألة علاقة الفرد بالمرض ومجتمعه أثناء معايشته للمرض. (سميرة بن صافي، 2018، ص 939).

وترى باونز (Eleanor Bowens) أنه في كثير من المجتمعات والثقافات الإنسانية ترتبط فكرة المرض ببعض المفاهيم والخصوصيات الثقافية كالدين والقيم والمعايير والعادات الاجتماعية والثقافية السائدة في هذه المجتمعات، وتفسر ذلك بكون الثقافة المحلية السائدة تعتبر مسئولة عن ظهور هذه الرؤى الثقافية للمرض ولأسبابه ولأساليب العلاج . أما فوستر (George Foster) فقد أكد أن الثقافة المحلية السائدة هي التي تقوم بصياغة وتحديد تقييم الأفراد لحالتهم الصحية والمرضية، وتختلف هذه الأحكام والتصورات باختلاف الخلفية الثقافية والاجتماعية والعرقية للأفراد.

وتلعب الثقافة دورا مهما في تحديد مفاهيم المرض ودلالاته وفي أساليب التعامل معه وقاية وعلاجا، يعتبر المرض مفهوما نسبيا يختلف من ثقافة إلى أخرى ويرتبط بالنسق الثقافي السائد في نطاق المجتمعات التقليدية ويرتبط بالعلم في نطاق المجتمعات الحديثة، و تدلّ الكثير من المرجعيات على أنّه كلما كانت الثقافة بدائية ومتخلفة كلما كانت أساليب تشخيص المرض وتحديد أسبابه وطرق الّتعامل معه متخلفة، الأمر الذي ينتج عنه تدّني المستوى الصحي لأفراد المجتمع فأساليب الوقاية من المرض وأساليب الغذاء والحمل والولادة والكساء وأساليب العمل والإنتاج كلها مؤطرة بثقافة المجتمع من عادات وتقاليد وأعراف وقيم لها انعكاساتها على الوضع الصحي للفرد والجماعة. (سميرة بن صافي، 2018، ص 938).

وهناك مجموعة من المعتقدات الاجتماعية التي تتسبب في ظهور العديد من المشكلات الصحية، كالمعتقدات الخاطئة فيما يتعلق بالقضاء والقدر والتواكل بحجة أن ما كتبه الله على الإنسان لا بد وأن يراه، حيث تحث جميع الديانات السماوية على ضرورة المحافظة على النفس، أو الاعتقاد بأن الأطفال

الذين يموتون في سن مبكرة يقومون بخدمة والديهم والشفاعة لهم يوم القيامة، علاوة على أنهم يدخلون الجنة، مما يجعلهم يهملون في الوقاية وعلاج الأطفال.

كما أن الرمد الحبيبي قد تتسبب فيه المعتقدات الخاطئة في أهمية تعليق الخرزات الزرقاء على جبهة الطفل حتى تمنع الحسد، ومع تلوث هذه الخرزات يساعد ذلك على نقل العدوى إلى عيني الطفل، كما أن الجهل بخطورة الذباب قد تسبب هذا المرض خاصة في البيئات الريفية.

إلى جانب ذلك فالمعتقدات والأساليب غير العلمية في تفسير أسباب وعلاج المشاكل الصحية لها دور في ظهور العديد من الأمراض، كالاعتقاد السائد بتأثير العين الحاسدة كسبب أساسي لكثير من الأمراض ولا سيما أمراض الطفولة، مما يجعل الأهل يخفون الطفل عن الأنظار أو يستعملون أساليب غير صحية في التعامل فيلبسونه ملابس قذرة أو يقومون بلفه في خرق حتى لا يحسد، وبالتالي تتأثر حالته الصحية بالملابس القذرة. كما أن العلاج بالكي لبعض الأورام أو الروماتيزم قد يؤدي إلى تلوث الجرح الناتج عن الكي ويؤدي إلى مضاعفات كثيرة، أو العلاج باستخدام مواد أو بعض الأعشاب وذلك بإدخالها تحت الجلد مما ينتج عنه تقيح، وقد تحدث تسمما نتيجة دخول جسم غريب داخل الجسم. وقد يلجأ بعض المرضى إلى استخدام الزار كوسيلة للعلاج لاسيما الأمراض العصبية أو استخدام الأحجبة بأنواعها للوقاية من العين والحسد.

وتنتشر هذه السلوكيات بكثرة بين غير المتعلمين، وقد يلجأ إليها بعض المتعلمين وخاصة عند عدم ظهور نتائج سريعة للعلاج بالطرق العلمية الحديثة أو في حالات الأمراض المستعصية. (سلوى الصديقي، السيد رمضان، 2004، ص 93- 95).

المحاضرة السادسة: مجالات علم النفس الصحة:

الأهداف الإجرائية:

- أن يميز المتعلم بين أهم مجالات علم نفس الصحة.
- أن يفهم المتعلم دور أخصائي علم نفس الصحة في مجال الوقاية وتدبر الأمراض.
- أن يتعرف المتعلم أهمية تحديد أخصائي علم نفس الصحة للعوامل السلوكية والنفسية المسهمة في الإصابة بالأمراض الجسمية.
- أن يحدد المتعلم دور أخصائي علم نفس الصحة في مجال حماية الصحة والحفاظ عليها، في زيادة وعي الأفراد الأصحاء بالسلوكات التي تساعدهم في الحفاظ على صحتهم.
- أن يتعرف المتعلم على دور أخصائي علم نفس الصحة في مجال نظام الرعاية الصحية والسياسات الصحية وتأثيره على السلوك الصحي للأفراد.

3- **مجالات علم النفس الصحة:**

يهتم علم النفس الصحة بدراسة **العمليات النفسية في الصحة والمرض والرعاية الصحية،** ويدرس الاختصاصيون النفسيون للصحة **العوامل السلوكية المرتبطة بالحفاظ على الصحة،** بالإضافة إلى **اكتشاف كيفية مساعدة المرضى على التوافق مع مرضهم والشفاء منه.** ولهذا يركز الاختصاصي النفسي للصحة على نطاق واسع على **الاضطرابات الجسمية** مثل **الأمراض المزمنة، والأورام السرطانية، والألم المزمن والمشقة، والإقلاع عن التدخين، وإنقاص الوزن.**

ويطبق الاختصاصيون النفسيون للصحة البحث النفسي ومناهجه في أربعة مجالات، هي:

4- الوقاية وتدبر الأمراض.

5- تحديد العوامل السلوكية والنفسية المسهمة في الإصابة بالأمراض الجسمية.

6- حماية الصحة والحفاظ عليها.

7- تحسين نظام الرعاية الصحية وصياغة السياسات الصحية.

1- الوقاية وتدبر الأمراض:

تركز الوقاية من الأمراض وتدبرها على الذين **تم تحديدهم بالفعل مستهدفين للإصابة بالأمراض،** حيث تساعدهم على **اكتشاف الأعراض في مراحلها المبكرة** بدرجة كافية، مما يعينهم على **وقف تطور الأمراض** أو على الأقل إبطاؤه خلال تطبيق التدخلات النفسية. (هناء أحمد شويخ، د. ت، ص 11).

2- تحديد العوامل السلوكية والنفسية المسهمة في الإصابة بالأمراض الجسمية:

يهتم الاختصاصيون النفسيون الصحيون بالعلاقة بين علم النفس والصحة بشكل مباشر أو غير مباشر، فمن المعروف أن **أسلوب الحياة** التي يعيشها الأفراد في حياتهم **تؤثر بشكل مباشر على حالتهم الجسمية،** وبالتالي يكون لها **تأثير على صحتهم،** ولهذا فإن **الشعور بالمشقة** يؤثر بشكل مباشر على **العمليات الفسيولوجية الجسمية،** وعلى النقيض من ذلك، يظهر التأثير غير المباشر من خلال **طريقة تفكير الأفراد المتبلورة في سلوكهم،** أي الانخراط في ممارسة هذا السلوك، مثل: تناول الكحوليات والطعام بكثرة، وانعكاس ذلك سلبا على الصحة.

فالاختصاصيون النفسيون للصحة يدرسون **أمراضا جسمية متعددة**، وذلك **لتحديد العوامل النفسية المسهمة في تطور الأمراض أو استمرارها، فعلى سبيل المثال:** يرتبط مرض الشريان التاجي بسلوكيات مثل التدخين، وتناول الطعام، ونقص ممارسة الرياضة، كما أن بعض الأورام السرطانية ترتبط بأنظمة غذائية غير صحية، والتدخين، وتناول الكحوليات، وعدم المواظبة على الفحص الدوري. (هناء أحمد شويخ، د. ت، ص 11- 13).

3- حماية الصحة والحفاظ عليها:

أما عن مجال حماية الصحة والحفاظ عليها، فإنه **يتوجه نحو الأفراد الأصحاء لزيادة وعيهم بالطرق التي تحمي صحتهم وتحافظ عليها**، ويتم ذلك من خلال **فهم السلوكيات الصحية وتغييرها**.

4- تحسين نظام الرعاية الصحية وصياغة السياسات الصحية:

يهتم أيضا الاختصاصيون النفسيون للصحة بفهم تأثير نظام الرعاية الصحية والسياسات الصحية على سلوكنا. وبالرغم من أن البحث في هذا المجال ليس وفيرا مقارنة بالمجالات الأخرى، فإنه يمثل دورا مهما للاختصاصيين النفسيين للصحة. (هناء أحمد شويخ، د.ت، ص 11- 13).

وعلم نفس الصحة يعد أحد مجالات اهتمام علم النفس العيادي، وفي الوقت نفسه يعد علم النفس الطبي أحد مجالات اهتمام علم نفس الصحة. فعلم نفس الصحة يعد تطورا طبيعيا لمجال علم النفس الطبي الذي كان قاصرا على دراسة المرضى دون الاهتمام بأهمية وقاية الأصحاء، أو بمجال تحسين الصحة العامة (نفسيا وبدنيا ومزاجيا ومعرفيا)، وعلاج بعض الاضطرابات الناجمة عن السلوك الصحي السلبي.

ولقد أتاح علم نفس الصحة إمكانية امتداد عمل الاختصاصي النفسي إلى ميادين كانت قاصرة –إلى حد كبير– على الأطباء فقط، وذلك في ظل الاعتقاد في أهمية الخدمات التي يقدمها الاختصاصي النفسي في هذا المجال ويحتاجها مجال الرعاية الصحية، سواء كانت تلك الرعاية مقدمة للمرضى، أو للأصحاء في صورة خطط وقائية، لمواجهة الآثار المترتبة على السلوك الصحي السلبي. (أميرة محمد الدق، 2011، ص 40- 41).

المحاضرة السابعة: عوامل الحماية والخطر المرتبطة بالصحة.

الأهداف الإجرائية:

- أن يتعرف المتعلم على ماهية كل من عوامل الحماية وعوامل الخطر المرتبطة بالصحة.
- أن يصنف المتعلم عوامل الحماية وعوامل الخطر المتعلقة بالصحة.
- أن يميز المتعلم الفرق بين مفهوم الاختطار المتعلق بالصحة ومفهوم سلوك الاختطار المتعلق بالصحة.
- أن يتعرف المتعلم على نماذج من سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة.

- **عوامل الحماية والخطر المرتبطة بالصحة:**

1- عوامل الحماية Les facteurs de protection /protective factors :

تاريخيًا أولى الباحثون اهتمامًا أكبر لعلم الأمراض أكثر من الاهتمام بالقدرات الشخصية، لكن المهتمين بجانب الوقاية بدؤوا في التركيز أكثر على عوامل الحماية.

عوامل الحماية هي خصائص أو ظروف تعمل كمُعدَل للمخاطر، أي أنها تقلل من الآثار السلبية المرتبطة بعوامل الخطر وتساعد الشباب على التعامل بشكل أفضل مع وضعهم. وتساعد عوامل الحماية على فهم أفضل للخصائص والمواقف التي تحمي وتردع الشباب من الانحراف مثلا. (Centre national de prévention du crime, 2008, p03)

وفي مجال علم نفس الصحة فعوامل الحماية هي السلوكيات التي تحمي الشخص من الإصابة بالأمراض، وتساعده على الحفاظ على صحته.

وتتميز عوامل الحماية بأنها تراكمية وتفاعلية. وهي ليست بالضرورة عكس عوامل الخطر؛ على سبيل المثال يمكن التخفيف من الآثار السلبية للنشأة في بيئة فقيرة من خلال تدخل الوالدين ومشاركتهم وحضورهم ودعمهم للطفل. وفيما يلي بعض الأمثلة على ذلك:

• ممارسات الأبوة والأمومة الملائمة هي عامل وقائي مهم ضد المشاكل السلوكية مثل الجنوح وتعاطي المخدرات / الكحول.

• تعد جودة الروابط الأسرية عاملاً يحمي جميع الفئات العمرية للبنين والبنات من الانحراف.

• يُنظر أيضًا إلى اندماج العائلات في الحياة الاجتماعية، واشتراك الأسر في الأنشطة المدرسية وغير المدرسية ، وتوفر الموارد والخدمات على أنها عوامل وقائية. (Centre national de prévention du crime, 2008, p03)

وقد تم إحصاء ثمانية عوامل وقائية ظهرت في برامج الوقاية الناجحة وهي كما يلي:

***على المستوى الاجتماعي:** الأعراف الاجتماعية، سياسات اجتماعية فعالة.

***على مستوى التعليم:** مدارس ذات جودة عالية، النمذجة الإيجابية للأقران.

***على مستوى الأسرة:** العلاقة الجيدة بين الوالدين والطفل.

***على المستوى الشخصي:** المهارات الشخصية والاجتماعية، الكفاءة الذاتية.

***أخرى:** الدعم الاجتماعي.

وترتبط عوامل الحماية المتعددة التي تحدث على مستويات مختلفة من التحليل بكل من نتائج الخطر الثمانية التي سوف يتم ذكرها لاحقا.

مثلا يمكن للدعم الاجتماعي أن يخدم وظيفة وقائية من الضغط النفسي (كعامل خطر). وعلى سبيل المثال أيضا، العلاقة الجيدة بين الوالدين والطفل من ممارسات الأبوة والأمومة الفعالة تعتبر من عوامل الحماية ضد عوامل الخطر. وتتكون هذه الممارسات مثلا مما يلي:

1) فهم الوالدين لشخصية أطفالهم الفريدة واحتياجاتهم للنمو ؛ 2) طرق التربية الأطفال التي تتضمن الدفء والقبول، وتعزز السلوك الاجتماعي الإيجابي، وتنطوي على استراتيجيات تأديبية مناسبة. حيث تشير التحليلات إلى أن هذه الممارسات تؤدي مباشرة إلى علاقة أفضل بين الوالدين والطفل، وتؤدي بشكل غير مباشر إلى نتائج مرغوبة مثل تقليل تعاطي المخدرات بين المراهقين.

جوانب أخرى من ممارسات الأبوة والأمومة تحمل أهمية خاصة في فترات نمو معينة. على سبيل المثال، إن ممارسات رعاية الطفل الأساسية مثل التغذية، والتهدئة، والاهتمام الطارئ أثناء الطفولة تعزز ارتباطًا أكثر أمانًا. القراءة للأطفال وغيرها من أشكال التحفيز أثناء الطفولة المبكرة وسنوات ما قبل المدرسة تعمل على تعزيز النمو المعرفي والاجتماعي وتهيئ الطفل للتعليم الرسمي.

ولتعزيز الصحة الجسدية أثناء الطفولة وسنوات ما قبل المدرسة، يجب على الآباء معرفة أهمية الفحوصات الطبية المنتظمة والتحصين المناسب للأطفال. وتعتبر المراقبة والإشراف عن كثب على سلوك الطفل أمرًا مهمًا بشكل خاص خلال السنوات الأولى للحماية من الإصابة الجسدية، كما أن مراقبة الوالدين مهمة أيضًا خلال فترة المراهقة المبكرة عندما يؤدي الارتباط مع أقران منحرفين إلى زيادة احتمال حدوث مشاكل سلوكية وتعاطي المخدرات والنشاط الجنسي المبكر.

وكمثال آخر على عوامل الحماية، تؤثر السمات المختلفة للسياسات الاجتماعية على معدلات تدخين الشباب واستهلاك الكحول. حيث يكون التدخين أقل في المجتمعات التي لديها قوانين شاملة تحظر التدخين في الأماكن العامة.

كما أن عدد الطلاب الذين يدخنون يكونون أقل في المدارس التي لديها سياسات منع التدخين الأكثر اتساقًا وشمولية؛ مثلا السياسات التي تنطبق على الطلاب وأعضاء هيئة التدريس والموظفين في أي وقت خلال اليوم الدراسي، وأثناء أي وظائف اجتماعية ورياضية متعلقة بالمدرسة.

كما ترتبط زيادة الضرائب على منتجات الكحول والتبغ بانخفاض استهلاك هذه المنتجات من قبل الشباب. في بعض الحالات توجد سياسة جيدة ولكنها لا تنفذ بشكل فعال، على الرغم من أن معظم الدول تحظر بيع منتجات التبغ للقصر، فإن العديد من التجار ينتهكون هذا القانون بشكل روتيني. أيضا عندما تفرض الشرطة قوانين بيع التبغ من خلال فرض الغرامات، فإن النسبة المئوية للمتاجر التي تبيع السجائر للقصر تنخفض بشكل حاد. (Joseph A. Durlak, 1998, p 516- 517)

2- عوامل الخطر:

يعرف الاختطار Risque في معظم المعاجم على أنه:" خطر محتمل Danger éventuel يمكن التنبؤ به على الأقل".

أما الاتجاهات الكمية، فهي ترى أنه لا يوجد اختطار بكل معنى الكلمة، و لكن هناك احتمال وجود اختطار، فالاختطار هو احتمال ظهور حدث أو خسارة في أي موضوع والذي يكون المسبب فيه مجموعة عوامل اختطار Facteurs de risques فردية أو جماعية، و التي بدورها تحدد نوع هذا الاختطار. (صارة أشواق بهلول، 2008- 2009، ص 31- 33).

وعادة ما يتم تعريف عامل الخطر على أنه متغير يزيد من احتمال نتيجة سلبية في المستقبل.

(Joseph A. Durlak, Nov 1998, p 513- 520, p 513).

ولا يتجه علم النفس في مفاهيمه إلى الاختطار، بل إلى" فرد معرض للاختطار Personne à risque " أي أن الفرد يمثل بحد ذاته عامل مضعف يمكن أن يؤدي به إلى التأثير على بقائه، أو يعرضه للإصابة بعدة اضطرابات بيولوجية ونفسية. و من هنا جاء ما يعرف بمفهوم الاختطار الذاتي Subjectif Risque، ألا و هو التقدير الشخصي للاختطار من طرف الفرد. كما أن الإحساس بالاختطار هو عامل يؤثر على الاختطار لأنه يعمل على بناء الواقع وإعطائه معنى على حسب هذا الأخير.

ويمكن تعريف الاختطار المتعلق بالصحة Risque relié à la santé، كالتالي :

- يمكن اعتباره على أنه احتمال Probabilité، مثلا الإجابة عن السؤال :" ما هو اختطار risque انتقال فيروس السيدا HIV عندما نحقن بإبرة ملوثة؟ ".
- يمكن اعتباره **كعامل احتمال مضاعف** يؤدي إلى نتائج صحية سلبية، مثلا نقول أن " قلة التغذية وتلوث المياه وتلوث الجو من أهم عوامل الاختطار المحتملة أن تؤثر على صحة الأطفال".
- ويمكن اعتباره أيضا كنتيجة، مثلا:" ما هو الاختطار الذي سينجم عندما نقود في حالة ثمالة؟".

(صارة أشواق بهلول، 2008- 2009، ص 31- 33).

7-2- تعريف سلوك الاختطار المتعلق بالصحة:

يعرف شوكي و مارسيللي (Choquet et Marcelli, 1993) سلوك الاختطار le comportement à risque على أنه:" ذلك السلوك الذي يؤدي إلى حدوث اختطار Risque على السلامة الجسمية والنفسية للفرد".

ويعرفه كل من بيرناس، ماير و شافر Byrnes, Miller et Shaffer (1999) بأنه :" ذلك السلوك الذي تكون لديه عدة نتائج ممكنة، حيث على الأقل واحدة من هذه النتائج تعتبر غير مرغوب فيها في حين توجد نتيجة واحدة على الأقل مرغوب فيها". (صارة أشواق بهلول، 2008- 2009، ص 34).

عرفت منظمة الصحة العالمية OMS سنة (1999) سلوكيات الخطر بأنها:" السلوكيات والأنشطة الصادرة عن الفرد التي تؤثر على حالته الصحية وتؤدي إلى المشكلات الصحية والهشاشة والصحة السيئة".

وأضاف دافيد برتون David Breton (2003) إلى أن سلوكيات الخطر تعرض الشباب للموت أو فقدان الصحة". (كريمة سي البشير، حليمة لعوج، 2017، ص 582- 583).

7-3- مفهوم عوامل الخطر:

حدد الابيديميلوجيون مجموعة من عوامل الخطر، صنفوها إلى صنفين: الصنف الأول: و يشمل العوامل البيولوجية: مثل ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع في نسبة الكولسترول في الدم..، والصنف الثاني: و يشمل العوامل الفيزيقية أو البيئية مثل الإشعاعات، تسمم المياه.

ثم عرفت الدراسات الابديميولوجية تطورا مهما أين انتقلت إلى التركيز على ميدانين جديدين هما: الميدان الاجتماعي والميدان السلوكي، ليست كعوامل خطر للظواهر النفسية الاجتماعية، وإنما كعوامل خطر للأمراض الجسمية وخاصة منها الأمراض القلبية. حيث توصل بعض الباحثين إلى أن الضغط يعتبر عامل خطر للإصابة بأمراض قلبية. كما توصلوا إلى أن الإدمان على الكحول و التبغ تعد من أبرز عوامل الخطر للإصابة بتشمع الكبد، و سرطان الرئة، لذلك أصبح من البديهي أن ترتبط الأمراض القلبية و السكتة الدماغية، السرطان، الأمراض الكبدية، السيدا بمجموعة من السلوكات.

إن سلوك الأكل والشرب، والتدخين، والعلاقات الجنسية غير المحمية، والممارسات غير الصحية وسلوكيات أخرى بإمكانها التأثير على صحة و سلامة الأشخاص. إذا كانت السلوكات تشكل عوامل خطر للمرض وحتى الوفاة، فإن التحدي الذي يواجهه التناول الابيديميولوجي هو أن السلوك لا يعتبر فقط عامل خطر و إنما هو سبب و نتيجة كذلك ،لذلك لا بد من تناول الموضوع بصفة تفاعلية بين الميدانين الاجتماعي / التطوري النفسي. (فريدة قماز، 2009، ص 90- 91).

إضافة إلى ما ذكر، وحسب الدراسات المجراة في هذا المجال تشمل عوامل الخطر ما يلي:

***على المستوى الاجتماعي:** الحي الفقير، سياسات اجتماعية غير فعالة.

***على مستوى التعليم:** مدارس ذات جودة رديئة، الضغط السلبي للأقران/ النمذجة، رفض الأقران.

***على المستوى الأسري:** الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني للأسرة، الاختلال العقلي لأحد الوالدين، الخلافات الزوجية، أسلوب التربية العقابي للأطفال.

***على المستوى الشخصي:** البداية المبكرة للمشكلة الهدف، مشاكل في مجالات أخرى.

***أخرى:** الضغوط. (Joseph A. Durlak, 1998, p514)

إن عوامل الخطر لها تأثير تراكمي وتفاعلي، فالأسرة المعرضة لأكثر من عامل خطر واحد تعتبر عائلة عالية الخطورة. وبالمثل فإن الأطفال والمراهقين المعرضين للعديد من عوامل الخطر سيُعتبرون أيضًا معرضين لخطر كبير لاعتماد مسار حياة موجه نحو الانحراف، ليس فقط بسبب تأثير عوامل الخطر، ولكن أيضًا لأنهم يتفاعلون مع بعضهم البعض؛ على سبيل المثال يتسبب تعاطي الكحول من قبل الوالدين في نزاع عائلي يزيد بدوره من خطر تعاطي المخدرات.

كما تم تحديد تفاعل الأسرة غير الملائم الناتج عن ممارسات الأبوة السيئة، مثل الافتقار إلى الإشراف، والكثير من التساهل، والانضباط غير المتسق أو الصارم، وضعف الارتباط، وعدم القدرة على وضع حدود واضحة، كعوامل خطر قوية للانحراف وتعاطي المخدرات وضعف الأداء الأكاديمي والانتماء إلى عصابات الشباب.

كذلك وجد أن المراهقين من العائلات التي تتميز بانعدام النظام والانضباط، هم أكثر عرضة بأربع مرات من الأطفال المنتمين إلى أسر منظمة للانخراط في السلوك المنحرف في مرحلة البلوغ.

أظهرت الدراسات الطولية من بيتسبرغ وكامبريدج أن إجرام الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت هو عامل قوي في الانحراف بين الأولاد. وتعد جريمة الأب من أكثر العوامل تأثيرًا: 63٪ من الأولاد الذين لديهم أب متورط في نشاط إجرامي معرضون أنفسهم لخطر التورط ، مقارنة بـ 30 ٪ بين الأولاد الآخرين.

كما أن وجود العنف المنزلي وإساءة معاملة الأطفال هما عاملان خطران مهمان مرتبطان بجنوح المراهقين وعنف البالغين.

الأشخاص الذين يبلغون من العمر 15 عامًا والذين يتعاطى والدهم المخدرات هم أكثر عرضة مرتين لتعاطي المخدرات. بينما الأشخاص الذين يبلغون من العمر 15 عامًا والذين يشرب آباؤهم بإفراط ليسوا أكثر عرضة لخطر الشرب من الآخرين.

بين البالغين من العمر 15 عامًا، يعد تأثير الأقران عامل خطر أكثر وضوحًا لاستخدام الكحول من تعاطي الكحول من قبل الوالدين.

الأولاد من العائلات المنفصلة أكثر انحرافًا عن الأولاد من عائلات غير منفصلة، لكنهم ليسوا أكثر انحرافًا من الأولاد من عائلات غير منفصلة لكنها متنازعة.

بعد ضبط الجنس والدخل والإشراف الأبوي، خلص الباحثون إلى أن عددًا كبيرًا من التحولات الأسرية يرتبط ارتباطًا وثيقًا بارتفاع معدل الانحراف وتعاطي المخدرات.

(Centre national de prévention du crime, 2008, p 01- 03).

إضافة إلى ذلك يُدرج ضعف جودة المدرسة كعامل خطر للفشل المدرسي بدلاً من الخصائص الفردية مثل انخفاض معدل الذكاء أو انخفاض الدافع أو المهارات الدراسية الفعالة. ورغم أن المتغيرات الأخيرة مهمة ولكنها تخضع لتأثير بيئي كبير..

تتميز المدارس ذات الجودة الرديئة بمستويات منخفضة تاريخيًا من التحصيل الأكاديمي، وبالتالي انخفاض التوقعات لأداء الطلاب والمناهج المتساهلة، والقيادة غير الفعالة، والعلاقات الضعيفة عمومًا بين المعلمين والمديرين وأولياء الأمور والطلاب. تميل المدارس من هذا النوع إلى إنتاج طلاب ليس لديهم فقط مستويات منخفضة من التحصيل الدراسي ومعدلات عالية من التسرب الدراسي، ولكن لديهم أيضًا معدلات أعلى من المشكلات السلوكية وحمل المراهقات وتعاطي المخدرات. وبالتالي فإن تدني جودة المدرسة يعرض الطفل لخطر العديد من النتائج السلبية.

في دراسة أمريكية لـ (Resnick & al, 1997) تم تحديد الشعور بالانتماء إلى المدرسة وكذلك توقعات الوالدين المتعلقة بالنجاح الأكاديمي كعوامل حماية من سلوكيات الخطر، مثل الانتحار لدى المراهقين. وتبعا لهذه النتائج أوصى كل من Resnick & al المهنيين العاملين مع العملاء المراهقين بتقوية عوامل الحماية هذه من أجل تقليل سلوكيات الخطر. وفي دراسة من نيوزيلندا على المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 9 و 13 عامًا، حيث قاموا بفحص العلاقة بين الخصائص الفردية والأسرية والاجتماعية والتعليمية والمجتمعية مع عدد محاولات الانتحار بين السكان. على مستوى المدرسة تم تحديد دعم أعضاء هيئة التدريس والشعور بالأمان في المدرسة كعوامل وقائية ضد الانتحار.

(Jessica Rassy, 2012 , p 20- 21)

وهذا إن دل على شيء فهو يدل على أهمية المدرسة في توفير عوامل الحماية من سلوكيات الخطر لطلابها، أو العكس من ذلك فقد تصبح هي كمصدر لعوامل الخطر.

إضافة إلى هذا يمكن أن يؤثر الضغط النفسي على الشباب بشكل مباشر أو غير مباشر، من خلال تأثيره على الآباء والمعلمين والأقران. في حين أن البحث التنموي والطولي قد حدد بعض الخصائص الفردية، مثل المزاج والتواصل الاجتماعي، التي تزيد من خطر حدوث مشاكل لاحقة. إن البداية المبكرة للمشاكل في أي فئة من فئات عوامل الخطر، تعرض الأفراد لخطر تطور أكثر خطورة لتلك المشاكل

لاحقًا. الأطفال الذين يعانون من مشاكل التعلم المبكر معرضون بشكل أكبر لصعوبات التعلم اللاحقة والأكثر خطورة. وتنذر المشكلات السلوكية المبكرة أيضا بمشكلات سلوكية أكثر خطورة ، وما إلى ذلك.

(Joseph A. Durlak, 1998, p514- 515)

• إضافة إلى ذلك، وجد أن العائلات التي تعيش في أحياء محرومة ولديها القليل من الموارد تجد صعوبة أكبر في اللجوء إلى التعليم الذي يبعد الشباب عن السلوك المنحرف والمحفوف بالمخاطر.

• تميل الأحياء التي تتميز بالفقر الشديد والتفكك الأسري والحركة السكنية العالية، إلى إضعاف الشبكات الاجتماعية للأطفال والتنشئة الاجتماعية الجماعية بالإضافة إلى تفاقم السلوك الأبوي غير الفعال.

• الأطفال الصغار الذين يعيشون في منطقة محرومة وينشئون في أسرة ذات إشراف أبوي ضعيف، معرضون لخطر تطوير السلوك المنحرف خلال فترة المراهقة. (Centre national de prévention du crime, 2008, p 01- 03).

مع ملاحظة أن معظم عوامل الخطر والحماية مستمرة وليست متغيرات ثنائية التفرع. مثلا انخفاض المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة هو عامل خطر، لكن الثروة ليست عامل وقائي. كما أن مستويات المخاطر والحماية يجب تقييمها بشكل منفصل. نحن لا نستطيع نفترض أن خفض المخاطر تلقائيًا يرفع الحماية. فلا يعني انخفاض العقاب الأبوي (عامل خطر) على سبيل المثال، ارتباطه بزيادة الدفء (عامل وقائي).

7-4- نماذج عن سلوكيات الاختطار:

يعد تدخين التبغ وتعاطي الكحول وعدم النشاط البدني وتناول نظام غذائي غير صحي الأسباب الرئيسية للإصابة بالأمراض غير المعدية (المزمنة). كما يشكل استخدام العنف بين الأشخاص وإساءة استخدام المواد المخدرة والجنس غير الآمن عوامل مهددة لصحة المراهقين في جميع أنحاء العالم. كذلك فإن الإصابات المرتبطة بالنقل وسلوك المركبات، هي السبب السائد للوفاة بين المراهقين.

وتعتبر فترة المراهقة وقتًا لترسيخ العادات الصحية وتعزيز القدرة على الصمود ولكن الانخراط في سلوكيات مثل تدخين التبغ وشرب الكحول والخمول البدني يبدأ عمومًا في هذه المرحلة ويؤثر على الصحة في وقت لاحق كعوامل مساهمة في الإصابة بالأمراض غير المعدية.

وهناك بعض الدلائل الناشئة على أن الانخراط في العديد من السلوكيات الخطرة قد يرتبط بالنتائج الصحية والاجتماعية السلبية في مرحلة البلوغ المبكرة. وقد أظهرت الأبحاث في الولايات المتحدة أن المراهقين الذين لديهم ملامح التعرض المرتفع للمخاطر أكثر عرضة للاعتقال والبطالة والخروج من المدرسة وسوء الحالة البدنية. كما أظهرت دراستان على الشباب في مرحلة البلوغ في أستراليا، أن الذين لديهم احتمال عالي للتدخين والشرب بإفراط وانخفاض استهلاك الفواكه والخضر، يكون لديهم خطر أكبر للإصابة بالكرب النفسي والقلق والاكتئاب. وفي دراسة في الو.م.أ دلت على ارتباط سلوكيات الخطر بنتائج تعليمية سيئة. (Rona Campbella et- al, Sep 2020 , p 02).

2-3-1- سلوك التدخين:

التدخين بشكل عام هو إحدى المشكلات الخطيرة التي يعاني منها كثير من الناس في عالمنا المعاصر، باعتباره يمثل إحدى السلوكيات الضارة التي لا تمتد آثارها فقط على الفرد المدخن نفسه، بل تتعداه إلى الآخرين المحيطين به. **ويقصد به التبغ**، وهو مادة يدخنها المدخن قد تؤدي إلى الإدمان. والإدمان هو تعلق المدمن بالتبغ لأسباب جسدية ونفسية، وهو في كل الأحوال يعمل عن طريق زيادة نسبة النيكوتين في الدم من خلال زيادة الأندروفين الذي يولد مادة تنقص حس الألم، وتخلق حالة من الراحة لأنه يمثل أحد مثيرات الجهاز العصبي، مثله في ذلك مثل الكثير من المواد المخدرة. وفي العادة يدخن المدخنون لخلق هذا الوضع الذي يجلب الراحة بهدف إبعادهم عن التوتر والقلق، ويهيئهم لمواجهة مشكلات الحياة اليومية.

والاستخدام المفرط للنيكوتين يمكن أن يسبب الهياج والإثارة، كما يؤثر على التفكير والقدرة على حل المشكلات، كما يحدث تغيرات مثيرة في الحالة المزاجية، ويسبب في زيادة نبضات القلب وضغط الدم وقد يحدث القيء.

ويعرف **التدخين اصطلاحا** بأنه استنشاق الدخان الناتج عن احتراق التبغ بواسطة السجائر فقط.

والتدخين علميا هو نمط غير تكيفي لاستخدام مادة يؤدي إلى قصور ذو دلالة إكلينيكية والحاجة إلى الزيادة المستمرة في كمية المادة لتحقيق الأثر المرغوب في حالة عدم وجود تلك المادة. (رياض نايل العاسمي (ج02)، 2016، ص 21- 23)

***عوامل الخطورة النفسية لسلوك التدخين:**

كثيرا ما ترتبط بداية تعاطي التدخين والمخدرات بمرحلة المراهقة، نظرا للخصوصيات التي تميزها، وتجعل منها مصدر خطورة بالنسبة للعديد من الشباب.

تتنشط الصراعات الطفلية القديمة في مرحلة المراهقة من جديد ، مما يجعل المراهق في حالة من فقدان التوازن النفسي، الذي قد يؤدي به إلى البحث عن كل سند ممكن للتغلب على الصعوبات التي تواجهه في مساره التطوري، ومن الوسائل التي تتيحها له البيئة، هي التدخين أو التبغ عموما، وبعد فترة زمنية يجد أن مادة النيكوتين أصبحت جزء من المكونات الكميائية لجسمه، وبهذا تتحول العادة النفسية إلى حاجة فيزيولوجية. فيصبح من الصعب التوقف عن تعاطيها.

وعندما تترافق أزمة المراهقة بتجارب حياتية قاسية، كالتعرض إلى صدمات نفسية قوية (كالفقدان مثلا)، فإن ذلك يجعل التوازن النفسي في وضعية حرجة، يدفع بالمراهق ليبذل ما بوسعه، وبكل ما أتيح له من وسائل أن يحافظ على استقراره، ولو بشكل هش.

ويساعد الإدمان، بوصفه سندا، الفرد على التغلب على الضغوط المستمرة، والتقليل من المعاناة النفسية التي يعانيها، بما يحدثه من تبعية وسير على أساس مبدأ اللذة، ولكنه يتسبب بمرور الزمن في مشاكل صحية عويصة.

ويرتبط الإدمان بصفة عامة بما فيه التدخين، بشخصيات تعاني من مشاعر داخلية كالقلق، وعدم الاطمئنان، والفراغ العاطفي، الذي له دور كبير في اتجاه الشخص نحو المخدر، علاوة على الشعور بالضعف، والخوف والحاجة الدائمة للسند، والشعور بالنقص. كما يشير العديد من الباحثين إلى أن الذين يعانون من اضطرابات الإدمان غالبا ما كانوا عرضة لتجارب صدمية مستمرة كالحروب والتعرض للاعتداءات الجنسية في مرحلة الطفولة والمراهقة، حيث يستخدمون الإدمان كوسيلة للتخفيف من حدة المعاناة النفسية.

تعتبر الشخصيات الاكتئابية بما تتميز به من إحساس مستمر بالحزن وإحساس قوي بالكآبة وفقدان الرغبة، من الشخصيات الأكثر حاجة للدعم والإسناد، ولذلك فهي قد تقاوم مشاعر الوحدة والفراغ بتعاطي التدخين كوسيلة للتغلب على حالة الانهيار، كما تساعد الطقوس المرتبطة بالتدخين على إحياء الشعور بالانتماء مع جماعة المدخنين.

وقد تلجأ الشخصيات الفصامية، بما تتسم به من خجل وانطوائية وعزلة وتجنب للناس وقلة التعبير، للمواد المخدرة لإزالة الخجل وإلغاء التوتر وإطلاق اللسان. وتعتبر الشخصية المضادة للمجتمع أيضا، بما تتصف به من عدوانية وعنف وسعي دائم للذة السريعة، من الشخصيات الأكثر احتمالا للإدمان، كما تلجأ الشخصيات المكروبة والقلقة التي تعاني الضغوط النفسية والاجتماعية وعدم الاستقرار، وسهولة الاستشارة، والاندفاع، للإدمان لإزالة التوتر وتحقيق الاسترخاء. (رضوان زقار، عواطف زقور، 2016، ص 273- 274).

***أضرار التدخين على الصحة:**

يؤثر التدخين على عدة مناحي، حيث يرافق التدخين **انخفاضا حادا في الشهية**، مما يتسبب **بالنحافة الزائدة وهزل الجسم** وضعف قوته وطاقته، بالإضافة إلى **شحوب الوجه واحمرار العينين** بشكل دائم، والشعور **بالدوخة وفقدان التوازن** في بعض الحالات.

- الإصابة **بالالتهابات الرئوية**، نتيجة لتراكم المركبات الكربونية الموجودة في الدخان في الشعب الهوائية واستيطانها فيها، كما قد تتسبب بتهيج في أغشية المخاط الموجودة في الأنف.

- **الإضرار بالجهاز الهضمي**، حيث تظهر بعض الأعراض المنبئة بحدوث ذلك مثل؛ **الانتفاخ، وتكون الغازات، وعسر الهضم**، بالإضافة إلى حالات متفاوتة من **الإمساك والإسهال**.

- **التهاب الكبد**، حيث تقوم المخدرات خاصة بإتلاف أنسجة الكبد وتدمريها، حيث يفقد قدرته على القيام بوظيفته في طرد السموم من الجسم، تاركا هذه السموم تتراكم فيه.

- **إتلاف ملايين من خلايا المخ وأعصابه**، والذي يترتب عليه حالات من النسيان المستمر وضعف الذاكرة.

- الإصابة **بأمراض القلب** المختلفة، بالإضافة إلى تصلب الشرايين وضغط الدم وفقر الدم.

- **ضعف جنسي**، حيث يحدث انخفاض واضح في الهرمونات الجنسية والنشاط الجنسي.

- **الإضرار بالجنين** في حالات تعاطي الحامل للمخدرات أو التدخين، إذ يتسبب ذلك بتعرض الجنين لعيوب خلقية، أو يهدد حياته متسببا بالإجهاض.

- زيادة احتمال **الإصابة بالسرطان**، خاصة **سرطان الرئة**.

- تلف الخلايا وظهور **علامات الشيخوخة** في عمر مبكر. (خولوفي لامية، زايدي وسيلة، 2019، ص 110).

***الأضرار الصحية التي تتفاقم بفعل التدخين:**

يمكن أن يتفاعل الضغط Le Stresse مع التدخين بطريقة خطيرة، فالنيكوتين **لدى الرجال** قد يزيد من معدل **ردود الفعل القلبية** لدى التعرض للضغط، كما يمكن أن يقلل التدخين لدى المرأة من معدل نبض القلب، ولكنه يزيد من معدل ضغط الدم، مسببا ردود فعل عكسية أيضا.

والتأثير المنبه للنيكوتين على الأجهزة القلبية الوعائية قد يعرض المدخنين لخطر الإصابة بأزمة قلبية فجائية. كما أن التأثير بعيد المدى الناتج عن التفاعل استجابة للضغوط، قد يؤدي إلى مخاطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية.

وقد يتفاعل الوزن مع التدخين ويزيد من معدل الوفيات، وبالتحديد فقد وجد كل من سيدني وفريدمان وسيجلاوب (Sidney, Freidmen, Siegelaub, 1987) بأن المدخنين أكثر عرضة للموت من أقرانهم الذين تقع أوزانهم ضمن المعدل. مع أن النحافة لم تكن مرتبطة بارتفاع معدل الوفيات بين هؤلاء الناس في حال عدم التدخين. أو بين من كانوا يدخنون سابقا، وسبب هذه العلاقة لا يزال غير واضح لحد الآن.

ويرتبط التدخين بزيادة خطر تعرض المرأة بسرطان الثدي 04 مرات عن المعدل في حال قيامها بالتدخين في سن اليأس.

ويتفاقم التأثير الناجم عن التدخين في حال وجود الاكتئاب، مسببا زيادة كبيرة في تعرض المدخنين من المكتئبين إلى مخاطر الإصابة بالسرطان. كما يعتبر التدخين عاملا رئيسيا في حدوث الكآبة لدى الأشخاص اليافعين، كما يرتبط التدخين بزيادة القلق لدى المراهقين.

لذلك فإن التوقف عن التدخين يحقق فوائد صحية، إذ أن فرص الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية، وسرطان الرئة تنخفض بشكل واضح عند التوقف عن التدخين، مما يجعله أكثر العوامل تأثيرا على الصحة على الإطلاق. (شيلي تايلور، 2008، ص 260- 262).

2-3-2- سلوك قيادة السيارات:

لقد أصبحت المركبة من أهم مظاهر المدنية وإحدى منجزات العصر، حيث وفرت للفرد التنقل السريع والسهل، وساهمت بشكل مباشر في رفع المستوى المعيشي، إلا أنها سببت كوارث نتيجة سوء الاستعمال،

وأصبحت مشكلة تعاني منها البشرية جمعاء، والمتمثلة في حوادث المرور، والتي غالبا تكون نتيجة سلوكات لا وقائية تصدر عن مستعملي الطرق. (حمو بوظريفة وآخرون، 2010، ص10).

وتتسبب حوادث المرور عادة في الكثير من الأضرار الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، وبالإضافة إلى العدد الهائل للموتى والجرحى والخسائر المادية جراء حوادث المرور، فإن سلوك القيادة يعتبر سلوك مخاطرة risque في حد ذاته إذا أصبح نمط حياة، خاصة إذا تدخلت معتقدات الفرد واتجاهاته في ترسيخ مثل هذه الخبرات حول سلوكياته. (سارة أشواق بهلول، نور الدين جبالي، 2017، ص 153).

وقد نشرت منظمة الصحة العالمية تقرير حول الوضعية العالمية للسلامة على الطرق في عام 2009. وذكرت فيه أن حوادث الطرق ستصبح خامس سبب رئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم بحلول عام 2030 إذا لم يتم اتخاذ التدابير الوقائية على الفور. وكان من المتوقع أنه بين عامي 2000 و 2020 يمكن أن يرتفع العدد الإجمالي للوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق في جميع أنحاء العالم بنسبة 65 ٪ في البلدان ذات الدخل المرتفع، وبنسبة تصل إلى 80 ٪ في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وفي 11 ماي 2011 أطلقت الأمم المتحدة عقد العمل من أجل السلامة على الطرق، بهدف تثبيت عدد الوفيات على الطرق في العالم، ثم تقليلها بحلول عام 2020.

(Andy S.K. Cheng, Karen P.Y. Liu, Nikki Tulliani, June 2015, p33).

وقد اكتسبت دراسة سلوكيات الخطر الصحية أهمية كبيرة في سياق حركة مرور المركبات بسبب ارتفاع معدل الوفيات المرتبطة بحوادث الطرق. وكان العامل البشري محور الاهتمام الرئيسي لأطباء النفس، حيث كان المتسبب في معظم حوادث المرور.

ويمكن تصنيف مخالفات (انتهاكات) القيادة Driving violations إلى نوعين متميزين بناءً على السبب الأساسي للسلوك. في **النوع الأول** المسمى المخالفات العادية، يخرق الناس القانون عمداً، لكن ليس لديهم دافع عدواني للقيام بذلك. في **النوع الثاني** المسمى الانتهاكات/ المخالفات العدوانية الجاني يكون عدواني مع الآخرين.

ترتبط حوادث المرور أيضًا بكيفية إدراك راكب الدراجة النارية للخطر. تصور مخاطر حركة المرور هو تفسير شخصي للمخاطر التي تنطوي عليها المواقف المختلفة، ويعتمد على قدرة السائق على إدراك

هذه المخاطر بشكل صحيح. على سبيل المثال، من المعروف أن سائقي الدراجات النارية الشباب والمبتدئين معرضون أكثر من غيرهم لحوادث المرور. إذ أنهم عادة ما يقللون من خطر وقوع حادث ويميلون إلى التحيز المتفائل، أي أنهم يميلون إلى تصور المواقف على أنها منخفضة المخاطر نسبيًا مقارنة بالسائقين الآخرين. (Andy S.K. Cheng et-al, 2015, p33)

كما توصلت بعض الدراسات العلمية إلى شيوع سلوك المخاطرة لدى فئة الشباب بصورة مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، الأمر الذي يترتب الميل إلى ممارسة بعض السلوكات مثل قيادة المركبات بصورة متهورة، كالسرعة المفرطة، دون اعتبار للنظم والقواعد المرورية السائدة، وعدم الاكتراث أثناء السير بالإشارات أو العلامات الضوئية الخاصة بحفظ نظام سير المركبات، وهو ما يعرض حياة السائق والآخرين لمزيد من الأخطار. (حمو بوظريفة وآخرون، 2010، ص 10).

وتعتبر السياقة Driving سلوك معقد يتأثر بعدة عوامل محددة بالزمان والمكان منها: الأهداف، الأخطاء، التوقعات و المعتقدات، الاهتمامات، كيفية التحكم في سلامة المركبات، مدى الانتباه، التعب، الذاكرة، القدرات العقلية و الجسمية، التدريب و الخبرة.

و يكون سلوك السياقة معرضا للاختطار إذا صوحب بالسلوكات التالية: السرعة، عدم احترام المسافة الأمنية، القيادة تحت تأثير الكحول، استخدام الهواتف المحمولة، عدم استعمال أحزمة الأمان أثناء القيادة.. الخ. حيث يزيد اختطار مثل هذه السلوكات كلما قلت خبرة السائقين. (صارة أشواق بهلول، 2008- 2009، ص 41).

وقد أسفرت مراجعة لويز بوين وآخرون (Louise Bowen and- al, 2020) للأدبيات التجريبية المرتبطة بموضوع قيادة السيارات إلى التوصل إلى أن الانفعالات وخاصة الغضب تؤدي بشدة إلى القيادة السيئة. فالغضب باستمرار أثناء القيادة يعتبر أحد العوامل الرئيسية المنبئة بمخاطر الطريق. ولفهم السلوكيات المرتبطة بغضب القيادة، قام كل من تشانغ وتشان (2016) بتحليل 51 دراسة وخلصوا إلى أن القيادة العدوانية، ارتكاب أخطاء القيادة والقيادة المحفوفة بالمخاطر هي النتائج الرئيسية المرتبطة بغضب القيادة. مما يشير إلى أن غضب القيادة يمكن أن يؤثر على الطريقة التي يقرر بها الأشخاص المشاركة في القيادة المتهورة، بالإضافة إلى ارتكاب أخطاء لا إرادية.

وقد توصل هيريرو فمنديز (2016) Herrero Fernández من خلال دراسته أن غضب القيادة لا يساهم بشكل كبير في حوادث الطرق بسبب أخطاء الأداء، بقدر ما تساهم فيه السلوكيات الخطرة المتعمدة.

كما تم الإشارة إلى أن الطريقة التي يعبر بها الناس عن غضبهم قد تكون عاملاً مهمًا آخر مرتبطًا بسلوك المخاطرة، والعامل المهم هو كيفية تعاملهم مع الغضب؛ وبالتالي هل سيحولون الغضب إلى سلوك أم لا.

(Carlos Alberto Mirón-Juárez et- al, July 2020, p71- 72)

كما أن سمات الشخصية السلبية تتوافق مع سلوك القيادة السيئ، بينما السمات الإيجابية والميل نحو الإيثار كان لها تأثير وقائي من القيادة الخطرة.

إلى جانب ذلك فالطريقة التي نشعر بها بشأن عملنا لها أيضًا تأثير على الطريقة التي نقود بها، فمع وجود خصائص وظيفية سلبية فإن ذلك ينبئ بالمخاطرة وسلوك القيادة السيئ، على الرغم من أن بعض الأبحاث دلت على أن وجود عنصر التحدي في مكان العمل يرتبط بسلوك قيادة أكثر أمانًا.

كما تؤثر الصحة العقلية وخاصة متغيرات القلق والتوتر على تجربة القيادة بلا شك. حيث تترجم المستويات العالية من القلق إلى ارتفاع معدل حوادث التصادم المروري على الطرق وممارسة القيادة الأكثر خطورة ، في حين أن الضغط الذي يتم مواجهته في بيئة القيادة، والذي عادة ما يتسبب فيه السلوك الفوضوي في القيادة من قبل الآخرين قد يؤدي إلى سلوك انتقامي.

(Louise Bowen, Shannon L. Budden, Andrew P. Smith, Apr 2020, p209).

كما ارتبطت أعراض الاضطراب النفسي كالاكتئاب والعصبية والوحدة بنتائج القيادة السلبية كالتورط في الحوادث. وأجرى (Verschuur and Hurts, 2008) دراسة لـ 743 سائقًا هولنديًا وتم التوصل إلى أن التورط في حوادث المرور له علاقة بالأعراض النفسية السلبية مثل أعراض الكرب.

علاوة على ذلك، وجد هيلتون وستادون وشيريدان وويتفورد (2009) عبر مسح أسترالي لـ 1324 سائقًا ، أن أولئك الذين سجلوا مستويات عالية من الاكتئاب شهدوا مشاركة متكررة في حوادث المركبات.

إضافة إلى ذلك من المفترض أن أولئك الذين يؤيدون بشدة اتجاه المتعة (زيادة المتعة إلى أقصى حد وتقليل الألم، والحصول على الإشباع الحسي الفوري، والانغماس المفرط في أنشطة الترفيه ولديهم ميل لوضع أنفسهم أولاً)، قد يتصرفون في سياق القيادة بطرق أكثر خدمة للذات/ معادية للمجتمع بسبب الميل إلى المتعة، وربما القيام بمناورات القيادة الخطرة كالسرعة والتجازو الخطير..

كما يمكن الافتراض أن السلوكيات المرتبطة بمستويات عالية من الرضا عن الحياة ستنتقل إلى سياق القيادة وتعزز نتائج القيادة الإيجابية، حيث أن فعل القيادة موجود إلى حد كبير في السياق الاجتماعي ويعتبر امتدادًا لنمط حياة المرء. (B. Isler, Samantha A. Newland, May 2017, p 144- 145).

كما وجد دينجوس وآخرون Dingus et al (2006) أن عدم انتباه السائق كان عاملاً مساهماً في 78٪ من حوادث تحطم السيارات في دراسته لـ 100 سيارة بالولايات المتحدة، وقدرت دراسة حديثة أجرتها جمعية السيارات الأمريكية أن 56٪ من الحوادث المميتة التي حدثت بين 2003 و 2007 تضمنت سلوك القيادة العدواني. في شنغهاي – الصين 792 حادثًا من أصل 1044 أبلغت عنها الشرطة حدثت في عام 2015 نتجت عن سلوكيات القيادة الخطرة مثل الانتهاكات وعدم الانتباه، وهو ما يمثل 75.9 ٪ من إجمالي الحوادث.

وأفاد أوسلي وآخرون (2003) أن الأشخاص الذين لديهم مستويات عالية من الاندفاع والتعاطف كانوا عرضة أكثر لارتكاب المزيد من أخطاء القيادة. وقد تبين أن السائقين الذين لديهم مستويات عدوانية أعلى يكونون أسرع غضبًا، ويميلون إلى ارتكاب المزيد من الانتهاكات.

ويمكن أن يساعد تحديد السلوكيات الأكثر ارتباطًا بخطر الاصطدام الباحثين، في تحديد السمات النفسية الأساسية الأكثر ارتباطًا بحدوث الحوادث، من أجل تحديد السائقين الذين يحتمل أن يكونوا أكثر عرضة للخطر.

كما يمكن أن يؤدي الفهم الأكثر شمولاً للعوامل البشرية المرتبطة بالسائقين ذوي المخاطر العالية إلى تطوير إجراءات أمان أكثر فعالية ، مثل تحسين تدريب واختبار السائقين ، وحملات تثقيفية تهدف إلى تغيير ممارسات القيادة، وتشريع قوانين لتنظيم سلوك السائقين، والتحسينات في تصميم أنظمة الطرق والسيارات، وكلها وجدت لتقليل السلوكيات الخطرة، وبالتالي قد تقلل من تورط الفرد في حوادث التصادم.

(Xuesong Wanga, Xiaoyan Xua, July 2019, p 08).

2-3-3- البدانة/ السمنة L'obésité:

تمثل زيادة الوزن والسمنة بين البالغين مشكلة صحية عامة خطيرة، والسمنة هي عامل خطر معروف للعديد من الأمراض، بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم والكوليسترول والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية ومشاكل الجهاز التنفسي (الربو) والتهاب المفاصل وبعض أشكال السرطان.

ويعاني نصف السكان البالغين الآن أو أكثر من زيادة الوزن أو السمنة في العديد من الدول كالمكسيك والولايات المتحدة والمملكة المتحدة وأستراليا واليونان ونيوزيلندا والبرتغال وأيرلندا وإسبانيا وأيسلندا. على العكس من ذلك ، فإن حالات زيادة الوزن والسمنة أقل بكثير في اليابان وكوريا وبعض الدول الأوروبية (مثل فرنسا وسويسرا) ، على الرغم من أنها تتزايد أيضًا في هذه البلدان.

إن تطور السمنة يمس جميع فئات السكان بغض النظر عن الجنس أو العمر أو العرق أو الدخل أو التعليم. ومع ذلك فإن البيانات حسب بعض الدول في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية كأستراليا، وكندا وإنجلترا.. تشير إلى أن السمنة تميل إلى أن تكون أكثر انتشارًا بين الفئات الاجتماعية الاقتصادية المحرومة خاصة بين النساء، كما أن الناس الأكثر تعليما هم الأقل تأثرا. وتكون منتشرة بين النساء أكثر من الرجال.(L'OCDE, (2009), p 56)

وتتزايد معدّلات انتشار البدانة في البيئات التي تحتضن أنماط الحياة الخمولية وتشجّع السلوكيات الغذائية غير المتوازنة، والتباين في استهلاك الطاقة بين الأفراد يكون نتيجة اختلاف الممارسات البدنية، وقد أدى التقدم الهائل في التقنيات الحديثة إلى تقليص حجم النشاط البدني، كما أن الشباب يقضون معظم أوقات فراغهم أما التلفاز والكمبيوتر بدلا ممارسة النشاط البدني مما يحدث هناك اختلال بين ما يتناوله الفرد وبين ما يستهلكه من طاقة فيؤدي ذلك إلى تجمع الدهون في الجسم فالبدانة. (كريمة مقاوسي، 2015، ص 157- 158).

***تعريف البدانة/ السمنة:**

تعرف البدانة على أنها زيادة في النسيج الشحمي للجسم وتحدث نتيجة تزايد كمية الطعام التي يتناولها الإنسان عن حاجته اليومية لتأدية وظائفه الطبيعية وبالتالي هذه الطاقة تتحول إلى نسيج شحمي يختزن في جميع أجزاء الجسم بما فيها تحت الجلد. (خير لقريدي، 2017، ص 95).

كما تعرف بأنها:" عبارة عن زيادة نسبة الدهون في أماكن متفرقة من الجسم تزداد عن المعدلات الطبيعية للفرد، مما تؤدي إلى بطء الحركة وقلة النشاط وضعف القوة وزيادة نسبة الإصابة بأمراض القلب والسكر وضغط الدم". (عبد القوي رشيد، 2012- 2013، ص 34).

كما تعرف بأنها:" زيادة وزن الجسم عن الحد الطبيعي بسبب زيادة الأنسجة الدهنية وتراكم الدهون، وهذا التراكم ناتج عن عدم التوازن بين الطاقة المتناولة من الطعام والطاقة المستهلكة".

والبدانة هي مرض معقد ومتعدد التأثيرات اجتماعيا ونفسيا وجسديا. وهي تختلف عن زيادة الوزن، فمصطلح البدانة إذا أطلق فيقصد به زيادة الدهون غير الضرورية في الجسم، أما زيادة الوزن فقد تكون بسبب زيادة الدهون وقد تكون بسبب زيادة حجم العضلات أو العظام أو غيرها. وتهني الزيادة في الوزن ببساطة أن الشخص يزن أثر من متوسط الوزن الطبيعي لطول معين. (محمد الركبان، 2009، ص 55- 57).

***أسباب السمنة:**

هناك عدة أسباب تقف وراء الإصابة بالسمنة منها **العامل الوراثي** فبعض الأشخاص لديهم الاستعداد للبدانة دون غيرهم بسبب المورثات، وهذا ما يفسر انتشار السمنة عند بعض الأسر. كما أن **بعض الأمراض** قد تسبب السمنة وخاصة **أمراض الغدد الصماء** كفرط إنتاج هرمون الغدة الكظرية، وضعف إنتاج هرمون الغدة الدرقية، واختلال إنتاج الهرمونات الجنسية. كما يؤثر **استخدام بعض الأدوية** في ظهور السمنة، مثل الكورتيزون ومشتقاته، الهرمونات النسائية، موانع الحمل وبعض المضادات الحيوية، وبعض الأدوية النفسية العصبية. كما أن **الإفراط في تناول الوجبات ذات السعرات الحرارية المرتفعة** هو العامل الرئيسي في تفشي ظاهرة البدانة، إذ تتحول هذه السعرات إلى دهون وتخزن على هيئة شحوم في الجسم. خاصة إذا كانت كمية الطعام المتناولة أكبر من الطاقة المستخدمة. كما أن **ممارسة السلوك الغذائي غير الصحي** مع تقدم العمر نذير خطر وسبب للبدانة، كعدم تناول طعام الإفطار وتناول الأكلات السريعة والإكثار من تناول السكريات والمعجنات.. كما يعد **الخمول وقلة النشاط الحركي** أحد مسببات السمنة. كما أن التقدم في العمر يصاحبه زيادة الوزن نتيجة فقدان جزء من الكتلة العضلية التي تستهلك كمية أكبر من الطاقة مقارنة بأنسجة الجسم الأخرى. كما وجد أن **الحمل المتكرر** يؤدي إلى البدانة فزيادة الوزن فوق الطبيعي المكتسب خلال الحمل يصعب التخلص منه نتيجة زيادة عدد الخلايا الدهنية. (محمد الركبان، 2009، ص 71- 88).

***العوامل النفسية للسمنة:**

يحس البدين أن في جسمه فراغ لا بد من سده حتى ولو أزعجه ذلك، بل وأحيانا يجعله يقرف من نفسه إلا أنه يحس بنقص لا يعوض إلا من خلال الطعام، كما يصبح الطعام هو الشيء الوحيد القادر على تخليصه من قلقه النفسي، ويصبح يلجأ للطعام كلما وجد نفسه أمام ضغوطات نفسية، صراعات، نزوات داخلية، عوامل ضغط خارجية، ومن هنا ينشأ لديه التعلق بالطعام (الشيء المحبوب- المكروه) ويصبح في حالة إدمان عليه، وهذه العلاقة الإدمانية بين البدين والطعام تمثل نكوصا طفوليا نحو الغذاء.

وعادة ما تخضع عمليتي الجوع والشبع (السلوك الغذائي) لرقابة عصبية آلية كما تتدخل فيها العوامل الوراثية، لكن عند هؤلاء المرضى تكون الرقابة العصبية لسلوكهم الغذائي هي رقابة معطلة أو على الأقل مشوشة فهم يبدون وكأنهم لا يستطيعون التحكم فيما يدخل لأجسامهم. (كريمة مقاوسي، 2011، ص 108- 109).

وهناك عدة أسباب لإرباك عمل مراكز التغذية منها الضغوط النفسية والعوامل الوراثية. فهذه المراكز جد حساسة بحيث أن أقل ضغط نفسي يمكن أن يحدث خللا عميقا في عملها. (محمد الركبان، 2009، ص 76).

كما أن البدانة قد تكون أحد الأعراض المهمة لبعض الأمراض النفسية وخاصة الاكتئاب، إذ قد يلجا الشخص المكتئب إلى الفرار من مشكلته النفسية بتناول قدر كبير من الطعام، وقد يعاني مرضى القلق من زيادة الوزن وذلك لنفس السبب.

ومن أشهر الاضطرابات النفسية المؤدية للبدانة:

***حالة اضطراب الأكل المفرط Binge-eating disorder:** 20- 30% من البدينين يعانون من هذا الاضطراب.

***حالة فرط الأكل التصاعدي Pregressive hyperphagia:** تبدأ في عمر الطفولة وتستمر حتى يصل الوزن إلى 140 كغ قبل الـ 30 سنة، وقد يكسب المريض 25 كغ/ السنة.

***متلازمة الأكل ليلا Night eating syndrome:** تكثر في البدينين وتتميز بأن 50- 70% من الطاقة المتناولة تكون في ساعات الليل.

***الأكل الانفعالي Emotional eating:** ويحدث فيف إفراط في تناول الطعام نتيجة حدوث صدمة عاطفية، وخاصة أثناء الكرب Stress والكآبة.

***الإدمان على الأكل Food addiction:** وهو مرتبط بمادة السيروتونين وساعات الضوء في الشتاء، ويعيد بعض المتخصصين الرغبة الملحة لتناول بعض الوجبات إلى ما تحتويه هذه الأخيرة من مواد تؤثر على الجهاز العصبي وتحدث حالة شبيهة بالإدمان. (محمد الركبان، 2009، ص 76- 77).

عموما فقد حدثت تغييرات تاريخية في تصوراتنا وفهمنا للأسباب المرضية للسمنة. ففي الخمسينات من القرن الماضي كانت السمنة مشكلة نفسية، بسبب سيادة المفاهيم الفرويدية لمجالي علم النفس والطب النفسي في ذلك الوقت، حيث كان يعتقد أن السمنة تعكس اضطرابا في الشخصية، وهي الصراعات التي يتم التعبير عنها بالإفراط في الأكل. ومع بداية التسعينات أدخل المعالجون السلوكيون إلى هذا الميدان الخدمات الصحية، وتم تصور السمنة باعتبارها نتيجة لعادات غير تكيفيةفي الأكل. بينما نظر بعض العلماء خاصة رافيوسن (Ravusin. 1988) أن سبب السمنة هو عدم استهلاك طاقة الجسم لحرق الشحوم التي تؤدي إلى زيادة الوزن. بينما تم الاعتراف مؤخرا بأن ثمة عوامل متعددة تسهم في حدوث السمنة، كالوراثة، والثقافة، والسلوك الشخصي. (رياض نايل العاسمي، 2016،ج 02، ص 135).

***عوامل الخطورة عند البدينين:**

بينت الدراسات الحديثة أن الخطورة على الصحة العامة والقابلية للإصابة بأمراض الشرايين التاجية وكذلك بداء السكري، ترتبط بتوزيع الدهون في الجسم أكثر مما ترتبط بكمية هذه الدهون، وأصبح قياس كمية الدهن المتراكمة في منطقة البطن هو الأهم إذا أردنا تقدير مدى الخطورة التي يمثلها تراكم الدهون على صحة الشخص. ويتم ذلك من خلال قياس محيط الخصر فإذا زاد عن 102 سم في الرجال أو 88 سم في النساء فإنه قد يمثل خطورة على الصحة.

ويعتمد خطر البدانة وتأثيرها على العاملين التاليين:

أولا: شدة المرض وتوزيع الدهون:

خطورة البدانة تزداد طرديا عند البدناء في الأحوال التالية:

8- زيادة مؤشر كتلة الجسم.

9- زيادة محيط الخصر.

10- زيادة النسبة بين محيط الخصر إلى محيط الحوض.

فالسمنة في المنطقة العلوية من الجسم خصوصا منطقة الخصر تشكل خطرا أكبر من السمنة التي تحصل في منطقة الحوض والأرداف.

ثانيا: وجود أمراض أو عوامل خطورة مصاحبة: فوجود هذه العوامل المصاحبة يزيد من خطورة السمنة، وأهم تلك العوامل هي:

11- وجود تاريخ عائلي لبعض الأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب وداء السكري.

12- قلة الحركة والنشاط.

13- ارتفاع ضغط الدم الشرياني.

14- ارتفاع نسبة الكولسترول (الكلي والدهون الثلاثية والكولسترول السيئ في الدم).

15- انخفاض نسبة الكولسترول الجيد في الدم.

16- التدخين.

17- داء السكري من النوع الثاني.

18- التقدم بالعمر (أكثر من 45 سنة بالنسبة للرجال، وأكثر من 55 سنة بالنسبة للنساء أو بعد توقف الدورة الشهرية).

إن إنقاص 10% من الوزن الزائد يخفف كثيرا من احتمال حصول المضاعفات المتعلقة بالبدانة.

أما بالنسبة للأوزان الزائدة والخصر النحيف ولا يوجد لديهم أي من عوامل الخطورة الأخرى فإنهم ينصحون بالحفاظ على أوزانهم ومحاولة عدم زيادتها. (محمد بن عثمان الركبان، 2009، ص 59-61).

ويلخص برونيل ووادن (Browell & Wadden, 1992) عوامل الخطورة المهمة الكامنة في حدوث السمنة في الآتي:

. **عوامل الخطورة (التعرض):** وفرة الأطعمة عالية الدسم، والمستويات المرتفعة من الدهون في الجسم، تناقص مستويات النشاط الجسمي، وأنماط استهلاك الطعام التي تدعم السمنة.

. **العوامل البيولوجية:** مثل العوامل الوراثية، ومعدلات الأيض المنخفض، وتزايد عدد الخلايا الدهنية.

. **العوامل السلوكية:** مثل أنماط محددة للأكل ونقص التمرينات الرياضية. (رياض نايل العاسمي، 2016،ج 02، ص 136).

***أمراض السمنة:**

لاحظ موريسون وبينيت (2009) أن الاستهداف للأمراض تزداد علاقته نسبيا مع بوزن الأفراد. كما ذكرت أوغدن (2007) أن مكان تخزين الدهون في الجسم له صلة أيضا، فالدهون المخزنة في الجزء العلوي من الجسم خاصة في منطقة البطن، هي الأكثر خطورة على الصحة من تلك المخزنة في الجزء السفلي من الجسم، وبما أن الرجال أكثر ميلا لتخزين الدهون في الجزء العلوي من الجسم مقارنة بالنساء، فهم الأكثر استهدافا للأمراض إذا كانوا يعانون من السمنة المفرطة (هناء أحمد شويخ، د.ت، ص 207). وهناك العديد من المضاعفات لمرض السمنة، وأهمها ما يلي:

19- السمنة ومرض السرطان:

أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين البدانة والسرطان وذلك بسبب زيادة الدهون في الجسم، حيث ترتبط بشكل كبير بالوفاة بسرطان الرئة، القولون المستقيم، الكبد، البنكرياس، وسرطان الكلى.

وخلصت دراسة قامت بها جمعية السرطان الأمريكية على 900 ألف شخص فوق الـ 16 عاما، إلى أنه كلما زاد وزن الشخص زادت فرص تعرضه للإصابة بالعديد من أنواع السرطانات، كما خلصت إلى أن زيادة الوزن يمكن اعتبارها متسببا في 20% من الوفيات بسبب السرطان في النساء و14% لدى الرجال. وقد ظهر وجود ارتباط بين العديد من الأورام السرطانية بما فيها أورام المعدة وعنق الرحم وبين البدانة.

فالدهون ترفع كمية الاستروجين في الدم مما يزيد من خطر الإصابة بسرطانات الجهاز التناسلي، وخلصت نفس الدراسة إلى أن البدانة تتصل بشكل مباشر بسرطانات البنكرياس والكبد والمعدة. (كريمة مقاوسي، 2011، ص 110).

20- السمنة وأمراض القلب والموت المفاجئ:

الوزن الزائد هو حمل زائد على القلب والرئتين، فيحتاج كل منهما إلى مجهود مضاعف. كذلك نوع الغذاء الذي يتناوله البدين كتناول الأغذية الغنية بالدهون أو المقلية أكثر من ميله لتناول البروتينات والكربوهدرات يؤدي إلى رفع نسبة الكولسترول في الدم، وهذا هو عامل الخطورة الأول لمرض القلب.

أما علاقة السمنة بأمراض القلب والموت المفاجئ فهي علاقة تعتمد على مدة البدانة وسن بدايتها عند الشخص. وجدت بعض الدراسات أن استمرار السمنة لمدة تزيد عن 10 سنوات تزيد نسبة التعرض لأمراض القلب والموت المفاجئ، خصوصا عند الإصابة بالسمنة في مرحلة الطفولة أو في الشباب المبكر. (رياض نايل العاسمي، 2016، ج02، ص 141).

وفي إحدى الدراسات تبين أن النساء اللواتي تزيد أوزانهن بنسبة 30% عن المعدل الطبيعي، تعرضن لأمراض القلب أكثر بثلاث مرات من أولئك اللواتي كانت أوزانهن ضمن المعدل الطبيعي أو أقل بقليل.

وترتفع نسبة الإصابة بأمراض القلب لدى المدخنات اللواتي تزيد أوزانهن عن المعدل الطبيعي مقارنة بغير المدخنات اللواتي تعد أوزانهن ضمن المعدل الطبيعي. ونظرا لارتباط السمنة بالإصابة بالأمراض المزمنة فإن السمنة لها علاقة بالوفاة المبكرة. (شيلي تايلور، 2008، ص 235).

21- السمنة ومرض السكري:

هناك علاقة قوية بين السمنة ومرض السكري (غير المعتمد على السكري)، غير أنه تتدخل عوامل أخرى مثل الوراثة والجنس والأماكن الجغرافية وغيرها.

وعن علاقة السمنة بمرض السكري فإن كل خلية تحوي مستقبلات الأنسولين هذا الأخير الذي يحرق الجليكوز لينتج الطاقة، وإذا لم توجد هذه المستقبلات أو قل عددها فترتفع نسبة الأنسولين في الدم. وهذه المستقبلات نسبتها ثابتة على الخلية الدهنية العادية فإذا زاد حجم الخلية كما في حال البدين فإن عدد المستقبلات يكون قليلا بالنسبة لمساحة الخلية كبيرة الحجم. (رياض نايل العاسمي، 2016، ج02، ص 141).

***السمنة وارتفاع ضغط الدم:**

إن نسبة ارتفاع ضغط الدم بين البدينين تصل إلى ثلاث أضعاف نسبته بين العاديين، وتخفيض الوزن مع التقليل من تناول ملح الطعام عند مرتفعي ضغط الدم، حسن حالة ضغطهم في حدود تصل إلى 50%.(رياض نايل العاسمي، 2016، ج02، ص 142).

فالشخص إذا اكتسب وزنا اكتسب أنسجة دهنية، وهذه الأنسجة تعتمد على الأكسجين والمغذيات في الدم حتى تبقى، ومن ثم يتزايد الاحتياج للمغذيات والأكسجين، كما تتايد كمية الدم التي تسري في الشريان ويتدفق المزيد من الدم فيها وهذايعني ضغطا زائدا على جدران الشرايين. كما يسبب اكتساب الوزن زيادة في مستوى الأنسلين، الأمر الذي يصاحبه احتباس الصوديوم والملح والماء مما يزيد كثافة الدم. أضف إلى ذلك أن زيادة الوزن تصاحبها غالبا زيادة حركة القلب تقليل في قدرة الأوعية الدموية على نقل الدم، وكل تلك العوامل قد تزيد ضغط الدم. (كريمة مقاوسي، 2011، ص 111).

22- السمنة والمفاصل والأربطة: تشكل السمنة حملا زائدا على مفاصل الجسم وأربطته، ويظهر ذلك في صورة آلام متعددة بالمفاصل.

23- السمنة والجلد: تزيد السمنة كمية الانثناءات في الجلد ولذلك يكون الجلد أكث عرضة للالتهابات والإصابات الفطرية والبكتيرية، إلى جانب عدم تحمل الطقس الحار. (رياض نايل العاسمي، 2016، ج02، ص 142).

المحاضرة الثامنة: التربية العلاجية لبعض الأمراض المزمنة:

الأهداف الإجرائية:

- أن يميز المتعلم بين مفهومي التربية الصحية والتربية العلاجية.
- أن يحدد المتعلم بعض المفاهيم التي لها علاقة بمفهوم التربية العلاجية، كفهوم الامتثال والالتزام العلاجي.
- أن يتعرف المتعلم على أشكال التربية العلاجية الخاصة بالأمراض المزمنة بصورة عامة.
- أن يتعرف المتعلم على أشكال التربية العلاجية الموجهة لبعض الأمراض المزمنة (كالسرطان والسكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية).

- **التربية العلاجية لبعض الأمراض المزمنة:**

1- مفهوم التربية الصحية L'éducation pour la santé:

تهدف التربية الصحية إلى تمكين الناس من اتخاذ خيارات صحية. حيث تقوم على مبدأ تعزيز تقرير المصير، أي حرية الاختيار لدى الأفراد. وهو يقوم على الإجراءات التالية:

- إعلام الأشخاص وشرح الرسائل الصحية لهم، لتعزيز وعيهم ومعرفتهم بالأخطار التي يواجهونها (قيمة الإقلاع عن التدخين على سبيل المثال). من الضروري بذل جهد لجعل المعلومات مفهومة وقابلة للاستخدام من قبل الجميع.

- دعم الاختيارات ودعم الحافز.

- التوعية الصحية الضمنية الذي يمكن أن توجه سلوك كل فرد: الأعراف الاجتماعية والثقافية، الخبرات السابقة، تأثير الأقران.. إلخ.

ويمكن تنفيذ إجراءات التثقيف الصحي في المقابلات الفردية أو الجماعية.

(Pierre Arwidson et- al, Sep 2018, p 27).

ترتكز التربية الصحية على رؤية شاملة للصحة والمرض، تقع التربية الصحية في سياق منطق الثقافة الصحية للصحة العمومية، وهي تخص بالمعنى الواسع المرض والسلوك الصحي ونمط حياة الشخص المريض.

يتم ذلك في إطار علاقة شراكة بين الأشخاص وأقاربهم والمتدخلين من المعالجين، ينبغي تركيز التدخل التربوي حول مشاريع الأشخاص وذويهم، **هي عملية تعلم مشترك مستمر يدرك فيها هؤلاء الأشخاص كأفراد مكتملين مميزين لا يمكن استبعادهم عن عالمهم، يتعلق الأمر بنشاط تفاعلي يهدف إلى تحقيق الرفاهية للأشخاص وأقاربهم، تهتم بقيمهم ومعتقداتهم وقناعاتهم**، فهم يشاركون في مشروع العلاج إذا كان يتوافق مع رؤيتهم للأشياء والواقع الخاص بهم ليصبحوا وكلاء صحتهم وشركاء الفرقة الطبية بنفس درجة المحترفين، يتم التعاون المتبادل لحل الصعوبات وتحسين تكيفهم ومساعدتهم على تغيير مشروع حياتهم، هو تكفل مركز على حياة الشخص المريض وأقاربه.

تتعلق تربية المريض في المقام الأول بالسلوك الصحي الذي ينبغي تبنيه والأمراض التي ينبغي تجنبها، والمرتبطة بتأثيرات المرض على المهنة والمشاريع الحياتية للشخص المريض، ترتبط التأثيرات بتغيرات الحياة والسلوك التابع للعلاج والوقاية من التعقيدات المحتملة. (سايل حدة وحيدة، 2016، ص 137- 138).

تضافرت جهود الباحثين النفسانيين للتحقق من فاعليتها إذ بينت دراسة هوبيشز و ليشالا يتنز عام 2001 أجريت على عينة تضمنت 78 امرأة تركية و32 امرأة أسترالية مصابات بالسكر الحملي بان التربية الصحية التي تتمثل في تزويد أفراد العينة بمعلومات هامة عن مرضى السكري وخصوصيته وكذلك ضرورة الحمية أظهرت تحسنا ملحوظا في التعامل مع السكر وانخفاض في مستويات الضغط النفسي لدى أفراد العينة. (إبتسام بومصباح، 2018، ص 38- 39).

2- التربية العلاجية L'éducation thérapeutique:

تعتبر التربية العلاجية مجموعة من الممارسات تهدف إلى مرافقة ومساعدة المريض على اكتساب مهارات لأجل التسيير النشط لمرضه بنفسه بمساعدة المختصين، وتنمي التربية العلاجية الاهتمام بالطرق العلاجية المتنوعة والمراقبة وكذا المراقبة الذاتية للعوامل البيولوجية والوقاية لتجنب التعقيدات، وتهدف إلى جعل المريض ماهر في مساهمته في الحفاظ أو تحسين نوعية حياته، ومن بين محاسنها تأخير ظهور تعقيدات المرض إلى أقصى حد والتخفيف من تبعيته للمعالجين وتعلم التعايش اليومي مع الظرف الجديد.

(حدة وحيدة سايل، 2016، ص 137- 138).

3- بعض المفاهيم التي لها علاقة بالتربية العلاجية (الامتثال العلاجي والالتزام العلاجي):

يعتبر الامتثال العلاجي (ObservanceThérapeutique/ Therapeutic Compliance) أخطر الانعكاسات السلوكية لدى المفحوصين الذين يعانون من الأمراض العضوية، حيث أصبح يشكل إحدى المشكلات التي تواجه محترفي الصحة، إذ أن أغلب المرضى لا يحترمون مجموع التوصيات المتعلقة بالعلاج المقدمة من قبل الأطباء والأخصائيين النفسانيين. ويلاحظ سوء الامتثال العلاجي في الاضطرابات التي تحتاج لرعاية مطولة إذ يؤدي الفشل في العلاج إلى الإزمان أو الوفاة أو التلازمية المرضية، الانتكاس، الشدة، العدوى، وحتى الشدة النفسية على المقربين والتكاليف الصحية الباهظة ومشكلات نفسية واجتماعية. فبعدما لاحظ الباحثون في الطب وعلم النفس الانعكاسات السلبية المصاحبة

لسلوك عدم الامتثال العلاجي، وبعدما صنفوه كعامل خطورة "Facteur de Risque" انصب اهتمامهم على دراسته والاهتمام به. (فاطمة الزهرة براوي، هديبل يمينة، 2019، 259- 260).

وقد اعتبرت المنظمة العالمية للصحة OMS أن سوء الامتثال لدى الراشد في العلاج بعيد المدى هو في تزايد مستمر في العالم، إذ نسبة العملاء الملتزمين بالعلاج لا يتعدى 50%، وتنخفض هذه النسبة في العالم النامي.

تعود حالات عديدة من عدم الامتثال العلاجي إلى المعتقدات الشخصية الخاطئة التي يحملها المريض حول مرضه وطريقة تعامله معه، أضف إلى ذلك مضاعفات العقاقير المزعجة مما يضعف امتثاله للعلاج ويعرضه للمخاطر. كما أكدت العديد من الدراسات في مجال علم نفس الصحة أن غياب الاتصال بين المرضى والمعالجين يؤدي إلى انعكاسات عديدة أهمها وأخطرها هو سلوك عدم الامتثال. (رشيد حميد صغير وآخرون، 2019، ص 729- 730).

3-1- الفرق بين الامتثال العلاجي والالتزام العلاجي:

ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية (2003) ما يقرب من نصف المرضى لا يتبعون بشكل صحيح العلاجات الموصوفة (سواء كانت الطبية أم لا). ويؤدي تحليل العوامل التي يمكن أن تفسر عدم الامتثال L'observance إلى النظر في مفهوم ما يعرف بـ "الالتزام/ L'adhésion". فبينما يركز الامتثال اهتمامه على السلوك الفعلي للمرضى، يهتم الالتزام بالعوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بسلوك الرعاية، ويعترف بالمريض كعنصر فاعل في عملية الرعاية. .(Benoît Pétré et- al, oct 2016 , p353)

وبشكل أوضح فقد استخدم مصطلح الامتثال العلاجي الأنجلوسكسوني في الدراسات والأعمال الفرنكوفونية ليعبر به عن السلوك الصحي بالنظر لمعيار طبي بحت. وحسب الأدب الأنجلوسكسوني الموروث، فإن الامتثال العلاجي يعرف بالقدرة على أخذ العلاج بالطريقة الصحيحة كما تم وصفه من طرف الطبيب. وحسب بلاكوال وزملاؤه (Blackwell et-al, 1973) فإن الامتثال العلاجي يتمظهر في مجموع السلوكيات التي تبدأ من التناول البسيط للدواء وكذا إتباع الحمية الغذائية والسلوكيات الصحية الأخرى المتبناة من طرف المرضى كاحترام المواعيد الطبية، إتباع تغذية صحية متوازنة، ممارسة التمارين الجسدية، الابتعاد عن التدخين، إلى تبني نمط حياة صحي.

بينما الالتزام العلاجي حسب لامورو (Lamouroux, 2005) فيحيل إلى إرادة وتقبل وموافقة مدروسة للفرد للتكفل بمرضه، في حين أن الامتثال يحيل إلى التنفيذ الدقيق للعلاج. مضيفا أن مفهوم الالتزام يشير إلى مجموعة من العمليات الداخلية كاتجاهات المرضى ودافعيتهم لإتباع العلاج المقدم لهم، وهو الطابع

الأقل قابلية للقياس بالنسبة للامتثال. وبشكل أوضح يمكن القول أن مايقاس في المحاولات العيادية هو البعد السلوكي للامتثال في الحقيقة، بمعنى هل يتناول المريض دواءه كما وصف له؟ هل يتبع التعليمات الطبية؟ ..إلخ. أما الالتزام فيهتم بمدى تقبل المريض للعلاج ويستوجب انخراط المريض ومشاركته وإدماجه في مسار العلاج بدلا من أن يكون خاضعا فقط للتوصيات الطبية.

وفي نفس السياق يوضح جان أوجدون (Jane Ogden,2008) أنه تم تطوير نموذج الالتزام من طرف (Stanton) بغية الفهم الجيد لعملية التواصل في العلاقة طبيب –مريض، وأن التطور الاصطلاحي من "الامتثال" إلى "الالتزام" يدل على محاولة النموذج التميز عن الرؤية التقليدية التي تعتبر الطبيب كخبير يقدم رأيه لمريض خاضع ومطيع، حيث يفترض نموذج الالتزام العلاجي أن التواصل بين الطبيب والمريض يزيد من رضا المريض ويثري معرفته ويرفع مستوى التزامه بالتعليمات الطبية، كما يفترض أيضا أن معتقدات المريض هي عامل مهم، ويشير إلى الدور الكبير الذي يلعبه كل من مصدر الضبط لدى المريض، وإدراكه للسند الاجتماعي، واضطراب نمط معيشته المترتب عن التزامه بالتعليمات الطبية.

كما يؤكد لانجيرون (Languérand, 2005) بدوره أنه من مفهوم الامتثال إلى مفهوم الالتزام العلاجي، تنتقل طبيعة العلاقة طبيب – مريض من علاقة خضوع المفحوص للفاحص إلى علاقة اتحاد متداخل. إذ يحيلنا الامتثال إلى فكرة تنفيذ قاعدة أو قانون ولا يفترض موافقة المنفذ، على عكس ذلك يهتم الالتزام بالبعد التعاقدي لهذه العلاقة بإدخال فكرة الرضا والتقبل، وهي علاقة ترمز إلى التحالف العلاجي، تمثل شراكة بين شخصين لا يملكان نفس المعرفة، وليس لهما نفس الموقع ولكن يجب عليهما التقدم في نفس الاتجاه لبلوغ نفس الهدف. (صارة لورسي، الزروق فاطمة الزهراء، مارس 2017، ص 259– 261).

3–2– العوامل المؤثرة في الالتزام العلاجي:

أشارت منظمة الصحة العالمية (2003) إلى أن الالتزام عملية معقدة تحددها عدة عوامل متفاعلة، تشمل خصائص المريض ومحيطه وظروفه، بالإضافة إلى كل العوامل المرتبطة بالمرض والعلاج، وخصائص نظام الرعاية الصحية، وأداء فريق الرعاية الصحية، وتوافر موارد الرعاية الصحية وإمكانية الوصول إليها، وهناك العديد من جوانب العلاج المحددة التي قد لا يلتزم المريض بها، بما فيها حفظ المواعيد الطبية، استخدام الدواء بالجرعات الصحيحة وفي الوقت المناسب، تغيير السلوك من حيث تعديل النظام الغذائي، وزيادة النشاط البدني، والإقلاع عن التدخين، والمراقبة الذاتية للأعراض، تناول الأكل الصحي، اتخاذ سلوكيات جنسية آمنة. (صورية عبد الصمد، 2020، ص 242– 243).

24- **بالنسبة للعوامل المرتبطة بالمريض:** تتمثل هذه العوامل في موارد الفرد بما فيها من معارف، ووجهات نظر، وحوافز، وأفكار وتوقعات وغيرها. إلا أن التفاعل بين هذه العوامل لا يزال غير مفهوم إلى حد ما.

25- **العوامل الاجتماعية الاقتصادية:** وهي كل ما يتعلق بالجانب الاجتماعي للمريض كمرحلة النمو أو المرحلة العمرية التي يعيشها باعتبار أن لكل مرحلة خصائص معينة تميزها والتي تؤثر بشكل كبير على سلوك المريض، وكذلك المكانة الاجتماعية التي يتمتع بها المريض، إضافة إلى السند الاجتماعي المدرك بالنسبة للمريض. كما تتعلق هذه العوامل بالجانب المادي للمريض والذي يحدد إلى درجة معينة نمط معيشته وسلوكياته.

26- **عوامل مرتبطة بالمرض:** تتمثل هذه العوامل في مجموعة من العناصر المتعلقة بالمرض كالأسباب والأعراض والحدة والنتائج المترتبة عن الإصابة.

27- **عوامل مرتبطة بالعلاج:** تختلف طبيعة العلاج من حالة مرضية إلى أخرى، فتتفاوت من البساطة إلى التعقيد. وتشمل العوامل المرتبطة بالعلاج على سبيل المثال طول مدة العلاج وتعقيد الحمية الضرورية .

28- **عوامل مرتبطة بالموظفين وبالنظام الصحي:** من أهم هذه العوامل غياب علاقة الشراكة وغياب الثقة بين موظفي الصحة والمرضى، وقلة المعارف فيما يخص الالتزام العلاجي لدى المتكفلين بالعلاج، إضافة إلى التكاليف المادية العالية للعلاج وعدم تطبيق قواعد التسيير الفعال للأمراض المزمنة.

إن تحليل المفهوم وفهم العوامل المتدخلة في تحديد مستوى التزام المرضى بالعلاج والوعي بها يسمح بالتدخل الفعال لتحسين الالتزام المتدني الذي يبديه أغلب المرضى اتجاه العلاج و التوصيات الطبية المقترحة، وذلك بالاعتماد على استراتيجيات فعالة مرتكزة أساسا على المريض. فبالإضافة إلى تبسيط العلاج لا بد من الاهتمام بمدركات المريض وتصوراته ومعارفه وتجاربه وكل ما يحمله حول مرضه. كما يعد تعليم القائمين على الرعاية الصحية من أهم الإستراتيجيات المتبناة للرفع من مستوى التزام المرضى بالعلاج، و يشير بهذا الصدد دو بليك (J. De Blic, 2007) إلى وجود مبادئ عملية لتحسين العلاقة (طبيب/ مريض)، إذ يمكن للطبيب تعلم مختلف تقنيات الاتصال الخاصة (اللفظية، وغير اللفظية) التي يمكن أن تحسن من عملية التواصل بين المريض والطبيب، كما يمكن تدريب الطبيب لتطوير صفات التعاطف و الإصغاء الفعال والتواصل غير اللفظي، التشجيع والتفاوض. (صارة لورسي، الزروق فاطمة الزهراء، مارس 2017، ص 262- 264).

4- أشكال التربية العلاجية للأمراض المزمنة:

إن الصحة الجسدية تلعب دورا بالغ الأهمية في حياة الإنسان فهي ضرورية لتأدية كافة النشاطات في الحياة اليومية وتعتبر أساسية في تأدية الواجبات الحياتية والمهنية، ولها دور حيوي في النمو الحركي والمعرفي الذي يعتمد على قدرة الفرد على الحركة والنشاط وأداء المهام والتعامل مع المحيط بكل تعقيداته وتناقضاته، فالإصابة ببعض الأمراض العضوية المزمنة سوف يؤثر على قدرة الفرد على الأداء الطبيعي للأعمال والمهام سواء الشخصية أم العائلية أو المهنية، فتؤثر بذلك الأمراض على سلوكيات الفرد وانفعالاته حيث يصبح الشعور بالنقص والعجز عاملا فعالا في النفس وتنشأ عنها اضطرابات نفسية مختلفة تعيق الحياة الطبيعية للفرد. (لياس بغيجة، 2017، ص 16).

وقد بدأ التركيز في أواخر السبعينات على تطوير برامج تعليمية للمرضى تهدف إلى تنمية أساليب التعامل مع الأعراض المرتبطة بالمرض (مثل: الألم والعجز الطبيعي) وتزيد من عملية الاستجابة للعلاج وذلك من خلال تزويد المرضى بمعلومات عن المرض، العوامل المؤثرة فيه وأساليب إدارة الأعراض. وقد أشارت نتائج الأبحاث في هذا المجال إلى وجود علاقة قوية بين التغلب على المرض والتوافق النفسي، وكذلك وجدت علاقة بين تلازم **استخدام استراتيجيات تغلب سلبية مثل (الانسحاب، والانزعاج، والأسى، والراحة)** وبين وانخفاض الوظائف الطبيعية، وزيادة الكدر النفسي، وارتفاع مستوى الألم، والعجز الطبيعي والاكتئاب لدى مرضى الروماتويد.

وعلى العكس من ذلك فإن استخدام **استراتيجيات تغلب إيجابية** مثل: الاستمرار في النشاط بالرغم من الألم، وتجاهل الألم يرتبط بمستويات منخفضة من الألم والعجز الطبيعي والمزاج الإيجابي، كما ارتبط بالتحسن في الاكتئاب والالتزام بالدواء. (أحمد حسانين أحمد، 2014، ص 205- 206).

4-1- العوامل الشخصية في المرض المزمن:

إن الإصابة بإحدى الأمراض المزمنة لدى الفرد تعتبر بداية لسلسلة من الضغوط النفسية وما يصاحبها من شعور بالذنب والتقصير والخجل والاكتئاب وفي بعض الأحيان الغضب والقلق والخوف ولوم الذات تارة وإلقاء اللوم تارة أخرى على الآخرين، والخوف من المستقبل وهكذا تختفي الكثير من الأحلام والطموحات والتوقعات المرتبطة بالفرد عندما يدرك أبعاد إصابته ومدى محدودية نشاطه وأدائه. وعليه فإن من مضاعفات انتشار الأمراض المزمنة الشعور بالقصور والضعف وهي جوانب من جوانب تقدير الذات

المرتبط بالشخصية، إذ يخضع تقييم الذات إلى الكثير من التأثيرات الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الفرد في حياته من أحداث وإصابات عضوية وجسدية تؤثر على هذا التقييم للذات.

يرى "ناثيل برادين" فيما يخص تقدير الفرد لذاته يخضع إلى عوامل حيث يقول: أن عملية تقدير الذات هي اتجاه المرء نحو الشعور بذاته مؤهلة وقادرة على التكيف مع المؤهلات الأساسية في الحياة والإيمان بأنها جديرة بالسعادة .إذن تشكيل الرؤية التي يحملها الفرد عن رؤيته لذاته تكمن في التقييم الكلي للذات إما إيجابا أو سلبا ويعود إلى مدى إيمان الفرد بنفسه وبأهليتها وقدرتها واستحقاقها للحياة خاصة إذا كانت تعاني من تدني في الوضع الصحي، أو الإصابة بأحد الأمراض المزمنة. (لياس بغيجة، 2017، ص 316- 317).

وإذا كنا نريد أن نفهم طبيعة التغيرات في الاستجابة للمرض المزمن بصورة تامة، فإن هذا يتطلب أن نأخذ بعين الاعتبار الذات، ومصادر القوة والمرونة فيها أو سهولة تكيفها، وكذلك نقاط ضعفها. ويشمل **مفهوم الذات المشاعر والاتجاهات والمعتقدات الثابتة التي يحملها الفرد اتجاه صفاته وخصائصه.**

أما **تقدير الذات فهو عبارة عن التقييم العام والكلي لمفهوم الذات سواء إيجابيا أو سلبيا.**

ويحمل الأفراد عادة مفهوما ثابتا للذات لكن يمكن أن تؤدي حوادث معينة كالمرض المزمن مثلا، إلى تغيرات عنيفة ومتطرفة في مفهوم الذات وتقدير الذات. قد تكون مؤقتة وبعضها يكون دائما.

ويتألف مفهوم الذات من مجموع تقييمات الفرد للعديد من نواحي حياته، كمفهوم الجسم، الإنجاز، الأداء الاجتماعي، والذات الخاصة.

فبالنسبة **لمفهوم الجسم** (إدراك الفرد وتقييمه لوظائفه الجسمية ومظهره) أشارت الدراسات أن مفهوم الجسم يتدنى أثناء المرض، والتقييم السلبي لا يشمل الجزء المصاب فقط، بل الجسم كله.

والتغيرات في صورة الجسم في الأمراض الحادة تكون مؤقتة أما في حالة الأمراض المزمنة فتأخذ وقتا أطول.

وتعتمد **درجة التهديد** الذي يشكله المرض المزمن لمفهوم الجسم على عوامل عديدة، بما فيها **مفهوم الفرد عن جسمه في السابق، وحجم التلف الجسمي أو الندبة، ومستوى النشاط الممكن بعد المرض أو**

الإصابة. فمن الصعوبة تقبل التدهور في المظهر أو فقدان الحركة الجسمية إذا كانت هذه الجوانب تحتل قيمة خاصة في حياة الفرد. كذلك بالنسبة للمعالجات التي تترك آثارا واضحة أو تغيرات في المظهر.

هذا ويمكن **تحسين مفهوم الجسم** لدى الشخص الذي يعاني من تشوه دائم أو إعاقة شديدة، من خلال التأكيد على جوانب أخرى في مظهره وصحته. وقد لاحظ الباحثون أحيانا زيادة تلقائية في التمارين البدنية، وتحسنا في نواح أخرى من المظهر الجسمي أو الصحة، كرد فعل للمرض. (شيلي تايلور، 2008، ص 630- 633).

أما بالنسبة **للإنجاز (الذات الإنجازية)** على صعيد النشاطات المهنية واللامهنية، بقدر ما يشكله المرض المزمن من تهديد لهذه النواحي المهمة من حياة المريض بقدر ما يكون له أثر سلبي على الذات ومفهومها. والعكس صحيح فعندما لا يتعرض عمل المريض وهواياته للتهديد والضمور، تبقى مصادر الإشباع الأساسية في حياته قائمة يستمد منها اعتباره لذاته وتكتسب معاني جديدة بالنسبة له.

أما بالنسبة **للأداء الاجتماعي (الذات الاجتماعية)** فيعتبر أحد الجوانب المهمة في التكيف بعد المرض، فالإمكانيات والمصادر الاجتماعية المتاحة للمريض المزمن من شأنها أن تزوده **بالمعلومات والخدمات والدعم العاطفي**، وهي جوانب هو بأمس الحاجة إليها. كما أن انهيار هذا النظام الداعم له انعكاساته الخطيرة على الجوانب العملية والعاطفية من حياة المريض وعلى فرص شفائه. لذا **فمشاركة الأسرة في عمليات التأهيل يصبح ضروريا في التقدم بعملية التكفل بالمريض.**

أما بالنسبة **للذات الخاصة** فقد تتوتر أيضا بفعل المرض المزمن، فالأمراض المزمنة قد تولد الحاجة للاعتماد على الآخرين، وبالتالي فإن تدني استقلالية المريض وما يشكله من ضغوط على الآخرين، يمثل تهديدا للذات.

كذلك يمكن التنبؤ بالتكيف للمرض المزمن من خلال تلك الجوانب المنبثقة عن هوية المريض، **كطموحاته، رغباته، تطلعاته للمستقبل.** فمن الأسباب التي تعيق التكيف للمرض المزمن أحيانا، ضياع أحلام المريض ومشاريعه الحياتية، على أن **تشجيع المريض على مناقشة مثل هذه الصعوبات** ربما يكشف عن طرق ومسارات أخرى بديلة قادرة على تحقيق غايته، وإيقاظ القدرة لديه على تكوين طموحات وأهداف وخطط جديدة للمستقبل. (شيلي تايلور، 2008، ص 633- 634).

4-2- استراتيجيات التعامل مع المرض المزمن:

يفسر لاكروا (2009) Lacroi.A في نموذجه عن استراتيجيات التكيف المستعملة من طرف المصابين بالمرض المزمن، بأن السير المتوقع للاستجابة عند إعلام المريض بالإصابة بالمرض العضوي المزمن، يكون إما في **حالة تطور نحو تقبل المرض**، حيث يصاب المريض في البداية بنوع من **الشك أو السخط العابر** بعدها يستعمل **الاستياء أو التمرد كإستراتيجية للمواجهة**، مما يؤدي إلى مرور الفرد بحالة من **الحزن والاكتئاب العابرة** ليصل في الأخير إلى **مرحلة يتكيف فيها مع مرضه**، أما في الحالة الثانية فالمريض يتطور نحو **الاستسلام والخضوع** حيث يصاب في البداية **بحالة من القلق**، بعدها يستعمل **استراتيجيات التجنب** والتي تؤدي إلى حالة من **الرفض، الإنكار، الخجل، وعدم الاهتمام**، مما يؤدي إلى وصول المريض إلى **حالة من الاكتئاب**. (صليحة بولكويرات، هناء شريفي، 2018، ص 66).

4-3- إدارة الضغوط النفسية:

حدد علماء نفس الصحة منهجين لإدارة الضغوط، يركز الأول على أساليب الاسترخاء والآخر على أسلوب سلوكي معرفي:

4-3-1- أساليب الاسترخاء:

ترتبط أغلب مصادر ضغوطنا التي نخبرها بالتفكير، حيث ذكر جيرنيج (2006) أن ما نعانيه من مصائب يرجع إلى قلقنا من المشكلات وتوقع التهديدات، فتوليد هذه المخاوف والتركيز عليها ينشط استجابتنا للضغوط، كما تهدف الأساليب المعتمدة على الاسترخاء إلى التقليل من هذه الأفكار الأمر الذي يقلل بدوره استجابتنا للضغوط. (هناء شويخ، 2012، ص 158).

والاسترخاء هو عبارة عن تمرينات للجسم والعقل يقوم بها الفرد في حالة الوعي يستطيع من خلالها تنشيط عمليات الشفاء الذاتي للجسم. داعيا إلى أن يستلقي الإنسان على ظهره في مكان مريح و يسند رأسه إلى وسادة منخفضة مع إبقاء العينين مغلقين بدون الضغط عليهما ثم يترك لإحساسه الحرية للتعبير. (محمد سليم خميس، 2011، ص251).

وهناك عدد من الأساليب للاسترخاء تشمل الاسترخاء العضلي، والعائد الحيوي، وإزالة الحساسية، وممارسة الرياضة، والعلاج بالعقاقير.

29- الاسترخاء العضلي التدريجي:

أول خطوة في تعلم أسلوب الاسترخاء العضلي التدريجي هو تعلم أن **توتر العضلات ينتج عن القلق،** مما يزيد من الشعور بالضغط، وبتعلم الأفراد إرخاء عضلاتهم يمكن تخفيض مستوى الضغط الذي يعانون منه.

وقد طور هذا الأسلوب من قبل إدموند جاكبسون Edmond Jacobson. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في خفض القلق وتطوير الصحة النفسية. إذ أنه يضعف فرط تنبيه الجملة العصبية الإعاشية والتوتر العضلي في التكوين الشبكي، وبالتالي يعيد تصنيع هرمون التوتر (الكاتيكولامينات) إلى الحالة السوية ويجعل مستويات الكورتيزول بالدم في حدودها الطبيعية وبذلك يوقف الإنذار الذي يسببه التوتر النفسي أي يثبط الآليات الباثولوجية للتوتر النفسي. كما أن الاسترخاء العضلي يحقق التوازن النفسي – العصبي، بجعل وظائف البدن منتظمة الوظيفة، وانه ينقل موجات الدماغ الى سيطرة موجات ألفا وهي موجات الاسترخاء، وينشط تصنيع مورفينات الجسم الطبيعية الأندورفينات والانكفيليات، وان هذا الأسلوب هو البديل عن المهدئات والأدوية النفسية المثبطة للقلق والتوتر لأنه يحقق الغرض نفسه دون التأثيرات الجانبية السيئة للمهدئات وفي طليعتها الإدمان والاعتماد، بالإضافة إلى أن أسلوب الاسترخاء العضلي يبدل السلوك التوتري من خلال تعلم مهارات الاسترخاء واستخدامها في المواقف الموترة، وهو إستراتيجية هامة في الطب النفسي السلوكي القائم على معالجة الاضطرابات السيكوسوماتية. (محمد بني يونس، 2005، ص 584- 585).

30- العائد الحيوي/ التغذية الراجعة البيولوجية Biofeedback:

ينطوي العائد الحيوي على استخدام الأجهزة التي تمكن من تتبع استجابات الفرد الفسيولوجية، مثل النبض، حيث توفر إشارة عند حدوث تغييرات، ولذلك عندما يكون الشخص متصلا بالأجهزة ويواجه ضغطا نفسيا، فإن إئشارة ارتفاع نبضه ستتضح أمامه بالصوت أو الصورة من خلال شاشة. والفكرة هي أنه عند ممارسة استراتيجيات الاسترخاء فإن الشخص يلقى العائد الحيوي الفوري بشأن مدى فاعليتها، حيث فيبطئ الصوت أو تتغير الصورة إشارة إلى انخفاض النبض، فمعلومات العائد الحيوي تساعد على تعزيز استراتيجيات الاسترخاء. (هناء شويخ، 2012، ص 159- 161).

4-3-2- ممارسة الرياضة:

إن ممارسة النشاط الرياضي يمثل أداة فعالة لمواجهة الضغوط النفسية، وقد أظهرت الأبحاث أن الأفراد الذين يمارسون الرياضة بشكل منتظم يميلون إلى أن يكونوا **أقل اكتئابا وشعورا بالضغط النفسي.** فممارسة الرياضة تساعد على مواجهة الضغوط النفسية حيث تؤثر على إطلاق هرمونات الضغط النفسي وتجهيزها. مثلا عمل ثروني وزملاؤه (Throne et al, 2000) مع رجال الإطفاء حيث تم تعريض نصفهم لظرف ممارسة الرياضة، مع بقاء النصف الآخر لا يمارس الرياضة، وقد توصل ثروني وزملاؤه إلى أن أولئك الذين كانوا يمارسون الرياضة بشكل منتظم، كانوا يستجيبون للظروف الضاغطة بانخفاض معدلات النبض مقارنة مع الذين لا يمارسون الرياضة. كما وجد باحثون آخرون أن التمرين يساعد الأفراد علدى مواجهة الضغوط النفسية. (هناء شويخ، 2012، ص 159- 161).

4-4- العلاج الفردي:

لقد استخدم العلاج النفسي الفردي – وهو الأكثر شيوعا- في معالجة التعقيدات النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض النفسي، وعلى عكس العلاج الموجه للاضطرابات النفسية، فالعلاج النفسي مع الأمراض الطبية لا يكون مستمرا، وإنما يرتبط بالأزمات والنوبات، مثل الإصابة بنوبة قلب مرة ثانية.

كما يعتبر التعاون بين الطبيب وأفراد الأسرة ضروريا في هذا النمط من العلاج، لأن المشكلات التي يواجهها المريض سوف تكون لها آثارها على مختلف نشاطات الأسرة.

ويتطلب العلاج النفسي مع الحالات الطبية احترام دفاعات المريض أكثر مما هو الحال في العلاج التقليدي، حيث تقوم هذه الدفاعات في الحالات الطبية بحماية المريض، والتعامل معها بأسلوب تقليدي قد يندجم عن المرض تعقيدات كثيرة.

ولا بد للمعالج النفسي من الفهم الشامل للحالة المرضية وأساليب علاجها، إذ يمكن أن يؤدي المرض وكذلك العلاج إلى مشكلات نفسية (كالاكتئاب الذي يعزى إلى العلاج الكيماوي مثلا)، فالمعالج الذي يجهل هذه الحقائق ربما يصل إلى تفسيرات خاطئة. (شيلي تايلور، 2008، ص 661- 662).

4-5- العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه: "طريقة علاجية نفسية تهدف إلى مساعدة المرضى على تعلم أساليب أكثر كفاءة، للتعامل مع الصعوبات التي تتعلق بشكواهم. وتعني كلمة معرفي أن هذا النوع من العلاج يتعامل مع معارف الفرد أي أفكاره، واتجاهاته، وطريقته في حل المشكلات، والطريقة التي يدرك بها العالم، ويدرك بها نفسه، وكيف يفسر هذا العالم من حوله، وكيف يفسر سلوكه هو وسلوك الآخرين تجاهه.

وتعني كلمة سلوكي أنه يتعامل أيضا مع السلوك الصادر عن الفرد، ومحاولة تغيير وتعدل هذا السلوك". (محمود عيد مصطفى، 2009، ص 186).

حيث يؤكد العلاج السلوكي المعرفي على أهمية تغيير المعارف والسلوكيات، ويفترض هذا العلاج أنه بتغيير إدراكات الأفراد وأفكارهم عن مصادر الضغط النفسي، يتجه ذلك ليؤثر على انفعالاتهم واستجاباتهم الفسيولوجية لمصدر الضغط، حيث يهدف المعالج إلى مساعدة الأفراد في التعرف على أنماط التفكير المشوهة، وكيفية تأثيرها في سلوكهم ومزاجهم. وبالتالي يساعدهم على تغيير الطريقة التي يفسرون بها الأحداث والخبرات.

وتوصل أنتوني وزملاؤه (2009) في دراستهم على مريضات بسرطان الثدي، أن التدخلات النفسية المعتمدة على الاسترخاء تكون مفيدة من حيث تحسين التوافق الانفعالي ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، بينما تدخلات العلاج المعرفي السلوكي تخفف من حدة الاكتئاب والقلق ونوعية الحياة لديهم.

(هناء أحمد شويخ، 2012، ص 162- 163)

4-6- تدخلات العلاج النفسي المختصر:

تستخدم التدخلات العلاجية قصيرة المدى في التخفيف من الانفعالات الشديدة، حيث تقدم التدخلات المعلوماتية المختصرة على أساس وقائي، كما أن تزويد المريض وأسرته بالمعلومات حول ما يمكن توقعه أثناء عمليات التشخيص والعلاج، يمكن أن يعمل على تخفيف الكثير من القلق لديهم، أو حتى منع حدوثه. والتأكيد للمريض أن القلق استجابة طبيعية لضغوط المرض المزمن، وأن الاكتئاب هو من الآثار الشائعة لبعض الأمراض كالجلطة الدماغية، قد يخفف من قلق المريض وأفراد أسرته فيما يخص استجابتهم للمرض.

وهناك أساليب جديدة تستخدم في محاولة تحسين استجابة المريض الانفعالية والسلوكية للمرض المزمن، مثل العلاج بالفن أو الرقص. (شيلي تايلور، 2008، ص 662- 663).

4-7- التعبير الانفعالي:

ذكر Schuler وزملاؤه (2009) أنه توجد أدلة إمبريقية كثيرة توضح أن التعبير عن الانفعالات المرتبطة بالضغط النفسي والأفكار، تحسن الصحة ونوعية الحياة. وأشاروا أن التعبير الانفعالي يرتبط بتحسين وظيفة جهاز المناعة، ويقلل من زيارات المريض، ويخفض ضغط الدم، ويحسن الصحة النفسية. كما وجد Stephens وزملاؤه (2009) في اكتشاف غير معتاد أن التعبير الانفعالي بوجه عام يزيد من قدرة المشاركين على تحمل الألم.

وقد تم تطوير مفهوم التعبير الانفعالي من طرف Pennebaker وزملاؤه (1993)، ويتطلب هذا الأسلوب الطلب من المشاركين كتابة أفكارهم ومشاعرهم المتعمقة عن موضوع انفعالي بالغ الأهمية من حيث تأثيره عليهم وعلى حياتهم، والهدف من ذلك هو الإفصاح عن الانفعالات، ويعتقد أن الإفصاح عن الانفعالات يغير من العملية الانفعالية والمعرفية لخبرة الضغط النفسي، حيث أن طريقة التفكير في خبرة الموقف الضاغط فقدت قدرتها على تشويش الانفعالات وإثارة الاستجابات الفسيولوجية للظرف الضاغط.

(هناء أحمد شويخ، 2012، ص 163)

4-8- تدخلات المساندة الاجتماعية:

إن المساندة الاجتماعية هي أحد المصادر المهمة للذين يعانون من المرض المزمن، فالمرضى الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية جيدة من الأرجح أن يكون تكيفهم للمرض إيجابيا أيضا. فقد وجدت الدراسات العلمية أن المساندة الاجتماعية تعزز الشفاء وتزيد من معدل العمر.

ويمكن أن تتأثر مصادر المساندة الاجتماعية بفعل المرض المزمن، وبالتالي تكمن أهمية اهتمام التدخلات العلاجية بمسائل المساندة الاجتماعية. حيث تزيد وعي المريض بمصادر المساندة الاجتماعية المتوفرة في بيئته، وتعليمه كيفية استغلال هذه المصادر بفعالية مثل الانضمام إلى جماعة من الجماعات أو الفعاليات المجتمعية.

كما تعتبر المساندة الأسرية للمريض المزمن أمرا في غاية الأهمية، ليس لأنها تعزز الأداء الجسمي والعاطفي فقط، بل لأنها تعزز التزامه بالعلاج أيضا.

كما يحتاج الأقارب والأصدقاء إلى المساعدة في التمييز بين السلوكيات التي تشكل مساندة وتلك التي لا تشكل مساندة للمريض، كما انه في مراحل معينة تكون هناك أنواع من المساندة ملائمة أكثر من غيرها على الأسرة أن تكون واعية بها، كالمساندة العملية الملموسة (اصطحاب المريض من المركز الطبي وإليه)، بينما في مراحل أخرى تكون المساندة العاطفية هي الأكثر ملائمة وأهمية.

ولعل تدخلا قصير المدى موجها لتوعية الأهل والأصدقاء بالمرض، يمكن أن يوضح مثل هذه المواقف. (شيلي تايلور، 2008، ص 664- 665).

5- نظرة على التربية العلاجية لبعض الأمراض المزمنة:

5-1- السرطان Cancer:

يعتبر مرض السرطان حسب Cordova, Riba& Spiegel (2017) من بين الأمراض العضوية المزمنة الأكثر خطورة وانتشارا منذ منتصف القرن العشرين أو في وقت أسبق من هذا التاريخ. وتبدأ هذه التجربة بالنسبة للعديد من الأشخاص المصابين بهذا المرض مع اكتشاف الورم الخبيث من خلال التحاليل المخبرية والصور الاشعاعية والفحص العيادي- الطبي من طرف أطباء مختصين. (إبراهيم بن عزوزي، مريم برخيسة، 2019، ص27).

حيث يتكون الجسم البشري من مجموعة من الخلايا، وينشأ السرطان عندما تبدأ هذه الخلايا في التكاثر بطريقة غير منتظمة ولا يمكن التحكم فيها وتكون هذه الخلايات كتلة تسمى بالورم وهو ينتشر تدريجياً إلى الأجزاء الأخرى من الجسم.

يمكن للسرطان أن يحدث في أي عمر، ولكن تزداد خطورة الإصابة به مع زيادة العمر، ولاسيما بعد عمر 60 سنة. وتتضمن عوامل اختطار السرطان: التدخين، ومعاقرة الخمر، والبدانة، وتناول كميات كبيرة من الدهون، والعمر والجنس، والعوامل الوراثية، والتعرض للإشعاع، والتلوث، والتعرض للكيماويات المسرطنة، وبعض الأمراض المعدية. (منظمة الصحة العالمية، **2009**، ص 17).

كما لا يمكن إغفال العوامل النفسية التي لا بد من دراستها عند تشخيص أو علاج السرطان، وكذلك دراسة آثارها على شخصية المرضى، إذ أنه لا يمكن أن نصل إلى فهم واضح للأسباب التي تحقق

الصحة الجسمية للأفراد بدون معلومات عن السياق النفسي الاجتماعي الذي تحقق في إطاره الصحة والمرض. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 292- 293).

وقد ذكر سينسكو Senescu 1963 أن السرطان يشكل تهديدا حقيقيا وربما كان أكثر التهديدات خطورة على رخاء الكائن البشري وبقائه على قيد الحياة.

وقد درس أكت وفوكونين Achte & Vauhkonen 100 مريض بالسرطان، وقد وجدوا أن التوتر والاكتئاب والقلق هي أكثر الأعراض شيوعا لديهم وأنها توجد لدى ما يزيد عن نصف المرضى، وأن العدوانية والاتجاهات البارانوية شائعة أيضا، وقد كان الخوف موجودا لدى نصف المرضى.

والمعدل الفعلي للاضطرابات النفسية لدى مرضى السرطان تم تحديده خلال العقد الماضي، باستخدام معايير مقننة وقد اتضح أن 53% من المرضى الذين تمت مقابلتهم أبدوا علامات تدل على أنهم واقعون تحت ضغط، وكانوا يتغلبون على ذلك بكفاءة، أما الباقون ونسبتهم 47% فقد كانت لديهم اضطرابات القلق والاكتئاب وكان 5% لديهم اضطرابات نفسية سابقة.

وتزداد الاضطرابات مثل الهذيان لدى 20% من المرضى المودعين في المستشفى، ولدى 80% في مراحل المرض الأخيرة.

إن كل مرضى السرطان تقريبا حين يعرفون أنهم مصابون يتصرفون بشكل أكثر أو أقل حدة اعتمادا على بنائهم النفسي وخبراتهم الماضية. وقد وجد الباحثون أن التفاؤل وروح المرح والاهتمام بمساعدة الآخرين الذين لديهم نفس المشكلة مفيد للمرضى. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 299- 302).

ومن المهم اكتشاف السرطان مبكراً، لأن ذلك يتيح علاجه مبكراً عندما يكون العلاج مجدياً. ومن الأمور الهامة التي ينبغي القيام بها حتى في حالة عدم وجود أعراض: المراجعة المنتظمة، والفحص الذاتي، ولاسيما بعد عمر 40 سنة. (منظمة الصحة العالمية، 2009، ص 17).

حيث يمكن الوقاية من الكثير من حالات السرطان كسرطان عنق الرحم مثلا، من خلال الفحص المنتظم للحوض ومسحات عنق الرحم لتحديد الآفات السابقة للسرطان، والتي يمكن علاجها بشكل فعال قبل تطور السرطان. كما يزيد الفحص المنتظم أيضًا من احتمالية تشخيص المراحل المبكرة من السرطان وتحسين البقاء على قيد الحياة. بالإضافة إلى ذلك، أدى الاكتشاف أن سرطان عنق الرحم ناجم عن الانتقال الجنسي لأنواع معينة من فيروس الورم الحليمي البشري إلى تطوير لقاحات وقائية للسرطان. لقد أصبحت هذه اللقاحات فعالة وآمنة بشكل راسخ الآن.**(L'OCDE, 2009, p128)**

5-1-1- التربية العلاجية لمرضى السرطان:

هناك عدة استراتيجيات تستخدم مع مرضى السرطان بهدف تحسين نوعية حياتهم والتخفيف من أعراض السرطان وتعزيز الأمل لديهم، ومن أهمها:

***إدارة الآلام المصاحبة لمرض السرطان:**

يعد تدبر الألم المزمن أحد أكبر التحديات الأكثر صعوبة التي تواجه المهنيين في مجال الرعاية الصحية، فبينما تستجيب الكثير من نوبات الألم الحاد للتدخلات الطبية النمطية، إلا أن الألم قد يصبح مزمنا وغير مستجيب لأية وسيلة من وسائل العلاج. ومع حالة مقاومة الألم يصبح المرضى يائسين من الشفاء. (وليدة مرازقة، 2008- 2009، ص 38).

ومن الواضح أن عمال الصحة (الأطباء والممرضات) يلعبون دورًا أساسيًا في تخفيف الألم. لكن تحسين التدريب الأولي والمستمر للممرضات والأطباء في هذا المجال غير كاف لحل مشكلة إدارة الألم لدى مرضى السرطان، حيث يجب أن يشارك مريض السرطان بدوره بقوة في ذلك. هذه المشاركة النشطة تقوم على عدة مبررات، أهمها:

- من جهة فإن تعدد أبعاد الألم (البعد الحسي، العاطفي، المعرفي، السلوكي) يبرر في الواقع وجود مقاربة جسدية ونفسية واجتماعية وعائلية للمريض الذي يعاني؛ وهذا ما يجعل المشاركة القوية للمريض ضرورية.

- من ناحية أخرى، غالبًا ما تواجه إدارة الألم في طب الأورام عقبات قد تكون مرتبطة بنقص معرفة المريض و/ أو عائلته بالعلاجات المسكنة المتاحة، كما قد تتعلق هذه العقبات أيضًا بعوامل نفسية أو ثقافية وحتى دينية باعتبارها عوامل لها دور في تخفيف الألم.

إن العديد من المرضى يترددون في الالتزام ببروتوكولات العلاج المسكن، والبعض الآخر يتوقفون عن أخذ العلاج خوفا من انخفاض الفعالية على المدى الطويل، في حين يمكن مواجهة ظاهرة تحمل جسم المريض للدواء -وبالتالي تخفيف أثره- من خلال زيادة غير محدودة إلى حد ما في جرعات المورفين. وتظل المعتقدات حول مخاطر الإدمان المرتبطة بتناول المواد الأفيونية مستمرة.

ونظرا لذلك فإن برامج إدارة الألم الحديثة أصبحت تضع تخفيض مستويات تعاطي العقاقير هدفا هاما، وذلك من خلال وضع المريض على قائمة إشراط فعال حرة لأيام قليلة فور دخوله المستشفى. ويقدم مقدار العقاقير المطلوبة للمريض كل 04 ساعات، سواء كان يعاني من الألم أم لا. وعندما يرفضه عليه أن ينتظر حتى وقت الجرعة التالية. وبهذه الطريقة يتم كسر العلاقة بين الألم والدواء، وتنقص المكونات الفعالة في خليط الألم تدريجيا، حيث يصبح محتويا على العناصر غير الفعالة فقط أثناء وقت خروج المريض من المستشفى. (وليدة مرازقة، 2008– 2009، ص 39).

أخيرًا، يمكن أيضًا أن يتأثر الالتزام العلاجي بالآثار الجانبية للعلاجات المسكنة (النعاس والإمساك)، والتي يمكن تصحيحها غالبًا بقواعد الأكل الصحي أو الأدوية المناسبة. وعموما فمن أجل التغلب على هذه العقبات، فإن المشاركة الفعالة للمرضى ضرورية.(David Pérol et- al, Mars 2007, p 169- 170)

ويرى " فورديس" أن سلوك الألم قد يستمر في بعض الحالات بدرجة كبيرة نتيجة لمترتباته التدعيمية، وليس نتيجة للعمليات الفسيولوجية الكامنة، أي النظر إليه باعتباره مشكلة سلوكية. وتهدف برامج التعلم الشرطي الفعال إلى زيادة تكرار السلوك الحسن والإقلال من سلوك الألم، ولا يعد خفض حدة الألم من الأهداف، ولكنه يهدف بالأحرى إلى المساعدة في التغلب عليه بصورة أفضل، وأن يواصل المرضى الأنشطة العادية بالرغم منه. (وليدة مرازقة، 2008– 2009، ص 38– 39).

وقد استخدم في مجال إدارة الألم عدة تقنيات منها ما هو سلوكي ومنها ما هو معرفي، مثلا استخدمت كارترايت (1973) مجموعة من التقنيات كمحاولة لتخفيف أعراض السرطان وتحسين جودة الحياة لدى عينة من النساء المصابات بالسرطان. وتتضمن هذه التقنيات المختلفة لإدارة الألم، التغذية الراجعة البيولوجية، التنويم المغناطيسي، تطوير مهارات التكيف، مهارات الاسترخاء (الذي يهدف إلى تقليل توتر العضلات وبالتالي تخفيف الألم)، التصورات الإيجابية (التركيز على الأشياء الإيجابية والذي يهدف إلى تطوير الاعتقاد في القدرة على التعافي، وبالتالي خفض الألم والتوتر والخوف). وأظهرت النتائج بعد انتهاء الدراسة انخفاض في الألم. (رياض العاسمي، 2016، ص 208).

إضافة إلى هذا هناك عدة استراتيجيات معرفية تستخدم في إدارة الألم، أهمها:

– **النشاط الإيقاعي المعرفي:** يتضمن أنشطة ذات طبيعة تكرارية ونظامية مثال ذلك العد العكسي من 100 نزولا بثلاثة أرقام في كل مرة.

- **الصور الذهنية السارة:** تتضمن تخيل بعض المشاهد أو الأحداث السارة، مثل الجلوس بطريقة مريحة والإنصات إلى الموسيقى.

- **التركيز الخارجي للانتباه:** مثال ذلك النظر إلى مشاهد طبيعية، أو مشاهد التلفزيون، وهي إستراتيجيات تتعلق بإعادة توجيه الانتباه بعيدا عن المنبهات.

- **تقدير الألم:** يتضمن إستراتيجيات إعادة تقييم المنبه المؤلم بتعبيرات حسية موضوعية، مثال ذلك التركيز على الإحساس بالتبلد المرتبط بالأذى الذي أحدثه الماء البارد.

- **التخيل المحايد:** مثال ذلك الاستماع إلى محاضرة باعتبارها تخيلا محايدا. (وليدة مرازقة، 2008-2009، ص 39- 40).

***إدارة الآثار الضارة للعلاج الكيميائي:**

ينتج عن العلاج الكيميائي آثار جانبية قصيرة وطويلة المدى كالتعب والالتهابات والحمى وتلف الأغشية المخاطية للفم والبلعوم واضطرابات الجهاز الهضمي والاختلالات الجنسية.. إلخ. وقد ركزت برامج التربية العلاجية للمرضى المعالجين بالعلاج الكيميائي على تقليل حدوث وشدة هذه الآثار الجانبية، من خلال ما يلي:

- تحليل فردي للتمثيلات والمعتقدات واحتياجات المريض الخاصة.

- المشاركة الفعالة للمريض الذي يجب أن يطور معرفة حقيقية في إدارة الآثار الجانبية لعلاجاته. يتعلق الأمر بتعليمه سلوكيات جديدة: معرفة كيفية التعرف على الأعراض، وكيفية التعامل مع حالة الطوارئ، ومتى وبمن يتصل ، ومن أين يحصل على الاستشارة..

- مشاركة أسرة المريض أو أقاربه.

- العمل الجماعي متعدد التخصصات، مع إمكانية إشراك المرضى السابقين الذين شفوا (للاستفادة من خبراتهم السابقة في التعامل مع هذه الوضعيات).

– القيام بتقييم للمريض بالاعتماد على معايير حكم مختلفة (القدرة على التواصل، اتخاذ القرار، تغيير التوقعات أو تصورات المرضى حول الآثار الجانبية، تقليل شدة الآثار الجانبية، درجة الجودة الحياة، انخفاض معدل إعادة الاستشفاء أو الاستشارة المتعلقة بالآثار الجانبية)..

– نهج تكراري للحفاظ على المهارات التي اكتسبها المريض سابقًا وتحسينها.

من بين الآثار الجانبية المذكورة أعلاه ، الإرهاق هو العامل الأكثر تأثيرا على جودة الحياة. يمكن أن يؤثر بشكل عميق ودائم على الحياة اليومية للمرضى مع تأثير على حياتهم العاطفية والعائلية والاجتماعية. في فرنسا أظهر مسح شمل 2000 امرأة عولجن من سرطان الثدي، كان الإرهاق هو الأثر الجانبي الأكثر شيوعًا (78٪ من النساء). **(David Pérol et- al, 2007, p 270)**

31- إدارة التعب:

وفقًا للتحليلات الإحصائية لنتائج العديد من الدراسات، فإن التدخلات العلاجية غير الدوائية كالأنشطة البدنية أو التدخلات النفسية فعالة وتتفوق على التدخلات الدوائية في تقليل التعب المرتبط بالسرطان، سواء خلال فترة العلاج أم بعدها.

32- علاج الغثيان:

كثيرا ما يتعرض مرضى السرطان نتيجة العلاج الكيميائي للغثيان والقيء والقلق، وأشار بريش وريد (1982) Red & Burish إلى أن (25- 33%) من مرضى السرطان تظهر لديهم علامات القيء الشديد و60% يعانون من الغثيان الاستباقي. وقد أظهرت الدراسات أن الاسترخاء والتنويم المغناطيسي وأسلوب خفض الحساسية المنظم يساعد على الحد من الغثيان والقلق لدى مرضى السرطان. كما تفيد التقارير أن الاسترخاء والتخيل الموجه قد يقلل من هذه المشاكل، ويمكن أيضا أن تحسن صورة الجسم، وذلك من خلال تغيير صورة الجسد المشوه عن طريق الإرشاد النفسي، خصوصا بعد فقدان الثدي، وبشكل أعم في التعامل مع الحزن في فقدان أجزاء مختلفة من الجسم. (رياض العاسمي، 2016، ص 209).

5-2- أمراض القلب التاجية:

أمراض القلب التاجية هي الأمراض التي تعزى إلى تضييق الشرايين التاجية التي تزود القلب بالدم. وهذا ما يؤدي إلى إعاقة تدفق الأكسجين والغذاء للقلب بصورة جزئية أو كلية. وعادة ما يؤدي ذلك إلى

شعور الإنسان بألم منتشر في كل أنحاء الصدر والذراع، وهو ما يعرف بالذبحة الصدرية. وحين يكون هذا النقض شديدا فإنه يؤدي إلى جلطة قلبية. (شيلي تايلور، 2008، ص 716).

تتسبب أمراض القلب والأوعية الدموية في وفاة 17.5 مليون شخص كل عام (31٪ من بين إجمالي حالات الوفيات)، ومعظم هذه الوفيات تكون نتيجة النوبات القلبية والجلطات، وفي كثير من الحالات تدخل في نطاق الوفاة المبكرة (34٪ من الوفيات تقع بين الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 70 عامًا)، كما أن أكثر من 75٪ من حالات الوفيات تقع في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

وحتى يمكن تحقيق هدف الحد من معدلات الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية على مستوى العالم بمعدل 25% بحلول عام 2025، فسيكون على الأنظمة الصحية أن تحد من انتشار مرض ارتفاع ضغط الدم بنسبة 25%، وخفض معدل الاستهلاك اليومي للتبغ بنسبة 30%، مع توفير الوقاية الثانوية لأكثر من 50% من الأشخاص المرشحين للإصابة.

حيث تشير التقديرات إلى أن نسبة 50 إلى 80 في المائة من هذه حالات الوفاة تتسبب فيها عوامل خطورة يمكن تعديلها والتحكم فيها، وتشمل تعاطي التبغ، والنظام الغذائي غير الصحي والسمنة، والخمول الجسدي، والتناول الضار للكحول. (سريناث ريدي وآخرون، 2016، ص 04- 11).

و قد أضيف إلى ذلك في الآونة الأخيرة العوامل النفسية مثل الضغط النفسي والاكتئاب. فثمة أدلة على أن النوبات القلبية تسبقها تحديات نفسية مختلفة، فقد لوحظ ذلك على سبيل المثال في الأحداث الدماغية مثل النقص المؤقت في إمدادات الدم إلى القلب، وفي الارتفاع الحاد للضغط الدموي، وفي حالات توقف القلب المفاجئ.

كما تشمل العوامل النفس-اجتماعية المرتبطة بهذه الأمراض كما وردت في الأدبيات: الاكتئاب والقلق وسمات الشخصية والعزلة الاجتماعية والضغط النفسي المزمن. علاوة على ذلك، أفادت تقارير دراسة حديثة أجريت في 52 بلدا، أن الضغط النفس-اجتماعي كان وراء حوالي 30 % من خطر احتشاء عضلة القلب الحاد.

ويعتبر الاكتئاب أكثر عوامل الخطر المرضية لتطور المرض والوفاة عند المصابين بالأمراض القلبية الوعائية المؤكدة. كما وجد أن أعراض الاكتئاب السيكوسوماتية مهيمنة عند حوالي 20 إلى 30 % من مرضى القلب.

من جهة أخرى، بينت دراسات مبكرة العلاقة بين النوع A من سمات الشخصية أو الأنماط السلوكية التي تتميز بالقدرة على المنافسة والغضب والعداوة، و حدوث مرض القلب والأوعية الدموية. ولكن تقارير

لاحقة، من بينها اثنتان من المراجعات المنهجية، وجدت علاقات غير متناسقة، حيث اتضح في الآونة الأخيرة أن أبعاد الشخصية مثل الدرجات العالية في العاطفية والكف الاجتماعي التي تعبر عن النوع D، أو سمات الشخصية المتوترة كانت هي الأخرى ترتبط بأمراض القلب و معدل الوفاة، إلا أن النتائج كانت أيضا غير متسقة. (سمير بوطمين ، لبنة بوطمين ، 2014، ص 134- 135).

5-2-1- التربية العلاجية لمرضى القلب والأوعية الدموية:

مرض القلب التاجي مرض مزمن يتميز بفقدان الظروف المعيشية السابقة للمريض، والخضوع للعلاج مدى الحياة.

تقوم منظمة الصحة العالمية (WHO) بصياغة دور إعادة تأهيل القلب على النحو التالي: "إعادة تأهيل مرضى القلب والأوعية الدموية هو مجموعة الأنشطة اللازمة للتأثير بشكل إيجابي على العملية التطورية للمرض وكذلك لضمان أفضل حالة بدنية وعقلية واجتماعية للمرضى، قدر الإمكان حتى يتمكنوا ، من خلال جهودهم الخاصة ، من الحفاظ أو استئناف مكانهم الطبيعي قدر الإمكان في حياة المجتمع".

التربية العلاجية لأمراض القلب التاجية تهدف إلى تدريب المرضى على أسلوب حياة جديد (الإقلاع عن التدخين ، النشاط البدني ، اتباع نظام غذائي صحي) على أن يكون ذلك مستمرًا.

كما تهدف إلى إطالة أمد البقاء على قيد الحياة، وتحسين نوعية الحياة، تباطؤ تطور المرض، تراجع تصلب الشرايين، منع التكرار، تقليل الوفيات، متابعة المريض وتحسين نوعية حياته وذلك بمشاركة فريق متعدد التخصصات.(Michèle VUILLEMOT, Juin 2009, p 15)

33- تعديل سلوك ذوي نمط الشخصية (أ):

أظهرت الدراسات التي أجريت على ذوي نمط الشخصية (أ)، أنهم فئة ليس لديهم أدنى استبصار بأنهم يدورون في حيز عوامل الخطر، والتي قد تسبب إصابتهم بأمراض القلب التاجية، وبالتالي ضرورة حماية تلك الفئة من سلوكهم ونمط حياتهم.

ويتم العلاج النفسي مع ذوي نمط الشخصية (أ) بقياس بعض العوامل المساعدة مثل الغيرة الانفعالية بين الأفراد وأسرهم، ومنسوب الكوليسترول وضغط الدم الانبساطي، والدهون الحمضية، وهو منهج أكثر فعالية لأنه يزيد من استبصار الأفراد بنمط سلوكهم، مما يجعلهم يتخلون عن ردود الفعل الانفعالية تجاه المنبهات البيئية، ولكن قد يواجه المعالج مشكلة المقاومة والتي قد تظهر في صورة عدوان، وربما تكون ناتجة عن تخوف الفرد من فقدان مكانته الاجتماعية وقدرته على الانجاز، ومن تم يستطيع المعالج أن

يقوم بدور معهم لتبديد المخاوف عن طريق توجيه الفرد نحو مصدر العدوان وإجراء المناقشات. (سامية حمزاوي، 2012- 2013، ص 52).

ومن الوسائل النفسية الأكثر نجاحا مع ذوي نمط الشخصية (أ)، ما يلي:

***العلاج المعرفي- الاجتماعي:**

إن إعادة البناء المعرفي يعد مناسبا مع ذوي النمط (أ) في تغيير سلوكه، ومن أهم المداخل هنا العلاج العقلاني والانفعالي بوصفه نمطا معرفيا ويتركز على تعديل الأفكار غير العقلانية والاتجاهات والمعتقدات التي تعبر عن سوء التوافق وتسبب التوتر الانفعالي.

ويرى أليس 1962 أن أصحاب ذوي النمط (أ) لديهم أفكار ومعتقدات عن العالم المحيط بهم، ويمكن إعادة البناء المعرفي لمثل هذه الأفكار عن طريق تدريبهم من خلال نموذج مكون من ثلاث خطوات هي:

.الأحداث النشطة والتي يظهر تحديها له في بيئته وتثير لديه الرغبة في العمل.

.نظام الأفكار والمعتقدات والتي تعدد كيفية إدراك الأحداث المحيطة به.

.رد الفعل الانفعالي والناتج عن الخطوة الأولى والثانية، وبإدراك مثل هذه النماذج يتم التعرف على كيفية إعادة بناء الأفكار غير العقلانية إلى أفكار عقلانية ويتضمن ذلك مستوين آخرين (4- 5).

.تثبيت الأفكار العقلانية بديلاً عن الأفكار غير العقلانية ويتفاعل هذا مع الخطوة رقم (3).

.تجهيز رد فعل انفعالي جديد والذي يتفاعل مع رقم (4) ويعد بديلاً أيضا للخطوة رقم (3).

(عادل شكري، 2006، ص 70- 72).

34- تعديل العدائية:

تم الاهتمام حديثا بدراسة دور العدائية في ظهور أمراض القلب، وقد توصلت العديد من الأبحاث إلى أن العدائية تزيد من خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي، والعدائية هي استعداد ثابت للاستجابة بمستويات مختلفة من الانفعالات، كالغضب، الإثارة والتهيج، الاشمئزاز، التكبر، الاحتقار، والاستياء.

وبالتالي فإن الميول العدائية من أبرز خصائص أو سمات الشخصية التي تلعب دورا هاما في الإصابة بهذا المرض وتطوره. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 144- 145).

الأمر الذي يستدعي القيام بالإجراءات العلاجية التي تهدف إلى الحد من مشاعر الغضب والعدائية مما يقلل من معدل الإصابة بأمراض القلب التاجية.

وركزت بعض هذه الإجراءات على تدريب أولئك الذين يميلون إلى الغضب على أساليب الاسترخاء والتنفس العميق للتقليل من مستوى الإثارة التي يعانون منها. وقد وجد أن الاسترخاء لم يقلل من

الاستجابات القلبية الوعائية أثناء الضغوط فحسب، وإنما أدى إلى التقليل من ارتفاع ضغط الدم أثناء فترة الشفاء.

كما لجأت برامج أخرى إلى تعديل أساليب الكلام الذاتي عند الأفراد العدائيين خاصة عند الغضب والضيق. واتجهت الأساليب المعرفية إلى استعمال التخيل الذي يسهم في تغيير إدراك الناس للضغوط.

(شيلي تايلور، 2008، ص 730- 731)

35- الضغوط النفسية لدى مرضى القلب:

أوضح كوهن وميلر بأن نسبة الوفيات تزداد لدى المصابين بأمراض قلبية ممن يعانون من ضغوط نفسية مدركة وأعباء اجتماعية وعزلة وظيفية. وخلص Dimsdale (2008) في تقريره على وجود أدلة دامغة تشير للآثار الضارة الناتجة عن الضغوط النفسية على القلب. فالضغوط النفسية الحادة والعواطف السلبية ونوبات الاندفاع المفاجئة يمكن أن تؤدي إلى حوادث سريرية مفاجئة كالنوبة القلبية، وقد تؤثر الضغوط الانفعالية الحادة في النشاط الكهربائي للقلب من خلال الأداء المرتفع للجهاز العصبي، وفي حالة القلب الذي تعرض لجلطة سابقة يحتمل أن يكون ذلك مهلكا له. كما يزيد الضغط الانفعالي من خطر تصلب الشرايين ثم يصبح الإنسان مرشحا لجراحة تغيير شرايين..

ويشير كلا Schneiderman, Wang, Walldin, Blom and Jernberg (2009) أن الضغوط النفس- اجتماعية تزيد من مخاطر أمراض القلب التاجية عند النساء.

والمفتاح الرئيس لفهم الاستجابات للضغوط لا يعتمد على طبيعة الضغوط ومصادرها وإنما يتوقف على الكيفية التي يستجيب الفرد بها إلى تلك الضغوط، وهذا يعتمد على طبيعة الضغوط ومصادرها، وبنية شخصية الفرد، ومزاجه وعمره وجنسه وصحته النفسية. (يوسف بن سطام العنزي، 2015، ص 487- 492).

وبالنسبة لأكثر أساليب المواجهة المستخدمة من قبل عدد كبير من مرضى القلب وارتبطت بانخفاض الاكتئاب لديهم، هي: المواجهة النشطة، القبول، والتخطيط، أما المرضى الذين استخدموا بدرجة كبيرة الأساليب غير التكيفية للمواجهة مثل الإنكار والتحرر ارتبطت بمستويات أعلى من الاكتئاب لديهم.

***إدارة الضغوط النفسية لدى مرضى القلب:**

إدارة الضغوط النفسية هي ببساطة أن نتعلم ونتقن بعض الطرق التي من شأنها أن تساعدنا على التعامل اليومي مع هذه الضغوط والتقليل من آثارها السلبية بقدر الإمكان.

والبديهي أن يحاول كل فرد مواجهة الضغوط والتعامل معها، وهو ما يعرف باسم المواجهة أو التعايش. وتمثل استراتيجيات المواجهة الفردية طرقًا وأساليب يحاول من خلالها الفرد التعامل مع الضغوط التي حدثت بالفعل. من هنا تصبح عملية إدارة الضغوط هي تلك البرامج التي تقدم للناس بشكل عام، أو لمجموعات معينة تتميز باشتراكها في مشكلات بعينها. والشائع أن يتم تعلم إدارة الضغوط من خلال ورش العمل وحلقات التدريب. بمعنى آخر، المواجهة هي ما يقوم به الفرد من محاولات للتعامل مع ضغوط حادثة بالفعل، بينما إدارة الضغوط هي ما يمكن أن يتعلمه أي شخص كي يعرف كيف يواجه الضغوط بصفة عامة سواء في الحاضر أو المستقبل. وتكون مفيدة على وجه الخصوص عندما تفشل المواجهة الفردية نتيجة لنقص المعرفة أو المهارات أو الخبرة. (جمعة سيد يوسف، 2007، ص 43).

وهناك أساليب إيجابية في مواجهة الضغوط، وهي المهارات الإيجابية التي من الممكن أن يتعلمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة، وتستخدم بمرونة وفقاً لمتطلبات الموقف. وتتحدد بالمهارات الأساسية الآتية:

- **المواجهة التي ترتكز على التقدير:** وتهدف إلى مساعدة الفرد على فهم الموقف أو الحدث الضاغط واستبصاره، وذلك من خلال عملية التقييم وإعادة التقييم، وتتكون مما يلي: التحليل المنطقي والتهيؤ العقلي، إعادة التوجيه المعرفي، والإحجام أو الإنكار المعرفي.

- **المواجهة التي ترتكز على المشكلة:** وتشير إلى محاولات الفرد الحصول على معلومات إضافية لحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل معرفي، أو تغيير الحدث الذي يؤدي إلى الضغط. فهي الإجراءات السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد لمواجهة الحدث الضاغط، وتتضمن المواجهة الفعالة، طلب المساندة، التخطيط لحل المشكلة، كبح مصدر المشقة، قمع النشاطات المتعارضة.

- **المواجهة التي ترتكز على الانفعال:** وهي الإجراءات السلوكية والمعرفية التي تستهدف تنظيم الانفعالات تجاه المواقف الضاغطة، وتكون من خلال التركيز على مهارات ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها المواقف الضاغطة. وتشمل المهارات التالية: التنظيم الوجداني ويعني ضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة، ومساعدة الفرد في السيطرة على مشاعره، والتفريغ الانفعالي ويكون من خلال تصريف مشاعر الغضب واليأس وذلك باستخدام التدريب على الاسترخاء وممارسة الأنشطة الفنية والرياضية وسرد المذكرات والمناقشة الجماعية. والتقبل الواقعي أو الإذعاني ويتمثل في تقبل الموقف على حاله والتسليم به، وأن ما حدث قد أصبح جزءا من الماضي ولا يمكن تغييره. وتكمن أهمية تقبل الموقف

في البحث عن أساليب جديدة في التدبر والمواجهة. (فؤاد صبيرة، رزان اسماعيل، 2018، ص 70-71).

- **استخدام روح الدعابة والمرح:** تمثل الدعابة مكوناً مهماً يؤثر في حياة الفرد، إذ تعمل على التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن الأحداث الضاغطة، وتتضمن هذه الفنية تعليم الأفراد كيفية استخدام روح الدعابة في أوقات الضغوط، وذلك لما لها من أهمية في حياة الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية فهي تسهم في تدعيم العلاقات بين الفرد والآخرين وتؤثر على الطريقة التي يدرك بها الفرد الأحداث الضاغطة. (فؤاد صبيرة، رزان اسماعيل، 2018، ص 71).

بالإضافة إلى هذا هناك العديد من العلاجات لتخفيف الضغط النفسي لدى مرضى القلب، مثل الاسترخاء، والعائد البيولوجي، والتدليك، والعلاجات الحرارية، والتاي تشي، والسفروولوجيا، والتنويم المغناطيسي، والعلاجات النفسية المختلفة (العلاجات المعرفية السلوكية، والعلاج بالقبول والالتزام (ACT) وما إلى ذلك). كما يمكن أيضًا تخفيف الضغوط بالأدوية، كمضادات القلق ومضادات الاكتئاب.
(Bounhoure J.-P., Bui, É. et Schmitt L, 2015, p 475).

36- التكفل بالقلق والاكتئاب لدى مرضى القلب:

أكثر العوامل النفسية بروزاً في مرحلة ما بعد المرض القلبي هي القلق والاكتئاب، واللذان يمكن أن يؤثرا في الشفاء الفوري من أمراض القلب والعودة للحياة السوية، ويقدر أن 30 % من مرضى جلطة القلب يعانون من مستوى إكلينيكي من (القلق أو الاكتئاب) أو منهما معاً، ويترتب على ذلك أن قياس القلق أو الاكتئاب ضروري في مرحلة ما بعد المرض حيث أنهما يمكن أن يضعفا الشفاء والتوافق مع الحياة اليومية.

***الاكتئاب كعامل من عوامل التنبؤ السيئ لأمراض القلب:**

إن وجود الاكتئاب بعد احتشاء عضلة القلب هو عامل منبئ بالوفاة، بغض النظر عن شدة المرض. ويمنع الاكتئاب من التحسن الجسدي ويزيد من مخاطر حدوث إصابات جديدة في غضون عام من تشخيص احتشاء عضلة القلب (كعودة الدخول إلى المستشفى، والحاجة إلى الجراحة، وحدوث عدم انتظام ضربات القلب البطيني، وتكرار النوبات القلبية والموت).

دراسة أجراها Frasure-Smith et al أظهرت أن 222 مريضًا من الذين تم إدخالهم إلى المستشفى بسبب احتشاء عضلة القلب تم تشخيص الاكتئاب الشديد لديهم وفقًا لمعايير DSM III-R وكان ذلك مرتبطًا بزيادة خطر الوفاة في 18 شهرًا بعد الاحتشاء، مقارنة بالمرضى غير المصابين بالاكتئاب.

ولا يظهر الاكتئاب لدى مرضى القلب التاجي بالضرورة على شكل اكتئاب حاد، ولكن يمكن التعبير عنه في المقام الأول على شكل هياج وإنهاك، دون حزن واضح. هذه العلامات تشير إلى وجود الاكتئاب وعلينا أن نبحث عن أعراض أخرى ولا سيما فقدان الحيوية، وفقدان القدرة على الشعور بالمتعة، أو حتى فقدان الأمل فيما يتعلق تغييرات في حالة القلب والأوعية الدموية. أيضا من بين علامات التحذير التي تدفع للاعتقاد بوجود الاكتئاب نذكر أيضًا الألم غير النمطي وصعوبات الالتزام بالعلاج.

(K. Lahlou- Laforet, Juin 2006, p 01- 03).

ويمكن تطبيق التدخل العلاجي النفسي في كل مراحل أمراض القلب سواء قبل ظهور أعراض المرض (الوقاية الأولية)، وخلال المرحلة الحادة التي غالبا ما تكون تالية لجلطة القلب أو في مرحلة إعادة التأهيل أو التأهيل التالي (الوقاية الثانوية). ويتراوح نوع التدخل العلاجي الذي يمكن استخدامه بين العلاج النفسي إلى الإرشاد النفسي. ومع تطور النماذج العلاجية الخاصة بالضغوط جاءت مقدمات الحزم العلاجية الشاملة التي تستخدم أكثر من أسلوب. وتعد التدخلات العلاجية النفسية المعرفية السلوكية فعالة على نطاق واسع غير أن العلاج النفسي التدعيمي يمكن أن يفيد كذلك، وتبدو التدخلات التي تتضمن أكثر من نوع واحد من العلاج مفيدة بصفة عامة، وأكبر تأثيراً من العلاجات التي تستخدم أسلوباً واحداً فقط، وتلاحظ هذه التأثيرات على المقاييس النفسية والفسيولوجية. (أماني أحمد، 2011، ص 02).

***الشعور بالكفاءة الذاتية:**

يشرح باندورا بداية الاكتئاب لدى الشخص على أنه عدم قدرته على التعامل مع حدث ما وحسبه فإن الشعور بالكفاءة الذاتية هو العامل الأساسي في منع ظهور الاكتئاب.

ويصف الشعور بالكفاءة الذاتية بأنه عملية تفكير إيجابية تسمح للشخص بالاعتقاد بقدرته على أداء الأعمال التي من شأنها تغيير البيئة والتصرف في الأحداث الخارجية.

يشجعنا K. Lalou-Laforêt على "التعرف على" مزايا "مرضى الشريان التاجي لدينا، وتسميتها، وتقويتها، وإحساسهم بالمسؤولية، وحرصهم على العمل بشكل جيد.." ودعوتهم إلى الاحتفاظ بموقع نشط ومجزٍ "لتمكينهم لاكتساب القدرة على التغلب على الشعور بعدم الاستقرار".

تعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية لدى مرضى القلب التاجي من خلال تقييم صفاتهم سيمكنهم من التغلب على شعورهم بعدم الأمن وعدم الاستقرار، هذه الطريقة تجعل من الممكن أيضًا تقوية الشعور بهوية لدى هؤلاء المرضى الذين يكونون غالبًا ما من نمط الشخصية أ ، ليبدؤوا في عملية مصالحة الهوية.

(Bénédicte Menu, 2011, p 23- 24).

37- **القلق عند مرضى القلب:**

يعاني معظم مرضى القلب من درجات متفاوتة من القلق أو القلق بشأن حالتهم. تشمل اضطرابات القلق التي يعاني منها مرضى القلب مجموعة من المشكلات بما في ذلك القلق العام (حالة شبه دائمة من الخوف أو القلق) ونوبات الهلع (نوبات القلق الشديد التي غالبًا ما تكون مصحوبة بالخوف من الموت) ومتلازمة الضغط بعد الصدمة (معايشة حدث صادم بطريقة متكررة).

كما هو الحال مع الاكتئاب ، يعاني حوالي 1 من كل 5 (أو 20٪) من مرضى القلب من أعراض القلق.

وتشمل أهم أعراض القلق، ما يلي: قلق لا يمكن السيطرة عليه، الشعور بأنهم "على حافة الهاوية"، التهيج، شد عضلي، الشعور بالدوار، اضطرابات النوم، التعب، صعوبة في التنفس، سرعة ضربات القلب، صداع الرأس، عرق، اضطرابات الجهاز الهضمي..

***آثار القلق على القلب:**

يمكن أن يسبب القلق تشنجات وعدم انتظام ضربات القلب، مما قد يؤدي إلى مشاكل في القلب. من المرجح أيضًا أن ينخرط الأشخاص المصابون بالقلق في سلوكيات غير صحية مثل التدخين والإفراط في تناول الطعام وقلة النشاط، بالإضافة إلى مواجهة مشاكل النوم.

ومن المهم تزويد مرضى القلب خصوصا الذين يعانون من القلق باستراتيجيات لمواجهة القلق الذي يعانون منه، حتى لا يكون له أثر سيء على تطور المرض لديهم، ومن بينها،

38- إكسابهم كيفية التعرف على العلامات المبكرة للقلق وتطبيق الحلول للتعامل مع عواطفهم.

• إكسابهم استراتيجيات جديدة للتعامل مع المواقف التي تسبب لهم القلق بدلاً من تجنبها ، مثل:

- التدرب على التنفس البطيء والعميق ؛
- تعلم تقنيات الاسترخاء وممارسته.
- اكتساب استراتيجية صرف الانتباه عن مصادر القلق عن طريق التركيز في مهام بسيطة (على سبيل المثال ، العد التنازلي بطرح 3 ، أي 100 ، 97 ، 94..) ؛
- ممارسة أنشطة ممتعة مثل قراءة كتاب مضحك..
- مشاركة الآخرين ممن يثق فيهم المريض مخاوفه.

• تعليمهم كيفية مراقبة تفكيرهم وحديثهم الذاتي وجعله إيجابيا قدر المستطاع، على سبيل المثال أن يتحدث مع نفسه: "لن أموت، من الطبيعي أن ينبض قلبي بشكل أسرع عند ممارسة الرياضة".

• استشارة الأطباء أو المتخصصين في الصحة العقلية (أخصائي اجتماعي أو أخصائي نفسي أو طبيب نفسي) في حالة الحاجة إلى ذلك. (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2011, p 43- 44).

5-2-2- نموذج عن التربية العلاجية لمرضى القلب "برنامج الوقاية الثانوية من نوبات مرض القلب التاجي بعد الخروج من المستشفى في الهند":

في عام 2015 قامت الهند بتجربة برنامج أسمته "الوقاية الثانوية من نوبات مرض القلب التاجي بعد الخروج من المستشفى (SPREAD) . وهو تدخل يقوم على تقديمه العاملون في مجال الصحة المجتمعية في 14 مستشفى يقع في نطاق تسع ولايات. ويدعم البرنامج المرضى ومقدمي الرعاية الأولية لهم في تحقيق الالتزام بتناول الأدوية وتغييرات نمط الحياة في العام الذي يلي إصابتهم بإحدى نوبات القلب والأوعية الدموية الحادة.

المقاربة:

يخصص لكل مريض في البرنامج أحد العاملين في مجال الصحة المجتمعية يكون مسئولا عنه ويباشر مشاورات الخروج من المستشفى مع المريض، كما يقوم بترتيب ست زيارات متابعة للمريض على مدار الأشهر الـ 12 التالية.

وفي مشاورات الخروج من المستشفى، يركز عامل الرعاية الصحية المجتمعية على تقوية علاقته بالمريض ومقدم الرعاية ويجمع معلومات المريض الأساسية. ثم يقومان معًا بتحديد العوائق المحتملة للالتزام بخطط تناول الأدوية وتغيير نمط الحياة، ومن ثم يقومان بوضع استراتيجيات للتغلب على هذه العوائق. ويقدم عامل الرعاية الصحية المجتمعية للمريض أداتين (يتم ترجمتها وتعديلها حسب لغة المريض وبيئته الثقافية المحلية) لدعم الالتزام وتوعية المريض بشأن استخدامها:

•أداة بصرية تساعد على الالتزام في صورة تقويم لمدة 12 شهرًا يقوم على تذكير المريض ويسجل تناول الأدوية من خلال خانات اختيار تستوعب حتى ستة أصناف من أدوية القلب والأوعية الدموية.

•مفكرة يومية للمريض تتضمن معلومات التوعية ورسائل التحفيز وجهات الاتصال الخاصة بالطبيب المعالج للمريض وعامل الرعاية الصحية المجتمعية.

يقوم عامل الرعاية الصحية المجتمعية بترتيب ست زيارات متابعة للمريض، مدة كل واحدة منها ساعة .تجرى الاستشارة في الشهر الأول والخامس والسابع والثاني عشر في العيادة الخارجية للمنشأة الصحية، وفي الشهرين الثالث والتاسع في منزل المريض. وينصح المريض بالاتصال بعامل الرعاية

الصحية المجتمعية بين الزيارات إذا ساوره القلق بشأن صحته أو قدرته على تناول الأدوية أو الالتزام بتغييرات نمط الحياة.

خلال كل الاجتماعات، يقوم عامل الرعاية الصحية المجتمعية بمراقبة استخدام التقويم والمفكرة اليومية لا الخاصة بالمريض ويسأل المريض ومقدم الرعاية حول عوائق الالتزام ويساعدهما في تطوير وتعديل استراتيجيات التغلب على العوائق. ويقوم عامل الرعاية الصحية المجتمعية في كل زيارة بتقييم التزام المريض بأدوية الوقاية الثانوية الموصوفة والنظام الغذائي الصحي وممارسة التمارين الرياضية وتعاطي التبغ والكحول.

التأثير والتطبيق:

نجح التدخل في تحسين الالتزام بالأدوية وأنماط الحياة الصحية وأدى إلى إحداث تحسن في عدد من مؤشرات الخطورة الإكلينيكية المرتبطة بتقدم المرض وحالات القلب والأوعية الدموية الحادة الأخرى.

وتؤكد الدراسة أنه على الرغم من جودة ممارسات الأطباء في وصف الأدوية في المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، فإن العاملين في مجال الصحة المجتمعية قدموا فائدة إضافية في الإقلاع عن التدخين وممارسة الأنشطة البدنية وفقدان الوزن (وهي المجالات التي عادة ما يهملها الأطباء الذين يركزون أكثر على الأدوية). (سريناث ريدي وآخرون، 2016، ص 16- 18).

5-3- مرض السكري:

يعد مرض السكري من أهم وأشهر أمراض الغدد الصماء، فهو اضطراب في عمليتي هدم الكربوهيدرات وبنائها مما يتسبب في ارتفاع غير مناسب للجلوكوز إما بسبب نقص مطلق في نقص الأنسولين أو انخفاض تأثيره البيولوجي أو كليهما. أو قد ينشأ المرض عندما يبطل تأثير الأنسولين على السكر بتأثير الأجسام المضادة للأنسولين في الدم، ومن ثم تزيد نسبة السكر فيه. كما يزداد إفراز الأنسولين في حالة تورم جزر لانجرهانز مما يؤدي إلى هبوط سريع في نسبة السكر في الدم.

ويعتمد الجهاز العصبي وخاصة الدماغ في وقوده وغذائه على نسبة السكر بالدم، ومن أعراض نقص الجلوكوز الشعور بالجوع والإحساس بالتعب، وصعوبة المشي، وازدياد إفراز العرق، وشحوب الوجه.

أما ارتفاع نسبة السكر في الدم عن التركيز العادي فهي أقل خطرا على الجهاز العصبي، لكن إذا استمرت مدة طويلة تظهر أعراض مرض السكر. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 328- 329).

ويوجد نوعان من مرض السكري:

- الأول (المعتمد في العلاج على الأنسولين) ويصيب غالباً الأطفال والبالغين دون سن 30 سنة.
- الثاني (غير المعتمد في العلاج على الأنسولين) ويصيب عادة الكبار فوق سن 30 عاماً ولكنه أصبح شائعاً حالياً بين الشباب وذلك بسبب النمط غير الصحي للحياة.

بالإضافة إلى **سكري الحمل:** الذي يظهر خلال فترة الحمل وفي معظم الحالات يختفي بعد الولادة (يعتمد علاجه على الأنسولين). (فاطمة العدوان، 2016، ص 457- 458).

ويعتبر داء السكري من أكثر التحديات الصحية في العالم للقرن الواحد والعشرين، حيث أصبح وباء يهدد الدول النامية والمتطورة بحد سواء، وتنتج عنه عدة مضاعفات كأمراض القلب، والأوعية الدموية، والاعتلال العصبي السكري، وبتر الأعضاء والفشل الكلوي والعمى والتي تؤدي كلها إلى العجز، وانخفاض متوسط العمر المتوقع.

ووفقا لإحصائيات الاتحاد الدولي للسكري لعام 2010 فإن 285 مليون شخص في العالم والذين تتراوح أعمارهم بين (15- 79 عاما) مصابين بمرض السكري، أي ما يقارب 6.6 % من مجموع سكان العالم والذي يبلغ حوالي 7 مليارات نسمة، ويتوقع أن يزداد هذا العدد بحلول عام 2030 ليصبح ما يقارب 438 مليون شخص لنفس الفئات العمرية أي بنسبة 7.8 % من مجموع السكان المتوقع أن يكون حوالي 8.4 مليار نسمة. وحسب دراسات منظمة الصحة العالمية فإن حوالي 80% من وفيات السكري تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض ونصفها يحدث قبل سن الـ 70 عاما. (رشيد حميد زغير، 2019، ص 731- 732).

ويتميز السكري بعدم ظهور الأعراض في مراحله المبكرة، ولذلك يطلق عليه القاتل الصامت. وتزداد معدلات حدوث السكري بين المسنين ومن يعانون من البدانة. ومن المهم إجراء الفحص بانتظام لاكتشاف السكري حتى في عدم وجود أي أعراض خاصة إذا كان هناك تاريخ عائلي للمرض أو تواجد أي من عوامل الخطورة. كما يمكن أن يصاب صغار السن أيضاً بالسكري. ويجب إحالة من تظهر عليه الأعراض التالية إلى المرفق الصحي: تكرار التبول، والعطش غري العادي، والشعور الشديد بالجوع، وفقد الوزن غير الطبيعي؛ والتعب الشديد، والعدوى المتكررة، والجروح التي تلتئم ببطء. والأكثر عرضة لخطر الإصابة بالسكري هم: الأكبر من عمر 54 سنة؛ ومن لديهم تاريخ عائلي للسكري؛ ومن يعانون من فرط الوزن؛ ومن لا يواظبون على النشاط البدني بانتظام؛ والنساء اللواتي أصبن بالسكري أثناء الحمل.

(منظمة الصحة العالمية، 2009، ص16).

بالإضافة الضغوط الانفعالية التي تسبب هذا المرض، وذلك بسبب الزيادة المستمرة في إنتاج هرمونات الضغط التي تحول البروتينات والدهون إلى جلوكوز، وهذه العملية ضرورية حتى يواجه الإنسان الموقف الضاغط بالمواجهة أو الهرب، لكن استمرار تعرضه للضغوط ينتج عنه ارتفاع السكر في الدم والإصابة بمرض السكري. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 333).

إن طبيعة مرض السكري واحدة ولكن الاختلاف في ردود الأفعال للمرضى تختلف من مريض لآخر وتتحدد بعدة عوامل مثل: مدة الإصابة بالمرض، والمساندة الأسرية والاجتماعية للمريض ودعمه، وشخصية المريض قبل المرض. وقد قام عدد من العلماء بإجراء اختبارات نفسية على مرضى السكري في محاولة لتحديد ملامح شخصية مريض السكري، ومنهم دراسة في جامعة كولومبيا، وضعت بعض الملامح النفسية التي يمتاز بها مريض السكري ومنها الاستسلام لليأس بسرعة، أحاسيس شديدة بالكآبة، شعور بعدم الاستقرار، مشاعر وهمية من التعاسة والظلم، علاقة غير جيدة مع الآخرين وبخاصة الأهل. ودراسات أخرى بحثت عن مهارات المواجهة عند مرضى السكري حيث تبين أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة عند النساء أكثر من الرجال، ولوحظت الانعزالية والانطوائية لديهن أكثر. (رولا رضا شريقي، 2013- 2014، ص 95).

39- الاكتئاب عند مرضى السكر:

وجود الاكتئاب لدى مرضى السكري يجعل مضاعفات المرض أكثر، ويجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف، ومن الممكن أن يؤدي عدم التحكم في الجلوكوز إلى تطور الاكتئاب فالعلاقة تعد ثنائية الاتجاه أي أن الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر والعكس. كما أوضح (1993) Jacobson أن الانتشار المتزايد للاكتئاب عند مرضى السكري لا يكون بسبب الإصابة بالمرض فقط ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد بسبب وجود مرض مزمن مدى الحياة، وعند عقد مقارنة في دراسته بين عينة من مرضى السكري وعينة من ذوي الأمراض المزمنة الأخرى كالقلب والرئة وجد أن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري متقارب مع معدل المرضى الآخرين، ووضحت دراسة Lioyd 2000 انتشار أعراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى السكري، وأن أعراض الاكتئاب كانت عند الذكور مرتفعة أكثر من الإناث.

(رولا رضا شريقي، 2013- 2014، ص 93).

5-3-1- التربية العلاجية لمرضى السكري:

40- الاهتمام بالمقابلات التحفيزية في التربية العلاجية:

وفقًا لميلوير ورولنيك Milluer et Rollnick، يجب أن تستند عملية الإدارة الجيدة للمقابلات التحفيزية إلى عدة مبادئ أساسية، أهمها:

***التعبير عن التعاطف:** التعاطف هو فهم الآخر بمكوناته الشخصية بما تشمل من لحظات قد عاشها ومشاعره ووجهات نظره المختلفة.. ويكمن مفتاح التواصل التعاطفي في قبول ماهية الآخر وبدون أي حكم عليه.

من ناحية أخرى لا يتعلق التعاطف بفهم الآخر فحسب، بل شعوره بأنه مسموع ومفهوم ومحترم. هذا إلى جانب عمل المختص على تعزيز ثقة العميل في نفسه وبالتالي في قدراته، وهي متطلبات أساسية لإجراء أي تغيير على الإطلاق.

***تطوير الاختلاف:**

من الضروري تضخيم الاختلاف "الناشئ" بين ما هو عليه المريض الآن وما يود أن يكون، فعندما يشعر المريض أن هذا الاختلاف يزداد تزداد أهمية التغيير بالنسبة إليه في نفس الوقت. والتغيير هو أحد محددات الدافع الداخلي.

من الواضح أن هذا يتطلب جعل المريض يعبر عن قيمه ومشاريعه ورغباته وما إلى ذلك. ويجب أن نبدأ في استكشاف ما هو الأكثر أهمية بالنسبة له. إذا كان هذا يتعارض مع السلوك الحالي، سيزداد الاختلاف، مما يزيد من احتمالية حدوث التغيير أيضًا.

***تقوية الشعور بالفعالية الشخصية:**

يرتبط الشعور بالكفاءة الذاتية "بإيمان الفرد بقدرته على تنظيم وتنفيذ سلوك يهدف إلى تحقيق النتيجة المرجوة". وبالتالي فقد ثبت أنه كلما زاد الشعور بالكفاءة الذاتية زاد احتمال حدوث التغيير. وبالتالي في المقابلات التحفيزية، يجب على الممارس عدم إهمال هذا الجانب. (Sarrah EL KHADIR, 2019, p54-57).

وقد أظهرت الأبحاث أن التدخلات النفسية يمكن أن تستخدم لعلاج مشكلات الصحة النفسية لدى مرضى السكري، وركزت الأبحاث أساسا على العلاج النفسي للاكتئاب، من خلال العلاج بمضادات الاكتئاب وتعليم المريض الإدارة الذاتية.

وتشمل التدخلات النفسية وفق ويلز وآخرون نماذج مختلفة من العلاجات الكلامية، فالعلاج الداعم يركز على زيادة الثقة بالنفس وتحسين مهارات التكيف وتحديد السلوكيات غير المفيدة من خلال استكشاف نمط شخصية المريض.

كما ثبت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب والقلق لدى مريض السكري، فضلا عن تحسين سلوكيات الرعاية الذاتي، وخفض نسبة السكر في الدم. (رياض نايل العاسمي، ج 01، 2016، ص 590).

إضافة إلى هذا فقد تنوعت إجراءات التدخل المعرفية السلوكية التي تم استخدامها مع مرضى السكري بهدف تحسين مستوى التزامهم بالنظام العلاجي، ركز بعضهم على تدريب المرضى على قياس مستويات الشكر بالدم بفاعلية. وكنتيجة للعلاقة بين الضغط والسكري وجه بعض السلوكيين اهتمامهم باتجاه دراسة أثر بعض برامج إدارة الضغط على مستوى السكر في الدم. كما أن التحكم بالوزن من شأنه أن يحسن من السيطرة على معدل السكر بالدم، ويقلل الحاجة إلى الدواء وقد برهنت بعض الأساليب السلوكية على درجة النجاح في السيطرة على الوزن، كما أن التركيز على الاحتفاظ بما توصل إليه المريض من نجاح في تخفيض الوزن ومنع حدوث الانتكاسات من الأمور التي لا بد منها في هذا السياق.

أما تأثير الضغوط الاجتماعية فيما يتعلق بالطعام، فيتركز بالدرجة الأولى على مستوى الالتزام لدى مرضى السكري، مما دفع الباحثين للتركيز على التدريب على المهارات الاجتماعية، كما يتم تدريب مرضى السكري على كيفية مقاومة الضغوط، وتعلم المهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات.

ولعل دمج جميع هذه العناصر في برنامج واحد متكامل من التنظيم الذاتي كفيل بتحسين مستوى الالتزام بهذا البرنامج. (شيلي تايلور، 2008، 769- 770).

قائمة المراجع:

***قائمة المراجع باللغة العربية:**

-الكتب:

المؤسسة العامة للتدريب التقني، الإدارة العامة لتصميم وتطوير المناهج، (1429هـ)، **مبادئ الصحة العامة**، (د. ط)، المملكة العربية السعودية، (د.ن).

أميرة محمد الدق، (2011)، **أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي س المزمن في ضوء فعالية الذات الصحية والحالة العقلية**، القاهرة، دار إيتراك.

جمعة سيد يوسف، 2007، **إدارة الضغوط**، القاهرة، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية.

رياض نايل العاسمي، (2016)، **علم نفس الصحة الإكلينيكي**، ج 01، (ط01)، دمشق، دار الإعصار.

رياض نايل العاسمي، (2016)، **علم نفس الصحة الإكلينيكي**، ج 02، (ط01)، دمشق، دار الإعصار.

سريناث ريدي، فرهاد الرياحي، جريل دورلينج، ريان كالاهان، هنّا باتل، 2016، **مقاربات مبتكرة للوقاية: مواجهة العبء العالمي لأمراض القلب والأوعية الدموية**، تقرير منتدى أمراض القلب والأوعية الدموية التابع لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "WISH"، مؤسسة قطر، الدوحة.

سلوى الصديقي، السيد رمضان، 2004، **الصحة العامة والرعاية الصحية: من المنظور الاجتماعي**، (د.م)، دار المعرفة الجامعية.

شيلي تايلور، (2008)، **علم النفس الصحي**، تر وسام درويش بريك، وفوزي شاكر داود، (ط01)، عمان، دار الحامد.

عبد الباقي دفع، رقية السيد، د.ت، **مبادئ مناهج البحث العلمي**، (د.م)، جامعة الخرطوم.

فاطمة الزهراء زروق، (2015)، **علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته، والمفاهيم المنبثقة عنه**، (د. ط)، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

محمد بن عثمان الركبان، 2009، **البدانة: الداء والدواء**، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم التقنية، الرياض.

محمد بيني يونس، 2008، **الأسس الفزيولوجية للسلوك**، عمان، دار الشروق.

محمود عيد مصطفى، 2009، **العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب**، القاهرة، إيتراك.

منظمة الصحة العالمية، 2009، **دليل تدريبي لمجموعات ممثلي الأحياء والمتطوعين الصحيين: الأمراض غير السارية**، ج 04، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.

هناء أحمد شويخ، (د.ت)، علم نفس الصحي، (د.ط)، (د.م)، مكتبة الأنجلو مصرية.

- **المجلات:**

إبتسام بومصباح، (ديسمبر 2018)، **التكفل النفسي للحوامل في حالة خطر من خلال تطبيق المعالج المعرفي السلوكي على حالة حامل مصابة بداء السكري**، مجلة دراسات نفسية، المجلد 09، ع 01.

إبراهيم بن عزوزي، مريم برخيسة، (جوان 2019)، **النمو الإيجابي لما بعد الصدمة عند حالات مرض السرطان: مراجعة منهجية، مجلة مجتمع تربية وعمل، مجلة مجتمع تربية وعمل**، مج 4 (01)، ص 26- 39.

أحمد حسانين أحمد، (ديسمبر 2014)، **العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بروماتيد المفاصل**، المجلة العلمية لكلية التربية، ليبيا، جامعة مصراتة، السنة الأولى، ع 02.

حدة وحيدة سايل ، (جانفي 2016)، **التربية الصحية والعلاجية للتكفل بالمدمنين على المخدرات والوقاية من الانتكاسية**، مجلة مقاربات، المجلد 04، العدد 01.

حربوش سمية، (ديسمبر 2017)، **الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة**، مجلة روافد، العدد 02.

حمو بوظريفة، محمد عيسى، دليلة زناد، هناء شريفي، (2010)، **مستوى سلوك الإقدام على المخاطرة لدى السائقين وعلاقته ببعض الخصائص الشخصية والفردية**، مجلة الوقاية والأرغنوميا، ع 10.

خديجة لطرش، أحمد فاضلي، (سبتمبر 2016)، **فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية نوعية الحياة لدى المراهقات المصابات بداء السكري (منظور وقائي)**، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، مج 04، ع04، (د.ن)، (د.م).

خولوفي لامية، زايدي وسيلة، (سبتمبر 2019)، **التدخين بوابة الإدمان: دراسة حالة طفل مدمن بمدرسة ابتدائية**، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، المجلد 04، ع03.

خير لقريدي، (مارس 2017)، **علاقة مستوى النشاط البدني بظاهرة البدانة عند المراهقين المتمدرسين في الجزائر**، مجلة علوم وممارسة الأنشطة البدنية والرياضية والفنية، مج 06 (02)، ص 94- 102.

دليلة زناد، بورجي شاكر أمير الدين، (ماي 2016)، **تحليل العلاقة المتعددة بين كل من الصحة، الرفاهية الذاتية وفعالية الذات**، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، مج 04: (03)، ص 105- 124.

رشيد حميد زغير، **2019**، **الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري**، مجلة آفاق علمية، مج 22 (40)، ص 727- 756.

رشيد حميد صغير وآخرون، (2019)، **الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري**، مجلة آفاق علمية، مج 11 (04)، ص 727- 756.

رضوان زقار، عواطف زقور، (سبتمبر 2016)، **إشكالية الفراغ في الملمح النفسي لمدمن التدخين**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع 26.

سارة أشواق بهلول، نور الدين جبالي، (2017)، **دور المعتقدات الصحية والاتجاهات نحو السلامة في التنبؤ في سلوك القيادة الخطرة للسيارات**، مجلة آفاق فكرية، 03 (07)، ص 152- 166.

سامية حمزاوي، 2012- 2013، **نمط الشخصية (أ) ونمط الشخصية (ب) وعلاقتهما بالضغط المهني**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة سطيف 02.

سمير بوطمين، لبنة بوطمين، (جوان 2014)، **سمات الشخصية عند مرضى القلب والأوعية الدموية**، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، مج 02 (03)، ص 131- 150.

سميرة بن صافي، (سبتمبر 2018)، **ثنائية الصحة والمرض من منظور أنثروبولوجي**، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع 35، ص 931- 942.

شريفة بن غذفة، (ديسمبر 2009)، **السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة: دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة، دراسة ميدانية بولاية سطيف**، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 21.

صارة لورسي، الزروق فاطمة الزهراء، (مارس 2017)، **قراءة في ضوء التناولات الحديثة و المعاصرة لتطور المفاهيم في علم نفس الصحة – الامتثال العلاجي و الالتزام العلاجي نموذجا –**، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، المجلد 04، العدد 06.

صليحة بولكويرات، هناء شريفي، (ديسمبر 2018)، **فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي (دراسة حالة)**، مجلة دراسات نفسية، المجلد 09، العدد 01.

صورية عبد الصمد، (مارس 2020)، **الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد الصماء**، مجلة التمكين الاجتماعي، مج 02 (01).

فاطمة الزهرة براوي، هديبل يمينة، (أكتوبر 2019)، **تقدير الذات وعلاقته بالامتثال العلاجي لدى النساء المصابات بالسكر الحملي**، مجلة دراسات نفسية وتربوية، مج 12 (03)، ص 258- 270.

فؤاد صبيرة، رزان اسماعيل، 2018، **أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى القلب في ضوء متغيري الجنس والعمر دراسة ميدانية في مدينة اللاذقية**، مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، مج 02: 02، ص 61- 84.

فاطمة العدوان، 2016، **فاعلية برنامج إرشادي وقائي للتقليل من احتمال الإصابة بمرض السكري لدى عينه لديها عوامل خطورة للإصابة بمرض السكري**، مجلة المنارة، مج 22 (03)، ص 455- 479.

كريمة سي البشير، حليمة لعوج، (ديسمبر 2017)، **سلوك التدخين عند الشباب وعلاقته بكل من مصدر الضبط واستراتيجيات المواجهة – دراسة حسب نموذج علم نفس الصحة-**، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، ع 25، ج 02.

كريمة سي البشير، ظريفة مسعودي، (ديسمبر 2018)، **المعتقدات الصحية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى شرايين القلب التاجية**، مجلة دراسات نفسية، مج 07: (13).

كريمة مقاوسي، (جوان 2011)، **تحليل لمفهوم سيكولوجية البدانة**، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، مج 02 (02)، ص 98- 112.

كريمة مقاوسي، ديسمبر 2015، **البدانة ونمط الحياة: دراسة فارقية بين البدينين وغير البدينين من المراهقين**، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع 06، ص 155- 169.

لياس بغيجة، (ديسمبر 2017)، **تقدير الذات وعلاقته بمستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة**، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 05، العدد 12.

مأمون مبيض، (2004)، السلوك والصحة، مجلة الرائد، ع 247.

محمد سليم خميس، (جوان 2011)، **الاسترخاء كآلية لاحتواء القلق النفسي لدى مرضى الربو**، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 35، قسنطينة، جامعة منتوري.

محمد محمود بني يونس، (2005)، **مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة المصابين في الجامعة الأردنية**، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 32، العدد03.

مختار رحاب، (جوان 2014)، **الصحة والمرض وعلاقتهما بالنسق الثقافي للمجتمع: مقاربة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع 15، ص 173- 186.

مسعودي أمحمد، (سبتمبر 2015)، **بحوث جودة الحياة في العالم العربي: دراسة تحليلية**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 20، ص 203- 220.

يوسف بن سطام العنزي، 2015، **مصادر الضغوط وأساليب المواجهة لدى مرضى القلب المزمن بالسعودية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية**، مج 08 (03)، ص 487- 511.

41- مذكرات:

أماني أحمد، 2011، **فاعلية برنامج علاجي في خفض مستويات مستويات القلــق والاكتئاب لـدى مرضى القلب**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الخرطوم.

رمضان زعطوط، (2004- 2005)، **علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر، جامعة قاصدي مرباح- ورقلة.

رولا رضا شريقي، 2013- 2014، **فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، دمشق، جامعة دمشق.

عبد القوي رشيد، 2012- 2013، **فاعلية برنامج رياضي مقترح لخفض نسبة الشحوم في الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات الوظيفية للتلاميذ المصابين بالسمنة (12- 15 سنة)**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مستغانم، الجزائر.

صليحة القص، (2015- 2016)، **فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بسكرة.

فريدة قماز، 2009، **عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، قسنطينة، جامعة منتوري.

وليدة مرازقة، (2008– 2009)، **مركز ضبط الألم وعلاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخصر، باتنة.

42– المواقع الإلكترونية:

علم نفس الصحة: التاريخ والتعريف ومجالات التطبيق، (10/ 2019)، https://ar.yestherapyhelps.com: تم الاسترجاع في: 10/ 2019.

***قائمة المراجع باللغة الأجنبية (الفرنسية والإنجليزية):**

43- Les livres :

Agnés Bonnet et Lydia Fernandz, 2007, **psychopathologie**, (s.e), paris, Dunod.

Centre national de prévention du crime, 2008, **Facteurs de risque et de protection dans les familles et leurs effets sur la délinquance juvénile : Qu'en Savons-Nous?,** Sécurité public, Canada.

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2011, **Maladie coronarienne : Guide à l'intention des patients et des familles**, Université d'Ottawa.

Jean-Louis Pidinielli, 2006, Introduction a la psychologie clinique, 2ème édition, parie, Colin.

L'OCDE, (2009), **Panorama de la santé 2009,** les Indicatorsde L'OCDE, L'Organisation de coopération et de développement économiques, (S.L).

Pierre Arwidson, Emmanuelle Hamel, Maryse Karrer, Marie-Claude Lamarre, Sep 2018, **Prévention et promotion de la santé : Repères théoriques et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé**, Santé publique, France.

- **Les revues:**

Andy S.K. Cheng, Karen P.Y. Liu, Nikki Tulliani, June 2015, **Relationship Between Driving-violation Behaviours and Risk Perception in Motorcycle Accidents,** Hong Kong Journal of Occupational Therapy, V 25, P 32-38.

Benoît Pétré et- al, oct 2016, **Étude transfrontalière des besoins de formation en éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge du diabète de type 2 et de l'obésité : enquête par groupes nominaux auprès des professionnels de santé,** Presse Medical , tome 45 : (810), p 351– 361.

Beth A. Lanning, Karen Melton, Naomi Abel, October 2018, The impact of a supplemental drivers' education program on teenage risk perception and driving behaviors, Transportation Research Part F: Traffic Psychology and **Behaviour, V 58, P 442-451.**

Bounhoure J.-P., Bui, É. et Schmitt L, 2015, **Stress, dépression et pathologie cardiovasculaire,** Revue de psychoéducation, Vol 44 (02), p 472- 476.

B. Isler, Samantha A. Newland, May 2017, **Life satisfaction, well-being and safe driving behaviour in undergraduate psychology students Rober**, Transportation Research Part F: Traffic psychology and Behaviour, V 47, P 143-154.

Carlos Alberto Mirón-Juárez, Claudia García-Hernández, Eneida Ochoa-Ávila, Giovana Rocío Díaz-Grijalva, July 2020, **Approaching to a structural model of impulsivity and driving anger as predictors of risk behaviors in young drivers,** Transportation Research: Traffic psychology and behaviour, V 72, p 71- 80.

David Pérol, Pauline Toutenu, Anne Lefranc, Véronique Régnier, Gisèle Chvetzoff, Pierre Saltel, Franck Chauvin, (Mars 2007), **L'éducation thérapeutique en cancérologie: vers une reconnaissance des compétences du patient**, Bull Cancer, vol. 94, n° 3.

Joseph A. Durlak, Nov 1998, **Common Risk and Protective Factors in Successful Prevention Programs ,** American Journal of Orthopsychiatry, Vol 68 (4), p 513- 520.

K. Lahlou- Laforet, Juin 2006, **Détection et prise en charge des syndromes dépressifs après événement coronaire,** Réalités Cardiologiques, Cahier 1, N 218, p01- 05.

Louise Bowen, Shannon L. Budden, Andrew P. Smith, April 2020**, Factors underpinning unsafe driving: A systematic literature review of car drivers,** Transportation Research: Traffic psychology and behaviour, V 72, p 184 – 210.

Rona Campbella, Caroline Wrighta, Matthew Hickmana, Ruth R. Kippinga, Michèle Smithb, Theodora Pouliouc, Jon Heron, Sep 2020, **Multiple risk behaviour in adolescence is associated with substantial adverse health and social outcomes in early adulthood: Findings from a prospective birth cohort study,** Preventive Medicine, V 138, p01- 07.

Xuesong Wanga, Xiaoyan Xua, July 2019**, Assessing the relationship between self-reported driving behaviors and driver risk using a naturalistic driving study,** Accident Analysis & Prevention, V 128, P 8-16

− Les theses:

Bénédicte Menu, 2011, **Accompagner le patient à vivre un accident coronarien et à se reconstruire: Vers une nouvelle forme de suivi en ETP?**, DIPLOME OF ADVANCE Study Difep, Université de GENEVE, Hôpitaux Universitaire de Genève.

Jessica Rassy, 2012 **, Les facteurs de protection d'adolescents et d'adolescentes atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire,** Faculté des sciences infirmières **,** Université de Montréal, Mémoire non publiéé en vue de l'obtention du grade de Maître ès en sciences (M.Sc.) en sciences infirmières.

Michèle VUILLEMOT, Juin 2009, **Education thérapeutique des patients coronariens,** Mémoire de diplôme universitaire d'éducation thérapeutique du patient, Université de Franche- compte, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Besançon.

Sarrah EL KHADIR,2019, **Élaboration de supports éducatifs pour l'éducation thérapeutique du patient diabétique**, MEMOIRE non publiée POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE OPTION : ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES MÉTABOLIQUES, faculté de médcine et de pharmacie, Royaume du Mroc.

− Les cites électroniques :

Marie Santiago-Delefosse , 2002**, Psychologie de la santé: perspectives qualitatives et cliniques,** (08/ 11/ 2019)**, https://www.researchgate.net.**

.